

**UNIVERSITAS SAHID JAKARTA
SEKOLAH PASCASARJANA
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KOMUNIKASI**

LEMBAR PERSETUJUAN DISERTASI

**DEVIASI ETIKA KOMUNIKASI DI RUMAH SAKIT
PADA SAAT PANDEMI COVID-19 PERIODE
MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021
(Studi Kasus pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia)**

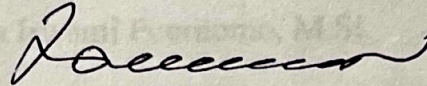
OLEH :

NAMA : ENRICO ADHITYA RINALDI

NPM : 2018630019

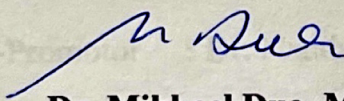
DISETUJUI OLEH :

PROMOTOR



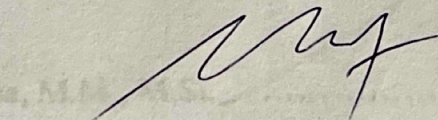
(Prof. Dr. Alo Liliweri, M.S.)

Co-Promotor



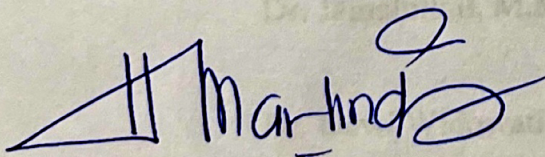
Dr. Mikhael Dua, M.A.

Co-Promotor



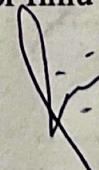
Dr. Nandang Mulyasantosa, M.M., M.Si.

Direktur Sekolah Pascasarjana



Dr. Marlinda Irwanti Poernomo, M.Si.

Ketua Program Studi
Doktor Ilmu Komunikasi



Dr. Ridzki Rinanto Sigit, M.M.

**UNIVERSITAS SAHID JAKARTA
SEKOLAH PASCASARJANA
PROGRAM STUDI DOKTOR ILMU KOMUNIKASI**

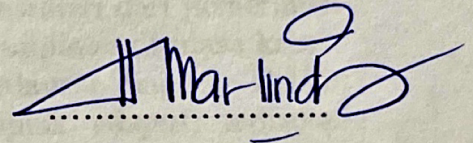
LEMBAR PENGESAHAN DISERTASI

Nama : ENRICO ADHITYA RINALDI
NPM : 2018630019
Judul Disertasi : DEVIASI ETIKA KOMUNIKASI DI RUMAH SAKIT
PADA SAAT PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET
2020 SAMPAI JANUARI 2021
(Studi Kasus pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia)

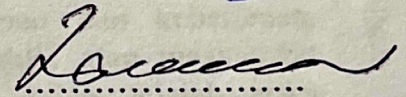
Telah dipertahankan dalam Sidang Terbuka Senat Akademik Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta Program Studi Doktor Ilmu Komunikasi pada hari Kamis, 24 Agustus 2023 pukul 16.00 s.d 18.00 dan dinyatakan LULUS dengan predikat *Sangat Memuaskan*.

DISAHKAN OLEH PANITIA PENGUJI DISERTASI:

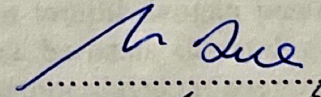
Ketua Sidang : Dr. Marlinda Irwanti Poernomo, M.Si.



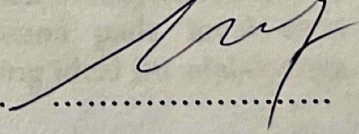
Promotor : Prof. Dr. Alo Liliweri, M.S.



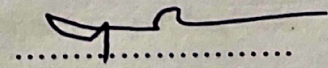
Co-Promotor : Dr. Mikhael Dua, M.A.



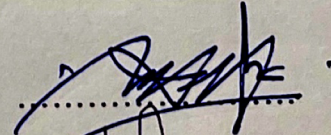
Co-Promotor : Dr. Nandang Mulyasantosa, M.M., M.Si.



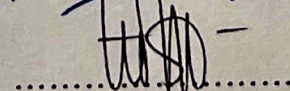
Prof. Dr. Sunarto, M.Si.



Dr. Jamalullail, M.M.



Dr. Dewi Widowati, M.Si



Sekretaris Sidang : Dr. Gloria Angelita Tomasowa, M.Si

BAB I

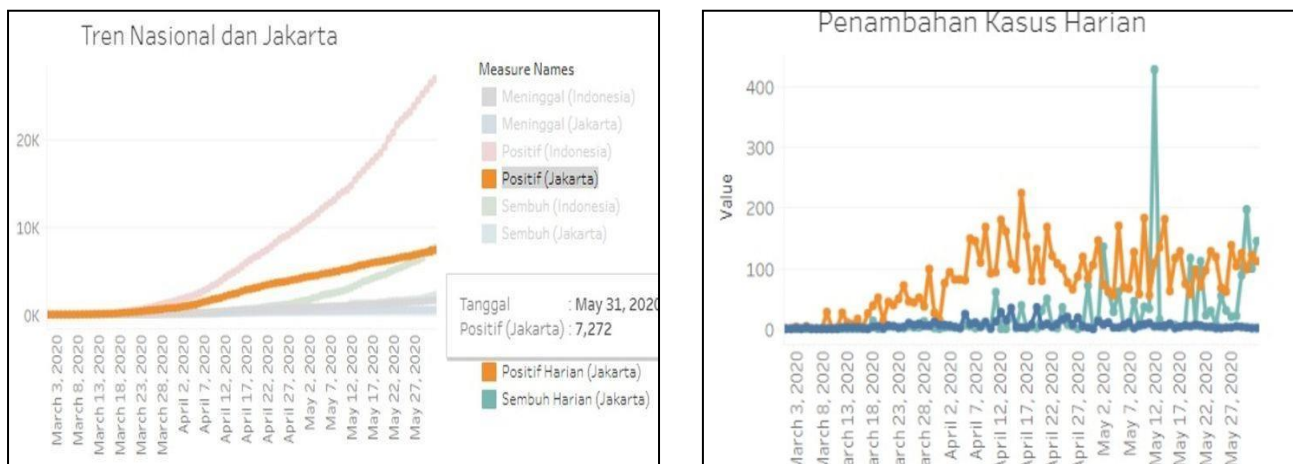
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pandemi penyakit Coronavirus adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2. Penyakit COVID-19 resmi dinyatakan menular di Indonesia pada 2 Maret 2020 oleh Pemerintah Indonesia, dengan dua kasus positif pertama setelah sebelumnya Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah melakukan langkah antisipasi terhadap wabah virus Corona sejak 22-24 Januari 2020. Dinas Kesehatan DKI Jakarta meningkatkan kewaspadaan terhadap munculnya virus New Coronavirus 2019 dan memperlambat kerjasama dengan Kementerian Kesehatan RI. Kerja sama pada 27 Januari tersebut antara lain pemasangan 195 pemindai termal yang tersebar di 135 pintu masuk nasional serta menyiapkan 100 rumah sakit untuk menangani pasien yang diidentifikasi atau terinfeksi virus Corona, serta penyediaan Alat Pelindung Diri standar bagi tenaga medis. Sehari kemudian, pada 28 Januari 2020, Juru Bicara Kepresidenan Bidang Sosial Angkie Yudianto mengumumkan pemerintah sedang mempersiapkan 100 rumah sakit untuk menangani pasien virus Corona dan pada 31 Januari 2020, Menteri Perdagangan Agus Suparmanto menyatakan bahwa pemerintah berencana menghentikan sementara impor dari Tiongkok karena penyebaran virus Corona.

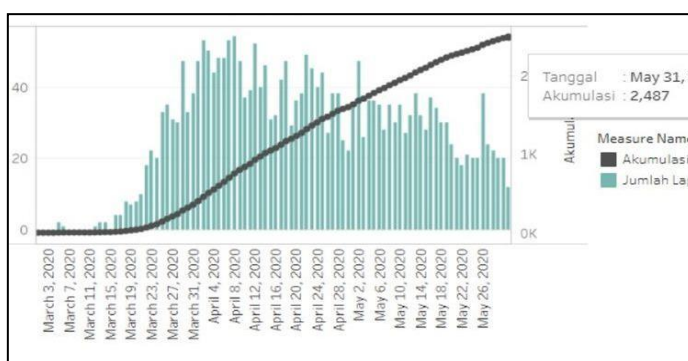
Sikap tersebut berbanding terbalik dengan pernyataan sejumlah para pejabat negara yang justru bersikap serius terhadap ancaman tersebut. Pernyataan-pernyataan tersebut dikutip oleh media massa dan diamplifikasi oleh media sosial antara lain Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto, Menko Polhukam Mahfud MD, Menko Perekonomian Airlangga Hartarto, Menhub Budi Karya Sumadi, Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kemenkes Achmad Yurianto, Ketua MPR RI Bambang Soesatyo, Wakil Presiden Ma'ruf Amin dan Presiden Joko Widodo. Pernyataan-pernyataan pejabat tersebut bertolak belakang dengan sikap Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang pada 28 Februari merilis Instruksi Gubernur Nomor 16 Tahun 2020 yang ditujukan kepada seluruh jajaran Pemprov DKI untuk mulai mengambil langkah-langkah pencegahan penularan infeksi virus Corona yang telah resmi bernama Coronavirus Disease 2019 . Sikap bulat pemerintah yang pada akhirnya mengumumkan penyakit COVID-19 resmi dinyatakan menular di Indonesia pada 2 Maret 2020 tidak diikuti oleh kesiapan secara medis. Penulis sebagai dokter menjadi bagian dari kepanikan ketika pada periode Maret 2020 tersebut belum ada obat yang adekuat atau vaksin atau terapi untuk penderita COVID-19. Akibatnya terjadi suatu krisis dalam organisasi kesehatan. Saat itu, semua layanan di dalam organisasi kesehatan yakni Rumah Sakit menjadi kacau dan bingung, karena saat itu tidak ada arahan yang tepat ketika terjadi lonjakan penyakit yang meningkat dari hari ke hari. Jumlah korban meninggal pun meningkat secara eksponensial dengan penderita COVID-19. Dalam periode tiga bulan atau sejak 3 Maret 2020 hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dalam periode tiga bulan atau hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien.

Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dari jumlah tersebut grafik pasien meninggal akibat Covid-19 dilaporkan di Jakarta hingga 31 Mei 2020 mencapai 520 pasien terdiri dari 84 pasien pada Maret 2020, 297 pasien pada April 2020 dan 139 pasien pada Mei 2020.



Gambar 1. 1 Grafik kenaikan kasus Covid-19 di Jakarta, pasien sembuh, dan pasien meninggal sepanjang Maret sampai Mei 2020.

Kondisi panik tidak saja terjadi dalam perawatan pasien semata, dalam hal penanganan pasien meninggal akibat belum adanya panduan identifikasi yang sah menyebabkan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 menjadi sangat besar sehingga membebani Instalasi Pemulasaraan Jenazah. Data per Mei 2020, menunjukkan meski pasien positif Covid-19 di Jakarta yang meninggal sampai tanggal tersebut hanya berjumlah 520 orang, nyatanya, jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 hampir lima kali lipat lebih banyak. Sejak awal Maret hingga 31 Mei 2020, tercatat ada 2.487 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pasien Covid-19. Sepanjang Mei 2020, terhitung 1 sampai 31 Mei, ada 890 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19. Sementara pada April 2020, sebanyak 1.241 jenazah dimakamkan dengan prosedur tersebut. Angka itu tertinggi dibandingkan data pada Mei dan Maret 2020. Pada periode Maret 2020, ada 356 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19.



Gambar 1. 2 Grafik kenaikan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 di Jakarta.

Peneliti melihat kondisi ini terjadi tidak lepas karena sejak awal kasus Covid-19 muncul, Pemerintah pusat meminta masyarakat untuk tenang tapi di sisi lain tidak

memberikan jaminan bagi publik bahwa pemerintah telah melakukan upaya pencegahan masuknya COVID-19 ke Indonesia. Hal inilah yang kemudian membuat beberapa kepala daerah mengambil kebijakan sendiri-sendiri untuk melindungi warganya. Dalam kasus Provinsi DKI, Dinas Kesehatan Provinsi DKI berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 57 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah merupakan unsur pelaksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dengan tugas sebagai penyelenggara urusan pemerintah di bidang kesehatan. Sampai dengan kemunculan kasus pertama Covid-19 pada 2 Maret 2020, pemerintah belum memiliki kejelasan mengenai pendekatan dan peraturan perundangan apa yang akan digunakan dalam menangani COVID-19. Kejelasan baru terjadi setelah pemerintah mengeluarkan Keputusan Presiden No. 7 Tahun 2020 Tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Melalui Keppres tanggal 13 Maret 2020 tersebut, penanganan COVID-19 berada di bawah Gugus Tugas yang diketuai oleh Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Doni Monardo yang meletakkan peran sentral penanganan COVID-19 ada di tangan pemerintah pusat melalui Gugus Tugas. Sedangkan daerah melalui kepala daerah memiliki peran membentuk dan mengepalai atau memimpin gugus tugas di wilayahnya sesuai dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 440/2622/SJ Tanggal 29 Maret 2020 Tentang Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Daerah. Time Line Perjalanan Peraturan Pemerintah

Hingga dua peraturan tersebut dikeluarkan pemerintah pusat, angka keterjangkitan Covid 19 terus bertambah. Hingga ditemukan 117 kasus Covid-19 yang terkonfirmasi, Presiden Joko Widodo hanya sebatas menyerukan kepada penduduk Indonesia untuk melakukan langkah-langkah pembatasan sosial, sementara beberapa pemimpin daerah di Jakarta, Banten dan Jawa Barat sudah menutup sekolah dan tempat-tempat umum. Presiden Joko Widodo bahkan menyampaikan bahwa ia tidak akan melakukan karantina wilayah atau penguncian sesuai UU No.6 Tahun 2018 Tentang Keekarantinaan Kesehatan meski angka kejangkitan akibat Covid 19 terus meningkat. Baru pada 31 Maret 2020, Presiden Indonesia, Joko Widodo menandatangani Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020, yang mengatur Pembatasan Sosial Berskala Besar sebagai respons terhadap COVID-19, yang memungkinkan pemerintah daerah untuk membatasi pergerakan orang dan barang masuk dan keluar dari daerah masing-masing asalkan mereka telah mendapat izin dari kementerian terkait yakni Kementerian Kesehatan. Peraturan tersebut juga menyebutkan bahwa pembatasan kegiatan yang dilakukan paling sedikit meliputi peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Pada saat yang sama, Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 juga ditandatangani, yang menyatakan pandemi Coronavirus sebagai bencana nasional. Pembuatan kedua peraturan tersebut didasarkan pada Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan, yang mengatur ketentuan mendasar untuk PSBB.

Ketidaksiapan pemerintah berbanding lurus dengan kondisi Rumah Sakit yang sangat tidak siap dalam menghadapi suasana seperti ini. Beberapa persoalan yang dihadapi Rumah Sakit antara lain: Pertama, belum memiliki aturan tentang penatalaksanaan pasien dengan Covid 19 bahkan obat-obatan yang digunakan dan caranya juga masih dalam tahap uji klinis yang dikeluarkannya pun dengan tujuan penggunaan darurat. Kedua, Adanya beberapa varian Covid 19 makin memperburuk upaya pengambilan keputusan dari pemangku kebijakan baik pemerintah pusat-daerah sampai ke manajemen Rumah Sakit tempat penulis bekerja.

Akibat kepanikan ini, seluruh dokter yang bertugas, perawat dan penunjang seperti laboratorium, radiologi dan lainnya satu persatu mulai tertular Covid 19 dan harus menjalani protokol karantina sekitar 14 hari. Pada saat bersamaan, dokter spesialis senior yang ada di Rumah sakit pun tidak bisa melanjutkan praktek di poli karena rentan tertular sedangkan pasien umum yang tidak terjangkau Covid 19 juga terpaksa menahan sakit agar tidak pergi ke RS karena kekhawatiran tertular penyakit ini. Manajemen di Rumah Sakit jelas terkena imbas dalam hal ini, jajaran direksi, para manajer dan pelaksana juga harus segera mengubah strategi dalam upaya menyelamatkan kondisi Rumah sakit dan terutama pasien. Komunikasi yang dilakukan oleh pemerintah saat itu sangat tidak kondusif, Menkes Terawan Agus Putranto kepada pers bahkan mengatakan bahwa masker hanya dipakai oleh yang sakit, akibatnya terjadilah lonjakan pasien Covid 19 yang datang ke rumah sakit yang berimbas pada tuntutan perubahan operasional bagi Rumah Sakit seperti harus membuat ruangan dengan tekanan negatif yang dibuat untuk mencegah adanya kontaminasi pada area luar kamar operasi hingga alat pelindung diri sampai level 3. Pada saat bersamaan Rumah Sakit mengalami kendala secara ekonomi karena belum adanya aturan pembayaran oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk pasien yang terjangkau Covi-19. Secara umum, seluruh Rumah Sakit belum siap untuk menangani pasien Covid 19. Penderita yang terus berdatangan membuat kapasitas ruang perawatan tidak mencukupi. Saat itu, ruang intensive care unit seluruh rumah sakit DKI penuh. Dalam kondisi ini semua mata tertuju ke pada pemegang mandate Rumah Sakit, dalam hal ini Direktur Utama Rumah sakit. Saat itu penulis sejak April 2019 menjabat sebagai Direktur Utama di RS Menteng Mitra Afia di Jakarta Pusat harus melakukan tindakan dengan koordinasi bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat. Obyek penelitian ini yakni RS Menteng Mitra Afia yang terletak di jalan Kali Pasir No.9, RT.14/RW.10, Kebon Sirih, Kecamatan Menteng, Kota Jakarta Pusat. Menteng Mitra Afia dulu dikenal sebagai Rumah Sakit Khusus Neurologi dan Psikiatri adalah rumah sakit type C yang memiliki 70 tempat tidur, layanan IGD 24 jam dengan 23 dokter spesialis dan 10 dokter umum. Serta memiliki layanan penunjang yang cukup lengkap. Dalam kondisi Covid 19 yang menyebabkan kepanikan tersebut, penulis membuat sejumlah kebijakan yang melanggar sejumlah etik maupun regulasi seperti penggunaan dokter tanpa Surat Izin Praktek yang diambil ketika seluruh dokter di Instalasi Gawat Darurat RS Menteng Mitra Afia terjangkau Covid dan harus istirahat. Saat itu kewajiban SIP dokter digugurkan sehingga dokter yang bertugas hanya menggunakan surat keterangan dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat. Kewajiban SIP diatur dalam Pasal 36 UU Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang berbunyi «Bahwa Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik.» Kemudian ada Pasal 37 Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan. Bagi dokter yang tidak memiliki SIP melanggar Pasal 76 UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan di mana «Setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 tahun atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 .» Peraturan pemerintah yang menyatakan SIP yang habis dokter masih dapat praktek. Terjadi masalah ketersediaan tenaga kesehatan yang kurang memadai yang mengakibatkan RS memeperkerjakan tenaga kesehatan dari tempat lain tanpa ada SIP

Pengecualian kewajiban SIP hanyalah salah satu etik dan regulasi yang dilanggar dalam kondisi krisis Kesehatan. Dari sini peneliti selaku penanggung jawab Rumah Sakit melalui komunikasi dengan pihak Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat dalam kondisi darurat mengambil keputusan yang melanggar peraturan yang

ada. Demikian pula ketika penulis mengizinkan adanya praktek telemedicine yang dilakukan oleh dokter senior di rumah mereka. Praktek telemedicine tidak sesuai dengan metode pada Pasal 35 ayat 1 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Dalam hal layanan rawat, Manajemen RS Menteng Mitra Afia dengan segala keterbatasannya berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor 987 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Keputusan Gubernur Nomor 378 Tahun 2020 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Coronavirus Disease . Dalam keputusan tertanggal 28 September 2020 tersebut, RS Menteng Mitra Afia menjadi satu di antara 90 Rumah Sakit di DKI sebagai Rumah Sakit rujukan khusus Covid-19 sehingga harus mengubah alokasi layanan dari seluruhnya yakni 70 tempat tidur yang seluruhnya bagi pasien umum menjadi 40 tempat tidur khusus untuk pasien Covid-19 dan 30 tempat tidur bagi pasien umum. Pengubahan alokasi tempat tidur khusus bagi pasien Covid-19 merupakan tantangan tersendiri karena manajemen RS Menteng Mitra Afia harus mengubah sistem pengatur udara ruangan dari sebelumnya bertekanan positif menjadi ruangan bertekanan negatif. Ruangan bertekanan negatif dibuat untuk mencegah adanya kontaminasi pada area luar ruangan. Pada ruangan ini, tekanan diatur lebih rendah dibandingkan tekanan di luar ruangan, sehingga ketika pintunya terbuka, udara dari dalam ruangan tekanan negatif tidak dapat keluar menyebarkan virus maupun bakteri. Untuk memenuhi ini, hanya tersedia waktu satu bulan sehingga menjadi tantangan teknis bagi manajemen. Panduan-panduan baru yang secara cepat berubah sesuai kondisi yang ada pada saat itu. Kecepatan perubahan panduan ini tidak seiring dengan percepatan sosialisasi kepada tenaga kesehatan yang menyebabkan komunikasi krisis antar tenaga kesehatan di dalam RS.

Penetapan sebagai Rumah Sakit rujukan khusus Covid-19 secara langsung berimbas pada penerapan kebijakan tentang ruang perawatan yang dalam kondisi biasa, pasien dapat ditemani keluarga namun pada saat pandemi Covid pasien tidak bisa ditemani oleh keluarga untuk mengurangi tertularnya virus Covid-19. Pembatasan pendampingan oleh keluarga bertentangan dengan Pasal 32 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit di mana pada poin 12 ditetapkan hak pasien adalah didampingi keluarganya dalam keadaan kritis. Menghadapi situasi operasional tersebut Manajemen RS Menteng Mitra Afia harus menghadapi situasi manajerial seperti kurangnya dukungan dari pihak pemilik agar manajemen mampu melakukan perubahan sarana prasarana yang ada sehingga memenuhi kebutuhan pelayanan di saat Covid-19 dan keterlambatan hak-hak karyawan akibat keterlambatan pembayaran dari pemerintah. Dalam hal hak karyawan, pihak Manajemen RS sangat berperan menjembatani kondisi tersebut kepada para karyawan agar dapat mengerti dan mau menjalankan kebijakan dan peraturan sekaligus memastikan layanan kepada pasien secara optimal.

Dalam rentan waktu Maret 2020 sampai Januari 2021 dilema etika sering muncul bersamaan ketika rumah sakit mengalami keterbatasan sumber daya, rumah sakit dan tenaga kesehatan harus memilih pasien yang harus mereka prioritaskan masuk ke ruang perawatan atau ICU. Sedangkan untuk vaksin pada tahun 2020 yang menerima terlebih dahulu adalah pasien lanjut usia karena mereka rentan terhadap komplikasi dan mengalami kematian akibat Covid-19. Kebijakan diskriminasi bertentangan dengan Pasal 32 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dimana pada poin ketiga yakni pasien berhak «Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi» sehingga perlu dikomunikasikan dengan para dinas kesehatan setempat. Penetapan kriteria RS Covid tidak diiringi fasilitas ruang isolasi yang layak di RS sesuai dengan kriteria pasien Covid-19. Hal ini menyebabkan deviasi etika terhadap ruang perawatan. Manajemen dan tenaga kesehatan mengalami komunikasi krisis karena ruang perawatan yang kurang layak tetap dipaksakan

untuk merawat pasien covid -19 yang mengakibatkan resiko penularan covid -19 terhadap pasien dan tenaga kesehatan.

Kondisi Covid-19 yang belum dipahami oleh ilmu kedokteran saat itu juga membuat beberapa izin yang bersifat darurat salah satunya penggunaan vaksin demikian pula pemberian pengobatan yang kerap kali terjadi perubahan protokol. Kondisi ini secara langsung berhadapan dengan banyaknya hoax yang beredar melalui media sosial seperti anti vaksin dan obat yang tidak halal dan sebagainya. Untuk mengatasi hal ini, Manajemen RS Menteng Mitra Afia mengupayakan edukasi tentang pemberian obat dan sejumlah protokol yang terus berubah dari pemerintah sehingga diharapkan tenaga kesehatan yang bertugas memiliki ketanggapan dan mampu mengambil keputusan yang ada sesuai dengan Kebijakan Pemerintah dan Manajemen RS. Penggunaan obat- obatan yang belum layak untuk pengobatan covid masih dalam penelitian menyebabkan terjadi deviasi etika. Ketersediaan obat baru yang belum terbukti untuk pengobatan covid-19 masih sulit di sediakan yang menyebabkan komunikasi krisis antara manajemen dan farmasi serta tenaga kesehatan lainnya. Tentu saja adanya keterlambatan hak karyawan menyebabkan para NAKES RS Menteng Mitra Afia mempunyai kecemasan tersendiri dalam menghadapi tuntutan pekerjaan mereka selama pandemi. Menghadapi pasien Covid-19, mengharuskan mereka memahami dan ahli dalam berkomunikasi agar kondisi dan hubungan antara pasien dan para medis dapat berjalan baik dan mempercepat proses penyembuhan, di tengah keterbatasan fisik dalam memeriksa pasien, mereka harus bekerja dengan shift yang lama karena banyaknya nakes yang terpapar. Hal ini menjadi menjadikan deviasi peraturan yang menyebabkan komunikasi krisis antara manajemen dan tenaga kesehatan mengenai kelebihan jam kerja dalam menghadapi pasien dengan penyakit menular. Di mana dalam menghadapi pasien dengan penyakit menular harus dengan kondisi stamina yang baik sedangkan disisi lain Manajemen harus menyediakan tenaga kesehatan di mana pasien terus meningkat. Keterbatasan sarana dan prasarana hingga penggunaan atribut alat pelindung diri sesuai dengan prosedur dari pemerintah ketika dikenakan secara terus menerus menutupi seluruh tubuh dalam waktu yang lama mengakibatkan para nakes tidak nyaman. Perubahan peraturan dalam penggunaan APD sangat cepat menyebabkan terjadi komunikasi krisis terhadap kesimpangsiuran pengetahuan diantara tenaga kesehatan dan juga manajemen. Disamping itu ketersediaan APD yang sulit dan harga yang mahal menjadi masalah yang cukup menyebabkan ketegangan antara Manajemen dan tenaga kesehatan. Penulis sebagai pimpinan RS Menteng Mitra Afia sudah secara maksimal mensosialisasikan dan menginformasikan agar kejadian tersebut tidak terjadi lagi karena dapat berdampak terhadap pelayanan dan ketersediaan sumber daya di RS. Manajemen RS Menteng Mitra Afia juga membentuk tim Satgas Covid-19 guna meminimalisir lonjakan pasien, mengubah susunan dan tatanan ruang perawatan sesuai kebutuhan yang ada. Dalam menghadapi situasi saat itu Manajemen Rumah Sakit tidak saja berkomunikasi ke dalam tetapi juga harus berkomunikasi dengan pihak luar yaitu antar rumah sakit rujukan dan instansi pemerintah. Tidak saja terkait teknis rujukan pasien, metode rawatan, hingga sumbangan APD yang dibutuhkan saat itu. Berdasarkan kondisi kritis yang telah tertulis di atas, maka peneliti tertarik melakukan penelitian yang berfokus pada deviasi etika komunikasi. Fokus dan Pertanyaan Penelitian Berdasarkan latar belakang masalah di atas, masalah utama penelitian ini adalah deviasi etika dan komunikasi krisis pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia di Jakarta Pusat dalam menangani krisis akibat wabah Covid-19 yang membutuhkan kecepatan bertindak namun sangat bergantung pada pemerintah sehingga dapat menjadi panduan di masa mendatang.

1.2 Fokus dan Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana analisis tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
2. Bagaimana kajian dan bentuk jenis deviasi etika komunikasi di RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
3. Bagaimana telaah kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
4. Bagaimana respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis di RS Menteng Mitra Afia terhadap kebijakan publik di masa pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
5. Bagaimana merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada kondisi pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis dan mendeskripsikan berbagai tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
2. Mengkaji dan menjelaskan berbagai bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi di RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021
3. Menelaah kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS Menteng Mitra Afia selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
4. Mengkaji respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis di RS Menteng Mitra Afia terhadap kebijakan publik di masa pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
5. Merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang.

1.4 Kegunaan Penelitian

1. Bagi Komunitas Kesehatan khususnya tenaga kesehatan Rumah Sakit Menteng Mitra Afia, penting untuk disadarkan akan kepentingan Etika Komunikasi dalam lingkungan kerja.
2. Bagi Rumah Sakit, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk perbaikan Etika Komunikasi di Rumah Sakit tersebut.
3. Bagi pemerintah, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan kebijakan dan pedoman yang mengatur Etika Komunikasi di Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, untuk menciptakan lingkungan kerja yang etis dan profesional bagi tenaga kesehatan serta meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien.
4. Bagi peneliti, penelitian ini dapat memberikan pemahaman tentang sejauh mana deviasi etika terjadi dalam tindakan medis di kondisi krisis.
5. Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dan sumber tambahan untuk penelitian selanjutnya.
6. Bagi Universitas Sahid, penelitian ini dapat dijadikan literatur dalam perpustakaan universitas, khususnya dalam bidang penelitian tentang Deviasi Etika Komunikasi.

1.5 Keterbatasan Penelitian

1. Pandemi Covid-19 bersifat global, masing-masing Rumah Sakit memiliki cara komunikasi yang khas sehingga penelitian ini tidak dapat digeneralisasi
2. Terdapat trauma di antara narasumber ketika mengalami krisis kesehatan akibat Covid-19 menyebabkan kemungkinan ada informasi yang sulit untuk diutarakan
3. Keterbatasan lain penelitian memaparkan hal atau variabel yang sebenarnya tercakup dalam keluasan lingkup penelitian tapi karena kesulitan metodologis atau prosedur tertentu sehingga tidak dapat dicakup dalam penelitian dan di luar kendali peneliti.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian komunikasi dengan fokus pada internal rumah sakit dalam menghadapi kondisi krisis kesehatan yang memaksa manajemen mengambil kebijakan dengan resiko melanggar etika dan hukum Kesehatan masih terhitung jarang dilakukan disebabkan kecenderungan untuk melihat penanganan krisis kesehatan sebagai masalah komunikasi publik sehingga peneliti melakukan kajian dan komparasi terhadap sejumlah kajian mengenai krisis komunikasi dan komunikasi organisasi akibat wabah penyakit di dunia yang hampir serupa dengan wabah Covid19 maupun kajian terkait penanganan Covid-19. Pertama, penelitian berjudul *Communicating a Pandemic Crisis Management and Covid-19 in the Nordic Countries* merupakan bunga rampai riset Tema besar dari bunga rampai ini adalah mengkaji Nordik Model yang berbasiskan nilai-nilai demokrasi sosial atau Negara Kesejahteraan yang diterapkan oleh negara-negara Skandinavia dalam menangani pandemi. Analisis komparatif dalam buku ini mencoba memberikan pemahaman krisis yang lebih dalam komunikasi dan pandemi. Hal ini penting, karena krisis yang terjadi menjadi "normal baru". Covid-19 bukanlah pandemi terakhir; akan ada masa depan pandemi dan pengetahuan kita tentang komunikasi krisis.

Kedua, penelitian tentang *Uncertainty, scarcity and transparency: Public health ethics and risk communication in a pandemic* yang fokus pada kegiatan komunikasi panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi yang menekankan transparansi. Penelitian ini mendapati bahwa mengkomunikasikan panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi menekankan transparansi komunikasi selama pandemi terkadang penuh, sebagian karena tantangan praktis dan konseptual seputar transparansi. Tantangan khusus muncul ketika ada pengetahuan ilmiah yang berkembang tentang COVID-19 dan keengganan untuk mengakui bahwa masalah kelangkaan sumber daya memengaruhi rekomendasi kesehatan masyarakat.

Analisis ini mengkaji komunikasi krisis dalam sebuah organisasi dihadapkan dengan kerugian keuangan yang besar, redundansi staf, dan gangguan. Dia menganalisis bagaimana respons krisis ini dan yang diperlukan dikomunikasikan kepada pemangku kepentingan, menggunakan teori komunikasi krisis situasional, sebagai kerangka analisisnya. Ketika mencatat perspektif alternatif seperti krisis dan komunikasi risiko darurat teori, SCCT diidentifikasi sebagai teori komunikasi krisis yang paling banyak diterapkan, dan dengan demikian membutuhkan tinjauan berkelanjutan di era fragmentasi media, disinformasi, dan kepercayaan masyarakat rendah. Selain itu, analisis ini memberikan gambaran "di dalam" yang relatif jarang melalui etnografi dan autoetnografi yang dilakukan oleh seorang pengambil keputusan senior dalam organisasi. Kelima, penelitian berjudul *Principles of ethics and critical communication during the COVID-19 pandemic*. Artikel ini mencoba melihat hubungan komunikasi krisis selama pandemi COVID-19 di mana penekanan layanan klinis telah bergeser kepada optimalisasi kesehatan masyarakat karena sumber daya yang terbatas harus dialokasikan untuk memaksimalkan hasil perawatan pasien COVID-19. Studi ini menemukan bahwa selama situasi pandemi Covid-19, dokter harus menggunakan prinsip komunikasi berisiko tinggi untuk memandu perencanaan perawatan selama pandemi.

Keenam, penelitian berjudul *A Leader's Guide to Crisis Communication: Lessons from Ebola for COVID-19* mempertajam posisi pemimpin dalam kondisi krisis yang telah

ditulis dalam buku *Theorizing Crisis Communication* karya profesor Timothy Sellnow dan Matthew Seeger. Dalam tulisan ini, penulis mempertegas bahwa dalam kondisi krisis kesehatan membutuhkan tindakan segera oleh para pemimpin. Dalam penelitian ini aksioma umum komunikasi krisis mencakup persiapan, pengembangan rencana komunikasi, dan koordinasi pesan melalui personel yang ditunjuk, namun, bahkan dalam kasus terbaik, informasi penting dapat hilang dalam komunikasi dan akibatnya membahayakan nyawa. Swedia mengambil strategi kekebalan kawanan dengan argumen utilitarian kesehatan yang mudah dikomunikasikan pada orang Swedia. Sedangkan Finlandia memilih strategi PSBB. Baik Swedia dan Finlandia sulit mengkomunikasikan hal tersebut karena bertentangan dengan prinsip dasar demokrasi liberal.

Kesembilan, laporan penelitian berupa satu bab dalam bunga rampai riset hasil pengamatan penanganan komunikasi *Pandemics, Publics, and Politics: Staging Responses to Public Health Crises* mengkaji ketidakpastian dalam nasihat ahli tentang pandemi yang diberikan kepada anggota masyarakat umum. Bab ini mengacu pada penelitian yang dilakukan di Australia dan Skotlandia tentang keterlibatan publik dengan pandemi influenza 2009 dan membahas implikasi komunikasi pada wabah penyakit menular yang lebih baru, termasuk Ebola dan Zika. Ini menunjukkan bagaimana pesan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencapai keseimbangan peringatan dan kepastian yang bisa diterapkan dan membelokkan masalah kepercayaan pada pakar dan sains. Bab ini membahas bagaimana ketidakpastian yang ada dalam pandemi memperkuat personalisasi tanggapan terhadap risiko pandemi, dengan cara yang merusak kerja sama dan tindakan kolektif yang juga diperlukan untuk merespons pandemi secara efektif.

Kesepuluh, penelitian berjudul *The Swine Flu Emergency Department: The Relationship Between Media Attention for the Swine Flu and Registrations in an Emergency Medicine Unit* mengkaji kondisi ketika dunia dihadapkan pada potensi wabah pandemi baru, media banyak melaporkannya. Media adalah penyebar informasi ancaman kesehatan yang penting.

2.2 Hakikat Komunikasi Manusia

2.2.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah tindakan atau proses menggunakan kata-kata, suara, tanda atau perilaku untuk mengungkapkan atau bertukar informasi atau untuk mengungkapkan ide, pikiran, perasaan, dll, kepada orang lain. Komunikasi juga memerlukan penggunaan isyarat verbal dan non-verbal, dan dalam prosesnya seringkali banyak informasi yang disampaikan, dan terkadang kesalahpahaman juga dapat terjadi. Sadri-Flammia menyimpulkan komunikasi sebagai proses simbolik di mana orang menciptakan makna bersama. Lalu apa itu komunikasi verbal? Komunikasi verbal adalah tentang bahasa, baik tertulis maupun lisan. Komunikasi verbal adalah tentang bahasa lisan dan tulisan. Dengan kata lain manusia berinteraksi melalui penggunaan kata-kata atau pesan dalam bentuk bahasa.

Sedangkan komunikasi nonverbal adalah komunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh dan bahasa isyarat lainnya. Rosenberg di sisi lain mengemukakan bahwa komunikasi antara lain melibatkan proses penciptaan makna secara psikologis, sosial dan kultural. Definisi Rosengren juga mengakui fakta bahwa komunikasi adalah aktivitas sosial dan menambahkan unsur interpretasi, decoding atau penciptaan makna dari pesan tersebut. Bagi Rosengren, komunikasi adalah «bagaimana» pesan dipahami secara intelektual dan bagaimana ambiguitas muncul dan diselesaikan. Gagasan komunikasi yang melibatkan makna didukung oleh Littlejohn dengan alasan bahwa «komunikasi» tidak terjadi tanpa penciptaan makna dan orang menciptakan dan menggunakan makna dalam menafsirkan peristiwa.

Komunikasi adalah ciri dan keterampilan sosial sehari-hari yang dalam arti sempit adalah pengiriman pesan dari pengirim ke penerima. Ini adalah proses interaktif pertukaran pikiran, emosi dan pesan lain yang pasti terjadi setiap kali ada interaksi antara dua orang atau lebih. Esensi dan pentingnya komunikasi secara gamblang dijelaskan oleh komunikolog Inggris, Hargie, yang mendefinisikan bahwa komunikasi adalah proses yang dinamis dan kompleks di mana orang mengirim dan menerima pesan verbal dan non-verbal untuk memahami dan dipahami. Proses komunikasi memiliki berbagai tujuan atau peran: menerima dan memberikan informasi, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, memenuhi kebutuhan afiliasi, kesenangan, melarikan diri dari aktivitas lain, istirahat dan kendali atas orang lain.

2.2.2 Jenis-jenis Komunikasi Personal Sehari-Hari

Verbal, didasarkan pada interaksi tatap muka. Ini mungkin juga melibatkan penggunaan perangkat elektronik seperti telepon dan pengeras suara. Utas umum dalam metode komunikasi ini adalah bahwa suara manusia terdengar dari pemancar ke penerima. Komunikasi verbal telah menjadi ciri utama komunikasi keluarga dalam peran sosialnya mensosialisasikan kaum muda terhadap norma dan nilai masyarakat. Bentuk komunikasi ini terjadi sejak lahir hingga meninggal karena sang ibu berkomunikasi secara verbal dengan anaknya bahkan sebelum mereka dapat memahami pesan atau menanggapi.

Tertulis, melibatkan penerjemahan pesan lisan ke dalam simbol alfabet, kata, dan simbol yang terlihat, sehingga menjadikan membaca dan menulis kompetensi yang diperlukan dalam komunikasi tertulis. Sejak awal peradaban, komunikasi dalam tulisan telah berkembang dan mengambil bentuk baru yang berbeda dari kertas ke komputer dan baru-baru ini ke ponsel. Dengan dunia menjadi desa global, keluarga juga mengandalkan komunikasi tertulis untuk terhubung satu sama lain dari berbagai belahan dunia. non-verbal melibatkan transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, huruf atau simbol. Komunikasi ini melibatkan ketergantungan pada lingkungan fisik kita, gerakan tubuh, gambar dan gambar termasuk bahasa isyarat. Anggota keluarga dapat menggunakan bahasa tubuh untuk berkomunikasi satu sama lain tanpa kehilangan makna karena mereka saling mengenal dengan baik. Oleh karena itu, ini berarti bahwa harus ada kesamaan pemahaman antara pemancar dan penerima tentang apa yang dimaksud dengan gerakan dan atau tanda.

Kinesik, melibatkan studi komunikasi melalui gerakan tubuh dan ekspresi wajah. Postur dan gerak tubuh adalah fitur penting dalam bentuk komunikasi ini.

Proksemik, melibatkan cara orang menggunakan ruang fisik untuk menyampaikan pesan di antara mereka. Misalnya orang menggunakan empat jarak dalam komunikasi secara tatap muka. Untuk komunikasi yang sangat rahasia, jarak intim digunakan. Dalam percakapan yang melibatkan keluarga dan teman dekat, jarak pribadi dapat diterapkan. Untuk transaksi bisnis jarak sosial digunakan. Terakhir jarak publik digunakan saat berbicara dengan grup di sebuah ruangan. Komunikasi verbal, bahasa adalah apa yang membedakan manusia dari spesies lain dalam komunikasi. Meskipun penggunaan simbol dan bahasa tubuh mungkin berguna dalam komunikasi, bahasa memberi komunikasi manusia tiga sifat, semantik, generativitas, dan perpindahan, dan ini membedakan bahasa dari bentuk komunikasi lain yang dimiliki spesies lain.

Semantisitas, dalam komunikasi manusia, sinyal dan simbol memiliki makna. Jika seseorang secara konsisten menggaruk satu titik di tubuhnya, itu menandakan bahwa dia mengalami gatal di tubuhnya. Oleh karena itu, bahasa sangat penting karena bahkan keluarga mengandalkan bahasa untuk berkomunikasi bahkan hal-hal yang tidak dapat diungkapkan secara memadai melalui simbol.

Generatifitas, Ini juga bisa disebut produktivitas. Bahasa pada dasarnya dapat menghasilkan pesan bermakna dalam jumlah tak terbatas. Bahasa memungkinkan simbol untuk digabungkan dan digabungkan kembali dengan cara yang menghasilkan makna unik, dan akibatnya setiap pengguna bahasa yang kompeten dapat menghasilkan dan membuat makna ucapan yang belum pernah diucapkan sebelumnya tetapi segera dapat dipahami oleh semua pengguna bahasa yang kompeten.

Pemindahan bahasa memiliki kemampuan untuk menjelaskan atau mendefinisikan hal-hal yang terkadang abstrak atau lebih jauh dalam ruang dan waktu atau bahkan hal-hal yang hanya ada dalam imajinasi.

Aspek positif komunikasi verbal, komunikasi verbal membantu menyampaikan pesan dengan lebih efektif dan cepat. Selain itu, keterampilan komunikasi verbal yang bijaksana mampu menanggapi perselisihan.

Komunikasi verbal meningkatkan motivasi, melalui komunikasi verbal, pemimpin dan kepala keluarga mampu memberikan kata penghargaan. Email bisa jadi impersonal, tetapi kata-kata terdengar lebih pribadi dan meyakinkan. Mengadakan pertemuan tatap muka secara rutin dengan keluarga atau rekan kerja sangat membantu untuk meningkatkan kepercayaan diri. Ini juga berfungsi sebagai sesi membangun tim.

Komunikasi verbal memberikan kejelasan, Beberapa orang lebih cenderung mengingat atau menyimpan informasi yang disajikan secara langsung dan lisan kepada mereka. Untuk pelatihan, komunikasi verbal berguna karena pertanyaan dapat diajukan dan jawaban segera diberikan. Bahkan di dalam keluarga, nilainya adalah bahwa kaum muda dapat belajar lebih cepat karena mereka dapat mengajukan pertanyaan pencarian informasi seperti yang mereka amati saat tumbuh dewasa. paling penting dalam komunikasi adalah komunikasi dengan bahasa. Bahasa sering diturunkan sebagai kode yang menggunakan kata, frasa, dan kalimat untuk menyampaikan makna". Pengkodean adalah sistem yang menguraikan sekumpulan sinyal menjadi sekumpulan makna penting. "Pendekatan Encoding-Coding terhadap bahasa memahami komunikasi sebagai proses di mana penutur menyandikan ide mereka dalam kata, frasa, dan kalimat, dan pendengar memecahkan kode sinyal ini untuk memulihkan ide yang mendasarinya".

2.2.3 Komunikasi Organisasi

Komunikasi organisasi adalah aktivitas pengiriman dan penerimaan pesan di antara individu yang saling terkait dalam lingkungan atau pengaturan tertentu untuk mencapai tujuan individu dan bersama. Komunikasi organisasi sangat kontekstual dan tergantung secara budaya. Individu dalam organisasi mengirimkan pesan melalui tatap muka, tertulis, dan saluran yang dimediasi. Sejak tahun 1980-an, spesialisasi ini telah diperluas untuk mencakup pekerjaan pada budaya organisasi, manajemen kekuasaan dan konflik, dan retorika organisasi.

Dalam praktek keseharian, ternyata komunikasi organisasi juga mengalami krisis, yang disebut «krisis komunikasi organisasi». Keuntungan penting ini juga dapat dijelaskan oleh berbagai peristiwa krisis yang menghancurkan yang tidak hanya memiliki dampak sosial, politik, ekologi, dan ekonomi yang luar biasa, tetapi juga mengungkapkan dalam banyak kasus kompleksitas dan keterbatasan mengelola komunikasi krisis seperti yang dipraktikkan oleh organisasi di berbagai negara. Namun, peran kunci komunikasi dalam konteks situasi krisis dan terutama peran komunikasi yang direncanakan secara strategis dan berbasis penelitian oleh organisasi sebelum, selama, dan setelah situasi krisis telah diakui dalam praktik maupun akademisi. Dibandingkan dengan deskripsi ontologis krisis di masa lalu, para sarjana sekarang menekankan konstruksi sosial dari krisis serta peran pengamat individu dan organisasi serta persepsi mereka.

Pearson dan Clair mendefinisikan krisis organisasional sebagai «situasi dengan probabilitas rendah dan berdampak tinggi yang dirasakan oleh pemangku kepentingan penting untuk mengancam kelangsungan hidup organisasi dan yang dialami secara subyektif oleh individu-individu ini sebagai ancaman pribadi dan sosial. Menerapkan ini pada krisis organisasi, penulis menyimpulkan bahwa «krisis adalah kreasi terminologis yang dipahami oleh agen manusia, dan akibatnya, dikelola dan diselesaikan secara terminologis.

2.2.4 Komunikasi Perawatan Kesehatan

Perawatan kesehatan modern lebih dari sekadar penyediaan layanan kesehatan dan perawatan pasien yang bermaksud baik dan secara teknis profesional. Komunikasi adalah segmen yang sangat penting dalam manajemen tim - selain kemampuan, penalaran dan pemecahan masalah, dokter dan perawat harus memiliki keterampilan komunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Inilah yang disebut sebagai komunikasi terapatik, prinsip ini pula yang diperkenalkan oleh Hippocrates .

Hippocrates dikenal, secara tradisional disebut sebagai «Bapak Kedokteran» berpendapat bahwa dokter dapat mempengaruhi kesehatan pasien. Oleh karena komunikasi efektif antara para dokter dengan pasien merupakan fungsi sentral klinis dalam membangun hubungan terapeutik dokter-pasien, sekaligus merupakan jantung dan seni kedokteran .

Komunikasi terapeutik sebagai sebuah konsep muncul di awal dunia kedokteran dan sejak saat itu telah menunjukkan manfaat yang signifikan yang dibuktikan dalam penelitian. Dua kasus komunikasi terapeutik yang paling awal dilaporkan, yang terutama melibatkan gagasan tentang hubungan terapeutik dan manfaat dari hubungan tersebut, didokumentasikan selama era perawatan moral di rumah sakit jiwa . Kedua pasien dirawat pada tahun 1791 dan 1800, dan keduanya merespons perawatan moral, meskipun memiliki gejala yang parah.

Pada akhir tahun 1800-an, Florence Nightingale sebelumnya telah berkomentar tentang pentingnya «komunikasi yang berkembang antara perawat dan pasien.» . Dia dikutip mengatakan, «Selalu duduk dalam pandangan pasien, sehingga ketika Anda berbicara dengannya, dia tidak perlu menoleh dengan susah payah untuk menatap Anda. Semua orang tanpa sadar melihat ke arah orang tersebut ketika berbicara. Jadi, juga dengan terus berdiri, Anda membuatnya terus menerus mengangkat matanya untuk melihat Anda.

Pada tahun 1950-an, Harry Stack Sullivan dan Jurgen Ruesch, tokoh-tokoh terkemuka dalam teori interpersonal dan komunikasi, masing-masing menerbitkan pentingnya komunikasi dalam memberikan manfaat terapeutik, khususnya pada penyakit mental , Kontributor penting lainnya dalam konsep komunikasi terapeutik dan topik terkait termasuk Carl Rogers, Hildegard Peplau, dan Tudor .

Sebagai catatan, Hildegard Peplau menerbitkan makalah aslinya pada tahun 1952 dan kemudian menerbitkan tinjauan dan revisi berikutnya pada tahun 1991 dan 1997, yang memberikan landasan bagi konsep komunikasi terapeutik . Teori yang diberi nama «Teori Hubungan Antarpribadi» ini didirikan dengan mengintegrasikan pengetahuan tentang teori antarpribadi Sullivan, serta psikoanalisis, psikoterapi, dan terapi perawat . Teori Peplau menggambarkan beberapa «fase» interaksi dan menganggap hubungan tersebut sebagai mediator utama dalam proses penyembuhan. Pentingnya hubungan untuk penyembuhan diterima dalam faktor umum penelitian psikoterapi sebagai faktor dengan dukungan empiris. Ahli teori lainnya termasuk Travelbee, Rogers, dan King, yang semuanya telah memberikan kontribusi pada bidang komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik pada akhirnya muncul sebagai istilah dalam literatur yang terindeks PubMed sejak tahun 1964 hingga 1965, dalam latar belakang psikoterapi,

psikiatri, sosiologi, kedokteran, rehabilitasi, dan literatur keperawatan. Sejak saat itu, konsep komunikasi terapeutik telah meluas dan diterapkan pada berbagai bidang lain, terutama dalam bidang kesehatan. Istilah lain dalam literatur yang tumpang tindih dengan komunikasi terapeutik termasuk komunikasi yang berpusat pada pasien dan hubungan terapeutik .

Konsep «komunikasi terapeutik» mengacu pada proses di mana dokter atau perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal atau nonverbal. Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi khusus yang mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan dan ide serta menyampaikan penerimaan dan rasa hormat. Namun konsep ini telah didefinisikan lebih lanjut oleh para ahli yang berbeda yang menganalisis istilah-istilah tersebut secara terpisah, dalam hal struktur kata dan maknanya, yaitu terapi dan komunikasi . Terapi dan komunikasi adalah dua kata yang kompleks yang masing-masing mengandung arti yang berbeda. Namun istilah ini memiliki arti yang berbeda ketika merujuk pada terminologi medis dan ketika dianggap sebagai kata benda majemuk. Terapi - mengacu pada ilmu dan seni penyembuhan ; atau berkaitan dengan pengobatan atau tindakan yang bermanfaat . Hal ini dapat diperluas lebih jauh untuk mencakup apa yang disebut Rogers sebagai hubungan saling membantu, yaitu hubungan yang mendorong pertumbuhan dan perkembangan serta peningkatan kemampuan menghadapi kehidupan bagi orang lain. Komunikasi - memiliki sejumlah definisi yang cenderung menekankan pada pesan atau makna. Mohan, McGregor dan Strano memberikan definisi sebagai berikut: pemindahan makna secara teratur: interaksi sosial melalui pesan: penciptaan makna secara timbal balik: berbagi informasi, ide atau sikap antara atau di antara orang-orang. de Vito mengemukakan bahwa komunikasi adalah tindakan oleh satu orang atau lebih dalam mengirim dan menerima pesan yang terganggu oleh 'gangguan', terjadi di dalam suatu konteks, mempunyai efek dan memberikan kesempatan. Komunikasi terapeutik melibatkan pertukaran informasi pada dua tingkat verbal atau nonverbal. Pesan dikirim dan diterima secara bersamaan. Komunikasi verbal meliputi pengaturan kata-kata menjadi kalimat, isi serta konteks - area di mana percakapan berlangsung yang mungkin termasuk waktu dan lingkungan fisik, sosial, emosional dan budaya. . Komunikasi nonverbal mencakup perilaku yang menyertai konten verbal seperti bahasa tubuh, tatapan mata, ekspresi wajah, nada suara, dll. Komunikasi nonverbal terutama mengindikasikan pikiran, kebutuhan, atau perasaan klien, terutama secara tidak sadar.

Seperti dikatakan oleh Mahbobeh dkk Komunikasi terapeutik adalah bagian dari perawatan holistik dan berpusat pada pasien yang mencakup berbagai aspek kebutuhan fisik dan psikologis pasien melalui penyampaian informasi dan membuat hubungan yang interaktif dan santai dengan mahasiswa keperawatan.

2.2.5 Komunikasi Teraupetik sebagai Komunikasi Antarpersonal

Komunikasi terapeutik melibatkan komunikasi interpersonal antara pasien dan perawat. Komunikasi ini dimaksudkan untuk membantu pasien. Terapeutik membantu perawat memahami pasien dengan lebih baik. Keterampilan interaksi interpersonal yang baik bagi perawat sangat penting dan diperlukan untuk komunikasi terapeutik yang efektif.

Komunikasi adalah sarana yang mengawali, menguraikan, dan mengakhiri hubungan perawat dan pasien. Untuk mencapai komunikasi terapeutik yang efisien, perawat harus mengikuti aturan privasi dan kerahasiaan-menjaga hak-hak pasien atas privasi, memungkinkan pasien untuk mengekspresikan diri mereka secara bebas, menghormati pasien dengan mempertimbangkan latar belakang, usia, agama, status sosial ekonomi, dan ras dalam menghormati ruang pribadi. Komunikasi profesional sangat penting untuk hubungan antara perawat dan

pasien. Kemudian, definisi komunikasi terapeutik yang diterima secara umum diajukan oleh Gwen van Servellen pada tahun 1997.

Dalam teksnya, komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai pertukaran antara pasien dan penyedia layanan menggunakan metode verbal dan non-verbal. Tujuan akhir dari gaya komunikasi ini dianggap membantu pasien mengatasi beberapa bentuk tekanan emosional atau psikologis. Komunikasi korelatif yang efektif antara dokter dan pasien adalah proses medis dasar. Penyelidikan karya ilmiah dan sastra menunjukkan peran unik komunikasi antara pasien dan dokter.

Dalam kebanyakan kasus efek penyembuhan ketergantungan pasien pada dokter lebih penting daripada obat yang direkomendasikan. Hasilnya, ia dapat memilih metode perawatan yang paling sesuai. Keterampilan komunikasi yang tepat antara dokter dan pasien adalah bagian utama dari fungsi klinis dan membangun hubungan interpersonal dokter-pasien terapeutik yang efektif. Komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien dinamakan prosedur perawatan medis dasar.

Penyelidikan karya ilmiah dari pelbagai literatur telah menunjukkan bahwa komunikasi yang ramah antara pasien dan dokter dapat memainkan peran penting dalam mendorong kepuasan pasien. Dalam kebanyakan kasus, proses terapeutik pasien dipengaruhi oleh ketergantungan dokter daripada tenaga medis dan/atau obat yang direkomendasikan. Ketika pasien dirujuk ke dokter, tidak ada yang menyadari seperti pasien tentang kesehatan dan keadaan fisiknya. Hasilnya, dia bisa mengambil metode yang paling tepat untuk merawat pasien.

Saat ini, kepuasan pasien dianggap sebagai kriteria utama untuk menentukan kualitas terapi dan layanan kesehatan. Diketahui bahwa kepuasan pasien memainkan peran kunci dalam layanan medis. Keterampilan komunikasi yang tepat dari dokter dapat dianggap sebagai faktor yang efektif untuk kepuasan ini. Mempelajari keterampilan komunikasi adalah salah satu masalah terpenting yang harus dipertimbangkan dalam sistem pendidikan kedokteran.

Dokter yang tidak terampil dalam berkomunikasi dengan pasiennya dapat jatuh ke dalam siklus yang salah seperti ketidakpuasan pasien, peningkatan kesalahan, kesalahan diagnosis, peningkatan biaya layanan kesehatan, resep obat yang tidak perlu, pemborosan waktu dan uang pasien, yang dapat menyebabkan proses pengobatan yang salah. Keterampilan komunikasi yang efisien dari dokter seperti mendengarkan pasien secara efektif, menunjukkan perilaku ramah dan menghormati pasien, tentu mengarah pada kepuasan pasien dan mengurangi biaya layanan kesehatan.

Sejak munculnya komunikasi terapeutik sebagai sebuah konsep dalam literatur, telah dipelajari dalam berbagai konteks. Namun, definisi komunikasi terapeutik bervariasi tergantung pada penulis dan konteksnya. Dalam teksnya, komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai pertukaran antara pasien dan penyedia layanan menggunakan metode verbal dan non-verbal. Tujuan akhir dari gaya komunikasi ini dianggap membantu pasien mengatasi beberapa bentuk tekanan emosional atau psikologis. Penting untuk mengenali otonomi pasien untuk membuat keputusan sendiri, mempertahankan sikap tidak menghakimi, dan menghindari interupsi. Tergantung pada tahap perkembangan dan kebutuhan pendidikan pasien, terminologi yang tepat harus digunakan untuk meningkatkan pemahaman dan hubungan pasien.

Selain teknik terapeutik yang tercantum bahwa komunikasi terapeutik itu berkomunikasi dengan empati. Ini membuka pintu untuk menciptakan hubungan sejati dengan orang lain. Komunikasi kelompok kecil- interaksi yang terjadi ketika sejumlah kecil orang bertemu dan berbagi tujuan yang sama.





