



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KESIAPAN KOMUNIKASI RISIKO
EPISENTER PANDEMI INFLUENZA
DI RSPAD GATOT SOEBROTO
PROPINSI DKI JAKARTA
TAHUN 2010**

TESIS

**MUHAMMAD BAL'AN KAMALI RANGKUTI
0606153922**

:7426/10

:03/08/10

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI, 2010**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti

NPM :0606153922

Mahasiswa Program : S2-Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2006/2007

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

“Analisis Kesiapan komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza Di RSPAD Gatot Soebroto Propinsi DKI Jakarta Tahun 2010”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 3 Juli 2010



(Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti

NPM : 0606153922

Tanda Tangan :



Tanggal : 3 Juli 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti
NPM : 0606153922
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter
Pandemi Influenza Di RSPAD Gatot Soebroto
Provinsi DKI Jakarta Tahun 2010

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar **Magister Administrasi Rumah Sakit** pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Penguji : Budi Hidayat, SKM, MPPM, PhD

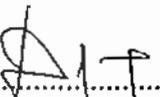
Penguji : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS

Penguji : Dr. Dewi Puspitorini, Sp.P

(..........)

(..........)

(..........)

(..........)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 3 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Allah SWT yang telah member nikmat kebahagiaan dengan selesainya tesis ini, sangat dirasakan susah dan senangya menjalani proses pendidikan Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia, adanya tambahan ilmu, wawasan dan rekan serta dosen, pembimbing, merupakan pengalaman dan asset yang berharga bagi saya.

Terima kasih diucapkan kepada semua pihak yang telah membantu pendidikan pasca sarjana, baik materi maupun moril ataupun tempat curhat hati, khususnya teruntuk dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku pembimbing akademik saya, yang bersedia meluangkan ilmu, waktu dan motivasi, istri saya tercinta yang telah mendukung saya dengan setia, serta pihak-pihak yang membantu penelitian ini.

Peneliti sadar bahwa penelitian ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu kiranya kritik dan saran perlu disampaikan agar peneliti mempunyai kinerja yang lebih baik dimasa mendatang.

Harapan tetap ada, semoga penelitian ini sedikit banyak bermanfaat bagi yang membacanya.

Depok, 3 Juli 2010

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti
NPM : 0606153922
Program Studi : S2-Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive-Royalty-Free-Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza Di RSPAD Gatot
Soebroto Propinsi DKI Jakarta Tahun 2010**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 3 Juli 2010

Yang Menyatakan



(Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti)

ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
 Tesis, Juli 2010

Muhammad Bal'an Kamali Rangkuti

**“Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza Di RSPAD
 Gatot Soebroto Provinsi DKI Jakarta Tahun 2010”**

xv + 83 halaman, 15 table, 6 gambar, 1 lampiran

Pada dasarnya komunikasi risiko adalah segala bentuk pertukaran informasi tentang risiko antara seluruh pihak yang berkepentingan, mencakup precaution advocacy, outrage management dan crisis communication. Komunikasi risiko dilakukan sebelum, saat, dan sesudah krisis terjadi, bertujuan mencegah perilaku masyarakat yang menghambat penanggulangan atau bahkan merusak.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan RSPAD Gatot Soebroto dalam melakukan komunikasi risiko dalam menghadapi pandemic influenza. Penelitian dilakukan terhadap komponen dukungan pimpinan rumah sakit dan komponen-komponen kesiapan lainnya antara lain SDM, Dana, Metode, Alat dan Mesin yang telah dimiliki oleh RSPAD Gatot Soebroto. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif yang bersifat deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RSPAD Gatot Soebroto secara umum sudah dan dapat melakukan komunikasi risiko baik kepada pihak internal rumah sakit maupun kepada pihak eksternal rumah sakit. Pimpinan RSPAD Gatot Soebroto pun sudah memberikan dukungan terhadap pelaksanaan komunikasi risiko ini. Seluruh petugas di RSPAD Gatot Soebroto sudah diberikan sosialisasi juga diberikan pelatihan guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas dalam menghadapi pandemic influenza. Namun dalam melakukan komunikasi risiko masih belum maksimal. Metode pengkomunikasian dan alat komunikasi yang dimiliki oleh RSPAD Gatot Soebroto sudah cukup baik, namun pihak manajemen rumah sakit belum bias mengalokasikan dana yang khusus untuk mendukung kelancaran komunikasi dalam menghadapi pandemic influenza.

Saran yang diajukan adalah memberikann pelatihan khusus mengenai komunikasi risiko dalam menghadapi pandemic influenza setidaknya kepada petugas yang tergabung dalam Tim Flu Burung yang telah dibentuk oleh rumah sakit. Penambahan alat komunikasi juga diperlukan dalam menjamin kelancaran proses komunikasi risiko, lebih lanjut disarankan kepada pihak manajemen rumah sakit untuk dapat mengalokasikan dana taktis untuk mendukung proses komunikasi risiko pada saat terjadinya pandemic influenza nantinya.

Daftar bacaan: 18 (1993- 2008)

ABSTRACT

UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM
FAKULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM
 Thesis, June 2010

Muhammad Bal'an Kamali Rangkuṭi

“Analysis of Risk Communication Readiness Influenza Pandemic Epicenter Gatot Subroto Army Hospital in DKI Jakarta Province of Year 2010”

xv + 83 pages, 15 tables, 6 pictures, 1 appendices

Basically, risk communication can be interpreted as all forms of risk information exchange among all stakeholders concerned, which covered of precaution advocacy, outrage management and crisis communication. Risk communications is conducted before, during, and after the crisis occurs, which aims to prevent of people behaviors that inhibit the crisis rehabilitation activities or even to prevent the destructive behavior.

The objective of this study is to determine the readiness of RSPAD Gatot Subroto to conduct the risk communication in dealing with pandemic influenza which was held in June 2010. The study is conducted toward the supportive component of the hospital executive management and other preparedness components include human resources, funds, methods, tools and machines that have been owned by RSPAD Gatot Subroto. This study applies the descriptive of qualitative design method which means as a Technique to obtain data with in-depth interviews, observation and document review

The result of the study shows that in general the RSPAD Gatot Subroto has conducted the risk communication and shows the capability in enhancing the risk communication program to its both the internal part and external part. The risk communication program is also fully supported by the chief management of the RSPAD Gatot Subroto. All the employee of the RSPAD Gatot Subroto has been socialized and trained in order to improve their knowledge and skills in dealing with pandemic influenza. However the risk communication program is not maximal implemented. The communication method and tools which are owned by RSPAD Gatot Subroto are fairly well. However the hospital management still has not the ability to allocate the special budget to support the communication in dealing with pandemic influenza.

Some suggestions to increase the risk communication implementation are to conduct special training at least for the hospital officer merged to the Avian Influenza Team which was formed by the hospital management in dealing with pandemic influenza. Additional communication tools are needed to ensure the continuity of the risk communication process. Furthermore, it's suggested for the hospital management to allocate special budget to support the risk communication process at the time of the pandemic influenza occurrence.

References : 18 (1993- 2008)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR ISTILAH.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB.1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	10
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	10
1.4. Tujuan Penelitian.....	10
1.4.1. Tujuan Umum.....	10
1.4.2. Tujuan Khusus.....	11
1.5. Manfaat Penelitian.....	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	11
BAB.2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1. Pengertian Komunikasi.....	12
2.2. Prinsip Komunikasi.....	12
2.3. Tujuan Komunikasi.....	13
2.4. Fungsi Komunikasi.....	14
2.5. Klasifikasi Komunikasi.....	14
2.6. Unsur-unsur Komunikasi.....	14

2.6.1. Sumber.....	16
2.6.2. Pesan.....	18
2.6.3. Media.....	19
2.6.4. Penerima.....	20
2.6.5. Efek.....	22
2.6.6. Umpan Balik.....	22
2.6.7. Lingkungan.....	24
2.7. Gangguan Dan Rintangan Komunikasi.....	25
2.8. Komunikasi Yang Efektif.....	26
2.9. Komunikasi Risiko.....	28
2.9.1. Prinsip-prinsip Dasar.....	29
2.9.1.1. Komunikasi Publik, Komunikasi Risiko, Komunikasi Krisis.....	29
2.9.1.2. Komunikasi Risiko Dalam Krisis.....	30
2.9.2. Landasan Kebijakan Dan Referensi.....	31
2.9.3. Pokok-pokok Kegiatan Dalam Komunikasi Risiko.....	31
2.9.4. Perencanaan Dan Persiapan.....	33
2.9.4.1. Identifikasi.....	33
2.9.4.2. Perencanaan.....	36
2.9.4.3. Persiapan.....	39
BAB.3. GAMBARAN RUMAH SAKIT.....	40
3.1. Sejarah RSPAD Gatot Soebroto.....	40
3.2. Profil Rumah Sakit.....	41
3.3. Visi, Misi dan Moto Pelayanan.....	42
3.3.1. Visi.....	42
3.3.2. Misi.....	42
3.3.3. Moto Pelayanan.....	42
3.4. Data Ketenagaan.....	42
3.4.1. Tenaga Dokter.....	42
3.4.2. Tenaga Keperawatan.....	44
3.4.3. Tenaga Penunjang Medis Dan Non Medis.....	44

3.5. Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit.....	45
3.6. Rumah Sakit Rujukan Avian Influenza.....	45
BAB.4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	46
4.1. Kerangka Konsep.....	46
4.2. Definisi Operasional.....	47
BAB.5. METODOLOGI PENELITIAN.....	48
5.1. Rancangan Penelitian.....	48
5.2. Alasan Penelitian Kualitatif.....	48
5.3. Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	48
5.4. Pengumpulan Data.....	49
5.5. Tahapan Pra Penelitian.....	49
5.6. Tahapan Penelitian.....	49
5.7. Pemilihan Informan.....	50
5.8. Pengolahan Dan Analisa Data.....	51
5.9. Keabsahan Data.....	51
5.10. Analisa Data.....	52
BAB.6. HASIL PENELITIAN.....	54
6.1. Dukungan Pimpinan.....	54
6.2. Kesiapan Sumber Daya Manusia.....	56
6.3. Kesiapan Metode Komunikasi Risiko.....	61
6.4. Kesiapan Alat Dan Sarana Komunikasi.....	66
6.5. Kesiapan Anggaran.....	68
BAB.7. PEMBAHASAN.....	70
7.1. Keterbatasan Penelitian.....	71
7.2. Dukungan Pimpinan.....	72
7.3. Kesiapan Sumber Daya Manusia.....	72
7.4. Kesiapan Metode Komunikasi Risiko.....	74
7.5. Kesiapan Alat dan Sarana komunikasi.....	75
7.6. Kesiapan Anggaran.....	76
BAB.8. KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
8.1. Kesimpulan.....	77
8.2. Saran.....	79

DAFTAR PUSTAKA..... 81
LAMPIRAN..... 83

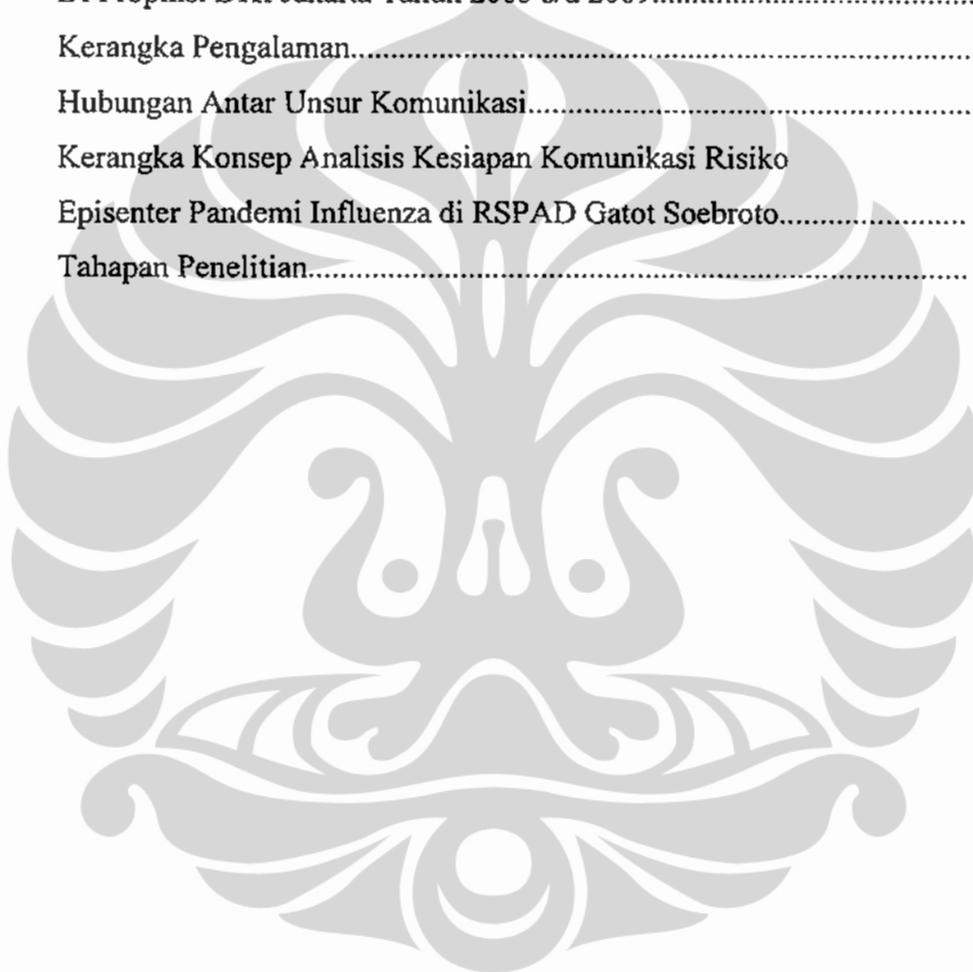


DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
1.1. Distribusi Kasus AI Propinsi DKI Jakarta Tahun 2005 s/d 2009.....	3
2.1. Aspek-aspek Kegiatan Komunikasi Risiko.....	31
2.2. Tahapan Kegiatan Dalam Komunikasi Risiko.....	32
2.3. Identifikasi Sumber Daya Manusia.....	35
2.4. Identifikasi Alat/Sarana Komunikasi.....	36
3.1. Distribusi Data Tenaga Dokter Tetap RSPAD Tahun 2009.....	42
3.2. Distribusi Data Tenaga Dokter Honor RSPAD Tahun 2009.....	43
3.3. Distribusi Data Tenaga Keperawatan RSPAD Berdasarkan Unit Kerja Tahun 2009.....	44
3.4. Distribusi Data Tenaga Penunjang Medis Dan Non Medis RSPAD Tahun 2009.....	45
4.1. Definisi Operasional.....	47
5.1. Kriteria Informan.....	50
6.1. Data Standar Operasional Prosedur.....	55
6.2. Data Spesifikasi Tenaga Tim Avian Influenza.....	56
6.3. Data Pelatihan Avian Influenza Rumah Sakit.....	59
6.4. Data Spesifikasi Alat Komunikasi Risiko.....	67

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Halaman
1.1. Distribusi Kasus AI Berdasarkan Waktu Kejadian Di Propinsi DKI Jakarta Tahun 2005 s/d 2009.....	3
1.2. Distribusi Kasus AI Berdasarkan Kelompok Umur Di Propinsi DKI Jakarta Tahun 2005 s/d 2009.....	4
2.1. Kerangka Pengalaman.....	13
2.2. Hubungan Antar Unsur Komunikasi.....	16
4.1. Kerangka Konsep Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza di RSPAD Gatot Soebroto.....	46
5.1. Tahapan Penelitian.....	53

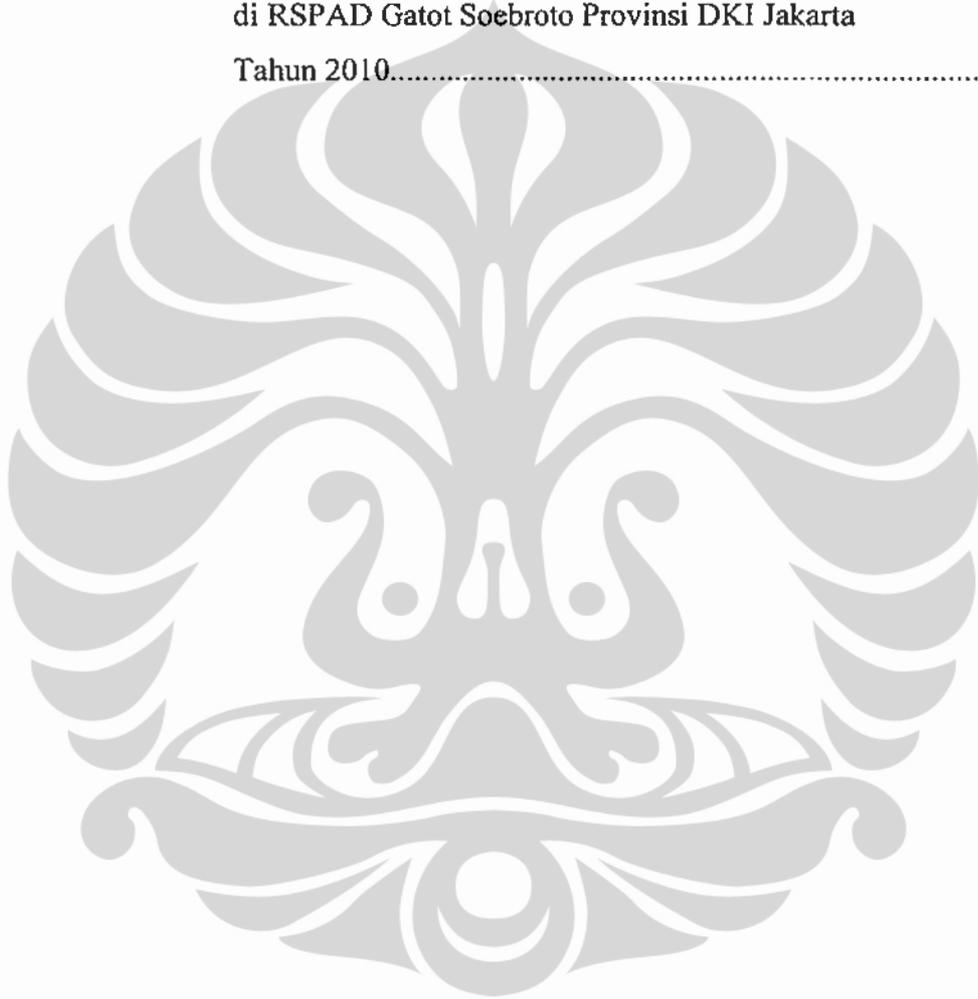


DAFTAR ISTILAH / SINGKATAN

APD	: Alat Perlindungan Diri
DITKESAD	: Direktur Kesehatan Angkatan Darat
DKI	: Daerah Khusus Ibukota
ICU	: Intensive Care Unit
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
ILI	: Influenza Like Illnes
Kasipampers Bagpam	: Kepala Seksi Pengamanan Pers Bagian Pengamanan
Kemendes	: Kementerian Kesehatan
KOMNAS FBPI	: Komisi Nasional Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza
Provhartib Bagurdal	: Provost Harian Tertib Bagian Urusan Dalam
RSPAD	: Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TKR	: Tim Komunikasi Risiko

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Panduan Wawancara Penelitian Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza di RSPAD Gatot Soebroto Provinsi DKI Jakarta Tahun 2010.....	83
----------	---	--	----



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Influenza adalah penyakit saluran pernapasan akut yang disebabkan oleh virus influenza dengan bermacam-macam tipe dan sub tipe. Wabah flu burung (Avian Influenza/AI) saat ini telah menjadi isu global. Dimana flu burung (Avian Influenza/AI) telah menjadi kasus influenza yang endemis dan telah memakan korban ratusan jiwa. Penanganan yang serius perlu segera diambil agar wabah flu burung tidak bermutasi menjadi Influenza yang menular dari manusia ke manusia menjadi wabah, dan dapat menyebar ke negara lain menjadi pandemi influenza. Pandemi influenza memberi dampak yang sangat besar berupa kerugian ekonomi, kerugian berupa biaya sosial karena banyaknya orang yang sakit, meninggal, dan gangguan ketertiban dan keamanan serta kelumpuhan pelayanan publik termasuk pelayanan kesehatan di Indonesia.

Salah satu upaya untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya pandemi influenza adalah melalui peningkatan kewaspadaan dan kemampuan para pengambil keputusan dari berbagai sektor, sehingga mereka mengetahui apa yang harus dilakukan apabila pandemi terjadi. Penanggulangan dapat dilakukan secara optimal dan sedini mungkin sehingga kematian dan dampak lebih buruk dapat dikurangi atau dihentikan.

Menurut Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), pandemi influenza mendatang mungkin terjadi dan dapat menjangkiti semua negara di dunia, termasuk Indonesia. Awal dari pandemi influenza adalah terjadinya episenter pandemi influenza di lokasi yang terbatas dan masih mungkin untuk ditanggulangi. Kemungkinan episenter pandemi influenza dapat terjadi di semua negara yang terkena infeksi flu burung. Episenter pandemi influenza yang tidak berhasil ditanggulangi akan berkembang dan menyebar sehingga menjadi pandemi influenza. Pada saat pandemi terjadi, pelayanan kesehatan tidak akan mencukupi, timbul kekacauan sosial, dan terjadi penurunan ekonomi dalam skala besar. Karena itu, setiap negara harus mengantisipasi kemungkinan datangnya pandemi influenza ini.

Kasus Avian Influenza di dunia sebanyak 433 kasus dengan jumlah kematian 262 kasus (CFR 60,5 %). Sedangkan Indonesia memiliki kasus Avian Influenza terbanyak yaitu 141 kasus dengan jumlah kematian 115 orang (CFR 81,56 %). Saat ini kasus Confirm di Prov. DKI Jakarta sejumlah 43 kasus dengan jumlah kematian 36 orang (CFR 81,40%). (sejak tahun2005-2009) Dengan melihat data tersebut diatas Jakarta mempunyai potensi untuk timbulnya pandemi.

Provinsi DKI Jakarta sebagai Ibukota Negara Republik Indonesia mempunyai kepadatan dan tingkat mobilisasi penduduk yang tinggi, adanya perubahan perilaku masyarakat perkotaan dan heterogen penduduk, dengan mencermati hal tersebut diatas sangat dimungkinkan terjadi pandemic influenza. Oleh karena itu rumah sakit perlu memiliki rencana strategi untuk pengendalian Avian Influenza dan penanggulangan pandemic influenza guna meningkatkan kesiapsiagaan menghadapi pandemic influenza.