2.2.6 Beberapa sudut pandang Komunikasi Terapeutik

Pertama, selama fase orientasi singkat, pasien rawat inap menyadari bahwa mereka membutuhkan bantuan dan berusaha untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman mereka saat ini. Di antara banyak peran yang diambil perawat dalam interaksi mereka dengan pasien, peran pertama selama fase orientasi adalah sebagai orang asing. Pasien dan perawat dengan cepat melewati fase ini dan perawat harus terus menunjukkan kesopanan dan rasa hormat selama tiga fase. Kedua, adalah fase kerja, yang menyumbang sebagian besar waktu perawat dengan pasien.

Pada fase ini, perawat membuat penilaian tentang pasien untuk digunakan selama mengajar dan ketika berkontribusi pada rencana perawatan interdisipliner. Ketiga, fase terakhir adalah fase terminasi, yang lebih umum dianggap sebagai perencanaan pemulangan. Keberhasilan fase terminasi tergantung pada seberapa baik pasien dan perawat menavigasi fase orientasi dan kerja. Bagian utama dari fase terminasi terjadi ketika perawat mengajarkan pasien tentang manajemen gejala dan pemulihan di rumah.

The National Institute on Minority Health and Health Disparities mengemukakan bahwa penelitian ilmiah yang berkaitan dengan terapeutik dapat didekati oleh tiga bidang ilmiah: penelitian layanan klinis dan kesehatan, ilmu biologi dan perilaku integratif, dan kesehatan masyarakat dan ilmu kependudukan. Kerangka penelitian NIMHD mencerminkan konseptualisasi faktor-faktor yang relevan dengan pemahaman kesehatan minoritas dan pengurangan kesenjangan kesehatan. Kerangka tersebut mengidentifikasi lima kategori penentu kesehatan dan empat tingkat pengaruh dalam domain ini. Semua faktor ini memengaruhi individu dalam interaksinya dengan sistem perawatan kesehatan untuk pencegahan, pengobatan, atau manajemen penyakit dan mewakili peluang untuk mengatasi kesehatan minoritas dan mengurangi kesenjangan kesehatan. Kami menggunakan kerangka kerja NIMHD untuk meninjau korelasi pasien dan dokter tingkat individu dan antarpribadi terpilih dan rekomendasi untuk meningkatkan PCC di bawah lingkungan perilaku, sosial dan budaya, dan domain pengaruh sistem perawatan kesehatan.

Tabel 2.3
Level Teori yang Berpengaruh terhadap Komunikasi Terapeutik

		Levels of Influence*			
		Individual	Interpersonal	Community	Societal
Domains of Influence (Over the Lifecourse)	Biological	Biological Vulnerability and Mechanisms	Caregiver-Child Interaction Family Microbiome	Community Illness Exposure Herd Immunity	Sanitation Immunization Pathogen Exposure
	Behavioral	Health Behaviors Coping Strategies	Family Functioning School/Work Functioning	Community Functioning	Policies and Laws
	Physical/Built Environment	Personal Environment	Household Environment School/Work Environment	Community Environment Community Resources	Societal Structure
	Sociocultural Environment	Sociodemographics Limited English Cultural Identity Response to Discrimination	Social Networks Family/Peer Norms Interpersonal Discrimination	Community Norms Local Structural Discrimination	Social Norms Societal Structural Discrimination
	Health Care System	Insurance Coverage Health Literacy Treatment Preferences	Patient-Clinician Relationship Medical Decision-Making	Availability of Services Safety Net Services	Quality of Care Health Care Policies
Health Outcomes		 Individual Health	 Family/ Organizational Health	 Community Health	 Population Health

Penelitian NIMHD mencerminkan konseptualisasi yang berkembang dari faktor-faktor yang relevan dengan pemahaman dan promosi kesehatan minoritas dan untuk pemahaman dan pengurangan kesenjangan kesehatan. Kerangka kerja ini juga menyediakan struktur klasifikasi yang memfasilitasi analisis portofolio penelitian kesehatan dan kesenjangan kesehatan minoritas NIMHD dan NIH untuk menilai kemajuan, kesenjangan, dan peluang. Faktor-faktor ini tidak dimaksudkan untuk menjadi lengkap.

2.3 Masalah Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi

Pandemi adalah sebagian besar wabah penyakit yang menyebar luas sebagai akibat dari penyebaran infeksi dari manusia ke manusia. Ada banyak wabah penyakit dan pandemi yang signifikan yang tercatat dalam sejarah, termasuk Flu Spanyol, Flu Hong Kong, SARS, H7N9, Ebola, Zika. Istilah «pandemi» belum didefinisikan oleh banyak teks medis, tetapi ada beberapa fitur utama dari pandemi, termasuk perluasan geografis yang luas, pergerakan penyakit, kebaruan, tingkat keparahan, tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif, kekebalan populasi yang minimal, infeksi dan penularan, yang membantu kita untuk memahami konsep ini dengan lebih baik, jika kita memeriksa persamaan dan perbedaan di antara mereka. Namun demikian, selama lebih dari 2 dekade terakhir, istilah ini belum berhasil didefinisikan oleh banyak teks medis modern. Bahkan teks-teks otoritatif tentang pandemi tidak mencantulkannya dalam indeks mereka, termasuk sumber-sumber seperti sejarah kedokteran yang komprehensif, buku-buku teks epidemiologi klasik, laporan Institute of Medicine yang berpengaruh pada tahun 1992 tentang infeksi yang baru muncul.

Definisi pandemi yang diterima secara internasional seperti yang tercantum dalam Kamus Epidemiologi sangat jelas dan terkenal: «epidemi yang terjadi di seluruh dunia, atau di wilayah yang sangat luas, melintasi batas-batas internasional dan biasanya mempengaruhi sejumlah besar orang». Namun demikian, epidemi musiman tidak dianggap sebagai pandemi. Definisi modern mencakup «epidemi yang luas», «epidemi di wilayah yang sangat luas dan biasanya mempengaruhi sebagian besar populasi», dan «terdistribusi atau terjadi secara luas di seluruh wilayah, negara, benua, atau secara global», di antara definisi-definisi lainnya. Dalam kasus influenza, para ahli biologi juga mengharuskan strain pandemi mengalami mutasi genomik utama, yang dikenal sebagai pergeseran antigenik. geografis yang luas - Istilah pandemi biasanya merujuk pada penyakit yang meluas di wilayah geografis yang luas - misalnya, wabah abad ke-14, kolera, influenza, dan human immunodeficiency virus HIV/AIDS.

Dalam tinjauan terbaru mengenai sejarah pandemi influenza, pandemi dikategorikan sebagai pandemi trans-regional dan global. Terdapat 178 negara yang terlibat selama wabah H1N1 pada tahun 2009 Pergerakan penyakit - Selain perluasan geografis, sebagian besar penggunaan istilah pandemi menyiratkan pergerakan penyakit yang tidak terduga atau penyebaran melalui transmisi yang dapat ditelusuri dari satu tempat ke tempat lain. Contoh pergerakan penyakit termasuk penyebaran penyakit dari orang ke orang yang disebabkan oleh virus pernapasan, seperti influenza dan SARS, atau organisme enterik, seperti *Vibrio cholera*, atau oleh vektor, seperti demam berdarah. Dalam kasus pandemi influenza A, terjadi penularan yang meluas di kedua belahan bumi antara bulan April dan September 2009, yaitu pada awal musim influenza di belahan bumi selatan yang beriklim sedang, namun di luar musim di belahan bumi utara Kebaruan - Istilah pandemi paling sering digunakan untuk menggambarkan penyakit yang baru, atau setidaknya terkait dengan varian baru dari organisme yang sudah ada-misalnya, pergeseran antigenik yang terjadi pada virus influenza, kemunculan HIV/AIDS saat pertama kali dikenali pada

awal tahun 1980-an, dan epidemi penyakit bersejarah, seperti wabah. Namun, kebaruan adalah konsep yang relatif.

Telah terjadi 7 pandemi kolera selama 200 tahun terakhir, yang mungkin semuanya disebabkan oleh varian organisme yang sama. Tingkat keparahan - Istilah pandemi telah diterapkan pada penyakit-penyakit yang parah atau fatal jauh lebih umum daripada yang diterapkan pada penyakit-penyakit ringan. «Pandemi global dengan angka kematian dan kesakitan yang tinggi terjadi ketika muncul jenis virus baru yang ganas, di mana populasi manusia tidak memiliki kekebalan». Tingkat keparahan diperkirakan dengan rasio kematian kasus. «Berbeda dengan Ebola, sebagian besar kasus meninggal dalam waktu 10 hari setelah infeksi awal, dengan tingkat kematian sebesar 50-90%». Wabah H7N9 telah menyebabkan lebih dari 600 infeksi pada manusia, dengan kematian hampir 30%. Tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif - Pandemi ditandai dengan tingkat serangan yang tinggi dan penyebaran yang eksplosif. Contohnya adalah influenza H1N1 atau Ebola. Namun, jika penularannya tidak eksplosif, meskipun tersebar luas, hal ini tidak diklasifikasikan sebagai pandemi.

Sebagai contoh, virus West Nile menyebar ke Timur Tengah dan Rusia, serta Belahan Bumi Barat pada tahun 1999, tetapi penularannya lambat dan tingkat serangannya rendah, sehingga tidak diklasifikasikan sebagai pandemi. Penyakit dengan tingkat penularan yang rendah atau tingkat gejala penyakit yang rendah jarang diklasifikasikan sebagai pandemi, bahkan ketika penyakit tersebut menyebar secara luas. Namun, penyakit dengan tingkat keparahan rendah atau sedang, seperti Konjungtivitis Hemoragik Akut pada tahun 1981, dan kekambuhan global siklik kudis juga telah disebut pandemi ketika mereka menunjukkan ledakan atau penyebaran geografis yang meluas dan berulang. Kekebalan populasi yang minimal - Meskipun pandemi sering kali digambarkan pada populasi yang sebagian kebal, jelas bahwa dalam membatasi infeksi dan penularan mikroba, kekebalan populasi dapat menjadi kekuatan anti-pandemi yang kuat. Pandemi ditandai dengan kekebalan populasi. Jadi, sangat mudah bagi sebagian besar populasi untuk terinfeksi. Sebagai contoh, karena H7N9 merupakan varian baru dari virus influenza, populasi tidak memiliki kekebalan, sehingga terdapat banyak kasus di seluruh dunia dalam waktu singkat. Menular dan menular - Istilah pandemi lebih jarang digunakan untuk menggambarkan penyakit yang mungkin tidak menular, seperti obesitas, atau perilaku berisiko, seperti merokok, yang secara geografis luas dan mungkin meningkat dalam insiden global tetapi tidak menular. Penyakit pandemi bersifat menular, sehingga dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain. Penularan ini dapat terjadi secara langsung atau tidak langsung. Sebagai contoh, virus SARS ditularkan dari orang ke orang oleh orang-orang yang berada dalam jarak dekat, sementara H7N9 sering menyebar melalui kontak dengan unggas yang masih hidup. Signifikansi bagi kesehatan manusia dari jenis flu burung ini terletak pada potensinya untuk bermutasi menjadi bentuk yang mampu menular dari orang ke orang.

Menurut sebuah survei yang dilakukan di antara penyedia layanan kesehatan primer, prioritas sistem kesehatan berikut ini muncul selama pandemi COVID 19. Layanan kesehatan primer yang lebih baik dan lebih mudah diakses menghasilkan tingkat rawat inap dan penggunaan unit gawat darurat yang lebih rendah. Dengan menyediakan titik kontak utama bagi pasien dan terutama bagi mereka yang memiliki kebutuhan perawatan yang kompleks, layanan kesehatan primer dapat membuat sistem kesehatan menjadi lebih efektif, efisien, dan merata di seluruh negara OECD, misalnya negara-negara di seluruh OECD telah merespons pandemi dengan cepat dan menyeluruh.

Dapat dimengerti bahwa respons kebijakan pertama-tama berfokus pada dua tujuan utama: pertama, menghindari penyebaran virus lebih lanjut; kedua, meningkatkan kapasitas rumah sakit. Namun, dampak dari krisis ini jauh melampaui dampak dari

penyakit menular seperti itu: krisis ini sangat berdampak pada kehidupan masyarakat secara fisik, psikologis, ekonomi, dan sosial, serta mengganggu sistem perawatan kesehatan. Layanan kesehatan primer yang kuat sangat penting karena sistem kesehatan berusaha mengatasi lonjakan permintaan pasien yang sakit parah dengan penyakit baru yang sangat menular, sambil mempertahankan perawatan untuk pasien kronis dalam keadaan sulit dan menangani efek tidak langsung seperti yang dijelaskan di atas. Selama pandemi, layanan kesehatan primer memiliki peran untuk dimainkan melalui triase pasien di layanan kesehatan primer dengan menggunakan hubungan yang sudah ada antara dokter keluarga dan pasien mereka, mengidentifikasi pasien yang berisiko, menghubungi dan mendukung mereka. Layanan kesehatan primer juga dapat menangani sebagian besar pasien dengan gejala COVID 19 ringan, melindungi rumah sakit dari kepadatan pasien. Untuk pasien dengan kondisi kronis, layanan kesehatan primer berada di posisi yang tepat untuk memastikan kesinambungan perawatan dan mendukung inisiatif atau menyesuaikan rutinitas harian untuk meminimalkan risiko infeksi COVID 19. Mendukung koordinasi perawatan antara layanan kesehatan primer dan sekunder juga sangat penting pada saat keadaan darurat kesehatan. Hal ini juga diperlukan karena penuaan populasi dan meningkatnya beban kondisi kronis, yang membutuhkan investasi yang lebih kuat dalam pencegahan dan layanan kesehatan primer dan komunitas yang lebih kuat.

- a. Layanan kesehatan primer yang kuat membantu mengurangi tekanan pada seluruh sistem kesehatan. Layanan kesehatan primer yang kuat membantu mengatasi lonjakan permintaan sekaligus menjaga kesinambungan layanan
- b. Supporting advanced care planning and frailty assessment of patients;
- c. Mendukung kerja sama antara layanan kesehatan primer dan layanan kesehatan lainnya dengan melibatkan masyarakat.

Mendukung mereka yang menghadapi kemunduran kondisi kesehatan akibat dampak langsung dan tidak langsung dari krisis COVID 19 serta memberikan dukungan psikologis dan sosial setelah fase akut krisis. Kondisi kesehatan dapat memburuk setelah fase akut pandemi COVID 19 karena terganggunya perawatan, kurangnya diagnosis masalah kesehatan yang berpotensi mendesak, isolasi yang berkepanjangan, dan peningkatan faktor risiko kesehatan. Layanan kesehatan primer yang kuat adalah yang terbaik untuk mengatasi lonjakan kebutuhan perawatan ini.

2.4 Hakekat Etika

Istilah etika dan moralitas sering dianggap sebagai sinonim. Terkadang mereka Namun, kadang-kadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan yang kompleks, nilai-nilai dan norma-norma yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan orang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika adalah lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum dan norma-norma daripada penilaian dan nilai subjektif atau pribadi, subyektif atau penilaian dan nilai-nilai pribadi.

Secara etimologis, kata etika berasal dari bahasa Yunani kuno *ethos*. Kata ini pada awalnya merujuk pada tempat tinggal, lokasi, tetapi juga kebiasaan, adat, konvensi. Cicero-lah yang menerjemahkan istilah Yunani tersebut ke dalam bahasa Latin dengan *mores*, dari mana konsep moralitas modern berasal. Filsuf Jerman Immanuel Kant mengkaraktirisasi etika sebagai berurusan dengan pertanyaan “Apa yang harus saya lakukan?”. Ada beberapa aliran pemikiran tentang etika dan kami akan memperkenalkannya di sini tanpa urutan tertentu. Istilah etika dan «moralitas» sering dianggap sebagai sinonim. Namun, terkadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan yang kompleks, nilai-nilai dan norma-norma yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan

orang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika adalah lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum dan norma-norma daripada penilaian dan nilai subjektif atau pribadi.

Ada beberapa aliran pemikiran tentang etika dan kami akan memperkenalkannya di sini tanpa urutan tertentu. Istilah etika dan moralitas sering dianggap sebagai sinonim. Namun, terkadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan, nilai, dan norma yang kompleks yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan seseorang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum dan norma-norma daripada penilaian dan nilai-nilai subjektif atau pribadi.

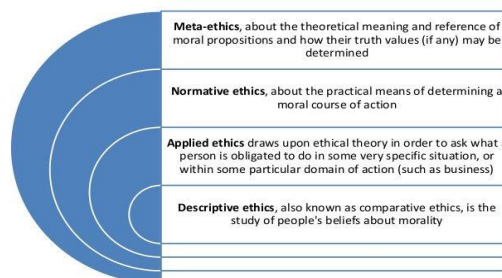
Kebanyakan orang, ketika berpikir tentang etika, berpikir tentang etika normatif seperti yang dijelaskan di bawah ini. Seperti halnya etnologi, psikologi moral, atau ekonomi eksperimental, etika deskriptif berhubungan dengan deskripsi dan penjelasan sistem normatif. Sebagai contoh, hasil-hasil eksperimen menunjukkan ciri-ciri tertentu dari intuisi moral seseorang: penelitian yang menggunakan «permainan ultimatum» menunjukkan bahwa banyak orang memiliki intuisi tertentu tentang keadilan dan bersedia mengorbankan keuntungan demi intuisi tersebut. Wawasan empiris ini membentuk dasar dari etika deskriptif yang pada gilirannya memberikan masukan penting bagi etika normatif. Evaluasi normatif atas tindakan tidak mungkin dilakukan tanpa elemen deskriptif dari wawasan empiris. Dalam beberapa tahun terakhir, «etika eksperimental» bahkan telah dibentuk sebagai sub-disiplin tersendiri. Untuk sisa buku ini, kami menggunakan istilah 'etika' untuk merujuk pada 'etika normatif'.

Etika dapat didefinisikan sebagai analisis tindakan manusia dari sudut pandang «baik» dan jahat, atau benar secara moral dan salah secara moral. Jika etika mengkategorikan tindakan dan norma sebagai benar atau salah secara moral, maka kita berbicara tentang etika normatif atau preskriptif. Contoh dari sebuah norma adalah bahwa tindakan mencuri secara moral adalah salah. Perbedaan yang paling penting yang biasanya dibuat di sini adalah antara dua jenis teori: etika deontologis dan etika konsekuensialis.

Etika deontologis dicirikan oleh fakta bahwa etika ini mengevaluasi kebenaran etis suatu tindakan berdasarkan karakteristik yang mempengaruhi tindakan itu sendiri. Ciri-ciri tersebut, misalnya, dapat berupa niat dari suatu tindakan atau kesesuaiannya dengan prinsip formal tertentu. Kant bertanggung jawab untuk mengembangkan salah satu etika deontologi yang paling sering dikutip. Dia berpendapat bahwa suatu tindakan hanya wajib jika memenuhi «keharusan kategoris». Ada banyak rumusan yang berbeda tentang keharusan kategoris, yang paling baik dipahami sebagai cara untuk menentukan jenis perilaku yang diizinkan secara etis. Versi yang paling sering dikutip menyatakan, Bertindaklah sesuai dengan pepatah yang dapat Anda lakukan pada saat yang sama sebagai hukum universal tanpa kontradiksi.

Tabel 2.4 Klasifikasi Teori Etika

CLASSIFICATION OF ETHICS



Konsep etika kebajikan terutama berasal dari filsuf Yunani Plato yang mengembangkan konsep kebajikan utama, dan Aristoteles, yang mengembangkan katalog menjadi sebelas kebajikan moral dan bahkan menambahkan kebajikan intelektual. Jika etika dapat dianggap sebagai teori moralitas, maka meta-etika adalah teori etika. Meta-etika berkaitan, khususnya, dengan masalah eksistensi, makna, dan pengetahuan. Etika normatif dan meta-etika biasanya dibedakan dari etika terapan.

Etika terapan mengacu pada bidang yang lebih konkret di mana penilaian etis dibuat, misalnya di bidang kedokteran, bioteknologi atau bisnis. Sebaliknya, arahnya bisa dua arah, dengan kondisi khusus dari suatu area yang dipertanyakan berkaitan dengan pertanyaan umum tentang etika.

2.4.1 Teori Etika

Teori etika dapat dibagi menjadi dua kelompok berikut: teleologis dan deontologis. Menurut Filsuf Gordon Graham, mengemukakan ada 8 teori etika: etika agama, konsekuensialisme, hedonisme, Kantianisme, naturalisme, utilitarianisme, egoisme, dan eksistensialisme & kontraktualisme. Ke-8 teori ini berada di bawah 3 sistem etika normatif utama yang membantu orang menjawab pertanyaan seperti, «Apa yang membuat suatu tindakan benar atau salah?» dan beberapa sudut pandang tertentu yang didasarkan pada mereka. Sebagian besar, mereka jatuh ke dalam dua kelompok besar, etika teleologis dan deontologis.

Teori deontologi menyatakan bahwa ketika kita harus membuat keputusan etis, pikiran pertama kita adalah tugas dan kewajiban kita. Menurut teori ini, apa yang kita yakini sebagai tugas kita akan mendorong bagaimana kita bertindak dalam situasi yang berbeda. Misalnya, kita dapat mengambil keputusan berdasarkan hukum atau berdasarkan kesetiaan kita terhadap teman atau anggota keluarga. Lubang terbesar dalam teori deontologi adalah bahwa tidak ada standar untuk apa tugas dan kewajiban seseorang. Filsuf yang tidak setuju dengan teori ini percaya bahwa tugas setiap orang berbeda, jadi tidak ada cara untuk mengetahui apa yang mendorong seseorang untuk membuat keputusan tertentu. Deontologi berfokus pada konsekuensi dari tindakan Anda dan percaya bahwa ketika dihadapkan pada pilihan hidup, Anda harus beroperasi sesuai dengan tanggung jawab dan kewajiban. Seorang deontologis percaya bahwa moralitas adalah tanggung jawab bagi setiap orang dan juga kewajiban.

Utilitarianisme adalah teori moral yang menerapkan pilihan yang adil dalam upaya untuk memastikan kerugian paling sedikit terjadi pada semua pihak yang terlibat. Pendekatan utilitarianisme mengharuskan seseorang memutuskan tindakan apa yang perlu dilakukan dan mengevaluasi hasil dari setiap tindakan. Dengan berfokus pada hasil dari setiap tindakan, utilitarianisme menuntut seseorang memutuskan tindakan apa yang didasarkan pada manfaat atau kerugian dari tindakan tersebut tanpa memperhatikan biaya dari tindakan tersebut. Menurut teori utilitarianisme, orang memilih tindakan mereka berdasarkan bagaimana keputusan mereka akan bermanfaat bagi kebanyakan orang. Individu membuat keputusan yang terbaik untuk semua orang yang terlibat. Ada dua sisi dari teori ini.

Teori etika hak mengatakan bahwa orang membuat keputusan berdasarkan hak yang disetujui masyarakat mereka. Apa yang dianggap penting oleh mayoritas orang dalam masyarakat itu akan mendorong keputusan. Misalnya, hak-hak yang individu dimiliki dalam konstitusi, dan ini harus menjadi faktor dalam pengambilan keputusan menurut teori ini. Hak-hak individu, seperti kebebasan berbicara dan kebebasan beragama,

seharusnya membantu setiap orang memutuskan bagaimana berperilaku. Orang yang tidak setuju dengan teori ini percaya bahwa hak-hak masyarakat terlalu rumit untuk dipecahkan.

Teori etika kebajikan menyatakan bahwa kita dapat menilai keputusan seseorang berdasarkan karakter dan moralitasnya. Cara seseorang menjalani hidupnya dapat menjelaskan setiap keputusan etis menurut teori ini. Misalnya, seseorang yang berbohong dan menipu untuk maju dalam hidup mungkin membuat keputusan berdasarkan memajukan kepentingannya sendiri sesuai dengan teori kebajikan. Lubang terbesar dalam teori ini adalah bahwa orang dapat mengubah karakter moral mereka, dan teori tersebut tidak memperhitungkan perubahan moralitas. Teori kebajikan menempatkan orang dalam kotak berdasarkan reputasi mereka pada satu titik waktu.

Relativism Adalah teori yang menganggap kewajiban dan keyakinan moral individu didasarkan pada lingkungan individu. Misalnya, dalam budaya tertentu kanibalisme dianggap tabu, sedangkan dalam budaya lain tindakan memakan daging manusia lain diterima sebagai pengorbanan atau ritual. Relativisme menentukan moral dan etika menurut masyarakat yang diamati.

Consequential Ethics Keempat teori tersebut di atas termasuk dalam salah satu dari dua kategori. Yang pertama, etika konsekuensial, menyatakan bahwa hasil menentukan keputusan etis. Oleh karena itu, hasil dari suatu situasi membuat keputusan itu OK. Misalnya, adalah etis bagi individu untuk mengatakan «kebohongan putih» jika itu mencapai apa yang individu butuhkan atau inginkan.

Etika nonkonsekuensial adalah sisi lain dari etika konsekuensial. Dikatakan bahwa orang mendasarkan keputusan mereka bukan pada hasil tetapi pada nilai dan keyakinan yang mereka pegang teguh. Dalam etika nonkonsekuensi, seseorang memutuskan suatu situasi berdasarkan pada apa yang dia yakini daripada apa yang mungkin terjadi. Misalnya, individu tidak akan berbohong dalam suatu situasi jika dia percaya bahwa kejujuran itu penting.

Para ilmuwan etika, memahami secara luas, etika menyangkut penciptaan dan evaluasi kebaikan, atau «kebaikan», dengan menjawab pertanyaan umum: Bagaimana kita hidup? Apa yang membuat keputusan tertentu menjadi baik atau benar atau salah? Apakah baik secara etis bagi pemerintah untuk membujuk orang miskin untuk berperang, dan mungkin mati, dalam perang yang menguntungkan orang kaya secara tidak proporsional? Apakah merupakan kebaikan etis bagi masyarakat untuk menyediakan akses ke pendidikan gratis dan berkualitas bagi semua anak? Apakah politisi berkewajiban untuk mengatakan kebenaran kepada konstituennya terlepas dari konsekuensinya? Dengan bergulat dengan pertanyaan manusia kuno tentang apa yang baik, ahli etika mengungkapkan sifat sosial dan politik yang inheren dari fenomena komunikatif — apakah mereka terkait dengan hukum, moral, nilai, dan adat istiadat dan apakah mereka berbeda dari satu wilayah ke wilayah lain atau budaya ke budaya. Dan karena baik komunikasi maupun etika secara diam-diam atau eksplisit melekat dalam semua interaksi manusia, kehidupan sehari-hari penuh dengan pertanyaan etis yang disengaja dan tidak disengaja—mulai dari meraih secangkir kopi hingga berbicara di depan umum. Beberapa cendekiawan berspesialisasi dalam etika komunikasi sebagai subbidang studi komunikasi dengan aplikasi untuk semua aspek bidang tersebut, sementara yang lain bekerja lebih teoretis untuk mencari penyelidikan dan pemahaman filosofis.

Konsep etika komunikasi dapat dijelaskan oleh tiga karakteristik utama: heterogenitas, interkoneksi, dan kesejarahan. Pertama, etika komunikasi ditandai oleh heterogenitas melalui banyaknya masalah etika, konteks disiplin, perspektif teoretis, dan cara penalaran yang dapat dilakukannya. Sebuah pertanyaan tentang penipuan,

misalnya, dapat diperiksa dalam sejumlah konteks komunikasi, dari sejumlah perspektif teoretis atau keprihatinan, menggunakan sejumlah mode penalaran etis dan kombinasi apa pun di dalam dan di antara kategori-kategori ini. Seringkali perspektif dan nilai etika bertemu satu sama lain, dan ahli etika dapat menggunakan berbagai mode pemikiran untuk menimbang prioritas nilai etika terhadap yang lain—pertanyaan tentang pelecehan misalnya, menyangkut nilai kebebasan berbicara yang seimbang dengan kebebasan dari intimidasi dan pelecehan. Tapi heterogenitas tidak boleh disalahartikan sebagai relativisme. Karena pertanyaan etika tertanam baik secara diam-diam maupun eksplisit dalam semua interaksi manusia, sarjana komunikasi melihat baik pertanyaan etika yang terselubung maupun yang terbuka. Sebaliknya, etika diam-diam adalah pola implisit dari institusi interaksi komunikatif yang memiliki implikasi etis. Artinya, etika komunikasi tidak hanya melihat pada lembaga individu dan proses intersubjektif tetapi juga pada norma kelembagaan, pengaturan struktural, dan pola sistematis. Dalam etika komunikasi, pertanyaan etis adalah pertanyaan tidak agensi individu tetapi tentang kebiasaan, norma, dan pola tindakan komunikatif implisit dan eksplisit bersama. Oleh karena itu, etika komunikasi cukup berhati-hati dalam memeriksa konteks terbuka dan tertutup.

Heterogenitas juga muncul melalui banyaknya nilai yang mungkin bertentangan dalam situasi tertentu. Dalam kasus ujaran kebencian, misalnya, nilai kebebasan berbicara berbenturan dengan nilai kebebasan dari intimidasi, pelecehan, dan pelanggaran. Ketika kecerdasan memberi tahu kita satu hal dan menyayangi hal lain, mana yang harus kita percayai? Demikian pula, ketegangan antara kontrol lokal dan negara bagian atau federal juga dapat membentuk nilai atau cara penalaran apa yang diutamakan. Ahli etika komunikasi harus menghadapi keanekaragaman yang hampir tak ada habisnya ini dalam menyelidikannya tentang pertanyaan tentang kebaikan. Kedua, interkonektivitas. Karena etika komunikasi adalah subbidang imanen yang, seperti segudang proses komunikasi itu sendiri, tidak dapat dipisahkan dari manifestasi yang sangat saling berhubungan dari semua interaksi manusia, interaksi komunikatif kita pasti terjalin. Saling ketergantungan bermanifestasi dalam pengakuan bahwa manusia adalah makhluk yang tertanam secara sosial dan oleh karena itu tidak ada diri yang benar-benar terlepas dari kondisi sosial dari mana diri itu muncul. Tapi bukan hanya diri yang mungkin atau mungkin tidak secara sadar memilih tindakan tertentu; ahli etika komunikasi juga melihat bagaimana tindakan memilih orang. Seorang pekerja di industri asuransi kesehatan diberikan insentif untuk menolak klaim kesehatan karena mengetahui tidak hanya bahwa jika dia tidak melakukannya, orang lain akan melakukannya, tetapi jika dia menolak dia akan dipecat dan keluarganya akan kehilangan asuransinya, di mana dia cacat, tergantung anak.

Pertanyaan tentang kebenaran dan kepercayaan telah lama menjadi pusat penyelidikan etika komunikasi. Seperti yang dia catat dalam risalah klasiknya *On Lying*, Sissela Bok berpendapat bahwa hanya sedikit kelompok manusia, organisasi, institusi, atau negara yang dapat berhasil tanpa latar belakang asumsi kebenaran. Membedakan antara kebenaran dan kejujuran, Bok menempatkan beban pada niat aktif seseorang—sengaja menyesatkan orang lain, bagi Bok, berbeda dengan mengucapkan kebohongan tanpa sadar. Perbedaan antara niat sadar dan distorsi yang tidak disengaja ini menjadi pusat studi etika jurnalisme, di mana pertanyaan tentang berita yang dipentaskan, dipalsukan, dan disensor adalah pusatnya. Pertanyaan lain melibatkan peran objektivitas dalam berita, epistemik mungkinannya, dan implikasi etis yang membedakan antara ketidakberpihakan dan objektivitas. Dan beberapa sarjana, seperti Stephen Ward, berpendapat untuk landasan filosofis baru untuk etika jurnalisme. Tetapi masalah integritas tidak hanya penting bagi jurnalisme—mode komunikasi termediasi lainnya juga menimbulkan pertanyaan etis tentang apropriasi, kolonisasi, dan representasi yang

keliru selain jenis interaksi manusia yang ditimbulkan oleh media ini . Jaron Lanier , misalnya, telah banyak menulis tentang pertanyaan etis terkait media sosial, termasuk apa yang dia sebut Hive Mind yang mendorong perilaku massa, kurangnya kemandirian, pemikiran kelompok, dan depersonalisasi. Lanier juga menemukan kesalahan dengan pengasingan informasi media sosial dari pengalaman dan dorongan untuk anonimitas yang menyebabkan pelanggaran, reduksionisme, ketidaktulusan, dan kurangnya kerendahan hati intelektual. Pura-pura, whistleblowing terjadi ketika wacana etis menjadi tidak mungkin, ketika bertindak etis sama saja dengan menjadi kambing hitam. Namun, menurut Alford, narasi umum pelapor sebagai martir kebenaran yang mencari penebusan institusional tidak dimainkan dalam pengalaman hidup pelapor. Padahal, pelapor secara definisi hanya dibentuk oleh proses pembalasan institusional di mana pelapor dihukum dan institusi tersebut terus berjalan. Bahkan undang-undang seharusnya bertujuan untuk melindungi fungsi pelapor hanya pada tingkat prosedur, yang pada gilirannya bekerja untuk memperkuat kekuatan institusional meninggalkan pertanyaan tentang moralitas sebagai urusan pribadi, bukan urusan publik.

Kekuasaan adalah benang merah lain dalam ilmu etika komunikasi yang mengungkapkan sejauh mana politik dan etika saling berhubungan secara mendalam. Kekuasaan di sini dipahami untuk menggambarkan kapasitas untuk memaksakan, memelihara, memperbaiki, dan mengubah cara-cara tertentu dari penataan sosial yang secara eksplisit dan implisit mengkondisikan ide-ide kita tentang kebaikan. Ketika nilai-nilai etis naik ke tingkat kepentingan sosial/budaya, mereka menjadi hukum dan bukan sekadar kebiasaan. Tetapi semua hukum dan pertanyaan tentang keadilan pada dasarnya adalah pertanyaan etis sejauh mereka secara inheren membentuk kontur dari apa yang dianggap baik oleh komunitas mana pun.

Seperti yang dikatakan Reinhold Niebuhr, «Politik akan, sampai akhir sejarah, menjadi area di mana hati nurani dan kekuasaan bertemu, di mana faktor etika dan koersif kehidupan manusia akan saling menembus dan menghasilkan kompromi yang tentatif dan tidak mudah» . Konvensi gender tidak hanya mengatur hampir setiap variasi interaksi manusia yang dapat dibayangkan , pelanggaran norma gender dihukum dengan keras, seringkali dengan kekerasan. Demikian pula, karena setiap biner mencakup hirarki, dalam hal standar gender laki-laki tidak hanya normatif tetapi tidak bertanda seperti itu bahkan ketika mereka berfungsi untuk menetapkan standar apa yang «baik» dalam banyak situasi. Jadi evaluasi kinerja banyak tindakan komunikatif seperti pidato, argumen, debat, menulis, bergiliran, memegang rantai, menyampaikan instruksi, dan sebagainya, mungkin tampak netral gender padahal sebenarnya standar kualitas dan prestasi itu sendiri mungkin tertanam dalam konvensi gender normatif maskulin. Dengan demikian, karena hubungannya dengan ideologi sebagai sarana untuk melegitimasi hubungan sosial yang ada dan perbedaan kekuasaan, status quo, dan akal sehat, normativitas dapat mengerahkan kekuatan yang luar biasa dan seringkali tidak terlihat yang menimbulkan pertanyaan etis yang tak terelakkan. Contoh yang baik dari peran normativitas dalam pertanyaan etis tentang kekuasaan berkaitan dengan pertanyaan tentang bahasa nasional dan dunia. Bahasa memainkan peran penting dalam produksi, pemeliharaan, dan perubahan dalam hubungan kekuasaan. Misalnya, meskipun bagi banyak penutur asli bahasa Inggris, Amerika Serikat tampak sebagai masyarakat monolingistik, kenyataannya justru sebaliknya. Beberapa puluh juta orang Amerika berbicara lebih dari 25 bahasa selain bahasa Inggris dengan 17,5 juta penutur bahasa Spanyol . Implikasi penggunaan eksklusif dan penerimaan publik atas kebijakan dan undang-undang yang hanya berbahasa Inggris melibatkan konstelasi pertanyaan etis mulai dari akses hingga pengakuan .

Demikian pula, ada implikasi politik dan etika yang sangat besar dari apa yang disebut bahasa Inggris dunia di mana ada 1,5 miliar penutur bahasa Inggris di dunia, di mana bahasa Inggris ditetapkan sebagai bahasa resmi dari 62 negara, dan di mana bahasa Inggris berfungsi sebagai bahasa sains yang dominan, akademik penerbitan, dan organisasi internasional .

2.5 Kebijakan Publik dalam Layanan Kesehatan di Masa Pandemi

Ada berbagai penelitian tentang kebijakan publik dan banyak ahli telah mencoba untuk mendefinisikan kebijakan publik dari berbagai sudut pandang. Sebelum menjelaskan arti dari kebijakan publik, mari kita bahas terlebih dahulu beberapa publik, mari kita bahas terlebih dahulu beberapa definisinya. Robert EyeStone mendefinisikan kebijakan publik sebagai "hubungan antara unit pemerintah dengan lingkungannya". Thomas R. Dye menyatakan bahwa "kebijakan publik adalah apa pun yang dipilih oleh pemerintah. Pemerintah memilih untuk melakukan atau tidak melakukan". Richard Rose mengatakan bahwa "kebijakan publik bukanlah sebuah keputusan, melainkan suatu arah atau pola kegiatan. Menurut pendapat Carl J. Friedrich kebijakan publik adalah tindakan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang lingkungan tertentu yang memberikan peluang dan hambatan dimana kebijakan tersebut diusulkan untuk dimanfaatkan dan diatasi dalam upaya mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu tujuan. publik berorientasi pada tujuan. Kebijakan publik dirumuskan dan diimplementasikan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan oleh pemerintah untuk kepentingan masyarakat pada umumnya. Kebijakan-kebijakan ini secara jelas menjabarkan program-program pemerintah. publik adalah hasil dari tindakan kolektif pemerintah. Ini berarti bahwa merupakan pola atau rangkaian kegiatan atau 'para pejabat dan aktor pemerintah dalam arti kolektif daripada diistilahkan sebagai keputusan-keputusan mereka yang terpisah dan terpisah-pisah. publik adalah apa yang sebenarnya diputuskan atau dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan. Ini adalah hubungan unit-unit pemerintah dengan bidang tertentu dari lingkungan politik dalam sistem administrasi tertentu. Hal ini dapat mengambil berbagai bentuk seperti hukum, peraturan, keputusan pengadilan, perintah eksekutif, keputusan, dll.

Permohonan dan sifat dari kebijakan publik akan menjadi lebih jelas dengan menyoroti karakteristik yang berbeda dari kebijakan publik. Kebijakan publik adalah proses yang sangat kompleks: Pembuatan kebijakan melibatkan banyak yang saling berhubungan dengan komunikasi dan umpan balik dan yang berinteraksi dengan berbagai cara. Beberapa bagian dari proses tersebut bersifat eksplisit dan dapat langsung dapat diamati, namun banyak bagian lain yang berjalan melalui jalur-jalur tersembunyi yang tersembunyi yang seringkali hanya disadari oleh para pejabat itu sendiri. Prosedur-prosedur tersembunyi ini sangat sulit. dan seringkali tidak mungkin untuk diamati. Oleh karena itu, guidelines sering dibentuk oleh serangkaian - serangkaian keputusan tunggal yang menghasilkan sebuah 'kebijakan' tanpa diketahui oleh para pengambil keputusan pengambil keputusan menyadari proses tersebut. Adalah sebuah proses yang dinamis: Pembuatan kebijakan adalah sebuah proses, yaitu suatu kegiatan yang berkelanjutan yang terjadi dalam suatu struktur; untuk keberlanjutan, dibutuhkan masukan yang terus menerus dari sumber daya dan motivasi yang berkelanjutan. Ini adalah proses yang dinamis, yang berubah seiring berjalannya waktu. Urutan-urutan dari lainnya. Sub-proses dan fase-fasenya bervariasi secara internal dan sehubungan dengan masing-masing. Kebijakan terdiri dari berbagai komponen: Kompleksitas kebijakan publik merupakan karakteristik penting dalam pembuatan kebijakan. Kebijakan publik perumusan kebijakan publik melibatkan berbagai macam substruktur. Identitas dari substruktur dan

tingkat keterlibatan mereka dalam pembuatan kebijakan, karena adanya perbedaan isu, situasi dan nilai-nilai masyarakat.

Kebijakan memberikan kontribusi yang berbeda: Karakteristik ini menunjukkan bahwa setiap substruktur memberikan kontribusi yang berbeda, dan terkadang unik, publik. Kontribusi seperti apa yang diberikan oleh substruktur, sebagian tergantung pada karakteristik formal dan formal dan informal yang berbeda dari satu masyarakat ke masyarakat lainnya. Pengambilan Keputusan: Pembuatan kebijakan adalah salah satu jenis pengambilan keputusan karena memungkinkan kita menggunakan model-model pengambilan keputusan untuk menangani pembuatan kebijakan. Pedoman utama : Kebijakan publik, dalam banyak kasus, menetapkan arahan umum, bukannya instruksi rinci, tentang jalur-jalur utama tindakan yang harus yang harus diikuti. Setelah garis-garis besar tindakan utama diputuskan, sub-kebijakan yang lebih rinci yang menerjemahkan teori umum ke dalam istilah-istilah yang lebih konkret biasanya diperlukan untuk melaksanakannya itu. tindakan: Pengambilan keputusan dapat menghasilkan tindakan. dalam perubahan dalam pengambilan keputusan itu sendiri, atau keduanya atau tidak keduanya. Kebijakan-kebijakan yang paling signifikan secara sosial pengambilan keputusan yang paling signifikan secara sosial, seperti sebagian besar pembuatan kebijakan publik dimaksudkan untuk menghasilkan tindakan. Juga kebijakan-kebijakan yang ditujukan kepada aparat pembuat kebijakan itu sendiri seperti dorongan efisiensi dalam pemerintahan yang berorientasi pada tindakan. Pada masa depan: Pembuatan kebijakan diarahkan pada masa depan. Ini adalah salah satu karakteristik yang paling penting karena memperkenalkan elemen yang selalu ada ketidakpastian dan prediksi yang meragukan yang membentuk nada dasar dari hampir semua pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan yang sebenarnya cenderung merumuskan kebijakan secara samar-samar dan elastis; karena karena masa depan sangat tidak pasti.

Hal ini memungkinkan para pembuat kebijakan untuk menyesuaikan kebijakan mereka sesuai dengan fakta-fakta yang muncul dan memungkinkan mereka untuk berjaga-jaga terhadap keadaan yang tidak terduga. Dirumuskan oleh badan-badan pemerintah : Kebijakan publik juga diarahkan. sebagian, pada orang-orang swasta dan struktur non-pemerintah, seperti 'ketika mereka membutuhkan hukum melarang suatu jenis perilaku tertentu atau menghimbau warga negara untuk terlibat dalam pribadi untuk melakukan penghematan. public bersifat kapitalisasi di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintah. Sifat kapitalisasi ini, menurut Sahni sama dengan prinsip subsidiaritas dalam administrasi publik yang menyatakan bahwa, untuk mempromosikan pemerintah yang tanggap terhadap kebutuhan dan aspirasi semua orang, otoritas pusat harus melakukan hanya tugas-tugas yang tidak dapat dilakukan secara efektif di tingkat yang lebih menengah atau lokal. han yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

2.6 Diskresi dalam Kebijakan Publik

Diskresi, yaitu kemampuan untuk memutuskan bagaimana kebijakan akan diimplementasikan, merupakan komponen kunci dari kekuasaan birokrasi. Karena lembaga-lembaga memiliki banyak keleluasaan , studi mengenai efektivitas kebijakan perlu mengkaji apa yang dapat terjadi ketika pilihan-pilihan implementasi yang berbeda dibuat. Untuk memahami output dan outcome dari kegiatan implementasi lembaga, kita perlu mengetahui apa yang terjadi ketika kebijakan diimplementasikan dengan penuh semangat dan juga ketika kebijakan diabaikan.

Pertama, peraturan perintah dan kontrol hanya akan berhasil jika penegakan hukumnya memadai. Sebagai contoh, batas kecepatan di jalan raya akan lebih efektif jika ada polisi yang menegakkannya. Kedua, kebijakan informasi akan berhasil jika

masyarakat memperhatikannya, yang seringkali mengharuskan pemerintah untuk secara aktif mendistribusikan dan, jika perlu, memperbarui informasi. Kebijakan konvensional adalah bahwa jika suatu menggunakan kebijaksanaannya dan memutuskan untuk menerapkan dan menegakkan peraturan dengan benar, maka akan lebih berhasil.

Masalah yang tersisa, tentu saja, adalah mencari tahu apa yang terjadi pada kebijakan peraturan jika lembaga pelaksana memutuskan untuk mengabaikannya atau kebijakan diadopsi tanpa memberikan kekuasaan penegakan hukum kepada birokrasi. Berlawanan dengan kebijaksanaan konvensional, pilihan suatu lembaga untuk tidak melaksanakan suatu kebijakan tidak secara otomatis berarti bahwa kebijakan tersebut akan gagal.

Penelitian lain berfokus pada model fasilitatif untuk menjelaskan perilaku. Gray dan Scholz dan Scholz dan Gray menemukan bahwa pemaksaan oleh Administrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja hanya dapat menjelaskan sebagian dari penurunan tingkat kecelakaan pekerja. Gray dan Scholz menunjukkan bahwa reaksi manajemen terhadap inspeksi OSHA, daripada inspeksi dan hukuman itu sendiri, yang menjelaskan peningkatan dalam keselamatan pekerja. Scholz dan Gray menunjukkan bahwa inspeksi yang diprakarsai oleh pekerja daripada OSHA memiliki dampak positif yang lebih besar, yang menunjukkan bahwa ketika OSHA menggunakan kebijaksanaannya untuk bertindak sebagai fasilitator kerja sama dan bukan sebagai lembaga pemaksa, hasil yang lebih baik dapat dicapai.

Berdasarkan kerangka kerja dan hasil dari analisis empiris, saya menemukan bahwa, bertentangan dengan ekspektasi «tradisional» kebutuhan akan hubungan antara paksaan dan efektivitas peraturan, undang-undang udara dalam ruangan yang bersih dapat efektif dalam mengurangi merokok meskipun kurangnya penegakan hukum. Lembaga penegak hukum negara bagian dan lokal telah memutuskan untuk mengabaikan pelaksanaan undang-undang ini.

Hal ini tidak berarti bahwa birokrasi publik tidak relevan dengan bidang kebijakan ini. Sebaliknya, badan-badan kesehatan masyarakat dan penegak hukum dapat memainkan peran penting sebagai pemberi sinyal dan fasilitator kerja sama. Scholz dan Gray serta Licari dan Meier menemukan bahwa fasilitasi dan pemberian sinyal dapat menjadi penting dalam menjelaskan efektivitas kegiatan lembaga. Karena hukuman yang tegas di bawah hukum dan tingkat penegakan hukum yang tinggi tidak ada, indikator «tradisional» keberhasilan kebijakan komando dan kontrol ini tidak dapat menjelaskan mengapa undang-undang tentang udara dalam ruangan yang bersih mampu mengurangi tingkat merokok. Dengan demikian, esai ini merupakan perluasan penting dari pekerjaan yang telah dilakukan pada heuristik sinyal dan tugas dan rasa takut. Saya fokus pada elemen regulasi sosial. Regulasi sosial secara umum sering kali tidak diterima dengan baik oleh masyarakat. Selain itu, peraturan merokok ditargetkan pada sebagian yang sangat resisten, jika hanya karena sifat adiktif dari rokok.

2.7 Deviasi Etika dalam Problematika Sumpah Hippokrates

Sumpah Hippokrates adalah sumpah yang secara tradisional dilakukan oleh para dokter tentang etika yang harus mereka lakukan dalam melakukan praktik profesinya. Sebagian besar orang menganggap bahwa sumpah ini ditulis sendiri Hippocrates pada ke-5 M sebelum masehi atau oleh salah seorang muridnya. Seorang peneliti, Ludwig Edelstein mengajukan pendapat lain bahwa sumpah tersebut ditulis oleh Pythagoras.

Seiring berjalannya waktu, beberapa bagian dari sumpah tersebut telah dihilangkan atau diubah. Setiap negara, sekolah, atau organisasi memiliki variasi yang berbeda terkait sumpah ini. Banyak sekolah juga menciptakan versi sumpah mereka sendiri, dan

sebagian besar tidak menggunakan versi asli yang mengagung-agungkan dewa, memberikan pelajaran hanya kepada laki-laki, melarang dokter umum untuk melakukan operasi, aborsi, euthanasia, atau mengubah resep obat. Hal-hal ini tidak tercantum dalam versi asli sumpah dan dikembangkan dalam versi modern yang lebih relevan, termasuk hal-hal seperti asuransi, surat wasiat, dan penggunaan pil kontrasepsi yang mendekati praktik aborsi.

Tujuan utama pada pelaksanaan profesi kedokteran adalah untuk mengatasi penderitaan dan memulihkan kesehatan orang yang sakit. Ada orang sakit dan dalam masyarakat yang sederhana sekalipun ada orang yang dianggap mampu menyembuhkan penyakit dan obat diharapkan dapat menolong yang sakit dengan cara apapun. Pada dasarnya, apa yang sekarang dinamakan hubungan dokter pasien dapat ditelusuri balik asal usulnya pada hubungan pengobatan seperti dalam masyarakat sederhana itu, tentu ditambah dengan kerumitan-kerumitan yang dibawa oleh perkembangan sosial, ekonomi, hubungan antar manusia, ilmu kedokteran, teknologi, etika, hukum, bisnis dan lain-lain di zaman modern ini. Hal yang paling mendalam dari hubungan dokter-pasien adalah rasa saling percaya. Pasien sebagai pihak yang memerlukan pertolongan percaya bahwa dokter dapat menyembuhkan penyakitnya. Sementara itu, dokter juga percaya bahwa pasien telah memberikan keterangan yang benar mengenai penyakitnya dan ia akan mematuhi semua petunjuk dokter.

Pentingnya pelaksanaan profesi kedokteran adalah untuk mengatasi penderitaan dan memulihkan kesehatan individu yang sakit. Dalam masyarakat, terdapat peran yang dianggap mampu menyembuhkan penyakit, seperti dukun, penyembuh, atau dokter, dan obat diharapkan dapat membantu individu yang sakit dengan berbagai cara. Hubungan antara dokter dan pasien yang sekarang dikenal sebagai hubungan dokter-pasien dapat ditelusuri kembali pada hubungan pengobatan dalam masyarakat yang sederhana. Namun, hubungan ini menjadi lebih kompleks dengan perkembangan sosial, ekonomi, hubungan antar manusia, ilmu kedokteran, teknologi, etika, hukum, bisnis, dan faktor lainnya di zaman modern ini. Salah satu aspek yang paling fundamental dari hubungan dokter-pasien adalah kepercayaan saling. Pasien yang membutuhkan bantuan mempercayai bahwa dokter dapat menyembuhkan penyakitnya. Di sisi lain, dokter juga mempercayai bahwa pasien memberikan informasi yang benar tentang penyakitnya dan akan mematuhi petunjuk yang diberikan oleh dokter.

Akar tradisi ini dapat ditelusuri pada ajaran Hippokrates yang menyatakan bahwa dokter melakukan tindakan yang dianggap baik bagi pasien dan tidak akan menyebabkan kerugian. Secara moral, dokter bertanggung jawab atas tindakannya tersebut. Konsepsi yang agung terhadap ajaran Hippokrates dan nilai-nilai etis dalam sumpah dokter yang juga berasal darinya membuat tidak ada yang berani atau dianggap berhak dan mampu mencampuri dan mengatur pekerjaan dokter.

Asas-etika tradisional yang paling mendasar dan masih berlaku hingga saat ini adalah asas beneficence, di mana dokter bertujuan untuk melakukan kebaikan atau kebajikan terhadap pasien, dan asas non-maleficence, yaitu dokter tidak akan menyebabkan kerugian pada pasien. Beberapa asas-etika lainnya adalah «turunan» atau terkait dengan salah satu asas atau prinsip moral dasar. Namun, «dokter juga manusia» yang tidak luput dari kelemahan dan godaan. Dari pengalaman, diketahui bahwa terdapat banyak kasus pelanggaran moral dan etika dalam hubungan dokter-pasien tersebut. Etika kedokteran mengartikan prinsip-prinsip etika menjadi ketentuan pragmatis yang berisi hal-hal yang diperbolehkan dan yang harus dihindari. Aturan etika ini disusun oleh asosiasi atau perkumpulan profesi sebagai panduan perilaku bagi anggota profesi tersebut, dan umumnya disebut sebagai kode etik. Istilah kode berasal dari kata Latin «codex», yang merujuk pada buku atau sesuatu yang tertulis, atau kumpulan prinsip atau

aturan. Dalam pengertian ini, Kode Etik Kedokteran dapat diartikan sebagai kumpulan tertulis mengenai peraturan-peraturan etika yang memuat petunjuk dan larangan sebagai panduan pragmatis bagi dokter dalam menjalankan profesinya. Dengan kata lain, Kode Etik Kedokteran dapat disebut sebagai buku yang memuat aturan-aturan etika bagi dokter. Dasar-dasar bioetika adalah etika tradisional, di mana asas-etika tradisional tersebut meliputi asas beneficence dan non-maleficence. Etika terdiri dari dua jenis, yaitu etika umum dan etika khusus. Etika umum membahas kondisi dasar tentang bagaimana manusia bertindak dalam mengambil keputusan etis. Penilaiannya didasarkan pada prinsip moral, yaitu baik dan buruk. Sementara itu, etika khusus merupakan penerapan prinsip-prinsip dasar dalam bidang khusus atau dikenal sebagai etika terapan, seperti etika kedokteran, etika kefarmasian, etika keperawatan, dan lain-lain. Seseorang dianggap bahagia jika ia memiliki seluruh tatanan moral. Tatanan moral ini dapat dijelaskan sebagai berikut: pertama, logika, yang didasarkan pada pikiran dengan tujuan kebenaran, nilai benar-salah, dan hasilnya ilmu pengetahuan. Manusia terdiri dari jiwa dan tubuh. Secara filsafat, jiwa terdiri dari akal, perasaan, dan kehendak. Ini adalah yang membedakan manusia dari makhluk hidup lainnya. Akal berusaha mencapai kebenaran yang paling dalam, dan dari sinilah akal manusia terus berkembang dalam ilmu pengetahuan dan teknologi. Kedua, etika, yang didasarkan pada kehendak dengan tujuan kebaikan, nilai baik-buruk, dan hasilnya keserasian. Unsur «kehendak» selalu mencapai kebaikan dalam tata kehidupan. Ketiga, etiket, yang didasarkan pada kehormatan, dengan nilai sopan-tidak sopan, dan hasilnya tata krama.

Pada masa pandemi gaya kepemimpinan yang sesuai digunakan adalah teori kepemimpinan kontingensi. Teori kontingensi menganggap bahwa kepemimpinan adalah suatu proses di mana kemampuan seorang pemimpin untuk melakukan pengaruhnya tergantung dengan situasi tugas kelompok dan tingkat-tingkat daripada gaya kepemimpinannya, kepribadiannya dan pendekatannya yang sesuai dengan kelompoknya. Model kontingency dari kepemimpinan yang efektif dikembangkan oleh Fiedler. Menurut model ini, maka the performance of the group is contingent upon both the motivational system of the leader and the degree to which the leader has control and influence in a particular situation, the situational favorableness. Teori atau model kontingensi sering disebut teori situasional karena teori ini mengemukakan kepemimpinan yang tergantung pada situasi. Kepemimpinan tidak akan terjadi dalam satu kevakuman sosial atau lingkungan. Para pemimpin mencoba melakukan pengaruhnya kepada anggota kelompok dalam kaitannya dengan situasi-situasi yang spesifik.

Karena situasi dapat sangat bervariasi sepanjang dimensi yang berbeda, oleh karenanya hanya masuk akal untuk memperkirakan bahwa tidak ada satu gaya atau pendekatan kepemimpinan yang akan selalu terbaik. Namun, sebagaimana telah kita pahami bahwa strategi yang paling efektif mungkin akan bervariasi dari satu situasi ke situasi lainnya. Penerimaan kenyataan dasar ini melandasi teori tentang efektifitas pemimpin yang dikembangkan oleh Fiedler, yang menerangkan teorinya sebagai Contingency Approach. Asumsi sentral teori ini adalah bahwa kontribusi seorang pemimpin kepada kesuksesan kinerja oleh kelompoknya adalah ditentukan oleh kedua hal yakni karakteristik pemimpin dan oleh berbagai variasi kondisi dan situasi. Untuk dapat memahami secara lengkap efektifitas pemimpin, kedua hal tersebut harus dipertimbangkan.

Teori kontingensi melihat pada aspek situasi dari kepemimpinan. Fiedler mengatakan bahwa ada 2 tipe variabel kepemimpinan: Leader Orientation dan Situation Favorability. Leader Orientation merupakan pilihan yang dilakukan pemimpin pada suatu organisasi berorientasi pada hubungan antar individu atau berorientasi pada tugas.

Leader Orientation diketahui dari Skala semantic differential dari rekan yang paling tidak disenangi dalam organisasi. LPC tinggi jika pemimpin tidak menyenangi rekan kerja, sedangkan LPC yang rendah menunjukkan pemimpin yang siap menerima rekan kerja untuk bekerja sama. Skor LPC yang tinggi menunjukkan bahwa pemimpin berorientasi pada relationship, sebaliknya skor LPC yang rendah menunjukkan bahwa pemimpin berorientasi pada tugas. Fiedler memprediksi bahwa para pemimpin dengan Low LPC yakni mereka yang mengutamakan orientasi pada tugas, akan lebih efektif dibanding para pemimpin yang High LPC, yakni mereka yang mengutamakan orientasi kepada orang atau hubungan baik dengan orang apabila kontrol situasinya sangat rendah ataupun sangat tinggi. Sebaliknya para pemimpin dengan High LPC akan lebih efektif dibanding pemimpin dengan Low LPC apabila kontrol situasinya moderat. Hubungan antara LPC pemimpin dan efektivitas tergantung pada sebuah variabel situasional yang rumit disebut keuntungan situasional atau situational favorability atau kendali situasi.

Fiedler mendefinisikan kesukaan sebagai batasan dimana situasi memberikan kendali kepada seorang pemimpin atas para bawahan. Situation favorability adalah tolak ukur sejauh mana pemimpin tersebut dapat mengendalikan suatu situasi, yang ditentukan oleh 3 variabel situasi. Tiga aspek situasi yang dipertimbangkan meliputi: pemimpin-anggota: Adalah batasan di mana pemimpin memiliki dukungan dan kesetiaan dari para bawahan, pemimpin mempengaruhi kelompok dan kondisi di mana ia dapat melakukan begitu.

Menguntungkan Otoritas dan wewenang secara formal dihubungkan dengan posisi pemimpin. Keuntungan ditentukan dengan memberikan bobot ketiga aspek situasi. Prosedur pemberian bobot mengasumsikan bahwa hubungan pemimpin- anggota lebih penting daripada struktur tugas, yang akhirnya struktur tugas adalah lebih penting daripada kekuasaan posisi.

Situasi dan Gaya Kepemimpinan Fiedler menyatakan bahwa dalam situasi sangat menguntungkan dan sangat tidak menguntungkan gaya kepemimpinan yang berorientasi tugas adalah sangat efektif.

Jargon krisis telah menjadi endemik dalam modernitas. Baik dalam versi radikal maupun afirmatif, gagasan bahwa 'krisis' menawarkan 'peluang', sesuai dengan makna krisis sebagai 'keputusan', tersebar luas. Benyamin mempertanyakan hubungan antara modernitas dan krisis, pertama dengan menyoroti bagaimana modernitas itu sendiri telah dilemparkan sebagai 'krisis': pertama sebagai krisis tradisi, kemudian sebagai krisis modernitas itu sendiri. Walter Benjamin, mempertimbangkan 'krisis' sebagai apa yang disebut Benjamin sebagai 'gambar harapan', sebuah gambar yang mengandung cita-cita utopis yang tersembunyi. Dalam menyebut 'krisis', konsep modernitas sebagai kejutan, yang diangkat ke tingkat kolektif, menjadi jelas. Jargon krisis dengan demikian tetap terikat pada apa yang disebut Benjamin sebagai konsepsi mitis tentang sejarah. Benjamin melihat krisis jauh lebih dalam daripada tingkat ekonomi. Hubungan dekat terlempar ke dalam krisis oleh 'kejelasan yang menusuk' yang dilemparkan pada mereka oleh krisis. Sentralitas uang mengganggu hubungan, merusak 'kepercayaan, ketenangan, dan kesehatan'. Itu merusak keramahan. . Demikian pula, 'kehangatan surut' dari objek sehari-hari, yang dengan lembut menolak kemelekatan dan memasang penghalang terhadap orang. Objek terasa seperti simbol kekayaan atau kemiskinan, dan tidak lebih. Pergerakan manusia terhambat dalam keberadaannya oleh dunia keras yang menawarkan perlawanan terhadap perkembangannya. Biaya perumahan dan transportasi menghancurkan perasaan kebebasan berdomisili. Pekerja menjadi bermuka masam dan tidak bersahabat, sebagai wakil dari bahan yang telah menjadi permusuhan. Alam juga tampaknya tak terkendali. Bahkan daerah perkotaan merasa seolah-olah berada di bawah kekuasaan kekuatan unsur.

Reaksi pribadi terhadap situasi ini memiliki efek atomisasi dan kompetitif. Masing-masing melihat krisis umum tetapi mencari pengecualian untuk bidang tindakannya sendiri. Karenanya ada perjuangan terus-menerus untuk menyelamatkan prestise daerah tertentu dari keruntuhan umum, daripada menolak situasi universal. Saat masing-masing mencoba untuk mendamaikan kelangsungan hidup zona tertentu dengan keruntuhan umum, orang terjebak dalam ilusi perspektif yang muncul dari sudut pandang yang terisolasi.

Kaum borjuis tetap terkutuk apakah ia kalah atau tidak. Pertanyaannya adalah apakah borjuasi akan menghancurkan diri sendiri atau digulingkan – dan karenanya, apakah perkembangan budaya selama ribuan tahun dapat dilanjutkan. Jika borjuasi tidak dikalahkan sebelum suatu titik tertentu dari perkembangan teknologi, semuanya akan hilang. Seorang pembaca kontemporer mungkin bertanya-tanya apakah poin ini telah dilewati, seperti poin di Baudrillard di mana sejarah hilang; atau apakah, mungkin, permulaan perubahan iklim adalah titik akhir yang tertunda.

Pada tingkat yang lebih dalam, Benjamin berteori semacam keterasingan ekologis. Masyarakat manusia telah merosot ke titik di mana ia dengan rakus menggenggam anugerah alam. Akibatnya, bumi menjadi miskin dan tidak subur. 'Poros pengorbanan' yang digali ke Bumi Pertiwi mengungkapkan hubungan kolektif yang berkelanjutan dengan kosmos. Namun hubungan ini telah kehilangan arah. Penguasaan telah menjadi tujuan tersendiri. Teknologi seharusnya bukan penguasaan alam, tetapi hubungan antara manusia dan alam. Hubungan ini harus substantif, gembira dan kreatif. Substansi hidup harus sekali lagi menaklukkan hiruk pikuk kehancuran.

Krisis juga berdampak membuat konstruksi sosial menjadi tidak biasa terlihat. Sama seperti pengeboman menelanjangi fondasi bangunan, demikian pula krisis menelanjangi dasar tak sadar atau kebiasaan di mana kehidupan dibangun. Orang biasanya menjalani hidup, meninggalkan ketidaksadaran mereka dan pertanyaan hidup mereka seperti dedaunan.

Kemiskinan misalnya terlihat memalukan dalam fenomena seperti mengemis. Pengalamannya diperburuk dengan dibagikan secara luas, sehingga tidak dapat bertahan dalam isolasi. Benjamin mencela meningkatnya permusuhan terhadap pengemis, membandingkannya dengan posisi terhormat mereka di vario. Dalam buku «Prolog Epistemo-Critical», Benjamin menganjurkan metode yang tidak memiliki 'struktur tujuan yang tidak terputus', bergantung pada «penyimpangan», dan terus-menerus memikirkan kembali permulaan baru dengan kembali ke tujuannya 'dengan cara memutar'. Orang mungkin menganggap gagasan Benjamin sebagai penggunaan bahasa yang ekspresif, menciptakan zona makna daripada berkomunikasi. Dunia yang dapat dipahami bergantung pada ide-ide murni, yang jauh satu sama lain dan ada dalam hubungan yang harmonis. Persepsi hubungan ini adalah apa yang disebut 'kebenaran'.

Filsafat, berbeda dengan sains, adalah tentang representasi. Karena itu salah untuk menempatkannya terlalu dekat dengan sains. Tujuan utama filsafat adalah mengembalikan keunggulan aspek simbolik bahasa. Seni, sementara itu, adalah tentang ekspresi, bukan intuisi. Filsafat harus memiliki postulat metodenya sendiri. Ini harus mencari interupsi bukannya deduksi, kegigihan bukan gerakan tunggal, pengulangan tema bukan 'universalisme dangkal', dan kepenuhan afirmatif bukan polemik. Salah satu efek dari postulat tersebut adalah penghindaran terminologi teknis. Kata-kata yang diperdebatkan oleh para filsuf dianggap sebagai gagasan dalam arti penuh. Sejarah filsafat adalah sejarah konfigurasi yang berbeda dan penjajaran ide. Filsafat berurusan dengan 'alam ide'. Fenomena dan objek masuk ke alam ide hanya sebagian, melalui esensinya. Tujuan dari metode ini adalah untuk mencapai esensi atau kebenaran yang

tidak dapat dicapai oleh argumen langsung. Kebenaran tidak pernah identik dengan objek pengetahuan. Kebenaran harus direfleksikan, dan memiliki kesatuan inheren pada tingkat esensinya. Fenomena ditebus melalui ide. Gagasan, pada bagiannya, perlu direpresentasikan dalam dunia fenomena. Fenomena tidak tergabung dalam ide. Sebaliknya, ide adalah virtual. Mereka adalah pengaturan fenomena yang objektif dan virtual. Pada saat yang sama, mereka termasuk dalam dua dunia yang berbeda dan tidak dapat dibandingkan. Gagasan mewakili fenomena dalam hal sesuatu yang secara radikal berbeda. 'Ide adalah untuk objek seperti konstelasi untuk bintang'.

2.8 Kerangka Konseptual Penelitian

Secara umum, krisis kesehatan akibat wabah Covid19 terjadi karena kemunculannya secara tiba-tiba, cepat dan sejak awal diremehkan oleh otoritas pemerintah sehingga menimbulkan konsekuensi secara langsung bagi lembaga pelayanan kesehatan baik otoritas kesehatan yakni Kementerian hingga Dinas Kesehatan di Provinsi-Kota/Kabupaten, Rumah Sakit negeri maupun Rumah Sakit swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam jumlah yang begitu besar dan panik. Dalam hal ini peneliti melihat krisis kesehatan akibat Covid-19 tidak saja menimbulkan krisis komunikasi yang bersifat ke luar organisasi, justru dalam kondisi tersebut menjadi tantangan utama bagi organisasi Rumah Sakit yang memiliki kewajiban mematuhi etika dan hukum Kesehatan, sehingga hal ini menjadi persoalan yang mendesak untuk diselesaikan sebelum memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam kondisi krisis tersebut dibutuhkan peran besar pemimpin sebagai pihak yang mengambil keputusan sekaligus sebagai komunikator bagi pemangku kepentingan internal dan eksternal.



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Pengertian Paradigma

Pengertian Paradigma Thomas Kuhn dalam Liliweri mendefinisikan paradigma sebagai pencapaian ilmiah yang diakui secara universal yang, untuk sementara waktu, memberikan model masalah model solusi bagi komunitas peneliti.

Jenis pertanyaan yang seharusnya diminta dan diperiksa untuk jawaban sehubungan dengan suatu subjek tertentu. Bagaimana pertanyaan-pertanyaan harus disusun. Bagaimana hasil investigasi ilmiah harus ditafsirkan. Apa yang harus diamati dan diteliti Situasi dan kondisi pandemic Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.

Tindakan medis, termasuk komunikasi terapatik, sebagai tindakan komunikasi oleh para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta. Faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi deviasi tindakan komunikasi para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta. Beberapa jenis penyimpangan etika komunikasi, termasuk etika komunikasi terapatik, dalam tindakan komunikasi para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.

Pertanyaan tentang data-data dasar, sarana dan prasarana RS, SDM RS, yang berkaitan dengan situasi dan kondisi RS Menteng Mitra Afira sebelum dan selama berlangsungnya pandemic Covid 19. Pertanyaan terbuka, untuk memperoleh data sekunder, berupa wawancara sebagai respons untuk memenuhi data-data primer tentang layanan RS, tindakan medis sebagai tindakan komunikasi, respons terhadap kebijakan public dan kepemimpinan RS dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan situasi krisis selama pandemic. Bagaimana pertanyaan-pertanyaan harus disusun. Pertanyaan tentang pengisian data dari pengamatan. Bagaimana hasil investigasi ilmiah harus ditafsirkan Hasil investigasi akan dibahas dengan memperhatikan hubungan dan pengaruh dari riset-riset terdahulu, teori-teori yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini, wawancara dengan informan.

Penelitian Berbasis Paradigma Kritis. Ada beberapa jenis paradigma penelitian, antara lain: positivisme, interpretivisme; konstruktivisme; pragmatisme; dan paradigma teori kritis. Penelitian ini menggunakan paradigma kritis. Peneliti memilih menggunakan paradigma penelitian kritis. Menurut Robert M. Seiler, dalam buku; 'Human Communication in the Critical Theory Tradition' memaksudkan 'kritik' sebagai penerapan prinsip-prinsip atau nilai-nilai yang membuat penilaian 'radikal' yang bertujuan membawa perubahan positif.

Ada beberapa fitur paradigma penelitian kritis berikut yang dapat menginformasikan semua varietas ilmu sosial kritis Peneliti sebagai seorang ilmuwan sosial kritis yakin bahwa dibutuhkan pemahaman terhadap pengalaman hidup yang nyata dalam konteks tertentu, konteks pandemi. Paradigma penelitian kritis memeriksa kondisi sosial untuk mengungkap struktur tersembunyi. Paradigma kritis juga mengajarkan bahwa pengetahuan adalah kekuatan. Ini berarti bahwa dengan memahami cara seseorang atau sekelompok mengalami krisis maka memungkinkan seseorang untuk mengambil tindakan mengubah kekuatan yang berpengaruh.

Ilmu sosial kritis, dengan paradigma penelitian kritis, membuat usaha sadar untuk memadukan teori dan tindakan, yang dalam penelitian ini dibahas dalam Bab 4. Paradigma penelitian kritis demikian normative, yang juga melayani dengan cara membawa perubahan dalam kondisi sedemikian rupa sehingga dapat mempengaruhi kehidupan kita.

Para teoretisi kritis menandai linguistic turn sebagai momen dalam sejarah di mana kita bisa mulai melihat bagaimana realitas kita secara interaktif dikonstruksi melalui bahasa. Sistem konseptual kita dan bagaimana keadaan kita itu didefinisikan oleh masyarakat, tentu saja semuanya tercipta melalui bahasa, karena bahasa memandu setiap orang untuk membatasi proses pengamatan, apalagi stabilitas sistem bahasa menghasilkan stabilitas realitas bersama.

Teori kritis yakin bahwa kontroversi penelitian subjektif-obyektif itu bermasalah. Label subjektif-obyektif dikonstruksi secara sosial, bukan berdasarkan fakta alami. Para teoretikus kritis telah menunjukkan bahwa praktik 'obyektif' adalah praktik yang terbukti paling subjektif. Para peneliti teori kritis mengkritik klaim penelitian positif lebih obyektif karena mengadopsi prinsip-prinsip ilmu-ilmu alam; mereka juga mengkritik klaim ilmu interpretatif bahwa asosiasi dalam penelitian positivisme kurang positif dan bersifat subjektif. Menurut teori kritis, perbedaan subjektivitas objektivitas sebenarnya merupakan artefak dari sistem yang didefinisikan, apalagi sebelumnya para ahli dan peneliti telah memberikan hak istimewa dengan label 'obyektif' pada ilmu alam, pada hal label ini hanya merupakan konstruksi linguistik.

Perbedaan subjek-objek memberi perlindungan identitas dan hak istimewa untuk kelompok yang kuat, baik di kalangan akademi maupun dalam pelbagai organisasi lain. Hal ini telah menimbulkan kepercayaan yang menyesatkan tentang hubungan yang diduga antara penelitian kualitatif dan kuantitatif. Asumsi Filosofi Penelitian Paradigma Kritis Ontologi

Asumsi ontologis dimulai dengan pertanyaan *what is the nature of reality?*. Dalam pandangan teori kritis, ilmu sosial berbeda dengan ilmu alam, karena generalisasi peneliti tidak dapat dengan mudah dibuat dari apa yang disebut pengalaman, karena pemahaman akan pengalaman itu dibuat oleh gagasan peneliti itu sendiri. Oleh karena itu, bagi Horkheimer, pendekatan untuk memahami ilmu sosial tidak bisa meniru ilmu pengetahuan alam begitu saja.

Secara epistemologis, para peneliti teori kritis menekankan pentingnya hubungan interaktif antara peneliti dan yang diteliti serta dampak faktor sosial dan sejarah. Mertens dalam berpendapat bahwa «interaksi antara peneliti dan peserta sangat penting dan memerlukan tingkat kepercayaan dan pemahaman agar secara akurat mewakili sudut pandang semua kelompok secara adil.» Epistemologi dari paradigma kritis sering disebut juga sebagai epistemologi transaksional atau epistemologi subjektivis yang dimodifikasi, artinya kita tidak dapat memisahkan diri dari apa yang kita ketahui karena keberadaan kita mempengaruhi penelitian. Apa yang bisa diketahui terkait erat dengan interaksi antara peneliti dengan objek atau kelompok tertentu.

Paradigma teori kritis adalah sebuah alternatif. Metodologinya sesuai dengan sifat penelitian naturalistik yang sesuai untuk ilmu sosial. Penyelidikan alam transaksional memerlukan dialog dan interaksi antara peneliti dan fenomena penelitian. Guba dan Lincoln mengatakan bahwa dialog harus bersifat dialektis untuk mengubah ketidaktahuan dan misapprehension menjadi kesadaran yang lebih tepat. Dalam metodologi teori kritis, tujuan penelitian semakin mendekati makna interaksi sosial dan kekuatan bermain yang tersirat dalam interaksi sosial [Jennings, 2000]. Untuk mencapai tujuan ini, peneliti kritis akan menggunakan metodologi kualitatif. Akibatnya, proses penelitian bersifat subjektif induktif dan bersifat dialogis dan dialektika Retorika

Bahasa dari paradigma teori kritis didasarkan pada metodologinya. Metodologinya bersifat kualitatif dan induktif, sehingga metode yang digunakan oleh peneliti teori kritis, misalnya, observasi partisipan, wawancara mendalam, kelompok fokus, panel Delphic dan penyelidikan etnis asli untuk mengekspos tekanan atau penaklukan serta eksploitasi kelompok minoritas yang sedang dipelajari.

Respons kepemimpinan dan komunikasi pimpinan di masa krisis Tindakan terukur dari dokter dan paramedis selama pandemic atau KLB. Bentuk atau jenis deviasi etika

komunikasi dokter dan paramedis di masa krisis. Adanya kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada dokter yang terukur. Konsep dan teori tentang tindakan medis dari dokter. Standar etika dalam praktek kedokteran dan etika komunikasi. Konsep kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan demi keselamatan warga. Konsep dan teori kepemimpinan dan komunikasi pimpinan di masa krisis Konsep baru dan terukur tentang tindakan medis dari dokter. Merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang. Pendekatan kualitatif dengan paradigma kritis melalui seluruh metode dan Teknik yang sesuai untuk mendapatkan, memperoleh data, membuat kategorisasi, dan menetapkan model Pendekatan kualitatif dengan paradigma kritis melalui seluruh metode dan Teknik yang sesuai untuk mendapatkan, memperoleh data, membuat kategorisasi, dan menetapkan model bagi penanganan krisis KLB atau pandemic di masa yang akan datang. Metode Penelitian Induktif. Penelitian induktif adalah metode penelitian yang dilakukan dengan menerapkan pendekatan atau penalaran dengan langkah berpikir yang bergerak dari pengamatan spesifik ke generalisasi dan teori yang lebih luas, sehingga secara informal pendekatan dalam riset ini disebut sebagai pendekatan bottom up, yakni dari bawah ke atas.

Dalam penelitian ini, peneliti mengamati pelbagai data primer sebagaimana disebut di atas untuk kemudian dibahas lalu dikaitkan dengan penelitian terdahulu, teori dan konsep, tambahan dukungan wawancara dari para informan. Penelitian induktif ini merupakan penelitian kualitatif, induksi dan studi kasus.

Metode Penentuan Informan. Subjek penelitian dalam penelitian kualitatif biasa disebut informan. Informan merupakan komponen utama yang memiliki kedudukan penting dalam penelitian, karena dari para informan inilah terdapat aspek-aspek yang menjadi kajian untuk diteliti.

Para informan untuk penelitian ini adalah;

No	Nama	Jabatan
1.	Prof. AP, SpF., SH., DFM	Informan Eksternal
2.	dr. AR, SpP	Dokter Spesialis Paru
3.	dr. Y, Sp.PK	Manager Penunjang Medis & Ketua Satgas Covid RS. M
4.	dr. LK, MARS	Manager Pelayanan Medis
5.	dr. A	Casemix
6.	Ibu. D	Kepala Bagian HRD
7.	Bapak. F	Marketing
8.	Ibu. U	Karu IGD
9.	Ibu. R	Rekam Medis
10.	Ibu. M	Laboratorium

Metode Pengumpulan Data. Data Primer Menurut Hasan data primer ialah data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung di lapangan oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan yang memerlukannya. Data-data dari RS, Catatan hasil wawancara. Hasil observasi lapangan. Data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada . Metode Analisis Data. Menurut Hasan analisis

kualitatif ialah analisis yang tidak menggunakan model matematika, model statistik dan model-model tertentu lainnya. Proses analisis yang digunakan dalam penelitian ini ialah dengan menggunakan model Miles dan Huberman dalam Prastowo yaitu melalui proses reduksi data, penyajian data, penarikan simpulan serta triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data yang telah diperoleh. Triangulasi dengan sumber yaitu teknik pengecekan data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia sebelum Pandemi

RSU Menteng Mitra Afia berdiri pada tahun 1997 sebagai rumah sakit khusus neurologi dan psikiatri. Memiliki Visi memberikan pelayanan bermutu, terpercaya, di Jakarta Pusat tahun 2023 mengutamakan kepuasan yang terjangkau masyarakat dan mendapat barokah dari Allah SWT. Dengan Misi menerapkan sistem yang berkualitas, meningkatkan kompetensi kinerja SDM, membangun tata nilai dan budaya kerja yang fokus pada kepuasan pelanggan, meningkatkan sarana prasarana untuk mendukung pelayanan yang bermutu. Tahun 1999 berubah menjadi rumah sakit umum dan berdasarkan Keputusan Izin Operasional Gubernur DKI Jakarta, Nomor: 2/2.5/31/-1.77/2017 ditetapkan sebagai rumah sakit dengan klasifikasi C. Juni 2019 untuk pertama kalinya telah dilakukan survei akreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit dan dinyatakan lulus dengan predikat madya. Di bawah naungan PT. Menteng Mitra Afia, Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia terus mengembangkan dirinya. Sebagai salah satu rumah sakit swasta di pusat ibukota DKI Jakarta yang berlokasi di Jl. A.A Kali Pasir No.9, RT.14/RW.10, Kb. Sirih, Menteng, Kota Administrasi Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta – 10340. Luas tanah 3.015 m² dan luas bangunan 7.200 m². Status kepemilikan tanah merupakan tanah hak milik dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan terdiri dari empat lantai. Pada tanggal 9 Februari 2017 Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia meningkatkan statusnya dari rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum dengan kapasitas 72 tempat tidur. Sebagai rumah sakit kelas pratama atau tipe C yang memberikan pelayanan umum, gawat darurat dan spesialis. Pelayanan tersebut memiliki fasilitas ruang tunggu, ruang pendaftaran, mushola, kafetaria, dapur, laundry, dan kemampuan Pelayanan Medik Dasar dan Spesialis.

Visi RSU MMA adalah memberikan pelayanan terbaik, bermutu dan terpecah. Misi Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia adalah :

- a. Menerapkan sistem rumah sakit yang berkualitas dan profesional.
- b. Membangun tata nilai dan budaya kerja yang fokus pada kepuasan pelanggan.
- c. Meningkatkan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan yang bermutu
- d. Meningkatkan kerjasama yang saling menguntungkan dengan mitra usaha RSU MMA

Logo RSU MMA :



4.2 Sarana dan Prasarana

Fasilitas rawat jalan lebih dikenal dengan pelayanan poliklinik ini memiliki poliklinik Spesialis yaitu :

- 1) Poliklinik Anak
- 2) Poliklinik Bedah
- 3) Poliklinik Penyakit Dalam
- 4) Poliklinik Obstetri dan Ginekologi

- 5) Poliklinik Mata
- 6) Poliklinik Saraf
- 7) Poliklinik Gigi dan Bedah Mulut
- 8) Poliklinik Rehab Medik
- 9) Poliklinik Paru
- 10) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin
- 11) Poliklinik THT
- 12) Poliklinik Kedokteran Jiwa
- 13) Poliklinik Gizi Klinik

Fasilitas rawat jalan lebih dikenal dengan pelayanan poliklinik ini memiliki poliklinik Spesialis yaitu :

1. VIP
2. Kelas 1 (Utama)
3. Kelas 1
4. Kelas II
5. Kelas III

Ruang Isolasi. Ruang isolasi diperuntukkan bagi 2 pasien yang dirawat dengan diagnosa tertentu yang memerlukan ruangan tersendiri, sehingga tidak bisa menularkan penyakitnya kepada pasien lain.

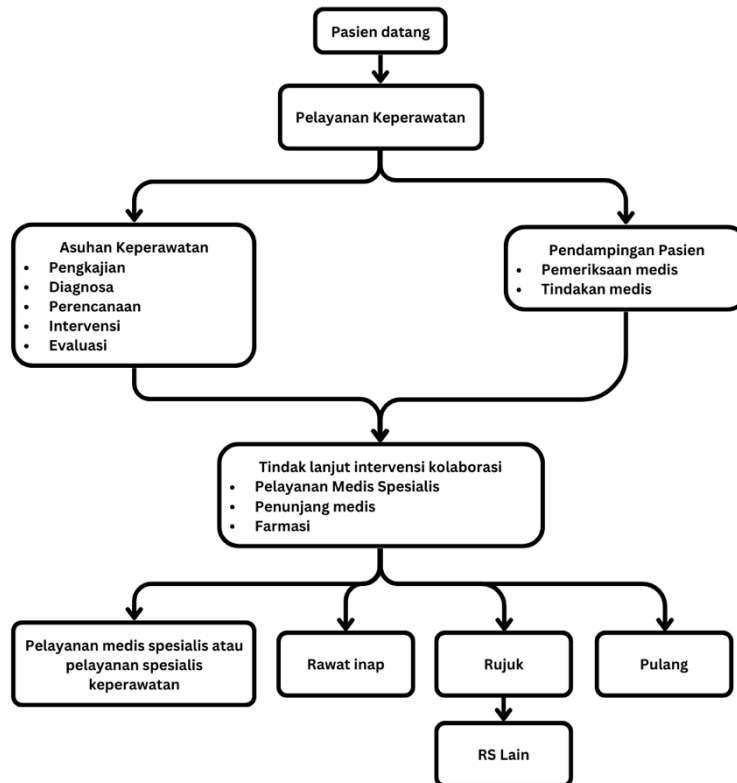
HCU adalah Ruang yang diperuntukkan untuk pasien yang membutuhkan perhatian intensive selama 24 jam. Jumlah bed sesuai dengan kapasitas pasien yang membutuhkan yaitu terdapat 2 tempat tidur di kelas perawatan ICU dan 4 tempat tidur di kelas perawatan HCU.

Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia menyediakan kamar operasi untuk pasien-pasien yang memerlukan tindakan operasi, jumlah kamar operasi yang tersedia sebanyak 2 ruang yaitu OK khusus mata dan OK Umum.

Ruang Bersalin, RSUD Menteng Mitra Afia menyediakan pelayanan kamar bersalin untuk pasien yang akan melakukan persalinanan normal/spontan, proses persalinan didampingi oleh Dokter Spesialis atau Bidan.

Rumah Sakit Menteng Mitra Afia memiliki jam pelayanan pada Medical Check Up pada jam 08.00 – 16.00 WIB. Phacoemulsifikasi Pelayanan spesialistik mata didukung oleh dokter berpengalaman yaitu dr. Shelly Vanny, SpM dan juga didukung oleh dokter spesialis retina dan subspecialis retina dan merupakan salah satu yang terbaik.

Pelayanan hemodialisa menggunakan mesin teknologi terbaru dari BBRAUN Dialogue +, dengan total 10 mesin hemodialisis dan dilengkapi dengan kapasitas 6 bed, di antaranya terdapat 1 ruang VIP.



Alur Layanan di RSU Menteng Mitra Afia

Pelayanan keperawatan rawat jalan, diberikan kepada pasien yang datang ke unit rawat jalan di rumah sakit. Di unit rawat jalan minimal terdapat tenaga kesehatan: dokter, dokter gigi dan perawat serta tenaga pendukung untuk fungsi administratif. Pelayanan keperawatan di unit rawat jalan, perawat harus mampu bekerjasama dalam tim kesehatan yang lain, serta mampu mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan pasien seperti: pelayanan penunjang, apotik dan lain-lain.

Tata cara pengelolaan pelayanan keperawatan pasien yaitu Setelah pasien melakukan pendaftaran, pasien menuju ke poliklinik yang dibutuhkan. Pasien diterima oleh perawat yang bertugas. Perawat menerima map yang dibawa pasien, kemudian perawat mengidentifikasi identitas pasien yang ada di tracer NO RM, nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, dokter yang dituju, dengan cara mengajukan pertanyaan terbuka pasien /keluarga diminta untuk menyebutkan kembali nama pasien tanggal lahir dan dokter /klinik yang dituju yang dituju. Kemudian perawat melakukan pencocokan identitas pasien dengan data yang ada tracer. Perawat melakukan pengkajian terhadap pasien, kegiatan pengkajian minimal yang harus dilakukan meliputi antara lain: Keluhan yang dirasakan riwayat penyakit dahulu, tanda-tanda vital , Timbang BB, TB kondisi dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan yang terkait, hasil Pemeriksaan Diagnostik yang sudah dilakukan.

Evaluasi dilakukan berdasarkan respon pasien setelah diberikan intervensi Perlu dilakukan dokumentasi semua pelayanan yang diberikan dan tindak lanjut setelah pasien mendapatkan pelayanan keperawatan. Jika pasien dirawat inap yang harus dilakukan Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur rawat inap. Koordinasi dengan unit/ruang rawat inap terkait dengan kondisi pasien Melakukan serah terima dengan unit/ruang rawat inap. Jika pasien harus dirujuk, rujukan bisa dilakukan

berdasarkan indikasi medis ke pelayanan internal rumah sakit atau pelayanan external rumah sakit .

Perawat perlu memberikan informasi dan pendidikan kesehatan sejak pasien masuk rumah sakit selama perawatan dan sampai pasien pulang, meliputi : tata tertib rumah sakit, hak dan kewajiban pasien dan keluarga, informasi tentang perkembangan kondisi pasien, informasi.

Tabel 4.2

Jumlah Tenaga Dokter di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

Dokter Spesialis		Dokter & Dokter Gigi	
• Sp.A	2	• Dokter umum	7
• Sp. OG	3	• Dokter gigi	3
• Sp. PD	4		
• Sp. B	2		
• Sp. An	3		
• Sp. JP	1		
• Sp. M	2		
• Sp. THT	2		
• Sp. KK	1		
• Sp. S	2		
• Sp. P	2		
• Sp. PK	1		
• Sp. KJ	1		
• Sp. RM	1		
• Sp. Rad	1		
• Sp. G	1		
Jumlah	29	Jumlah	10
TOTAL	39		

Sumber data : RSU Menteng Mitra Afia

Tabel 4.3

Jumlah Tenaga Lain di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

Perawat & Bidan		Penunjang Medis	Penunjang Non Medis	Lain-lain
Perawat	38	26	4	47
Bidan	11			
Jumlah	49	26	4	47
Total	126			

Sumber data : RSU Menteng Mitra Afia

Untuk mendukung pola manajemen yang akan diterapkan dan agar dapat mencapai sasaran yang ditetapkan, maka disusunlah organisasi yang efisien namun tetap efektif, dengan bentuk struktur organisasi seperti pada gambar jika dilihat dari struktur organisasi Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia dapat terlihat jabatan Direktur Rumah Sakit yang dibantu dengan komite-komite dan satuan pemeriksaan internal. Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Non Medis bertanggung jawab penuh terhadap Direktur rumah sakit.



4.2 Gambaran Rumah Sakit Menteng Mitra Asia pada Saat Pandemi

Di Indonesia sendiri kasus pertama COVID-19 terkonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 dan pada tanggal 10 April 2020 penyebarannya telah meluas di 34 provinsi di Indonesia. Sampai tanggal 16 May 2021, kasus COVID-19 di Indonesia sudah mencapai angka 1.736.670 kasus, dengan jumlah kesembuhan mencapai 1.600.857 kasus dan angka pasien yang meninggal sebanyak 48.967 kasus.

Sebagai upaya pengendalian terhadap penyebaran SARS-COV-2 pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan pembatasan sosial termasuk Pembatasan Sosial Berskala Besar yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Dalam pelaksanaannya peraturan tersebut diturunkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang Pedoman PSBB. .

Pada masa pembatasan ini, fasilitas layanan kesehatan pun mengurangi layanan kesehatan untuk pasien umum agar fokus dalam memberikan layanan pandemi COVID-19 serta untuk mengurangi risiko penularan di fasilitas kesehatan. Pelayanan kesehatan sebagai sektor yang paling terdampak oleh situasi ini juga harus bersiap untuk menghadapi pandemi COVID-19.

Jika kondisi pasien membutuhkan rawat inap, maka pasien masuk ke perawatan sakura, sesuai aturan Kemenkes dan Surat Keputusan Ruang Khusus Covid-19. Tetapi jika kondisi pasien masih dapat dilakukan rawat jalan , maka dokter jaga IGD sakura memberikan obat pulang kepada pasien.

Untuk efektifitas dan efisiensi proses pengajuan klaim pasien Covid 19 ke Kemenkes, maka diharapkan resume medis pasien perawatan sakura dilengkapi paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang rawat, dan diserahkan ke Unit Rekam Medis. Strategi Umum Pemerintah Menangani Covid 19 di Jakarta

Kondisi pandemi Covid-19 di Indonesia, saat pandemic tersebut, masyarakat sedang menghadapi gelombang baru infeksi virus corona yang salah satunya disebabkan oleh kemunculan varian Omicron. Juru Bicara Vaksinasi Covid-19 Kementerian Kesehatan Siti Nadia Tarmizi menyampaikan, peningkatan kasus yang terjadi salah satunya dikarenakan transmisi lokal dari Omicron yang semakin banyak. «Kasus harian baru sudah lebih tinggi dari varian Delta. Tren terus kita lihat . Pola-pola ini yang kita lihat bahwa memang semakin banyak transmisi lokal Omicron memicu peningkatan kasus,» ujar Nadia dalam webinar DBS Asian Insights Conference 2022, Kamis Lantas, bagaimana kondisi pandemi Indonesia saat ini? Nadia menjabarkan, pemerintah lebih yakin dalam menghadapi gelombang infeksi yang terjadi, dikarenakan telah belajar dari kondisi negara lain dan pengalaman masa lalu atau infeksi-infeksi sebelumnya. Menurut dia, tingkat keterisian rumah sakit saat ini masih berada di level aman. «Secara nasional keterisian rumah sakit masih 30 persen,» papar dia. Dalam upaya menekan laju peningkatan virus dan mencegah kasus Covid-19 di Indonesia semakin meluas, lanjut Nadia, dilakukan penerapan sejumlah hal seperti menekan mobilitas dengan menerapkan PPKM bertingkat, percepatan vaksinasi, melakukan testing, dan tracing. «Intensitas dan respons kita sangat tergantung dengan pola yang terjadi, »tuturnya. Selain memastikan stok obat-obatan untuk virus ini tersedia dalam jumlah cukup, pemerintah terus mendorong seluruh masyarakat untuk tetap menerapkan protokol kesehatan secara ketat. Strategi pemerintah terhadap pandemi Covid-19 di Indonesia Nadia menegaskan, pemerintah berfokus untuk mencegah infeksi, mencegah kasus menjadi parah, dan menurunkan kasus kematian. «Kita cegah angka kematian, sebisa mungkin fatality rate harus turun, » kata dia. Untuk mencapai hal tersebut, fasilitas kesehatan disiapkan dan dioptimalkan agar dapat memberikan penanganan yang baik. Sehingga, saat ini rumah sakit diutamakan bagi pasien lansia, komorbid, dan pasien dengan gejala sedang hingga berat. Adapun pasien terkonfirmasi positif Covid-19 tanpa gejala atau dengan kondisi bergejala ringan dapat menjalani isolasi secara mandiri atau terpusat di fasilitas. Inovasi pelayanan rumah sakit dalam konteks beradaptasi terhadap pandemi Covid-19 merupakan hal yang wajar dan selayaknya dilakukan oleh seluruh rumah sakit. Seperti yang dinyatakan Ketua Umum ARSSI Susi Setiawaty, penurunan rawat jalan yang terjadi saat ini mengkhawatirkan pengelola rumah sakit. Bahkan cash flow rumah sakit juga terganggu karena jumlah kunjungan pasien non Covid-19 yang menurun drastis.

Penurunan rawat jalan itu 50 sampai 60 persen, kemudian rawat inap penurunannya 40-60 persen. Tentunya ini berdampak kepada arus kas di rumah sakit. Belum ditambah biaya yang cukup memberatkan, yaitu menyediakan Alat Pelindung Diri . Perkembangan Revolusi Industri 4.0 pun menghadapi berbagai tantangan yang dihadapi, tidak hanya sumber daya manusia yang mumpuni dalam penguasaan iptek, tools yang harus lengkap, tetapi yang lebih besar tantangan itu adalah penyebaran Covid-19, di mana semua sendi kehidupan seolah perlahan mulai terjadi keterlambatan bahkan cenderung stagnan bila tidak disikapi dengan pemikiran yang inovatif. Inovasi dalam pelayanan rumah sakit tentunya berdasarkan pada visi dan misi masing-masing rumah sakit. Lebih khusus lagi, visi adalah suatu inovasi dalam manajemen modern, terutama manajemen strategis. Berangkat dari situ, direksi dan manajer mulai memutuskan apakah perlu mengubah arah bisnisnya, misalnya rumah sakit yang memang sejak awal dijadikan sebagai bagian dalam pemberian pelayanan kuratif dan rehabilitatif, mungkin bisa mengubah memusatkan pada pelayanan promotif dan preventif. Namun pilihan lain bisa juga tetap pada pusat pelayanan kuratif dan rehabilitatif, tetapi cukup memusatkan pada salah satu jenis pelayanan yang mungkin sebelumnya merupakan

andalan di rumah sakit tersebut. Pelayanan promotif dan preventif dapat dibuat secara online. Misalnya, buat acara seminar awam mengenai sesuatu penyakit dan sekaligus mempromosikan fasilitas atau alat medis canggih apa yang dipunya rumah sakit. Pembuatan seminar awam menggunakan fasilitas Zoom Meeting atau Google Meet. Kemudian buat aplikasi sendiri mirip ojek online yang bisa memesan dokter atau perawat ke rumah untuk homecare dan vaksinasi.

Situasi dan Kondisi RS Jika kondisi pasien membutuhkan rawat inap, maka pasien masuk ke perawatan sakura, sesuai aturan Kemenkes dan Surat Keputusan Ruang Khusus Covid-19. Tetapi jika kondisi pasien masih dapat dilakukan rawat jalan, maka dokter jaga IGD sakura memberikan obat pulang kepada pasien. Hasil PCR Positif : pasien dirujuk ke RS rujukan Covid yang memiliki kamar operasi isolasi Untuk efektifitas dan efisiensi proses pengajuan klaim pasien Covid 19 ke Kemenkes, maka diharapkan resume medis pasien perawatan sakura dilengkapi paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang rawat, dan diserahkan terimakan ke Unit Rekam Medis.

Jumlah Pasien Selama pandemic Covid 19, pemerintah mewajibkan semua RS di Jakarta untuk melayani pasien Covid 19. Provinsi DKI Jakarta yang saat itu memiliki 98 rumah sakit rujukan Covid-19. Sebanyak «delapan» rumah sakit ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020.

Sementara 90 rumah sakit lainnya ditetapkan berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor 987 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Kepgub Nomor 378 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Covid-19. Kepgub tersebut oleh Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan pada 28 September 2020. «Total 98 rumah sakit, delapan rumah sakit Surat Keputusan Menkes, 90 Kepgub DKI». Dan RSU Menteng MMA merupakan salah satu dari 90 RS rujukan pandemic Covid-19. Pasien dalam masa pandemi Covid-19 terbagi menjadi pasien Covid-19 dan non-Covid-19. Seiring waktu secara bertahap jumlah pasien non-Covid-19 semakin menurun dan sebaliknya pasien Covid-19 semakin meningkat. Keadaan ini membuat Kementerian Kesehatan meminta agar semua rumah sakit di Indonesia menambah ketersediaan tempat tidur antara 30 sampai 40%. Sebelum Pandemi Selama Pandemi

Bulan Layanan	Pasien Rawat Jalan			
	Sebelum Pandemi (Maret-Desember 2019)		Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)	
	Jumlah Pasien	Meninggal	Jumlah Pasien	Meninggal
Maret	3847	0	3599	0
April	3649	0	2006	0
Mei	3447	0	1722	0
Juni	3013	0	2671	0
Juli	4473	0	2914	0
Agustus	3994	0	2516	0
September	3922	0	2972	0
Oktober	4649	0	2756	0
November	4337	0	3019	0
Desember	4249	0	3328	0
Total	39580	0	27503	0

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien rawat jalan ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode ini, Rumah Sakit Menteng Mitra Afia melaporkan sejumlah total 39.580 pasien yang menerima layanan rawat jalan pada periode sebelum pandemi, yaitu Maret 2019 sampai Desember 2019. Jumlah pasien cenderung berfluktuasi selama periode ini, dengan angka tertinggi tercatat pada bulan Juli 2019 sebanyak 4.473 pasien dan angka terendah tercatat pada bulan Juni sebanyak 3.013 pasien. Meskipun ada fluktuasi, secara keseluruhan, jumlah pasien rawat jalan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia menunjukkan tren yang relatif stabil selama periode sebelum pandemi. Tak hanya itu, selama periode sebelum pandemi ini, tidak ada laporan kasus kematian pasien rawat jalan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia, yang menunjukkan bahwa tingkat kematian pada pasien rawat jalan tetap berada pada angka nol.

Ini menunjukkan bahwa meskipun RS MMA mengalami tekanan akibat pandemi, upaya medis dan pelayanan yang berkualitas tetap terjaga, sehingga tingkat kematian tetap nol pada pasien rawat jalan. Perubahan jumlah pasien rawat jalan di RS MMA selama dua periode ini mencerminkan dampak signifikan dari pandemi COVID-19 terhadap rumah sakit tersebut. Selama periode pandemi, kunjungan pasien rawat jalan mengalami penurunan yang cukup tajam, kemungkinan karena adanya pembatasan sosial, perubahan perilaku masyarakat, dan keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Bulan Layanan Pasien Rawat Inap Sebelum Pandemi Selama Pandemi

Berdasarkan tabel 4.5 di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien rawat inap ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode sebelum pandemi, RS MMA melayani total 3.028 pasien rawat inap. Selama periode ini, jumlah pasien yang dirawat inap menunjukkan fluktuasi bulanan yang beragam. Bulan Maret 2019 mencatat jumlah pasien tertinggi sebanyak 446 pasien, sementara Desember 2019 menunjukkan jumlah pasien yang lebih rendah, yaitu 205 pasien. Meskipun ada beberapa kasus kematian selama periode ini, angka kematian secara keseluruhan tetap relatif rendah dengan jumlah tertinggi tercatat pada bulan Mei 2019 dengan 3 kasus kematian. Sementara selama masa pandemi, RS MMA mengalami penurunan signifikan dalam jumlah pasien yang dirawat inap. Total 2.067 pasien dirawat inap selama periode ini, menandakan penurunan sebesar 31,7% dibandingkan periode sebelum pandemi. Bulan Mei 2020 mencatat jumlah pasien yang paling rendah, hanya sebanyak 155 pasien. Sedangkan jumlah pasien paling banyak pada Maret 2020 yaitu sebanyak 319 pasien. Selama periode pandemi, angka kematian akibat virus COVID-19 menunjukkan fluktuasi, dengan jumlah tertinggi pada bulan April 2020 dan September 2020, masing-masing dengan 5 kasus kematian.

Bulan Layanan Pasien Instalasi Gawat Darurat Sebelum Pandemi Selama Pandemi

Bulan Layanan	Pasien Rawat Inap			
	Sebelum Pandemi (Maret-Desember 2019)		Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)	
	Jumlah Pasien	Meninggal	Jumlah Pasien	Meninggal
Maret	446	2	319	1
April	326	2	191	5
Mei	351	3	155	4

Juni	289	2	238	4
Juli	340	1	205	1
Agustus	299	3	201	1
September	280	1	184	4
Oktober	248	1	171	3
November	244	0	186	0
Desember	205	0	217	3
Total	3028	15	2067	26

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien Instalasi Gawat Darurat ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode sebelum pandemi, RS MMA menerima total 1.305 pasien di IGD. Selama periode ini, jumlah pasien yang masuk ke IGD menunjukkan fluktuasi bulanan yang beragam. Bulan Maret 2019 mencatat jumlah pasien IGD tertinggi sebanyak 196 pasien, sementara Mei 2019 menunjukkan jumlah pasien yang lebih rendah, yaitu 95 pasien. Meskipun ada beberapa kasus kematian selama periode ini, angka kematian secara keseluruhan tetap relatif rendah dengan jumlah tertinggi tercatat pada bulan September 2019 dengan 1 kasus kematian. Selama masa pandemi, RS MMA mengalami peningkatan jumlah pasien yang masuk ke IGD secara keseluruhan. Total 1.341 pasien masuk ke IGD selama periode ini, menandakan peningkatan dibandingkan periode sebelum pandemi. Bulan Maret 2020 mencatat jumlah pasien yang paling tinggi sebanyak 224 pasien. Selama periode pandemi, angka kematian akibat kondisi darurat di IGD menunjukkan fluktuasi, dengan jumlah tertinggi pada bulan Maret 2020 sebanyak 4 kasus kematian.

Status Pasien, Alur Komunikasi Layanan Saat Pandemi Pada dasarnya komunikasi layanan pada RS Menteng Mitra Afia seharusnya sesuai dengan struktur organisasi dan tatakerja RS, yang pada gilirannya membantu konsumen untuk : menyelesaikan tugas yang berkaitan dengan peran dan tanggung jawab; menyesuaikan diri dengan perubahan melalui kreativitas dan adaptasi individu dan organisasi; menyelesaikan tugas melalui pemeliharaan kebijakan, prosedur, atau peraturan yang mendukung operasional sehari-hari dan berkesinambungan; mengembangkan hubungan di mana «pesan manusia diarahkan pada orang-orang di dalam organisasi—sikap, moral, kepuasan, dan pemenuhan mereka» dan, mengoordinasikan, merencanakan, dan mengendalikan operasi organisasi melalui manajemen.

Sehubungan dengan terjadinya pandemic maka seluruh alur layanan berubah, satu factor utama sebagai akibat dari penyesuaian Tupoksi RS yang diatur oleh SATGAS Covid 19 Pemda DKI Jakarta. Kenyataan menunjukkan bahwa terdapat potensi penyebaran COVID-19 menjadi lebih luas karena tercampurnya pasien COVID-19 dan non-COVID-19 dalam satu rumah sakit karena rumah sakit rujukan juga tetap memberikan pelayanan kepada pasien biasa.

Pelayanan medik dilaksanakan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional pelayanan yang berlaku. Jika diperlukan, pelayanan medik dapat dimodifikasi untuk mencegah penularan Covid-19, antara lain dengan menerapkan triase/skrining terhadap setiap

pengunjung yang datang, mengubah alur pelayanan, menyediakan ruang pemeriksaan khusus ISPA, mengubah posisi tempat duduk pasien pada saat pelayanan, menggunakan kotak khusus bagi pasien yang mendapatkan tindakan yang berpotensi menimbulkan aerosol yang dilakukan disinfeksi sesuai pedoman setelah pemakaian, atau menggunakan sekat pembatas transparan antara petugas kesehatan dan pasien. Pelayanan rawat jalan, Jadwal pelayanan dimodifikasi berdasarkan sasaran program. Tata laksana kasus mengacu pada standar operasional pelayanan pelayanan dengan menerapkan prinsip triase, PPI dan physical distancing. Pelayanan gigi dan mulut hanya dapat diberikan meliputi pelayanan pada keadaan darurat seperti nyeri yang tidak tertahan, gusi yang bengkak dan berpotensi mengganggu jalan nafas, perdarahan yang tidak terkontrol dan trauma pada gigi dan tulang wajah yang berpotensi mengganggu jalan nafas. Pelayanan gigi dan mulut darurat yang menggunakan scaler ultrasonik dan high speed air driven dilakukan dengan APD lengkap sesuai dengan pedoman karena memicu terjadinya aerosol.

Surat keterangan sehat dapat dikeluarkan berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi pasien secara umum pada saat pemeriksaan dilakukan. Pelayanan dengan tempat tidur atau rawat inap dan persalinan Pada periode Maret 2020 sampai dengan Agustus 2020 pelayanan rawat inap diprioritaskan pada kasus non-Covid-19. Pemberian pelayanan rawat inap kasus non Covid-19 harus memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan physical distancing. Pada periode September 2020 sampai dengan Januari 2021 pelayanan rawat inap diprioritaskan pada kasus Covid-19. Pemberian pelayanan rawat inap kasus Covid-19 harus memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dan physical distancing, sedangkan kasus non-Covid-19 dirujuk ke RS lain dengan menggunakan fasilitas SPGDT dan SISROUTE. Pelayanan rawat inap pada kasus terkait Covid-19 dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku sesuai dengan standar pelayanan kasus Covid-19, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya SDM, sarana, prasarana, alat kesehatan, BAHAN MEDIS HABIS PAKAI dan persetujuan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat.

Pada periode Maret 2020 sampai dengan Agustus 2020 pelayanan persalinan normal tetap dapat dilakukan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia bagi ibu hamil dengan status BUKAN Orang Dalam Pemantauan, Pasien Dalam Pengawasan atau terkonfirmasi Covid-19 sesuai kondisi kebidanan menggunakan APD sesuai pedoman. Pelayanan gawat darurat tetap dilaksanakan sesuai standar pelayanan yang berlaku dengan memperketat proses triase dan memperhatikan prinsip PPI.

Pelayanan kefarmasian tetap dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian dengan memperhatikan kewaspadaan standar serta menerapkan physical distancing. Apabila diperlukan, pemberian obat terhadap pasien dengan gejala ISPA dapat dilakukan terpisah dari pasien non ISPA untuk mencegah terjadinya transmisi. Kegiatan pelayanan diupayakan memanfaatkan sistem informasi dan telekomunikasi. Pengantaran obat dapat bekerjasama dengan pihak ketiga melalui jasa pengantaran, dengan ketentuan bahwa jasa pengantaran wajib menjamin keamanan dan mutu, menjaga kerahasiaan pasien, memastikan obat dan Bahan Medis Habis Pakai sampai pada tujuan dan mendokumentasikan serah terima obat dan Bahan Medis Habis Pakai.

Pelayanan laboratorium untuk kasus non Covid-19 tetap dilaksanakan sesuai standar dengan memperhatikan PPI dan physical distancing. Pemeriksaan laboratorium terkait Covid-19 mengacu kepada pedoman yang berlaku, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah memperoleh peningkatan kapasitas terkait pemeriksaan rapid test dan pengambilan swab. Petugas laboratorium menghitung kebutuhan rapid test, kontainer steril, swab dacron atau flocked swab dan Virus Transport Medium sesuai arahan dinas kesehatan dengan memperhatikan prevalensi kasus Covid-19 di wilayah

kerjanya. Sistem rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan. Merujuk ke Fasilitas Kesehatan sesuai dengan kasus dan sistem rujukan yang telah ditetapkan oleh dinas kesehatan sesuai peraturan yang berlaku. Rumah Sakit MMA menempatkan pasien yang akan dirujuk pada ruang isolasi tersendiri yang terpisah. Mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya. Melakukan pertolongan pertama atau stabilisasi pra rujukan. Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan melalui pemanfaatan aplikasi SISROUTE dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima .

Pemulasaraan jenazah kasus Covid-19 dilakukan mengacu pada pedoman yang berlaku. Apabila Rumah Sakit MMA diberikan tugas untuk melaksanakan pemulasaraan jenazah kasus Covid-19, maka dinas kesehatan harus memastikan ketersediaan sumber daya di Rumah Sakit seperti SDM yang telah memperoleh peningkatan kapasitas, APD petugas, ruangan, peti jenazah dan bahan habis pakai lainnya terkait pelaksanaan pemulasaraan. Puskesmas melakukan koordinasi dengan gugus tugas Covid-19 kabupaten kota dan RS rujukan Covid-19 terdekat untuk pemulasaraan dan pemakaman.

Sarana dan Prasarana Rumah Sakit. Adapun sarana dan prasarana RSU Menteng Mitra Afia.

Fasilitas Tempat Tidur Di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia Saat Pandemi

Unit	Jenis	Jumlah Tempat Tidur (TT)	Jumlah Tempat Tidur (TT) saat covid
Pelayanan Emergency	Resusitasi	1	1 Covid
	Isolasi	1	4 Non Covid
	Tindakan bedah	1	(Maret – Ags 2020)
	Non bedah	1	4 Covid, 1 Non Covid (Sept 2020 – jan 2021)
	PONEK	1	
	Triase	3	3
Rawat Inap	VIP	6	R. Covid (Sept 2020 – jan 2021)
	Kelas I Utama	2	
	Kelas I	2	
	Kelas II	20	
	Kelas III	20	
	Isolasi dan Observasi	3	Dijadikan ruang covid dari bln Maret 2020
	Rawat Bersalin	4	R. Covid (Sept 2020 – jan 2021)
	Kamar Bersalin (VK)	2	
	Bayi	6	Ditutup (Sept 2020 – Jan 2021)
	Inkubator	1	
	HCU	4	
ICU	2		
Ruang Operasi (OK)	Khusus Mata	1	Berubah dari sept 2020 – jan 2021
	Bedah Umum	1	
	Bedah Urologi	1	

Sumber data : Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

Secara mendasar, tidak berubah selama pandemic, kecuali ada penambahan fasilitas untuk menampung pasien covid 19. Jumlah dan kualifikasi SDM dalam layanan pasiwn rawat jalan selama pandemic Covid-19. Tenaga Kesehatan dan Non NAKES di Instalasi Rawat Jalan RSUD Menteng Mitra Afia adalah tenaga yang profesional dan kompeten di bidangnya.

Tabel 4.8
Jumlah Dokter di RSUD Menteng Mitra Afia

No.	Klasifikasi	Jumlah Sebelum Pandemi	Saat Pandemi
1	Dokter Umum	7	7 (masing – masing minimal isolasi mandiri selama 14 hari)
2	Dokter Gigi Umum	3	WFH (tidak praktek)
3	Dokter Spesialis Bedah	2	2
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	4	2 (2 usia lansia dan tidak mau praktek)
5	Dokter Spesialis Anak	2	2
6	Dokter Spesialis Obygn	3	2 (1 dokter tidak praktek)
7	Dokter Spesialis Paru	2	2
8	Dokter Spesialis Anestesi	3	1 (2 dokter resign)
9	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1
10	Dokter Spesialis Kejiwaan	1	0
11	Dokter Spesialis Mata	2	2
12	Dokter Spesialis THT	2	1 (1 dokter WFH)
13	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1	1
14	Dokter Spesialis Jantung Pembuluh Darah	1	0
15	Dokter Spesialis Syaraf	2	0
16	Dokter Spesialis Rehab Medik	1	1
17	Dokter Spesialis Radiologi	1	1
18	Dokter Spesialis Gizi	1	1
TOTAL		39	26

Sumber : RSUD Menteng Mitra Afia

4.3 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Hasil wawancara didapatkan informasi bahwa SDM di unit rekam medis belum sesuai. Hasil Penelitian dan Pembahasan Setelah peneliti menampilkan pelbagai data sebagai

informasi tentang kinerja RS Menteng Mitra Afia, baik sebelum maupun setelah pandemic Covid-19, maka pada bagian ini, peneliti membuat analisis terhadap semua data dan informasi tersebut di atas.

MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN PERTAMA MENDESKRIPSIKAN DAN MENGANALISIS BERBAGAI TINDAKAN MEDIS DALAM SITUASI KRISIS PANDEMI DI RS MENTENG AFIA SELAMA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021.

Pandemi adalah sebagian besar wabah penyakit yang menyebar luas sebagai akibat dari penyebaran infeksi dari manusia ke manusia. Ada banyak wabah penyakit dan pandemi yang signifikan yang tercatat dalam sejarah, termasuk Flu Spanyol, Flu Hong Kong, SARS, H7N9, Ebola, Zika. Istilah «pandemi» belum didefinisikan oleh banyak teks medis, tetapi ada beberapa fitur utama dari pandemi, termasuk perluasan geografis yang luas, pergerakan penyakit, kebaruan, tingkat keparahan, tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif, kekebalan populasi yang minimal, infeksi dan penularan, yang membantu kita untuk memahami konsep ini dengan lebih baik, jika kita memeriksa persamaan dan perbedaan di antara mereka. Krisis terkait pandemi telah dikaitkan dengan dampak negatif yang sangat besar terhadap kesehatan, ekonomi, masyarakat, dan keamanan komunitas nasional dan global.