Kasus Avian Influenza Indonesia dari tahun 2005 - 2009 sebanyak 141 kasus dengan jumlah kematian 115 orang (CFR 81,56 %). Saat ini kasus Confirm di DKI Jakarta sejumlah 42 kasus dengan (CFR 83,3%).

Sifat virus H5N1 seperti halnya sifat virus influenza cepat menular karena sifat penularannya droplet. Selain itu virus tersebut mudah mengalami mutasi. Pengalaman tahun 1918 Pandemi Influenza H1N1 di Spanyol (Spanish Flu) angka kematiannya mencapai 50 juta orang , tahun 1957 Asian Flu H2N2, angka kematiannya 2 juta orang dan pada tahun 1968 Hongkong Flu H3N2 angka kematian 1 juta orang.

Jumlah Kasus Avian Influenza Provinsi DKI Jakarta pada tahun 2005, kasus positif sejumlah 8 orang dan meninggal 7 orang, tahun 2006 kasus positif sejumlah 11 orang dan yang meninggal 10 orang, tahun 2007 kasus positif sejumlah 8 orang dan yang meninggal 7 orang, tahun 2008 kasus positif sejumlah 7 orang dan yang meninggal 5 orang dan pada tahun 2009 data terakhir pada bulan juni, kasus positif sebesar 8 orang dan yang meninggal 6 orang

Angka fatalitas kasus (*Case Fatality Rate/CFR*) karena flu burung di dunia relatif tinggi yaitu 63,3 % dengan kisaran 33,3%-100% . Virus influenza merupakan virus RNA yang sangat mudah bermutasi, mengalami perubahan pembawa sifat (genetik). Saat ini penularan flu burung oleh virus subtype H5N1 diyakini masih

bersumber dari unggas ke manusia. Namun dikhawatirkan akan terjadi suatu mutasi atau pertukaran materi genetik virus H5N1 dengan virus influenza musiman membentuk virus influenza pandemi (*reassortment*) yang akan memudahkan terjadinya penularan antarmanusia (*human to human*) yang dapat memicu pandemi influenza.

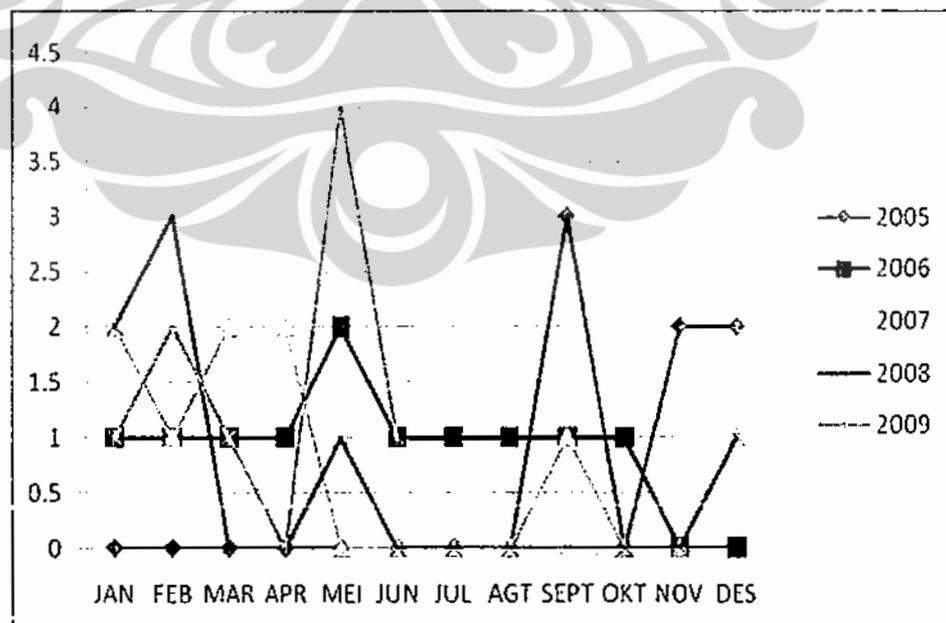
Tabel 1.1. Distribusi Kasus AI Propinsi DKI Jakarta

Tahun 2005 a/d 2009

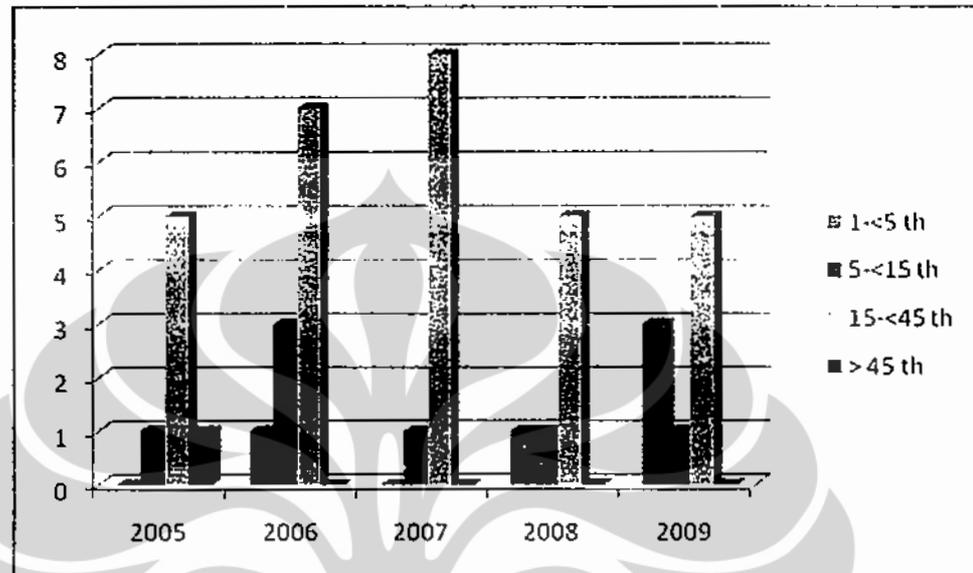
NO	KOTAMADYA	Tahun										JUMLAH	
		2005		2006		2007		2008		2009			
		P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M
1	Jakarta Pusat	0	0	1	1	4	3	0	0	0	0	5	4
2	Jakarta Utara	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
3	Jakarta Barat	1	1	4	4	2	2	2	0	2	1	11	8
4	Jakarta Selatan	3	2	4	3	1	1	2	2	4	4	14	12
5	Jakarta Timur	3	3	2	2	1	1	3	3	3	2	12	11
Total		8	7	11	10	8	7	7	5	9	7	43	36

Gambar 1.1. Distribusi Kasus AI berdasarkan Waktu Kejadian

Di Propinsi DKI Jakarta Tahun 2005 s/d 2009



Gambar 1.2. Distribusi kasus AI berdasarkan kelompok umur
Di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2005 s/d Juni 2009



Pandemi merupakan kondisi epidemi yang meluas dikarenakan virus menyerang semua golongan dalam beberapa bulan. Hal ini bisa muncul dalam kejadian epidemi yang besar yang terjadi pada beberapa negara di waktu yang bersamaan. Ada tiga (3) kriteria yang harus dipenuhi untuk terjadinya pandemi yaitu:

- a. munculnya virus Influenza yang baru (seperti H5N1)
- b. virus menyerang manusia (hal ini sudah terjadi pada virus H5N1 walaupun jumlahnya masih jarang)
- c. virus menyebar dan menginfeksi manusia dengan manusia lain.

Jika ketiga tanda ini telah muncul maka virus telah menjadi virus influenza pada manusia dan tidak membutuhkan kontak lagi dengan burung untuk dapat terinfeksi. Penyakit ini dapat menyebar dengan sangat cepat dan meluas di seluruh dunia. Inilah yang disebut pandemi influenza.

Menurut Ikhsan, M (2009), pandemi influenza memiliki tiga sinyal yaitu sinyal klinis, sinyal epidemiologis dan sinyal virologist.

- a. Sinyal Klinis

Sinyal ini membuktikan adanya penularan dari manusia ke manusia. Misalnya di Rumah Sakit terdapat penularan pada tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan terhadap penderita.

b. Sinyal Epidemiologis

Sinyal ini sangat penting dalam memulai mengambil tindakan penanggulangan sebelum diperoleh konfirmasi virologist. Ada dua sinyal epidemiologis, sinyal pertama, yaitu terdapat cluster penderita/ kematian karena pneumonia yang tidak jelas penyebabnya (terkait factor waktu, tempat, dengan rantai penularan berkelanjutan,), sinyal kedua, yaitu terdapat cluster pneumonia dengan generasi penularan kedua/ lebih tanpa hubungan darah antar generasi dan/ ada penularan kepada petugas kesehatan yang merawat penderita.

c. Sinyal virologist

Sinyal dimana terjadi perubahan genetic yaitu *re-assortment* (virus mengandung material genetic manusia dan hewan) dan mutasi pada isolate virus dari manusia dan atau isolate hewan.

Episenter pandemi influenza adalah lokasi titik awal terdeteksinya sinyal epidemiologist dan sinyal virologist yang merupakan tanda terjadinya penularan Influenza pandemic antar manusia yang dapat menimbulkan terjadinya pandemic Influenza. Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza dilakukan untuk memutus mata rantai penularan di lokasi episenter dan lokasi lainnya.

Aktivitas penanggulangan episenter pandemi influenza adalah:

- a. Pembentukan pos komando dan koordinasi sebagai sebagai pusat operasi penanggulangan
- b. Surveilans epidemiologi
- c. Respon medik dan laboratorium
- d. Intervensi farmasi
- e. Interfensi non farmasi
- f. Komunikasi resiko

- g. Tindakan karantina
- h. Mobilisasi sumber daya

Sampai saat ini, belum ada bukti ilmiah tentang adanya penularan flu burung antarmanusia. Namun demikian, pemantauan terhadap munculnya sinyal penularan antarmanusia, dengan penekanan pada sinyal epidemiologi, telah disepakati untuk menjadi acuan utama dalam penanggulangan dini penularan antarmanusia.

Saat ditetapkannya suatu keadaan episenter pandemi oleh pemerintah dalam hal ini oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, yang mengharuskan suatu tindakan karantina wilayah, merupakan suatu keadaan yang berat bagi rumah sakit, sebagai komponen "respon medik" dalam suatu proses penanggulangan episenter pandemi, dan memerlukan suatu tindakan yang tepat terhadap kondisi internal rumah sakit yang meliputi seluruh komponen dan aspek.

Saat ini, WHO (2008) menetapkan dunia berada pada fase 3 yaitu "Siaga Pandemi" untuk *Avian Influenza* dan telah membuat pedoman untuk mengantisipasi dampak kerugian yang akan terjadi. Jika terjadi pandemi semua fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit akan terlibat dan diprediksi mengalami peningkatan permintaan pelayanan kesehatan melebihi kapasitas sumber daya yang ada. Karena itu rumah sakit perlu melakukan identifikasi dan penilaian terhadap kemampuan sumber daya yang dimilikinya.

Di Indonesia penanganan kasus pasien *Avian Influenza* dititikberatkan pada rumah sakit rujukan milik pemerintah. Hingga saat ini, berdasarkan SK Menkes RI No. 414 tahun 2007, terdapat 100 rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk oleh Menteri Kesehatan dan berada di 31 propinsi di Indonesia. Berdasarkan pertemuan WHO di Jepang (2006), rumah sakit rujukan di Indonesia belum semuanya dilengkapi dengan ruang isolasi, alat proteksi diri dan fasilitas untuk perawatan intensif yang dibutuhkan dalam penanganan kasus *Avian Influenza*. Sehingga semua rumah sakit rujukan tersebut mungkin memiliki kemampuan yang berbeda dalam menangani pasien terlebih dalam menghadapi pandemi AI.

Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza (2008) menyebutkan rumah sakit memiliki peranan sebagai berikut:

- a. menentukan wewenang, tanggung jawab, dan alur yang jelas, untuk instruksi/perintah kejadian pandemi
- b. mengidentifikasi prioritas dan strategi respon yang relevan seperti sistem triage, kapasitas Rumah Sakit, manajemen sumber daya manusia, serta material estimasi obat – obatan dan penyediaan material yang dibutuhkan
- c. membuat perencanaan dalam menghadapi pandemi dan selalu dievaluasi
- d. melaksanakan pedoman penemuan kasus, algoritma pengobatan, dan manajemen protokol, pedoman pengendalian infeksi, pengawasan, pedoman triage, surge-manajemen kapasitas dan strategi ketenagaan
- e. melakukan pelatihan periodik, dan berkelanjutan bagi petugas di rumah sakit.
- f. menyiapkan sarana, sistem komunikasi, ambulans, obat-obatan dan alat untuk korban masal.
- g. menentukan penanggung jawab dan jadwal penugasan untuk diketahui oleh seluruh pegawai di rumah sakit.

WHO (2008) menyebutkan banyaknya jumlah kematian tidak hanya akan ditentukan oleh jumlah manusia yang terinfeksi dan virulensi virus tetapi juga oleh kecepatan penanganan dan kualitas dari fasilitas kesehatan itu sendiri. Fasilitas kesehatan membutuhkan infrastruktur pengendalian infeksi termasuk fasilitas ruang isolasi, persediaan antibiotik, antivirus, vaksin, cairan intravena dan alat proteksi diri. Selain itu mereka juga harus memikirkan strategi untuk mengantisipasi peningkatan kebutuhan petugas kesehatan dikarenakan berbagai faktor diantaranya petugas yang tidak masuk karena sakit atau karena merawat keluarga yang sakit.

WHO juga memberikan pedoman agar menyiapkan kebutuhan laboratorium dalam rangka surveilans (Muscatello et al, 2006). Sedangkan Martinello, (2007) menyebutkan komunikasi juga sangat penting untuk mencegah terjadinya kepanikan terhadap isu – isu tertentu dan mencegah terhadap hambatan yang mungkin ada dalam penanganan kasus. Menurut Kruk ME (2008), kedua hal ini memiliki peranan yang sangat penting dalam memperluas sistem kesehatan yang ada dan membantu menghadapi ancaman pandemi.

Dalam keadaan krisis kesehatan, publik lebih reaktif, cenderung emosional, dan panik. Layaknya keadaan darurat, situasi berubah-ubah dalam waktu singkat, dan kebijakan normal tidak selalu dapat diterapkan. Jenis komunikasi publik biasa tidak dapat diterapkan dalam situasi krisis ini.

Dalam penanggulangan episenter pandemi influenza, ruang lingkup kegiatan komunikasi resiko mencakup persiapan dan pelaksanaan komunikasi resiko, dibagi atas tahap setelah sinyal epidemiologi, sinyal virologi, pemberlakuan masa penanggulangan hingga selesainya masa penanggulangan. Hal ini bertujuan mencegah perilaku masyarakat yang menghambat penanggulangan atau bahkan merusak.

Menurut Martinello (2007), komunikasi yang jelas, tepat, tegas dan akurat akan mempengaruhi kemampuan bekerja sama dan mencapai tujuan yang telah disepakati bersama. komunikasi akan terganggu jika ada pesan dan sumber yang tidak jelas. Karena itu komunikasi haruslah diarahkan dari pihak rumah sakit kepada para petugas dan pasien. Komunikasi yang disampaikan haruslah berdasarkan input dari para ahli dan *public relation* agar pesan yang disampaikan jelas dan akurat.

Di rumah sakit sasaran utama komunikasi risiko adalah masyarakat dan pihak-pihak terkait yang berada dalam lingkungan dan sekitar wilayah rumah sakit yang berisiko terjangkit influenza jenis baru, yang meliputi :

1. Karyawan, pasien dan keluarga pasien di dalam wilayah rumah sakit yang sedang melakukan penanggulangan episenter pandemi influenza.
2. Masyarakat disekitar wilayah rumah sakit yang sedang melakukan penanggulangan episenter pandemi influenza (yang berbatasan langsung dengan rumah sakit).

Dalam penanggulangan krisis, prinsip kerja pelaku komunikasi risiko adalah :

- a. Cepat
- b. Tanggap Terhadap setiap perkembangan keadaan dan perubahan kebijakan.
- c. Komunikasi dua arah (publik-tim komunikasi risiko dan tim komunikasi risiko-publik; pengumpulan sebelum penyebaran informasi).
- d. Tetap memerlukan perencanaan minimal.

- e. Selalu terintegrasi dengan strategi penanggulangan, yang mempertimbangkan tingkat risiko dan data ilmiah yang tersedia.

Informasi atau pesan yang dikomunikasikan berfokus pada :

- i. Cara menghentikan penyebaran infeksi
- ii. Tindakan yang harus dilakukan petugas dan masyarakat
- iii. Perkembangan keadaan termutakhir

Dalam keadaan krisis, masyarakat begitu peka terhadap berbagai perubahan, informasi yang disampaikan harus menggambarkan bahwa petugas memahami keadaan, mengetahui kebijakan yang ditetapkan, merasa diperhatikan, terlindung dan aman.

Komunikasi risiko akan terbantu jika informasi dapat :

- i. Menciptakan kepercayaan masyarakat
- ii. Akurat, disampaikan pada waktu yang tepat
- iii. Transparan, jujur, dan obyektif
- iv. Sesuai dengan kondisi setempat
- v. Berkesinambungan/terus menerus
- vi. Menciptakan ketenangan namun tidak meninggalkan kewaspadaan dan upaya tanggap.

Tugas pertama dalam komunikasi risiko disuatu wilayah adalah membangun kepercayaan. Anjuran atau intruksi hanya akan diikuti masyarakat bila ada kepercayaan terhadap petugas. Kepercayaan masyarakat tiak dapat diperoleh seketika.

RSPAD Gatot Soebroto merupakan rumah sakit rujukan *Avian Influenza* yang berada di wilayah Jakarta Pusat. Rumah sakit ini telah menyatakan siap dalam menerima pasien – pasien AI baik langsung maupun rujukan dari rumah sakit lain (www.media.indonesia.com, 2009). Jika pandemi *Avian Influenza* terjadi maka rumah sakit ini juga akan mengalami peningkatan permintaan pelayanan kesehatan dari pasien – pasien influenza ataupun masyarakat yang khawatir tertular oleh penyakit khususnya yang berada di wilayah Jakarta Pusat dan sekitarnya. Sedangkan kemampuan sumber daya yang dimiliki rumah sakit khususnya dibidang komunikasi risiko belum diketahui. Oleh karena itu peneliti mencoba mengetahui kemampuan

sumber daya yang dimiliki rumah sakit untuk melakukan komunikasi risiko dalam menghadapi ancaman pandemi *Avian Influenza* dengan melakukan analisis terhadap sumber daya yang ada pada saat ini.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan SK Menkes No.414/Menkes/SK/IV/2007, RSPAD Gatot Soebroto merupakan rumah sakit rujukan *Avian Influenza* di wilayah Jakarta Pusat, sehingga berpotensi menjadi wilayah episenter pandemi influenza. Sejauh ini rumah sakit baru fokus dalam penanganan medis flu burung, belum meningkatkan kemampuan komunikasi risiko, sehingga dibutuhkan analisis terhadap kemampuan sumber daya rumah sakit dalam melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi pandemi *Avian Influenza*.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian yang akan dicari jawabannya adalah;

1. Bagaimana kemampuan komunikasi risiko rumah sakit dalam menghadapi ancaman pandemi *Avian Influenza* terkait pada dukungan pimpinan rumah sakit, kesiapan sumber daya manusia, kesiapan metode komunikasi, kesiapan alat dan sarana komunikasi, dan kesiapan dana/anggaran rumah sakit, dalam pelaksanaan komunikasi risiko pada episenter pandemi influenza?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kemampuan sumber daya yang dimiliki rumah sakit dalam melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi ancaman pandemi *Avian Influenza*.

I.4.2 Tujuan khusus:

1. Mengetahui bagaimana dukungan manajemen rumah sakit dalam pelaksanaan komunikasi risiko saat pandemi influenza.
2. Mengetahui kesiapan sumber daya manusia rumah sakit melakukan komunikasi risiko saat pandemi Avian Influenza.
3. Mengetahui kesiapan metode komunikasi risiko rumah sakit saat pandemi Avian Influenza.
4. Mengetahui kesiapan alat dan sarana komunikasi untuk menjamin kelancaran proses komunikasi saat pandemi influenza.
5. Mengetahui kesiapan dana/anggaran rumah sakit untuk melakukan komunikasi risiko saat pandemi influenza.

1.5 Manfaat Penelitian

Secara aplikatif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menjadi masukan bagi para pengambil keputusan baik di rumah sakit rujukan, instansi kesehatan terkait maupun fasilitas kesehatan lainnya dalam melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi pandemi *Avian Influenza*.

Di bidang akademis diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dan dilanjutkan oleh peneliti selanjutnya di bidang penelitian *Avian Influenza* atau pandemi influenza.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini melingkupi sumber daya yang dimiliki rumah sakit berupa sumber daya manusia, metode komunikasi, alat/sarana komunikasi, dana/anggaran, dan dukungan manajemen rumah sakit dalam melakukan komunikasi risiko saat pandemi influenza.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian Komunikasi

Dipandang dari sudut etimologi (asal usul kata), istilah komunikasi atau dalam bahasa Inggris *communication* berasal dari bahasa latin *communicatio*, dan bersumber pada kata *communis* yang berarti 'sama', dalam arti kata 'sama makna'. Jadi, komunikasi berlangsung apabila antara orang-orang yang terlibat terdapat kesamaan makna mengenai sesuatu hal yang dikomunikasikan. Secara terminologis atau peristilah komunikasi berarti proses penyampaian suatu pernyataan oleh seseorang kepada orang lain. Dari pengertian itu jelas bahwa komunikasi melibatkan sejumlah orang, dimana seseorang menyatakan sesuatu kepada orang lain (effendy,2000,p.5).

Secara paradigmatis atau bersangkutan dengan kerangka berfikir, pengertian komunikasi adalah proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberi tahu atau untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, baik langsung secara lisan, maupun tak langsung melalui media. Dalam definisi tersebut tersimpul tujuan, yakni memberitahu atau mengubah sikap (attitude), pendapat (opinion), atau perilaku (behavior). Ditinjau dari segi si penyampai pernyataan, komunikasi yang bertujuan bersifat informatif dan persuasif (Effendy,2000,p.3-4).