Latar belakang terjadinya krisis pandemi ada suatu virus yang tidak diketahui menyerang semua. Nakes tidak siap alat untuk identifikasinya dan belum siap harus menangani pasien dengan keterbatasan yang belum tau jaminannya karena di awal semua panik tapi di lain sisi tidak mungkin untuk menolak pasien yang berdatangan saat gelombang arus yang besar. Menurut Prof. Agus disebut krisis karena : Bentuk krisis akan berpengaruh ke multi dimensi yang artinya mulai dari kesehatan epicenternya ekonomi dan sekarang bisa sosial politik dan sebagainya menjadi latar belakang makronya. Asal muasalnya dari virus yang alamiah terjadi mutasi secara alamiah atau ada kecelakaan dengan isu dengan by security. Panel covid-19 celakanya adalah karena sampai hari ini kita belum tau sebab secara medisnya muncul dan juga pato fisiologisnya termasuk juga dari sisi pengobatannya. Oleh karena itu kembali lagi problem utama akhirnya secara public health untuk mengatasi masalah ini ada PSBB dan sebagainya. Di mana bedterence dan sebagainya itu yang utama. Mengubah secara cukup drastic. Menurut Dian, HRD RS MMA; waktu awal awal tuh kan kita enggak tahu apa apa mengenai covid ya sehingga timbulah stres yang tinggi baik di semua itu baik masyarakat maupun kita juga sebagai tenaga kesehatan atau orang-orang yang bekerja di rumah sakit sekalipun itu kita juga mengetahui sedikit mengenai covid lah apakah dari nah sdm itu memberikan apa namanya kayak workshop kah atau seminar kah atau pelatihan kah gitu ya kalau enggak salah ya banyak tuh misalnya untuk pelatihan untuk alur pelatihan untuk menggunakan hazmat pelatihan atau penyegaran atau ilmu pengetahuan baru mengenai covid apa itu covid gitu sehingga membuat knowledge dari SDM dari mma itu menjadi lebih baiklah sehingga bisa menerima kondisi menjadi lebih lebih apa ya kalau kita tahu kan kita jadi lebih tenang ya enggak khawatir enggak bingung gitu. Berapa informasi teman sejawat, memang ada beberapa penderita yang diduga pada saat itu mempunyai gejala-gejala seperti sakit flu dan saat itu memang ada keterlibatan atau kontak dengan orang asing atau turis. Kalau tidak salah warga Depok, akhirnya berhasil diisolasi dan dilakukan pemeriksaan PCR ternyata itu jadi kasus pertama covid. Menurut saya, kejadian itu sebenarnya bukan menjadi satu awalan. Sepertinya memang saat itu Kementerian Kesehatan ataupun pemerintah ini gagal dalam hal untuk mencegah masuknya Covid ke negara kita Indonesia. Karena kita tahu setelah itu, ternyata informasi ini sudah dari akhir tahun 2019 sudah ada informasi. Namun Indonesia sendiri masih santai dan masih membuka border-nya, jadi banyak orang asing yang bisa masuk sehingga bisa terjadi pandemi di Indonesia. Saat itu memang diketahui bahwa asal muasal dari krisis infeksi Covid ini terjadi di Wuhan, China. Adanya penyakit infeksi di mana pemerintah menurut saya gagal untuk mencegah atau mengantisipasi terjadinya pandemi di

negara kita. Meskipun demikian semua faskes, termasuk para dokter, tenaga medis, NAKES sudah seharusnya dikerahkan untuk melakukan tindakan medis. Hal ini seperti disampaikan oleh dr. Licht, MANAJEMEN, bahwa : pada masa pandemi ada tindakan tindakan medis yang kemudian dibatasi atau sama sekali tidak boleh dan tidak boleh dilaksanakan dokter Enrico. contoh misalnya itu adalah alat alat yang digunakan semprotan ya nah seperti tindakan tindakan di dokter gigi itu, itu dokter gigi sempat itu enggak praktik dokter Enrico ya, karena karena risiko untuk penularan itu sedemikian besar gitu ya contoh contohnya seperti itu jadi memang ada pengkondisian terhadap tindakan tindakan medis selama masa pandemi. jadi di itu sudah jelas juknisnya covid itu ada gitu bahkan dua tahun covid itu ada lima edisi buku juknisnya covid ya keluar, bahwa ditetapkan untuk penerimaan pasien covid itu beda pintunya dengan pintunya dengan pasien non-covid.

Hal senada disampaikan pula, Untuk obat-obatan, kita tidak pakai ivermectin karena semacam kontroversial, kita tetap pakai antivirus favirafir, avigan sama basisnya. Tata laksana alur penyediaan obat, dari manajemen dibuatkan rekomendasi atau referensi, kita lampirkan yang kita dapatkan dari perhimpunan kemudian sudah ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit, istilahnya sudah divalidasi dan legalisasi. Kemudian kita sosialisasi langsung ke struktural rumah sakit dan komite medis, dokter spesialis, terutama klinisi yang menangani pasien Covid, ini sudah termasuk ke urusan obat. Misalkan ada soal diagnostik PCR dan sebagainya itu langsung tersosialisasi ke masing masing unit, misalnya PCR ke laboratorium. Untuk pengadaan obat Favitirafir dan sebagainya itu ke farmasi, nanti sudah langsung dilakukan implementasi. Bilamana ada hambatan atau kendala itu biasanya nanti di feedback balik atau disampaikan ketika ada morning report. Ketika berlangsungnya pandemic sangat terasa bagaimana beratnya kinerja para dokter yang berada di garis depan . Sebagaimana dikatakan oleh Katharine Lang Alexandra Sanfins bahwa «bagi para profesional medis, tekanannya sangat kuat. Mereka tidak hanya menghadapi paparan terus-menerus terhadap SARS-CoV-2, tetapi mereka juga harus menghadapi tuntutan perubahan peran mereka selama pandemi, yang pasti berdampak pada kesehatan mental mereka. Sebuah meta-analisis studi tentang efek kesehatan mental dari pandemi pada petugas layanan kesehatan menemukan bahwa kecemasan, depresi, dan stres paling umum di antara kelompok ini. Banyak petugas kesehatan juga melaporkan kelelahan, insomnia, takut infeksi, dan pikiran untuk bunuh diri. Bukan hanya mereka yang menangani pasien COVID-19 di rumah sakit yang terkena dampaknya. Tinjauan global terhadap penelitian yang diterbitkan dalam British Journal of General Practice menemukan tingkat stres, kecemasan, dan kelelahan terkait pekerjaan yang tinggi di antara dokter perawatan primer di banyak negara. Laporan lanjutan dari Lee Chambers mengemukakan bahwa ada masalah lain di kalangan profesional medis : Ada perasaan nyata... Saya kira istilah untuk itu adalah 'cedera moral', perasaan nyata bahwa Anda menempatkan diri Anda pada risiko penyakit.

Saat itu yang saya ingat, pada awalnya alur pelayanan medis kita memang tidak ada istilahnya screening mengenai penyakit infeksi atau airborne disease. Kita tahu sebenarnya airborne disease yang sudah familiar seperti tidi atau yang lainnya itu yang kita anggap memang menular lewat pernapasan namun tidak sebegitu infeksius dibandingkan pada saat pandemi itu terjadi. Sehingga akhirnya pada saat itu perubahan yang terjadi itu adalah kita melakukan screening terhadap pasien yang masuk.

Akibat ketidak tahuan dan kekurangan informasi tentang «screening» Covied maka keadaan awal di RSUD Menteng Mitra Afia, seperti dikatakan oleh dr. Semua Poli di awal tutup tidak banyak layanan dokter terutama THT dan Gigi. Tidak ada praktik dan pasien dibatasi, biasanya kalau tidak parah tidak ke rumah sakit jadinya jumlah kunjungan menurun. Dari perawatan ada ruang covid, jadinya ada 2. Untuk covid dan rekam medisnya tidak masuk kedalam yang ruang covid cukup sampai nurse station, nata alur agar mengurangi kontak sama pasien karena dari petugas perawat atau rekam medis dan

pendaftaran harus diakalin agar tidak selalu bertatap muka dengan pasien. Yang sebelumnya tidak pernah pakai masker, akhirnya disediakan masker dan APD minimal karena bukan di Zona kuning atau zona merah. Yang tidak pakai APD, diberikan APD. Yang tidak ada penghalang diberikan penghalang untuk mengurangi resiko penularan covid dari PP. Hal yang sama disampaikan oleh petugas Lab RSUD Mitra Afia bahwa, «kita mengandalkan kebiasaan memeriksa specimen dari pasien yang dikirim oleh dokter. Dari situ kita mulai awal mengetahui virus covid-19 itu. Perubahan ada seperti pasien darurat yang biasanya langsung ke IGD, saat pandemi harus ke ruangan screening terlebih dahulu seandainya panasnya melebihi demam dan batuk langsung dialihkan ke ruang isolasi agar tidak tercampur dengan pasien lainnya.

MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN KEDUA. Dalam bab 2, peneliti telah menguraikan apa yang dimaksudkan dengan etika komunikasi. Komunikasi adalah tindakan atau proses menggunakan kata-kata, suara, tanda atau perilaku untuk mengungkapkan atau bertukar informasi atau untuk mengungkapkan ide, pikiran, perasaan, dll, kepada orang lain. Komunikasi juga memerlukan penggunaan isyarat verbal dan non-verbal, dan dalam prosesnya seringkali banyak informasi yang disampaikan, dan terkadang kesalahpahaman juga dapat terjadi. Sadri-Flammia [2011] menyimpulkan komunikasi sebagai proses simbolik di mana orang menciptakan makna bersama. Lalu apa itu komunikasi verbal? Komunikasi verbal adalah tentang bahasa, baik tertulis maupun lisan. Komunikasi verbal adalah tentang bahasa lisan dan tulisan. Dengan kata lain manusia berinteraksi melalui penggunaan kata-kata atau pesan dalam bentuk bahasa. Sedangkan komunikasi nonverbal adalah komunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh dan bahasa isyarat lainnya. Berhubung seluruh proses komunikasi ini berlangsung di RS, bahwa dalam perawatan kesehatan modern lebih dari sekadar penyediaan layanan kesehatan dan perawatan pasien yang bermaksud baik dan secara teknis profesional. Komunikasi adalah segmen yang sangat penting dalam manajemen tim - selain kemampuan, penalaran dan pemecahan masalah, dokter dan perawat harus memiliki keterampilan komunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Karena kekhasan komunikasi personal para dokter, baik di antara sesama dokter yang bersifat konsultatif, maka ada pula komunikasi personal antara dokter dengan pasien. Dengan demikian, komunikasi antara sesama dokter maupun antara dokter dengan pasien, tetap berbasis pada pasien, karena »tentang pasien« lah para dokter itu berkomunikasi satu sama lain. Inilah yang disebut sebagai komunikasi terapatik, prinsip ini pula yang diperkenalkan oleh Hippocrates

Konsep komunikasi terapeutik mengacu pada proses di mana dokter atau perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal atau nonverbal. Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi khusus yang mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan dan ide serta menyampaikan penerimaan dan rasa hormat. Namun konsep ini telah didefinisikan lebih lanjut oleh para ahli yang berbeda yang menganalisis istilah-istilah tersebut secara terpisah, dalam hal struktur kata dan maknanya, yaitu terapi dan komunikasi . Terapi dan komunikasi adalah dua kata yang kompleks yang masing-masing mengandung arti yang berbeda. Namun istilah ini memiliki arti yang berbeda ketika merujuk pada terminologi medis dan ketika dianggap sebagai kata benda majemuk. Di saat pandemic ini, telah terjadi perubahan respons komunikasi para dokter dan paramedis terhadap layanan covid. Dari komunikasi awal yang bersifat tatap muka verbal-nonverbal secara komunikasi terapatik, menjadi komunikasi antar personal bermedia. Hal ini dibenarkan oleh beberapa pendapat dari wawancara sebagai berikut; Prof. Agus. Latar belakangnya pasti pandeminya sendiri sebagai krisis global dan seluruh dunia pada akhirnya karena ini karakternya adalah jenis penyakit menular sehingga komunikasi yang bisa sifatnya tatap muka atau gathering secara masal apalagi terhambat atau kehilangan. Modalitas komunikasi akan beralih melalui jenis yang lain termasuk juga dengan

telemedicine atau zoom dan sebagainya. Kalau dilihat dari krisis pandeminya sendiri adalah pengaruhnya jadi kesehatan itu menjadi faktor penentu dalam semua kegiatan walaupun dilabel atau difokuskan ke arah ekonomi. Jadi bagaimana kesehatan yang dulunya dianggap sebagai cost center itu sekarang menjadi investasi kesehatan. Hikmah yang ada dari sisi komunikasi dan sisi penanganan penyakit menular dalam teori memang penyakit menular apalagi yang global adalah high politics dibandingkan dengan penyakit tidak menular.

Mengubah secara cukup drastis bentuk komunikasi ini sebenarnya sejalan dengan adanya era internet of thing sehingga modalitas ini mempercepat pandemi. Mempercepat modalitas bentuk komunikasi yang lainnya secara virtual pengaruhnya ke masih pelayanan otomatisnya karena pelayanan menjadi pertarungan dari satu penanganan darurat masal. Seperti yang diketahui banyak tenaga kesehatan, dokter dan sebagainya berjibaku dan akhirnya dapat punya andil banyak walaupun korban juga banyak, Dengan demikian hampir seluruh dunia juga memberi penghargaan pada para dokter dan tenaga kesehatan yang memang sudah menyumbangkan penanganannya karena walau bagaimanapun kalau tidak ditangani saat covid itu, pasti korban akan lebih banyak lagi. Disitulah penanganan yang sifatnya emergency itu masal makanya disebut krisis. Dr. Yudha. Tata kelola komunikasi dan informasi terhadap pandemi dari pihak luar dalam hal ini saya anggap misalkan SUDIN sebagai atasan kita. Sudin/Dinkes Provinsi/Kementerian Kesehatan kemudian pihak swasta yang lain, saat itu banyak yang berdonasi mengenai alat pelindung diri . Kalau menurut saya saat itu tata kelola komunikasi informasi itu memang masih didominasi satu arah top to down. Banyak sekali informasi, hampir setiap minggu, tiap bulan di-update informasi mengenai; update protokol screening, protokol perawatan isolasi pasien Covid, protokol pencegahan infeksi. Jarang sekali adanya komunikasi dua arah atau bisa debatable gitu. Jadi Rumah Sakit menerima setiap regulasi dari Sudin, ditambah Rumah Sakit ini menjadi rujukan Covid dari SK Gubernur. Dr. Arief. Saat itu komunikasi ke pasien itu memang serba kesulitan, artinya yang pertama, pasti sedikitnya kita paham sebagai orang medis sendiri tentang covid kita masih ya pasti sedikit pemahaman covid sehingga banyak ketakutan kita yang akhirnya dengan protokol ketat dan lain lain. Nah berbeda keadaan si pasien dan keluarga banyak tidak tahunya, bahkan dampaknya, sehingga ketika kita menerangkan dari sisi kita menyampaikan bahaya tapi dari sisi pasien dan keluarga tidak bisa menerima. Ini memerlukan penjelasan yang panjang kali luas kali lebar untuk meyakinkan atau memberitahukan dampak-dampaknya. Nah di lain pihak dari pemerintah sendiri dengan memberikan aturannya dengan kriteria kalau ada satu pasien segala macam, itu menjadi polemik ketika kita mesti menyampaikan dan sering ditolak oleh keluarga. Terkadang sampai bawa bawa pengacara lah, bawa pejabat lah, dan lain lain. Jadi kesulitannya bukan hanya sekadar menghadapi pasien danketidaktahuan kita terhadap penyakitnya, tapi menghadapi keluarganya dan menghadapi orang orang di belakang keluarganya. Ketika regulasinya waktu itu belum jelas, dengan pasien kita yang banyak dan memang kesiapan rumah sakit belum memadai ya kita rujuk. Pada yang sekarang kalau artinya ketika sudah siap ya kita terima. Komunikasi di kalangan para dokter dengan sesama dokter, atau dari dokter dengan para NAKES ini ternyata juga mempengaruhi komunikasi dengan pemimpin dan manajemen yang akan diuraikan di bagian 4.4.4 nanti.

Deviasi etika komunikasi, yang berdasarkan komunikasi terapeutaetik itu, beralih kepada komunikasi bermedia. Situasi ini sebenarnya telah menggambarkan terjadinya deviasi dalam etika komunikasi. Seperti hasil riset Hayry berjudul *The COVID-19 Pandemic: Healthcare Crisis Leadership as Ethics Communication*, dia menjelaskan bahwa reaksi pemerintah terhadap krisis seperti pandemi COVID-19 dapat dilihat sebagai etika komunikasi. Pemerintah dapat mengatasi penyakit ini dan dengan demikian mengurangi dampak kesehatan masyarakat yang merugikan, meskipun dengan penyimpangan sebagaimana dijelaskan oleh Walter Benyamin dan didukung oleh pendapat Fiedler karena kepemimpinan

situasional. Hayry menjelaskan hasil pengamatan di negara Swedia dan Finlandia menunjukkan perbedaan dalam cara yang layak untuk mengkomunikasikan kebijakan yang dipilih kepada warga. Swedia mengambil strategi kekebalan kawanan dengan argumen utilitarian kesehatan yang mudah dikomunikasikan pada orang Swedia. Sedangkan Finlandia memilih strategi PSBB. Baik Swedia dan Finlandia sulit mengkomunikasikan hal tersebut karena bertentangan dengan prinsip dasar demokrasi liberal. Pendapat Hayry ini didukung oleh riset Kristian Bjørkdahl dan Benedicte Carlsen. Dalam »Uncertainty and Immunity in Public Communications on Pandemics dalam bunga rampai *Pandemics, Publics, and Politics: Staging Responses to Public Health Crises*« Kristian menjelaskan apa yang terjadi di Australia dan Skotlandia tentang keterlibatan publik dengan pandemi influenza 2009 dan membahas implikasi komunikasi pada wabah penyakit menular yang lebih baru, termasuk Ebola dan Zika. Kesimpulan Kristian menunjukkan bahwa bagaimana pesan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencapai keseimbangan peringatan dan kepastian yang bisa diterapkan dan membelokkan masalah kepercayaan pada pakar dan sains sehingga kehidupan masyarakat yang idealpun dapat terealisasi.

Pastikan pasien memahami apa yang dikatakan, berbagi perasaan- membantu pasien untuk berbagi perasaan dengan mengamati dan mendorong komunikasi; gunakan sentuhan - memberikan rasa kepedulian dengan memegang tangan pasien; gunakan keheningan - hal ini berguna untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk berpikir dan mendapatkan wawasan tentang situasi yang terjadi. mendengarkan sangat penting. Ketiga, komunikasi kelompok kecil- interaksi yang terjadi ketika sejumlah kecil orang bertemu dan berbagi tujuan yang sama. Ini juga tidak terjadi. Keempat, komunikasi intrapersonal- di mana dalam kondisi pandemic baik dokter, NAKES, maupun pasien, telah kehilangan atau defisiensi psikologis sehingga tidak komunikasi yang kuat dengan dirinya sendiri. Termasuk, kelima, komunikasi public antara pihak organisais, RS mengurangi interaksi dengan audiens .

Situasi deviasi etika komunikasi terapeutik tersebut di atas dibenarkan oleh Prof. secara komunikasinya sangat sangat terbatas dan ini menyiratkan pertolongan pertama tanpa komunikasi dengan melakukan komunikasi gerak tubuh atau dengan data-data objektif lain dari pemeriksaan darah dan sebagainya sehingga berdasarkan diagnosis yang tadi, prosedur anamnesis yaitu dilampauai atau dilompati itulah yang berbeda. Pelayanan medis dekoratif pada saat itu dikenal source capacity. Terjadi lonjakan kapasitas karena menular dengan masa inkubasi tertentu yang menyebabkan rumah sakit hampir diseluruh dunia tidak siap karena memang situasinya berbeda. Dalam kesehatan disebut kalau belum sampai ke arah pandemi ada yang namanya kesehatan matra. Kesehatan matra itu adalah perubahan singkat dari satu kumpulan manusia yang cukup banyak yang memerlukan satu adaptasi atau adjustment penanganan manusia yang berkumpul dalam waktu singkat. Ketika terjadi satu kondisi yang di mana ada yang mengancam nyawa, di situ akan berubah yang mirip dengan kesehatan matra tapi diisi oleh orang-orang sakit yang pada saat itu tenaga kesehatan atau penolong dan sebagainya juga khawatir untuk mampu tertular. Konteks covid ini karena belum tahu mekanisme pato fisiologisnya kecuali ada krisis sitokin dan pada akhirnya juga ada gangguan pembuluh darah, pembekuan dan sebagai mekanisme itu yang menyebabkan akhirnya kita hanya menangani kegawatdaruratan untuk pernapasannya itu diperlukan ICU banyak yang menyebabkan penanganan medis bersumber pada penanganan ICU yang memerlukan ventilator oksigen dan sebagainya dan kaskade kebawahnya selain ventilator ada high level HFNC atau apa gitu High Canul juga menyebabkan problematika rumah sakit yang mengubah betul layanan medisnya yang IGD diperluas sehingga itu masalahnya. Kemudian cara berpikirnya semua dalam kondisi emergency sehingga hampir yang elektif tertinggal/ terkesampingkan/ ditunda yang sifatnya operasi elektif itu bisa ditunda tapi yang tidak gawat darurat yang lain yang non covid juga di screen. Pokok utama

perubahan pelayanan kesehatan itu ada disitu sehingga kesehatan ditambahkan beban untuk memperhatikan keselamatan diri dan pada keluarga, ada beban khusus dengan APD dan sebagainya dengan kebersihan diri. Di lain sisi dia harus juga melayani pasien gawat darurat yang bisa meninggal di depan matanya sendiri.

MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN KETIGA. MENELAHAH KONTROVERSI KEBIJAKAN PUBLIK DARI PEMERINTAH TERHADAP BERBAGAI TINDAKAN MEDIS PADA RS MENTENG MITRA AFIA SELAMA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021. Hasil penelitian, dan penelusuran tentang kebijakan public Pemda DKI Jakarta selama masa pandemic covid, Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan dan jajarannya mengeluarkan sejumlah regulasi terkait Corona Virus Disease 2019 atau COVID-19 selama masa Pembatasan Sosial Berskala Besar . Aturan yang dikeluarkan diterapkan untuk banyak sektor, seperti kesehatan, transportasi, penanganan jenazah, hingga urusan pernikahan di masa pandemi. Menurut Anies Baswedan pertama kali mengumumkan bahwa PSBB akan diterapkan di Ibu Kota pada 7 April 2020. Aturan tersebut kemudian mulai efektif berlaku di DKI Jakarta sejak Jumat 10 April 2020. Beberapa regulasi yang dikeluarkan setelahnya juga merupakan turunan dari aturan pemerintah pusat. Dihitung selama PSBB, terdapat 53 regulasi berupa peraturan gubernur, keputusan gubernur, surat edaran dinas dan lain-lain. Inilah yang disebut »kebijakan public«.

Ada berbagai definisi analisis kebijakan publik yang diberikan oleh analisis publik. Robert Eyestone mendefinisikan kebijakan publik sebagai »hubungan unit pemerintah dengan lingkungannya«. Menurut David Easton »Kebijakan publik adalah alokasi nilai-nilai otoritatif bagi seluruh masyarakat«. Thomas Dye mendefinisikan Public Policy sebagai »Apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan«. Kebijakan publik secara umum dapat didefinisikan sebagai sistem undang-undang, tindakan pengaturan, tindakan dan prioritas pendanaan mengenai topik tertentu yang diumumkan oleh entitas pemerintah atau perwakilannya. Topik kebijakan publik, yang terdiri dari berbagai rencana, program dan skema, berasal dari Konstitusi dan sangat relevan dengan pemerintahan, karena proses pengambilan keputusan bersama merupakan kunci untuk memecahkan masalah publik. Asal usul disiplin kebijakan publik, yang merupakan salah satu sarana paling menonjol yang digunakan pemerintah untuk menjaga ketertiban dan memenuhi kebutuhan warga negaranya menurut konstitusi, adalah dari realisasi fakta bahwa menjalankan negara membutuhkan kebutuhan yang baik dan arah tindakan.

Sebagaimana diketahui bahwa paling tidak tercatat 8 Wacana dan Kebijakan Kontroversial di tengah pandemi Corona. Wacana darurat sipil. Isu mengenai penerapan darurat sipil sempat mengemuka. Saat rapat dengan Gugus Tugas Penanganan Covid-19, Senin 30 Maret 2020, Jokowi mengungkapkan dirinya telah meminta penerapan kebijakan pembatasan socila berskala besar dengan tegas dan disiplin serta perlu didampingi kebijakan darurat sipil. Pernyataan Jokowi menimbulkan prokontra. Banyak pihak yang menilai darurat sipil tidak tepat dilakukan dalam menangani pandemi. Menjawab polemik, akhirnya Jokowi mengatakan darurat sipil hanya opsi dan tidak diberlakukan sekarang. Perppu Corona. Presiden Jokowi menerbitkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Covid-19 atau Perppu Corona. Perppu ini menuai banyak protes. Karena jika Perppu disetujui, ada banyak pasal dalam sejumlah UU yang tidak berlaku. Pasal 27 termasuk salah satu yang disorot karena dianggap memberikan imunitas bagi pejabat dalam mengeluarkan kebijakan anggaran untuk Covid-19. Banyaknya protes tidak menghambat lanjut pengesahan Perppu itu menjadi UU.

Larangan Mudik. Kebijakan pelarangan mudik Lebaran untuk mencegah penyebaran virus Corona sempat menjadi polemik. Walau banyak yang menilai terlambat, Presiden

akhirnya menyatakan melarang masyarakat untuk mudik pada 24 April 2020 hingga Mei 2020. Sebagai legalitas pelarangan, pemerintah mengeluarkan Permenhub 25 Tahun 2020 yang mengatur tentang pengendalian transportasi darat, laut, dan udara pada masa pandemi. Kebijakan pelarangan mudik membingungkan menyusul keluarnya Surat Edaran dari Gugus Tugas Penanganan Covid yang mengizinkan perjalanan orang dengan kriteria dan syarat tertentu dengan mengantongi sejumlah izin. Untuk mencegah polemik berkepanjangan, Ketua Gugus Tugas Doni Monardo pada 6 Mei 2020 menegaskan tidak ada perubahan peraturan mudik. Pemerintah dikatakannya tetap melarang mudik. Aturan soal Ojek Online. Pengaturan tentang boleh tidaknya ojek online sempat menjadi polemik. Pemicunya, adanya dua aturan yang tidak sinkron. Dalam Permenkes Nomor 9 Tahun 2020. Dalam salah satu pasal dalam Permenkes, ojek online hanya boleh beroperasi mengangkut barang, bukan orang. Namun tidak lama kemudian, muncul Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 18 Tahun 2020 tentang Pengendalian Transportasi dalam Rangka Pencegahan Penyebaran Covid-19. Aturan yang terbit 9 April 2020 tersebut pada intinya memperbolehkan Ojol mengangkut penumpang. Kebijakan tersebut tertuang dalam Peraturan Menteri Perhubungan Nomor 18 Tahun 2020. Tepatnya, pada Pasal 11 ayat 1 huruf d yang berbunyi: »Dalam hal tertentu untuk melayani kepentingan masyarakat dan untuk kepentingan pribadi, sepeda motor dapat mengangkut penumpang dengan ketentuan harus memenuhi protokol kesehatan sebagai berikut: menggunakan masker dan sarung tangan, dan tidak berkendara jika sedang mengalami suhu badan di atas normal atau sakit. Usia di bawah 45 Tahun boleh beraktivitas. Ketua Gugus Tugas Penanganan Covid-19, Doni Monardo pada 11 Mei 2020 melontarkan pernyataan yang menarik perhatian luas. Doni mengatakan masyarakat yang berusia di bawah 45 tahun masih bisa beraktivitas meski kondisi pandemi Corona belum berakhir. Menurut dia, usia tersebut merupakan kelompok muda yang memiliki fisik sehat dan mobilitasnya tinggi. «Rata-rata kalau toh mereka terpapar, mereka belum tentu sakit. Mereka tidak ada gejala. Kelompok ini tentunya kita berikan ruang untuk bisa beraktivitas lebih banyak lagi, sehingga potensi terkapar karena PHK akan bisa kita kurangi, » kata Doni saat itu. Kebijakan tersebut pun menuai kontroversi. Membiarkan orang bekerja di masa pandemi dinilai membahayakan. Sebab saat itu pandemi belum menunjukkan tanda-tanda akan mereda. Kritik, salah satunya disampaikan oleh Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia yang menyatakan sesuai dengan protokol Organisasi Kesehatan Dunia mengenai pencegahan Covid-19, hal utama yang harus dilakukan adalah menghindari berkerumun. Menurut dia, pemerintah membuat banyak kelonggaran termasuk di area yang sudah menerapkan pembatasan sosial berskala besar. Salah satu contohnya, kebijakan yang tetap mengizinkan perusahaan tetap beroperasi sehingga buruh tetap bekerja di tengah pandemi Corona. Hal itu berdampak terhadap banyak buruh yang dilaporkan meninggal dunia dan positif Covid-19. Mereka yang terdampak ada yang berusia di bawah 45 tahun. «Dengan kata lain, usia 45 tahun ke bawah bukan jaminan kebal dengan corona, » kata Iqbal. Berdamai dengan Corona. Pada 8 April 2020, Keputusan Gubernur Nomor 378 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit COVID-19. Pada 9 April 2020, 2. Instruksi Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Kesiapsiagaan Rumah Sakit Umum Daerah atau Rumah Sakit Khusus Daerah, Puskesmas, dan UPT dalam Penanggulangan Wabah COVID-19. Keputusan Gubernur Nomor 380 Tahun 2020 tentang Pemberlakuan PSBB dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.

Standar Operasional prosedur pengawasan penerapan PSBB di tempat kerja melalui Keputusan Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Energi Provinsi DKI Jakarta Nomor 721 Tahun 2020. Pada 13 April 2020 - Penetapan mekanisme perpanjangan masa berlaku dokumen izin tertentu di bidang kesehatan dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Provinsi DKI Jakarta Nomor 17/SE/2020. Surat Edaran Kepala Badan Kepegawaian Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 22 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Bekerja Dari Rumah bagi Pegawai di Lingkungan Pemerintah Provinsi DKI selama masa PSBB. Pada 16 April 2020 - Instruksi Sekretaris Daerah Nomor 33 tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta. Pelaksanaan WFH bagi pegawai di Dinas Kesehatan DKI Jakarta di masa PSBB melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 68 Tahun 2020. Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 386 tahun 2020 tentang Penerima Bantuan Sosial bagi Penduduk yang Rentan Terhadap Covid-19 dalam Pemenuhan Kebutuhan Pokok Selama Pelaksanaan PSBB di Jakarta. Pada 17 April 2020 - Pembatasan operasional kapal di perairan Provinsi DKI Jakarta pada masa status darurat bencana wabah COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Perhubungan Provinsi DKI Jakarta Nomor 2 Tahun 2020. Petunjuk teknis pelaksanaan PSBB aktivitas bekerja di tempat kerja/kantor melalui Keputusan Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi Dan Energi Provinsi DKI Jakarta Nomor 837 Tahun 2020. Pada 19 April 2020 - Keputusan Kepala Gugus Tugas Nomor 17A Tahun 2020 Tentang Perubahan atas Keputusan Kepala Gugus Tugas COVID-19 Nomor 16 Tahun 2020 tentang Uraian Tugas, Struktur Organisasi, Sekretariat, dan Tata Kerja Pelaksana Gugus Tugas Percepatan dan Penanganan COVID-19. Pada 20 April 2020 - Mekanisme pelayanan administrasi kependudukan selama PSBB melalui Surat Edaran Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Nomor 15 Tahun 2020. Pada 21 April 2020 - Penetapan buku saku penyelenggaraan rumah isolasi bersama COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 319 Tahun 2020. Pedoman Rukun Tetangga /Rukun Warga dalam Menanggulangi Penyebaran COVID-19 di DKI melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 320 Tahun 2020. Pada 22 April 2020 - Keputusan Gubernur Nomor 412 Tentang Perpanjangan Pemberlakuan Pelaksanaan PSBB Dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta. Keputusan Gubernur No 414 Tentang Perpanjangan Status Tanggap Darurat Bencana COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.

Memperpanjang masa PSBB di wilayah DKI Jakarta dengan fokus pada penegakan hukum melalui Peraturan Gubernur Nomor 33 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta. Pada 24 April 2020 - Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2020 tentang Penghapusan Sanksi Administrasi Pajak Daerah Selama Status Tanggap Darurat Bencana COVID-19. Penggunaan Rapid Test COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 76 Tahun 2020. Pada 26 April 2020 - Panduan menu makan bagi masyarakat dalam upaya pencegahan COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 70 Tahun 2020. Pada 27 April 2020 - Tata cara pelaksanaan pelayanan administrasi kependudukan dalam masa PSBB melalui Keputusan Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi DKI Jakarta Nomor 23 Tahun 2020. Pada 28 April 2020 - Penetapan kalender pendidikan tahun pelajaran 2020/2021 melalui Keputusan Kepala Dinas Pendidikan Provinsi DKI Jakarta Nomor 467 Tahun 2020. Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial bagi tenaga kesehatan dan tenaga penunjang dalam penanganan pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 78 Tahun 2020. Penyelenggaraan peninjauan lapangan selama masa darurat COVID-19 melalui Instruksi Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 53 Tahun 2020. Penggunaan dan manajemen alat pelindung diri COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 79 tahun 2020. Pada 30 April 2020 - Tata cara perencanaan belanja tidak terduga dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 333 Tahun 2020. Program Kolaborasi Sosial Berskala Besar melalui Instruksi Sekretaris Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 35 Tahun 2020.

Pada 1 Mei 2020 - Peraturan Gubernur Nomor 47 Tahun 2020 Pembatasan kegiatan berpergian keluar dan/atau masuk Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19. Pada 6 Mei 2020 - Pembatasan perjalanan orang dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 melalui Surat Edaran Kepala Gugus Tugas Nomor 4 Tahun 2020. Pada 11 Mei 2020 - Pelaksanaan pelayanan keluarga berencana dan pelayanan KB pasca persalinan di layanan primer melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 83 tahun 2020. Pelaksanaan layanan calon pengantin di layanan primer selama pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 84 tahun 2020. Pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak selama pandemi melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 85 tahun 2020. Pada 13 Mei 2020- Surat keterangan kewaspadaan kesehatan bagi orang yang melakukan perjalanan dalam masa pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 87 tahun 2020. Pada tanggal 15 Mei 2020 - Seruan Bersama Tanggal 15 Mei 2020 Nomor C 0.88/DP-PXI/V/2020 2.475/SB/DMI-DKI/V/2020 Terkait Pelaksanaan Shalat Idul Fitri 1440 Hijriah. Kebijakan dibuat atas nama »publik«. Kebijakan umumnya dibuat atau diprakarsai oleh pemerintah, Kebijakan ditafsirkan atau dilaksanakan oleh sektor publik dan swasta, Kebijakan adalah apa yang ingin dilakukan oleh pemerintah. Kebijakan adalah apa yang dipilih oleh pemerintah untuk tidak dilakukan.

Semua kebijakan tersebut di atas mengandung Sifat Kebijakan Publik. Kebijakan publik dapat mencakup sebagian besar kegiatan pemerintah, dan mungkin sempit, terfokus pada kegiatan tertentu atau luas, berfokus pada kegiatan yang lebih umum. Setiap tingkat pemerintahan mungkin memiliki kebijakan spesifik dan umum. Meskipun setiap kebijakan mengandung tujuan atau sasaran yang pasti, mereka mungkin menghasilkan hasil yang diantisipasi atau tidak. Pembuatan kebijakan terkait erat dengan pengambilan keputusan tetapi tidak sama dengan yang terakhir. Umumnya, keputusan dibuat oleh administrator dalam kerangka kebijakan yang ada. Menurut Anderson, »Keputusan kebijakan dibuat oleh pejabat publik yang mengesahkan atau memberikan arahan dan konten untuk tindakan kebijakan publik.

Substantif – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat. Regulatif – berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll. Distributif - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat. Redistributif – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi. Kapitalisasi – Di bawah jenis kebijakan ini, pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya. Secara umum, 5 jenis kebijakan public di atas telah dikeluarkan oleh Presiden RI, yang diatur dalam Perppu sebagai berikut. Tambahan belanja APBN 2020 senilai Rp 405,1 triliun Jokowi menyatakan pemerintah memutuskan untuk menambah anggaran belanja dan pembiayaan APBN 2020 untuk penanganan Covid-19 sebesar Rp 405,1 triliun. Penambahan anggaran tersebut dialokasikan untuk sejumlah sektor, yakni: untuk belanja bidang kesehatan dialokasikan Rp 75 triliun untuk anggaran perlindungan sosial dialokasikan Rp110 triliun untuk insentif perpajakan dan stimulus Kredit Usaha Rakyat dialokasikan Rp 70,1 triliun untuk pembiayaan program pemulihan ekonomi nasional, termasuk restrukturisasi kredit serta penjaminan dan pembiayaan dunia usaha, khususnya UMKM, dialokasikan Rp 150 triliun.

Prioritas anggaran di bidang kesehatan Sesuai dengan keterangan Jokowi, pembelanjaan anggaran Rp75 triliun di bidang kesehatan akan diprioritaskan untuk pemenuhan sejumlah keperluan, yakni: perlindungan tenaga kesehatan, terutama pembelian Alat Pelindung Diri pembelian alat-alat kesehatan seperti test kit, reagen, ventilator, hand sanitizer dan lainnya upgrade 132 rumah sakit rujukan Covid-19, termasuk Wisma Atlet insentif dokter, perawat dan tenaga rumah sakit . santunan kematian tenaga medis Rp300 juta penanganan

permasalahan kesehatan lainnya. Prioritas anggaran untuk perlindungan sosial Menurut Jokowi, pemerintah akan memprioritaskan alokasi anggaran untuk perlindungan sosial saat pandemi corona ke sejumlah program, seperti Program Keluarga Harapan, Kartu Sembako, Kartu Prakerja, hingga keringanan tarif listrik. Rinciannya ialah: jumlah penerima manfaat PKH ditambah dari 9,2 juta menjadi 10 juta keluarga jumlah penerima manfaat Kartu Sembako juga ditambah dari 15,2 juta menjadi 20 juta orang pembebasan biaya listrik 3 bulan untuk 24 juta pelanggan listrik 450 VA dan diskon 50 persen untuk 7 juta pelanggan 900 VA. anggaran Kartu Prakerja dinaikkan dari Rp10 triliun menjadi Rp20 triliun untuk 5,6 juta orang yang terkena PHK, pekerja informal dan pelaku usaha mikro dan kecil. Penerima manfaat program ini akan menerima insentif pascapelatihan Rp 600 ribu, dengan biaya pelatihan 1 juta. dukungan logistik sembako dan kebutuhan pokok senilai Rp25 triliun. Baca juga: Mekanisme Pemberian Tarif Listrik Gratis Diskon Selama Tiga Bulan

Prioritas anggaran untuk insentif dunia usaha Pemerintah memberikan sejumlah insentif sebagai stimulus ekonomi untuk para pelaku UMKM dan dunia usaha, yang berupa: penggratisan PPh 21 untuk pekerja sektor industri pengolahan dengan penghasilan maksimal Rp200 juta pembebasan PPN impor bagi para Wajib Pajak Kemudian Impor Tujuan Ekspor, terutama KITE dari kalangan industri kecil dan menengah, pada 19 sektor tertentu pengurangan tarif PPh sebesar 25 persen bagi para Wajib Pajak Kemudian Impor Tujuan Ekspor, terutama industri kecil menengah, pada sektor tertentu percepatan restitusi PPN bagi 19 sektor tertentu untuk menjaga likuiditas pelaku usaha penurunan tarif PPh Badan dari 25 persen menjadi 22 persen penundaan pembayaran pokok dan bunga untuk semua skema KUR yang terdampak COVID-19 selama 6 bulan.

Hal ini membuat pihak RS juga tidak dapat memenuhi tuntutan public. Menurut Dr. Licht.... kebijakan yang sejatinya tidak dapat dipenuhi oleh pihak rumah sakit misalnya nah di awal awal itu sebenarnya yang menjadi kendala terbesar adalah terkait dengan apd di mana rumah sakit harus menyediakan APD ya seperti misalnya hazmat kemudian masker n95 handspoon, yang pada saat itu karena karena orang ketakutan masyarakat umum nonmedis pun juga membeli gitu ya dan ketersediaannya menjadi langka gitu untuk rumah sakit, jadi ini salah satu kebijakan di mana sebenarnya PPI ini jadinya ya pencegahan pengendalian infeksi di mana kita tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dari apd gitu seperti itu nah kemudian juga kebijakan misalnya yang mewajibkan bahwa ruang icu ruang isolasi untuk covid itu sebaiknya bertekanan negatif gitu, di situ kita enggak mungkin banget bertekanan negatif, karena memang untuk menempatkan suatu ruangan menjadi tekanan negatif itu harus ada alatnya satu gitu kan ya nah alat itu didapatkan juga enggak mudah dan itu kan juga membutuhkan dana yang yang besar ya jadi itu salah satu kebijakan kebijakan yang kita tidak mampu kita penuhi di awal awal ya di awal awal kejadian pandemik Lanjut dr. Yudha bahwa ... terkait kebijakan yang kontroversi, saat itu misalnya ketika pasien terkonfirmasi tidak boleh ada penunggu pasien, tetapi karena keterbatasan tenaga kesehatan, mau enggak mau kita harus ya berkompromi dengan kondisi pada saat itu. Rumah sakit berimprovisasi dengan apa adanya kondisi di lapangan, tapi tetap mengikuti kaidah scientific yang berlaku. Dalam katalain kita menyesuaikan, contohnya tentang penggunaan APD, saat itu jadi rekomendasi kalau disposable enggak bisa. Namun karena sulit didapatkan dan harganya mahal, keadaan ini membuat kita cari cara lain. Kita cari bukti z-nya dari jurnal, apakah ini bisa di reuse sampai tujuh kali dengan cara perlakuan sterilisasi. Memang ini kebijakan yang kontroversi, tapi kita berusaha untuk tetap mencari pembenarannya secara scientific seperti apa dan tentunya berhati-hati terhadap berita hoaks yang beredar.

Kalau dari manajemen, menurut saya memang masih kurang, artinya kalau dibahasakan pelanggaran yang terjadi adalah kurangnya sosialisasi dari manajemen ke pihak internal

rumah sakit. Internal rumah sakit ini dalam hal ini siapa? Menurut saya misalnya bagian yang bertanggung jawab dalam penerimaan barang-barang donasi, baik itu obat ataupun APD.

Untuk tenaga SDM tadi kita mengimprovisasi dengan jam kerja yang kita tambahkan dengan tenaga yang terbatas. Walaupun tadi memang sedikit melanggar ketentuan jam kerja dari Disnaker. Dengan tetap berpegang teguh pada prinsip menjaga keselamatan pasien, menjaga mutu rumah sakit dan sebagainya itu yang menjadi dasar hitam dalam melakukan kreativitas atau mengambil kebijakan lokal di lapangan saat itu. Kemudian untuk sarana prasarana kita benar-benar mengerahkan segala informan.

MENJAWAB TUJUAN KEEMPAT. MENGENAL RESPON KEPIMPINAN DAN KOMUNIKASI DARI PIMPINAN DAN TENAGA MEDIS DI RS MENTENG MITRA AFIA TERHADAP KEBIJAKAN PUBLIK DI MASA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021.

Meskipun diskusi kebijakan perawatan kesehatan yang berat ini melebihi ruang lingkup ulasan ini, beberapa contoh tentang masalah keadilan distributif yang ditemui di rumah sakit dan praktik rumah sakit perlu disebutkan. Ini termasuk alokasi sumber daya yang langka, perawatan pasien yang tidak diasuransikan, dan alokasi waktu untuk kunjungan rawat jalan. Mungkin sulit, dan meskipun banyak kekuatan yang membatasi, dokter harus menerima persyaratan keadilan yang terkandung dalam prinsip ini. Keadilan kepada pasien mengambil peran yang sangat penting ketika ada konflik kepentingan. Contoh mencolok dari pelanggaran prinsip ini adalah ketika pilihan pengobatan tertentu dipilih daripada yang lain, atau obat yang mahal dipilih daripada yang sama efektifnya tetapi lebih murah karena menguntungkan dokter, secara finansial, atau sebaliknya.

Sebagian besar studi tentang efektivitas peraturan sebagaimana diuraikan sebelumnya ini, berfokus pada implementasi masalah yang berasal dari berbagai mekanisme penegakan hukum. Secara umum, literatur yang ada mengenai efektivitas kebijakan regulasi telah menemukan bahwa kekuatan pemerintah harus berada di belakang sebuah kebijakan agar dapat agar kebijakan tersebut dapat berjalan dengan baik. Literatur ini telah menemukan tiga aturan praktis.

Pertama, peraturan perintah dan kontrol hanya akan berhasil jika penegakan hukumnya memadai. Sebagai contoh, batas kecepatan di jalan raya akan lebih efektif jika ada polisi yang menegakkannya. Kedua, kebijakan informasi akan berhasil jika masyarakat memperhatikannya, yang seringkali mengharuskan pemerintah untuk secara aktif mendistribusikan dan, jika perlu, memperbarui informasi. Ketiga, insentif akan berhasil jika jumlahnya cukup besar. Untuk efektivitas maksimum, hal ini mengharuskan pemerintah mengeluarkan insentif untuk memantaunya secara ketat dan memperbaruinya sesuai kebutuhan agar insentif tersebut tetap cukup besar. Sebagian besar penelitian yang ada mengenai efektivitas peraturan berfokus pada hubungan antara implementasi, penegakan, dan keberhasilan kebijakan. Kebijaksanaan konvensional adalah bahwa jika suatu menggunakan kebijaksanaannya dan memutuskan untuk menerapkan dan menegakkan peraturan dengan benar, maka akan lebih berhasil. Idealnya, pembuat kebijakan harus menggunakan cara atau metode yang tidak terlalu mengganggu untuk mendorong vaksinasi sukarela COVID-19 sebelum mempertimbangkan vaksinasi wajib. Dengan kata lain, mandat harus dipertimbangkan saja setelah orang diberi kesempatan untuk divaksinasi secara sukarela dan/atau setelah ada cukup alasan percaya bahwa ini saja tidak akan cukup untuk mencapai tujuan sosial atau kelembagaan yang penting. Upaya harus dibuat untuk menunjukkan risiko kesehatan dari tidak divaksinasi dan manfaat dan keamanan vaksin untuk penerimaan terbesar dari vaksinasi. Sejumlah pertimbangan etis harus didiskusikan secara eksplisit dan ditangani melalui analisis etis ketika mengevaluasi apakah vaksinasi COVID-19 wajib merupakan suatu pilihan kebijakan yang dapat dibenarkan secara etis. Seperti halnya kebijakan kesehatan masyarakat lainnya, keputusan tentang vaksinasi wajib harus didukung

oleh bukti terbaik yang tersedia dan harus dilakukan secara sah pengambil keputusan secara transparan, adil, adil dan tidak diskriminatif serta melibatkan masukan dari pihak yang terkena dampak.

1. Situasi 1 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.
2. Situasi 2 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin WEAK
3. Situasi 3 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.
4. Situasi kedua, situasi DI SAAT PANDEMI, ini adalah situasi »sangat tidak menguntungkan
5. Situasi 7 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.
6. Situasi 8 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK.

Pertanyaannya adalah gaya komunikasi pemimpin seperti apakah untuk merespons situasi pandemic itu? Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa situasi sebelum pandemic, adalah situasi yang paling menonjol adalah SITUASI 3; di mana relasi pemimpin dengan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin STRONG. Artinya, dilihat dari sisi tugas dan fungsi maka semua TUPOKSI pada semua unit kerja di RS Menteng Mitra Afia. bekerja maksimal, baik dalam layanan administrasi RS umum dan klinik, termasuk layanan klinik kepada pasien yang dirawat tergolong baik . Data dari laporan RS Menteng Mitra Afia. menunjukkan bahwa kinerja RS, kinerja dokter, kinerja NAKES sebelum pandemic dapat mencapai angka efektivitas 80% sampai dengan 90%.

Situasi 7 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG. Artinya, posisi pemimpin di saat ini STRONG mengatur organisasi namun dia harus mengalami kerentanan relasi antara pemimpin dan manajemen pada pelbagai level pimpinan di RS Menteng Mitra Afia. , antara sesama dokter sejawat, antara dokter dengan NAKES, antara dokter atau NAKES dengan pasien dalam situasi relasi POOR, atau »miskin« berkomunikasi. Ini karena semua kerjaan di RS mengikiti program »pembatasan« yang sangat ketat, yang pada gilirannya komunikasi personal tatap muka baik secara verbal maupun nonverbal tidak berlangsung efektif, tidak saja karena pembatasan jarak tetapi frekuensi komunikasi juga sangat dibatasi. Para dokter tidak leluasa lagi berkomunikasi langsung dengan sesama dokter atau NAKES untuk membahas tugas pokok kedokteran seperti konsul status pasien dll. Para dokter atau NAKES juga tidak berkomunikasi langsung dengan pasien . Pembatasan komunikasi personal ini diperisai oleh masker, SWAB dan syarat-syarat steril lainnya. Artinya cara dan teknik komunikasi teraupatik seperti mendengarkan, meraba, menyentuh, mengelus pasien tidak diperkenankan. Sebagian besar tugas menjadi UNSTRUCTURED, artinya tidak sesuai lagi dengan »tupoksi« karena kuat dipengaruhi oleh situasi »ketegangan« dan »kecemasan« selama pandemic. Karena sejatinya dokter atau NAKES, sesuai dengan tugas dan fungsi professional harus »memeriksa« pasien.

Situasi 8 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK. Selama pandemic, relasi manajemen atau pemimpin yang sebelumnya STRONG menghadapi anggota yang sudah menjalankan tugas yang UNSTRUCTURED, berubah menjadi POOR. Di mana komunikasi antar personal, komunikasi teraupatik melalui tindakan komunikasi medis sangat berkurang, miskin komunikasi, apalagi menghadapi situasi tugas pokok dan fungsi yang dikerjakan baik oleh dokter, NAKES, atau dengan pihak lain yang berurusan dengan RS yang UNSTRUCTURED. Baik situasi 7 maupun situasi 8, keadaan UNSTRUCTURED itu dipicu oleh tingkat ketersediaan sarana dan prasarana, SDM dan

proses atau prosedur layanan yang mengikuti regulasi kebijakan public. Dr. Yudha. Kalau dari manajemen, menurut saya memang masih kurang, artinya kalau dibahasakan pelanggaran yang terjadi adalah kurangnya sosialisasi dari manajemen ke pihak internal rumah sakit. Internal rumah sakit ini dalam hal ini siapa? Menurut saya misalnya bagian yang bertanggung jawab dalam penerimaan barang-barang donasi, baik itu obat ataupun APD. Misalkan ke farmasi bagian atau unit farmasi ataupun frontline, atau misalnya IGD atau dokter dan perawat IGD, bahkan sekuriti ataupun front office kita kurang sosialisasi. Kedua mengenai rasa tanggung jawab, artinya ketika ada tamu pihak luar yang datang, mungkin tahu alurnya tapi karena kesibukan dan sebagainya terjadi »Oh ya udah ini saya titip ini titip si A si B si C«, ketika kemarin sudah terinfo di grup, namun ketika manajemen menanyakan »barang yang dari lembaga A mana?« malah »oh enggak tahu dok«. Nah ini bisa dilihat sebagai pelanggaran. Dari manajemen kurang sosialisasi, mungkin alurnya perlu diingatkan lagi karena memang donasi pada saat itu menjadi satu hal yang krusial dan yang kedua adalah rasa tanggung jawab teman-teman pelaksana di lapangan

Kalau bukan clinical path way mungkin agak ribet dan sulit, semacam internal memo atau internal memo klinis yang ditujukan untuk para klinisi terutama yang merawat, mungkin tidak hanya paru tapi juga penyakit dalam yang membantu saat itu. Jadi selalu di refresh atau dituliskan dari manajemen, kemudian disebar ke komite medik. Kemudian komite medik melakukan sosialisasi. Dari manajemen hard copy berkasnya diletakkan di ruang perawatan sebagai berkas. Karena memang kondisi pandemi kita mau cepat supaya di rumah sakit untuk tata kelola pasien itu biar lebih cepat dapat update-nya. Intinya saat pandemi kita benar-benar mem-bypass seluruh pertemuan offline, jadi diganti online by WA BLAST, grup komunikasi Whatsapp tuh udah makanan sehari-hari. Dr. Arif. Waktu menyampaikannya saya komunikasi langsung itu dengan ini para manajer langsung ya pada direktur langsung, namun kembali keputusan kami menyampaikan juga harus membawa dasar. Dasar itu yang kami bawa saat awal-awal seperti panduan dari perhimpunan baru awal dinyatakan sebagai KLB. Ada panduan apa pun ya kita ambil dari yang panduan ada di perhimpunan seperti apa, namun kesulitannya adalah meyakinkan kesiapan manajemen, kesiapan rumah sakit dalam hal ini manajemen untuk memutuskan apakah kita menyiapkan, karena pada saat itu kan pemerintah belum menginstruksikan secara langsung kan berapa persen yang harus disiapkan bed-nya. Kedua juga kita belum tahu persis apakah ini akan dibayar atau tidak. Jadi waktu itu memang manajemen pasif memutuskan karena harus ada pertimbangan secara legalitas dari perhimpunan untuk standar layanannya, dan mana dari pemerintah yang mengatur tentang regulasinya. Dr. Ambun. ya komunikasinya jadi gini ya kita tetap membuka ruang untuk komite, seperti rapat komite medis rutin dok, jadi kita punya komite medis setiap bulan dan saya punya grup dengan DPJP nah di grup itulah komunikasi kita berjalan dok. sehingga ketika ada info terbaru berapa jumlah pasien itu kita infokan di dalam grup tersebut dok, terus untuk rapat memang ketika puncaknya covid kita enggak banyak rapat dokter, ketika udah melandai baru kita hidupkan lagi rapat komite medis tiap bulan. dan berjalan kita audit medis juga berjalan ya rapat pelayanan tiap minggu, jadi rabu itu jalan ya setiap rabu jalannya siapa crosscheck ke dokter Yudha ya dok ya. Dian HRD. RS MMA. komunikasinya dok pakai zoom, pakai zoom dok jadi kalau ada yang baru kita rapat pakai zoom nanti ada yang memang bisa di ruang rapat ada juga yang jika pelaksana sedang sedang di rumah yang libur atau sedang jaga mereka pakai zoom gitu. kalau pemakaian pemakaian apa namanya gaun dan lain lain itu juga awalnya memang di zoom tapi PPI mutar dok tetap gini loh caranya begini caranya gitu dari sampai sampai ke cs. sampai ke sekuriti gitu mereka turun dok jadi walaupun ada perwakilan tapi tetap dicek tetap ada ada check and riceknya dari ada laporannya dari PPI jadi kalau enggak salah untuk dengan itu ini mereka bikin laporan di setiap bulannya dilaporkan, jadi dari depan sampai ke pelayanan di dalam sampai mereka keluar pasien itu keluar lagi.

Karo Keperawatan RS MMA. komunikasinya dari manajemen itu semua terarah sih saat itu memang misalkan kayak entah dari direktornya menginstruksikan atau dari pelayanan medisnya begini begini begini, ini ya untuk di pelayanan harus seperti ini harus nanti saat pasien masuk kita harus semuanya kita screening dulu melalui ruang screening dulu gitu kan atau enggak untuk yang pasien tidak bergejala covid atau gimana ini harus ke mana dulu atau kita buka kan poli khusus yang bukan IGD, IGD sendiri yang mengarahnya bukan ke arah covid gitu. jadi saat itu langsung terpecah menjadi dua yang tadinya kita igd ya hanya satu pintu di situ, karena efek pandemi jadi kita terpecah jadi dua untuk yang membandingkan untuk membedakan untuk yang covid dan yang non-covid saat itu. nah untuk komunikasi dari manajemen ya kita yang diperintahkan karena memang harus yang seperti itu kita lalui semua kita lalui sih, dengan informasi yang mungkin dari penanggung jawab covid-nya saat itu dokter yudha sudah berkoordinasi dengan manajemen di atas yang akhirnya menginformasikan kami kami di pelaksana di lapangan jadinya kami lakukan itu tapi kalau misalkan ada terkendala, misalkan ini gimana ya ternyata ini gini gini nah itu kita kembalinya ke komunikasinya ke dokter yudha nya sebagai penanggung jawab covid gitu.

INDIKASI DEVIASI ETIKA KOMUNIKASI DALAM TINDAKAN MEDIS. Etika merupakan bagian integral dari semua bentuk komunikasi. Komunikasi sering disajikan sebagai tindakan moral. Betapa pentingnya etika komunikasi antara lain dapat ditunjukkan melalui kode profesional, termasuk kode profesi dokter, yang biasanya menentukan perilaku yang sesuai. Komunikasi etis adalah jenis komunikasi yang didasarkan pada nilai-nilai profesi tertentu, seperti jujur, ringkas, dan bertanggung jawab dengan kata-kata dan tindakan yang dihasilkan.

SDM jadi selalu terlambat masuk kerja karena selalu membutuhkan hasil SWAB yang lama berterima. Penggunaan APD dokter dan perawat berpotensi mengganggu komunikasi personal atau organisasi kepada semua terkait. Penggunaan APD NAKES dengan durasi yang terlalu lama dari yang seharusnya Kesulitan APD dengan penggunaan masker n95 berulang, hazmat diganti dengan jas hujan.

Pasien tidak menuntut apa bila tertular Covid – 19. Pasien tidak mampu mandiri geriatric/bayi ditunggu oleh satu orang dengan melakukan PCR terlebih dahulu Pasien dengan covid ‘sedang’ terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri terkait keterbatasan ruang perawatan Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat keterlambatan hasil SWAB dikarenakan persyaratan kepulangan pasien sampai hasil swab negative.