Menurut Everett M. Rogers bersama D. Lawrence Kincaid (1981) yang dikutip Cangara (2006, p.19), komunikasi adalah suatu proses di mana dua orang atau lebih membentuk atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya, yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian mendalam, yaitu jika kedua belah pihak, si pengirim dan si penerima informasi penting dapat memahaminya. Hal ini tidak berarti bahwa kedua belah pihak harus menyetujui sesuatu gagasan tersebut (Widjaja,2000,p.15).

2.2. Prinsip Komunikasi

Menurut Cangara (2006,p.20), kesamaan dalam komunikasi dapat diibaratkan dua buah lingkaran yang bertindihan satu sama lain. Daerah yang bertindihan itu disebut kerangka pengalaman (*field of experience*) yang

menunjukkan adanya persamaan antara A dan B dalam hal tertentu, misalnya bahasa atau simbol.

Gambar 2.1. Kerangka Pengalaman



Sumber : Cangara (2006,p.20)

Dari gambar 2.1. dapat ditarik prinsip dasar komunikasi, yakni :

- a. Komunikasi hanya bisa terjadi bila terdapat pertukaran pengalaman yang sama antara pihak – pihak yang terlibat dalam proses komunikasi (*sharing similiar experience*)
- b. Jika daerah tumpang tindih (*field of experience*) menyebar menutupi lingkaran A dan B, menuju terbentuknya satu lingkaran yang sama, maka makin besar kemungkinannya tercipta suatu proses komunikasi yang mengena (efektif).

Tetapi kalau tumpang tindih ini makin mengecil dan menjauhi sentuhan, kedua lingkaran, atau kecenderungan mengisolasi lingkaran masing – masing, maka komunikasi yang terjadi sangat terbatas. Bahkan besar kemungkinannya gagal dalam menciptakan suatu proses komunikasi yang efektif.

2.3. Tujuan Komunikasi

Menurut Mundakir (2006,p.4), tujuan komunikasi secara umum adalah :

- a. Supaya pesan yang disampaikan dapat dimengerti orang lain (komunikasi)
- b. Memahami orang lain
- c. Supaya gagasan dapat diterima orang lain
- d. Menggerakkan orang lain untuk melakukan sesuatu. Upaya ini dapat dilakukan dengan pendekatan persuasif atau demonstratif agar komunikan dapat melakukan dengan benar apa yang diharapkan komunikator.

2.4. Fungsi Komunikasi

Fungsi adalah yang dapat digunakan untuk memenuhi tujuan – tujuan tertentu. Menurut Effendy (2001,p.8), fungsi komunikasi adalah :

- a. Menyampaikan informasi (*to inform*)
- b. Mendidik (*to educate*). Proses pengalihan (transformasi) ilmu pengetahuan dan teknologi untuk mendorong perkembangan intelektual.
- c. Menghibur (*to entertain*), misalnya lawak, menyanyi, drama, sastra, seni dan lain-lain.
- d. Mempengaruhi (*to influence*). Adanya kesempatan untuk memperoleh berbagai informasi dan pesan yang diperlukan dapat mempengaruhi seseorang dalam bersikap, berperilaku dan berpola pikir.

2.5. Klasifikasi Komunikasi

Seperti halnya definisi komunikasi, maka klarifikasi tipe atau bentuk komunikasi di kalangan para pakar juga berbeda satu sama lainnya. Misalnya kelompok sarjana komunikasi Amerika yang menulis buku *Human Communication* (1980) yang dikutip Cangara (2006, p.29) membagi komunikasi atas lima macam tipe, yakni Komunikasi Antarpribadi (*Interpersonal Communication*), Komunikasi Kelompok Kecil (*Small Group Communication*), Komunikasi Organisasi (*Organization Communication*), Komunikasi Massa (*Mass Communication*), dan Komunikasi Publik (*Public Communication*).

R. Wayne dengan teman – temannya dari Brigham Young University dalam bukunya *Techniques for effective Communication* (1970) membagi komunikasi atas tiga tipe, yakni Komunikasi Dengan Diri Sendiri, komunikasi Atar Pribadi serta Komunikasi Khalayak (Cangara,2006,p.30). Beberapa sarjana komunikasi aliran Eropa hanya membagi komunikasi atas dua macam. Yakni Komunikasi Antarpribadi dan Komunikasi Massa. Di Indonesia ada kalangan yang membagi komunikasi atas dua macam, yakni Komunikasi Massa dan Komunikasi Sosial (cangara,2006,p.30).

2.6. Unsur – unsur Komunikasi

Cangara (2006,p.21-27, 42), menyebutkan bahwa dari pengertian komunikasi yang telah dikemukakan, maka jelas bahwa komunikasi antar manusia hanya bisa terjadi jika ada seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain

dengan tujuan tertentu, artinya komunikasi hanya bisa terjadi kalau didukung oleh adanya sumber, pesan, media, penerima, dan efek. Unsur – unsur ini bisa juga disebut komponen atau elemen komunikasi.

Terdapat beberapa macam pandangan tentang banyaknya unsur atau elemen yang mendukung terjadinya komunikasi. Claude E. Shannon dan Warren Weaver (1949), dua orang insinyur listrik menyatakan bahwa terjadinya proses komunikasi memerlukan lima unsur yang mendukungnya, yakni pengirim, transmitter, signal, penerima dan tujuan. Kesimpulan ini didasarkan atas hasil studi yang lakukan mengenai pengiriman pesan melalui radio dan telepon. Dalam proses komunikasi ini, salah satu unsur yang cukup yang penting ialah gangguan (*noise*).

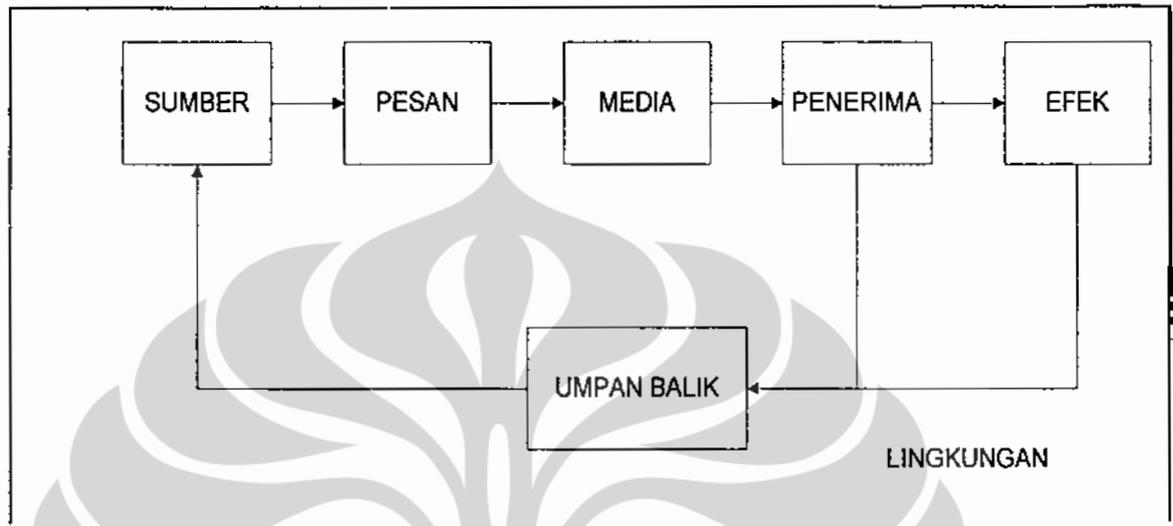
Awal tahun 1960-an David K. Berlo membuat formula komunikasi yang lebih sederhana. Formula itu dikenal dengan nama "SMCR", yakni Source (pengirim), Message (pesan), Channel (saluran – media), dan Receiver (penerima).

Selain Shannon dan Berlo, juga tercatat Charles Osgood, Gerald Miller dan Melvin L. De Fleur menambahkan lagi unsur efek dan umpan balik (*feedback*) sebagai pelengkap dalam membangun komunikasi antarpribadi (*personal*) dan komunikasi massa.

Perkembangan terakhir adalah munculnya pandangan dari Joseph de Vito, K. Sereno dan Erika Vora yang menilai faktor lingkungan merupakan unsur yang tidak kalah pentingnya dalam mendukung terjadinya proses komunikasi.

Kalau unsur – unsur komunikasi yang dikemukakan di atas dilukiskan dalam gambar, maka kaitan antara satu unsur dengan unsur lainnya dapat dilihat pada gambar 2.2

Gambar 2.2. Hubungan Antar Unsur Komunikasi



Sumber : Cangara (2006,p.23)

2.6.1 Sumber

Semua peristiwa komunikasi akan melibatkan sumber sebagai pembuat atau pengirim informasi. Dalam komunikasi antar manusia, sumber bisa terdiri dari satu orang, tapi bisa juga dalam bentuk kelompok. Sumber sering disebut pengirim, komunikator atau dalam bahasa Inggrisnya disebut source, sender atau encoder. Menurut Mundakir (2006,p.7), sumber adalah sesuatu yang pasif yang diaktifkan keberadaannya oleh komunikator.

Sebagai pelaku utama dalam proses komunikasi, komunikator memegang peranan yang sangat penting, terutama dalam mengendalikan jalannya komunikasi. Untuk itu seorang komunikator harus terampil berkomunikasi, dan juga kaya ide serta penuh daya kreativitas (Cangara,2006,p.81)

Dipandang dari sisi psikologi komunikasi, menurut Rakhmat (1993,p.255) bahwa ketika komunikator berkomunikasi, yang berpengaruh bukan saja apa yang ia katakan, tapi juga keadaan dia sendiri. Faktor – faktor yang mempengaruhi efektivitas komunikator terdiri dari kredibilitas, atraksi, dan kekuasaan. Tapi yang paling relevan adalah kredibilitas. Kredibilitas adalah seperangkat persepsi komunikasi tentang sifat – sifat komunikator. Kredibilitas berubah bergantung pada

pelaku persepsi atau komunikasi, topik yang dibahas, dan situasi. Dua komponen kredibilitas yang penting adalah keahlian dan kepercayaan (Rakhmat,1993,p.257-260).

Keahlian adalah kesan yang dibentuk komunikasi tentang kemampuan komunikator dalam hubungannya dengan topik yang dibicarakan. Komunikator yang dinilai tinggi pada keahlian dianggap cerdas, mampu, ahli, tahu banyak, berpengalaman, atau terlatih. Kepercayaan adalah kesan komunikasi tentang komunikator yang berkaitan dengan wataknya. Apakah komunikator dinilai tidak jujur, tulus, bermoral, adil, sopan, dan etis (Rakhmat,1993,p.260).

Menurut Hohler, et al...(1978) yang dikutip Rakhmat (1999,p.43) bahwa kepercayaan adalah keyakinan bahwa sesuatu itu 'benar' atau 'salah' atas dasar bukti, sugesti otoritas, pengalaman, atau intuisi.

Menurut Mundakir (2006, p.8-9) seperti yang disebutkan Widjaja (2000,p.31) ada beberapa hal yang harus diperhatikan agar menjadi komunikator yang baik yaitu :

a. *Penampilan.* Dalam komunikasi tatap muka seorang komunikator harus menyesuaikan diri dengan lingkungan dan komunikasi. Penampilan komunikator dapat meliputi sikap, ekspresi verbal maupun nonverbal, busana yang dipakai dan kerapian sangat mempengaruhi proses komunikasi yang dilaksanakan. Sikap adalah kecenderungan bertindak, berekspresi, berfikir dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi atau nilai (Rakhmat,1999,p.39) Beberapa sikap yang dapat menunjang keberhasilan komunikator adalah senyum, terbuka, rendah hati, dapat menjadi pendengar yang baik, tidak sombong atau angkuh, saling percaya dan cakap.

b. *Penguasaan Masalah.* Seorang komunikator akan tegas dan mantap dalam menyampaikan pesan bila dia menguasai apa yang akan disampaikan. Selain meningkatkan kepercayaan diri komunikator, penguasaan masalah juga dapat menghilangkan keraguan dari komunikasi karena yakin mendapat pesan atau informasi dengan benar. Penguasaan masalah ini sangat penting terutama bila dalam proses komunikasi tersebut terjadi *feed back*.

c. *Penguasaan Bahasa.* Komunikator harus menguasai bahasa dengan baik. Komunikator dapat melakukan komunikasi dengan sistematis, terarah dan

mudah dipahami oleh komunikan. Penguasaan bahasa yang kurang baik dapat menyebabkan kesalahafsiran atau menimbulkan ketidakpercayaan terhadap komunikator. Sebaiknya gunakan bahasa yang baik dan benar.

2.6.2 Pesan

Pesan adalah keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator (Widjaja,2000,p.94). Pesan adalah sesuatu yang disampaikan pengirim kepada penerima (Cangara,2006,p.23). Pesan adalah isi stimulus yang dikeluarkan oleh komunikator atau sumber kepada komunikan (Mundakir,2006,p.9). Dalam bahasa Inggris pesan biasanya diterjemahkan dengan kata *message, content, information* (Cangara,2006,p.23).

Penyampaian pesan dapat melalui lisan, tatap muka, langsung, atau menggunakan media atau saluran (Widjaja,2000,p.23). Tehnik penyampaian pesan dapat dilakukan secara langsung, menggunakan kode verbal, atau kode nonverbal. Kode verbal adalah bahasa, yaitu seperangkat kata yang telah disusun secara berstruktur sehingga menjadi himpunan kalimat yang mengandung arti (Cangara,2006,p.95). Bahasa dapat menunjukkan pernyataan seseorang mengenai hal – hal, selain yang kongkret juga yang abstrak, baik yang terjadi saat sekarang maupun waktu yang lalu dan masa yang akan datang (Effendy,2000,p.6). Bentuk nonverbal biasa disebut bahasa isyarat atau bahasa diam (*silent language*) (Cangara,2006,p.99). Misalnya ekspresi muka, mengangguk atau menggeleng, gerakan mata (*eye gaze*), sentuhan (*touching*), isyarat yang ditimbulkan dari tekanan atau irama suara (*paralanguage*), diam dan lain sebagainya (Cangara,2000,p.101 – 105).

Menurut hasil studi Albert Mahrabian (1971) dalam (Cangara,2006.p.99) yang menyimpulkan bahwa tingkat kepercayaan dari pembicaraan orang hanya 7% berasal dari bahasa verbal, 38% dari vokal suara dan 55% dari ekspresi muka. Ditambahkan juga bahwa jika terjadi pertentangan antara apa yang diucapkan seseorang dengan perbuatannya, maka orang lain cenderung mempercayai hal – hal yang bersifat nonverbal.

Menurut Widjaja (2000, p.32) dan Mundakir (2006,9), bentuk pesan yang disampaikan dapat bersifat informatif, persuatif dan koersif. Sedangkan Cassandra yang dikutip Cangara (2006,p.111), ada dua model dalam penyusunan pesan, yakni

penyusunan pesan yang bersifat informatif dan penyusunan pesan yang bersifat persuasif. Dalam proses komunikasi antara dokter dan pasien, bentuk pesan adalah informatif dan persuasif.

Pada penyusunan pesan yang bersifat informatif, lebih banyak ditujukan pada perluasan wawasan dan kesadaran khalayak. Bentuk pesan yang memberikan keterangan atau fakta – fakta atau pengetahuan – pengetahuan bagi komunikan kemudian mengambil kesimpulan sendiri. Misalnya, dokter memberikan informasi kepada pasien tentang hasil anamnesis, pemeriksaan jasmani, ataupun pemeriksaan penunjang (bila ada) serta masalah apa yang dirumuskan oleh dokter (Daldiyono,2006.p.241).

Penyusunan pesan yang bersifat persuasif adalah bentuk penyampaian pesan dengan maksud mempengaruhi komunikan untuk menerima pesan yang disampaikan komunikator. Tujuan adalah perubahan kesadaran atas kehendak sendiri. Misalnya persuasi untuk dilakukan tindakan medis, dimana banyak pasien yang tidak berkenan atau tidak mau dilakukan tindakan medis. Diantaranya persuasi dengan pendekatan religi, bahwa tindakan medis ini merupakan salah satu ikhtiar untuk mengobati penyakitnya atau pendekatan logika, yaitu proses dialog dengan memberikan dalil – dalil yang dapat dimengerti oleh pasien, sehingga akhirnya pasien memutuskan sendiri dilaksanakan rencana tindakan tersebut (Daldiyono,2006,p.245-247).

Mundakir (2006,p.44) menambahkan bahwa faktor kejelasan pesan dapat menjamin keefektifan komunikasi yang dilakukan. Faktor jelas ini dapat berupa jelas bahasa yang digunakan, jelas maksud yang diharapkan dan jelas bentuk pesannya bila pesan dalam bentuk tulisan. Kejelasan disini juga dimaksudkan agar pesan yang disampaikan dengan kejujuran dan keterbukaan tidak ada maksud yang tersembunyi dari tujuan awal.

Pesan sebaiknya simpel atau isi pesan tidak terlalu banyak. Penyampaian pesan yang terlalu banyak dan terlalu melebar dari tujuan pesan semula mengakibatkan tidak efektif (Mundakir,2006,p.44).

2.6.3 Media

Menurut Lasswell yang dikutip Effendy (2001,p.18), media adalah saluran komunikasi tempat berlalunya pesan dari komunikator kepada komunikan. Channel

adalah saluran untuk penyampaian pesan, biasa juga disebut media. Pesan tersebut dapat diterima melalui panca indra atau menggunakan media (Widjaja,2000.p.35,94). Sedangkan menurut Blais at all (2007,p.340), saluran adalah metode yang dipilih untuk menyampaikan pesan termasuk apakah pesan diucapkan atau ditulis, pilihan kata – kata atau bahasa, dan pilihan bahasa tubuh menyertainya.

Canggara (2006,p.119-120) menyebutkan beberapa pakar psikologi memandang bahwa media yang paling dominan dalam berkomunikasi antarmanusia adalah panca indra manusia seperti mata dan telinga. Pesan – pesan yang diterima panca indra selanjutnya diproses dalam pikiran manusia untuk mengontrol dan menentukan sikapnya terhadap sesuatu, sebelum dinyatakan dalam tindakan. Selain indra manusia, ada juga saluran komunikasi seperti telepon, surat, telegram yang digolongkan sebagai media komunikasi antarpribadi.

Menurut Kariyoso (1994) yang dikutip Mundakir (2006,p.44-45), bahwa media atau saluran yang langsung terlibat dalam proses komunikasi adalah alat atau sarana yang dilalui oleh suara, antara lain mata, hidung, otak, tangan, telinga. Kerusakan yang terjadi pada salah satu indra tersebut akan berpengaruh pada jalannya komunikasi. Pengaruh tersebut berupa persepsi yang salah, yang dapat diakibatkan karena informasi atau pesan tidak dapat dilihat, didengar, dirasakan dan ditafsirkan dengan jelas karena adanya gangguan alat indra tersebut.

Menurut Rakhmat (1999,p.43) persepsi adalah proses memberi makna pada sensasi sehingga manusia memperoleh pengetahuan baru. Dengan kata lain, persepsi mengubah sensasi menjadi informasi. Sedangkan sensasi adalah proses stimuli, asal kata "sense:" yang artinya alat pengindraan, yang menghubungkan organisme dengan lingkungan.

2.6.4 Penerima

Canggara (2006,p.23) menyebutkan bahwa penerima adalah pihak yang menjadi sasaran pesan yang dikirim oleh sumber. Penerima bisa terdiri dari satu orang atau lebih, bisa dalam bentuk kelompok, partai atau negara. Penerima biasa disebut dengan berbagai macam istilah seperti khalayak, sasaran, komunikan, dalam bahasa Inggris disebut *audience*, *decoder* atau *receiver*.

Penerima adalah elemen penting dalam proses komunikasi karena dialah yang menjadi sasaran dari komunikasi. Kenalilah khalayakmu adalah prinsip dasar dalam

berkomunikasi. Karena mengetahui dan memahami karakteristik penerima (khalayak), berarti suatu peluang untuk mencapai keberhasilan komunikasi (Cangara,2006,p.25).

Menurut Widjaja (2000,p.95) dan Mundakir (2006,p.10), syarat yang harus dimiliki oleh komunikator adalah :

- a. Keterampilan menangkap dan meneruskan pesan
- b. Pengetahuan yang cukup tentang materi yang dikomunikasikan
- c. Sikap jujur dan siap untuk menerima dan memberi pesan

Serta faktor lain yang perlu diperhatikan adalah kerangka pengetahuan (*frame of reference*) dan lingkup pengalaman (*field of experince*), agar pelaksanaan komunikasi berlangsung efektif.

Cangara (2006,p.135-140) menyebutkan tiga aspek yang perlu diketahui seorang komunikator menyangkut tentang khalayaknya, yakni aspek sosiodemografi, aspek profil psikologis dan aspek karakteristik perilaku khalayak.

- a. Aspek sosiodemografi : jenis kelamin, usia, populasi, lokasi, tingkat pendidikan, bahasa, agama, pekerjaan, ideologi, pemilikan media.
- b. Aspek profil psikologi, memahami khalayak dari segi kejiwaan antara lain: emosi, bagaimana pendapat – pendapat mereka, adakah keinginan mereka yang perlu dipenuhi, adakah selama ini mereka menyimpan rasa kecewa, frustrasi atau dendam
- c. Aspek karakteristik perilaku, perlu diketahui antara lain : hobby, nilai dan norma, mobilitas sosial, perilaku komunikasi.

Menurut Berlo (1961) yang dikutip Cangara (2006,p.139), derajat pesan yang dapat diserap oleh penerima dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain keterampilan berkomunikasi, tingkat pengetahuan, sistem sosial dan budaya penerima. Cangara (2006,p.139) menyebutkan bahwa bagi seorang penerima informasi, keterampilan komunikasi yang harus dimiliki ialah kemampuan memanfaatkan media komunikasi baik organik maupun mekanis untuk memilah – milah informasi yang diperlukan. Menurut Brent D. Ruben (1984) yang dikutip Cangara (2006,p.144), bahwa khalayak menerima suatu pesan bukan saja ditentukan oleh isi pesan, tetapi juga oleh semua komponen yang mendukung terjadinya proses komunikasi.