Telemedicine untuk konsul dan visite pasien

Di tengah gelombang pandemi, sistem kesehatan dunia berusaha menemukan cara untuk tetap memberikan layanan medis yang efektif kepada masyarakat, sambil mengurangi risiko penyebaran virus yang mematikan.

Menurut Faiz Marketing : Saat awal covid itu karena kami belum waktu itu belum ada regulasi yang dikeluarkan oleh kemenkes kalau enggak salah tentang penanganan covid di rumah sakit selain yang ditunjuk mungkin seperti di Sulianti Saroso atau rumah sakit fatmawati rscm dan lain lain yang memang biasa menangani penyakit infeksi. Jadi saat adanya pasien covid yang positif pasti akan dirujuk keluar rumah sakit yang sudah tercantum di list yang dikeluarkan oleh Dinkes atau Kemkes dan salah satunya wisma atlet. Tapi seiring berjalannya waktu covid ini semakin diketahui seperti apa perkembangannya akhirnya rumah sakit MMA ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit yang menerima pasien covid.

Jadi memang hanya pasien pasien yang butuh penanganan di rumah sakit yang diterima jika sangat ringan gejalanya akan disarankan isolasi mandiri di rumah jika terlalu berat diarahkan ke cara lain atau di akan ke rumah sakit yang jauh lebih lengkap peralatannya. Jadi kalau bisa dibilang load pasien itu sangat tinggi saat itu jauh melonjak dibandingkan hari hari

biasa di saat sebelum covid itu ada. Saat itu salah satunya kita adanya juga pembatasan kunjungan selain itu kita juga ada komunikasi dari pihak rumah sakit ke dokter-dokter spesialis, apakah beliau berkenan membuka poli. Ada beberapa yang berkenan ada yang tidak apa namanya kondisi dan juga mungkin usia dokter tersebut yang memang sudah uzur atau mungkin beliau punya komorbid, jadi beliau dokter tersebut memutuskan untuk tidak praktik. Untuk dokter yang praktik sendiri yang saya ingat itu ada dr. Tambah tua panjaitan yang secara sukarela nah kan beliau itu sukarela memberikan penyuluhan ke pasien-pasien bahwa covid ini ini sebenarnya kayak gimana. Akhirnya saya buat narasi dan kita publish di sosial media dan itu lumayan engagement-nya lumayan sangat sangat tinggi salah satu yang tertinggi di akun-nya di MMA dan juga beliau semangat sekalian memberikan penyuluhan di on-site atau di rumah sakit. Jadi pasien pasien kami saat itu juga merasa terbantu.

Lalu adanya pembatasan kunjungan, biasanya kan pasien itu boleh dikunjungi ya tapi selama pandemi ini jadi pembatasan kunjungan hanya untuk menunggu hanya untuk menunggu dan itu hanya boleh satu orang kalau mau bergantian harus jelas dan mereka juga harus tes dulu. Karena untuk mencegah penularan dari dalam dan dari luar rumah sakit makanya dilakukan screening atau pencegahan dengan waktu itu sebelum antigen kita mengenal adanya rapid test dari serologi dan juga dari darah intravena. Test ini menjadi salah satu pencegahan awal screening awal selain juga nanti ketika hasil dari rapid test itu positif akan dilanjutkan ke PCR.

Pasien pasien di MMA sendiri terutamanya masuk igd ada klasifikasinya dan juga ada regulasi khusus. Kami menyediakan ruang isolasi saat itu sebelum masuk igd akan ada ruang isolasi tersendiri, ketika dicek suhu tubuhnya di atas tiga puluh tujuh dan ada gejala panas, demam, sudah batuk sekian lama gitu dan ada kontak dengan pasien bergejala atau positif maka akan diarahkan ke ruang isolasi. Di situ akan dilakukan screening yang lebih dalam selain dari pertanyaan dan juga di situ ada klasifikasinya dari kuning merah dan hijau. Nanti ada matriks matriksnya, kalau sudah oke dan ternyata memang ke sini lolos ternyata biasa maka akan dibawa ke FGD-nya ya seperti pasien biasa di treatnya tapi kalau yang bersangkutan ini ada mengarah ke covid walaupun di situ tidak ada gejala asimtomatis jadi tetap diarahkan igd namun dalam protokol yang lebih ketat. Salah satu prinsip utama pengaturan Rumah Sakit pada masa pandemi COVID-19 untuk menyesuaikan layanan rutusnya adalah melaksanakan kembali pelayanan yang tertunda selama masa pandemi COVID-19. Ini termasuk apa yang disebut «tindakan medis».

Menurut dr Licht, jadi pada masa pandemi ada tindakan tindakan medis yang kemudian dibatasi atau sama sekali tidak boleh tidak boleh dilaksanakan dokter Enrico. Contoh misalnya itu adalah alat alat yang digunakan semprotan ya nah seperti tindakan-tindakan di dokter gigi itu, itu dokter gigi sempat itu enggak praktik dokter Enrico ya, karena karena risiko untuk penularan itu sedemikian besar gitu ya contoh contohnya seperti itu jadi memang ada pengkondisian terhadap tindakan tindakan medis selama masa pandemi. Jadi di itu sudah jelas juknisnya covid itu ada gitu bahkan dua tahun covid itu ada lima edisi buku juknisnya covid ya keluar, bahwa ditetapkan untuk penerimaan pasien covid itu beda pintunya dengan pintunya dengan pasien non-covid.

Lantaran kekurangan alat-alat maka salah satu solusi yang diadopsi oleh banyak rumah sakit dan klinik adalah telemedicine. Telemedicine adalah praktik pemberian layanan medis jarak jauh melalui teknologi komunikasi, seperti telepon, video conference, atau platform online lainnya. Selama pandemi, banyak rumah sakit dan klinik mengadopsi telemedicine sebagai cara alternatif untuk berkomunikasi dengan pasien dan memberikan perawatan medis, terutama ketika bertatap muka menghadapi risiko penularan COVID-19. Salah satunya adalah Rumah Sakit Menteng Mitra Afia yang juga menerapkan telemedicine selama masa pandemi COVID-19.

Menurut dr. Arief, telemedicine itu lebih cenderung ini untuk pertama mengurangi tingkat kelelahan, yang kedua itu mengurangi tempat. Jadi telemedicine itu bukan dari rumah tapi ketika kita visit nanti dibantu bahwa kita tidak mesti selalu keluar masuk. Ada telemedicine tapi bukan buat yang jarak jauh. Walaupun kemudian setelah setahun baru mulai itu kita melakukan telemedicine di poli. Setelah setahun itu baru mulai berkembang lah itu para telemedicine dari dokter ada di mana, pasien ada di mana, tapi yang sebelum-sebelumnya itu membantu ketika telemedicine ketika kita visit aja. Meskipun tidak semua memahami penggunaan dan manfaat dari telemedisin. Menurut pejabat HRD, kalau telemedicine sih kayaknya enggak ada kalau covid aja sih dok telemedisin nya pak apa di misalnya kayak saya ini kena covid gitu nah saya bilang ini dok ininya gitu tapi kalau untuk pasien yang dan covid di belum dok, ada beberapa dokter kaya dokter kalau enggak salah ya dok dokter selivani, beliau itu nerima gitu telemedicine itu tapi untuk sistemnya saya kurang paham sih dok apakah itu memang dibayar atau tidak.

Terkait dengan etika komunikasi, beberapa hal yang perlu ditinjau dengan menggunakan telemedicine seperti privasi dan kerahasiaan pasien secara online, pemahaman teknologi, informasi dan inform consent pasien, dan lain sebagainya. Meskipun telemedicine membawa manfaat besar, tidak dapat dipungkiri bahwa ada potensi risiko pelanggaran etik dan komunikasi yang timbul dari penerapannya selama masa pandemi. Salah satu masalah utama adalah privasi dan kerahasiaan pasien. Dalam lingkungan virtual, data medis pasien bisa lebih rentan terhadap kebocoran atau penyalahgunaan informasi pribadi. Jika sistem keamanan tidak memadai, informasi sensitif pasien bisa jatuh ke tangan yang salah dan menimbulkan dampak buruk pada pasien. Selain itu, tidak semua pasien memiliki akses yang sama terhadap teknologi, terutama di daerah yang kurang berkembang atau masyarakat dengan tingkat literasi digital yang rendah. Hal ini bisa menyebabkan kesenjangan dalam aksesibilitas perawatan kesehatan. Pasien yang kurang berpengalaman dalam teknologi atau tidak memiliki akses yang memadai mungkin kesulitan dalam mengakses layanan telemedicine, sehingga mereka dapat kehilangan kesempatan untuk mendapatkan perawatan yang tepat dan tepat waktu. Menurut dr Ambun. dalam proses dalam kegiatan pelayanan medis ya untuk kegiatan kegiatan yang terkait dengan rawat inap, kita biasanya memang melakukan video call ya bukan telemedicine dok, kenapa begitu, karena memang pasien pasien kita kan kalau telemedicine itu kan memang pasien berbayar ya rata-rata, memang kita menyediakan fasilitas video call untuk dokter-dokter. jadi untuk dokter-dokter itu tidak semua dokter itu harus bisa semuanya praktik, ini misalnya visitor dokter penyakit dalam hanya boleh satu, jadi ada tiga dokter penyakit dalam hanya boleh 1. dan 1 dokter itu meliputi semua pasien, kemudian besoknya bergantian nah pasien-pasien yang lain bila dibutuhkan akan video call dengan perawat jadi visitnya tetap, diambil alih ya oleh DPJP yang untuk visitnya ya pada hari itu. itu satu, terus yang kedua apakah berjalan telemedicine di zaman saya tidak berjalan ya di MMA, tidak berjalan jadi memang saat itu memang belum sampai ke telemedicine gitu dok karena memang saat saya tuh memang sejak tinggi tingginya delta dok. enggak kepikiran telemedicine tapi kita mau mengadakan pelayanan yang sifatnya home visit dok sudah ada waktu itu jadi kita mendatangi rumah pasien menyiapkan oksigen satu oxy segala macam kalau ada perburukan gitu kan rumah sakit kalau stabil ke resepkan obat jadi bukan telemedicine ya dok video call gitu dok.

Pasien tidak mampu mandiri geriatri / bayi hanya boleh ditunggu oleh satu orang dengan PCR SARS-CoV-2

Di tengah masa pandemi yang menantang, kebijakan rumah sakit dalam menangani pasien yang membutuhkan asistensi atau tidak mampu beraktivitas mandiri, seperti pasien geriatri

dan bayi, sering kali menjadi sorotan karena potensi pelanggaran etik dan komunikasi yang dapat muncul. Selama masa pandemi, keluarga atau pengasuh yang menjaga pasien geriatri atau bayi diperintahkan untuk melakukan tes PCR dengan biaya sendiri sebelum diizinkan masuk dan menjaga pasien tersebut. Meskipun menurut dr Yudha, untuk obat-obatan, kita tidak pakai ivermectin karena semacam kontroversial, kita tetap pakai antivirus favivirafir, avigan sama basisnya.

Selama masa pandemi, ketersediaan dan penggunaan APD oleh dokter dan perawat di rumah sakit menjadi kunci dalam melindungi kesehatan mereka dan mencegah penyebaran COVID-19. Namun, penggunaan APD yang ekstensif dan ketat dapat menciptakan beberapa masalah etik dan komunikasi di lingkungan rumah sakit. Menurut petugas LAB di RSUD MMA, karena keterbatasan beberapa APD yang boleh dicuci, jadi nanti kalau sudah kering bisa dipakai lagi. Tapi kalau untuk ke ruang covid memang pakai yang level 3 jadi kalau untuk pasien dibawah paling cuma pakai gaun. Salah satu potensi pelanggaran etik adalah gangguan komunikasi yang mungkin terjadi karena APD menyulitkan interaksi verbal dan non-verbal. Ketika dokter dan perawat memakai pakaian pelindung seperti masker N95, sarung tangan, pelindung wajah, dan hazmat, hal ini dapat menyulitkan pasien dan keluarga untuk membaca ekspresi wajah dan bahasa tubuh mereka. Komunikasi non-verbal yang penting dalam menyampaikan empati, dukungan, dan kepercayaan dapat terhambat karena penggunaan APD ini.

Menurut dr Yudha, saat itu, terdapat banyak donasi APD yang diberikan, karena sebelumnya APD yang menjadi sumber masalah padahal sangat dibutuhkan pada saat pelayanan yang tidak bisa kita dapatkan dengan cara kita beli, karena barangnya pun tidak tersedia. Akhirnya kita dapatkan dari donasi. Nah saat itu donasi dari pihak luar ada berbagai macam dari perorangan, badan institusi swasta, maupun pemerintah. Memang ada donasi dari Pemerintah dan Institusi, seharusnya ketika kita mendapatkan donasi istilahnya ada muara tempat kita memberikan informasi atau menyampaikan informasi bahwa ini «kita dapat donasi dari misalkan dari lembaga A itu atau dari lembaga B».

Pada saat pandemi, siapa sih yang takut sama covid? Bagaimana saat itu bisa menyebar kemudian menyebabkan kematian, yang mungkin bisa dibilang cepat. Apa lagi saat gelombang delta itu sangat signifikan terjadi, pasti setiap orang menginginkan penggunaan alat seperti APD. Nah rasa ego dan sebagainya saat itu berperan sekali, dengan pemikiran «ah ini barang donasi, apalagi saya dokter di rumah sakit ini pasti saya dapat», «kenapa kalau saya ambil sekarang apa bedanya kalau nanti saya ambil nanti? Yang penting saya bisa mengamankan kebutuhan untuk saya atau untuk unit saya gitu paling». Nah itu amat disayangkan yang mungkin terjadi antara satu atau dua orang teman teman di lapangan. Gangguan komunikasi ini tidak hanya berdampak pada pasien dan keluarga, tetapi juga dapat mempengaruhi hubungan antara dokter dan perawat atau pihak-pihak lainnya di rumah sakit. Komunikasi yang terhambat antar anggota tim medis dapat menyebabkan kesalahpahaman, kurangnya koordinasi, dan penurunan efisiensi dalam memberikan perawatan.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu menyediakan pelatihan komunikasi kepada tenaga medis untuk beradaptasi dengan penggunaan APD. Tenaga medis harus diberdayakan untuk menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana, mengkonfirmasi pemahaman pasien, dan mencari cara kreatif untuk tetap menyampaikan empati dan perhatian meskipun wajah tertutup masker. Penggunaan APD dokter, NAKES dengan durasi tidak menentu. Selama masa pandemi COVID-19, penggunaan APD telah menjadi bagian penting dari rutinitas para tenaga kesehatan untuk melindungi diri dari risiko penularan virus. Salah satu APD yang sering digunakan adalah Masker N95, yang dianggap sebagai perlengkapan pelindung tingkat tinggi untuk melindungi pernapasan dari partikel virus. Namun, penggunaan APD dengan durasi yang terlalu lama dapat menimbulkan potensi pelanggaran etik dan komunikasi di rumah sakit.

Otoritas kesehatan merekomendasikan bahwa Masker N95 seharusnya digunakan dalam rentang waktu yang terbatas, biasanya antara 4 hingga 8 jam. Setelah durasi tersebut, masker sebaiknya digantikan karena kemampuannya untuk menyaring partikel dapat menurun, dan penggunaan yang berkepanjangan dapat menyebabkan kelembaban dan kontaminasi yang berpotensi meningkatkan risiko infeksi.

Penggunaan Masker N95 selama satu shift kerja yang panjang, misalnya lebih dari 8 jam, dapat menyebabkan beberapa masalah. Pertama, kenyamanan dan kesejahteraan fisik nakes bisa terpengaruh karena tekanan dan iritasi yang ditimbulkan oleh masker selama penggunaan yang berkepanjangan. Hal ini dapat mengganggu konsentrasi dan fokus, serta menyebabkan kelelahan yang bisa berdampak pada kinerja dan kualitas perawatan. Kedua, masker yang digunakan terlalu lama dapat menjadi sarang untuk pertumbuhan bakteri dan virus, yang kemudian dapat menyebabkan infeksi silang atau penularan antara pasien dan staf kesehatan. Penggunaan APD dengan durasi yang terlalu lama juga dapat menyebabkan komunikasi yang terganggu antara tenaga kesehatan dan pasien. Masker N95 dapat menghalangi suara dan sulit untuk berbicara dengan jelas. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan dalam memahami percakapan, membuat pasien merasa tidak mendapatkan perhatian yang cukup, atau bahkan membuat pasien merasa cemas atau tidak nyaman karena kurangnya interaksi yang memadai dengan staf medis.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu menyediakan peralatan APD yang cukup dan mematuhi pedoman tentang penggunaan dan pergantian APD yang ditetapkan oleh produsen dan otoritas kesehatan. Selain itu, pengaturan jadwal kerja yang sesuai untuk para tenaga kesehatan juga harus dipertimbangkan agar penggunaan APD dapat dipenuhi dengan aman dan efisien. Lebih jauh lagi, penting bagi rumah sakit untuk memberikan pelatihan dan dukungan kepada tenaga kesehatan dalam menggunakan APD dengan benar dan menjaga komunikasi yang baik dengan pasien. Komunikasi yang jelas dan empati dari tenaga kesehatan dapat membantu mengatasi hambatan komunikasi yang mungkin terjadi akibat penggunaan APD. Dengan tetap mematuhi etika kedokteran dan komunikasi yang baik, rumah sakit dapat memberikan perawatan yang optimal dan mendukung kesejahteraan tenaga kesehatan dan pasien selama masa pandemi COVID-19.

Kelangkaan APD mengakibatkan penggunaan Masker N95 berulang, Hazmat diganti dengan Jas Hujan. Selama masa pandemi COVID-19, kekurangan pasokan Alat Pelindung Diri menjadi masalah serius yang dihadapi oleh banyak rumah sakit dan fasilitas kesehatan. Kelangkaan APD dapat memaksa para tenaga kesehatan untuk mengambil langkah-langkah yang tidak ideal dalam melindungi diri mereka sendiri, dan ini bisa menimbulkan beberapa pelanggaran etik dan komunikasi. Dr. Yudha mengakui kalau sarana saat itu terutama APD sangat kurang dan sangat sulit kita dapatkan. Biasanya kita tinggal telepon, tinggal klik dari vendor atau distributor, barang langsung datang, kita bayar sebulan kemudian. Saat itu enggak bisa, harus benar-benar cari kemana-mana bahkan kita harus dapatkan di Cianjur. Tapi kalau obat karena kita berjenjang, ada distributor obat, beberapa kita bisa dapatkan di apotek besar, jadi saat itu obat tidak terlalu jadi kendala. Untuk APD memang luar biasa sulit, karena kita berebut enggak hanya menjadi kebutuhan di rumah sakit tetapi kebutuhan umum.

Dalam beberapa kasus, kelangkaan Masker N95 dan Hazmat bisa mengakibatkan penggunaan berulang atau penggunaan yang lebih lama dari yang seharusnya. Masker N95 seharusnya digunakan dalam satu kali pakai atau diganti setiap kali keluar dari ruangan pasien, tetapi karena kelangkaan, beberapa tenaga kesehatan mungkin dipaksa untuk menggunakan kembali masker yang sama dalam situasi yang berbeda, yang bisa meningkatkan risiko kontaminasi dan penularan. Menurut Fais Marketing, pada maret 2020 itu posisi saya sebagai marketing. Saat itu bingung karena ini penyakit baru, penanganannya gimana, cari cari di google, sumbernya masih simpang siur, belum tahu penyebarannya

seperti apa, dan juga karena bisa dibidang panic buying semua alat kesehatan itu hampir habis di mana mana walaupun ada harganya melejit dan ketika itu juga mma kebetulan stoknya terbatas. Jadi salah satu cara untuk berkomunikasi dengan pihak luar dalam hal ini mencari bantuan alkes salah satunya adalah dengan follow akun akun Instagram yang biasa membagikan donasi. Opini masyarakat tentang Nakes sebagai pembawa Virus tidak diizinkan pulang / diusir ke tempat nakes tinggal

Pelanggaran etik dapat terjadi karena para tenaga kesehatan mungkin terpaksa bekerja dalam kondisi yang tidak aman dan terpapar risiko penularan yang lebih tinggi. Rumah sakit memiliki tanggung jawab etis untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman bagi staf medis dan memastikan pasokan APD yang memadai untuk melindungi mereka saat merawat pasien dengan COVID-19. Gangguan komunikasi juga bisa terjadi karena ketidakmampuan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi secara bebas dan jelas ketika mengenakan masker N95 yang berulang atau jas hujan yang mungkin tidak sesuai dengan tugas medis yang dilakukan. Interaksi yang kurang efektif dan komunikasi yang terbatas dapat menyebabkan kesalahpahaman dan ketidakjelasan dalam perawatan pasien, serta meningkatkan risiko kesalahan medis. Rumah sakit juga tentu harus memberikan pelatihan dan panduan kepada tenaga kesehatan mengenai penggunaan APD dengan benar dan aman, serta menyediakan komunikasi yang terbuka tentang situasi pasokan APD dan tindakan yang diambil untuk mengatasi kelangkaan. Menurut dr RM, semua Poli diawal tutup tidak banyak layanan dokter terutama THT dan Gigi. Tidak ada praktik dan pasien dibatasi, biasanya kalau tidak parah tidak ke rumah sakit jadinya jumlah kunjungan menurun. Dari perawatan ada ruang covid, jadinya ada 2. Untuk covid dan rekam medisnya tidak masuk kedalam yang ruang covid cukup sampai nurse station, nata alur agar mengurangi kontak sama pasien karena dari petugas perawat atau rekam medis dan pendaftaran harus diakalin agar tidak selalu bertatap muka dengan pasien. Yang sebelumnya tidak pernah pakai masker, akhirnya disediakan masker dan APD minimal karena bukan di Zona kuning atau zona merah. Yang tidak pakai APD, diberikan APD. Yang tidak ada penghalang diberikan penghalang untuk mengurangi resiko penularan covid dari PP Karu Keperawatan . kalau untuk perubahan yang tadinya dari mungkin situasi non-covid terus tiba tiba jadi ke covid biasanya kita memang ada SOP terbaru ini langsung dibuat dari manajemen tuh sop untuk penerimaan pasien alur pasien masuk. kita ada dari grup itu manajemen itu kita ada grup di situ dokter, jadi untuk perubahan atau gimana kita komunikasikan antara manajemen dengan kepala unit masing masing itu ter-informasikan semuanya. karena mungkin pas saat pandemi untuk rapat untuk yang lain-lain kita cut dulu ya dokter kita tiadakan dulu gitu jadi semua informasi kita langsung lewat mungkin dokter penanggung jawab covid-nya dari manajemen saat itu koordinator covid-nya saat itu gitu dok. waktu itu memang kan memang semua pasien yang kita rujuk itu ter-info yang dia covid atau tidak covid dokter, disaat memang dia covid baik itu satpam ataupun ambulansnya sudah memang langsung level tiga dokter atau memang ini langsung level tiga, jadi semuanya sudah kita informasikan baik ke yang nonmedis ataupun mungkin satpam atau cleaning service mungkin kita infokan ini pasien apa yang akan kita rujuk itu jadi biar mereka pun juga langsung siap siap dengan menggunakan atributnya.

Zonasi ini merupakan pemisahan atau pembagian area dalam rumah sakit berdasarkan risiko penularan covid-19. Pembagian zonasi ruangan pada masa pandemi COVID-19 dilakukan untuk mencegah penularan COVID-19 di Rumah Sakit antara penderita COVID-19 dengan non COVID-19. Zona Covid-19 merupakan area / ruangan yang tingkat risiko terjadinya penularan COVID-19 tinggi karena berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan pelayanan pasien COVID-19. Zona ini diperuntukan bagi pasien kontak erat, suspek, probable dan konfirmasi COVID-19. Area pelayanan: area rawat jalan khusus COVID-19, area IGD khusus COVID-19, area rawat inap khusus COVID-19, area ruang

isolasi khusus COVID-19, area ruang rawat intensif khusus COVID-19, area ruang bersalin khusus COVID-19, area Ruang Operasi khusus COVID-19. Area penunjang: area laboratorium khusus COVID-19, area Radiologi khusus COVID-19, area bagian gizi khusus COVID-19, area Kamar Jenazah, Area Pengolahan Limbah Rumah Sakit. Dalam Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan disebutkan bahwa bila memungkinkan pembagian kedua zona tersebut adalah dalam bentuk ruangan terpisah. Dalam satu instalasi yang perlu dipisahkan antara zona non-COVID-19 dan zona COVID-19 dapat dibatasi dengan pembatas sementara atau permanen yang ditandai dengan penanda khusus yang jelas dan menganut sistem jalur satu arah. Bagi Rumah Sakit yang mempunyai jumlah SDM memadai dapat dibagi menjadi petugas di Zona Pelayanan COVID-19 dan Non COVID-19. Bagi Rumah Sakit yang tidak memiliki SDM yang cukup dapat membuat jadwal / pembagian jam shift layanan maupun hari layanan antara layanan biasa maupun layanan khusus COVID-19.

Bila ketersediaan ruangan tidak memungkinkan sama sekali untuk pemisahan zona, maka untuk mengurangi risiko penyebaran COVID-19 dapat dilakukan dalam bentuk pengaturan jadwal pelayanan, pembagian jam shift layanan ataupun hari layanan yang diikuti dengan tindakan dekontaminasi dan sterilisasi baik ruangan maupun alat kesehatan setelah pemberian pelayanan kepada pasien COVID-19 sesuai aturan yang berlaku. RS Menteng Mitra Afia dalam hal ini berada pada kondisi yang tidak memiliki SDM yang cukup dan tidak memungkinkan sepenuhnya melaksanakan pemisahan zonas, sehingga dilaksanakan dalam bentuk pengaturan jadwal pelayanan, pembagian jam shift ataupun hari layanan yang diikuti dengan tindakan dekontaminasi dan sterilisasi baik ruangan maupun alat kesehatan setelah pemberian pelayanan kepada pasien COVID-19 sesuai aturan yang berlaku. Pelanggaran etik dapat terjadi jika keterlambatan dalam pelayanan rawat inap menyebabkan pasien tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dan tepat waktu. Pasien yang membutuhkan perawatan segera atau intervensi medis mendesak dapat mengalami konsekuensi serius jika pelayanan tidak dapat diberikan secara cepat karena adanya pembatasan zonasi wilayah. Keterlambatan pelayanan juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan kebingungan bagi pasien dan keluarganya.

Perubahan aturan besuk pasien dan komunikasi satu arah. Dalam bidang kedokteran, terdapat beberapa jenis sarana prasarana yang berpengaruh terhadap pelanggaran etik dan komunikasi, terutama pada kasus perubahan jam besuk dan komunikasi satu arah. Pertama, perubahan jam besuk dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pelanggaran etik dan komunikasi di rumah sakit. Ketika rumah sakit mengubah atau membatasi jam besuk untuk pasien, hal ini dapat menyebabkan ketidakpuasan dan kebingungan bagi keluarga pasien. Kedua, pasien seringkali membutuhkan dukungan emosional dari keluarga mereka, dan batasan jam besuk dapat mempengaruhi ketersediaan dukungan ini. Inilah bentuk komunikasi personal, komunikasi antara organisasi, komunikasi antara dokter atau NASKES dengan pihak lain. Dr Licht jadi sebenarnya komunikasi itu ada dua bentuk ya pada saat pada saat pandemi covid itu satu adalah bentuk komunikasi eksternal dua adalah bentuk komunikasi internal, nah di situ juga komunikasi itu terjadi secara aktif mulai dari kita memastikan bahwa pasien covid-nya derajat berat ringannya memang sesuai dengan kemampuan rumah sakit mma itu sudah kita tentukan terlebih dahulu gitu nah jadi kita sudah screening awal kemudian juga bagaimana transport transportnya evakuasinya gitu dari tempat dari rumah pasien atau dari puskesmas menuju mma. kemudian juga bagaimana kita melaporkan kepada si perujuk kita baik dinas kesehatan pun PUSKESMAS yang merujuk bahwa pasien sudah ada di tempat dan rencana tindak lanjutnya seperti apa itu kita sampaikan nah di internal sendiri kita sudah melakukan koordinasi persiapan untuk penerimaan pasien. Dr Yugha Nah kalau dari sisi kita, pada saat itu agak sulit. Mungkin kita bisa bersuara dengan menyampaikan melalui rekan

sejawat, misalnya punya akses ke perhimpunan, tapi langkahnya akan jauh sekali dari perhimpunan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan sebagainya, lalu ke KEMENKES, kemudian presiden dan sebagainya. Tapi yang jelas saat itu kita memilih berimprovisasi di lapangan karena memang agak sulit mengkomunikasikan ke pemerintah. Call center aja saat itu belum ada, hampir berapa bulan sebelumnya. Saat itu, karena dalam kondisi pandemi kita menjunjung tinggi keselamatan pasien, menjaga mutu rumah sakit, tetap berpegang teguh dengan kaidah-kaidah scientific Kesehatan. Kita berusaha semaksimal mungkin untuk mencari jalan tengah dengan kebijakan yang dilempar oleh pemerintah itu ada sisi keterbatasan dari kita dari rumah sakit. Kalau dipaksakan itu akan mengorbankan misalkan: mutu rumah sakit, mungkin mengorbankan faktor keselamatan pasien, sehingga improvisasi yang kita lakukan apa di lapangan itu, terkait kebijakan pemerintah mungkin kebijakan yang kontroversi. Prinsip itu yang kita pegang karena kita saat itu memang tidak diberikan wadah untuk memberikan feedback.

Dalam beberapa kasus, perubahan jam besuk yang drastis atau kurangnya komunikasi yang jelas tentang perubahan tersebut dapat menyebabkan ketidakpuasan dan konflik antara keluarga pasien dan staf rumah sakit. Kurangnya pemahaman atau komunikasi yang buruk mengenai kebijakan jam besuk baru dapat menyebabkan keluarga merasa tidak dihargai atau tidak diikutsertakan dalam proses perawat. Saat itu karena tadi tenaga kesehatan sudah dibuat bingung oleh pihak luar, ketika nakes kita berkomunikasi dengan pasien dan mendapatkan pasien yang kritis maka akan lebih mudah berubah. Sehingga pada saat itu, bertebaran internal memo, bahkan internal memo revisi supaya NAKES-NAKES jika mengacu pada memo terakhir yang berlaku. Untuk para pasien, mereka cukup paham bahwa Rumah Sakit di bawah kendali dari Kementerian Kesehatan, jadi walaupun banyak pasien yang marah dan komplain, pada akhirnya mereka tahu bahwa yang kita lakukan sesuai dengan regulasi government. Artinya dari Kementerian Kesehatan harus menyelaraskan tata kelola informasi ini menjadi satu arah yang jelas tujuannya untuk mencegah dan mengobati. Kalau dari saya pribadi memaklumi karena keadaan saat itu menjadi pengalaman pertama untuk Indonesia Government mengalami pandemi for the first time secara global.

Dr. Arief mengakui dalam hal ini komunikasi yang paling banyak digunakan untuk pasien secara lisan. Jadi ketika kontak dengan pasien, kita melakukan screening, pada saat itu yang masih mendominasi lisan. Menurut saya itu kurang efektif, karena hanya pasien per pasien. tapi kembali lagi pada saat itu sedang tanggap darurat. Harusnya ada lebih banyak cara government itu bisa menggunakan media komunikasi. Pemprov atau Kementerian Kesehatan punya call center/contact center covid dan sebagainya itu setelah berbulan-bulan menyatakan kita pandemi. Setelah itu ada, sekilas info peringatan yang dikirim blast sms kerja sama dengan Kementerian Komunikasi dan Informasi, apalagi pada saat pandemi pasti semua orang di rumah semua orang banyak akan banyak aktivitas menonton tv mungkin akan lebih baik lewat TV. Menurut saya, iklan layanan masyarakat akan jauh lebih efektif untuk menyebarkan sosialisasi. Ini juga akan membantu Rumah Sakit untuk fokus kepada pelayanan, sedangkan Pemerintah bisa lebih mengambil untuk tata kelola informasi pada saat pandemi itu. tan pasien. Faiz Marketing mengemukakan bahwa, komunikasi keluarnya external communication ya salah satunya ya dari infografis, kita juga berikan flyer kepada masyarakat tentang; seperti apa sih covid itu? penyebarannya seperti apa? lalu penanganannya seperti apa? apa yang harus dilakukan? dan juga pastinya kami juga mengkampanyekan cuci tangan waktu itu ke semua pasien pasien dan keluarga kami yang datang. Saat tadi yang saya bilang saat dr. Tambahtua memberikan pengarahan dan juga penyuluhan ada tim dari Pedoman Pencegahan Infeksi Jadi tim PPI ini memberikan juga penyuluhan ke keluarga pasien atau pasien yang sedang menunggu di ruang tunggu untuk cara cuci tangan yang benar lalu ketika kontak dengan pasien itu seperti apa.

Sarana prasarana lainnya yang berpengaruh terhadap pelanggaran etik dan komunikasi terkait dengan akibat keterbatasan ruang rawat inap di rumah sakit, yang mengakibatkan banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang. Penggunaan hotel sebagai sarana rawat pasien COVID-19 dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang dapat menyebabkan potensi pelanggaran etik. Pasien yang dirawat di hotel mungkin tidak mendapatkan akses penuh terhadap peralatan medis yang diperlukan untuk perawatan yang optimal. Ini dapat mempengaruhi kualitas perawatan dan menyebabkan ketidakpuasan bagi pasien dan keluarganya. Ketidaktersediaan peralatan medis yang memadai di hotel juga dapat meningkatkan risiko komplikasi atau memperlambat proses pemulihan pasien. Hal ini dapat menimbulkan kekhawatiran akan kualitas perawatan yang diterima oleh pasien dan keluarganya, serta dapat menyebabkan ketidakpercayaan terhadap sistem perawatan kesehatan. Kedua, penggunaan hotel sebagai sarana rawat pasien COVID-19 juga dapat mengakibatkan komunikasi yang terganggu atau tidak efektif. Komunikasi antara tenaga medis di rumah sakit dan tenaga medis yang bertugas di hotel mungkin tidak selancar atau seefisien komunikasi dalam satu tempat yang sama. Hal ini bisa menyebabkan ketidakjelasan informasi atau perencanaan perawatan antar tim medis. Menurut dr RM. Nah kalau dari sisi kita, pada saat itu agak sulit.

Kita berusaha semaksimal mungkin untuk mencari jalan tengah dengan kebijakan yang dilempar oleh pemerintah itu ada sisi keterbatasan dari kita dari rumah sakit. Kalau dipaksakan itu akan mengorbankan misalkan: mutu rumah sakit, mungkin mengorbankan faktor keselamatan pasien, sehingga improvisasi yang kita lakukan apa di lapangan itu, terkait kebijakan pemerintah mungkin kebijakan yang kontroversi. Prinsip itu yang kita pegang karena kita saat itu memang tidak diberikan wadah untuk memberikan feedback. Selain itu, komunikasi antara pasien dan keluarganya dengan tenaga medis di hotel juga mungkin terhambat karena kurangnya aksesibilitas atau saluran komunikasi yang efektif. Pasien atau keluarga mungkin kesulitan dalam mendapatkan informasi tentang kondisi pasien atau mendapatkan tanggapan dari tenaga medis dengan cepat dan tepat. Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu melakukan perencanaan dan koordinasi yang baik antara rumah sakit dan hotel yang digunakan sebagai tempat rawat pasien. Peralatan medis yang dibutuhkan oleh pasien harus dipastikan tersedia di hotel dan komunikasi yang efektif harus didukung antara kedua pihak untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang tepat.

Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat dari keterlambatan hasil SWAB. Keterlambatan hasil SWAB yang menyebabkan kepulangan pasien terlalu lama dari rawat inap merupakan permasalahan yang sering dihadapi oleh rumah sakit dan fasilitas kesehatan selama masa pandemi COVID-19. Keterbatasan ruang rawat inap dan terbatasnya fasilitas medis dapat menjadi faktor yang berpengaruh terhadap masalah ini. Ketika jumlah pasien COVID-19 meningkat dan kapasitas rumah sakit mencapai batasnya, banyak pasien dengan kondisi ringan hingga sedang yang harus dirawat di hotel atau fasilitas lain yang tidak ideal sebagai sarana perawatan pasien COVID-19. Hal ini mengakibatkan keterbatasan dalam akses peralatan medis dan sumber daya yang diperlukan untuk merawat pasien dengan kondisi yang lebih ringan. Kondisi ini dapat menyebabkan pelanggaran etik dalam memberikan perawatan yang optimal kepada pasien. Pasien yang harus menunggu lama sebelum dipulangkan karena menunggu hasil swab negatif mungkin merasa tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dan tepat waktu. Ketidakpastian mengenai lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil swab bisa meningkatkan stres dan kecemasan bagi pasien dan keluarganya, serta dapat menyebabkan ketidakpuasan terhadap perawatan yang diterima. Keterlambatan hasil SWAB juga dapat berdampak pada komunikasi antara staf medis, pasien, dan keluarganya. Ketidakjelasan mengenai hasil swab yang tertunda dan

persyaratan keputusannya bisa menyebabkan kebingungan dan kesalahpahaman. Komunikasi satu arah yang tidak efektif dapat terjadi ketika informasi tentang hasil SWAB dan persyaratan keputusannya hanya diberikan oleh staf medis tanpa memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarganya untuk bertanya atau memberikan umpan balik. Tidak hanya itu, keterlambatan hasil SWAB juga dapat mempengaruhi perencanaan dan pengaturan tenaga medis. Jika hasil SWAB tertunda, maka pasien harus tetap tinggal di rumah sakit lebih lama dari yang direncanakan, sehingga mempengaruhi jadwal dan beban kerja staf medis. Kelelahan dan keterbatasan waktu dapat berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien, serta dapat mempengaruhi kemampuan staf medis untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarganya. Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu memperhatikan dan meningkatkan efisiensi sarana prasarana yang berkaitan dengan pengujian swab dan pengolahan hasil swab. Penggunaan teknologi yang lebih canggih dan peningkatan laboratorium dan peralatan medis dapat membantu mempercepat pengujian dan mendapatkan hasil swab dengan lebih cepat. Selain itu, penting untuk meningkatkan koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit, laboratorium, dan pihak terkait lainnya untuk memastikan transfer informasi yang akurat dan tepat waktu.

Komunikasi yang terbuka, jujur, dan empatik juga sangat penting dalam menghadapi situasi ini. Rumah sakit harus memberikan penjelasan yang jelas dan lengkap mengenai proses pengujian swab, persyaratan keputusannya, dan estimasi waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil swab. Memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarganya untuk bertanya dan memberikan umpan balik juga dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan pemahaman mereka tentang proses perawatan. Selain itu, perlu memastikan bahwa pasien yang menunggu hasil swab dapat diisolasi dan dirawat dengan baik, sambil memperhatikan kesehatan mental dan kenyamanan mereka selama masa perawatan yang lebih lama dari biasanya. Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya juga penting untuk membantu mengurangi stres dan kecemasan selama masa perawatan.

Dengan memperhatikan dan meningkatkan sarana prasarana yang berkaitan dengan pengujian swab, koordinasi dan komunikasi yang baik, serta memberikan perawatan dan dukungan emosional yang optimal, rumah sakit dapat mengatasi tantangan dalam keputusannya yang terlalu lama dan menyediakan perawatan yang manusiawi dan berkualitas bagi pasien selama masa pandemi COVID-19. Peran SDM selama pandemi SDM struktural dan fungsional. Struktur manajemen tidak kaku dan harus dapat beradaptasi dengan lingkungan dan keadaan yang berubah. Pandemi COVID-19 telah membawa cara baru untuk manajemen tempat kerja. Skeptisisme yang terkait dengan jeda periode pandemi dan gangguan aktivitas sumber daya manusia mungkin memerlukan perusahaan untuk merestrukturisasi untuk kelangsungan bisnis. Menurut HRD. Morning Report yang tadinya setiap hari menjadi tidak setiap hari tapi komunikasinya lebih kencang sosialisasi di WA untuk media komunikasinya. Rapat kalau memang yang penting banget harus ketemu dengan kondisi jaga jarak. Organisasi merestrukturisasi sebagai respons terhadap penurunan ekonomi dan mengubah sifat bisnis untuk memaksimalkan keuntungan. Praktik terbaik dalam restrukturisasi menawarkan penahanan sumber daya manusia yang lebih baik melalui penerapan ulang, keterampilan ulang, dan gesekan. Tantangan utama bagi pengusaha berkaitan dengan pemeriksaan yang cermat tentang bagaimana membuat organisasi lebih kuat dan pulih tanpa perampangan dan penurunan moral di antara karyawan. Beberapa informasi berikut ini memberikan gambaran tentang SDM.

Menurut dr. RM, kalau SDM jatuhnya lembur, kalau misalnya yang sakit karena covid tadinya tidak dibayar memang gaji. Tapi makin kesini dievaluasi ada komunikasi akhirnya

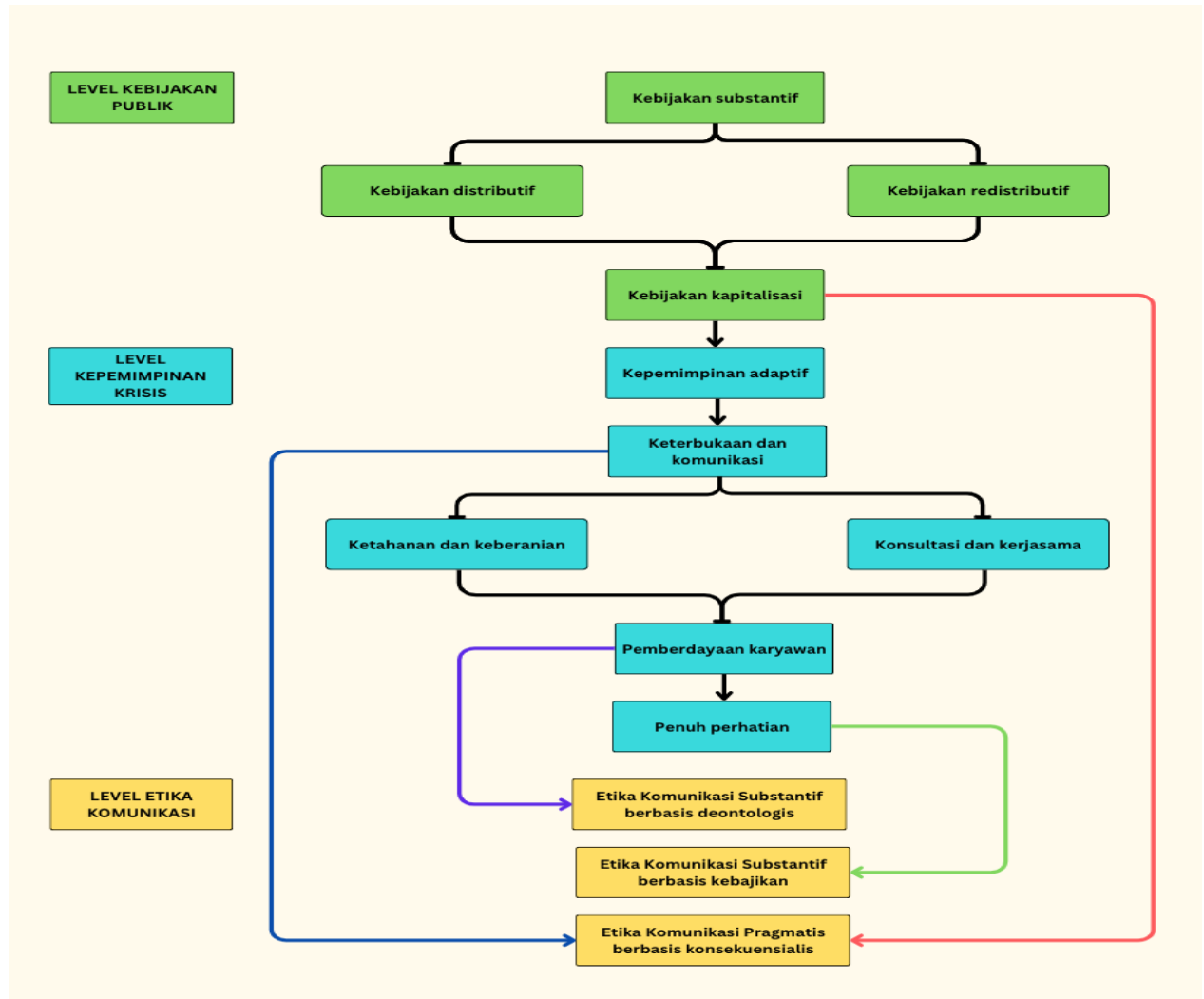
tidak dipotong semua dan tetap dapat gaji. Proses komunikasinya jalan ada kendala kita tidak terima mungkin tidak sesuai karena kita sakit bukan kemauan kita jadi ada komunikasi itu dan ada perbaikan dari management. Dr. Yudha, untuk tenaga SDM tadi kita mengimprovisasi dengan jam kerja yang kita tambahkan dengan tenaga yang terbatas. Walaupun tadi memang sedikit melanggar ketentuan jam kerja dari Disnaker. Dengan tetap berpegang teguh pada prinsip menjaga keselamatan pasien, menjaga mutu rumah sakit dan sebagainya itu yang menjadi dasar hitam dalam melakukan kreativitas atau mengambil kebijakan lokal di lapangan saat itu.

Perawat harus mempunyai peran memberikan pelayanan asuhan keperawatan terhadap pasien Covid-19. Perawat meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pasien Covid-19 dengan menggunakan protokol kesehatan/APD yang sesuai sehingga meningkatkan keselamatan tenaga kesehatan. Perawat menjadi advokat atau melindungi pasien dari stigma negatif dari keluarga/ masyarakat dengan kasus Covid - 19. Kerja SDM selama pandemic melanggar etika Pada hakikatnya etika komunikasi berkaitan dengan komunikasi maupun etika secara diam-diam atau eksplisit melekat dalam semua interaksi manusia, kehidupan sehari-hari penuh dengan pertanyaan etis yang disengaja dan tidak disengaja, termasuk di RS Menteng Mitra Afia. Seperti sudah diuraikan dalam bab 2 teori, bahwa ada tiga karakteristik teori etika komunikasi. Pertama, etika komunikasi ditandai oleh heterogenitas melalui banyaknya masalah etika, konteks disiplin, perspektif teoretis, dan cara penalaran yang dapat dilakukannya. Penelitian ini menunjukkan bahwa karena beragam factor yang menjadi pemicu terjadinya etika selama pandemic maka nampak sekali disiplin dokter, NAKES, tidak dapat dijalankan sebagaimana mestinya, misalnya menjalankan komunikasi terapatik yang seharusnya berkomunikasi langsung tatap muka dengan verbal dan nonverbal. Jadi, dapat dikatakan bahwa telah terjadi heterogenitas masalah yang satu sama lain bertumpang tindih. Heterogenitas juga muncul melalui banyaknya nilai yang mungkin bertentangan dalam situasi tertentu, antara harus menjalankan kewajiban seorang dokter sebagaimana sesuai sumpah dokter, dan menjaga keseimbangan dengan beragam factor yang mempengaruhi kinerja dokter secara professional. Hal yang sama juga dialami oleh para petugas manajemen RS. Artinya, etika komunikasi tidak hanya melihat pada lembaga individu dan proses intersubjektif tetapi juga pada norma kelembagaan, pengaturan struktural, dan pola sistematis. Kedua, interkonektivitas. Penerapan etika komunikasi para dokter, NAKES di RS ini tidak dapat dipisahkan dari manifestasi yang sangat saling berhubungan dari semua interaksi manusia, interaksi komunikatif kita pasti terjalin. Dalam suasana pandemi, nampak kendur sikap saling ketergantungan. Ini termanifestasi dalam interaksi antara sesama dokter, antara dokter dengan NAKES, antara dokter dan NAKES dengan keluarga, dan antara manajemen dengan SDM RS, dokter, NAKES dan petugas atau pejabat administrasi. Selama pandemic berlangsung, kinerja para dokter dan NAKES Nampak suasana seperti, tidak ada diri yang benar-benar terlepas dari kondisi sosial dari mana diri itu muncul. Ketiga, kesejarahan, etika komunikasi juga sangat responsif terhadap peristiwa sejarah, kondisi, dan konvensi yang melahirkan setiap interaksi komunikatif. Satu hal yang paling menonjol selama pandemic berlangsung adalah tampilan kinerja professional dokter dan NAKES seolah tidak dapat dilihat lagi dalam pekerjaan pada memori publik, area yang penuh dengan pertanyaan etis. Para konsumen, pasien, atau public yang sebelumnya mempunyai persepsi tertentu terhadap RS Menteng Mitra Afia harus berubah. Karena apa yang mereka bayangkan tentang tampilan kinerja SDM berbasis visi dan misi tidak nampak sama sekali.

Bahkan pemimpin otoriter saja tidak boleh terpaku pada «pertunjukan satu pemimpin» mereka selama krisis . Para pemimpin terbaik selama krisis secara aktif menolak naluri menarik diri karena mereka cenderung dihadapkan dengan informasi dari luar bidang keahlian mereka dan mungkin tidak memiliki waktu untuk mempelajari lebih lanjut tentang

krisis tersebut. Employee empowerment. berarti mendorong motivasi diri karyawan sehingga mereka memiliki kemauan untuk bekerja dan berkontribusi lebih .

Model Pengurangan Deviasi Etika Komunikasi – Komunikasi Teraupatik Demi Penghindaran Kebijakan Publik



Model ini menampilkan tiga level hubungan struktur pengaruh kebijakan public dengan kepemimpinan di masa krisis, dan pengaruhnya pada level etika komunikasi. Dari hubungan structural ini, peneliti membangun proposisi sebagai berikut;

1. **PROPOSISI 1. Pada level kebijakan public**, bahwa kebijakan public yang paling baik dalam masa krisis, seperti pandemic Covid-19 atau KLB adalah **KEBIJAKAN KAPITALISASI atau SUBSIDIARI** di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkatan pemerintahan yang lebih rendah sehingga memberikan kepada mereka mandiri dan berpartisipasi menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Namun, tetap memperhatikan masukan dari pelbagai factor pendasaran kebijakan substantif, kemudian dijabarkan ke dalam kebijakan distributif dan redistributive.
2. **PROPOSISI 2. Pada level kepemimpinan di masa krisis**, pendasaran kepemimpinan yang memperhatikan **PEMBERDAYAAN ANGGOTA** dalam spirit **CINTA DAN PENUH PERHATIAN**. Dua tipe kepemimpinanya tersebut dimulai dari kepemimpinan

adaptif, yang adaptif terhadap komunikasi dan keterbukaan yang mempunyai ketahanan dan keberanian, konsultasi dan kerjasama.

3. **PROPOSISI 3.** Ideal harapan public atau masyarakat terhadap tindakan atau perilaku komunikasi di masa krisis adalah etika komunikasi berbasis kebajikan. Dengan syarat pemimpin tampil dengan kasih sayang dan perhatian.
4. **PROPOSISI 4.** Ideal etika komunikasi berbasis deontologis hanya dapat diimplementasikan pemimpin yang mampu memberdayakan anggota.
5. **PPROPOSISI 5. Pada level etika komunikasi,** di masa krisis, tindakan komunikasi yang paling ideal itu adalah **ETIKA KOMUNIKASI BERBASIS KONSEKUENSIALIS.** Dengan syarat, tindakan komunikasi tersebut hanya dapat didukung langsung keterbukaan dalam komunikasi sehingga memungkinkan pemimpin bertindak dan bekerja untuk mengimplementasikan kebijakan kapitalisasi.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini dapat mendeskripsikan dan menganalisis berbagai tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS Menteng Mitra Avia selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021. Dalam periode tiga bulan tersebut, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dalam periode tiga bulan atau hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dari jumlah tersebut grafik pasien meninggal akibat Covid-19 dilaporkan di Jakarta hingga 31 Mei 2020 mencapai 520 pasien terdiri dari 84 pasien pada Maret 2020, 297 pasien pada April 2020 dan 139 pasien pada Mei 2020. Kondisi panik tidak saja terjadi dalam perawatan pasien semata, dalam hal penanganan pasien meninggal akibat belum adanya panduan identifikasi yang sah menyebabkan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 menjadi sangat besar sehingga membebani Instalasi Pemulasaraan Jenazah. Data per Mei 2020, menunjukkan meski pasien positif Covid-19 di Jakarta yang meninggal sampai tanggal tersebut hanya berjumlah 520 orang, nyatanya, jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 hampir lima kali lipat lebih banyak. Sejak awal Maret hingga 31 Mei 2020, tercatat ada 2.487 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pasien Covid-19. Sepanjang Mei 2020, terhitung 1 sampai 31 Mei, ada 890 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19. Sementara pada April 2020, sebanyak 1.241 jenazah dimakamkan dengan prosedur tersebut. Angka itu tertinggi dibandingkan data pada Mei dan Maret 2020. Pada periode Maret 2020, ada 356 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19. Ketidaksiapan pemerintah berbanding lurus dengan kondisi Rumah Sakit yang sangat tidak siap dalam menghadapi suasana seperti ini. Beberapa persoalan yang dihadapi Rumah Sakit antara lain: Pertama, belum memiliki aturan tentang penatalaksanaan pasien dengan Covid 19 bahkan obat-obatan yang digunakan dan caranya juga masih dalam tahap uji klinis yang dikeluarkannya pun dengan tujuan penggunaan darurat. Kedua, Adanya beberapa varian Covid 19 makin memperburuk upaya pengambilan keputusan dari pemangku kebijakan baik pemerintah pusat-daerah sampai ke manajemen Rumah Sakit tempat penulis bekerja. Akibat kepanikan ini, seluruh dokter yang bertugas, perawat dan penunjang seperti laboratorium, radiologi dan lainnya satu persatu mulai tertular Covid 19 dan harus menjalani protokol karantina sekitar 14 hari. Pada saat bersamaan, dokter spesialis senior yang ada di Rumah sakit pun tidak bisa melanjutkan praktek di poli karena rentan tertular sedangkan pasien umum yang tidak terjangkit Covid 19 juga terpaksa menahan sakit agar tidak pergi ke RS karena kekhawatiran tertular penyakit ini.

Penetapan kriteria RS Covid tidak diiringi fasilitas ruang isolasi yang layak di RS sesuai dengan kriteria pasien Covid-19. Hal ini menyebabkan deviasi etika terhadap ruang perawatan. SDM jadi selalu terlambat masuk kerja karena selalu membutuhkan hasil SWAB yang lama berterima. Penggunaan APD NAKES dengan durasi yang terlalu lama dari yang seharusnya Kesulitan APD dengan penggunaan masker n95 berulang, hazmat diganti dengan jas hujan. Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat keterlambatan hasil SWAB dikarenakan persyaratan kepulangan pasien sampai hasil swab negative. Penelitian ini juga telah berhasil menelaah kontraversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS Menteng Mitra Avira selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021. Pelatihan Kartu Prakerja Kenaikan Iuran BPJS. Kedua, kebijakan public pemerintah DKI Jakarta, dalam bentuk 53 regulasi dalam keputusan,

surat edaran, panduan dll. Dengan demikian, 7 kebijakan nasional, dan 53 kebijakan public dari Pemda DKI Jakarta, tersebut di dalamnya telah mengandung unsur-unsur umum analisis kebijakan public, karena kebijakan dibuat atas nama "publik", yang umumnya dibuat atau diprakarsai oleh pemerintah, yang harus ditafsirkan atau dilaksanakan oleh sektor publik dan swasta, sebagai apa yang ingin dilakukan oleh pemerintah, sebagai bentuk kebijakan yang dipilih oleh pemerintah untuk tidak dilakukan. Ketiga, begitu pula dapat dikatakan bahwa semua regulasi tersebut memenuhi sifat dan jenis regulasi kebijakan public, yang bersifat, substantif – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat, regulasi yang berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll kebijakan yang bersifat distributif - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat; kebijakan redistributif – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi; dan terakhir, kebijakan kapitalisasi di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

Menurut peneliti, sebaran 53 kebijakan Pemda DKI Jakarta, umumnya, atau sebagian besar melibatkan peranan layanan kesehatan, baik dari RS atau Faskes lainnya yang melibatkan tindakan komunikasi dokter. Tentu saja, peluang dari para dokter untuk bertindak menyimpang dari etika komunikasi kedokteran sangat besar, karena dokter atau para medis lainnya "diwajibkan" untuk melayani masyarakat umumnya, dan para penderita Covid-19. Model kebaruan sebagai temuan dari penelitian ini dapat dirumuskan dalam beberapa proposisi sebagai berikut PROPOSISI 1. Pada level kebijakan public, bahwa kebijakan public yang paling baik dalam masa krisis, seperti pandemic Covid-19 atau KLB adalah **KEBIJAKAN KAPITALISASI**, di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkatan pemerintahan yang lebih rendah sehingga memberikan kepada mereka mandiri dan berpartisipasi menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Namun, tetap memperhatikan masukan dari pelbagai factor pendasaran kebijakan substantif, kemudian dijabarkan ke dalam kebijakan distributif dan redistributive. PROPOSISI 2. Pada level kepemimpinan di masa krisis, pendasaran kepemimpinan yang memperhatikan **PEMBERDAYAAN ANGGOTA** dalam spirit **CINTA DAN PENUH PERHATIAN**. Dua tipe kepemimpinan tersebut dimulai dari kepemimpinan adaptif, yang adaptif terhadap komunikasi dan keterbukaan yang mempunyai ketahanan dan keberanian, konsultasi dan kerjasama. PROPOSISI 3. Ideal harapan public atau masyarakat terhadap tindakan atau perilaku komunikasi di masa krisis adalah etika komunikasi berbasis kebajikan. Dengan syarat pemimpin tampil dengan kasih sayang dan perhatian. PROPOSISI 4. Ideal etika komunikasi berbasis deontologis hanya dapat diimplementasikan pemimpin yang mampu memberdayakan anggota. PROPOSISI 5. Pada level etika komunikasi, di masa krisis, tindakan komunikasi yang paling ideal itu adalah **ETIKA KOMUNIKASI BERBASIS KONSEKUENSIALIS**. Dengan syarat, tindakan komunikasi tersebut hanya dapat didukung langsung keterbukaan dalam komunikasi sehingga memungkinkan pemimpin bertindak dan bekerja untuk mengimplementasikan kebijakan kapitalisasi.