2.6.5 Efek

Menurut Stuart (1988) Pengaruh atau efek adalah perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan dan dilakukan oleh penerima sebelum dan sesudah menerima pesan. Menurut De Fleur (1982) pengaruh ini bisa terjadi pada pengetahuan (*knowledge*), sikap (*atitude*) dan tingkah laku (*behavior*) seseorang (Cangara,2006,p.25,147).

Menurut Widjaja (2000,p.96) dan Mundakir (2006,p.13), Hasil antar – *effect* adalah hasil akhir dari suatu komunikasi, yakni sikap dan tingkah laku seseorang sesuai atau tidak dengan yang kita inginkan. Jika sikap dan tingkah laku orang lain itu sesuai, maka berarti komunikasi itu berhasil.

Pada tingkat pengetahuan pengaruh bisa terjadi dalam bentuk perubahan persepsi dan perubahan pendapat. Perubahan pendapat terjadi bila mana terdapat perubahan penilaian terhadap sesuatu obyek karena adanya informasi yang lebih baru (Cangara,2006,p.147)

Adapun yang dimaksud dengan perubahan sikap, ialah adanya perubahan internal pada diri seseorang yang diorganisir dalam bentuk prinsip, sebagai hasil evaluasi yang dilakukannya terhadap suatu obyek baik yang terdapat didalam maupun diluar dirinya (Cangara,2006,p.148).

Sedangkan yang dimaksud dengan perubahan perilaku ialah perubahan yang terjadi dalam bentuk tindakan. Antar perubahan sikap dan perilaku juga terdapat hubungan erat, sebab perubahan perilaku biasanya didahului oleh perubahan sikap (Cangara,2006,p.148).

Dalam komunikasi antarpribadi dan komunikasi kelompok pengaruh dapat diamati secara langsung, misalnya penerima mengangguk – angguk sebagai tanda mengerti terhadap apa yang disampaikan oleh pembicara (Cangara,2006,p.149).

2.6.6 Umpan Balik

Cangara (2006,p.150) menyebutkan bahwa faktor lain yang perlu mendapat perhatian dalam pengaruh, ialah umpan balik (*feedback*). Sebenarnya umpan balik adalah pengaruh yang langsung diterima oleh sumber dari penerima. Umpan balik bisa berupa data, pendapat, komentar atau saran.

Menurut Azwar (1996,p.297), umpan balik (*feed back*) adalah reaksi dari sasaran terhadap pesan yang disampaikan, yang dimanfaatkan oleh sumber untuk memperbaiki dan ataupun menyempurnakan komunikasi yang dilakukan. Dengan adanya reaksi ini, sumber mengetahui apakah komunikasi berjalan dengan baik atau tidak. Jika hasilnya baik disebut positif dan jika hasilnya buruk disebut negatif.

Mundakir (2006,p.10-11) menyebutkan bahwa *feed back* merupakan respon komunikan (penerima pesan) terhadap pesan yang diterima baik secara verbal maupun nonverbal. Adanya *feed fack* membantu komunikator dalam menilai apakah pesan yang disampaikan kepada komunikan dimengerti atau tidak. Maka dokter sebagai komunikator perlu memberi kesempatan untuk terjadinya umpan balik dari penerima pesan yaitu pasien atau keluarga pasien.

Selanjutnya Mundakir (2006, p.11-13) menyebutkan pula bentuk – bentuk umpan balik yang lazim terjadi antara lain :

- a. *External feed back* adalah umpan balik yang diterima langsung oleh komunikator dari komunikan. Umpan balik bentuk ini terjadi dalam komunikasi langsung, misalnya komunikasi langsung, misalnya komunikasi antara perawat, dokter, bidan, dan klien saat melakukan pengkajian atau anamnesa dan lain sebagainya.
- b. *Internal feed back* adalah umpan balik yang diterima komunikator bukan dari komunikan, akan tetapi datang dari pesan atau dari komunikator itu sendiri.
- c. *Direct feed back atau Immediate feed back*. Umpan balik bentuk ini terjadi secara langsung dari komunikan dengan cara menggerakkan salah satu anggota badannya sebagai bentuk respon dari pesan yang diterima dari komunikator.
- d. *Indirect feed back atau Deliged feed back*. Umpan balik terjadi secara tidak langsung, butuh waktu, misalnya dalam bentuk surat konsultasi hasil pemeriksaan laboratorium, konsultasi status mental dan sebagainya.
- e. *Inferential feed back*. Adalah umpan balik yang diterima dalam komunikasi massa yang disimpulkan sendiri oleh komunikator.
- f. *Zero feed back*. Umpan balik yang diberikan komunikan tidak dipahami oleh komunikator. Bentuk umpan balik ini mungkin terjadi karena sudut

pandang komunikan terhadap materi komunikasi yang disampaikan berbeda dengan komunikator atau tingkat pengetahuan yang dimiliki berbeda.

g. *Neutral feed back* adalah umpan balik yang diterima komunikator dari komunikan tidak sesuai dengan informasi atau pesan awal yang disampaikan komunikator. Hal ini mungkin terjadi persepsi yang berbeda terhadap pokok permasalahan yang dibicarakan.

h. *Positif feed back*. Respon atau umpan balik yang positif yang diberikan oleh komunikan terhadap informasi / pesan yang disampaikan oleh komunikator. Umpan balik ini dapat diartikan sebagai persetujuan, dukungan atau hanya sekedar simpati. Pasien yang menyetujui rencana dilakukan tindakan medis oleh dokter bedah merupakan contoh dari feed back ini.

i. *Negative feed back*. Adalah kontra-reaksi yang ditunjukkan komunikan terhadap informasi atau pesan yang disampaikan oleh komunikator.

Umpan balik ini dapat diartikan sebagai pertentangan atau ketidaksetujuan komunikan terhadap apa yang disampaikan komunikator. Misalnya respon pasien yang menolak rencana dilakukan tindakan medis oleh dokter bedah.

2.6.7 Lingkungan

Cangara (2006,p.26-27) menyebutkan bahwa lingkungan atau situasi ialah faktor – faktor tertentu yang dapat mempengaruhi jalannya komunikasi. Faktor ini dapat digolongkan atas empat macam, yakni lingkungan fisik, lingkungan sosial budaya, lingkungan psikologis, dan dimensi waktu.

Lingkungan fisik menunjukkan bahwa suatu proses komunikasi hanya bisa terjadi kalau tidak terdapat rintangan fisik misalnya geografis. Komunikasi seringkali sulit dilakukan karena faktor jarak yang begitu jauh, dimana tidak tersedia fasilitas komunikasi seperti telepon, kantor pos atau jalan raya.

Lingkungan sosial menunjukkan faktor sosial budaya, ekonomi dan politik yang bisa menjadi kendala terjadinya komunikasi , misalnya kesamaan bahasa, kepercayaan, adat istiadat dan status sosial.

Dimensi psikologis adalah pertimbangan kejiwaan yang digunakan dalam berkomunikasi. Misalnya menghindari kritik yang menyinggung perasaan orang lain, menyajikan materi yang sesuai dengan usia khalayak. Dimensi psikologis ini biasa disebut dimensi internal (Vora,1979).

Sedangkan dimensi waktu menunjukkan situasi yang tepat untuk melakukan kegiatan komunikasi. Banyak proses komunikasi tertunda karena pertimbangan waktu, misalnya musim. Namun perlu diketahui karena dimensi waktu maka informasi memiliki nilai.

2.7. Gangguan dan Rintangan Komunikasi

Menurut Cangara (2006,p.131), gangguan komunikasi bisa terjadi pada semua elemen atau unsur -- unsur yang mendukungnya, termasuk faktor lingkungan dimana komunikasi itu terjadi. Shannon dan Weaver (1949) menyebutkan bahwa, gangguan komunikasi terjadi jika terdapat intervensi yang mengganggu salah satu elemen komunikasi, sehingga proses komunikasi tidak dapat berlangsung secara efektif. Sedangkan rintangan komunikasi dimaksudkan ialah adanya hambatan yang membuat proses komunikasi tidak berlangsung sebagaimana harapan komunikator dan penerima.

Meski gangguan dan rintangan komunikasi dapat dibedakan, tetapi sebenarnya rintangan komunikasi juga bisa terjadi disebabkan karena adanya gangguan. Gangguan atau rintangan komunikasi pada dasarnya dapat dibedakan atas tujuh macam, yakni gangguan teknis, gangguan semantik, gangguan psikologis, rintangan fisik atau organik, rintangan status, rintangan kerangka berfikir dan rintangan budaya (Cangara,2006,p.131-134)

Tujuh macam gangguan atau rintangan komunikasi tersebut, yakni :

- a. Gangguan teknis, terjadi jika salah satu alat digunakan dalam berkomunikasi mengalami gangguan, sehingga informasi yang ditransmisi melalui saluran mengalami kerusakan (*channel noise*).
- b. Gangguan Semantik, adalah gangguan komunikasi yang disebabkan karena kesalahan pada bahasa yang digunakan (Blake,1979). Gangguan semantik sering terjadi karena :
 1. Kata -- kata yang digunakan terlalu banyak memakai jargon bahasa asing sehingga sulit dimengert oleh khalayak tertentu.
 2. Bahasa yang digunakan pembicara berbeda dengan bahasa yang digunakan oleh penerima.
 3. Struktur bahasa yang dipergunakan tidak sebagaimana mestinya, sehingga membingungkan penerima.

4. Latar belakang budaya yang menyebabkan salah persepsi terhadap simbol – simbol bahasa yang digunakan.

c. Gangguan psikologi, terjadi karena adanya gangguan yang disebabkan oleh persoalan – persoalan dalam diri individu. Misalnya rasa curiga penerima kepada sumber, situasi berduka atau karena gangguan kejiwaan sehingga dalam penerimaan dan pemberian informasi tidak sempurna.

d. Rintangan fisik atau organik. Rintangan fisik ialah rintangan yang disebabkan karena kondisi geografis, misalnya jarak yang jauh sehingga sulit dicapai. Dalam komunikasi antarmanusia, rintangan fisik bisa juga diartikan karena adanya gangguan organik, yakni tidak berfungsinya salah satu panca indra pada penerima. Dijelaskan oleh Mundakir (2006,p.28) bahwa tingkat kedengaran suara merupakan sumber noise yang umum terjadi. Kondisi lingkungan tempat komunikasi, jarak antara komunikator dan komunikan, nada suara, kejelasan suara dan sensitivitas organ pendengaran adalah faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kedengaran suara.

e. Rintangan status, ialah rintangan yang disebabkan karena jarak sosial di antara peserta komunikasi, yakni bawahan cenderung hormat pada atasan.

f. Rintangan kerangka berfikir, ialah rintangan yang disebabkan adanya perbedaan persepsi antara komunikator dan khalayak terhadap pesan yang digunakan dalam berkomunikasi. Ini disebabkan karena latar belakang pengalaman dan pendidikan yang berbeda. Menurut William (1974) dalam Cangara (2006,p.134) bahwa rintangan yang sulit diatasi pada hakekatnya berada antara pikiran seseorang dengan orang lain.

g. Rintangan budaya, ialah rintangan yang terjadi disebabkan karena adanya perbedaan norma, kebiasaan dan nilai – nilai yang dianut oleh pihak – pihak yang terlibat dalam komunikasi.

2.8. Komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi dimana penerima oleh komunikan (*receiver*) sesuai dengan pesan yang dikirim oleh komunikator (*sender*), kemudian komunikan memberikan respon yang positif sesuai dengan yang diharapkan (Admin0,2007).

Ada 5 Hukum Komunikasi Yang Efektif (*The 5 Inevitable Laws of Effective Communication*) yang dikembangkan dan dirangkum dalam satu kata yang mencerminkan esensi dari komunikasi itu sendiri yaitu REACH, yang berarti merengkuh atau meraih. Karena sesungguhnya komunikasi itu pada dasarnya adalah upaya bagaimana kita meraih

perhatian, cinta kasih, minat, kepedulian, simpati, tanggapan, maupun respon positif dari orang lain (Admin0,2007).

a. Hukum pertama : *Respect*, yaitu rasa hormat dan saling menghargai. Jika kita membangun komunikasi dengan rasa dan sikap saling menghargai dan menghormati, maka kita dapat membangun kerjasama yang menghasilkan sinergi yang akan meningkatkan efektifitas kinerja kita baik sebagai individu maupun secara keseluruhan sebagai sebuah tim.

b. Hukum kedua : *Empathy*, yaitu kemampuan kita untuk menempatkan diri kita pada situasi atau kondisi yang dihadapi oleh orang lain. Salah satu prasyarat utama dalam memiliki sikap empati adalah kemampuan kita untuk mendengarkan atau mengerti terlebih dahulu sebelum didengarkan orang lain atau dimengerti orang lain. Dengan memahami dan mendengar orang lain terlebih dahulu, kita dapat membangun keterbukaan dan kepercayaan yang kita perlukan dalam membangun kerjasama atau sinergi dengan orang lain. Jadi sebelum kita membangun komunikasi atau mengirimkan pesan, kita perlu mengerti dan memahami dengan empati calon penerima pesan kita. Sehingga nantinya pesan kita akan dapat tersampaikan tanpa ada halangan psikologis atau penolakan dari penerima. Empati bisa juga berarti kemampuan untuk mendengar dan bersikap siap menerima masukan ataupun umpan balik apapun dengan sikap yang positif.

c. Hukum ketiga : *Audible*, yaitu dapat didengarkan atau dimengerti dengan baik. Pesan harus disampaikan melalui media atau *delivery channel* sedemikian hingga dapat diterima dengan baik oleh penerima pesan.

d. Hukum keempat : *Clarity*, yaitu kejelasan dari pesan itu sendiri sehingga tidak menimbulkan multi interpretasi atau berbagai penafsiran yang berlainan. *Clarity* dapat pula berarti keterbukaan dan transparansi. Dalam berkomunikasi kita perlu mengembangkan sikap terbuka atau tidak ada yang ditutupi

atau disembunyikan, sehingga dapat menimbulkan rasa percaya (*trust*) dari penerima pesan atau anggota tim kita.

e. Hukum kelima : Humble, yaitu sikap rendah hati. Sikap ini merupakan unsur yang terkait dengan hukum pertama untuk membangun rasa menghargai orang lain, biasanya didasari oleh sikap rendah hati yang kita miliki. Sikap yang penuh melayani (dalam bahasa pemasaran *Customer First Attitude*), sikap menghargai, mau mendengar dan menerima kritik, tidak sombong dan memandang rendah orang lain, berani mengakui kesalahan, rela memaafkan, lemah lembut dan penuh pengendalian diri, serta mengutamakan kepentingan yang lebih besar.

Jika komunikasi yang kita bangun didasarkan pada lima hukum pokok komunikasi yang efektif, mak kita dapat menjadi seorang komunikator yang handal dan pada gilirannya dapat membangun jaringan hubungan dengan orang lain yang penuh dengan penghargaan (*respect*).

Menurut Cangara (2006,p.116-117) bahwa untuk berhasilnya mengelola dan menyusun pesan – pesan secara efektif perlu memperhatikan beberapa hal :

- a. Pesan yang disampaikan harus dikuasai lebih dahulu, termasuk struktur penyusunannya yang sistematis.
- b. Mampu mengemukakan argumentasi secara logis. Untuk itu harus mempunyai alasan – alasan berupa fakta dan pendapat yang bisa mendukung materi yang disajikan.
- c. Memiliki kemampuan untuk membuat intonasi bahasa, serta gerakan – gerakan nonverbal yang dapat menarik perhatian khalayak.
- d. Memiliki kemampuan untuk membumbui pesan yang disampaikan dengan anekdot – anekdot untuk menarik perhatian dan mengurangi rasa bosan khalayak.

2.9. Komunikasi Risiko

Dalam penanggulangan episenter pandemic influenza, ruang lingkup kegiatan komunikasi risiko mencakup persiapan dan pelaksanaan komunikasi risiko, dibagi atas tahapan setelah sinyal epidemiologi, sinyal virology, pemberlakuan masa penanggulangan hingga selesai masa penanggulangan.

2.9.1. Prinsip-prinsip Dasar

Untuk mengenal dan efektif melakukan komunikasi risiko, prinsip-prinsip dasarnya pada penanggulangan episenter pandemi influenza, pada dasarnya sebagai berikut :

2.9.1.1. Komunikasi Publik, Komunikasi Risiko dan Komunikasi Krisis

Komunikasi publik adalah komunikasi yang dilakukan institusi kepada untuk menyediakan informasi akurat, lengkap dan tepat waktu kepada masyarakat, melalui berbagai media, seperti media massa, publikasi, internet, surat edaran, dan alat lain. Tujuan komunikasi publik adalah peningkatan pemahaman masyarakat terhadap kebijakan instansi, serta memotivasi partisipasi publik agar bertingkah laku sesuai dengan pesan yang disampaikan. Jenis komunikasi ini digunakan sebagai dasar komunikasi antara pemerintah dengan masyarakat, termasuk dalam penanggulangan episenter.

Komunikasi Risiko adalah segala bentuk pertukaran informasi tentang risiko antara seluruh pihak yang berkepentingan (Fewtrell dan Bartram, 2001). Peter Sandman (2006) menerangkan bahwa komunikasi risiko terbagi tiga, yaitu :

- a. Advokasi untuk kewaspadaan (*Precaution advocacy*), yaitu komunikasi yang ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, membuat orang berjaga-jaga terhadap adanya bencana (hazards) yang serius.
- b. Pengelolaan kemarahan masyarakat (*Outrage management*), yaitu komunikasi yang dilakukan saat kecemasan atau kepanikan masyarakat melebihi tingkat bahaya yang dihadapi.
- c. Komunikasi krisis (*crisis communication*) digunakan untuk memandu masyarakat melampaui atau melalui masalah kesehatan yang memang sangat serius dan membuat masyarakat sungguh-sungguh emosional (*upset*).

Ilmu komunikasi risiko sebenarnya berasal dari upaya menangani keadaan ini, namun kemudian meluas mencakup *precaution advocacy*, *outrage management* dan *crisis communication*.

Komunikasi risiko dilakukan sebelum, saat, dan sesudah krisis terjadi, bertujuan mencegah perilaku masyarakat yang menghambat penanggulangan atau bahkan merusak.

2.9.1.2. Komunikasi Risiko dalam Krisis

Dalam keadaan krisis kesehatan, publik lebih reaktif, cenderung emosional, dan panik. Layaknya keadaan darurat, situasi berubah-ubah dalam waktu singkat, dan kebijakan normal tidak selalu dapat diterapkan. Jenis komunikasi publik biasa tidak dapat diterapkan dalam situasi krisis ini.

Dalam penanggulangan krisis, prinsip kerja pelaku komunikasi risiko adalah :

- a. Cepat
- b. Tanggap Terhadap setiap perkembangan keadaan dan perubahan kebijakan.
- c. Komunikasi dua arah (publik-tim komunikasi risiko dan tim komunikasi risiko-publik; pengumpulan sebelum penyebaran informasi).
- d. Tetap memerlukan perencanaan minimal.
- e. Selalu terintegrasi dengan strategi penanggulangan, yang mempertimbangkan tingkat risiko dan data ilmiah yang tersedia.

Informasi atau pesan yang dikomunikasikan berfokus pada :

1. Cara menghentikan penyebaran infeksi
2. Tindakan yang harus dilakukan petugas dan masyarakat
3. Perkembangan keadaan termutakhir

Dalam keadaan krisis, masyarakat begitu peka terhadap berbagai perubahan, informasi yang disampaikan harus menggambarkan petugas/pemerintah memahami keadaan, mengetahui kebijakan yang ditetapkan, merasa diperhatikan, terlindung dan aman.

Komunikasi risiko akan terbantu jika informasi dapat :

- a. Menciptakan kepercayaan masyarakat
- b. Akurat, disampaikan pada waktu yang tepat
- c. Transparan, jujur, dan obyektif
- d. Sesuai dengan kondisi setempat

- e. Berkesinambungan/terus menerus.
- f. Menciptakan ketenangan namun tidak meninggalkan kewaspadaan dan upaya tanggap.

Tugas pertama dalam komunikasi risiko disuatu wilayah adalah membangun kepercayaan. Anjuran atau intruksi hanya akan diikuti masyarakat bila ada kepercayaan terhadap petugas atau pemerintah. Kepercayaan masyarakat tiak dapat diperoleh seketika.

2.9.2 Landasan Kebijakan dan Referensi

Pasal 5 ayat 1 butir f UU No 4 th 1984 mengamanatkan upaya penyuluhan kesehatan kepada kesehatan, berupa **kegiatan komunikasi** yang bersifat persuasif edukatif tentang penyakit yang dapat menimbulkan wabah agar masyarakat mengerti sifat-sifat penyakit, dapat melindungi diri dari penyakit tersebut dan bila terkena, tidak menular kepada orang lain. Selanjutnya PP No. 40 th 1991, pasal 17 (ayat 1 dan 2) menyebutkan : (1) Penyuluhan dilakukan oleh pejabat kesehatan dengan mengikutsertakan pejabat instansi lain, lembaga swadaya masyarakat, pemuka agama dan pemuka masyarakat. (2) Penyuluhan **mendayagunakan berbagai media komunikasi massa** baik pemerintahan maupun swasta.

2.9.3. Pokok – pokok Kegiatan dalam Komunikasi Risiko

Kegiatan pokok dalam komunikasi risiko dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.1 Aspek-aspek Kegiatan Komunikasi Risiko

Kegiatan Inti	Uraian Kegiatan	Wilayah Kerja	Pelaku
Komunikasi dan Koordinasi	Tim Komunikasi Risiko sebagai anggota tim penanggulangan	Rumah Sakit	TKR
	Penyediaan dan perawatan alat komunikasi	Rumah Sakit	TKR
Komunikasi Risiko	Pengumpulan informasi	Rumah Sakit	TKR
	Pengolahan informasi	Rumah Sakit	TKR
	Penyaluran informasi	Rumah Sakit	TKR

Keterangan : TKR : Tim Komunikasi Risiko

Sumber : Modul Pelatihan Penanganan Epizenter Pandemi Influenza, Depkes.

Dengan mengacu pada aspek-aspek komunikasi risiko, maka komunikasi risiko kemudian dibagi ke dalam tahapan yang dibentuk berdasarkan perkembangan situasi atau tindakan penanggulangan. Perbedaan antara tahap satu dengan yang lainnya terletak pada intensifitas, cara penyimpanan dan isi pesan, sesuai perkembangan keadaan. Adapun tahapannya adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2. Tahapan Kegiatan dalam Komunikasi Risiko

Tahap Komunikasi Risiko	Indikasi Tahap	Kegiatan	Pelaksana Utama Kegiatan
Tahap I	Setelah identifikasi sinyal epidemiologis	Identifikasi, Perencanaan	TKR
	Mulai adanya dugaan terjadi penularan virus dari manusia ke manusia		
Tahap II	Setelah identifikasi melalui verifikasi dan pemberlakuan penanggulangan seperlunya	Persiapan, Pelaksanaan	TKR
	Pernyataan KLB dari Kepala Pemerintahan setempat		
Tahap III	Identifikasi sinyal Virologi dan pemberlakuan masa penanggulangan episenter Pandemi influenza	Pelaksanaan	TKR
	Pengumuman mulai diberlakukannya penanggulangan oleh Menteri Kesehatan		
Tahap IV	Penetapan selesainya masa penanggulangan	Pengakhiran, Pasca Pengakhiran	TKR
	Pengumuman setelah selesainya masa penanggulangan oleh Menteri Kesehatan		

Sumber : Modul Pelatihan Penanganan Episenter Pandemi Influenza, Depkes.

Komunikasi risiko sesungguhnya dilakukan bahkan sejak teridentifikasi kasus yang diduga tertular virus influenza pandemi, dari hewan ke manusia.

2.9.4. Perencanaan dan persiapan

Dalam situasi krisis, meski waktu terbatas, perencanaan harus dilakukan demi menyesuaikan kegiatan dengan keadaan dan sumber daya setempat.

Kegiatan yang dilakukan selama perencanaan dan persiapan terutama adalah :

2.9.4.1. Identifikasi

Demi efisiensi dalam keadaan krisis, akan ada sarana yang harus dimanfaatkan bersama, seperti saluran telepon atau internet, atau kendaraan. Identifikasi mana yang dapat dimanfaatkan khusus bagi Tim Komunikasi. Juga identifikasi alternatif penggunaan bersama berbagai sumber daya yang tersedia.

Untuk komunikasi risiko, dilakukan identifikasi terhadap :

a. Alat/Saluran komunikasi

Alat/saluran komunikasi yang dimaksud adalah sistem pengeras suara umum, radio telekomunikasi, alat komunikasi tradisional, pesawat telepon, telepon genggam, akses internet.

Identifikasi mencakup :

- Jenis,
- Jumlah,
- Pemilik,
- sumber daya manusia (pengguna/operator/teknis),
- Lokasi,
- Cakupan,
- Alternatif pengguna

Juga disetakan catatan khusus jika diperlukan seperti hanya dapat digunakan pada siang hari atau malam hari atau memerlukan pasokan baterai.

b. Peralatan Pendukung

Meski tidak secara langsung menjadi saluran komunikasi, tanpa alat-alat berikut, komunikasi risiko sulit dilakukan :

- Alat perekam suara/*tape recorder*
- Sumber listrik
- Kabel listrik

- Penerangan
- Papan pengumuman
- Komputer/laptop
- Mesin faksimili
- Kabel internet
- Akses internet *wi-fi*

c. Sarana Fisik

● Ruang berdekatan dengan Posko Penanggulangan, memiliki saluran/alat komunikasi paling memadai, tetapi tidak digunakan oleh pejabat setempat. Dapat menggunakan ruang unit penyuluh (Bina Kesehatan Masyarakat/Promosi Kesehatan, dll)

● Ruang yang dapat digunakan untuk jumpa pers dan sentra media, dapat juga menggunakan ruang unit Hubungan Masyarakat.

d. Organisasi dan Sumber Daya Manusia

● Unit yang biasa melakukan penyuluhan bagi masyarakat (biasanya Unit Bina Kesehatan Masyarakat atau Promosi Kesehatan)

● Jumlah personil unit tersebut dan kecakapan masing-masing yang dapat diberdayakan

● Unit yang biasa melakukan tugas hubungan masyarakat (biasanya unit Hubungan Masyarakat di setiap unit kerja, misalnya Dinas Kesehatan, Rumah Sakit).

Jumlah personil dalam unit tersebut dan kecakapan masing-masing yang dapat diberdayakan

● Anggota unit lain yang dapat mendukung tugas pengumpulan dan penyebaran informasi dan sentra media.

● Unit penyebaran informasi (biasanya badan/unit telekomunikasi dan informatika)

● Instansi, institusi, atau pihak yang terkait atau dapat berkerjasama dalam penanggulangan episenter pandemi influenza. Perlu dibuat kesepakatan formal tentang kerjasama yang bisa dilakukan.

Identifikasi sumber daya manusia dan kegiatannya/fungsinya dapat dilakukan dengan menggunakan tabel berikut :

- g. Alat komunikasi untuk koordinasi antara tim penanggulangan (pilih yang tersedia, efisien, dan efektif)
- h. Sarana dan ruangan yang dapat dimanfaatkan TKR (memudahkan komunikasi, koordinasi dan pengendalian)
- i. Sarana dan ruang yang dapat digunakan untuk jumpa pers
- j. Peralatan yang mendukung untuk ditambahkan/didatangkan untuk mendukung pelaksanaan
- k. Juru bicara (biasanya kepala daerah)
- l. Waktu jumpa pers
- m. Personil TKR
- n. Provider seluler yang dipilih jika kartu perdana diperlukan

Meski ada berbagai protokol tetap aspek penanggulangan, namun karena beragamnya keadaan dan kemampuan daerah, masing-masing daerah perlu merancang :

- a. alokasi alat komunikasi (peminjam, kepemilikan, dsb)
- b. *draft* pernyataan yang dapat langsung dibacakan jika penanggulangan terjadi
- c. pesan umum yang disampaikan berkala kepada masyarakat dalam bahasa Indonesia dan bahasa daerah setempat
- d. pesan-pesan yang mungkin diperlukan
- e. cara dan prosedur setiap anggota tim komunikasi risiko mengakses data
- f. cara prosedur tim penanggulangan mendapat informasi dari Pusat Penanggulangan dan TKR
- g. pengelolaan dan pengaturan jadwal kerja TKR
- h. prosedur penyebaran informasi kepada publik wilayah episenter, termasuk anggota tim penanggulangan
- i. prosedur pemanfaatan kendaraan atau komunikasi-koordinasi dengan pihak yang dapat membantu penyebaran informasi
- j. prosedur perekaman informasi, dan penyimpanan hasil rekaman.

Juga dilakukan :

- a. Aktifasi TKR rumah sakit, didukung oleh TKR pusat
- b. Pengumpulan dan penyusunan informasi tentang penanggulangan

- c. Pengumpulan dan penyusunan kontak para pejabat atau anggota tim penanggulangan
- d. Kontak dengan provider seluler dan internet untuk membuat kesepakatan
- e. Penandatanganan kesepakatan dengan pihak terkait atau mendukung penanggulangan episenter
- f. Pemasangan papan informasi diruang TKR.

Perencanaan sebaiknya mempertimbangkan faktor-faktor berikut :

- a. Jika tidak terjadi kelangkaan listrik, maka televisi dan radio setempat adalah media terpenting.
- b. Selebaran dapat diberikan langsung ke masyarakat bersama dengan dengan tim atau kader surveilans epidemiologi, atau saat media logistik.
- c. Pesan melalui telpon genggam (text atau short message system; sms) dapat dimanfaatkan namun harus mempertimbangkan jumlah pemakai dan kemungkinan jalur komunikasi telepon genggam melalui kemacetan karena kelebihan beban.
- d. Penyimpanan informasi melalui situs internet atau saluran surat elektronik (e-mail) harus dilakukan sedapat mungkin meski jangkauannya sangat terbatas. Informasi pada situs lebih mudah mencapai media massa dan masyarakat diluar wilayah episenter, terutama pada keluarga dari orang-orang yang berada dalam wilayah episenter.
- e. Ketetapan jadwal pemberian informasi menenangkan masyarakat. Jadwal juga membantu kelancaran dan kecepatan kerja petugas. Menjawab panggilan berulang kali untuk memberikan informasi yang sama kepada pihak yang sama padahal belum ada perkembangan, dengan penghambat kecepatan kerja.
- f. Memanfaatkan teknologi yang tersedia, karena mendatangkan teknologi baru seringkali memerlukan waktu lama dan tambahan personil. Padahal tidak mudah menemukan personil baru.

2.9.4.3. Persiapan

Selain melaksanakan semua rancangan kegiatan, dalam persiapan dilakukan pula :

- a. Pendirian dan aktivitas posko TKR.
- b. Melengkapi peralatan yang diperlukan
- c. Aktivasi nomor *call centre*
- d. Media briefing
- e. Orientasi, pengujian, dan latihan penggunaan komunikasi
- f. Finalisasi penyusunan pesan, setelah mendapat masukan ahli dan pencetakan selebaran/media penyebaran pesan
- g. Koordinasi dan pemberdayaan masyarakat melalui pelibatan toma, toga, todat, dan pimpinan wilayah setempat
- h. Penyebaran informasi awal tentang virus yang menyebar dan penanggulanagn episenter pandemi influenza

BAB 3

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT

3.1. Sejarah RSPAD Gatot Soebroto

Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto pada awalnya merupakan tempat perawatan bagi korban tempur tentara Hindia Belanda yang ingin mempertahankan Wilayah Indonesia sebagai tanah jajahannya. Pada tahun 1819 Pemerintah Hindia Belanda membangun tiga rumah sakit di wilayah Indonesia yang dikenal dengan *Groot Militaire Hospitaal Weltevreden*. Satu diantaranya adalah Rumah Sakit tempat RSPAD Gatot Soebroto sekarang. Selain bertugas merawat korban tempur, rumah sakit ini berfungsi melaksanakan penelitian dan pendidikan.

Pada masa penjajahan Jepang 8 Maret 1942 rumah sakit masih berfungsi sebagai rumah sakit militer dibawah Komando Angkatan Darat Jepang dengan nama *Rikugun Byoin*. Setelah Jepang menyerah pada tentara sekutu 15 Agustus 1945 dan diproklamirkan kemerdekaan Republik Indonesia pada tanggal 17 Agustus 1945, *Rikugu byoin* kembali dikuasai oleh tentara sekutu (KNIL), dan berubah nama menjadi Rumah Sakit Jawatan Kesehatan Angkatan Darat atau "*Leger Hospitaal Batavia*". Setelah pengakuan terhadap kedaulatan Republik Indonesia hasil Konferensi Meja Bundar di Den Haag pada tanggal 29 Desember 1949 maka di putuskan untuk melakukan pengalihan instalasi militer kepada pemerintah RI termasuk "*Leger Hospital Batavia*".

Pada tanggal 26 Juli 1950, di lakukan penyerahan "*Leger Hospital Batavia*" kepada pemerintah Indonesia dari Letkol Dr Scheffers (mewakili pemerintah Belanda) kepada Letkol Dr Satrio (mewakili pemerintah Indonesia). Sejak saat itu "*Leger Hospitaal Batavia*" resmi masuk ke jajaran Djawatan Kesehatan Tentara Angkatan Darat (*DKTAD*) dengan nama Rumah Sakit Tentara Pusat (*RSTP*).

Moment bersejarah selanjutnya di peringati sebagai hari jadi RSPAD Gatot Soebroto. Mengingat jasa-jasa Letnan Jendral Gatot Soebroto yang bertekad memberikan segala-galanya bagi RSPAD agar menjadi rumah sakit kebanggaan prajurit dan upaya meningkatkan kesejahteraan prajurit Angkatan Darat, melalui

pertimbangan yang matang terbitlah Surat Keputusan Kepala Staf Angkatan Darat, Nomor :Skep/582/1970 dan nama Gatot Soebroto di belakang nama Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat atau RSGS.

Sesuai dengan tuntutan organisasi agar lebih mudah pengucapannya, maka pada tanggal 4 Agustus 1977 dibuat keputusan Kajan Kesad yang dituangkan dalam Surat Edaran Nomor : SE/18/VIII/1977 merubah nama Rumah Sakit menjadi Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Soebroto disingkat RSPAD Gatot Soebroto.

Tahun 1994 diresmikan Wahana Bina Balita tempat penitipan anak-anak karyawan RSPAD, disini tumbuh kembang anak dibawah pengawasan dokter umum, psikolog, dokter spesialis anak, dan psikiater anak. Sedangkan bagi keluarga yang sedang dirawat dibangun tempat penginapan Wisma Bermis

Kemudian tahun 2000 diresmikan ruang perawatan khusus untuk Kedokteran Militer yaitu suatu upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi prajurit Tentara Nasional Indonesia, yang mengalami korban tempur atau latihan. Saat ini RSPAD Gatot Soebroto merupakan rumah sakit tingkat satu dan menjadi rujukan tertinggi di jajaran TNI yang memberikan perawatan kesehatan untuk Prajurit TNI AD, Pegawai Negri sipil serta masyarakat umum.

3.2. Profil Rumah Sakit

Nama Rumah Sakit	: RSPAD Gatot Subroto
Tanggal Berdiri	: 26 Juli 1950
Type Rumah Sakit	: Rumah Sakit Tingkat I/Type A
Akreditasi Rumah Sakit	: Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit 2005, 16 Bidang Pelayanan/Klasifikasi A
Pemilik	: Negara/Departemen Hankam
Alamat Lengkap	: Jalan Abdul Rahman Saleh No. 24, Jakarta Pusat
Telepon	: 021-3441008 / faks:3520619
Email/Web	: http://www.rspad-gatsu.com

3.3. Visi , Misi dan Moto Pelayanan

3.3.1 Visi : Menjadi Rumah Sakit Kebanggaan Prajurit.

3.3.2 Misi :

- a. Menyelenggarakan fungsi pelayanan medik, penunjang medik, & keperawatan.
- b. Menyelenggarakan fungsi rujukan dan supervisi.
- c. Menyelenggarakan fungsi pendidikan dan pelatihan.
- d. Menyelenggarakan fungsi penelitian/riset dan pengembangan.
- e. Menyelenggarakan pembinaan profesi tenaga kesehatan.

3.3.3 Moto Pelayanan :

RSPAD memiliki moto **SIMPATIK**, yaitu **Senyum, Ikhlas, Mutu, Profesional, Antisipasi, Tanggap, Informatif dan Kekeluargaan.**

3.4. Data Ketenagaan

3.4.1 Tenaga Dokter

Rumah Sakit memiliki jumlah tenaga dokter sebanyak 322 orang yang terdiri dari dokter tetap dan honorer. Jumlah dokter tetap terdiri dari 179 dokter spesialis dan 76 dokter umum. Sedangkan dokter honorer terdiri dari 56 dokter spesialis dan 15 dokter umum. Distribusi data ini dapat dilihat pada Tabel 3.1 dan Tabel 3.2 berikut ini:

Tabel 3.1. Distribusi Data Tenaga Dokter Tetap RSPAD Tahun 2009

No.	Tenaga Dokter di Bagian	Spesialis	Umum
1.	Paru	6	4
2.	Penyakit Dalam	9	12
3.	Anak	13	7
4.	Bedah	25	-

5.	Anasthesi	13	6
6.	Jantung	6	7
7.	Kebidanan	17	-
8.	Kulit Kelamin	5	1
9.	Syaraf	10	7
10.	Mata	8	-
11.	THT	8	4
12.	Patologi Klinik	5	-
13.	Patologi Anatomi	3	-
14.	Gizi	3	-
15.	Gigi Mulut	17	-
16.	GADAR	-	17
17.	Dan lain –lain	31	7
18.	Jumlah	179	72

Sumber: Bagian Kedokteran RSPAD-GS

Tabel 3.2. Distribusi Data Tenaga Dokter Honorer RSPAD Tahun 2009

No.	Tenaga Dokter di Bagian	Spesialis	Umum
1.	Paru	2	1
2.	Penyakit Dalam	5	6
3.	Anak	-	-
4.	Bedah	23	-
5.	Anasthesi	-	-
6.	Jantung	-	-
7.	Kebidanan	1	-
8.	Kulit Kelamin	5	-
9.	Syaraf	1	-
10.	Mata	1	-
11.	THT	6	-
12.	Patologi Klinik	-	-
13.	Patologi Anatomi	1	-
14.	Gizi	-	-

15.	Gigi Mulut	-	-
16.	GADAR	-	4
17.	Dan lain-lain	11	4
18.	Jumlah	56	15

Sumber: Bagian Kedokteran RSPAD-GS

3.4.2 Tenaga Keperawatan

Tenaga Keperawatan yang dimiliki Rumah Sakit adalah 1578 orang . Tenaga Keperawatan ini terdiri dari Perawat S2 sebanyak 2 orang, Perawat S1 sebanyak 83 orang, Perawat D3 sebanyak 904 orang, Tenaga bidan sebanyak 65 orang dan tenaga perawat lain sebanyak 524 orang (Lihat Tabel 3.3).

Tabel.3.3.Distribusi Data Tenaga Keperawatan RSPAD Berdasarkan Unit Kerja Tahun 2009

No.	Pendidikan	IRNA		IRJA		Kartika		Darmawan		ICU		GADAR		Z
		T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	T	H	
1.	S2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
2.	S1	24	6	43	7	-	-	-	-	3	-	-	-	83
3.	AKP	286	31	219	12	38	83	42	100	36	6	51	-	904
4.	AKB	37	12	7	9	-	-	-	-	-	-	-	-	65
5.	SPK	87	6	149	-	4	5	-	-	10	-	14	-	
6.	PP	66	81	43	50	-	-	-	-	9	-	-	-	524
7.	Jumlah	500	136	463	78	42	88	42	100	58	6	55	0	1.578

Sumber: Bagian Keperawatan

3.4.3 Tenaga Penunjang Medis dan Non Medis

Tenaga Penunjang Medis dan Non Medis Rumah Sakit berjumlah 1.221 orang. Total tenaga penunjang medis berjumlah 231 orang yang terdiri dari tenaga farmasi 64 orang, Kesehatan Masyarakat 6 orang, Gizi 49 orang, Keterampilan Fisik 37 orang dan Tehnisi Medis 75 orang. Sedangkan tenaga non medis termasuk petugas kebersihan berjumlah 990 orang (Lihat Tabel 3.4).

Tabel 3.4. Distribusi Data Tenaga Penunjang Medis dan Non Medis RSPAD Tahun 2009

No.	Tenaga	Jumlah
1.	Farmasi	64
2.	Kesehatan Masyarakat	6
3.	Gizi	49
4.	Keterapian Fisik	37
5.	Ketehnisian Medis	75
6.	Total Penunjang Medis	231
7.	Total Non Medis	990
	Total	1.221

Sumber: Bagian Administrasi Personil

3.5. Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit

Rumah Sakit ini juga memiliki berbagai fasilitas pelayanan diantaranya: pelayanan Rawat Inap, UGD, Rawat Jalan dan Poliklinik Spesialis & Sub Spesialis yang terdiri dari: poliklinik Anak, Bedah, Penyakit Dalam, Obstetry dan Ginekologi, poliklinik Gigi Dan Mulut, poliklinik Ginjal, Jantung, Kulit dan Kelamin, Mata, Paru, Psikiatri, Syaraf, THT, Rehabilitasi medik dan poliklinik Kedokteran Nuklir. Rumah sakit juga memiliki pelayanan unggulan sebagai Trauma Center dengan "*level one trauma center*" disertai fasilitas ambulans darat dan udara.

3.6. Rumah Sakit Rujukan Avian Influenza

Pada tahun 2006 , RSPAD Gatot Soebroto ditetapkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Pemerintah Penanganan *Avian Influenza* berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 414/ Menkes/ SK/IV/2007. RSPAD telah memiliki pengalaman menangani 11 pasien AI. Dua diantaranya pasien confirmed dan meninggal dunia sedangkan sembilan lainnya adalah pasien suspek

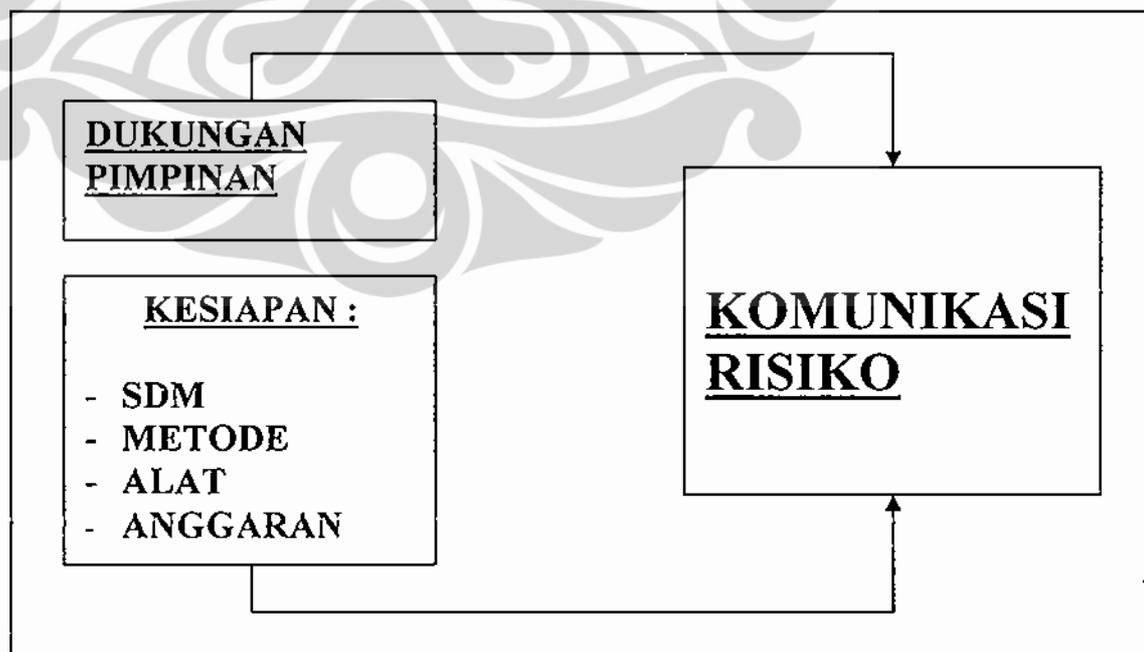
BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Konsep

Dalam menghadapi ancaman pandemi *Avian Influenza*, diprediksi akan terjadi kondisi krisis kesehatan, dimana dalam keadaan krisis kesehatan, publik lebih reaktif, cenderung emosional, dan panik. Layaknya keadaan darurat, situasi berubah-ubah dalam waktu singkat, dan kebijakan normal tidak selalu dapat diterapkan. Jenis komunikasi publik biasa tidak dapat diterapkan dalam situasi krisis ini. Tujuan utama dalam komunikasi risiko adalah membangun kepercayaan. Anjuran atau instruksi hanya akan diikuti masyarakat bila ada kepercayaan terhadap petugas. Kepercayaan masyarakat tidak dapat diperoleh seketika. Dari kondisi diatas maka diperlukanlah suatu analisis terhadap kemampuan sumber daya yang dimiliki oleh rumah sakit untuk mengetahui kesiapan melakukan komunikasi risiko dalam menghadapi ancaman pandemi *Avian Influenza*, yang dapat digambarkan seperti gambar 4.1. dibawah ini.