5.2 Saran

Saran Praktis Berkaitan dengan kebijakan public. Apabila pada suatu waktu akan terjadi pandemic atau Kejadian Luar Biasa maka disarankan agar pemerintah dapat mengeluarkan kebijakan public yang bersifat subsidiary atau kapitalisasi. Itupun kebijakan yang bersifat diskresi. Artinya, kebijakan-kebijakan tersebut langsung diarahkan ke pelbagai level organisasi penyedia Faskes, misalnya berdasarkan kelas RS, Puskesmas, Puskesmas Pembantu; atau berdasarkan level administrasi pemerintahan seperti kota, kecamatan, kelurahan atau lingkungan. Di mana pada masing-masing level telah memiliki SATGAS pencegahan, pengelolaan krisis akibat pandemic atau KLB.

Berkaitan dengan pencegahan deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis kedokteran. Disarankan agar pemerintah, ketika menyusun TUPOKSI bagi para dokter dan NAKES, hendaklah berkoordinasi dan bekerjasama dengan organisasi profesi seperti FK dari semua perguruan tinggi, IDI, profesi keperawatan PPNI, IBI kebidanan. Kerjasama dan kolaborasi ini diharapkan dapat menghasilkan PROTAP layanan terpadu yang diketahui oleh sesama profesi sehingga dapat mencegah atau meminimalisir deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis. Berkaitan dengan organisasi, manajemen dan kepemimpinan. Dalam rangka menghadapi pandemic atau KLB maka pemerintah dan semua stakeholder diharapkan bekerjasama dan berkolaborasi dalam system layanan krisis, mulai dari tahapan prakrisis, masa terjadinya krisis, respons terhadap krisis, dan post-krisis. Saran akademis Dibutuhkan penelitian lain yang lebih rinci tentang dampak pandemic Covid-19 yang pernah dialami oleh warga masyarakat.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pandemi penyakit Coronavirus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2. Penyakit COVID-19 resmi dinyatakan menular di Indonesia pada 2 Maret 2020 oleh Pemerintah Indonesia, dengan dua kasus positif pertama setelah sebelumnya Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah melakukan langkah antisipasi terhadap wabah virus Corona sejak 22-24 Januari 2020. Dinas Kesehatan DKI Jakarta meningkatkan kewaspadaan terhadap munculnya virus *New Coronavirus* (nCoV) 2019 dan mempererat kerjasama dengan Kementerian Kesehatan RI. Kerja sama pada 27 Januari tersebut antara lain pemasangan 195 pemindai termal yang tersebar di 135 pintu masuk nasional serta menyiapkan 100 rumah sakit untuk menangani pasien yang diidentifikasi atau terinfeksi virus Corona, serta penyediaan Alat Pelindung Diri (APD) standar bagi tenaga medis. Sehari kemudian, pada 28 Januari 2020, Juru Bicara Kepresidenan Bidang Sosial Angkie Yudistia mengumumkan pemerintah sedang mempersiapkan 100 rumah sakit untuk menangani pasien virus Corona dan pada 31 Januari 2020, Menteri Perdagangan Agus Suparmanto menyatakan bahwa pemerintah berencana menghentikan sementara impor dari Tiongkok karena penyebaran virus Corona.

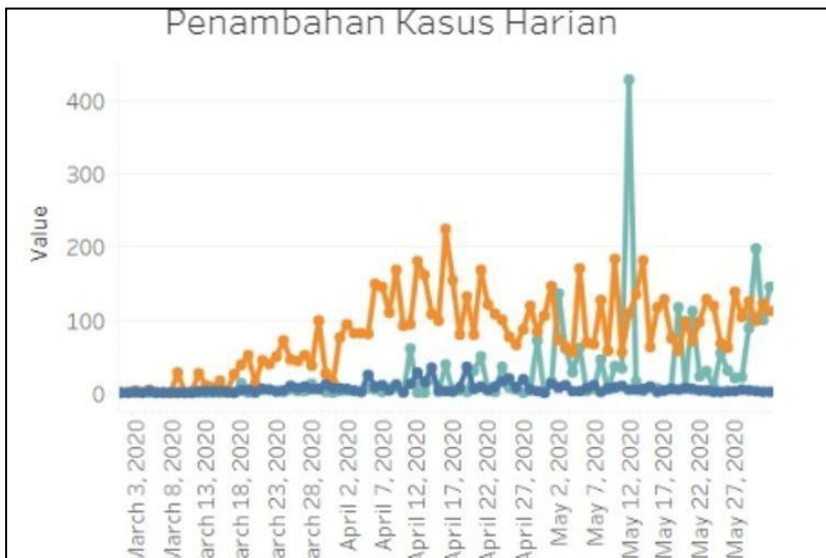
Sikap tersebut berbanding terbalik dengan pernyataan sejumlah para pejabat negara yang justru bersikap serius terhadap ancaman tersebut. Pernyataan-pernyataan tersebut dikutip oleh media massa dan diampifikasi oleh media sosial antara lain Menteri Kesehatan Terawan Agus Putranto, Menko Polhukam Mahfud MD, Menko Perekonomian Airlangga Hartarto, Menhub Budi Karya Sumadi, Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen P2P)

Kemenkes Achmad Yurianto, Ketua MPR RI Bambang Soesatyo, Wakil Presiden Ma'ruf Amin dan Presiden Joko Widodo. (Chairil, 2020)

Pernyataan-pernyataan pejabat tersebut bertolak belakang dengan sikap Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yang pada 28 Februari merilis Instruksi Gubernur Nomor 16 Tahun 2020 yang ditujukan kepada seluruh jajaran Pemprov DKI untuk mulai mengambil langkah-langkah pencegahan penularan infeksi virus Corona yang telah resmi bernama Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

Sikap bulat pemerintah yang pada akhirnya mengumumkan penyakit COVID-19 resmi dinyatakan menular di Indonesia pada 2 Maret 2020 tidak diikuti oleh kesiapan secara medis. Penulis sebagai dokter menjadi bagian dari kepanikan ketika pada periode Maret 2020 tersebut belum ada obat yang adekuat atau vaksin atau terapi untuk penderita COVID-19. Akibatnya terjadi suatu krisis dalam organisasi kesehatan. Saat itu, semua layanan di dalam organisasi kesehatan yakni Rumah Sakit menjadi kacau dan bingung, karena saat itu tidak ada arahan yang tepat ketika terjadi lonjakan penyakit yang meningkat dari hari ke hari. Jumlah korban meninggal pun meningkat secara eksponensial dengan penderita COVID-19.

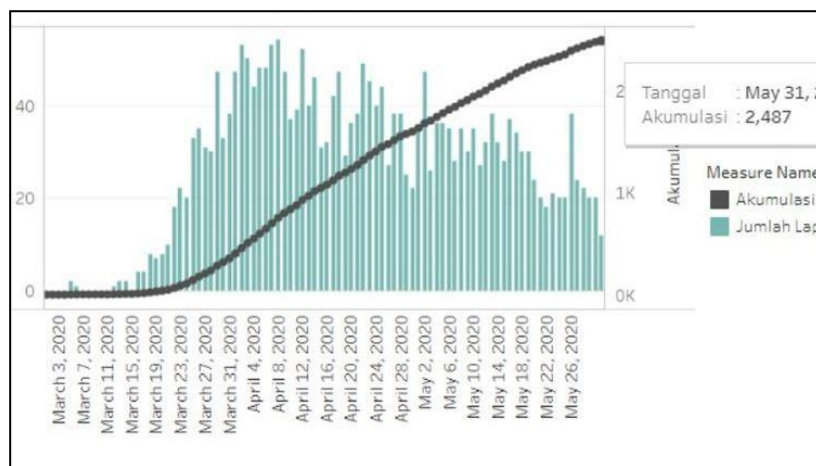
Dalam periode tiga bulan atau sejak 3 Maret 2020 hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dalam periode tiga bulan atau hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dari jumlah tersebut grafik pasien meninggal akibat Covid-19 dilaporkan di Jakarta hingga 31 Mei 2020 mencapai 520 pasien terdiri dari 84 pasien pada Maret 2020, 297 pasien pada April 2020 dan 139 pasien pada Mei 2020.



Gambar 1. 1 Grafik kenaikan kasus Covid-19 di Jakarta, pasien sembuh, dan pasien meninggal sepanjang Maret sampai Mei 2020. (Sumber: corona.jakarta.go.id)

Kondisi panik tidak saja terjadi dalam perawatan pasien semata, dalam hal penanganan pasien meninggal akibat belum adanya panduan identifikasi yang sah menyebabkan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 menjadi sangat besar sehingga membebani Instalasi Pemulasaraan Jenazah. Data per Mei 2020, menunjukkan meski pasien positif Covid-19 di Jakarta yang meninggal sampai tanggal tersebut hanya berjumlah 520 orang, nyatanya, jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 hampir

lima kali lipat lebih banyak. Sejak awal Maret hingga 31 Mei 2020, tercatat ada 2.487 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pasien Covid-19. Sepanjang Mei 2020, terhitung 1 sampai 31 Mei, ada 890 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19. Sementara pada April 2020, sebanyak 1.241 jenazah dimakamkan dengan prosedur tersebut. Angka itu tertinggi dibandingkan data pada Mei dan Maret 2020. Pada periode Maret 2020, ada 356 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19.



Gambar 1. 2 Grafik kenaikan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 di Jakarta. (Sumber corona.jakarta.go.id)

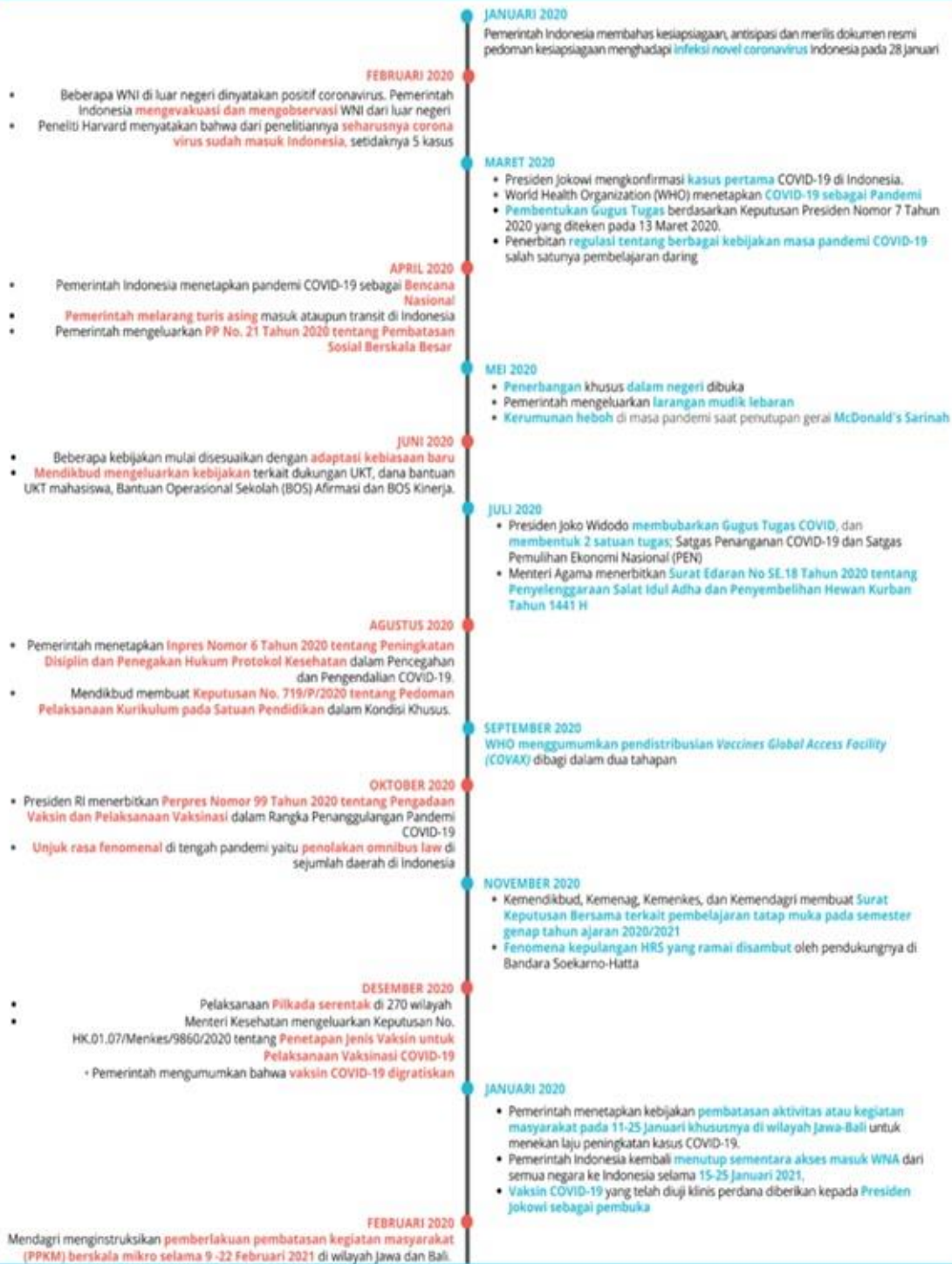
Peneliti melihat kondisi ini terjadi tidak lepas karena sejak awal kasus Covid-19 muncul, Pemerintah pusat meminta masyarakat untuk tenang tapi di sisi lain tidak memberikan jaminan bagi publik bahwa pemerintah telah melakukan upaya pencegahan masuknya COVID-19 ke Indonesia. Hal inilah yang kemudian membuat beberapa kepala daerah mengambil kebijakan sendiri-sendiri untuk melindungi warganya.

Dalam kasus Provinsi DKI, Dinas Kesehatan Provinsi DKI berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 57 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah merupakan unsur pelaksana yang berkedudukan di bawah dan bertanggung

jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dengan tugas sebagai penyelenggara urusan pemerintah di bidang kesehatan. Sampai dengan kemunculan kasus pertama Covid-19 pada 2 Maret 2020, pemerintah belum memiliki kejelasan mengenai pendekatan dan peraturan perundangan apa yang akan digunakan dalam menangani COVID-19. Kejelasan baru terjadi setelah pemerintah mengeluarkan Keputusan Presiden (Keppres) No. 7 Tahun 2020 Tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Melalui Keppres tanggal 13 Maret 2020 tersebut, penanganan COVID-19 berada di bawah Gugus Tugas yang diketuai oleh Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), Doni Monardo yang meletakkan peran sentral penanganan COVID-19 ada di tangan pemerintah pusat melalui Gugus Tugas. Sedangkan daerah melalui kepala daerah memiliki peran membentuk dan mengepalai atau memimpin gugus tugas di wilayahnya sesuai dengan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 440/2622/SJ Tanggal 29 Maret 2020 Tentang Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Daerah.

Tabel 1
Time Line Perjalanan Peraturan Pemerintah

LINIMASA COVID-19 DI INDONESIA



Hingga dua peraturan tersebut dikeluarkan pemerintah pusat, angka keterjangkitan Covid 19 terus bertambah. Hingga ditemukan 117 kasus Covid-19 yang terkonfirmasi, Presiden Joko Widodo hanya sebatas menyerukan kepada penduduk Indonesia untuk melakukan langkah-langkah pembatasan sosial, sementara beberapa pemimpin daerah di Jakarta, Banten dan Jawa Barat sudah menutup sekolah dan tempat-tempat umum. Presiden Joko Widodo bahkan menyampaikan bahwa ia tidak akan melakukan karantina wilayah atau penguncian (lockdown) sesuai UU No.6 Tahun 2018 Tentang Kekarantinaan Kesehatan meski angka kejangkitan akibat Covid 19 terus meningkat.

Baru pada 31 Maret 2020, Presiden Indonesia, Joko Widodo menandatangani Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020, yang mengatur Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) sebagai respons terhadap COVID-19, yang memungkinkan pemerintah daerah untuk membatasi pergerakan orang dan barang masuk dan keluar dari daerah masing-masing asalkan mereka telah mendapat izin dari kementerian terkait yakni Kementerian Kesehatan. Peraturan tersebut juga menyebutkan bahwa pembatasan kegiatan yang dilakukan paling sedikit meliputi peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Pada saat yang sama, Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 juga ditandatangani, yang menyatakan pandemi Coronavirus sebagai bencana nasional. Pembuatan kedua peraturan tersebut didasarkan pada Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan, yang mengatur ketentuan mendasar untuk PSBB.

Ketidaksiapan pemerintah berbanding lurus dengan kondisi Rumah Sakit yang sangat tidak siap dalam menghadapi suasana seperti ini. Beberapa persoalan yang dihadapi Rumah Sakit antara lain: *Pertama*, belum memiliki aturan tentang penatalaksanaan pasien dengan Covid 19 bahkan

obat-obatan yang digunakan dan caranya juga masih dalam tahap uji klinis yang dikeluarkannya pun dengan tujuan penggunaan darurat. *Kedua*, Adanya beberapa varian Covid 19 makin memperburuk upaya pengambilan keputusan dari pemangku kebijakan baik pemerintah pusat-daerah sampai ke manajemen Rumah Sakit tempat penulis bekerja.

Akibat kepanikan ini, seluruh dokter yang bertugas, perawat dan penunjang seperti laboratorium, radiologi dan lainnya satu persatu mulai tertular Covid 19 dan harus menjalani protokol karantina sekitar 14 hari. Pada saat bersamaan, dokter spesialis senior yang ada di Rumah sakit pun tidak bisa melanjutkan praktek di poli karena rentan tertular sedangkan pasien umum yang tidak terjangkit Covid 19 juga terpaksa menahan sakit agar tidak pergi ke RS karena kekhawatiran tertular penyakit ini.

Manajemen di Rumah Sakit jelas terkena imbas dalam hal ini, jajaran direksi, para manajer dan pelaksana juga harus segera mengubah strategi dalam upaya menyelamatkan kondisi Rumah sakit dan terutama pasien. Komunikasi yang dilakukan oleh pemerintah saat itu sangat tidak kondusif, Menkes Terawan Agus Putranto kepada pers bahkan mengatakan bahwa masker hanya dipakai oleh yang sakit, akibatnya terjadilah lonjakan pasien Covid 19 yang datang ke rumah sakit yang berimbas pada tuntutan perubahan operasional bagi Rumah Sakit seperti harus membuat ruangan dengan tekanan negatif yang dibuat untuk mencegah adanya kontaminasi pada area luar kamar operasi hingga alat pelindung diri (APD) sampai level 3. Pada saat bersamaan Rumah Sakit mengalami kendala secara ekonomi karena belum adanya aturan pembayaran oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk pasien yang terjangkit Covi-19.

Secara umum, seluruh Rumah Sakit belum siap untuk menangani pasien Covid 19. Penderita yang terus berdatangan membuat kapasitas ruang perawatan tidak mencukupi. Saat itu, ruang *intensive care unit* (ICU) seluruh rumah sakit DKI penuh. Dalam kondisi ini semua mata

tertuju ke pada pemegang mandate Rumah Sakit, dalam hal ini Direktur Utama Rumah sakit. Saat itu penulis sejak April 2019 menjabat sebagai Direktur Utama di RS Menteng Mitra Afia di Jakarta Pusat harus melakukan tindakan dengan koordinasi bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas (Sudin) Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat.

Obyek penelitian ini yakni RS Menteng Mitra Afia yang terletak di jalan Kali Pasir No.9, RT.14/RW.10, Kebon Sirih, Kecamatan Menteng, Kota Jakarta Pusat. Menteng Mitra Afia dulu dikenal sebagai Rumah Sakit Khusus Neurologi dan Psikiatri adalah rumah sakit type C yang memiliki 70 tempat tidur, layanan IGD 24 jam dengan 23 dokter spesialis dan 10 dokter umum. Serta memiliki layanan penunjang yang cukup lengkap.

Dalam kondisi Covid 19 yang menyebabkan kepanikan tersebut, penulis membuat sejumlah kebijakan yang melanggar sejumlah etik maupun regulasi seperti penggunaan dokter tanpa Surat Izin Praktek (SIP) yang diambil ketika seluruh dokter di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS Menteng Mitra Afia terjangkit Covid dan harus istirahat. Saat itu kewajiban SIP dokter digugurkan sehingga dokter yang bertugas hanya menggunakan surat keterangan dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat.

Kewajiban SIP diatur dalam Pasal 36 UU Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran yang berbunyi “Bahwa Setiap dokter dan dokter gigi yang melakukan praktik kedokteran di Indonesia wajib memiliki surat izin praktik.” Kemudian ada Pasal 37 (1) Surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dikeluarkan oleh pejabat kesehatan yang berwenang di kabupaten/kota tempat praktik kedokteran atau kedokteran gigi dilaksanakan. Bagi dokter yang tidak memiliki SIP melanggar Pasal 76 UU Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan di mana “Setiap dokter atau dokter gigi yang dengan sengaja melakukan praktik kedokteran tanpa memiliki surat izin praktik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 dipidana

dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).” Peraturan pemerintah yang menyatakan SIP yang habis dokter masih dapat praktek. Terjadi masalah ketersediaan tenaga kesehatan yang kurang memadai yang mengakibatkan RS memeperkerjakan tenaga kesehatan dari tempat lain tanpa ada SIP (Deviasi Etika dan Komunikasi Krisis : Terjadi dinamika di Instansi RS antara Direksi, jajaran manager dan unit-unit di bawahnya yang menyebabkan banyak perbedaan pendapat dan penafsiran terhadap peraturan berbeda antara peraturan pemerintah dengan kondisi yang ada)

Pengecualian kewajiban SIP hanyalah salah satu etik dan regulasi yang dilanggar dalam kondisi krisis Kesehatan. Dari sini **peneliti** selaku penanggung jawab Rumah Sakit melalui komunikasi dengan pihak Dinas Kesehatan Provinsi dan Suku Dinas Kesehatan Provinsi Jakarta Pusat dalam kondisi darurat mengambil keputusan yang melanggar peraturan yang ada. Demikian pula ketika penulis mengizinkan adanya praktek *telemedicine* yang dilakukan oleh dokter senior di rumah mereka. Praktek *telemedicine* tidak sesuai dengan metode pada Pasal 35 ayat 1 Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.

Dalam hal layanan rawat, Manajemen RS Menteng Mitra Afia dengan segala keterbatasannya berdasarkan Keputusan Gubernur Nomor 987 Tahun 2020 Tentang Perubahan Kedua Atas Keputusan Gubernur Nomor 378 Tahun 2020 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Coronavirus Disease (covid-19). Dalam keputusan tertanggal 28 September 2020 tersebut, RS Menteng Mitra Afia menjadi satu di antara 90 Rumah Sakit di DKI sebagai Rumah Sakit rujukan khusus Covid-19 sehingga harus mengubah alokasi layanan dari seluruhnya yakni 70 tempat tidur yang seluruhnya bagi pasien umum menjadi 40 tempat tidur khusus untuk pasien Covid-19 dan 30 tempat tidur bagi pasien umum. Pengubahan alokasi tempat tidur khusus bagi pasien Covid-19 merupakan tantangan tersendiri karena manajemen RS Menteng

Mitra Afia harus mengubah sistem pengatur udara ruangan (*air conditioning*) dari sebelumnya bertekanan positif menjadi ruangan bertekanan negatif. Ruangan bertekanan negatif dibuat untuk mencegah adanya kontaminasi pada area luar ruangan. Pada ruangan ini, tekanan diatur lebih rendah dibandingkan tekanan di luar ruangan, sehingga ketika pintunya terbuka, udara dari dalam ruangan tekanan negatif tidak dapat keluar menyebarkan virus maupun bakteri. Untuk memenuhi ini, hanya tersedia waktu satu bulan sehingga menjadi tantangan teknis bagi manajemen. Panduan-panduan baru yang secara cepat berubah sesuai kondisi yang ada pada saat itu. Kecepatan perubahan panduan ini tidak seiring dengan percepatan sosialisasi kepada tenaga kesehatan yang menyebabkan komunikasi krisis antar tenaga kesehatan di dalam RS.

Penetapan sebagai Rumah Sakit rujukan khusus Covid-19 secara langsung berimbas pada penerapan kebijakan tentang ruang perawatan yang dalam kondisi biasa, pasien dapat ditemani keluarga namun pada saat pandemi Covid pasien tidak bisa ditemani oleh keluarga untuk mengurangi tertularnya virus Covid-19. Pembatasan pendampingan oleh keluarga bertentangan dengan Pasal 32 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit *di mana* pada poin 12 ditetapkan hak pasien adalah didampingi keluarganya dalam keadaan kritis. Menghadapi situasi operasional tersebut Manajemen RS Menteng Mitra Afia harus menghadapi situasi manajerial seperti kurangnya dukungan dari *pihak pemilik* agar manajemen mampu melakukan perubahan sarana prasarana yang ada sehingga memenuhi kebutuhan pelayanan di saat Covid-19 dan keterlambatan hak-hak karyawan akibat keterlambatan pembayaran dari pemerintah. Dalam hal hak karyawan, pihak Manajemen RS sangat berperan menjembatani kondisi tersebut kepada para karyawan agar dapat mengerti dan mau menjalankan kebijakan dan peraturan sekaligus memastikan layanan kepada pasien secara optimal.

Dalam rentan waktu Maret 2020 sampai Januari 2021 dilema etika sering muncul

bersamaan ketika rumah sakit mengalami keterbatasan sumber daya, rumah sakit dan tenaga kesehatan harus memilih pasien yang harus mereka prioritaskan masuk ke ruang perawatan atau ICU. Sedangkan untuk vaksin pada tahun 2020 yang menerima terlebih dahulu adalah pasien lanjut usia (lansia) karena mereka rentan terhadap komplikasi dan mengalami kematian akibat Covid-19. Kebijakan diskriminasi bertentangan dengan Pasal 32 UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit dimana pada poin ketiga yakni pasien berhak “Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi” sehingga perlu dikomunikasikan dengan para dinas kesehatan setempat.

Penetapan kriteria RS Covid tidak diiringi fasilitas ruang isolasi yang layak di RS sesuai dengan kriteria pasien Covid-19. Hal ini menyebabkan deviasi etika terhadap ruang perawatan. Manajemen dan tenaga kesehatan mengalami komunikasi krisis karena ruang perawatan yang kurang layak tetap dipaksakan untuk merawat pasien covid -19 yang mengakibatkan resiko penularan covid -19 terhadap pasien dan tenaga kesehatan.

Kondisi Covid-19 yang belum dipahami oleh ilmu kedokteran saat itu juga membuat beberapa ijin yang bersifat darurat salah satunya penggunaan vaksin demikian pula pemberian pengobatan yang kerap kali terjadi perubahan protokol. Kondisi ini secara langsung berhadapan dengan banyaknya hoax yang beredar melalui media sosial seperti anti vaksin dan obat yang tidak halal dan sebagainya. Untuk mengatasi hal ini, Manajemen RS Menteng Mitra Afia mengupayakan edukasi tentang pemberian obat dan sejumlah protokol yang terus berubah dari pemerintah sehingga diharapkan tenaga kesehatan (**NAKES**) yang bertugas memiliki ketanggapan dan mampu mengambil keputusan yang ada sesuai dengan **K**ebijakan Pemerintah dan Manajemen RS. Penggunaan obat- obatan yang belum layak untuk pengobatan covid masih dalam penelitian menyebabkan terjadi deviasi etika. Ketersediaan obat baru yang belum terbukti untuk pengobatan covid-19 masih sulit di sediakan yang menyebabkan komunikasi krisis antara manajemen dan

farmasi serta tenaga kesehatan lainnya.

Tentu saja adanya keterlambatan hak karyawan menyebabkan para **NAKES** RS Menteng Mitra Afia mempunyai kecemasan tersendiri dalam menghadapi tuntutan pekerjaan mereka selama pandemi. Menghadapi pasien Covid-19, mengharuskan mereka memahami dan ahli dalam berkomunikasi agar kondisi dan hubungan antara pasien dan para medis dapat berjalan baik dan mempercepat proses penyembuhan, di tengah keterbatasan fisik dalam memeriksa pasien, mereka harus bekerja dengan shift yang lama karena banyaknya nakes yang terpapar. Hal ini menjadi menjadikan deviasi peraturan yang menyebabkan komunikasi krisis antara manajemen dan tenaga kesehatan mengenai kelebihan jam kerja dalam menghadapi pasien dengan penyakit menular. **Di mana** dalam menghadapi pasien dengan penyakit menular harus dengan kondisi stamina yang baik sedangkan disisi lain Manajemen harus menyediakan tenaga kesehatan di mana pasien terus meningkat.

Keterbatasan sarana dan prasarana hingga penggunaan atribut alat pelindung diri (APD) sesuai dengan prosedur dari **p**emerintah ketika dikenakan secara terus menerus menutupi seluruh tubuh dalam waktu yang lama mengakibatkan para nakes tidak nyaman. Perubahan peraturan dalam penggunaan APD sangat cepat menyebabkan terjadi komunikasi krisis terhadap kesimpangsiuran pengetahuan diantara tenaga kesehatan dan juga manajemen. Disamping itu ketersediaan APD yang sulit dan harga yang mahal menjadi masalah yang cukup menyebabkan ketegangan antara Manajemen dan tenaga kesehatan.

Penulis sebagai pimpinan RS Menteng Mitra Afia sudah secara maksimal mensosialisasikan dan menginformasikan agar kejadian tersebut tidak terjadi lagi karena dapat berdampak terhadap pelayanan dan ketersediaan sumber daya di RS. Manajemen RS Menteng Mitra Afia juga membentuk tim Satgas Covid-19 guna meminimalisir lonjakan pasien, mengubah

susunan dan tatanan ruang perawatan sesuai kebutuhan yang ada. Dalam menghadapi situasi saat itu **Manajemen Rumah Sakit** tidak saja berkomunikasi ke dalam tetapi juga harus berkomunikasi dengan pihak luar yaitu antar rumah sakit rujukan dan instansi pemerintah. Tidak saja terkait teknis rujukan pasien, metode rawatan, hingga sumbangan APD yang dibutuhkan saat itu.

Berdasarkan kondisi kritis yang telah tertulis **di atas**, maka **peneliti** tertarik melakukan penelitian yang berfokus pada deviasi etika komunikasi.

1.2 Fokus dan Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, masalah utama penelitian ini adalah deviasi etika dan komunikasi krisis pada Rumah Sakit Menteng Mitra Afia di Jakarta Pusat dalam menangani krisis akibat wabah Covid-19 yang membutuhkan kecepatan bertindak namun sangat bergantung pada pemerintah sehingga dapat menjadi panduan di masa mendatang. Oleh karena itu, masalah utama tersebut diturunkan dalam rumusan masalah di bawah ini:

1. Bagaimana analisis tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
2. Bagaimana kajian dan bentuk jenis deviasi etika komunikasi di RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
3. Bagaimana telaah kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid -19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?
4. Bagaimana respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis di RS **Menteng Mitra Afia** terhadap kebijakan publik di masa pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021?

5. Bagaimana merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada kondisi pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah:

1. **Menganalisis** dan mendeskripsikan berbagai tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
2. **Mengkaji** dan menjelaskan berbagai bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi di RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021
3. **Menelaah** kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS **Menteng Mitra Afia** selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
4. **Mengkaji** respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis di RS **Menteng Mitra Afia** terhadap kebijakan publik di masa pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
5. Merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang.

1.4 Kegunaan Penelitian

1. Bagi Komunitas Kesehatan khususnya tenaga kesehatan **Rumah Sakit Menteng Mitra Afia**, penting untuk disadarkan akan kepentingan Etika Komunikasi dalam lingkungan kerja.

2. Bagi Rumah Sakit, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk perbaikan Etika Komunikasi di **Rumah Sakit** tersebut.
3. Bagi **p**emerintah, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan kebijakan dan pedoman yang mengatur Etika Komunikasi di **Rumah Sakit** dan fasilitas kesehatan lainnya, untuk menciptakan lingkungan kerja yang etis dan profesional bagi tenaga kesehatan serta meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien.
4. Bagi **p**eneliti, penelitian ini dapat memberikan pemahaman tentang sejauh mana deviasi etika terjadi dalam tindakan medis di kondisi krisis.
5. Bagi **peneliti** selanjutnya, penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi dan sumber tambahan untuk penelitian selanjutnya.
6. Bagi Universitas Sahid, penelitian ini dapat dijadikan literatur dalam perpustakaan universitas, khususnya dalam bidang penelitian tentang Deviasi Etika Komunikasi.

1.5 Keterbatasan Penelitian

Peneliti memiliki keterbatasan dalam melakukan penelitian ini, yaitu:

1. Pandemi Covid-19 bersifat global, masing-masing Rumah Sakit memiliki cara komunikasi yang khas sehingga penelitian ini tidak dapat digeneralisasi
2. Terdapat trauma di antara narasumber ketika mengalami krisis kesehatan akibat Covid-19 menyebabkan kemungkinan ada informasi yang sulit untuk diutarakan
3. Keterbatasan lain penelitian memaparkan hal atau variabel yang sebenarnya tercakup dalam keluasan lingkup penelitian tapi karena kesulitan metodologis atau prosedur tertentu sehingga tidak dapat dicakup dalam penelitian dan di luar kendali peneliti.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian komunikasi dengan fokus pada internal rumah sakit dalam menghadapi kondisi krisis kesehatan yang memaksa manajemen mengambil kebijakan dengan resiko melanggar etika dan hukum Kesehatan masih terhitung jarang dilakukan disebabkan kecenderungan untuk melihat penanganan krisis kesehatan sebagai masalah komunikasi publik sehingga peneliti melakukan kajian dan komparasi terhadap sejumlah kajian mengenai krisis komunikasi dan komunikasi organisasi akibat wabah penyakit di dunia yang hampir serupa dengan wabah Covid19 maupun kajian terkait penanganan Covid-19.

Pertama, penelitian berjudul *Communicating a Pandemic Crisis Management and Covid-19 in the Nordic Countries* (Bengt et al, 2023) merupakan bunga rampai riset Tema besar dari bunga rampai ini adalah mengkaji Nordik Model yang berbasiskan nilai-nilai demokrasi sosial atau Negara Kesejahteraan yang diterapkan oleh negara-negara Skandinavia dalam menangani pandemi. Analisis komparatif dalam buku ini mencoba memberikan pemahaman krisis yang lebih dalam komunikasi dan pandemi. Hal ini penting, karena krisis yang terjadi menjadi “normal baru”. Covid-19 bukanlah pandemi terakhir; akan ada masa depan *pandemi dan pengetahuan kita tentang komunikasi krisis*.

Kedua, penelitian tentang *Uncertainty, scarcity and transparency: Public health ethics and risk communication in a pandemic* yang fokus pada kegiatan komunikasi panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi yang menekankan transparansi (Voo Chuan, Teck et al, 2022). Penelitian ini

mendapati bahwa mengkomunikasikan panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi menekankan transparansi komunikasi selama pandemi terkadang penuh, sebagian karena tantangan praktis dan konseptual seputar transparansi. Tantangan khusus muncul ketika ada pengetahuan ilmiah yang berkembang tentang COVID-19 dan keengganan untuk mengakui bahwa masalah kelangkaan sumber daya memengaruhi rekomendasi kesehatan masyarakat.

Ketiga, , penelitian berjudul "Surviving to thriving": a meta-ethnography of the experiences of healthcare staff caring for persons with COVID-19. (Agyei et al, 2021), Penelitian ini mengambil tema kemunculan penyakit Coronavirus telah meningkatkan pengalaman beban emosional di antara staf kesehatan. Untuk memandu pengembangan program dukungan. Kajian ini berusaha untuk mengumpulkan dan mensintesis studi kualitatif untuk membangun pemahaman komparatif tentang pengalaman staf Kesehatan untuk merawat pasien Covid19. Pendekatan meta-etnografi digunakan untuk mengumpulkan dan mensintesis studi kualitatif primer. Basis data pencarian dilakukan dari Januari hingga November 2020. Alat standar digunakan untuk mengekstrak data dari studi primer yang teridentifikasi. Studi diterjemahkan satu sama lain untuk merumuskan konsep menyeluruh/metafora yang membentuk dasar melakukan sintesis naratif. Dari penelitian ini didapati kesimpulan bahwa staf kesehatan yang merawat orang yang terinfeksi penyakit Coronavirus berisiko mengalami kelelahan fisik, kelelahan empati dan membutuhkan dukungan kesehatan mental yang berkelanjutan sepadan dengan kebutuhan mereka. Staf yang berkontak dengan penyakit mungkin memerlukan dukungan tambahan untuk mengatasi penyakit dan pemulihan. Kebijakan dan terpadu diperlukan upaya untuk memperkuat sistem pendukung dan membangun ketahanan di antara staf layanan kesehatan.

Keempat, penelitian berjudul "New insights into crisis communication from an "inside" emic

perspective during COVID-19 (Jim Macnamara, 2021) penelitian mengambil tema ketika pandemi COVID-19 menyebar ke seluruh dunia, membutuhkan manajemen darurat oleh otoritas dan penyedia kesehatan, hal itu menciptakan krisis yang terus berlanjut dan “penularan krisis” untuk organisasi mulai dari maskapai penerbangan internasional dan operator pariwisata hingga bisnis lokal, sekolah, dan universitas. Selain risiko yang terkait langsung dengan Kesehatan darurat, banyak organisasi terjerumus ke dalam krisis karena pembatasan yang ketat untuk operasi mereka dan kerugian pendapatan. Analisis ini mengkaji komunikasi krisis dalam sebuah organisasi dihadapkan dengan kerugian keuangan yang besar, redundansi staf, dan gangguan. Dia menganalisis bagaimana respons krisis ini dan yang diperlukan dikomunikasikan kepada pemangku kepentingan, menggunakan teori komunikasi krisis situasional (SCCT), sebagai kerangka analisisnya. Ketika mencatat perspektif alternatif seperti krisis dan komunikasi risiko darurat (CERC) teori, SCCT diidentifikasi sebagai teori komunikasi krisis yang paling banyak diterapkan, dan dengan demikian membutuhkan tinjauan berkelanjutan di era fragmentasi media, disinformasi, dan kepercayaan masyarakat rendah. Selain itu, analisis ini memberikan gambaran "di dalam" (emik) yang relatif jarang melalui etnografi dan autoetnografi yang dilakukan oleh seorang pengambil keputusan senior dalam organisasi.

Kelima, penelitian berjudul *Principles of ethics and critical communication during the COVID-19 pandemic* (Shalowitz, David et al, 2020). Artikel ini mencoba melihat hubungan komunikasi krisis selama pandemi COVID-19 di mana penekanan layanan klinis telah bergeser kepada optimalisasi kesehatan masyarakat karena sumber daya yang terbatas harus dialokasikan untuk memaksimalkan hasil perawatan pasien COVID-19. Studi ini menemukan bahwa selama situasi pandemi Covid-19, dokter harus menggunakan prinsip komunikasi berisiko tinggi untuk memandu perencanaan perawatan selama pandemi.

Keenam, penelitian berjudul *A Leader's Guide to Crisis Communication: Lessons from Ebola for COVID-19* (Tetteh, A. Hassan, 2020) mempertajam posisi pemimpin dalam kondisi krisis yang telah ditulis dalam buku *Theorizing Crisis Communication* karya profesor Timothy Sellnow dan Matthew Seeger. Dalam tulisan ini, penulis mempertegas bahwa dalam kondisi krisis kesehatan membutuhkan tindakan segera oleh para pemimpin. Dalam penelitian ini aksioma umum komunikasi krisis mencakup persiapan, pengembangan rencana komunikasi, dan koordinasi pesan melalui personel yang ditunjuk, namun, bahkan dalam kasus terbaik, informasi penting dapat hilang dalam komunikasi dan akibatnya membahayakan nyawa. Pertimbangan tentang “apa yang harus dikomunikasikan dan bagaimana cara berkomunikasi” selama krisis dengan menggunakan pembelajaran dari wabah Ebola serta pelajaran yang sekarang muncul dari pandemi Penyakit Coronavirus 2019 (COVID-19) adalah fokus dari perspektif ini. Perspektif ini menawarkan pedoman praktis bagi para pemimpin yang diidentifikasi di sini sebagai komunikasi krisis 3W dan 4C. Faktor-faktor ini menawarkan daftar periksa yang siap diterapkan dalam krisis, serta dalam pelatihan untuk respons krisis.

Ketujuh, penelitian berjudul *Ethics Of Communication And Compliance In Response To The Handling Of The Covid-19 Pandemic* kajian ini mengambil kasus satu tindakan yang tidak pantas secara etis yang dilakukan oleh masyarakat namun marak selama Covid-19 terjadi yakni mengambil secara paksa jenazah korban Covid-19. Tulisan ini menunjukkan ketidakpatuhan terhadap aturan yang telah ditetapkan. Riset ini menggunakan Teori Kepatuhan Tyler yang mendapati tindakan masyarakat yang melanggar hukum tersebut dilakukan masyarakat yang berpegang teguh pada moral dan kepentingan pribadinya. Rekomendasi makalah adalah untuk membuat manajer rumah sakit lebih ketat dalam standarisasi penyimpanan jenazah yang berpotensi menularkan virus dan untuk pemerintah dan penegakan hukum untuk secara efektif

menegakkan aturan tentang pengambilan paksa jenazah korban Covid-19. (Siahaan, Chontina, 2020).

Kedelapan, penelitian berjudul *The COVID-19 Pandemic: Healthcare Crisis Leadership as Ethics Communication* (Hayry, Matti, 2020) mengambil kajian bagaimana reaksi pemerintah terhadap krisis seperti pandemi COVID-19 dapat dilihat sebagai etika komunikasi. Pemerintah dapat mengatasi penyakit ini dan dengan demikian mengurangi dampak kesehatan masyarakat yang merugikan. Kajian ini memfokuskan pada tindakan yang diambil pemerintah Swedia dan Finlandia di mana kedua negara menunjukkan perbedaan dalam cara yang layak untuk mengkomunikasikan kebijakan yang dipilih kepada warga. Swedia mengambil strategi kekebalan kawanan dengan argumen utilitarian kesehatan yang mudah dikomunikasikan pada orang Swedia. Sedangkan Finlandia memilih strategi PSBB. Baik Swedia dan Finlandia sulit mengkomunikasikan hal tersebut karena bertentangan dengan prinsip dasar demokrasi liberal.

Kesembilan, laporan penelitian berupa satu bab dalam bunga rampai riset hasil pengamatan penanganan komunikasi *Pandemics, Publics, and Politics: Staging Responses to Public Health Crises* (Kristian Bjørkdah dan Benedicte Carlsen, 2019) mengkaji ketidakpastian dalam nasihat ahli tentang pandemi yang diberikan kepada anggota masyarakat umum. Bab ini mengacu pada penelitian yang dilakukan di Australia dan Skotlandia tentang keterlibatan publik dengan pandemi influenza (flu babi) 2009 dan membahas implikasi komunikasi pada wabah penyakit menular yang lebih baru, termasuk Ebola dan Zika. Ini menunjukkan bagaimana pesan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencapai keseimbangan peringatan dan kepastian yang bisa diterapkan dan membelokkan masalah kepercayaan pada pakar dan sains. Bab ini membahas bagaimana ketidakpastian yang ada dalam pandemi memperkuat personalisasi tanggapan terhadap risiko pandemi, dengan cara yang merusak kerja sama dan tindakan kolektif yang juga diperlukan untuk

merespons pandemi secara efektif.

Kesepuluh, penelitian berjudul *The Swine Flu Emergency Department: The Relationship Between Media Attention for the Swine Flu and Registrations in an Emergency Medicine Unit* mengkaji kondisi ketika dunia dihadapkan pada potensi wabah pandemi baru, media banyak melaporkannya (Nelissen et al, 2014). Media adalah penyebar informasi ancaman kesehatan yang penting. Studi ini menguji potensi efek media selama wabah influenza A/H1N1 tahun 2009. Hipotesa para penulis adalah untuk memeriksa hubungan antara laporan media tentang flu babi dan pendaftaran diri di departemen darurat (ED) dari rumah sakit tersier di Flanders, Belgia. Metode yang digunakan adalah mengkaji semua artikel tentang flu babi yang diterbitkan di tujuh surat kabar Flemish yang sengaja dipilih selama puncak flu terbesar di Belgia. Jumlah artikel dibandingkan dengan jumlah pasien yang menunjukkan diagnosis sendiri gejala flu babi selama jangka waktu yang sama. Koefisien korelasi Pearson dipilih untuk menentukan hubungan. Fungsi korelasi silang menentukan arah hubungan ini. Secara statistik ditemukan korelasi kuat antara jumlah pasien potensial ($n = 308$) dan jumlah artikel di pers Flemish ($n = 1657$). Jumlah pasien adalah indikator utama; peningkatan volume pers tertulis mengikuti peningkatan jumlah pasien. Sehingga disimpulkan, pelaporan media sangat ekstensif ketika penyakit menular baru merebak dan meningkat ketika dikhawatirkan tingkat pandemi tercapai. Ini juga terjadi pada wabah flu babi di Flanders. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah laporan media mengikuti peningkatan jumlah kasus, bukan sebaliknya.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

Judul Penelitian	Peneliti	Masalah	Teori	Hasil penelitian
<i>Communicating a Pandemic Crisis Management and Covid-19 in the Nordic Countries</i>	editor Johansson, Bengt et al, 2023	Bunga rampai ini menyajikan kajian Nordik Model yang berbasis nilai demokrasi sosial atau Negara Kesejahteraan yang diterapkan oleh beberapa negara Skandinavia dalam menangani pandemi.	Krisis Komunikasi	Analisis komparatif dalam buku ini mencoba memberikan pemahaman krisis yang lebih dalam komunikasi dan pandemi. Hal ini penting, karena krisis yang terjadi menjadi “normal baru”. Covid-19 bukanlah pandemi terakhir; akan ada di masa depan suatu pandemi dan diperlukan pengetahuan kita tentang komunikasi krisis.
<i>Uncertainty, scarcity and transparency: Public health ethics and risk communication in a pandemic</i>	Voo Chuan, Teck et al, 2022	Kegiatan komunikasi panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi yang menekankan transparansi.	Publik	Mengkomunikasikan panduan kesehatan masyarakat adalah kunci untuk mengurangi risiko selama bencana dan wabah, dan panduan etis dalam komunikasi menekankan transparansi komunikasi selama pandemi terkadang penuh, sebagian karena tantangan praktis dan konseptual seputar transparansi. Tantangan khusus muncul ketika ada pengetahuan ilmiah yang berkembang tentang COVID-19 dan keengganan untuk mengakui bahwa masalah kelangkaan sumber daya memengaruhi rekomendasi kesehatan masyarakat.

<p><i>Surviving to thriving”: a meta-ethnography of the experiences of healthcare staff caring for persons with COVID-19</i></p>	<p>Agyei et all, 2021</p>	<p>Kajian ini berusaha untuk mengumpulkan dan mensintesis studi kualitatif untuk membangun pemahaman komparatif tentang pengalaman staf Kesehatan untuk merawat pasien Covid19. Pendekatan meta-etnografi</p>	<p>Komunikasi Organisasi</p>	<p>Penelitian ini menyimpulkan staf kesehatan yang merawat orang terinfeksi Covid19 berisiko mengalami kelelahan fisik, kelelahan empati dan membutuhkan dukungan kesehatan mental yang berkelanjutan sepadan dengan kebutuhan mereka. Kebijakan yang terpadu diperlukan upaya untuk memperkuat sistem pendukung dan membangun ketahanan di antara staf layanan kesehatan.</p>
<p><i>New insights into crisis communication from an “inside” emic perspective during COVID-19</i></p>	<p>Jim Macnamara , 2021</p>	<p>Pandemi COVID-19 menyebar ke seluruh dunia, membutuhkan manajemen darurat oleh otoritas dan penyedia kesehatan, hal itu menciptakan krisis yang terus berlanjut dan “penularan krisis” untuk organisasi</p>	<p>Krisis Komunikasi dan Komunikasi Organisasi</p>	<p>Teori komunikasi krisis situasional (SCCT) diidentifikasi sebagai teori komunikasi krisis yang paling banyak diterapkan, dengan demikian membutuhkan tinjauan berkelanjutan di era fragmentasi media, disinformasi, dan kepercayaan masyarakat rendah. Selain itu, analisis ini memberikan gambaran "di dalam" (emic) yang relatif jarang melalui etnografi dan autoetnografi yang dilakukan oleh seorang pengambil keputusan senior dalam organisasi</p>
<p><i>Principles of ethics and critical communication during the COVID-19 pandemic</i></p>	<p>Shalowitz, David et all, 2020</p>	<p>Selama pandemi COVID-19, penekanan layanan klinis telah bergeser ke optimalisasi kesehatan masyarakat. Sementara sumber daya yang terbatas harus dialokasikan untuk memaksimalkan hasil perawatan pasien COVID-19.</p>	<p>Komunikasi Krisis</p>	<p>Studi ini menemukan bahwa selama situasi pandemi Covid-19, dokter harus menggunakan prinsip komunikasi berisiko tinggi untuk memandu perencanaan perawatan selama pandemi</p>
<p><i>A Leader’s Guide to Crisis Communication: Lessons from Ebola for</i></p>	<p>Tetteh, A. Hassan, 2020</p>	<p>Penelitian ini mempertajam posisi pemimpin dalam kondisi krisis yang telah ditulis dalam</p>	<p>Krisis Komunikasi</p>	<p>Perspektif ini menawarkan pedoman praktis bagi para pemimpin yang diidentifikasi di sini</p>

<i>COVID-19</i>		buku <i>Theorizing Crisis Communication</i> karya profesor Timothy Sellnow dan Matthew Seeger. Dalam tulisan ini, penulis mempertegas bahwa dalam kondisi krisis kesehatan membutuhkan tindakan segera oleh para pemimpin.		sebagai komunikasi krisis 3W dan 4C. Faktor-faktor ini menawarkan daftar periksa yang siap diterapkan dalam krisis, serta dalam pelatihan untuk respons krisis
<i>Ethics Of Communication And Compliance In Response To The Handling Of The Covid-19 Pandemic</i>	Siahaan, Chontina, 2020	Salah satu tindakan yang tidak pantas secara etis adalah mengambil secara paksa jenazah korban Covid-19, menunjukkan ketidakpatuhan terhadap aturan yang telah ditetapkan	Teori Kepatuhan Tyler	Penelitian ini menyimpulkan masyarakat berpegang teguh pada moral dan kepentingan pribadinya. Rekomendasi makalah adalah untuk membuat manajer rumah sakit lebih ketat dalam standarisasi penyimpanan jenazah yang berpotensi menularkan virus dan untuk pemerintah dan penegakan hukum untuk secara efektif menegakkan aturan tentang pengambilan paksa jenazah korban Covid-19.
<i>The COVID-19 Pandemic: Healthcare Crisis Leadership as Ethics Communication</i>	Hayry, Matti, 2020	Reaksi pemerintah terhadap krisis seperti pandemi COVID-19 dapat dilihat sebagai etika komunikasi. Pemerintah dapat mengatasi penyakit ini dan dengan demikian mengurangi dampak kesehatan masyarakat yang merugikan	Etika Komunikasi	Pengamatan Swedia dan Finlandia menunjukkan perbedaan dalam cara yang layak untuk mengkomunikasikan kebijakan yang dipilih kepada warga. Swedia mengambil strategi kekebalan kawanan dengan argumen utilitarian kesehatan yang mudah dikomunikasikan pada orang Swedia. Sedangkan Finlandia memilih strategi PSBB. Baik Swedia dan Finlandia sulit mengkomunikasikan hal tersebut karena bertentangan dengan prinsip dasar demokrasi liberal.
<i>Uncertainty and</i>	Editor	Penelitian ini di	Komunikasi	Hasil dari penelitian ini

<i>Immunity in Public Communications on Pandemics</i> dalam bunga rampai <i>Pandemics, Publics, and Politics: Staging Responses to Public Health Crises</i>	Kristian Bjørkdahl dan Benedicte Carlsen, 2019	Australia dan Skotlandia tentang keterlibatan publik dengan pandemi influenza (flu babi) 2009 dan membahas implikasi komunikasi pada wabah penyakit menular yang lebih baru, termasuk Ebola dan Zika.	Krisis	menunjukkan bagaimana pesan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencapai keseimbangan peringatan dan kepastian yang bisa diterapkan dan membelokkan masalah kepercayaan pada pakar dan sains.iri, sehingga kehidupan masyarakat yang idel pun dapat terealisasi.
<i>The Swine Flu Emergency Department: The Relationship Between Media Attention for the Swine Flu and Registrations in an Emergency Medicine Unit</i>	Nelissen et all, 2014	Penelitian ini mengkaji kondisi ketika dunia dihadapkan pada potensi wabah pandemi baru, media banyak melaporkannya. Media adalah penyebar informasi ancaman kesehatan yang penting. Studi ini menguji potensi efek media selama wabah influenza A/H1N1 tahun 2009	Komunikasi Krisis	Kajian ini mendapati pelaporan media sangat ekstensif ketika penyakit menular baru merebak dan meningkat ketika dikhawatirkan tingkat pandemi tercapai. Ini juga terjadi pada wabah flu babi di Flanders. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah laporan media mengikuti peningkatan jumlah kasus, bukan sebaliknya.

Dari tabel 2.1 tentang penelitian terdahulu di atas, dapat di amati beberapa “kesamaan” dengan penelitian untuk disertasi ini;

- 1) Konsep tentang komunikasi manajemen di masa krisis.
- 2) Etika kesehatan masyarakat dan komunikasi risiko di masa pandemi
- 3) Komunikasi krisis ditinjau dari perspektif emic
- 4) Prinsip etika dan komunikasi kritis selama pandemi.
- 5) Panduan pemimpin untuk komunikasi krisis
- 6) Kepemimpinan dalam kritis dan etika komunikasi saat pandemi

“Perbedaan” penelitian untuk disertasi ini dengan penelitian terdahulu, penelitian ini focus pada;

- 1) Praktek komunikasi antarpersonal – teraupetik selama pandemic dengan lokus pada Rumah Sakit.
- 2) Analisis sejauhmana tindakan komunikasi kesehatan dari dokter, atau komunikasi teraupatik “menyimpang” dari tindakan komunikasi teraupatik seharusnya.
- 3) Bagaimana seharusnya kebijakan public dari pemerintah yang dapat meminimalisir penyimpangan tindakan komunikasi di Rumah Sakit.

2.2 Hakikat Komunikasi Manusia

2.2.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah tindakan atau proses menggunakan kata-kata, suara, tanda atau perilaku untuk mengungkapkan atau bertukar informasi atau untuk mengungkapkan ide, pikiran, perasaan, dll, kepada orang lain (Merriam Webster). Komunikasi juga memerlukan penggunaan isyarat *verbal* dan *non-verbal*, dan dalam prosesnya seringkali banyak informasi yang disampaikan, dan terkadang kesalahpahaman juga dapat terjadi. Sadri-Flammia [2011] menyimpulkan komunikasi sebagai proses simbolik di mana orang menciptakan makna bersama. Lalu apa itu komunikasi verbal? Komunikasi verbal adalah tentang bahasa, baik tertulis maupun lisan. Komunikasi verbal adalah tentang bahasa lisan dan tulisan. Dengan kata lain manusia berinteraksi melalui penggunaan kata-kata atau pesan dalam bentuk bahasa.

Sedangkan komunikasi nonverbal adalah komunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh dan bahasa isyarat lainnya.

Rosenberg [2000] di sisi lain mengemukakan bahwa komunikasi antara lain melibatkan proses penciptaan makna secara psikologis, sosial dan kultural. Definisi Rosengren juga mengakui fakta bahwa komunikasi adalah aktivitas sosial dan menambahkan unsur interpretasi, decoding

atau penciptaan makna dari pesan tersebut. Bagi Rosengren, komunikasi adalah “bagaimana” pesan dipahami secara intelektual dan bagaimana ambiguitas muncul dan diselesaikan. Gagasan komunikasi yang melibatkan makna didukung oleh Littlejohn (1992) dengan alasan bahwa “komunikasi” tidak terjadi tanpa penciptaan makna dan orang menciptakan dan menggunakan makna dalam menafsirkan peristiwa.

Komunikasi adalah ciri dan keterampilan sosial sehari-hari yang dalam arti sempit adalah pengiriman pesan dari pengirim ke penerima. Ini adalah proses interaktif pertukaran pikiran, emosi dan pesan lain yang pasti terjadi setiap kali ada interaksi antara dua orang atau lebih [O’ Toole, 2013]. Esensi dan pentingnya komunikasi secara gamblang dijelaskan oleh komunikolog Inggris, Hargie, yang mendefinisikan bahwa komunikasi adalah proses yang dinamis dan kompleks di mana orang mengirim dan menerima pesan verbal dan non-verbal untuk memahami dan dipahami [Hargie, 2006]. Proses komunikasi memiliki berbagai tujuan atau peran: menerima dan memberikan informasi, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, memenuhi kebutuhan afiliasi, kesenangan, melarikan diri dari aktivitas lain, istirahat dan kendali atas orang lain.