Gambar 4.1. Kerangka Konsep Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko
Episenter Pandemi Influenza di RSPAD Gatot Soebroto



4.2. Definisi Operasional

Tabel 4.1. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi istilah	Cara pengambilan data
1	2	3	4
1.	Komunikasi Risiko	Bentuk dari komunikasi risiko yang dilakukan oleh rumah sakit.	Wawancara mendalam Telaah dokumen
2.	Dukungan Pimpinan	Tindakan dari pihak manajemen yang mendukung pelaksanaan komunikasi risiko	Wawancara mendalam Telaah dokumen
3.	SDM	Mampu melakukan komunikasi risiko, Pelatihan komunikasi risiko yang pernah diikuti	Wawancara mendalam Telaah dokumen
4.	Metode	Sistem yang dimiliki rumah sakit dalam melakukan komunikasi risiko secara internal dan eksternal.	Wawancara mendalam Telaah dokumen
5.	Alat	Peralatan yang ada di rumah sakit dan digunakan dalam komunikasi risiko.	Observasi Telaah dokumen
6.	Anggaran	Dana yang telah dianggarkan rumah sakit untuk mendukung komunikasi risiko.	Wawancara mendalam Telaah dokumen

BAB 5

METODOLOGI PENELITIAN

Pada bab 5 ini akan diuraikan tentang metodologi penelitian. Metodologi penelitian secara berurutan yaitu rancangan penelitian, alasan penelitian kualitatif, lokasi dan waktu penelitian, informan dan kriteria, tahap pra penelitian, tahap penelitian, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, analisa data dan keabsahan data.

5.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian analisis proses komunikasi dalam pelaksanaan komunikasi risiko menggunakan metode kualitatif yang bersifat deskriptif dengan pendekatan komponen kesiapan SDM, anggaran, metode, material dan mesin.

5.2. Alasan Penelitian Kualitatif

Dalam FKM UI (1999,p.3) disebutkan ada dua alasan utama yang mendasari penggunaan metode penelitian kualitatif, yaitu alasan konseptual dan alasan praktis.

5.2.1. Alasan Konseptual

Penelitian kualitatif memberikan informasi yang mendalam tentang komunikasi risiko yang dilaksanakan oleh tim komunikasi risiko kepada penerima pesan. Metode pengambilan datanya dengan wawancara mendalam sehingga dapat menggali secara mendalam, apa yang dirasakan, dialami dan difikirkan informan. Sedangkan observasi akan menghasilkan informasi yang benar – benar terjadi.

5.2.2. Alasan Praktis

Sifat penelitian kualitatif bersifat subyektif dan intuisi. Disamping itu juga menjadi pertimbangan adalah biaya murah, waktu singkat, rancangan dapat dimodifikasi selama penelitian berlangsung.

5.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSPAD. Gatot Subroto Jakarta pada bulan Mei 2010.

5.4. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Data Primer:

- a. Wawancara dilakukan dengan pihak terkait dari pihak profesi (Paru) dan pihak manajemen dan yang terkait dengan penanganan Avian Influenza di RSPAD Gatot Soebroto.
- b. Observasi : Selama observasi dilakukan kegiatan antara lain :
 - a. Melakukan penilaian terhadap kesesuaian, kecukupan dan kelayakan fasilitas komunikasi dan alat komunikasi di RSPAD Gatot Soebroto.

2. Data Sekunder

Untuk mendapatkan data sekunder dilakukan analisis dokumen. Data sekunder yang dibutuhkan adalah :

- a. Dokumen Prosedur Operasional
- b. Data SDM yang dimiliki berdasarkan pendidikan dan latihan yang diikuti oleh petugas.

5.5. Tahapan Pra Penelitian

Tahapan ini kegiatan yang dilakukan adalah menyusun proposal penelitian yang dibimbing oleh Pembimbing Akademik dan meminta bimbingan dari Direktur RSPAD. Gatot Subroto kemudian dilaksanakan ujian proposal, perbaikan proposal, dan mengurus perizinan.

Penelitian diawali dengan mengajukan permohonan oleh Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Kepada Direktur RSPAD. Gatot Subroto, perihal ijin penelitian dan menggunakan data. Surat itu disetujui oleh Direktur RSPAD. Gatot Subroto. Kemudian Direktur RSPAD. Gatot Subroto mengeluarkan surat perihal ijin penelitian dan penggunaan data ditujukan kepada Kepala Pelayanan Medis RSPAD. Gatot Subroto.

5.6. Tahapan Penelitian

Sebelum melakukan observasi, WM, dan FGD, peneliti melakukan telaah dokumen serta identifikasi sumberdaya manusia dan sarana komunikasi. Hasil telaah dokumen dan identifikasi wawancara mendalam dan FGD dengan para informan.

Dengan memperhatikan variasi sasaran informan maka dapat ditentukan pilihan informan. Memilih calon informan sasaran dengan prinsip kesesuaian (appropriateness) dan kecukupan (adequacy) (FKM UI & Depkes RI,1999,p.10), dengan cara sebagai berikut :

5.7. Pemilihan Informan

Prinsip pemilihan informan pada penelitian kualitatif adalah sebagai berikut :

1. Kesesuaian (appropriateness)

Informan dipilih berdasarkan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki berkaitan dengan topik penelitian, disesuaikan dengan kebutuhan informasi yang diinginkan.

2. Kecukupan (adequacy)

Data yang didapat dari informan dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan topik penelitian oleh karena itu hendaknya diperhatikan kategori – kategori yang berkaitan dengan penelitian sehingga dengan adanya variasi kategori informan akan diperoleh gambaran dan fenomena yang lengkap. Dalam penelitian ini jumlah informan tidak menjadi factor penentu utama tetapi kelengkapan data yang dipentingkan.

Pada penelitian ini yang menjadi informan adalah :

Tabel 5.1. Kriteria Informan

No.	Kriteria Informan	Informasi yang diharapkan
A.	Dirbinyanmed RSPAD GS Ditkesad	Dukungan Pimpinan Manajemen
B.	Kadep Paru	Mekanisme komunikasi risiko dan tatalaksana pelayanan saat pandemic influenza
C.	Kabag Yanmed Dep.Paru	Mekanisme komunikasi risiko dan tatalaksana pelayanan saat pandemic influenza

D.	Kaur Lt.1 Paru RSPAD GS Ditkesad	Mekanisme komunikasi risiko dan tatalaksana pelayanan saat pandemic influenza
E.	Kabag Gadar	Mekanisme komunikasi risiko dan tatalaksana pelayanan saat pandemic influenza
F.	Kabagpam RSPAD GS Ditkesad	Mekanisme komunikasi risiko dalam pengamanan karantina wilayah saat pandemic influenza

5.8. Pengolahan dan Analisis Data

Data primer yang terkumpul melalui wawancara mendalam dan observasi diolah secara manual dengan membuat deskripsi informan dan transkrip kemudian dilakukan content analysis, digabungkan dengan data sekunder untuk ditelaah, lalu dilakukan penilaian dan dibandingkan dengan standar.

5.9. Keabsahan data

Untuk memperoleh keabsahan data, maka dilakukan uji validitas yaitu triangulasi. Triangulasi yang dilakukan meliputi triangulasi sumber, triangulasi metode, dan triangulasi data.

5.9.1. Triangulasi sumber, dengan cara dilakukan cross-check data dengan fakta dari sumber lainnya yaitu, pejabat RS. Peneliti melakukan cross-check data hasil wawancara dan FGD dengan Tim Komunikasi Risiko kepada pejabat rumah sakit.

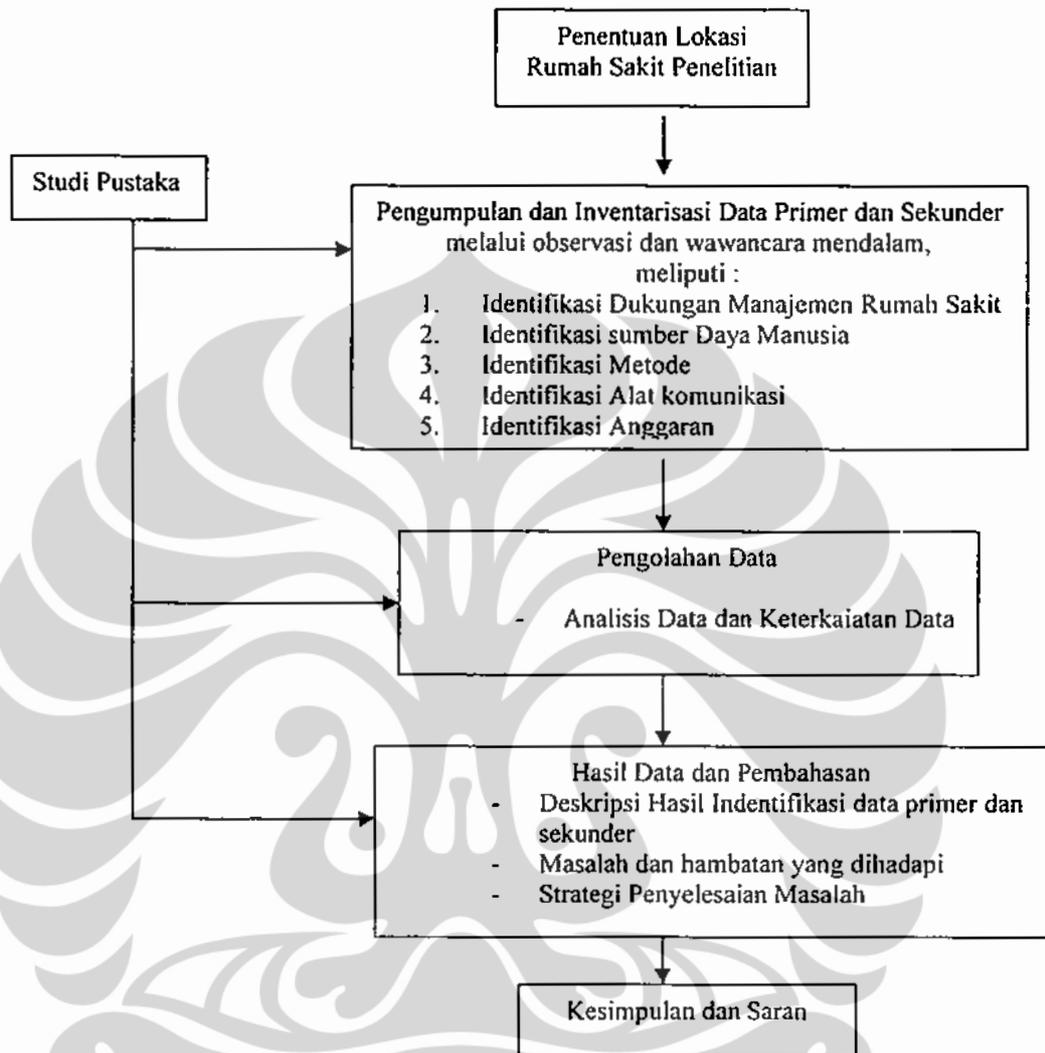
5.9.2. Triangulasi Metode, dengan menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data. Pada penelitian ini, digunakan metode observasi, wawancara mendalam dan focus grup diskusi.

5.9.3. Triangulasi data, melakukan konfirmasi ulang terhadap hasil data yang didapat dari informan untuk memperbaiki kualitas proposal, data dan kesimpulan yang ditarik dari data tersebut.

5.10. Analisa data

Dilakukan reduksi data, yaitu proses menseleksi, mempertajam, menyederhakan atau melakukan transformasi dari data kasar menjadi informasi yang lebih terarah, pemaparan penyajian informasi secara terorganisasi, sehingga dapat mengarah pada satu kesimpulan, pengambilan kesimpulan dan verifikasi (Samino,2003,p.62). Analisa dilakukan dengan menggambarkan ketersediaan sumber daya dan kemampuan rumah sakit untuk melakukan komunikasi risiko pada episenter pandemi influenza.

Tahapan penelitian ini dapat dilihat melalui gambar dibawah ini.



Gambar 5.1. Tahapan Metodologi Penelitian

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Dukungan Pimpinan

Dari hasil wawancara yang dilakukan terlihat bahwa pada dasarnya kesiagaan dalam menghadapi pandemi influenza di RSPAD Gatot Soebroto didukung oleh manajemen puncak seperti dinyatakan oleh informan A.

"..Pimpinan rumah sakit mendukung program kesiagaan menghadapi pandemi influenza..saat ditetapkannya RSPAD sebagai salah satu dari 100 RS rujukan Avian Influenza, pihak manajemen sudah melakukan usaha pembinaan dan pengembangan layanan khusus Avian Influenza.."

(Informan A).

Hal senada juga disampaikan oleh informan B dan C.

"..pihak rumah sakit sudah melakukan usaha dalam meningkatkan kemampuan SDM dalam menghadapi pandemi influenza dengan mengikutsertakan pegawai dalam pelatihan-pelatihan terkait Avian Influenza.."

(Informan B).

"..rumah sakit juga telah memiliki SOP dalam hal penanganan kasus Avian Influenza..rumah sakit juga sudah pernah melakukan simulasi penanganan episenter pandemi influenza.."

(Informan C).

Dari hasil observasi dokumen diperoleh beberapa SOP terkait penanganan Avian Influenza di RSPAD Gatot Soebroto. (Lihat tabel 6.1.).

Tabel 6.1. Data Standar Operasional Prosedur

NO	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR
1.	RESPON MEDIK RSPAD GATOT SOEBROTO DITKESAD SAAT TERJADI EPISENTER PANDEMI INFLUENZA
2.	PENATALAKSANAAN PASIEN DI RSPAD GATOT SOEBROTO SAAT TERJADI EPISENTER PANDEMI INFLUENZA
3.	DIRUANG ICU PARU RSPAD GATOT SOEBROTO DITKESAT
4.	PEMANTAUAN KONTAK TENAGA KESEHATAN UNTUK PANDEMI INFLUENZA
5.	PENERIMAAN RUJUKAN PASIEN FLU BURUNG DARI RUMAH SAKIT LUAR
6.	TRANSPORTASI PASIEN FLU BURUNG / PANDEMI INFLUENZA
7.	PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI
8.	MELEPAS ALAT PELINDUNG DIRI
9.	CARA PENGAMBILAN SAMPEL FLU BURUNG
10.	MEMBERSIHKAN / MENCUCI SEPATU BOT
11.	PROSES LINEN PADA KASUS FLU BURUNG
12.	PENANGANAN SAMPAH / LIMBAH PADA KASUS FLU BURUNG
13.	PENGADAAN TAMIFLU DAN APD SAAT TERJADI EPISENTER PANDEMI INFLUENZA
14.	PEMULASARAAN JENAZAH DI RSPAD GATOT SOEBROTO
15.	PROSES CUCI TANGAN UNTUK TENAGA KESEHATAN

Sumber: Sekretariat Flu Burung

Rumah sakit bekerjasama dengan KOMNAS FBPI pada tahun 2008 telah melakukan simulasi penanggulangan pandemi sebagai salah satu usaha pihak manajemen dalam dukungan mempersiapkan seluruh unit di rumah sakit dalam menghadapi pandemi influenza. Hal ini sesuai dengan apa yang telah disampaikan oleh informan C.

6.2. Kesiapan Sumber Daya Manusia.

Dalam menghadapi pandemi influenza rumah sakit telah membentuk tim khusus yang melibatkan semua spesifikasi petugas yang diperlukan dalam penanganan pasien. (Lihat tabel 6.2).

Tabel 6.2. Data Spesifikasi Tenaga Tim Avian Influenza

No.	Tempat Tugas	No.	Tempat Tugas
1.	Departemen Paru	12.	Departemen Radiologi
2.	Departemen Penyakit Dalam	13.	Unit Gizi
3.	Sekretariat FB	14.	Farmasi
4.	Ins.Perawatan Intensip	15.	Bagian Keperawatan
5.	Ins.Gawat Darurat	16.	Pelayanan Umum
6.	Departemen Anak	17.	Jiwa
7.	Departemen Jantung	18.	Bagian Urusan Dalam
8.	Departemen Saraf	19.	Bagian Teknik
9.	Departemen Obsgyn	20.	Unit Kesehatan Lingkungan
10.	Instalasi. Patologi, Laboratorium	21.	Kamar Jenazah dan Laundry
11.	Bedah	22.	Kedokteran Militer

Sumber: Sekretariat Flu Burung

Dari tabel tersebut diperoleh informasi bahwa petugas yang tergabung dalam tim khusus penanggulangan pandemi influenza tidak hanya petugas medis dan paramedis tetapi juga petugas non kesehatan seperti petugas pelayanan umum, kebersihan, laundry, urusan dalam, teknik, kedokteran militer dan kamar jenazah. Data ini diperoleh dari telaah dokumen Sekretariat AI rumah sakit. Hasil wawancara juga menyebutkan hal yang serupa yaitu dalam penanganan pandemi influenza rumah sakit telah memiliki tim khusus.

"..rumah sakit sudah membentuk Tim Penanggulangan Flu Burung... semua bagian terlibat.."(Informan A).

"..yang termasuk dalam tim banyak..mulai dari dokter, perawat sampai kepada petugas kebersihan juga terlibat.. "(Informan C).

Kenyataan bahwa dalam menghadapi pandemi influenza ini bukan hanya petugas medis yang berperan namun petugas non medis juga ikut sertakan, kekhawatiran akan tertular penyakit ini lebih besar. Dari hasil wawancara diketahui bahwa petugas memiliki kekhawatiran akan kemungkinan tertular.

"..kalau khawatir tertular itu pasti ada..kan ini penyakit yang berbahaya.. "(Informan D).

"..khawatir tertular saat menagani pasien AI pasti ada.. "(Informan E).

Dalam hal kekhawatiran dan kecemasan timbulnya pandemi, rumah sakit telah melakukan usaha peningkatan kewaspadaan terhadap timbulnya pandemi influenza, melalui komunikasi risiko kepada seluruh petugas dengan memanfaatkan pertemuan internal petugas kesehatan dan jalur koordinasi yang ada. Dengan pemanfaatan jalur koordinasi tersebut informasi mengenai kewaspadaan dini pandemi influenza dapat tersosialisasi secara berjenjang kepada setiap petugas masing-masing bagian. Informasi ini di berikan oleh salah seorang informan.

"..komunikasi risiko kita lakukan kedalam..sosialisasi dilakukan di lantai 6.. "(Informan A).

Hasil observasi juga didapatkan bahwa rumah sakit juga telah melakukan komunikasi risiko kepada pengunjung dengan memasang banner di IGD dan poli paru, juga penyebaran leaflet mengenai penyakit influenza, informasi pencegahan dan cara mengatasinya. Hal ini juga didukung oleh informasi yang diberikan oleh informan D.

"..Pemasangan banner dan leaflet,juga telah kita lakukan seperti terlihat pada IGD dan poli paru."

(Informan D).

Lebih lanjut rumah sakit juga telah melakukan sosialisasi pencegahan penularan melalui penyebaran pengetahuan pemakaian alat pelindung diri APD dengan benar.

"..kita sudah tahu cara penularan dan bagaimana melindungi diri dengan mamakai APD yang benar.."(Informan C).

Hasil telaah dokumen juga diperoleh bahwa rumah sakit telah memiliki SOP "Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)" juga SOP "Melepaskan Alat Pelindung Diri (APD)". Selain itu rumah sakit juga sudah memiliki SOP "Proses Linen Pada Kasus Flu Burung", SOP "Penanganan Limbah/Sampah Pada Kasus Flu Burung" dan SOP "Pemulasaraan Jenazah Di RSPAD Gatot Soebroto". SOP ini berkaitan dengan komunikasi risiko dalam menyebarkan pengetahuan mengenai pencegahan penularan sehingga dapat mengurangi kecemasan dan kekhawatiran pada petugas. Hal ini juga ditegaskan oleh informan.

"..rumah sakit juga sudah memiliki SOP yang berkaitan dengan penanganan kasus flu burung bagi petugas laundry, kebersihan dan jenazah.."

(Informan B).

Dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan SDM dalam menghadapi pandemic influenza, terlebih dalam hal komunikasi risiko, rumah sakit telah melakukan upaya peningkatan pengetahuan melalui berbagai sarana komunikasi seperti media tulis maupun menggunakan media pertemuan dan koordinasi petugas di setiap unit. Targetnya adalah seluruh petugas terlebih kepada petugas yang memiliki risiko paling besar terkena infeksi. Hal ini dilakukan agar petugas dapat

melindungi diri dari penyakit dan dapat pula memberikan informasi yang baik dan jelas kepada orang lain mengenai pandemic influenza, cara menanggulangnya dan cara melindungi diri.

"..untuk sosialisasi AI kita sudah melakukannya melalui perwakilan kepala ruangan/instalasi yang kemudian akan dilanjutkan kepada petugas di masing-masing unit.." (Informan C).

Upaya yang lainnya dalam kesiapan SDM, rumah sakit telah melakukan beberapa upaya lainnya untuk melatih petugas dalam menghadapi pandemic diantaranya dengan mengadakan dan mengikutsertakan petugas dalam pelatihan-pelatihan terkait dengan Avian Influenza.

"..kita sudah pernah mengikuti pelatihan-pelatihan yang menyangkut Avian Influenza.." (Informan C).

Informasi juga didapat dari catatan di Sekretariat AI rumah sakit (Lihat table 6.3) dan informasi dari Informan D.

"..rumah sakit sudah pernah buat pelatihan, juga pernah mengirim petugas untuk pelatihan.." (Informan D).

Tabel 6.3. Data Pelatihan Avian Influenza Rumah Sakit.

No.	Kegiatan	Peserta
1.	Training ICU Flu Burung	30 orang
2.	Training Avian Influenza di Bangkok	4 orang
3.	Training Pandemi AI oleh PUSKES TNI	3 orang
4.	Respiratory Care Dokter & Paramedik Dep. Paru di ICU RSPAD tahun 2007	Tidak ada data
5.	Seminar Avian Influenza tahun 2008	Tidak ada data
6.	Simulasi Pandemi Influenza RSPAD tahun 2008	Tidak ada data

7.	Pelatihan Penanganan Kasus Avian Influenza bagi Dokter Puskesmas dan Dokter Swasta di Bandung 2010	1 orang
----	--	---------

Sumber: Sekretariat AI RSPAD-GS

Dalam kesiapan SDM melakukan komunikasi risiko dalam situasi karantina wilayah saat terjadinya pandemic influenza, rumah sakit sudah pernah melakukan simulasi pandemic influenza dalam hal ini proses komunikasi risiko dalam hal pengamanan saat terjadi pandemic influenza.

"..rumah sakit pernah melakukan simulasi dalam hal karantina wilayah..sistem komunikasi risiko pengamanan saat karantina sudah disimulasikan.."

(Informan F).

Dari telaah dokumen berupa "Buku Panduan Simulasi Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza di Asrama Angkatan Darat dan Respon Medik Rumah Sakit Rujukan RSPAD Gatot Soebroto DITKESAD" yang berkerjasama dengan Komnas FBPI didapat bahwa:

1. Komando seluruh pengamanan dipegang oleh Kabagpam sebagai ketua pengamanan RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
2. Kasipampers Bagpam RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad bertindak sebagai koordinator pengamanan tertutup, memimpin dan menempatkan personel pam tertutup.
3. Kaur Provhartib Bagurdal selaku koordinator pengamanan terbuka, memimpin dan menempatkan personel pam terbuka.
4. Kaunit teknik sebagai koordinator pengamanan instalasi, memimpin dan mengendalikan pengamanan instalasi.
5. Provost RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad, melakukan pengawasan pada kelancaran lalulintas disekitar wilayah RSPAD Gatot Soebroto.

6. Satpam RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad, membantu Provost dalam hal pengamanan di wilayah RSPAD Gatot Soebroto.

Dalam hal kesiapan menghadapi bencana, SDM rumah sakit dapat dimobilisasi dengan cepat, hal ini disebabkan karena RSPAD Gatot Soebroto berada di lingkungan militer, petugas juga sangat patuh dan loyal terhadap atasan atau perintah dari struktur yang lebih tinggi.

"..kapanpun kita harus siap karena kita militer..atasan member instruksi kita jalankan.." (Informan E).

"..kita sudah terkondisi selalu siap..kapanpun kita bisa langsung bergerak karena kita militer.." (Informan F).

6.3. Kesiapan Metode Komunikasi Risiko.

Berdasarkan SK Menkes No.414/ Menkes/ SK/ IV/ 2007 mengenai penunjukan 100 Rumah Sakit Rujukan Flu Burung, RSPAD telah ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit rujukan flu burung. Untuk itu RSPAD sudah mempersiapkan sistem komunikasi dalam hal penanganan kasus salah satunya adalah mempersiapkan nomor telepon Hotline di 021-3441008, sehingga masyarakat dapat memberikan atau menerima informasi melalui nomor tersebut.

Dalam penanganan bencana (disaster), rumah sakit telah memiliki garis koordinasi penanganan bencana sehingga diharapkan dapat memberi kemudahan dalam merespon setiap kondisi darurat yang akan terjadi, dan ini tentunya didukung oleh sarana komunikasi yang memadai.

"..sistem koordinasi dan ulur kerja di rumah sakit baik dalam jam kerja maupun diluar jam kerja sudah ada, laporan ke dir. yanmed, ke karumkit, tunggu perintah dulu, semua ngumpul.." (Informan A).

“Kita sudah punya garis koordinasi yang jelas pada keadaan darurat sehingga jika ada bencana kita dapat cepat bertindak, tentunya dibantu dengan alat komunikasi yang memadai..”(Informan F).

Dari telaah dokumen diperoleh bahwa Garis koordinasi ini telah tercantum dalam SOP “Respon Medik RSPAD Gatot Soebroto DITKESAD Saat Terjadi Pandemi”. Sebagai berikut:

1. Piket/ Koordinator Jaga/ Ketua Tim FB, melakukan konfirmasi tentang informasi terdapat pandemi Influenza di suatu wilayah.
2. Piket/ Koordinator Jaga/ Ketua Tim FB melaporkan kepada Ka, Waka, Komite Medik, Dirbinyanmed RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad tentang situasi terjadinya pandemi di suatu wilayah.
3. Piket/ Koordinator Jaga/ Ketua Tim FB melaporkan kepada Ka, Waka, Komite Medik, Dirbinyanmed RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad tentang terjadinya pandemi di suatu wilayah dimana RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad sebagai rujukan akan bersiap menerima rujukan dalam jumlah besar di luar kapasitas rutin.
4. Setelah mendapat laporan dari piket/ koordinator jaga/ ketua Tim AI, Ka/Waka RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad memberi perintah :
 - pengaktifan Tim Disaster RS termasuk Tim penanggulangan Pandemi Influenza
 - Penyiapan Surge Capacity dan wilayah isolasi Influenza dan perluasan area ruangan isolasi baru
 - Menyiapkan peralatan penunjang
 - Instruksi kepada seluruh jajaran RS mempersiapkan logistik, sarana, prasarana, transportasi, personal/ tenaga, pengendalian infeksi
 - Koordinasi dengan RS rujukan lain
 - Koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi
 - Pemberian profilaksis dan penggunaan masker kepada seluruh petugas
 - Pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan serta sosialisasi kepada semua unsur.

5. Sesuai pedoman Hospital Disaster Plan, Piket/ Koordinator jaga setelah mendapat perintah Ka/ Waka/ Dirbinyanmed segera mengumpulkan pejabat-pejabat struktur terkait untuk segera berkumpul di posko penanggulangan pandemi untuk mendapatkan pengarahan kesiapan penanggulangan dari DanSatGas yang dijabat oleh Dirbinyanmed RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad.
6. DanSatGas memberi instruksi kejadian pejabat struktur terkait sesuai fungsinya untuk mendukung kegiatan pelayanan medis/ respon medik pandemi di ruang perawatan dan isolasi paru antara lain :
 - Dukungan personil medis dan perawat
 - Dukungan logistik dan medical supply
 - Dukungan Alkes, tempat tidur, brankar
 - Tenaga bantuan medis dan non medis
 - Tenaga keamanan dan teknik
 - Evaluasi, penerangan dan administrasi

Dalam hal komunikasi keluar, pelaporan kasus suspek flu burung yang dirawat di RSPAD Gatot Soebroto, rumah sakit juga telah melakukan sesuai prosedur kepada posko flu burung Litbang Kemenkes melalui nomor telepon 021-4257125. Pelaporan ini berkaitan dengan permintaan dilakukannya pemeriksaan Swab tenggorok dan hidung untuk memastikan kasus AI.

Lebih lanjut lagi rumah sakit juga sudah memiliki system komunikasi penerimaan rujukan pasien flu burung dari rumah sakit luar.

"..kalau menerima pasien rujukan kita lakukan sesuai mekanisme yang ada.."

(Informan C).

Dari telaah dokumen SOP “Penerimaan Rujukan Flu Burung dari RS Luar” sebagai berikut :

1. Perawat IGD menerima telepon dari RS luar akan merujuk pasien ke RSPAD GS Ditkesad dengan Flu Burung.
Tanyakan :
 - a. Kondisi umum pasien.
 - b. Identitas lengkap (nama, umur, kelamin, pekerjaan, alamat dll).
 - c. Pemeriksaan yang sudah dilakukan dan hasilnya.
 - d. Rencana berangkat dari RS asal, kendaraan.
2. Perawat penerima telepon lapor ke Koord. Perawat IGD untuk dilanjutkan ke Kasub IGD (pada jam dinas). Di luar jam dinas lapor pada Koord. Perawat Jaga di pesawat 2035.
3. Pasien yang dirujuk karena berasal dari rujukan RS dengan keterangan suspek Flu Burung atau konfirm Flu Burung maka pasien tidak melewati IGD tetapi diarahkan langsung ke ruang Flu Burung Perawatan Paru.
4. Koord. Perawat IGD atau Koord. Perawat Jaga hubungi lantai I Paru di pesawat 5100 untuk siap menerima pasien rujukan.
5. Ketika Ambulans RS luar yang membawa pasien Flu Burung telah datang diarahkan oleh PAM ke Ruang Flu Burung Perawatan Paru.
6. Perawat IGD mengurus surat masuk perawatan di loket 10 untuk pasien tersebut, lalu diserahkan ke ruang rawat lantai I paru.

Mekanisme komunikasi risiko internal dalam hal tatalaksana pasien kasus flu burung di RSPAD Gatot Soebroto juga telah tersusun dengan baik. Komunikasi terintegrasi antar unit terkait antara lain Tim Flu Burung RSPAD Gatot Soebroto Diskesad (lantai I Paru) melalui nomor pesawat 5100, unit IGD melalui nomor pesawat 2121 (jam dinas) dan pesawat 2035 (diluar jam dinas), unit ICU Paru di nomor pesawat 2001, unit Radiologi melalui nomor pesawat 2141, Laboratorium cito melalui nomor pesawat 2125, unit laundry dan unit administrasi pasien.

Dalam telaah dokumen SOP “Pemantauan Kontak Tenaga Kesehatan Untuk Pandemi Influenza” diketahui bahwa rumah sakit juga telah memiliki mekanisme

komunikasi risiko dalam deteksi dini terhadap suspek kasus *Avian Influenza* dan upaya dalam mencegah penularannya. Sebagai berikut :

1. Dokumentasikan data, laboratorium rutin darah dan rontgen toraks (hasil dokumentasikan dengan kamera)
2. Wawancara dengan penderita dan keluarganya untuk mengetahui perjalanan penyakit. Sumber penularan dan kontak kasus (jika belum diperoleh di lapangan)
3. Identifikasi dan dicatat dalam formulir pemantauan kontak tenaga kesehatan, nama-nama petugas kesehatan yang kontak dengan penderita baik di UGD maupun di ruang perawatan.
4. Catat nama dan nomor telepon dokter yang merawat penderita, Kepala Ruangan (kontak person yang ditunjuk untuk memantau kontak-kontak dengan penderita).
5. Mengisi formulir pengamatan kasus di RS.
6. Pemantauan ketat setiap hari terhadap petugas kesehatan dan keluarga yang kontak dengan kasus influenza di RS sampai 20 hari sejak kontak terakhir (sesuai dengan lamanya pemberian profilaksis). Lakukan pemeriksaan suhu setiap hari terhadap tenaga langsung yang bertugas, bila suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ langsung dilakukan investigasi dan dirawat di ruang isolasi.
7. Jika ada kontak yang menunjukkan gejala ILI maka diperlukan sebagai kasus suspek influenza dan segera laporkan ke Poskodan Kab/Kab
8. Pemantauan efek samping profilaksis antivirus dan KIPi vaksin (jika diberikan) menggunakan formulir
9. Berkoordinasi dengan dokter yang merawat dalam melakukan pemantauan kasus harian (dokumentasi klinis, radiologi dan lab kasus
10. Formulir hasil pemantauan tersebut dikirimkan setiap hari ke Poskodan Kab/Kota pada pukul 15.00 waktu setempat.
11. Jika pasien meninggal, maka segera laporkan ke Poskodan Kab/Kota
12. Surveilans ILI, pneumonia, kematian akibat pneumonia di IGD, rawat jalan dan rawat inap dicatat setiap hari dan dilaporkan ke Poskodan Kab/Kota selama masa penanggulangan episenter.

Dari telaah dokumen simulasi diperoleh sistem pelaporan keadaan bahaya urgen / cyto, laporan dapat langsung ke Kabagpam RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad menggunakan HT Motorola / Icom Chanel 4 atau ke Poskout bagpam yang berada di ruang Bagpam Lantai 5, telepon 021-3441008 ext 2512.

6.4. Kesiapan Alat dan Sarana Komunikasi.

Komunikasi sangat penting bagi rumah sakit dalam menghadapi pandemic. Rumah sakit harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik secara internal rumah sakit maupun eksternal dengan pihak luar rumah sakit. Tentunya hal ini harus didukung dengan alat dan sarana komunikasi yang baik.

Hasil observasi menunjukkan, rumah sakit telah memiliki alat komunikasi seperti telephone, mobilephone, mesin fax, radio gelombang pendek dan juga akses internet dan website internet.

Hasil wawancara mendalam dengan seorang informan, menyebutkan bahwa sarana komunikasi seperti telephone, mobilephone, email dan internet dapat membantu upaya koordinasi rumah sakit dengan pihak internal maupun eksternal rumah sakit.

"...dalam transfer informasi kita memakai telephone, atau pake handphone, bisa sms, email, tapi kebanyakan kita memakai telephone.."

(Informan E).

Lebih lanjut informan C juga menerangkan bahwa pada ruang perawatan paru khusus Avian Influenza komunikasi antara pasien dan perawat menggunakan sarana intercom, yang bertujuan untuk mengurangi risiko penularan antara pasien ke petugas.

"..pada ruang perawatan paru khusus Flu Burung kita memakai intercom dalam berkomunikasi dengan pasien..ini bertujuan untuk mengurangi risiko penularan.." (Informan C).

Hasil observasi lebih lanjut didapat bahwa website rumah sakit yang ada belum dijadikan media penyampaian informasi mengenai Avian Influenza ataupun pandemic, hal ini didukung oleh seorang informan yang menyebutkan bahwa rumah sakit belum memakai website dalam sosialisasi Avian Influenza ataupun pandemic.

"..website rumah sakit belum dimaksimalkan dalam sosialisasi Avian influenza ataupun pandemic..sosialisasi kemasyarakatan sudah dilakukan pemerintah melalui Kementerian Kesehatan dengan media televisi ataupun radio.."

(Informan D).

Dari hasil pengamatan di IGD dan Poli Paru terlihat bahwa pemakaian banner dan majalah dinding sebagai media sosialisasi mengenai Avian Influenza dan pandemic influenza telah dilakukan. Sehingga petugas rumah sakit dan pengunjung dapat melihat dan membaca informasi yang ditampilkan melalui media tersebut. Diharapkan transfer pengetahuan dapat dilakukan maksimal, seperti yang diungkapkan oleh informan lainnya.

"..pemasangan banner dan majalah dinding, juga penyebaran leaflet mengenai Avian influenza dan pandemic sudah kita lakukan sejak kasus muncul..diharapkan semua orang yang melihat akan membacanya sehingga mereka sudah tahu akan bahaya dan cara menanggulangnya.."

(Informan B).

Tabel 6.4. Data Spesifikasi Alat Komunikasi Risiko

No.	Nama Alat	Posisi Alat	Kondisi
1.	Banner Avian Influenza	IGD & Poli Paru	Baik
2.	Leaflet Avian Influenza	Poli Paru	Baik

3.	Telepone 021-3441008 Ext 2512 Ext 5100 Ext 2121 & 2035 Ext 2001 Ext 2141 Ext 2125	Hotline Ruang Bagpam Lantai.5 Tim Flu Burung lantai.1 Poli Paru IGD ICU Radiologi Laboratorium cyto	Baik Baik Baik Baik Baik Baik
4.	Telepon 021-3501317 Ext 2118 / 2128	Gadar	Baik
5.	Interkom	Ruang perawatan Paru (ruang isolasi)	Baik
6.	Radio Gelombang Pendek (HT)	Kabagpam RSPAD Gatot Soebroto Kabagurdal RSPAD Gatot Soebroto Provost RSPAD Gatot Soebroto Unit Gadar Unit Takhnik Instalasi Satpam RSPAD Gatot Soebroto	Baik Baik Baik Baik Baik Baik
7.	Website	http://www.rspad-gatsu.com	Baik

Sumber: Sekretariat Flu Burung, Dep.Paru,Gadar,Urdal

6.5. Kesiapan Anggaran

Dari hasil wawancara mengenai kesiapan anggaran, di ketahui bahwa rumah sakit belum mengalokasikan dana dalam menunjang kegiatan komunikasi risiko di RSPAD Gatot Soebroto. Hal ini didukung oleh keterangan yang diberikan oleh informan C.

"..kalau pemberian insentif petugas, rumah sakit belum bisa mengalokasikan dana..dalam sosialisasi mengenai Avian Influenza dan pandemic, rumah sakit masih dibantu penyediaan banner dan

leaflet..kita masih dibantu oleh Kementrian Kesehatan melalui perpanjangan Dinas Kesehatan..”

(Informan C).

Lebih lanjut informan A menambahkan bahwa rumah sakit telah membuat alternatif pemberian imbalan dalam bentuk tunjangan produktifitas kerja. Petugas yang menangani pasien berisiko tinggi atau dengan beban kerja yang berat akan mendapatkan tunjangan produktifitas kerja yang lebih besar berdasarkan jumlah poin atau nilai produktifitas kerjanya.

“..tambahan pendapatan berdasarkan kapasitas kerjanya..kalau ada pasien dengan risiko tinggi atau beban kerja yang tinggi maka poin kinerjanya bertambah..dari situ dihitung penambahan pendapatannya..”

(Informan A).

“..Sampai saat ini rumah sakit hanya bisa memberikan konsumsi berupa ekstra snack bagi petugas dengan beban kerja yang berat..”

(Informan B).

BAB 7 PEMBAHASAN

Komunikasi risiko sangat penting bagi rumah sakit dalam menghadapi pandemic. Rumah sakit harus mampu melakukan komunikasi baik dengan pihak didalam rumah sakit sendiri maupun dengan pihak diluar rumah sakit. Untuk itu rumah sakit harus memiliki sistyem koordinasi internal dan eksternal yang baik agar dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kesimpangsiuran informasi dan ketidakjelasan instruksi penanganan.

Menurut Kruk ME, rumah sakit harus dapat berkomunikasi untuk mentransfer data pasien masuk, keluar, dirujuk atau meninggal. Martinello (2007) juga menuliskan, dalam menghadapi krisis pandemic dibutuhkan ketepatan, kejelasan dan keakuratan komunikasi agar dapat bekerja dan mencapai tujuan bersama yang telah disepakati.

Tentunya dalam melaksanakan komunikasi, ini tidak terlepas dari dukungan alat dan sarana komunikasi. Kementrian kesehatan dalam buku Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemic Influenza menyebutkan dalam penatalaksanaan kasus, rumah sakit harus memiliki fasilitas komunikasi dasar termasuk telephone, mesin fax, telephone seluler, radio gelombang pendek, computer dan koneksi internet juga email dan website

Dalam melakukan komunikasi risiko petugas harus memiliki kemampuan yang cukup untuk bekomunikasi, karena itu komunikasi risio harus melibatkan petugas yang memiliki kemampuan atau basic keilmuan Public Relation untuk menjamin kebenaran dan ketepatan cara informasi yang diberikan.

Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza menyebutkan, bidang Humas rumah sakit perlu melakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Menyiapkan satu orang juru bicara rumah sakit.
- b. Melakukan koordinasi dengan pemerintah pusat dan daerah, dalam hal ini melalui pusat komunikasi public.
- c. Menyiapkan bahan yang akan disampaikan kepada media center Pemerintah.
- d. Menyiapkan pesan yang akan disampaikan pada pasien dan seluruh staf rumah sakit.

- e. Menyiapkan hotline atau nomor penting rumah sakit dan petugas rumah sakit.

Dalam komunikasi risiko informasi atau pesan yang disampaikan harus berfokus pada :

1. Cara menghentikan penyebaran.
2. Tindakan yang harus dilakukan petugas dan masyarakat.
3. Perkembangan keadaan termutakhir.

Peter Sandman (2006) menerangkan bahwa komunikasi risiko terbagi tiga, yaitu :

- a. Advokasi untuk kewaspadaan (*Precaution advocacy*), yaitu komunikasi yang ditujukan untuk meningkatkan kewaspadaan, membuat orang berjaga-jaga terhadap adanya bencana (*hazards*) yang serius.
- b. Pengelolaan kemarahan masyarakat (*Outrage management*), yaitu komunikasi yang dilakukan saat kecemasan atau kepanikan masyarakat melebihi tingkat bahaya yang dihadapi.
- c. Komunikasi krisis (*crisis communication*) digunakan untuk memandu masyarakat melampaui atau melalui masalah kesehatan yang memang sangat serius dan membuat masyarakat sungguh-sungguh emosional (*upset*).

Sebelum membahas hal tersebut, terlebih dahulu disampaikan keterbatasan pelaksanaan selama penelitian dilakukan.

7.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, data primer didapat dari observasi dan wawancara mendalam. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, keterbatasan waktu. Penelitian ini hanya dapat dilakukan pada satu rumah sakit dan satu waktu saja yaitu RSPAD Gatot Soebroto pada bulan Mei tahun 2010. Sehingga hasil yang didapat hanya menunjukkan kemampuan komunikasi risiko RSPAD Gatot Soebroto pada waktu tersebut dan bukan menunjukkan kemampuan maksimal rumah sakit. Kedua, keterbatasan informan. Tidak semua informan dapat ditemui dan dilakukan wawancara. Sehingga hasil yang didapat sesuai dengan informasi dari informan. Pada wawancara ini dilakukan triangulasi sumber data dari beberapa informan tersebut, yang berkaitan dengan permasalahan dalam komunikasi

risiko. Ketiga, penelitian ini berdasarkan usaha antisipasi kejadian yang belum pernah terjadi, sehingga hasil yang didapat berupa estimasi.

Untuk menghindari subyektivitas dalam menginterpretasikan data dari hasil wawancara, maka dilakukan triangulasi metode dengan melakukan telaah dokumen untuk mendapatkan data sekunder.

7.2. Dukungan Pimpinan

Dalam pelaksanaan program komunikasi risiko menghadapi pandemic influenza pimpinan RSPAD Gatot Soebroto sudah memberikan dukungan yang cukup maksimal dengan membentuk Tim Flu Burung yang melibatkan semua spesifikasi petugas yang dibutuhkan dalam penanganan kasus. Pihak manajemen juga telah berusaha meningkat pengetahuan dan kemampuan petugasnya dalam penanganan kasus flu burung dengan megikut sertakan pada pelatihan-pelatihan yang terkait Avian Influenza.