2.2.2 Jenis-jenis Komunikasi Personal Sehari-Hari

Zoleka dkk (2020) mengemukakan bahwa ada beberapa jenis komunikasi manusia, yaitu : (1) komunikasi verbal, (2) komunikasi tertulis, (3) komunikasi non-verbal; (4) Kinesik, (5) proksemik, (6) Wawasan komunikasi verbal; (7) Semantisitas, (8) Generativitas, (9) Pemindahan; yang mengandung (10) (Empat) paradigma komunikasi, paradigma *encoding-decoding*

1. Komunikasi verbal, didasarkan pada interaksi tatap muka. Ini mungkin juga melibatkan penggunaan perangkat elektronik seperti telepon dan pengeras suara. Utas umum dalam metode komunikasi ini adalah bahwa suara manusia terdengar dari pemancar ke penerima.

Komunikasi verbal telah menjadi ciri utama komunikasi keluarga dalam peran sosialnya mensosialisasikan kaum muda terhadap norma dan nilai masyarakat. Bentuk komunikasi ini terjadi sejak lahir hingga meninggal karena sang ibu berkomunikasi secara verbal dengan anaknya bahkan sebelum mereka dapat memahami pesan atau menanggapi.

2. Komunikasi tertulis, melibatkan penerjemahan pesan lisan ke dalam simbol alfabet, kata, dan simbol yang terlihat, sehingga menjadikan membaca dan menulis kompetensi yang diperlukan dalam komunikasi tertulis. Sejak awal peradaban, komunikasi dalam tulisan telah berkembang dan mengambil bentuk baru yang berbeda dari kertas ke komputer dan baru-baru ini ke ponsel. Dengan dunia menjadi desa global, keluarga juga mengandalkan komunikasi tertulis untuk terhubung satu sama lain dari berbagai belahan dunia.
3. Komunikasi non-verbal melibatkan transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, huruf atau simbol. Komunikasi ini melibatkan ketergantungan pada lingkungan fisik kita, gerakan tubuh, gambar dan gambar termasuk bahasa isyarat. Anggota keluarga dapat menggunakan bahasa tubuh untuk berkomunikasi satu sama lain tanpa kehilangan makna karena mereka saling mengenal dengan baik. Oleh karena itu, ini berarti bahwa harus ada kesamaan pemahaman antara pemancar dan penerima tentang apa yang dimaksud dengan gerakan dan atau tanda.
 - a. Kinesik, melibatkan studi komunikasi melalui gerakan tubuh dan ekspresi wajah. Postur dan gerak tubuh adalah fitur penting dalam bentuk komunikasi ini.
 - b. Proksemik, melibatkan cara orang menggunakan ruang fisik untuk menyampaikan pesan di antara mereka. Misalnya orang menggunakan empat jarak dalam komunikasi secara tatap muka. Untuk komunikasi yang sangat rahasia, jarak intim digunakan. Dalam percakapan yang melibatkan keluarga dan teman dekat, jarak pribadi dapat

diterapkan. Untuk transaksi bisnis jarak sosial digunakan. Terakhir jarak publik digunakan saat berbicara dengan grup di sebuah ruangan.

4. Wawasan komunikasi verbal, bahasa adalah apa yang membedakan manusia dari spesies lain dalam komunikasi. Meskipun penggunaan simbol dan bahasa tubuh mungkin berguna dalam komunikasi, bahasa memberi komunikasi manusia tiga sifat, semantik, generativitas, dan perpindahan, dan ini membedakan bahasa dari bentuk komunikasi lain yang dimiliki spesies lain.
 - a. Semantisitas, dalam komunikasi manusia, sinyal dan simbol memiliki makna. Jika seseorang secara konsisten menggaruk satu titik di tubuhnya, itu menandakan bahwa dia mengalami gatal di tubuhnya. Oleh karena itu, bahasa sangat penting karena bahkan keluarga mengandalkan bahasa untuk berkomunikasi bahkan hal-hal yang tidak dapat diungkapkan secara memadai melalui simbol.
 - b. Generatifitas, Ini juga bisa disebut produktivitas. Bahasa pada dasarnya dapat menghasilkan pesan bermakna dalam jumlah tak terbatas. Bahasa memungkinkan simbol untuk digabungkan dan digabungkan kembali dengan cara yang menghasilkan makna unik, dan akibatnya setiap pengguna bahasa yang kompeten dapat menghasilkan dan membuat makna ucapan yang belum pernah diucapkan sebelumnya tetapi segera dapat dipahami oleh semua pengguna bahasa yang kompeten.
 - c. Pemindahan (displacement) bahasa memiliki kemampuan untuk menjelaskan atau mendefinisikan hal-hal yang terkadang abstrak atau lebih jauh dalam ruang dan waktu atau bahkan hal-hal yang hanya ada dalam imajinasi.

- d. Aspek positif komunikasi verbal, komunikasi verbal membantu menyampaikan pesan dengan lebih efektif dan cepat. Selain itu, keterampilan komunikasi verbal yang bijaksana mampu menangani perselisihan.
 - e. Komunikasi verbal meningkatkan motivasi, melalui komunikasi verbal, pemimpin dan kepala keluarga mampu memberikan kata penghargaan. Email bisa jadi impersonal, tetapi kata-kata terdengar lebih pribadi dan meyakinkan. Mengadakan pertemuan tatap muka secara rutin dengan keluarga atau rekan kerja sangat membantu untuk meningkatkan kepercayaan diri. Ini juga berfungsi sebagai sesi membangun tim.
 - f. Komunikasi verbal memberikan kejelasan, Beberapa orang lebih cenderung mengingat atau menyimpan informasi yang disajikan secara langsung dan lisan kepada mereka. Untuk pelatihan, komunikasi verbal berguna karena pertanyaan dapat diajukan dan jawaban segera diberikan. Bahkan di dalam keluarga, nilainya adalah bahwa kaum muda dapat belajar lebih cepat karena mereka dapat mengajukan pertanyaan pencarian informasi seperti yang mereka amati saat tumbuh dewasa.
5. Yang paling penting dalam komunikasi adalah komunikasi dengan bahasa. Bahasa sering diturunkan sebagai kode yang menggunakan kata, frasa, dan kalimat untuk menyampaikan makna” . Pengkodean adalah sistem yang menguraikan sekumpulan sinyal menjadi sekumpulan makna penting. “Pendekatan Encoding-Coding terhadap bahasa memahami komunikasi sebagai proses di mana penutur menyandikan ide mereka dalam kata, frasa, dan kalimat, dan pendengar memecahkan kode sinyal ini untuk memulihkan ide yang mendasarinya” [Krauss, 1996].

2.2.3. Komunikasi Organisasi

Apa itu komunikasi organisasi? Komunikasi organisasi adalah aktivitas pengiriman dan penerimaan pesan di antara individu yang saling terkait dalam lingkungan atau pengaturan tertentu untuk mencapai tujuan individu dan bersama. Komunikasi organisasi sangat kontekstual dan tergantung secara budaya. Individu dalam organisasi mengirimkan pesan melalui tatap muka, tertulis, dan saluran yang dimediasi.

Komunikasi organisasi membantu kita untuk : (1) menyelesaikan tugas yang berkaitan dengan peran dan tanggung jawab khusus penjualan, layanan, dan produksi; (2) menyesuaikan diri dengan perubahan melalui kreativitas dan adaptasi individu dan organisasi; (3) menyelesaikan tugas melalui pemeliharaan kebijakan, prosedur, atau peraturan yang mendukung operasional sehari-hari dan berkesinambungan; (4) mengembangkan hubungan di mana “pesan manusia diarahkan pada orang-orang di dalam organisasi—sikap, moral, kepuasan, dan pemenuhan mereka” (Goldhaber, 1983); dan, (5) mengoordinasikan, merencanakan, dan mengendalikan operasi organisasi melalui manajemen (Katz & Kahn, 1978; Redding, 1968; Thayer, 1967). Komunikasi organisasi adalah bagaimana organisasi mewakili, menyajikan, dan membentuk iklim dan budaya organisasi mereka—sikap, nilai, dan tujuan yang mencirikan organisasi dan anggotanya.

Penelitian komunikasi organisasi modern telah meringkas delapan tradisi utama: (1) saluran komunikasi, (2) iklim komunikasi, (3) analisis jaringan, (4) komunikasi atasan-

bawahan, (5) perspektif pemrosesan informasi, (6) perspektif retorik, (7) perspektif budaya, dan (8) perspektif politik (Putnam, 2009; dan Cheney, 2000). Sejak tahun 1980-an, spesialisasi ini telah diperluas untuk mencakup pekerjaan pada budaya organisasi, manajemen kekuasaan dan konflik, dan retorika organisasi.

Dalam praktek keseharian, ternyata komunikasi organisasi juga mengalami krisis, yang disebut “krisis komunikasi organisasi”. Dalam bidang penelitian hubungan masyarakat dan komunikasi strategis, manajemen komunikasi krisis sudah dianggap sebagai sub-disiplin yang vital (Coombs, 2012). Keuntungan penting ini juga dapat dijelaskan oleh berbagai peristiwa krisis yang menghancurkan yang tidak hanya memiliki dampak sosial, politik, ekologi, dan ekonomi yang luar biasa, tetapi juga mengungkapkan dalam banyak kasus kompleksitas dan keterbatasan mengelola komunikasi krisis seperti yang dipraktikkan oleh organisasi di berbagai negara.

Kompleksitas dan ruang lingkup krisis ini sejalan dengan interdisipliner dan multiperspektif bidang penelitian, yang dalam banyak kasus tidak memiliki referensi timbal balik (Coombs, 2004). Namun, peran kunci komunikasi dalam konteks situasi krisis dan terutama peran komunikasi yang direncanakan secara strategis dan berbasis penelitian oleh organisasi sebelum, selama, dan setelah situasi krisis telah diakui dalam praktik maupun akademisi. Ini telah mendorong upaya lebih lanjut untuk mengembangkan landasan konseptual dan teoretis yang lebih kuat dari penelitian komunikasi krisis. Dibandingkan dengan deskripsi ontologis krisis di masa lalu, para sarjana sekarang menekankan konstruksi sosial dari krisis serta peran pengamat individu dan organisasi serta persepsi mereka. Pearson dan Clair (1998) mendefinisikan krisis organisasional sebagai

“situasi dengan probabilitas rendah dan berdampak tinggi yang dirasakan oleh pemangku kepentingan penting untuk mengancam kelangsungan hidup organisasi dan yang dialami secara subyektif oleh individu-individu ini sebagai ancaman pribadi dan sosial. ” Hearit dan Courtright (2004) berpendapat bahwa komunikasi merupakan elemen konstitutif dari konstruksi realitas sosial dalam konteks krisis. Menerapkan ini pada krisis organisasi, penulis menyimpulkan bahwa “krisis adalah kreasi terminologis yang dipahami oleh agen manusia, dan akibatnya, dikelola dan diselesaikan secara terminologis. Dengan demikian, alih-alih menjadi salah satu komponen, komunikasi merupakan inti dari manajemen krisis”.

2.2.4. Komunikasi Perawatan Kesehatan

1. Komunikasi Perawatan Kesehatan Modern

Perawatan kesehatan modern lebih dari sekadar penyediaan layanan kesehatan dan perawatan pasien yang bermaksud baik dan secara teknis profesional. Komunikasi adalah segmen yang sangat penting dalam manajemen tim - selain kemampuan, penalaran dan pemecahan masalah, dokter dan perawat harus memiliki keterampilan komunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Karena kekhasan komunikasi personal para dokter, baik di antara sesama dokter yang bersifat konsultatif, maka ada pula komunikasi personal antara dokter dengan pasien. Dengan demikian, komunikasi antara sesama dokter maupun antara dokter dengan pasien, tetap berbasis pada pasien, karena “tentang pasien” lah para dokter itu berkomunikasi satu sama lain. Inilah yang disebut sebagai komunikasi terapatik, prinsip ini pula yang diperkenalkan oleh Hippocrates (Epstein dkk, 2005).

Hippocrates dikenal, secara tradisional disebut sebagai "Bapak Kedokteran" berpendapat bahwa dokter dapat mempengaruhi kesehatan pasien. Komunikasi efektif antara

dokter dengan pasien dapat menjadi sumber motivasi, insentif, kepastian, dan dukungan. Hubungan dokter-pasien yang baik dapat meningkatkan kepuasan kerja dan memperkuat kepercayaan diri, motivasi, dan pandangan positif pasien tentang status kesehatan mereka, yang dapat memengaruhi hasil kesehatan mereka. Oleh karena komunikasi efektif antara para dokter dengan pasien merupakan fungsi sentral klinis dalam membangun hubungan terapeutik dokter-pasien, sekaligus merupakan jantung dan seni kedokteran (Jennifer dkk, 2010). Hal ini penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Banyak ketidakpuasan pasien dan banyak keluhan disebabkan oleh rusaknya hubungan dokter-pasien. Namun, banyak dokter cenderung lebih-lebihkan kemampuannya dalam berkomunikasi.

2. Hakikat Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik sebagai sebuah konsep muncul di awal dunia kedokteran dan sejak saat itu telah menunjukkan manfaat yang signifikan yang dibuktikan dalam penelitian. Dua kasus komunikasi terapeutik yang paling awal dilaporkan, yang terutama melibatkan gagasan tentang hubungan terapeutik dan manfaat dari hubungan tersebut, didokumentasikan selama era perawatan moral di rumah sakit jiwa (O'Brien, 2001). Kedua pasien dirawat pada tahun 1791 dan 1800, dan keduanya merespons perawatan moral, meskipun memiliki gejala yang parah.

Pada akhir tahun 1800-an, Florence Nightingale sebelumnya telah berkomentar tentang pentingnya "komunikasi yang berkembang antara perawat dan pasien." (Stefanelli, 1986; Karimi, 2015). Dia dikutip mengatakan, "Selalu duduk dalam pandangan pasien, sehingga ketika Anda berbicara dengannya, dia tidak perlu menoleh dengan susah payah

untuk menatap Anda. Semua orang tanpa sadar melihat ke arah orang tersebut ketika berbicara. Jadi, juga dengan terus berdiri, Anda membuatnya terus menerus mengangkat matanya untuk melihat Anda"

Pada tahun 1950-an, Harry Stack Sullivan dan Jurgen Ruesch, tokoh-tokoh terkemuka dalam teori interpersonal dan komunikasi, masing-masing menerbitkan pentingnya komunikasi dalam memberikan manfaat terapeutik, khususnya pada penyakit mental (Ruesch; 1952; dan Balbuena, 2018), Kontributor penting lainnya dalam konsep komunikasi terapeutik dan topik terkait termasuk Carl Rogers, Hildegard Peplau, dan Tudor (Hagerty, 2017).

Sebagai catatan, Hildegard Peplau menerbitkan makalah aslinya pada tahun 1952 dan kemudian menerbitkan tinjauan dan revisi berikutnya pada tahun 1991 dan 1997, yang memberikan landasan bagi konsep komunikasi terapeutik . Teori yang diberi nama "Teori Hubungan Antarpribadi" ini didirikan dengan mengintegrasikan pengetahuan tentang teori antarpribadi Sullivan, serta psikoanalisis, psikoterapi, dan terapi perawat (Peplau, 1997). Teori Peplau menggambarkan beberapa "fase" interaksi dan menganggap hubungan tersebut sebagai mediator utama dalam proses penyembuhan. Pentingnya hubungan untuk penyembuhan diterima dalam faktor umum penelitian psikoterapi sebagai faktor dengan dukungan empiris. Ahli teori lainnya termasuk Travelbee, Rogers, dan King, yang semuanya telah memberikan kontribusi pada bidang komunikasi terapeutik (Severtsen, 1990).

"Komunikasi terapeutik" pada akhirnya muncul sebagai istilah dalam literatur yang terindeks *PubMed* sejak tahun 1964 hingga 1965, dalam latar belakang psikoterapi, psikiatri, sosiologi, kedokteran, rehabilitasi, dan literatur keperawatan. Sejak saat itu, konsep komunikasi terapeutik telah meluas dan diterapkan pada berbagai bidang lain, terutama

dalam bidang kesehatan. Istilah lain dalam literatur yang tumpang tindih dengan komunikasi terapeutik termasuk komunikasi yang berpusat pada pasien dan hubungan terapeutik (Whitehouse, 1965).

Konsep "komunikasi terapeutik" mengacu pada proses di mana dokter atau perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal atau nonverbal. Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi khusus yang mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan dan ide serta menyampaikan penerimaan dan rasa hormat. Namun konsep ini telah didefinisikan lebih lanjut oleh para ahli yang berbeda yang menganalisis istilah-istilah tersebut secara terpisah, dalam hal struktur kata dan maknanya, yaitu terapi dan komunikasi (Miller dan Keane, 1993). Terapi dan komunikasi adalah dua kata yang kompleks yang masing-masing mengandung arti yang berbeda. Namun istilah ini memiliki arti yang berbeda ketika merujuk pada terminologi medis dan ketika dianggap sebagai kata benda majemuk.

Terapi - mengacu pada ilmu dan seni penyembuhan (Miller dan Keane, 1993); atau berkaitan dengan pengobatan atau tindakan yang bermanfaat (Potter dan Perry, 2005). Hal ini dapat diperluas lebih jauh untuk mencakup apa yang disebut Rogers (1961) sebagai hubungan saling membantu, yaitu hubungan yang mendorong pertumbuhan dan perkembangan serta peningkatan kemampuan menghadapi kehidupan bagi orang lain. Komunikasi - memiliki sejumlah definisi yang cenderung menekankan pada pesan atau makna. Mohan, McGregor dan Strano (1992) memberikan definisi sebagai berikut: pemindahan makna secara teratur: interaksi sosial melalui pesan: penciptaan makna secara timbal balik: berbagi informasi, ide atau sikap antara atau di antara orang-orang. de Vito (1991) mengemukakan bahwa komunikasi adalah tindakan oleh satu orang atau lebih dalam

mengirim dan menerima pesan yang terganggu oleh 'gangguan', terjadi di dalam suatu konteks, mempunyai efek dan memberikan kesempatan. Komunikasi terapeutik melibatkan pertukaran informasi pada dua tingkat verbal atau nonverbal. Pesan dikirim dan diterima secara bersamaan. Komunikasi verbal meliputi pengaturan kata-kata menjadi kalimat, isi serta konteks - area di mana percakapan berlangsung yang mungkin termasuk waktu dan lingkungan fisik, sosial, emosional dan budaya. (Weaver, 1996). Komunikasi nonverbal mencakup perilaku yang menyertai konten verbal seperti bahasa tubuh, tatapan mata, ekspresi wajah, nada suara, dll. Komunikasi nonverbal terutama mengindikasikan pikiran, kebutuhan, atau perasaan klien, terutama secara tidak sadar.

Seperti dikatakan oleh Mahbobeh dkk (2017) bahwa, komunikasi teraupatik adalah;

- 1) Komunikasi terapeutik, termasuk mendengarkan, merupakan keterampilan terpenting dalam menjalin hubungan interpersonal dengan pasien di bangsal psikiatri.
- 2) Teknik komunikasi terapeutik, menggabungkan komunikasi verbal dan nonverbal, merupakan kompetensi terpenting dalam praktik keperawatan yang ditingkatkan pada peserta pelatihan keperawatan melalui penerimaan umpan balik selama praktik.
- 3) Komunikasi terapeutik adalah alat untuk penyediaan layanan kesehatan melalui empati dan menghormati batas-batas interpersonal.
- 4) Komunikasi terapeutik adalah keterampilan atau teknik yang penting dan dibutuhkan untuk memberikan perawatan kesehatan psikologis yang kompeten dan empatik yang dapat diajarkan melalui umpan balik yang efektif.
- 5) Keterampilan dasar komunikasi terapeutik, yang dikembangkan melalui pendidikan, membantu siswa menyampaikan pendidikan dan perawatan pasien.

- 6) Komunikasi terapeutik adalah bagian dari perawatan holistik dan berpusat pada pasien yang mencakup berbagai aspek kebutuhan fisik dan psikologis pasien melalui penyampaian informasi dan membuat hubungan yang interaktif dan santai dengan mahasiswa keperawatan.

2.2.5. Komunikasi Teraupatik sebagai Komunikasi Antarpersonal

1. Komunikasi Teraupatik dalam Komunikasi Antarpersonal

Komunikasi terapeutik melibatkan komunikasi interpersonal antara pasien dan perawat. Komunikasi ini dimaksudkan untuk membantu pasien. Keterampilan yang dibutuhkan dalam komunikasi terapeutik sangat rumit dan jauh lebih banyak daripada yang dibutuhkan dalam interaksi interpersonal secara umum, dan penguasaan teknik terapeutik

Terapeutik membantu perawat memahami pasien dengan lebih baik. Keterampilan interaksi interpersonal yang baik bagi perawat sangat penting dan diperlukan untuk komunikasi terapeutik yang efektif. Namun komunikasi terapeutik ditujukan untuk menetapkan beberapa tujuan bagi perawat sebagai profesional kesehatan mental. Komunikasi adalah sarana yang mengawali, menguraikan, dan mengakhiri hubungan perawat dan pasien. Untuk mencapai komunikasi terapeutik yang efisien, perawat harus mengikuti aturan privasi dan kerahasiaan-menjaga hak-hak pasien atas privasi, memungkinkan pasien untuk mengekspresikan diri mereka secara bebas, menghormati pasien dengan mempertimbangkan latar belakang, usia, agama, status sosial ekonomi, dan ras dalam menghormati ruang pribadi. Perawat harus siap untuk membedakan antara kebutuhan dan niat pasien; ia mungkin perlu menetapkan batasan-batasan jika ia merasa bahwa batasan-batasan tersebut akan dilanggar. Komunikasi profesional sangat penting

untuk hubungan antara perawat dan pasien. Mereka berdua harus mengikuti aturan, menggunakan bentuk-bentuk kesopanan: ucapkan halo, selamat tinggal, mengetuk pintu, memperkenalkan diri, melakukan kontak mata, tersenyum, dll.

Sejak munculnya komunikasi terapeutik sebagai sebuah konsep dalam literatur, telah dipelajari dalam berbagai konteks. Namun, definisi komunikasi terapeutik bervariasi tergantung pada penulis dan konteksnya. C. M. Rossiter, Jr. membawa hal ini ke perhatian pada tahun 1975, menguraikan beberapa masalah untuk dipertimbangkan dengan definisi komunikasi terapeutik (Rossiter, 1975).

Kemudian, definisi komunikasi terapeutik yang diterima secara umum diajukan oleh Gwen van Servellen pada tahun 1997. Dalam teksnya, komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai pertukaran antara pasien dan penyedia layanan menggunakan metode verbal dan non-verbal. Tujuan akhir dari gaya komunikasi ini dianggap membantu pasien mengatasi beberapa bentuk tekanan emosional atau psikologis. (Levy-Storms (2008).

Komunikasi korelatif yang efektif antara dokter dan pasien adalah proses medis dasar. Kemampuan dokter untuk berkomunikasi dengan ramah dengan pasiennya dianggap sebagai bagian terpenting dari seni kedokteran dan kemampuan ini perlu dipelajari oleh dokter (Ha, 2010). Penyelidikan karya ilmiah dan sastra menunjukkan peran unik komunikasi antara pasien dan dokter. Dalam kebanyakan kasus efek penyembuhan ketergantungan pasien pada dokter lebih penting daripada obat yang direkomendasikan. Ketika pasien merujuk ke dokter, tidak ada yang mendapat informasi sebanyak pasien tentang kesehatan dan situasi fisiknya. Jika dokter memiliki keterampilan yang cukup untuk berkomunikasi dengan pasiennya, ia dapat memperoleh informasi yang diperlukan tentang keadaan fisik dan mental pasien. Hasilnya, ia dapat memilih metode perawatan yang paling

sesuai. Keterampilan komunikasi yang tepat antara dokter dan pasien adalah bagian utama dari fungsi klinis dan membangun hubungan interpersonal dokter-pasien terapeutik yang efektif. Itu disebut jantung dan seni pengobatan (Ha, 2010).

Komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien dinamakan prosedur perawatan medis dasar. Kemampuan dokter untuk berkomunikasi dengan ramah dengan pasiennya dianggap sebagai bagian terpenting dari perbaikan pengobatan; oleh karena itu, sangat penting bagi dokter untuk mempelajari dan menggunakan kemampuan semacam ini. Penyelidikan karya ilmiah dari pelbagai literatur telah menunjukkan bahwa komunikasi yang ramah antara pasien dan dokter dapat memainkan peran penting dalam mendorong kepuasan pasien. Dalam kebanyakan kasus, proses terapeutik pasien dipengaruhi oleh ketergantungan dokter daripada tenaga medis dan/atau obat yang direkomendasikan. Ketika pasien dirujuk ke dokter, tidak ada yang menyadari seperti pasien tentang kesehatan dan keadaan fisiknya. Jika dokter memiliki keterampilan komunikasi yang cukup untuk berkomunikasi dengan pasiennya, dia bisa mendapatkan informasi penting tentang situasi fisik dan mental pasien. Hasilnya, dia bisa mengambil metode yang paling tepat untuk merawat pasien. Saat ini, kepuasan pasien dianggap sebagai kriteria utama untuk menentukan kualitas terapi dan layanan kesehatan. Kita dapat menyebut ilmu kedokteran sebagai gabungan antara pengalaman dan seni, dengan kata lain gabungan antara ilmu hayat dan humanisme. (Stewart, 1995).

Teks-teks pendidikan kedokteran difokuskan untuk mendapatkan keterampilan komunikasi dan manusia, daripada mempelajari teks-teks dan bahan-bahan teoretis murni (Makarem dkk, 2012). Diketahui bahwa kepuasan pasien memainkan peran kunci dalam layanan medis. Keterampilan komunikasi yang tepat dari dokter dapat dianggap sebagai

faktor yang efektif untuk kepuasan ini. Kemampuan komunikasi dianggap sebagai keterampilan penting dari para profesional dalam pelayanan medis (Zamani, 2003). Kompetensi medis seorang dokter biasanya dinilai berdasarkan keterampilan komunikasinya. Mempelajari keterampilan komunikasi adalah salah satu masalah terpenting yang harus dipertimbangkan dalam sistem pendidikan kedokteran. Hubungan individu antara dokter dan pasien adalah keterampilan subjektif yang mengarah pada berbagi informasi, pengambilan keputusan, dan rencana terapi di antara mereka. Dokter yang tidak terampil dalam berkomunikasi dengan pasiennya dapat jatuh ke dalam siklus yang salah seperti ketidakpuasan pasien, peningkatan kesalahan, kesalahan diagnosis, peningkatan biaya layanan kesehatan, resep obat yang tidak perlu, pemborosan waktu dan uang pasien, yang dapat menyebabkan proses pengobatan yang salah. Konsekuensi dari proses tersebut adalah penurunan kualitas pelayanan dan pengobatan kesehatan.

Menurut Aspergen (1999), keterampilan komunikasi dokter dapat memainkan peran penting dalam proses pengobatan dan dapat meningkatkan kualitas pengobatan, tetapi di beberapa masyarakat keterampilan komunikasi dokter tidak dianggap tepat karena masalah seperti: kurangnya waktu untuk mengunjungi pasien, ketidakseimbangan jumlah pasien dan dokter, biaya kunjungan pasien yang tinggi, yang dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan mungkin jatuhnya kepercayaan mereka pada dokter. Keterampilan komunikasi yang efisien dari dokter seperti mendengarkan pasien secara efektif, menunjukkan perilaku ramah dan menghormati pasien, tentu mengarah pada kepuasan pasien dan mengurangi biaya layanan kesehatan.

2. Fungsi dan Teknik Komunikasi Teraupatik

Sejak munculnya komunikasi terapeutik sebagai sebuah konsep dalam literatur, telah dipelajari dalam berbagai konteks. Namun, definisi komunikasi terapeutik bervariasi tergantung pada penulis dan konteksnya. C. M. Rossiter, Jr. membawa hal ini ke perhatian pada tahun 1975, menguraikan beberapa masalah untuk dipertimbangkan dengan definisi komunikasi terapeutik. Kemudian, definisi komunikasi terapeutik yang diterima secara umum diajukan oleh Gwen van Servellen pada tahun 1997. Dalam teksnya, komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai pertukaran antara pasien dan penyedia layanan menggunakan metode verbal dan non-verbal. Tujuan akhir dari gaya komunikasi ini dianggap membantu pasien mengatasi beberapa bentuk tekanan emosional atau psikologis.

Teknik komunikasi terapeutik adalah metode khusus yang digunakan untuk memberikan dukungan dan informasi kepada pasien sambil berfokus pada masalah mereka. Dokter dapat bertindak sebagai seorang “perawat” membantu pasien untuk menetapkan tujuan dan memilih strategi untuk rencana perawatan mereka berdasarkan kebutuhan, nilai, keterampilan, dan kemampuan mereka. Penting untuk mengenali otonomi pasien untuk membuat keputusan sendiri, mempertahankan sikap tidak menghakimi, dan menghindari interupsi. Tergantung pada tahap perkembangan dan kebutuhan pendidikan pasien, terminologi yang tepat harus digunakan untuk meningkatkan pemahaman dan hubungan pasien. Saat menggunakan komunikasi terapeutik, perawat sering mengajukan pernyataan dan pertanyaan terbuka, mengulangi informasi, atau menggunakan keheningan untuk mendorong pasien mengatasi masalah mereka sendiri.

Tabel 2.2 Fungsi dan Teknik Komunikasi Teraupatik

Berikut ini menjelaskan berbagai teknik komunikasi terapeutik. [Balchan, 2016).

Teknik Terapi	Keterangan
Aktif Mendengarkan	Dengan menggunakan isyarat nonverbal dan verbal seperti mengangguk dan berkata "Saya mengerti," perawat dapat mendorong pasien untuk terus berbicara. Mendengarkan secara aktif melibatkan menunjukkan minat pada apa yang dikatakan pasien, mengakui bahwa Anda mendengarkan dan memahami, dan terlibat dengan mereka selama percakapan. Perawat dapat menawarkan arahan umum seperti "Apa yang terjadi selanjutnya?" untuk memandu percakapan atau mendorongnya ke depan.
Menggunakan Keheningan	Terkadang, berguna untuk tidak berbicara sama sekali. Keheningan yang disengaja dapat memberi perawat dan pasien kesempatan untuk memikirkan dan memproses apa yang akan terjadi selanjutnya dalam percakapan. Ini mungkin memberi pasien waktu dan ruang yang mereka butuhkan untuk membicarakan topik baru.
Menerima	Terkadang penting untuk mengakui pesan pasien dan menegaskan bahwa mereka telah didengar. Penerimaan tidak harus sama dengan persetujuan; cukup dengan melakukan kontak mata dan berkata, "Ya, saya mendengar apa yang Anda katakan." Pasien yang merasa perawat mereka mendengarkan mereka dan menganggap mereka serius lebih mungkin menerima perawatan.
Memberikan Pengakuan	Pengakuan mengakui perilaku pasien dan menyorotinya. Misalnya, mengatakan sesuatu seperti "Saya perhatikan Anda meminum semua obat Anda hari ini" menarik perhatian pada tindakan tersebut dan mendorongnya.
Menawarkan Diri	Rawat inap di rumah sakit terkadang bisa membuat Anda merasa kesepian dan stres. Ketika perawat hadir bersama pasien mereka, itu menunjukkan kepada pasien bahwa mereka menghargai mereka dan bersedia memberi mereka waktu dan perhatian. Menawarkan untuk sekadar duduk bersama pasien selama beberapa menit adalah cara ampuh untuk menciptakan hubungan kepedulian.
Memberikan Pembukaan Luas/Pertanyaan Terbuka	Komunikasi terapeutik seringkali paling efektif ketika pasien mengarahkan aliran percakapan dan memutuskan apa yang akan dibicarakan. Untuk itu, berikan pasien pembukaan yang luas seperti "Apa yang Anda pikirkan hari ini?" atau "Apa yang ingin Anda bicarakan?" dapat menjadi cara yang baik untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk mendiskusikan apa yang ada di pikiran mereka.
Mencari Klarifikasi	Mirip dengan mendengarkan secara aktif, meminta klarifikasi kepada pasien ketika mereka mengatakan sesuatu yang membingungkan atau ambigu adalah penting. Mengatakan sesuatu seperti "Saya tidak yakin saya mengerti. Bisakah Anda menjelaskannya kepada saya?" membantu perawat memastikan

Teknik Terapi	Keterangan
	mereka memahami apa yang sebenarnya dikatakan dan dapat membantu pasien memproses ide mereka dengan lebih menyeluruh.
Menempatkan Acara dalam Waktu atau Urutan	Mengajukan pertanyaan tentang kapan peristiwa tertentu terjadi sehubungan dengan peristiwa lain dapat membantu pasien (dan perawat) mendapatkan pemahaman yang lebih jelas tentang gambaran keseluruhan. Ini memaksa pasien untuk memikirkan urutan kejadian dan mungkin mendorong mereka untuk mengingat sesuatu yang tidak akan mereka ingat.
Melakukan Pengamatan	Pengamatan tentang penampilan, sikap, atau perilaku pasien dapat membantu menarik perhatian ke area yang mungkin menunjukkan adanya masalah. Mengamati bahwa mereka terlihat lelah dapat mendorong pasien untuk menjelaskan mengapa mereka kurang tidur akhir-akhir ini, atau membuat pengamatan bahwa mereka kurang makan dapat mengarah pada penemuan gejala baru.
Deskripsi Persepsi yang Mendorong	Untuk pasien yang mengalami masalah sensorik atau halusinasi, akan sangat membantu untuk menanyakan tentang persepsi ini dengan cara yang membesarkan hati dan tidak menghakimi. Frasa seperti "Apa yang kamu dengar sekarang?" atau "Seperti apa itu bagimu?" beri pasien dorongan untuk menjelaskan apa yang mereka rasakan tanpa memberikan persepsi negatif.
Mendorong Perbandingan	Pasien sering memanfaatkan pengalaman sebelumnya untuk menangani masalah saat ini. Dengan mendorong mereka untuk membuat perbandingan dengan situasi yang telah mereka atasi sebelumnya, perawat dapat membantu pasien menemukan solusi untuk masalah mereka.
Meringkas	Seringkali berguna untuk meringkas apa yang dikatakan pasien. Hal ini menunjukkan kepada pasien bahwa perawat mendengarkan dan memungkinkan perawat untuk memverifikasi informasi. Mengakhiri ringkasan dengan frasa seperti "Apakah itu terdengar benar?" memberikan izin eksplisit kepada pasien untuk melakukan koreksi jika diperlukan.
Mencerminkan	Pasien sering meminta nasihat perawat tentang apa yang harus mereka lakukan tentang masalah tertentu. Perawat dapat bertanya kepada pasien apa yang menurut mereka harus mereka lakukan, yang mendorong mereka untuk bertanggung jawab atas tindakan mereka sendiri dan membantu mereka menemukan solusi sendiri.
Fokus	Terkadang selama percakapan, pasien menyebutkan sesuatu yang sangat penting. Ketika ini terjadi, perawat dapat fokus pada pernyataan mereka, mendorong pasien untuk mendiskusikannya lebih lanjut. Pasien tidak selalu memiliki perspektif objektif tentang apa yang relevan dengan kasus mereka, tetapi sebagai pengamat yang tidak memihak, perawat dapat lebih mudah memilih topik yang menjadi fokus.
Menghadapi	Perawat hanya boleh menerapkan teknik ini setelah mereka

Teknik Terapi	Keterangan
	membangun kepercayaan. Dalam beberapa situasi, penting bagi perawatan pasien untuk tidak setuju dengan mereka, menyajikannya dengan kenyataan, atau menantang asumsi mereka. Konfrontasi, bila digunakan dengan benar, dapat membantu pasien menghentikan rutinitas yang merusak atau memahami keadaan situasi mereka saat ini.
Menyuarakan Keraguan	Menyuarakan keraguan bisa menjadi cara yang lebih lembut untuk menarik perhatian pada ide dan persepsi pasien yang salah atau delusi. Dengan mengungkapkan keraguan, perawat dapat memaksa pasien untuk memeriksa asumsi mereka.
Menawarkan Harapan dan Humor	Karena rumah sakit dapat menjadi tempat yang penuh tekanan bagi pasien, berbagi harapan bahwa mereka dapat bertahan melalui situasi mereka saat ini dan mencairkan suasana dengan humor dapat membantu perawat menjalin hubungan dengan cepat. Teknik ini dapat menjaga pasien dalam keadaan pikiran yang lebih positif. Namun, penting untuk menyesuaikan humor dengan selera humor pasien.

Selain teknik terapeutik yang tercantum bahwa komunikasi terapeutik itu berkomunikasi dengan empati. Berkomunikasi dengan jujur, tulus, dan otentik sangat kuat. Ini membuka pintu untuk menciptakan hubungan sejati dengan orang lain. Berkomunikasi dengan empati juga telah digambarkan sebagai memberikan “penghargaan positif tanpa syarat.” Penelitian telah menunjukkan bahwa ketika tim perawatan kesehatan berkomunikasi dengan empati, penyembuhan pasien meningkat, gejala depresi berkurang, dan kesalahan medis berkurang. (Mc. Donald dkk. 2012).

Dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik mencakup lima tingkatan:

- 1) Komunikasi interpersonal - Interaksi tatap muka antara perawat dan orang lain.
- 2) Komunikasi transpersonal - Interaksi yang terjadi dalam wilayah spiritual seseorang.
- 3) Komunikasi kelompok kecil- interaksi yang terjadi ketika sejumlah kecil orang bertemu dan berbagi tujuan yang sama. (Yang terakhir ini tidak tersebar luas di Albania)

- 4) Komunikasi intrapersonal- Bentuk komunikasi yang kuat yang terjadi di dalam diri seseorang.
- 5) Komunikasi publik- interaksi dengan audiens (perawat diharuskan menggunakan kontak mata, gerak tubuh, dan lain-lain).

Dalam tingkatan tersebut, perawat atau dokter dan pasien perlu berkolaborasi secara aktif dengan mengikuti berbagai jenis komunikasi:

- 1) Mendengarkan secara aktif- memperhatikan apa yang dikatakan pasien secara verbal dan non-verbal.
- 2) Berbagi pengamatan - memberikan komentar tentang bagaimana penampilan, suara, atau tindakan pasien.
- 3) Berbagi empati: peka terhadap pasien.
- 4) Berbagi harapan- menyampaikan rasa kemungkinan.
- 5) Berbagi humor- memiliki efek positif pada individu. Pastikan pasien memahami apa yang dikatakan.
- 6) Berbagi perasaan- membantu pasien untuk berbagi perasaan dengan mengamati dan mendorong komunikasi.
- 7) Gunakan sentuhan - memberikan rasa kepedulian dengan memegang tangan pasien.
- 8) Gunakan keheningan - hal ini berguna untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk berpikir dan mendapatkan wawasan tentang situasi yang terjadi. mendengarkan sangat penting.

2.2.6 Beberapa Sudut Pandang Komunikasi Terapeutik

1. Teori Hubungan Interpersonal dalam Keperawatan

Hildegard E. Peplau adalah kontributor utama dalam reformasi hukum kesehatan jiwa, sehingga memimpin jalan menuju perawatan yang manusiawi bagi pasien dengan gangguan perilaku dan kepribadian. Beliau memperkenalkan teori tahapan perkembangan hubungan perawat dan pasien. Tahapan tersebut meliputi: fase orientasi, fase identifikasi, fase eksploitasi, dan fase resolusi. Teori-teorinya menuntun para ahli teori perawat dan klinisi di kemudian hari dalam mengembangkan teknik-teknik yang lebih canggih.

Dalam teori Peplau (1952/1991/1997), keperawatan didefinisikan sebagai proses terapeutik antar pribadi yang terjadi ketika para profesional, yang secara khusus dididik untuk menjadi perawat, terlibat dalam hubungan terapeutik dengan orang-orang yang membutuhkan layanan kesehatan. Peplau berteori bahwa hubungan perawat-pasien harus melewati tiga fase agar berhasil: (a) orientasi, (b) bekerja, dan (c) terminasi.

Pertama, selama fase orientasi singkat, pasien rawat inap menyadari bahwa mereka membutuhkan bantuan dan berusaha untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman mereka saat ini (dan seringkali baru). Secara bersamaan, perawat menemui pasien dan mendapatkan informasi penting tentang mereka sebagai orang dengan kebutuhan dan prioritas yang unik (Peplau, 1997). Di antara banyak peran yang diambil perawat dalam interaksi mereka dengan pasien, peran pertama selama fase orientasi adalah sebagai orang asing. Awalnya, perawat diharapkan menyapa pasien dengan “rasa hormat dan minat positif yang diberikan kepada orang asing” (Peplau, 1952/1991). Pasien dan perawat dengan cepat melewati fase ini dan perawat harus terus menunjukkan kesopanan dan rasa hormat selama tiga fase. Mengingat karakteristik fase orientasi dilanjutkan pada dua fase lainnya; dalam penelitian ini, fase

orientasi awalnya tidak dihipotesiskan sebagai faktor laten.

Kedua, adalah fase kerja, yang menyumbang sebagian besar waktu perawat dengan pasien. Pada fase ini, perawat membuat penilaian tentang pasien untuk digunakan selama mengajar dan ketika berkontribusi pada rencana perawatan interdisipliner (Peplau, 1997). Selama fase kerja, peran perawat semakin akrab dengan pasien; mereka mulai menerima perawat sebagai pendidik kesehatan, nara sumber, konselor, dan penyedia perawatan. Perawat berlatih "mendengarkan nondirective" untuk memfasilitasi peningkatan kesadaran pasien perasaan mereka mengenai perubahan kesehatan mereka (Peplau, 1991). Dengan menggunakan bentuk komunikasi terapeutik ini, perawat memberikan umpan balik reflektif dan tidak menghakimi kepada pasien demi membantu mereka mengklarifikasi pemikiran mereka.

Ketiga, fase terakhir adalah fase terminasi, yang lebih umum dianggap sebagai perencanaan pemulangan (Peplau, 1992). Keberhasilan fase terminasi tergantung pada seberapa baik pasien dan perawat menavigasi fase orientasi dan kerja. Bagian utama dari fase terminasi terjadi ketika perawat mengajarkan pasien tentang manajemen gejala dan pemulihan di rumah.

2. Pendekatan Antardisiplin dari NIMHD





The National Institute on Minority Health and Health Disparities (NIMHD) mengemukakan bahwa penelitian ilmiah yang berkaitan dengan teraupatik dapat didekati oleh tiga bidang ilmiah: (a) penelitian layanan klinis dan kesehatan, (b) ilmu biologi dan perilaku integratif, dan (c) kesehatan masyarakat dan ilmu kependudukan.

Kerangka penelitian NIMHD (2017) mencerminkan konseptualisasi faktor-faktor

yang relevan dengan pemahaman kesehatan minoritas dan pengurangan kesenjangan kesehatan. Kerangka tersebut mengidentifikasi lima kategori penentu kesehatan dan empat tingkat pengaruh dalam domain ini. Semua faktor ini memengaruhi individu dalam interaksinya dengan sistem perawatan kesehatan untuk pencegahan, pengobatan, atau manajemen penyakit dan mewakili peluang untuk mengatasi kesehatan minoritas dan mengurangi kesenjangan kesehatan. Kami menggunakan kerangka kerja NIMHD untuk meninjau korelasi pasien dan dokter tingkat individu dan antarpribadi terpilih dan rekomendasi untuk meningkatkan PCC di bawah lingkungan perilaku, sosial dan budaya, dan domain pengaruh sistem perawatan kesehatan.

Tabel 2.3

Level Teori yang Berpengaruh terhadap Komunikasi Terapeutik

		Levels of Influence*			
		Individual	Interpersonal	Community	Societal
Domains of Influence (Over the Lifecourse)	Biological	Biological Vulnerability and Mechanisms	Caregiver-Child Interaction Family Microbiome	Community Illness Exposure Herd Immunity	Sanitation Immunization Pathogen Exposure
	Behavioral	Health Behaviors Coping Strategies	Family Functioning School/Work Functioning	Community Functioning	Policies and Laws
	Physical/Built Environment	Personal Environment	Household Environment School/Work Environment	Community Environment Community Resources	Societal Structure
	Sociocultural Environment	Sociodemographics Limited English Cultural Identity Response to Discrimination	Social Networks Family/Peer Norms Interpersonal Discrimination	Community Norms Local Structural Discrimination	Social Norms Societal Structural Discrimination
	Health Care System	Insurance Coverage Health Literacy Treatment Preferences	Patient-Clinician Relationship Medical Decision-Making	Availability of Services Safety Net Services	Quality of Care Health Care Policies
Health Outcomes		 Individual Health	 Family/ Organizational Health	 Community Health	 Population Health

Penelitian NIMHD mencerminkan konseptualisasi yang berkembang dari faktor-faktor yang relevan dengan pemahaman dan promosi kesehatan minoritas dan untuk

pemahaman dan pengurangan kesenjangan kesehatan. Kerangka kerja ini berfungsi sebagai kendaraan untuk mendorong penelitian yang didukung NIMHD dan NIH yang membahas sifat kompleks dan beragam dari kesehatan minoritas dan kesenjangan kesehatan, termasuk penelitian yang mencakup domain pengaruh yang berbeda (*Biologis, Perilaku, Lingkungan Fisik/Bangunan, Sosiokultural, Lingkungan, Sistem Kesehatan*) serta berbagai tingkat pengaruh (Individu, Interpersonal, Komunitas, Masyarakat) dalam domain tersebut. Kerangka kerja ini juga menyediakan struktur klasifikasi yang memfasilitasi analisis portofolio penelitian kesehatan dan kesenjangan kesehatan minoritas NIMHD dan NIH untuk menilai kemajuan, kesenjangan, dan peluang. Contoh faktor disediakan dalam setiap sel kerangka kerja (misalnya, Mikrobioma Keluarga dalam sel Interpersonal-Biologis). Faktor-faktor ini tidak dimaksudkan untuk menjadi lengkap. Populasi disparitas kesehatan, serta fitur lain dari kerangka kerja ini, dapat disesuaikan dari waktu ke waktu.

2.2 Masalah Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi

1. Pengertian Pandemi

Pandemi adalah sebagian besar wabah penyakit yang menyebar luas sebagai akibat dari penyebaran infeksi dari manusia ke manusia. Ada banyak wabah penyakit dan pandemi yang signifikan yang tercatat dalam sejarah, termasuk Flu Spanyol, Flu Hong Kong, SARS, H7N9, Ebola, Zika (WHO, 2011b) (Rewar, Mirdha, & Rewar, 2015) (Maurice, 2016). Istilah "pandemi" belum didefinisikan oleh banyak teks medis, tetapi ada beberapa fitur utama dari pandemi, termasuk perluasan geografis yang luas, pergerakan penyakit, kebaruan, tingkat keparahan, tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif, kekebalan populasi yang minimal, infeksi dan penularan, yang membantu kita untuk memahami konsep ini dengan lebih baik,

jika kita memeriksa persamaan dan perbedaan di antara mereka. Krisis terkait pandemi telah dikaitkan dengan dampak negatif yang sangat besar terhadap kesehatan, ekonomi, masyarakat, dan keamanan komunitas nasional dan global. Selain itu, krisis ini juga telah menyebabkan gangguan politik dan sosial yang signifikan.

Kata "Pandemi" berasal dari bahasa Yunani yang berasal dari kata pan yang berarti "semua" dan demos "rakyat", dan kata ini biasanya digunakan untuk merujuk pada epidemi penyakit menular yang meluas ke seluruh negara atau satu atau lebih benua pada waktu yang bersamaan (Honigsbaum, 2009). Namun demikian, selama lebih dari 2 dekade terakhir, istilah ini belum berhasil didefinisikan oleh banyak teks medis modern. Bahkan teks-teks otoritatif tentang pandemi tidak mencantumkanannya dalam indeks mereka, termasuk sumber-sumber seperti sejarah kedokteran yang komprehensif, buku-buku teks epidemiologi klasik, laporan Institute of Medicine yang berpengaruh pada tahun 1992 tentang infeksi yang baru muncul (Morens, Folkers, & Fauci, 2009).

Definisi pandemi yang diterima secara internasional seperti yang tercantum dalam Kamus Epidemiologi sangat jelas dan terkenal: "epidemi yang terjadi di seluruh dunia, atau di wilayah yang sangat luas, melintasi batas-batas internasional dan biasanya mempengaruhi sejumlah besar orang" (Harris, 2000). Akan tetapi, definisi klasik ini tidak mencakup apa pun tentang kekebalan populasi, virologi, atau tingkat keparahan penyakit. Berdasarkan definisi kamus ini, pandemi dapat dikatakan terjadi setiap tahun di masing-masing belahan bumi selatan dan utara yang beriklim sedang, mengingat definisi istilah ini begitu luas. Epidemi musiman melintasi batas-batas internasional dan memengaruhi banyak orang. Namun demikian, epidemi musiman tidak dianggap sebagai pandemi. Definisi modern mencakup "epidemi yang luas", "epidemi [...] di wilayah yang sangat luas dan biasanya mempengaruhi

sebagian besar populasi", dan "terdistribusi atau terjadi secara luas di seluruh wilayah, negara, benua, atau secara global", di antara definisi-definisi lainnya (Morens dkk., 2009). Dalam kasus influenza, para ahli biologi juga mengharuskan strain pandemi mengalami mutasi genomik utama, yang dikenal sebagai pergeseran antigenik. Agar WHO dapat mengumumkan peringatan pandemi level enam, harus ada penularan yang berkelanjutan di setidaknya dua wilayah pada waktu yang sama. Definisi standar WHO tentang pandemi influenza mengacu pada situasi di mana subtipe virus yang baru dan sangat patogen, yang tidak ada (atau hanya sedikit) pada populasi manusia yang memiliki resistensi imunologis dan yang mudah menular di antara manusia, membentuk pijakan dalam populasi manusia, di mana pada saat itu virus ini dengan cepat menyebar ke seluruh dunia (WHO, 2011a).

2. Ciri – ciri Pandemi

Meskipun istilah "pandemi" belum didefinisikan oleh banyak teks medis, ada beberapa fitur utama dari pandemi, yang membantu kita untuk memahami konsep ini dengan lebih baik, jika kita memeriksa kesamaan dan perbedaan di antara mereka:

- 1) Perluasan geografis yang luas - Istilah pandemi biasanya merujuk pada penyakit yang meluas di wilayah geografis yang luas - misalnya, wabah abad ke-14 (Maut Hitam), kolera, influenza, dan human immunodeficiency virus HIV/AIDS. Dalam tinjauan terbaru mengenai sejarah pandemi influenza, pandemi dikategorikan sebagai pandemi trans-regional dan global (Taubenberger & Morens, 2009). Terdapat 178 negara yang terlibat selama wabah H1N1 pada tahun 2009 (Rewar et al., 2015).
- 2) Pergerakan penyakit - Selain perluasan geografis, sebagian besar penggunaan istilah pandemi menyiratkan pergerakan penyakit yang tidak terduga atau penyebaran melalui

transmisi yang dapat ditelusuri dari satu tempat ke tempat lain (misalnya, Maut Hitam). Contoh pergerakan penyakit termasuk penyebaran penyakit dari orang ke orang yang disebabkan oleh virus pernapasan, seperti influenza dan SARS, atau organisme enterik, seperti *Vibrio cholera*, atau oleh vektor, seperti demam berdarah. Dalam kasus pandemi influenza A (H1N1), terjadi penularan yang meluas di kedua belahan bumi antara bulan April dan September 2009, yaitu pada awal musim influenza di belahan bumi selatan yang beriklim sedang, namun di luar musim di belahan bumi utara (Barrelet, Bourrier, Burton-Jeangros, & Schindler, 2013). Penularan di luar musim inilah yang menjadi ciri khas pandemi influenza.

- 3) Kebaruan - Istilah pandemi paling sering digunakan untuk menggambarkan penyakit yang baru, atau setidaknya terkait dengan varian baru dari organisme yang sudah ada-misalnya, pergeseran antigenik yang terjadi pada virus influenza, kemunculan HIV/AIDS saat pertama kali dikenali pada awal tahun 1980-an, dan epidemi penyakit bersejarah, seperti wabah. Namun, kebaruan adalah konsep yang relatif. "Telah terjadi 7 pandemi kolera selama 200 tahun terakhir, yang mungkin semuanya disebabkan oleh varian organisme yang sama" (Morens et al., 2009). Pada abad ke-21, SARS dan flu burung adalah dua infeksi yang baru muncul dengan potensi pandemi yang muncul dari Asia. .
- 4) Tingkat keparahan - Istilah pandemi telah diterapkan pada penyakit-penyakit yang parah atau fatal (misalnya, Maut Hitam, HIV/AIDS, dan SARS) jauh lebih umum daripada yang diterapkan pada penyakit-penyakit ringan. "Pandemi global dengan angka kematian dan kesakitan yang tinggi terjadi ketika muncul jenis virus baru yang ganas, di mana populasi manusia tidak memiliki kekebalan" (Rewar et al., 2015).

Tingkat keparahan diperkirakan dengan rasio kematian kasus (Donaldson et al., 2009). "Berbeda dengan Ebola, sebagian besar kasus meninggal dalam waktu 10 hari setelah infeksi awal, dengan tingkat kematian sebesar 50-90%" (WHO 2003). Wabah H7N9 telah menyebabkan lebih dari 600 infeksi pada manusia, dengan kematian hampir 30% (Su & He, 2015).

- 5) Tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif - Pandemi ditandai dengan tingkat serangan yang tinggi dan penyebaran yang eksplosif. Contohnya adalah influenza H1N1 atau Ebola. Namun, jika penularannya tidak eksplosif, meskipun tersebar luas, hal ini tidak diklasifikasikan sebagai pandemi. Sebagai contoh, virus West Nile menyebar ke Timur Tengah dan Rusia, serta Belahan Bumi Barat pada tahun 1999, tetapi penularannya lambat dan tingkat serangannya rendah, sehingga tidak diklasifikasikan sebagai pandemi. Penyakit dengan tingkat penularan yang rendah atau tingkat gejala penyakit yang rendah jarang diklasifikasikan sebagai pandemi, bahkan ketika penyakit tersebut menyebar secara luas. Namun, penyakit dengan tingkat keparahan rendah atau sedang, seperti Konjungtivitis Hemoragik Akut (AHC) pada tahun 1981, dan kekambuhan global siklik kudis juga telah disebut pandemi ketika mereka menunjukkan ledakan (AHC) atau penyebaran geografis yang meluas dan berulang (Donaldson et al., 2009).
- 6) Kekebalan populasi yang minimal - Meskipun pandemi sering kali digambarkan pada populasi yang sebagian kebal, jelas bahwa dalam membatasi infeksi dan penularan mikroba, kekebalan populasi dapat menjadi kekuatan anti-pandemi yang kuat (Taubenberger & Morens, 2009). Pandemi ditandai dengan kekebalan populasi (Fangriya, 2015; WHO, 2013). Jadi, sangat mudah bagi sebagian besar populasi untuk

terinfeksi. Sebagai contoh, karena H7N9 merupakan varian baru dari virus influenza, populasi tidak memiliki kekebalan, sehingga terdapat banyak kasus di seluruh dunia dalam waktu singkat (Wildoner, 2016).

- 7) Menular dan menular - Istilah pandemi lebih jarang digunakan untuk menggambarkan penyakit yang mungkin tidak menular, seperti obesitas, atau perilaku berisiko, seperti merokok, yang secara geografis luas dan mungkin meningkat dalam insiden global tetapi tidak menular. Penyakit pandemi bersifat menular, sehingga dapat ditularkan dari satu orang ke orang lain. Penularan ini dapat terjadi secara langsung (dari orang ke orang) atau tidak langsung (dari orang ke vektor ke orang) (Morens et al., 2009). Sebagai contoh, virus SARS ditularkan dari orang ke orang oleh orang-orang yang berada dalam jarak dekat, sementara H7N9 sering menyebar melalui kontak dengan unggas yang masih hidup (Su & He, 2015). Signifikansi bagi kesehatan manusia dari jenis flu burung ini terletak pada potensinya untuk bermutasi menjadi bentuk yang mampu menular dari orang ke orang.

3. Prinsip-Prinsip Layanan Kesehatan di Masa Pandemi COVID 19

Menurut sebuah survei yang dilakukan di antara penyedia layanan kesehatan primer, prioritas sistem kesehatan berikut ini muncul selama pandemi COVID 19. Layanan kesehatan primer yang lebih baik dan lebih mudah diakses menghasilkan tingkat rawat inap dan penggunaan unit gawat darurat yang lebih rendah.

Dengan menyediakan titik kontak utama bagi pasien dan terutama bagi mereka yang memiliki kebutuhan perawatan yang kompleks, layanan kesehatan primer dapat membuat sistem kesehatan menjadi lebih efektif, efisien, dan merata di seluruh negara OECD (OECD,

2020), misalnya negara-negara di seluruh OECD telah merespons pandemi dengan cepat dan menyeluruh.

Dapat dimengerti bahwa respons kebijakan pertama-tama berfokus pada dua tujuan utama: *pertama*, menghindari penyebaran virus lebih lanjut; *kedua*, meningkatkan kapasitas rumah sakit. Namun, dampak dari krisis ini jauh melampaui dampak dari penyakit menular seperti itu: krisis ini sangat berdampak pada kehidupan masyarakat secara fisik, psikologis, ekonomi, dan sosial, serta mengganggu sistem perawatan kesehatan. Untuk mengatasi krisis kesehatan global ini sepenuhnya, fokus kebijakan perlu diperluas dari 'fokus pada virus dan rumah sakit' menuju strategi yang lebih komprehensif, yang menangani kekhawatiran, ketakutan, dan kebutuhan orang-orang yang terjangkit COVID 19 serta pasien lainnya.