Lebih lanjut lagi pihak manajemen rumah sakit telah mengeluarkan standar prosedur operasional (SOP) yang terkait dengan Avian Influenza dalam usahanya memberikan prosedur pelaksanaan yang terarah guna mengurangi kesalahan dalam pelaksanaannya. Mengingat Avian Influenza adalah penyakit yang sangat berbahaya dan sangat menular, SOP ini juga dapat berguna sebagai alat komunikasi risiko yang baik untuk petugas dalam penanganan kasus Avian Influenza.

7.3. Kesiapan Sumber Daya Manusia

Rumah sakit telah membentuk tim Avian Influenza dalam usaha kesiapan menghadapi pandemic influenza, dimana tim ini malibatkan semua spesifikasi petugas yang diperlukan dalam penanganan pasien. Namun dari spesifikasi yang ada terlihat bahwa rumah sakit sangat menitik beratkan pembentukan tim dalam penaganan kasus saja, tidak ada tercantum, petugas yang memiliki basic Public Relation ataupun Promosi Kesehatan didalam Tim Avian Influenza. Buku Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi telah menyebutkan bahwa bidang Humas rumah sakit berperan penting dalam komunikasi risiko.

Rumah sakit juga telah melakukan usaha dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan SDM melalui pelatihan-pelatihan terkait dengan Avian Influenza.

Namun dalam telaah dokumen dan wawancara yang dilakukan, peneliti tidak mendapatkan data pelatihan mengenai komunikasi risiko menghadapi pandemic influenza yang pernah diikuti oleh petugas rumah sakit. Padahal kemampuan melakukan komunikasi risiko yang baik oleh petugas akan sangat membantu dalam penyebaran informasi yang baik dan mengena selama masa penanggulangan pandemic influenza.

Walaupun demikian rumah sakit telah berusaha menutupi kekurangan itu dengan melakukan sosialisasi internal dalam transfer pengetahuan mengenai Avian Influenza, yang dilakukan melalui media pertemuan dan koordinasi petugas di setiap unit. Rumah sakit sangat focus mempersiapkan SDMnya dalam menghadapi pandemic influenza ini, terlihat dari usaha meningkatkan kemampuan dan pengetahuan para pegawai baik melalui pemasangan banner dan penyebaran leaflet baik di IGD maupun Poli Paru.

Nap RE, et al (2008) menyebutkan transfer pengetahuan mengenai kesadaran untuk melindungi diri dari penyakit Avian Influenza dapat mengurangi kekhawatiran petugas, hal senada juga dinyatakan oleh Martinello, upaya rumah sakit dalam penyediaan dan pelatihan penggunaan APD dapat mengurangi kekhawatiran dan kelelahan. Untuk itu rumah sakit juga telah menyiapkan dan melakukan pelatihan penggunaan APD kepada para petugas sehingga petugas merasa lebih aman dalam menghadapi pandemic influenza.

Rumah sakit juga sudah mempersiapkan SDMnya untuk melakukan komunikasi risiko dalam hal penanganan keamanan. Diketahui bahwa salah satu fungsi komunikasi risiko adalah pengelolaan kemarahan masyarakat (Outrage management), untuk itu tim keamanan RSPAD Gatot Soebroto sudah dipersiapkan melalui pelatihan simulasi untuk dapat melakukan komunikasi risiko selama melakukan pengamanan dalam wilayah penanganan karantina pandemic. Rumah sakit selalu dalam keadaan siap untuk memobilisasi petugasnya karena rumah sakit didasari oleh sistem militer. Hasil penelitian menunjukkan Rumah Sakit memiliki kekuatan personil yang memiliki loyalitas tinggi terhadap tugas dan rumah sakit. Personil dapat dimobilisasi dengan cepat dan memiliki pengalaman dalam memobilisasi pada situasi bencana.

Suatu komunikasi risiko harus dapat memberikan penjelasan-penjelasan yang dapat menekan kecemasan dan kepanikan serta memberikan ketenangan bagi masyarakat. Komunikasi risiko harus dapat menjelaskan bagaimana cara menghentikan penyebaran dan bagaimana tindakan yang harus dilakukan petugas kesehatan dan masyarakat dalam kondisi pandemi influenza.

7.4. Kesiapan Metode Komunikasi Risiko

Pada situasi pandemic sangat diperlukan informasi dan mekanisme komunikasi yang jelas, sehingga garis koordinasi yang dimiliki oleh rumah sakit dapat mengurangi kemungkinan terjadinya kesimpangsiuran informasi dan ketidakjelasan instruksi penanganan.

Mengacu pada Pedaoman Penanggulangan Episenter Pandemi maka RSPAD Gatot Soebroto sebagai salah satu rumah sakit rujukan Flu Burung telah menyiapkan nomor telepon hotline di 021-3441008, sehingga masyarakat dapat mengakses untuk memperoleh ataupun memberikan informasi mengenai Flu Burung melalui nomor tersebut.

Dalam hal komunikasi keluar, rumah sakit melakukan koordinasi dengan pemerintah pusat dan daerah. Pelaporan kasus flu burung yang dirawat di RSPAD, dilaporkan sesuai prosedur kepada Posko Flu Burung Litbang Kemenkes melalui nomor 021-4257125.

Namun rumah sakit belum memanfaatkan email dan website yang dimiliki sebagai media penyebaran informasi terkait Avian Influenza.

Selama periode pandemic, masyarakat sangat membutuhkan informasi yang jelas dari fasilitas kesehatan, masyarakat juga lebih memilih untuk melakukan komunikasi melalui telephone, email atau website daripada datang langsung dikarenakan kekhawatiran akan penularan. Maka itu telephone hotline merupakan metode komunikasi yang penting dalam penanganan pandemic influenza.

Hasil penelitian Lee, et al (2005) di rumah sakit Alexandria menyebutkan bahwa komunikasi merupakan aspek yang sangat penting dalam melawan penyakit SARS. Dalam penelitiannya rumah sakit membuat "*SARS session*", yang dilakukan setiap hari dengan tujuan: (1) edukasi, dengan memperbaharui informasi dan diskusi mengenai SARS; (2) meluruskan rumor dan adanya mis-informasi yang muncul; dan

(3) memperkuat kebijakan dan prosedur rumah sakit. Upaya memperbaharui informasi ini dengan menyebarkan melalui email. Kebijakan dan prosedur tentang penyakit juga dapat dilihat melalui internet. melakukan melakukan

Rumah sakit juga menitik beratkan mekanisme komunikasi risiko kepada seluruh petugas dan pengunjung. Selain itu juga tetap memelihara dan menjaga komunikasi yang baik antara sesama petugas, pasien dan pengunjung. Ini terlihat dari mekanisme sosialisai internal transfer pengetahuan dimasing-masing unit, juga dengan memanfaatkan pemasangan banner dan leaflet di IGD dan Poli Paru, diharapkan informasi mengenai flu burung dapat tersampaikan kepada petugas dan pengunjung. Dengan menjaga sistem komunikasi yang baik ini diharapkan dapat memberikan efek penurunan beban kerja petugas, mengurangi kecemasan dan menurunkan lama hari perawatan pasien seperti yang disebutkan oleh NAP RE, et al (2008).

Dalam menghadapi bencana pandemic rumah sakit sudah memiliki garis koordinasi penanganan bencana yang tertuang dalam SOP "Respon Medik RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad Saat Terjadi Pandemi" sehingga diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam merespon setiap kondisi darurat yang akan terjadi. Selain itu rumah sakit juga sudah memiliki sistem komunikasi penerimaan rujukan yang tertuang dalam SOP "Penerimaan Rujukan Flu Burung dari RS Luar" dan sistem komunikasi risiko dalam deteksi dini suspek flu burung yang tertuang dalam SOP "Pemantauan Kontak Tenaga Kesehatan Untuk Pandemi Influenza".

Mekanisme komunikasi internal yang terintegrasi antara unit-unit terkait penanganan flu burung antara lain Tim Flu Burung, IGD, ICU Paru, Radiologi Laboratorium cyto, Laundry dan unit Adminmistrasi juga sudah dimiliki oleh RSPAD Gatot Soebroto.

Sistem pelaporan keadaan bahaya yang urgen / cyto juga sudah dipersiapkan oleh rumah sakit yang dibawah oleh bagian pengamanan, dalam hal ini Kabagpam RSPAD Gatot Soebroto Ditkesad di nomor telepon 021-3441008 ext 2512.

7.5. Kesiapan Alat dan Sarana Komunikasi

Dari hasil pengamatan, kebutuhan akan alat komunikasi minimal sudah dimiliki rumah sakit sesuai dengan acuan Kemenkes yang menyebutkan dalam

menghadapi pandemic dibutuhkan alat komunikasi HT (radio gelombang pendek), telepon, handpone, faximile, internet. Rumah sakit juga sudah memiliki leaflet, banner, intercom dan website. Hanya saja website belum dimanfaatkan sebagai media informasi, padahal website dan internet merupakan media informasi yang efektif untuk menyampaikan informasi sekaligus mengurangi penularan dalam keadaan pandemic influenza. Rumah sakit juga belum memiliki alat komunikasi audiovisual yang bisa dimanfaatkan sebagai alat komunikasi massal saat terjadi pandemic.

7.6. Kesiapan Anggaran

Hasil wawancara diketahui bahwa rumah sakit belum mengalokasikan dana dalam kesiapan komunikasi risiko. Baik untuk penyediaan alat komunikasi berupa leaflet dan banner maupun alat komunikasi lainnya.

Rumah sakit juga belum mengalokasikan dana dalam pemberian insentif kepada petugas selama masa pandemic. Namun upaya rumah sakit untuk memberikan tunjangan produktifitas kerja merupakan langkah yang baik untuk motivasi petugas. Menurut Kruk, ME (2008), pada saat pandemi sumber daya manusia akan mengalami permasalahan terutama disebabkan oleh rendahnya motivasi petugas dikarenakan upah yang rendah dan situasi kerja yang memiliki stresor yang tinggi. Hal ini sebenarnya merupakan investasi dalam penanganan pandemic influenza.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

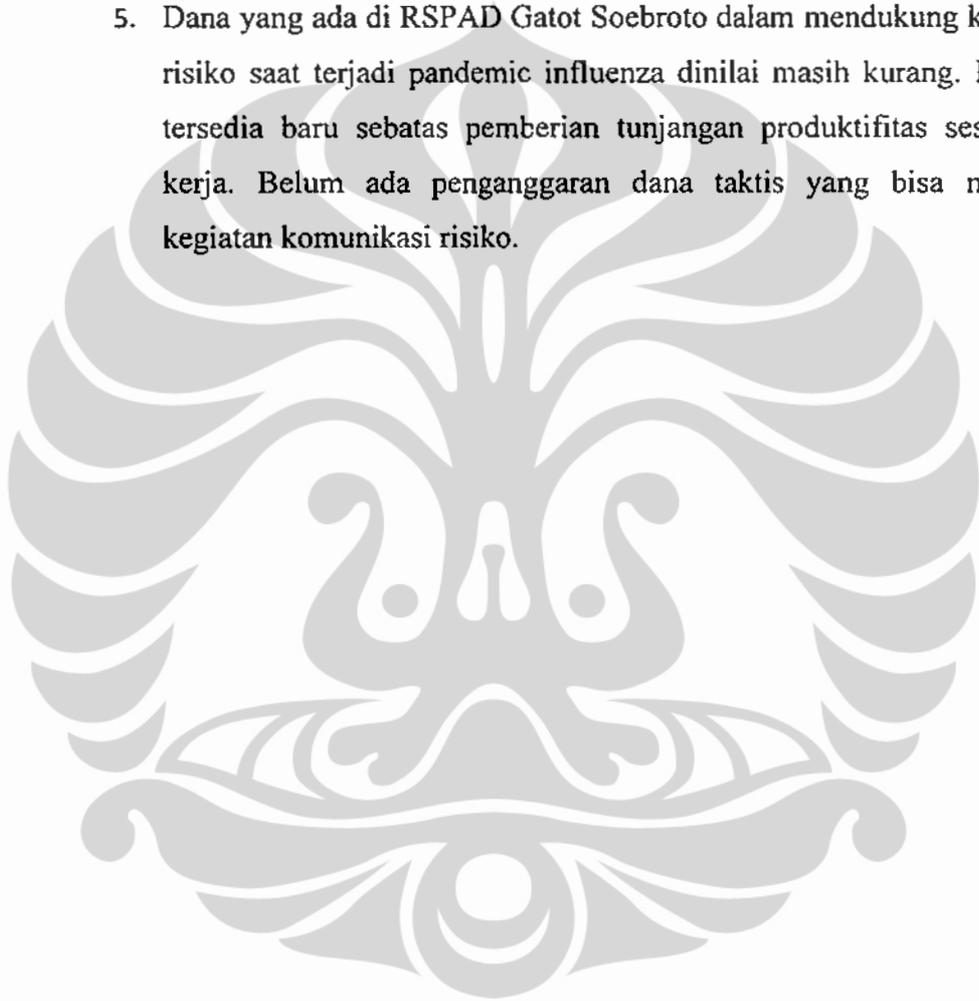
8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan terhadap seluruh variable maka didapat gambaran situasi kesiapan komunikasi risiko episenter pandemic influenza di RSPAD Gatot Soebroto tahun 2010 sebagai berikut:

1. Pimpinan RSPAD Gatot Soebroto telah memberikan dukungan dengan pembentukan Tim Flu Burung, mengeluarkan SOP terkait penanganan kasus flu burung, juga telah memberikan pelatihan terkait flu burung kepada petugasnya dalam usaha meningkatkan pengetahuan dan kemampuan petugas. Lebih jauh pihak rumah sakit juga telah melakukan simulasi dalam penanganan episenter pandemic influenza. Namun dukungan rumah sakit belum mendukung komunikasi risiko episenter pandemic influenza dengan maksimal, belum ada dibentuk tim khusus komunikasi risiko dan belum ada pelatihan khusus untuk komunikasi risiko bagi petugas. Lebih jauh rumah sakit juga belum dapat memberikan dukungan dalam penyediaan dana/anggaran untuk melakukan komunikasi risiko.
2. SDM yang tersedia belum seluruhnya mampu melakukan komunikasi risiko episenter pandemic influenza, hal ini disebabkan karena belum adanya pelatihan khusus dalam melakukan komunikasi risiko bagi petugas di RSPAD Gatot Soebroto.
3. Metode komunikasi yang ada di RSPAD Gatot Soebroto dinilai sudah bagus dalam melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi pandemic influenza. Komunikasi internal dan eksternal juga sistem rujukan telah diatur dengan baik dan terarah dalam SOP yang telah dikeluarkan rumah sakit terkait penanganan kasus flu burung.

4. Fasilitas peralatan komunikasi yang ada di RSPAD Gatot Soebroto sudah sesuai dengan acuan Kemenkes mengenai peralatan standar yang harus dimiliki rumah sakit dalam melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi pandemic influenza. Peralatan yang ada ini dinilai sudah dapat mendukung proses komunikasi risiko, walaupun belum maksimal.

5. Dana yang ada di RSPAD Gatot Soebroto dalam mendukung komunikasi risiko saat terjadi pandemic influenza dinilai masih kurang. Dana yang tersedia baru sebatas pemberian tunjangan produktifitas sesuai beban kerja. Belum ada penganggaran dana taktis yang bisa mendukung kegiatan komunikasi risiko.



8.2. Saran

Saran yang dapat diberikan penulis antara lain:

1. Tim Flu Burung RSPAD Gatot Soebroto harus dapat meningkatkan "*Sense of Urgen*" komunikasi risiko pandemic influenza di lingkungan rumah sakit khususnya pada pihak pimpinan rumah sakit melalui pertemuan internal, mengangkat topic "*pandemic influenza*", dengan penekanan poin komunikasi risiko sebagai bagian penting dari penanggulangan pandemic influenza selain penanganan medis, sehingga pihak pimpinan dapat merasakan pentingnya komunikasi risiko menghadapi pandemic influenza dan memberikan perhatian lebih dalam usaha meningkatkan kemampuan rumah sakit dalam komunikasi risiko menghadapi pandemic influenza.
2. Disarankan untuk membentuk Tim Komunikasi Risiko dalam menghadapi pandemic influenza. Sehingga pada saat terjadi pandemic sudah ada tim khusus yang bertanggung jawab dalam hal komunikasi risiko. Rumah sakit sudah memiliki sistem komunikasi internal dan eksternal yang baik, tim dapat melakukan simulasi sistem komunikasi yang ada, diharapkan tim dapat melakukan komunikasi risiko yang efektif dan efisien saat terjadi pandemic. Tim juga dapat memberikan waktu yang lebih untuk mendesain bahasa dan tanda dalam memudahkan proses komunikasi risiko.
3. Komunikasi bukanlah hal yang dapat dilakukan oleh semua orang, diperlukan penampilan, penguasaan masalah dan bahasa yang baik, sehingga seorang komunikator dapat meraih perhatian, minat, kepedulian, simpati, tanggapan, maupun respon positif dari orang lain. Maka dari itu perlu adanya peningkatan dalam hal kemampuan dan pengetahuan SDM dalam melakukan komunikasi risiko, dengan mengadakan pelatihan khusus komunikasi risiko di lingkungan RSPAD Gatot Soebroto.

Sehingga komunikasi risiko dapat berjalan efektif saat terjadi pandemic influenza nantinya.

4. Perlu adanya penambahan peralatan yang dapat mendukung proses komunikasi risiko di lingkungan RSPAD Gatot Soebroto. Peralatan komunikasi risiko yang baik dapat memaksimalkan proses komunikasi. Peralatan audio visual merupakan peralatan yang dianggap penulis sebagai alat yang efektif dalam melakukan komunikasi massal.
5. Perlu dibuat scenario "*outrage management*" pada saat karantina wilayah, karena scenario pengamanan perimeter saja dianggap penulis belum cukup dalam usaha menenangkan masyarakat yang terperangkap dalam wilayah karantina. Dalam scenario "*outrage management*" dapat dilihat sejauh mana komunikasi risiko yang dapat dilakukan rumah sakit dalam menenangkan kepanikan saat dilakukan karantina pada pandemic influenza.
6. Perlu di anggarkan dana yang cukup dalam mendukung proses komunikasi risiko di lingkungan RSPAD Gatot Soebroto, baik dana pengadaan dan pemeliharaan alat dan dana insentif petugas saat pandemic influenza.
7. Perlu dilakukan koordinasi menyeluruh dan berkala di lingkungan RSPAD Gatot soebroto dalam hal komunikasi risiko untuk menjamin kelancaran proses komunikasi saat terjadi pandemic influenza.

DAFTAR PUSTAKA

Admin0, 2007, *Komunikasi Yang Efektif*, www.skripsi-tesis.com/komunikasi-yang-efektif-2/.

Azwar,Azrul, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta : Binarupa Aksara.

Bachtiar,Adang, 2007, *Materi Kuliah : Metodologi Penelitian Kesehatan*, Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia, Depok : FKMUI.

Blais, Kathleen K, Hayes, Janice S, Kozier, Barbara, Erb, Glenora, 2007, *Praktik Keperawatan Profesional : Konsep dan Perspektif*, Edisi 4, Jakarta :EGC.

Cangara, hafied, 2006, *Pengantar Ilmu Komunikasi*, Jakarta : Rajawali Pers.

Daldiyono, 2007, *Pasien Pintar & Dokter Bijak*, Jakarta : Bhuana Ilmu Populer.

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, *Modul Pelatihan Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza*. Jakarta

Effendy, Onong Uchjana, 2000, *Dinamika Komunikasi*, Bandung : Remaja Rosdakarya.

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 2007. *Pedoman Proses dan Penulisan Karya Ilmiah Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia*, Depok : FKMUI.

Kruk, M.E, (2008). Emergency Preparedness and Public Health System. Lessons for developing Countries. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;34(6):529 –534)

Lee, F.C.Y.,Wee, W.K., Johan, A. (2005). Public hospital preparations for SARS outbreak:Experience of Alexandra Hospital. *Prehosp Disast Med* 2005; 20(1):24–31.

Martinello RA,(2007). *Preparing for Avian Influenza.Curr Opin Pediatr* , (2007) ;3 (2): 99 – 107

Mundakir, 2006, *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*, Yogyakarta : Graha Ilmu.

Muscatello, D.J., Cretikos, M.A., Bartlett, M.J., et al. (2006) Planning for pandemi Influenza Survaillance in NSW. *NSW Public Health Bull* ;17 (9 -10): 146-9

Nap, R.E., Andriessen, M.P.H.M., Meessen, N.E.L., Van der Werf, T.S. (Oktober, 2008) Pandemic Influenza and Excess Intensive-Care Workload; *Emerg Infect Dis.* v. 14(10): 1518--1525. Oktober 12, 2009. <http://www.cdc.gov/EID/content/14/10/1518.htm>

Rakhmat, Jalaluddin, 1993, *Psikologi Komunikasi*, Edisi Revisi, Bandung : Remaja Rosdakarya.

Sondani, Veni Sri, 2008, *Analisis Komunikasi Informed Consent Pasien Bedah Elektif Di Rumah Sakit Karya Medika I Kabupaten Bekasi Tahun 2008*, Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit PKMUI , Depok.

Widjaja, H.A.W, 2000, *Ilmu Komunikasi Pengantar Studi*, Edisi Revisi, Jakarta : Rineka Cipta.

PANDUAN WAWANCARA

1. Bagaimana dukungan Pimpinan RSPAD Gatot Soebroto dalam menghadapi ancaman pandemic influenza? Apa saja yang telah dilakukan?
2. Bagaimana susunan Tim Flu Burung RSPAD Gatot Soebroto?
3. Bagaimana rumah sakit mempersiapkan SDM melakukan komunikasi risiko untuk menghadapi pandemic influenza?
4. Apa tanggapan petugas mengenai Flu Burung? Apa yang dilakukan rumah sakit mengenai hal tersebut?
5. Bagaimana respon petugas bila terjadi bencana, khususnya pandemic influenza?
6. Pandemic influenza adalah situasi yang menimbulkan kepanikan dan kecemasan, bagaimana usaha rumah sakit melakukan komunikasi risiko dalam pengamanan lingkungan rumah sakit saat terjadi pandemic influenza?
7. Bagaimana sistem komunikasi yang ada di rumah sakit menghadapi pandemic influenza?
8. Bagaimana sarana komunikasi yang ada di rumah sakit untuk mendukung komunikasi risiko?
9. Bagaimana alokasi dana yang ada di RSPAD Gatot Soebroto dalam mendukung komunikasi risiko menghadapi pandemic influenza?