Selama dan setelah pandemi, layanan kesehatan primer yang kuat dapat memberikan layanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan dengan tiga cara utama.

Pertama, menjaga kesinambungan perawatan melalui manajemen perawatan kronis, kegiatan pencegahan penyakit, pendidikan kesehatan untuk manajemen mandiri kondisi kronis, dan keterlibatan masyarakat dalam konteks lokal. Untuk semua alasan ini, layanan kesehatan primer harus menjadi landasan respons global dan pemulihan dari keadaan darurat kesehatan masyarakat saat ini dan di masa depan. Ini adalah cara yang paling inklusif, efektif dan efisien untuk melindungi kesehatan masyarakat dan komunitas.

- a. Mengidentifikasi sumber daya yang tepat dan menjadikan perawatan bagi orang yang hidup dengan kondisi kronis sebagai prioritas dengan merefleksikan cara yang tepat dan aman untuk melanjutkan perawatan ini; Sistem perawatan kesehatan primer pada saat keadaan darurat kesehatan. Layanan kesehatan primer memainkan peran penting dalam strategi ini. Layanan kesehatan primer yang kuat sangat penting karena sistem

kesehatan berusaha mengatasi lonjakan permintaan pasien yang sakit parah dengan penyakit baru yang sangat menular, sambil mempertahankan perawatan untuk pasien kronis dalam keadaan sulit dan menangani efek tidak langsung seperti yang dijelaskan di atas. Selama pandemi, layanan kesehatan primer memiliki peran untuk dimainkan melalui triase pasien di layanan kesehatan primer dengan menggunakan hubungan yang sudah ada antara dokter keluarga dan pasien mereka, mengidentifikasi pasien yang berisiko, menghubungi dan mendukung mereka. Layanan kesehatan primer juga dapat menangani sebagian besar pasien dengan gejala COVID 19 ringan, melindungi rumah sakit dari kepadatan pasien. Untuk pasien dengan kondisi kronis, layanan kesehatan primer berada di posisi yang tepat untuk memastikan kesinambungan perawatan dan mendukung inisiatif atau menyesuaikan rutinitas harian untuk meminimalkan risiko infeksi COVID 19. Mendukung koordinasi perawatan antara layanan kesehatan primer dan sekunder juga sangat penting pada saat keadaan darurat kesehatan. Para profesional layanan kesehatan primer merupakan kontributor utama dalam koordinasi layanan dan pekerjaan multisektoral di seluruh lini profesi.

- b. Mengandalkan layanan kesehatan primer yang sudah ada dengan reorganisasi daripada berinvestasi dalam struktur baru;
- c. Layanan kesehatan primer yang kuat dapat menunda timbulnya kondisi kronis dan mengurangi angka kematian melalui pencegahan yang lebih baik.

Kedua, menyediakan garis pertahanan pertama dengan menyediakan perawatan untuk kasus COVID 19 ringan dan membantu mendiagnosis, melacak, melacak, dan menghentikan penyebaran wabah. Hal ini dapat membantu meningkatkan penyerapan tindakan kesehatan masyarakat, mendukung orang secara psikologis dan menghubungkan dengan layanan sosial

selama fase akut pandemi.

- a. Layanan kesehatan primer yang solid memastikan akses ke populasi rentan yang mungkin kesulitan mengakses layanan medis. Memperkuat layanan kesehatan primer, yang sering dianggap sebagai garda terdepan dalam sistem layanan kesehatan, sangat penting untuk mengurangi dampak negatif tidak langsung dari COVID-19 terhadap kesehatan, serta meringankan beban rumah sakit. Hal ini juga diperlukan karena penuaan populasi dan meningkatnya beban kondisi kronis, yang membutuhkan investasi yang lebih kuat dalam pencegahan dan layanan kesehatan primer dan komunitas yang lebih kuat. Layanan kesehatan primer yang kuat membantu mengurangi tekanan pada seluruh sistem kesehatan. Layanan kesehatan primer yang kuat membantu mengatasi lonjakan permintaan sekaligus menjaga kesinambungan layanan
- b. Supporting advanced care planning and frailty assessment of patients;
- c. Mendukung kerja sama antara layanan kesehatan primer dan layanan kesehatan lainnya dengan melibatkan masyarakat.

Ketiga, dapat mendukung mereka yang menghadapi kemunduran kondisi kesehatan akibat dampak langsung dan tidak langsung dari krisis COVID 19 serta memberikan dukungan psikologis dan sosial setelah fase akut krisis. Kondisi kesehatan dapat memburuk setelah fase akut pandemi COVID 19 karena terganggunya perawatan, kurangnya diagnosis masalah kesehatan yang berpotensi mendesak, isolasi yang berkepanjangan, dan peningkatan faktor risiko kesehatan. Layanan kesehatan primer yang kuat adalah yang terbaik untuk mengatasi lonjakan kebutuhan perawatan ini.

Meskipun sistem layanan kesehatan primer memberikan manfaat pada saat krisis, layanan kesehatan primer yang kuat juga membantu mengurangi tekanan pada sistem kesehatan secara keseluruhan, terutama dalam konteks populasi yang menua dan meningkatnya beban penyakit kronis. Sebagai titik kontak pertama, layanan kesehatan primer yang memastikan layanan kesehatan yang mudah diakses, komprehensif, berkesinambungan, dan terkoordinasi adalah kunci untuk menciptakan ketahanan dalam populasi dengan meningkatkan perawatan dan skrining pencegahan, mengobati mereka yang membutuhkannya, dan membantu orang menjadi lebih aktif dalam mengelola kesehatan mereka sendiri. Hal ini memiliki potensi untuk meningkatkan hasil kesehatan bagi masyarakat di seluruh tingkat sosial ekonomi dan mengurangi penggunaan layanan khusus yang lebih mahal yang tidak perlu (OECD, 2020[37]). Hasil positif tersebut terwujud ketika layanan kesehatan primer menjadi titik kontak pertama untuk sebagian besar kebutuhan pasien, dan para profesional memiliki akses ke riwayat kesehatan dan latar belakang sosial pasien secara lengkap, sehingga membantu mereka mengoordinasikan perawatan dengan layanan kesehatan lain sesuai kebutuhan.

2.3 Hakikat Etika

2.4.1 Apa itu Etika

Istilah "etika" dan "moralitas" sering dianggap sebagai sinonim. Terkadang mereka Namun, kadang-kadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan yang kompleks, nilai-nilai dan norma-norma yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan orang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika adalah lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum

dan norma-norma daripada penilaian dan nilai subjektif atau pribadi, subyektif atau penilaian dan nilai-nilai pribadi.

Secara etimologis, kata etika berasal dari bahasa Yunani kuno "ethos". Kata ini pada awalnya merujuk pada tempat tinggal, lokasi, tetapi juga kebiasaan, adat, konvensi. Cicero lah yang menerjemahkan istilah Yunani tersebut ke dalam bahasa Latin dengan "mores" (ethos, adat istiadat), dari mana konsep moralitas modern berasal (Cicero 44 SM).

Filsuf Jerman Immanuel Kant mengkarakterisasi etika sebagai berurusan dengan pertanyaan "Apa yang harus saya lakukan?" (Kant 1788). Ada beberapa aliran pemikiran tentang etika dan kami akan memperkenalkannya di sini tanpa urutan tertentu. Istilah "etika" dan "moralitas" sering dianggap sebagai sinonim. Namun, terkadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan yang kompleks, nilai-nilai dan norma-norma yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan orang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika adalah lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum dan norma-norma daripada penilaian dan nilai subjektif atau pribadi.

Ada beberapa aliran pemikiran tentang etika dan kami akan memperkenalkannya di sini tanpa urutan tertentu. Istilah "etika" dan "moralitas" sering dianggap sebagai sinonim. Namun, terkadang keduanya dibedakan dalam arti bahwa moralitas mengacu pada seperangkat aturan, nilai, dan norma yang kompleks yang menentukan atau seharusnya menentukan tindakan seseorang, sedangkan etika mengacu pada teori moralitas. Dapat juga dikatakan bahwa etika lebih berkaitan dengan prinsip-prinsip, penilaian umum dan norma-norma daripada penilaian dan nilai-nilai subjektif atau pribadi.

2.4.2 Jenis-jenis Etika

1. Etika Deskriptif

Kebanyakan orang, ketika berpikir tentang etika, berpikir tentang etika normatif seperti yang dijelaskan di bawah ini. Seperti halnya etnologi, psikologi moral, atau ekonomi eksperimental, etika deskriptif berhubungan dengan deskripsi dan penjelasan sistem normatif. Sebagai contoh, hasil-hasil eksperimen menunjukkan ciri-ciri tertentu dari intuisi moral seseorang: penelitian yang menggunakan "permainan ultimatum" menunjukkan bahwa banyak orang memiliki intuisi tertentu tentang keadilan dan bersedia mengorbankan keuntungan demi intuisi tersebut (Güth et al. 1982).

Wawasan empiris ini membentuk dasar dari etika deskriptif yang pada gilirannya memberikan masukan penting bagi etika normatif. Evaluasi normatif atas tindakan tidak mungkin dilakukan tanpa elemen deskriptif dari wawasan empiris. Dalam beberapa tahun terakhir, "etika eksperimental" bahkan telah dibentuk sebagai sub-disiplin tersendiri (Lütge et al. 2014). Untuk sisa buku ini, kami menggunakan istilah 'etika' untuk merujuk pada 'etika normatif'.

2. Etika Normatif

Etika dapat didefinisikan sebagai analisis tindakan manusia dari sudut pandang "baik" dan "jahat", atau "benar secara moral" dan "salah secara moral". Jika etika mengkategorikan tindakan dan norma sebagai benar atau salah secara moral, maka kita berbicara tentang etika normatif atau preskriptif. Contoh dari sebuah norma adalah bahwa tindakan mencuri secara moral adalah salah. Etika normatif biasanya tidak dianggap sebagai masalah subjektivitas, tetapi validitas umum. Mencuri itu salah bagi semua orang. Berbagai jenis etika normatif membuat penilaian tentang tindakan berdasarkan pertimbangan yang berbeda. Perbedaan

yang paling penting yang biasanya dibuat di sini adalah antara dua jenis teori: etika deontologis dan etika konsekuensialis.

a. Etika Deontologis

Etika deontologis dicirikan oleh fakta bahwa etika ini mengevaluasi kebenaran etis suatu tindakan berdasarkan karakteristik yang mempengaruhi tindakan itu sendiri. Ciri-ciri tersebut, misalnya, dapat berupa niat dari suatu tindakan atau kesesuaiannya dengan prinsip formal tertentu. Konsekuensi dari suatu tindakan dapat dipertimbangkan sebagai tambahan, tetapi tidak menjadi dasar eksklusif penilaian. Istilah deontologi atau etika deontologi berasal dari bahasa Yunani "deon", yang pada dasarnya berarti tugas atau kewajiban. Dengan demikian, deontologi dapat diterjemahkan sebagai etika kewajiban. Kant bertanggung jawab untuk mengembangkan salah satu etika deontologi yang paling sering dikutip. Dia berpendapat bahwa suatu tindakan hanya wajib jika memenuhi "keharusan kategoris". Ada banyak rumusan yang berbeda tentang keharusan kategoris, yang paling baik dipahami sebagai cara untuk menentukan jenis perilaku yang diizinkan secara etis. Versi yang paling sering dikutip menyatakan, "Bertindaklah sesuai dengan pepatah yang dapat Anda lakukan pada saat yang sama sebagai hukum universal tanpa kontradiksi."

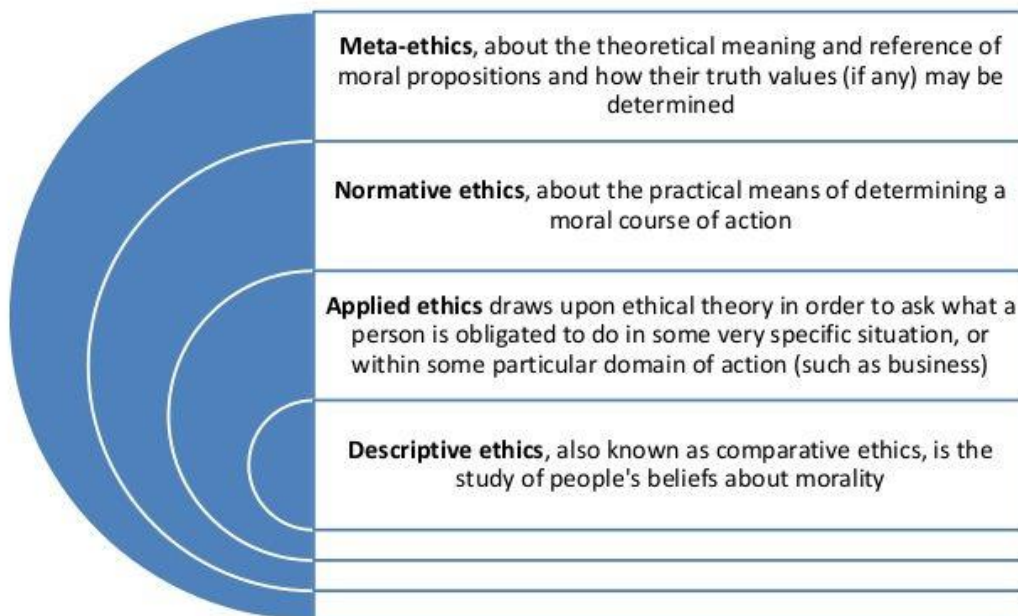
b. Etika Konsekuensialis

Konsekuensialisme adalah teori etika penting lainnya. Teori-teori konsekuensialisme menentukan kebenaran etis dari suatu tindakan atau norma semata-mata berdasarkan konsekuensi-konsekuensi (yang dapat diramalkan). Perbedaan antara etika konsekuensialisme dan etika deontologis dapat dilihat pada contoh yang digunakan

sebelumnya.

Tabel 2.4 Klasifikasi Teori Etika

CLASSIFICATION OF ETHICS



c. Etika Kebajikan

Konsep etika kebajikan terutama berasal dari filsuf Yunani Plato yang mengembangkan konsep kebajikan utama (kebijaksanaan, keadilan, keteguhan hati, dan kesederhanaan), dan Aristoteles, yang mengembangkan katalog menjadi sebelas kebajikan moral dan bahkan menambahkan kebajikan intelektual (seperti Sophia = kebijaksanaan teoretis).

Pandangan klasik tentang kebajikan menyatakan bahwa bertindak atas dasar kebajikan sama baiknya bagi orang yang bertindak dan bagi orang yang terkena dampak dari tindakan mereka. Apakah hal ini masih berlaku dalam masyarakat modern yang berbeda masih menjadi kontroversi.

d. Meta - Etika

Jika etika dapat dianggap sebagai teori moralitas, maka meta-etika adalah teori etika (normatif). Meta-etika berkaitan, khususnya, dengan masalah eksistensi (ontologi), makna (semantik), dan pengetahuan (epistemologi). Ontologi moral adalah penjelasan tentang fitur-fitur dunia yang memiliki signifikansi atau nilai moral. Semantik moral adalah penjelasan tentang makna istilah-istilah moral seperti benar, salah, baik, buruk, dan yang paling penting. Epistemologi moral adalah penjelasan tentang bagaimana kita dapat mengetahui kebenaran moral.

e. Etika Terapan

Etika normatif dan meta-etika biasanya dibedakan dari etika terapan. Etika terapan mengacu pada bidang yang lebih konkret di mana penilaian etis dibuat, misalnya di bidang kedokteran (etika kedokteran), bioteknologi (bioetika) atau bisnis (etika bisnis). Dalam hal ini, pertimbangan normatif umum dapat dibedakan dari pertimbangan yang lebih terapan. Namun, hubungan antara keduanya tidak boleh dilihat sebagai searah, dalam arti bahwa pertimbangan umum ("kursi berlingan") didahulukan dan kemudian diterapkan pada dunia nyata. Sebaliknya, arahnya bisa dua arah, dengan kondisi khusus dari suatu area yang dipertanyakan berkaitan dengan pertanyaan umum tentang etika.

2.4.3 Teori Etika

Teori etika dapat dibagi menjadi dua kelompok berikut: teleologis (konsekuensial) dan deontologis (nonkonsekuensial).

Menurut Filsuf Gordon Graham (2004), mengemukakan ada 8 (delapan) teori etika (cabang filsafat yang membahas moralitas melalui penyelidikan kritis): (1) etika agama, (2) konsekuensialisme, (3) hedonisme, (4) Kantianisme, (5) naturalisme, (6) utilitarianisme, (7) egoisme, dan (8) eksistensialisme & kontraktualisme. Ke-8 teori ini berada di bawah 3 sistem etika normatif utama yang membantu orang menjawab pertanyaan seperti, "Apa yang membuat suatu tindakan benar atau salah?" dan beberapa sudut pandang tertentu yang didasarkan pada mereka. Sebagian besar, mereka jatuh ke dalam dua kelompok besar, etika teleologis dan deontologis. Namun beberapa orang berpendapat bahwa kelompok ketiga - etika kebajikan juga sama pentingnya dengan deontologi dan teleologi karena mereka memperhatikan genre etika normatif yang berbeda tetapi untuk tujuan solusi ini, kami hanya akan mengeksplorasi teleologi dan deontologi dan contoh teorinya meskipun kami juga akan mendefinisikan etika kebajikan, sebagai informasi tambahan untuk Anda untuk berjaga-jaga.

Teori Deontology

Teori deontologi menyatakan bahwa ketika kita harus membuat keputusan etis, pikiran pertama kita adalah tugas dan kewajiban kita. Menurut teori ini, apa yang kita yakini sebagai tugas kita akan mendorong bagaimana kita bertindak dalam situasi yang berbeda. Misalnya, kita dapat

mengambil keputusan berdasarkan hukum atau berdasarkan kesetiaan kita terhadap teman atau anggota keluarga.

Lubang terbesar dalam teori deontologi adalah bahwa tidak ada standar untuk apa tugas dan kewajiban seseorang. Filsuf yang tidak setuju dengan teori ini percaya bahwa tugas setiap orang berbeda, jadi tidak ada cara untuk mengetahui apa yang mendorong seseorang untuk membuat keputusan tertentu.

Deontologi berfokus pada konsekuensi dari tindakan Anda dan percaya bahwa ketika dihadapkan pada pilihan hidup, Anda harus beroperasi sesuai dengan tanggung jawab dan kewajiban. Seorang deontologis percaya bahwa moralitas adalah tanggung jawab bagi setiap orang dan juga kewajiban. Misalnya, jika seorang pria mencuri tiga roti dan satu galon susu untuk memberi makan keluarganya, itu akan didukung oleh deontologi karena tanggung jawab moral dan kewajiban pria tersebut untuk merawat keluarganya. Terkadang ahli deontologi tidak dapat menentukan tindakan tertentu sebagai moral atau tidak. Seorang pemilik kedai kopi yang mewajibkan karyawannya untuk berpakaian hitam tidak dapat diidentifikasi dengan teori deontologi hanya karena persyaratannya adalah preferensi pemilik dan apa pun yang mengatur preferensi tersebut tidak bermoral atau tidak bermoral.

Utilitarianism

Utilitarianisme adalah teori moral yang menerapkan pilihan yang adil dalam upaya untuk memastikan kerugian paling sedikit terjadi pada semua pihak yang terlibat. Pendekatan utilitarianisme mengharuskan seseorang memutuskan tindakan apa yang perlu dilakukan dan mengevaluasi hasil dari setiap tindakan. Dengan berfokus pada hasil dari setiap tindakan, utilitarianisme menuntut seseorang memutuskan tindakan apa yang didasarkan pada manfaat atau kerugian dari tindakan tersebut tanpa memperhatikan biaya dari tindakan tersebut.

Menurut teori utilitarianisme, orang memilih tindakan mereka berdasarkan bagaimana keputusan mereka akan bermanfaat bagi kebanyakan orang. Individu membuat keputusan yang terbaik untuk semua orang yang terlibat. Ada dua sisi dari teori ini. Utilitarianisme tindakan mengatakan individu akan membuat keputusan berdasarkan membantu orang lain, sementara utilitarianisme aturan mengatakan individu akan bertindak berdasarkan keadilan.

Mereka yang tidak setuju dengan teori ini percaya bahwa tidak ada yang bisa memprediksi hasil, jadi kita tidak bisa tahu apa manfaat dari tindakan kita nantinya. Membandingkan konsekuensi bisa jadi sulit, sehingga beberapa filsuf mengatakan bahwa kita tidak dapat benar-benar membuat keputusan yang bermanfaat.

Rights

Teori etika hak mengatakan bahwa orang membuat keputusan berdasarkan hak yang disetujui masyarakat mereka. Apa yang dianggap penting oleh mayoritas orang dalam masyarakat itu akan mendorong keputusan. Misalnya, hak-hak yang individu dimiliki dalam konstitusi, dan ini harus menjadi faktor dalam pengambilan keputusan menurut teori ini. Hak-hak individu, seperti kebebasan berbicara dan kebebasan beragama, seharusnya membantu setiap orang memutuskan bagaimana berperilaku. Orang yang tidak setuju dengan teori ini percaya bahwa hak-hak masyarakat terlalu rumit untuk dipecahkan. Mereka mengatakan terlalu sulit untuk mengatakan apa yang menurut kebanyakan orang penting bagi seluruh masyarakat, jadi itu ide yang berantakan untuk mendasarkan keputusan. Masyarakat yang tidak memiliki undang-undang tertulis seperti Konstitusi kita membuat teori ini kurang dapat dipercaya, menurut beberapa filsuf.

Virtue

Teori etika kebajikan menyatakan bahwa kita dapat menilai keputusan seseorang berdasarkan karakter dan moralitasnya. Cara seseorang menjalani hidupnya dapat menjelaskan

setiap keputusan etis menurut teori ini. Misalnya, seseorang yang berbohong dan menipu untuk maju dalam hidup mungkin membuat keputusan berdasarkan memajukan kepentingannya sendiri sesuai dengan teori kebajikan. Lubang terbesar dalam teori ini adalah bahwa orang dapat mengubah karakter moral mereka, dan teori tersebut tidak memperhitungkan perubahan moralitas. Teori kebajikan menempatkan orang dalam kotak berdasarkan reputasi mereka pada satu titik waktu.

Teori virtue atau kebajikan sangat berbeda dari teori etika lain yang melihat karakter individu seseorang, belum tentu tindakannya. Ketika mengamati posisi yang tidak etis, teori kebajikan mempertimbangkan reputasi dan tujuan seseorang melakukan tindakan tersebut. Jika seorang siswa sekolah menengah sedang, sederhana, jenaka dan cerdas dan menjiplak tugas menulis kelas, teori kebajikan akan menganalisis ciri-ciri kepribadian masa lalu siswa dan keterampilan interpersonal untuk menentukan apakah siswa tersebut benar-benar bersalah.

Relativism

Adalah teori yang menganggap kewajiban dan keyakinan moral individu didasarkan pada lingkungan individu. Misalnya, dalam budaya tertentu kanibalisme dianggap tabu, sedangkan dalam budaya lain tindakan memakan daging manusia lain diterima sebagai pengorbanan atau ritual. Relativisme menentukan moral dan etika menurut masyarakat yang diamati. Relativisme berpendapat bahwa setiap masyarakat dan budaya percaya secara berbeda dan dengan demikian, setiap budaya harus dievaluasi sesuai dengan pola dan pengaruh budaya tertentu.

Consequential Ethics

Keempat teori tersebut di atas termasuk dalam salah satu dari dua kategori. Yang pertama, *etika konsekuensial*, menyatakan bahwa hasil menentukan keputusan etis. Oleh karena itu, hasil dari suatu situasi membuat keputusan itu OK. Misalnya, adalah etis bagi individu untuk

mengatakan “kebohongan putih” jika itu mencapai apa yang individu butuhkan atau inginkan. Teori utilitarianisme termasuk dalam kategori ini karena manfaat keputusan merupakan faktor terbesar. Teori kebajikan dapat masuk ke dalam etika konsekuensial karena reputasi seseorang dapat didasarkan pada konsekuensi dari keputusannya.

Etika Nonkonsekuensial

Etika nonkonsekuensial adalah sisi lain dari etika konsekuensial. Dikatakan bahwa orang mendasarkan keputusan mereka bukan pada hasil tetapi pada nilai dan keyakinan yang mereka pegang teguh. Dalam etika nonkonsekuensi, seseorang memutuskan suatu situasi berdasarkan pada apa yang dia yakini daripada apa yang mungkin terjadi. Misalnya, individu tidak akan berbohong dalam suatu situasi jika dia percaya bahwa kejujuran itu penting. Teori deontologi termasuk dalam jenis etika ini karena orang membuat keputusan berdasarkan kewajibannya kepada orang-orang di sekitarnya. Demikian pula, teori hak termasuk dalam kategori ini karena hak-hak yang dipegang masyarakat lebih penting daripada faktor lainnya. Teori kebajikan juga cocok di sini karena orang yang bermoral tinggi dapat memutuskan berdasarkan nilai-nilai mereka.

2.4.4 Teori Etika Komunikasi

1. Tujuan Etika Komunikasi

Para ilmuwan etika, memahami secara luas, etika menyangkut penciptaan dan evaluasi kebaikan, atau "kebaikan", dengan menjawab pertanyaan umum: Bagaimana kita hidup? Apa yang membuat keputusan tertentu menjadi baik atau benar atau salah? Apakah baik secara etis bagi pemerintah untuk membujuk orang miskin untuk berperang, dan mungkin mati, dalam perang yang menguntungkan orang kaya secara tidak proporsional? Apakah merupakan kebaikan etis bagi masyarakat untuk menyediakan akses ke pendidikan gratis dan berkualitas bagi semua anak?

Apakah politisi berkewajiban untuk mengatakan kebenaran kepada konstituennya terlepas dari konsekuensinya? Dengan bergulat dengan pertanyaan manusia kuno tentang apa yang baik, ahli etika mengungkapkan sifat sosial dan politik yang inheren dari fenomena komunikatif — apakah mereka terkait dengan hukum, moral, nilai, dan adat istiadat dan apakah mereka berbeda dari satu wilayah ke wilayah lain atau budaya ke budaya.

Di bidang etika komunikasi, para sarjana menggunakan berbagai teori etika untuk menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan kebaikan yang melibatkan semua manifestasi interaksi komunikatif. Dan karena baik komunikasi maupun etika secara diam-diam atau eksplisit melekat dalam semua interaksi manusia, kehidupan sehari-hari penuh dengan pertanyaan etis yang disengaja dan tidak disengaja—mulai dari meraih secangkir kopi hingga berbicara di depan umum. Dengan demikian, pertanyaan etis menanamkan semua bidang disiplin komunikasi, termasuk retorika, studi media, komunikasi antar budaya/internasional, komunikasi relasional dan organisasi, dan semua iterasi disiplin lainnya.

Beberapa cendekiawan berspesialisasi dalam etika komunikasi sebagai subbidang studi komunikasi dengan aplikasi untuk semua aspek bidang tersebut, sementara yang lain bekerja lebih teoretis untuk mencari penyelidikan dan pemahaman filosofis. Setelah pengantar singkat tentang sejarah lapangan, artikel ini menggambarkan tiga karakteristik utama yang membentuk kontur keilmuan etika komunikasi—heterogenitas, interkonektivitas, dan kesejarahan—dan kemudian mengikuti tiga perhatian utama keilmuan etika komunikasi—integritas, kekuasaan, dan alteritas. Tinjauan singkat tentang lima mode penalaran etis akan menutup artikel ini.

2. Tiga Karakteristik Teori Etika Komunikasi

Konsep etika komunikasi dapat dijelaskan oleh tiga karakteristik utama: *heterogenitas*,

interkonektivitas, dan kesejarahan.

Pertama, etika komunikasi ditandai oleh *heterogenitas* melalui banyaknya masalah etika, konteks disiplin, perspektif teoretis, dan cara penalaran yang dapat dilakukannya. Sebuah pertanyaan tentang penipuan, misalnya, dapat diperiksa dalam sejumlah konteks komunikasi (misalnya, media sosial, kampanye politik, organisasi tempat kerja, hubungan keluarga), dari sejumlah perspektif teoretis atau keprihatinan (misalnya, ideologis, dialogis, retorik, universalis), menggunakan sejumlah mode penalaran etis (misalnya, kebajikan, deontologis, teleologis, kepedulian) dan kombinasi apa pun di dalam dan di antara kategori-kategori ini. Seringkali perspektif dan nilai etika bertemu satu sama lain, dan ahli etika dapat menggunakan berbagai mode pemikiran untuk menimbang prioritas nilai etika terhadap yang lain—pertanyaan tentang pelecehan misalnya, menyangkut nilai kebebasan berbicara yang seimbang dengan kebebasan dari intimidasi dan pelecehan.

Tapi heterogenitas tidak boleh disalahartikan sebagai relativisme (Brummett, 1981). Karena pertanyaan etika tertanam baik secara diam-diam maupun eksplisit dalam semua interaksi manusia, sarjana komunikasi melihat baik pertanyaan etika yang terselubung maupun yang terbuka. Pernyataan misi, misalnya, dapat menetapkan kerangka terbuka untuk nilai dan cita-cita etis yang dicita-citakan oleh organisasi tertentu, tetapi pernyataan tersebut mungkin tidak memfasilitasi pengenalan pertanyaan etis yang lebih tersembunyi yang muncul dalam operasi sehari-hari.

Demikian pula, kode etik dan credo yang menetapkan norma dan nilai mereka sering ditulis pada tingkat individu dan karena itu mengaburkan bagaimana institusi, organisasi, dan kelompok juga berfungsi sebagai agen (tidak) etis. Kode dan credo juga dapat mengganggu agensi etis individu dan pengambilan keputusan dengan menghilangkan dari kesadaran akan kebutuhan untuk

perhatian yang waspada terhadap masalah etika yang mungkin tersembunyi. Bentuk lain dari etika terbuka melibatkan argumen publik, hukum, kebijakan, prinsipal, pedoman, dan sebagainya. Sebaliknya, etika diam-diam adalah pola implisit dari institusi interaksi komunikatif yang memiliki implikasi etis. Artinya, etika komunikasi tidak hanya melihat pada lembaga individu dan proses intersubjektif tetapi juga pada norma kelembagaan, pengaturan struktural, dan pola sistematis. Dalam etika komunikasi, pertanyaan etis adalah pertanyaan tidak (hanya) agensi individu tetapi tentang kebiasaan, norma, dan pola tindakan komunikatif implisit dan eksplisit bersama. Oleh karena itu, etika komunikasi cukup berhati-hati dalam memeriksa konteks terbuka dan tertutup.

Heterogenitas juga muncul melalui banyaknya nilai yang mungkin bertentangan dalam situasi tertentu. Dalam kasus ujaran kebencian, misalnya, nilai kebebasan berbicara berbenturan dengan nilai kebebasan dari intimidasi, pelecehan, dan pelanggaran. Demikian pula, dari sudut pandang etika komunikasi, konteks bisa berarti hampir, jika tidak sepenuhnya, segalanya. Pertanyaan tentang apa yang membuat argumen etis yang meyakinkan berubah dari latar ke latar. Dalam konteks latar agama, misalnya, penalaran berdasarkan tradisi dan otoritas mungkin lebih diutamakan daripada penalaran berdasarkan kasih sayang dan kepedulian. Dalam komunitas agama mana pun, orang bergulat dengan pertanyaan tentang seberapa banyak mereka akan diatur oleh kecerdasan, kasih sayang, dan hasil dan seberapa banyak oleh iman. Ketika kecerdasan memberi tahu kita satu hal dan menyayangi hal lain, mana yang harus kita percayai? Demikian pula, ketegangan antara kontrol lokal dan negara bagian atau federal juga dapat membentuk nilai atau cara penalaran apa yang diutamakan. Ahli etika komunikasi harus menghadapi keanekaragaman yang hampir tak ada habisnya ini dalam menyelidikannya tentang pertanyaan tentang kebaikan.

Kedua, interkonektivitas. Karena etika komunikasi adalah subbidang imanen yang, seperti sedang proses komunikasi itu sendiri, tidak dapat dipisahkan dari manifestasi yang sangat saling berhubungan dari semua interaksi manusia, interaksi komunikatif kita pasti terjalin. Saling ketergantungan bermanifestasi dalam pengakuan bahwa manusia adalah makhluk yang tertanam secara sosial dan oleh karena itu tidak ada diri yang benar-benar terlepas dari kondisi sosial (misalnya, bahasa, adat istiadat, narasi, hierarki) dari mana diri itu muncul. Tapi bukan hanya diri yang mungkin atau mungkin tidak secara sadar memilih tindakan tertentu; ahli etika komunikasi juga melihat bagaimana tindakan memilih orang. Seorang pekerja di industri asuransi kesehatan diberikan insentif untuk menolak klaim kesehatan karena mengetahui tidak hanya bahwa jika dia tidak melakukannya, orang lain akan melakukannya, tetapi jika dia menolak dia akan dipecat dan keluarganya akan kehilangan asuransinya, di mana dia cacat. tergantung anak. Berapa banyak hak pilihan etis dan "kebebasan" yang dapat diberikan oleh pekerja seperti itu? Demikian pula, manajer keuangan perusahaan ini tahu bahwa tanpa insentif semacam itu, perusahaan akan kehilangan uang yang menyebabkan PHK pekerja dan kemungkinan penolakan klaim yang lebih banyak lagi. Jadi, tidak hanya ada semacam lembaga etis independen yang berdiri terpisah dari rangkaian hubungan yang didiami, ada sedikit kemungkinan agen etis mana pun yang memahami atau mengantisipasi semua interkoneksi etis ini. Saya dapat menyajikan makan malam quinoa yang sehat untuk keluarga saya tanpa mengetahui bahwa, sebagai akibat tidak langsung, ribuan petani di dataran tinggi Andes tidak mampu lagi memberi makan keluarga mereka dari biji-bijian yang mereka tanam.

Ketiga, kesejarahan, etika komunikasi juga sangat responsif terhadap peristiwa sejarah, kondisi, dan konvensi yang melahirkan setiap interaksi komunikatif. Hal ini dapat dilihat dalam pekerjaan pada memori publik, area yang penuh dengan pertanyaan etis — peristiwa sejarah mana

yang diperingati atau diabadikan, dan mana yang dilupakan (Bruner, 2006; Vivian, 2010)? Peristiwa apa yang naik ke tingkat kepedulian nasional—yaitu, peristiwa apa yang dikenang untuk mencerminkan identitas nasional atau budaya bersama? Bagaimana ketegangan historis antara tujuan pendidikan publik yang berbeda (yaitu, melayani untuk mendorong barang publik seperti demokrasi, kebebasan dan kewarganegaraan vs memaksakan kontrol sosial melalui stratifikasi sosial, subordinasi wajib, dan konformitas yang dipaksakan) terus terjadi di masyarakat saat ini? perdebatan tentang kebijakan pendidikan, dari pertanyaan No Child Left Behind hingga gerakan neoliberal menuju privatisasi? Dan apa implikasi kebijakan pendidikan terhadap posisi kelas, kondisi tenaga kerja, dan meningkatnya ketimpangan ekonomi? Apa yang menyebabkan wacana publik tentang barang publik dimasukkan begitu mudah di bawah wacana neoliberal yang menekankan swasembada dan otonomi individu (Oh & Banjo, 2012; Saunders, 2010)?

3. Etika Komunikasi Berbasis *Integrity: Truth, Truthfulness, and Trust*

Pertanyaan tentang kebenaran dan kepercayaan telah lama menjadi pusat penyelidikan etika komunikasi. Seperti yang dia catat dalam risalah klasiknya *On Lying*, Sissela Bok berpendapat bahwa hanya sedikit kelompok manusia, organisasi, institusi, atau negara yang dapat berhasil tanpa latar belakang asumsi kebenaran (Bok, 1979). Membedakan antara kebenaran dan kejujuran, Bok menempatkan beban pada niat aktif seseorang — sengaja menyesatkan orang lain, bagi Bok, berbeda dengan mengucapkan kebohongan tanpa sadar. Perbedaan antara niat sadar dan distorsi yang tidak disengaja ini menjadi pusat studi etika jurnalisme, di mana pertanyaan tentang berita yang dipentaskan, dipalsukan, dan disensor adalah pusatnya (Wilcox, 1961; Wulfemeyer, 1985; Zelizer, 2007).

Pertanyaan lain melibatkan peran objektivitas dalam berita, epistemik

(ketidak)mungkinannya, dan implikasi etis yang membedakan antara ketidakberpihakan dan objektivitas (Carey, 1989; Malcolm, 2011; Ward, 2004). Peran pers sebagai pengawas demokrasi juga telah menjadi perhatian utama para ahli etika jurnalis, terutama melalui peran yang dibayangkan sebagai estate (atau cabang) keempat dari pemerintah Amerika dan implikasi etis dari kepemilikan perusahaan yang semakin terkonsentrasi (Bagdikian, 2004; Huff & Roth, 2013; McChesney, 2014). Sejumlah isu lain, seperti penyensoran, penghilangan, bias, kerahasiaan, penipuan, pencemaran nama baik, misrepresentasi, fitnah, dan kesaksian, telah lama menjadi perhatian utama etika dalam jurnalisme. Dan beberapa sarjana, seperti Stephen Ward (2005), berpendapat untuk landasan filosofis baru untuk etika jurnalisme.

Tetapi masalah integritas tidak hanya penting bagi jurnalisme—mode komunikasi termediasi lainnya juga menimbulkan pertanyaan etis tentang apropriasi, kolonisasi, dan representasi yang keliru selain jenis interaksi manusia yang ditimbulkan oleh media ini (D'Arcy, 2012; Munshi, Broadfoot, & Smith, 2011). Jaron Lanier (2010), misalnya, telah banyak menulis tentang pertanyaan etis terkait media sosial, termasuk apa yang dia sebut "Hive Mind" yang mendorong perilaku massa, kurangnya kemandirian, pemikiran kelompok, dan depersonalisasi. Lanier juga menemukan kesalahan dengan pengasingan informasi media sosial dari pengalaman dan dorongan untuk anonimitas yang menyebabkan pelanggaran, reduksionisme, ketidaktulusan, dan kurangnya kerendahan hati intelektual. Demikian pula, dalam pemeriksaan pidato tanpa rasa takut, Foucault (2001) melihat serangkaian pertanyaan tentang landasan filosofis parrhesia: "Siapa yang bisa mengatakan yang sebenarnya? Apa kondisi moral, etis, dan spiritual yang memungkinkan seseorang menampilkan dirinya sebagai seorang pengungkap kebenaran? Topik apa yang penting untuk mengatakan yang sebenarnya? Apa konsekuensi dari mengatakan yang sebenarnya?"

Pertanyaan etis tentang kebenaran dan pengungkapan kebenaran juga muncul dalam studi retorik, terutama yang melibatkan sejarah dan politik (Johnstone, 1980; Newman, 1995). Whistleblowing adalah fenomena komunikatif lainnya di mana isu integritas bertemu dengan etika. Pura-pura, "whistleblowing terjadi ketika wacana etis menjadi tidak mungkin, ketika bertindak etis sama saja dengan menjadi kambing hitam" (Alford, 2001, p. 36). Namun, menurut Alford, narasi umum pelapor sebagai martir kebenaran yang mencari penebusan institusional tidak dimainkan dalam pengalaman hidup pelapor. Padahal, pelapor secara definisi hanya dibentuk oleh proses pembalasan institusional di mana pelapor dihukum dan institusi tersebut terus berjalan. Bahkan undang-undang seharusnya bertujuan untuk melindungi fungsi pelapor hanya pada tingkat prosedur, yang pada gilirannya bekerja untuk memperkuat kekuatan institusional meninggalkan pertanyaan tentang moralitas sebagai urusan pribadi, bukan urusan publik. "Bertindak secara politis di ruang publik yang terdepolitisasi ini akan menjadi kambing hitam" (Alford, 2001, hlm. 130). Area lain yang melibatkan integritas dalam berbagai konteks etika komunikasi termasuk pertanyaan tentang keaslian, pengkhianatan, sinisme, hasutan, penyangkalan, pengungkapan, distorsi, penghapusan, pemaparan, pemalsuan, mistifikasi, kebingungan, penghilangan, kerahasiaan, selektivitas, keheningan, pengawasan, kecurigaan, dan transparansi (Herrscher, 2002; Ivie, 1980).

4. Etika Komunikasi Berbasis - *Power: Justice, Normativity, and Force*

Kekuasaan adalah benang merah lain dalam ilmu etika komunikasi yang mengungkapkan sejauh mana politik dan etika saling berhubungan secara mendalam. Kekuasaan di sini dipahami untuk menggambarkan kapasitas untuk memaksakan, memelihara, memperbaiki, dan mengubah cara-cara tertentu dari penataan sosial yang secara eksplisit dan implisit mengkondisikan ide-ide

kita tentang kebaikan. Ketika nilai-nilai etis naik ke tingkat kepentingan sosial/budaya, mereka menjadi hukum dan bukan sekadar kebiasaan. Tetapi semua hukum dan pertanyaan tentang keadilan pada dasarnya adalah pertanyaan etis sejauh mereka secara inheren membentuk kontur dari apa yang dianggap baik oleh komunitas mana pun.

Seperti yang dikatakan Reinhold Niebuhr, “Politik akan, sampai akhir sejarah, menjadi area di mana hati nurani dan kekuasaan bertemu, di mana faktor etika dan koersif kehidupan manusia akan saling menembus dan menghasilkan kompromi yang tentatif dan tidak mudah” (2013). Hubungan antara etika dan kekuasaan dapat dipahami dalam tiga dimensi—keadilan, normativitas, dan kekuatan.

Normativitas adalah bentuk kekuasaan dengan implikasi etis yang luas. Norma sosial tidak hanya menjadi kerangka kerja di mana semua bentuk yang baik (dan lebih jauh lagi, yang buruk) dapat diproduksi, mereka juga secara tidak terlihat menjadi bagian dari saling keterkaitan sosial yang memungkinkan subjektivitas itu sendiri. Gender, misalnya, adalah bentuk normativitas sosial dengan implikasi etis yang luas. Konvensi gender tidak hanya mengatur hampir setiap variasi interaksi manusia yang dapat dibayangkan (dari profesi hingga pengasuhan anak), pelanggaran norma gender dihukum dengan keras, seringkali dengan kekerasan. Demikian pula, karena setiap biner mencakup hirarki, dalam hal standar gender laki-laki tidak hanya normatif tetapi tidak bertanda seperti itu bahkan ketika mereka berfungsi untuk menetapkan standar apa yang "baik" dalam banyak situasi. Jadi evaluasi kinerja banyak tindakan komunikatif seperti pidato, argumen, debat, menulis, bergiliran, memegang rantai, menyampaikan instruksi, dan sebagainya, mungkin tampak netral gender padahal sebenarnya standar kualitas dan prestasi itu sendiri mungkin tertanam dalam konvensi gender normatif maskulin. Dengan demikian, karena hubungannya dengan ideologi sebagai sarana untuk melegitimasi hubungan sosial yang ada dan perbedaan

kekuasaan, status quo, dan akal sehat, normativitas dapat mengerahkan kekuatan yang luar biasa dan seringkali tidak terlihat yang menimbulkan pertanyaan etis yang tak terelakkan. Siapa yang mendikte istilah apa yang normatif, benar, standar, akal sehat?

Namun, pada saat yang sama, normativitas mengobarkan mesin tindakan komunikatif sehari-hari. Tanpa konvensi yang telah ditentukan sebelumnya, seperti yang mengatur lalu lintas (jalan, perdagangan, atau Internet), interaksi manusia akan penuh dengan bahaya atau bahkan mustahil. Demikian pula, apa yang beberapa orang anggap sebagai kontrak sosial — kewajiban moral implisit yang kita miliki karena menjadi bagian dari masyarakat — memungkinkan kehidupan sehari-hari di dunia sosial bersama. Tetapi pada saat yang sama, norma dan konvensi karena kebutuhan membuat beberapa hal menjadi mungkin dan yang lainnya tidak mungkin. Contoh yang baik dari peran normativitas dalam pertanyaan etis tentang kekuasaan berkaitan dengan pertanyaan tentang bahasa nasional dan dunia. Bahasa memainkan peran penting dalam produksi, pemeliharaan, dan perubahan dalam hubungan kekuasaan. Misalnya, meskipun bagi banyak penutur asli bahasa Inggris, Amerika Serikat tampak sebagai masyarakat monolingualistik, kenyataannya justru sebaliknya. Beberapa puluh juta orang Amerika berbicara lebih dari 25 bahasa selain bahasa Inggris (tidak termasuk lebih dari 175 bahasa asli Amerika yang sekarang digunakan di Amerika Serikat) dengan 17,5 juta penutur bahasa Spanyol (Schmid, 2001). Implikasi penggunaan eksklusif dan penerimaan publik atas kebijakan dan undang-undang yang hanya berbahasa Inggris melibatkan konstelasi pertanyaan etis mulai dari akses hingga pengakuan (dalam hal kewarganegaraan, pemungutan suara, pendidikan, pengadilan, perawatan medis, dll.).

Demikian pula, ada implikasi politik dan etika yang sangat besar dari apa yang disebut bahasa Inggris dunia di mana ada 1,5 miliar penutur bahasa Inggris di dunia, di mana bahasa Inggris ditetapkan sebagai bahasa resmi dari 62 negara, dan di mana bahasa Inggris berfungsi

sebagai bahasa sains yang dominan, akademik penerbitan, dan organisasi internasional (Tsuda, 2008). Dari perspektif global, bahasa Inggris dunia dapat berfungsi sebagai masalah hegemoni linguistik, di mana bahasa Inggris mendominasi sebagai bentuk imperialisme linguistik dengan konsekuensi etis mulai dari ketidaksetaraan linguistik dan komunikatif, hingga diskriminasi, dan kolonisasi kesadaran (Tsuda, 2008). Dengan demikian, isu-isu kompetensi komunikatif tidak netral secara etis tetapi sebenarnya bisa menjadi sarana politik stratifikasi sosial dengan menggunakan norma linguistik, diskursif, dan sosial. Karena wacana adalah cara menampilkan keanggotaan dalam kelompok sosial tertentu, norma komunikatif juga dapat berfungsi untuk memasukkan serta mengecualikan, menandai sebagai orang dalam atau orang luar, dan sebagai alat untuk mengatur bentuk perilaku lainnya. Masalah normativitas lain yang menyentuh

2.5 Kebijakan Publik dalam Layanan Kesehatan di Masa Pandemi

1. Apa itu Kebijakan Publik

Ada berbagai penelitian tentang kebijakan publik dan banyak ahli telah mencoba untuk mendefinisikan kebijakan publik dari berbagai sudut pandang. Sebelum menjelaskan arti dari kebijakan publik, mari kita bahas terlebih dahulu beberapa publik, mari kita bahas terlebih dahulu beberapa definisinya. Robert EyeStone mendefinisikan kebijakan publik sebagai "hubungan antara unit pemerintah dengan lingkungannya". Thomas R. Dye (1981) menyatakan bahwa "kebijakan publik adalah apa pun yang dipilih oleh pemerintah. Pemerintah memilih untuk melakukan atau tidak melakukan". Richard Rose (1969) mengatakan bahwa "kebijakan publik bukanlah sebuah keputusan, melainkan suatu arah atau pola kegiatan. Menurut pendapat Carl J. Friedrich (1963) kebijakan publik adalah tindakan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang lingkungan tertentu yang memberikan peluang dan hambatan dimana kebijakan

tersebut diusulkan untuk dimanfaatkan dan diatasi dalam upaya mencapai suatu tujuan atau merealisasikan suatu tujuan.

Dari definisi-definisi tersebut, jelaslah bahwa kebijakan publik adalah keputusan-keputusan pemerintah, dan sebenarnya merupakan hasil dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemerintah dalam untuk mencapai tujuan dan sasaran tertentu. Dapat juga dikatakan bahwa kebijakan publik perumusan dan pelaksanaannya melibatkan suatu pola atau rangkaian kegiatan yang terencana kegiatan yang terencana dengan baik. Hal ini membutuhkan hubungan dan interaksi yang erat antara lembaga-lembaga pemerintah yang penting yaitu, eksekutif politik, legislatif birokrasi dan peradilan.

Poin-poin berikut ini akan membuat sifat kebijakan publik menjadi lebih jelas ;

1. Kebijakan publik berorientasi pada tujuan. Kebijakan publik dirumuskan dan diimplementasikan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan oleh pemerintah untuk kepentingan masyarakat pada umumnya. Kebijakan-kebijakan ini secara jelas menjabarkan program-program pemerintah.
2. Kebijakan publik adalah hasil dari tindakan kolektif pemerintah. Ini berarti bahwa merupakan pola atau rangkaian kegiatan atau 'para pejabat dan aktor pemerintah dalam arti kolektif daripada diistilahkan sebagai keputusan-keputusan mereka yang terpisah dan terpisah-pisah.
3. Kebijakan publik adalah apa yang sebenarnya diputuskan atau dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan. Ini adalah hubungan unit-unit pemerintah dengan bidang tertentu dari lingkungan politik dalam sistem administrasi tertentu. Hal ini dapat mengambil berbagai bentuk seperti hukum, peraturan, keputusan pengadilan, perintah eksekutif, keputusan, dll.

4. Kebijakan publik bersifat positif dalam arti bahwa kebijakan tersebut menggambarkan kepedulian pemerintah dan melibatkan tindakannya terhadap suatu masalah tertentu yang menjadi dasar dibuatnya kebijakan tersebut. Kebijakan tersebut memiliki sanksi hukum dan otoritas di belakangnya. Secara negatif, ini melibatkan keputusan oleh pejabat pemerintah untuk tidak mengambil tindakan apa pun terhadap masalah tertentu.

2. Karakteristik Pembuatan Kebijakan Publik

Permohonan dan sifat dari kebijakan publik akan menjadi lebih jelas dengan menyoroti karakteristik yang berbeda dari kebijakan publik. Beberapa karakteristik utama dari kebijakan publik pembuatan kebijakan publik adalah:

1. *Pembuatan kebijakan publik* adalah proses yang sangat kompleks: Pembuatan kebijakan melibatkan banyak yang saling berhubungan dengan komunikasi dan umpan balik dan yang berinteraksi dengan berbagai cara. Beberapa bagian dari proses tersebut bersifat eksplisit dan dapat langsung dapat diamati, namun banyak bagian lain yang berjalan melalui jalur-jalur tersembunyi yang tersembunyi yang seringkali hanya disadari oleh para pejabat itu sendiri. Prosedur-prosedur tersembunyi ini sangat sulit. dan seringkali tidak mungkin untuk diamati. Oleh karena itu, guidelines sering dibentuk oleh serangkaian - serangkaian keputusan tunggal yang menghasilkan sebuah 'kebijakan' tanpa diketahui oleh para pengambil keputusan pengambil keputusan menyadari proses tersebut.
2. *Kebijakan adalah sebuah proses yang dinamis*: Pembuatan kebijakan adalah sebuah proses, yaitu suatu kegiatan yang berkelanjutan yang terjadi dalam suatu struktur; untuk keberlanjutan, dibutuhkan masukan yang terus menerus dari sumber daya dan motivasi yang berkelanjutan. Ini adalah proses yang dinamis, yang berubah seiring berjalannya

waktu. Urutan-urutan dari lainnya. Sub-proses dan fase-fasenya bervariasi secara internal dan sehubungan dengan masing-masing.

3. *Pembuatan kebijakan terdiri dari berbagai komponen:* Kompleksitas kebijakan publik merupakan karakteristik penting dalam pembuatan kebijakan. Kebijakan publik perumusan kebijakan publik melibatkan berbagai macam substruktur. Identitas dari substruktur dan tingkat keterlibatan mereka dalam pembuatan kebijakan, karena adanya perbedaan isu, situasi dan nilai-nilai masyarakat.
4. *Struktur Kebijakan memberikan kontribusi yang berbeda:* Karakteristik ini menunjukkan bahwa setiap substruktur memberikan kontribusi yang berbeda, dan terkadang unik, publik. Kontribusi seperti apa yang diberikan oleh substruktur, sebagian tergantung pada karakteristik formal dan formal dan informal yang berbeda dari satu masyarakat ke masyarakat lainnya. Pengambilan Keputusan: Pembuatan kebijakan adalah salah satu jenis pengambilan keputusan karena memungkinkan kita menggunakan model-model pengambilan keputusan untuk menangani pembuatan kebijakan.
5. *Menetapkan pedoman utama:* Kebijakan publik, dalam banyak kasus, menetapkan arahan umum, bukannya instruksi rinci, tentang jalur-jalur utama tindakan yang harus yang harus diikuti. Setelah garis-garis besar tindakan utama diputuskan, sub-kebijakan yang lebih rinci yang menerjemahkan teori umum ke dalam istilah-istilah yang lebih konkret biasanya diperlukan untuk melaksanakannya itu.
6. *Menghasilkan tindakan:* Pengambilan keputusan dapat menghasilkan tindakan. dalam perubahan dalam pengambilan keputusan itu sendiri, atau keduanya atau tidak keduanya. Kebijakan-kebijakan yang paling signifikan secara sosial pengambilan keputusan yang paling signifikan secara sosial, seperti sebagian besar pembuatan kebijakan publik

dimaksudkan untuk menghasilkan tindakan. Juga kebijakan-kebijakan yang ditujukan kepada aparat pembuat kebijakan itu sendiri seperti dorongan efisiensi dalam pemerintahan yang berorientasi pada tindakan.

7. *Diarahkan pada masa depan*: Pembuatan kebijakan diarahkan pada masa depan. Ini adalah salah satu karakteristik yang paling penting karena memperkenalkan elemen yang selalu ada ketidakpastian dan prediksi yang meragukan yang membentuk nada dasar dari hampir semua pembuatan kebijakan. Pembuatan kebijakan yang sebenarnya cenderung merumuskan kebijakan secara samar-samar dan elastis; karena karena masa depan sangat tidak pasti. Hal ini memungkinkan para pembuat kebijakan untuk menyesuaikan kebijakan mereka sesuai dengan fakta-fakta yang muncul dan memungkinkan mereka untuk berjaga-jaga terhadap keadaan yang tidak terduga.
8. *Terutama dirumuskan oleh badan-badan pemerintah* : Kebijakan publik juga diarahkan sebagian, pada orang-orang swasta dan struktur non-pemerintah, seperti 'ketika mereka membutuhkan hukum melarang suatu jenis perilaku tertentu atau menghibau warga negara untuk terlibat dalam pribadi untuk melakukan penghematan. Tetapi kebijakan publik, dalam banyak kasus, terutama ditujukan pada organ-organ pemerintah, dan hanya pemerintah, dan hanya secara perantara dan sekunder pada faktor-faktor lain.
9. *Bertujuan untuk mencapai apa yang menjadi kepentingan umum*: Betapapun sulitnya untuk mengetahui apa yang dimaksud dengan "kepentingan umum", istilah ini tidak pernah kurang menyampaikan gagasan tentang orientasi "umum", oleh karena itu, kedua hal tersebut tampaknya penting penting dan signifikan. Lebih jauh lagi, ada bukti yang baik bahwa citra "kepentingan umum publik" mempengaruhi proses pembuatan kebijakan publik dan oleh karena itu, setidaknya, seperti yang setidaknya, sebagaimana dipahami oleh

berbagai unit pembuat kebijakan publik, merupakan fenomena yang "nyata", dan merupakan alat operasional yang penting untuk studi pembuatan kebijakan.

10. *Penggunaan cara terbaik yang mungkin*: Dalam terminologi abstrak, pembuatan kebijakan publik bertujuan untuk mencapai manfaat bersih yang maksimal. Manfaat dan biaya sebagian berupa 8 nilai yang direalisasikan dan nilai yang dirugikan, dan dalam banyak kasus tidak dapat dinyatakan dalam unit yang sepadan. Oleh karena itu, teknik-teknik kuantitatif sering kali dapat menandai kebijakan publik: digunakan dalam bidang pembuatan kebijakan ini, tetapi tidak ada signifikansi kualitatif dari manfaat bersih maksimum sebagai tujuan maupun kebutuhan untuk berpikir secara luas tentang kebijakan publik alternatif dalam hal manfaat dan biaya menjadi berkurang.
11. *Keterlibatan berbagai lembaga*: Pekerja industri, pemilih, kaum intelektual; legislator, birokrat, partai politik, eksekutif politik, yudikatif, dan sebagainya adalah berbagai badan yang berpartisipasi dalam pembuatan kebijakan publik dan dapat mempengaruhi proses proses pembuatan kebijakan secara luas.

3. Sifat-sifat Kebijakan Publik

Menurut Dye (1972) ada beberapa sifat kebijakan public :

1. Kebijakan public, yang bersifat, **substantif** – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat, regulasi yang berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll
2. Kebijakan yang bersifat **distributif** - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat;
3. Kebijakan public **redistributif** – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi; dan terakhir;

4. Kebijakan public bersifat **kapitalisasi** di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintah. Sifat “kapitalisasi” ini, menurut Sahni (1987) sama dengan prinsip subsidiaritas dalam administrasi publik yang menyatakan bahwa, untuk mempromosikan pemerintah yang tanggap terhadap kebutuhan dan aspirasi semua orang, otoritas pusat harus melakukan hanya tugas-tugas yang tidak dapat dilakukan secara efektif di tingkat yang lebih menengah atau lokal. dan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

2.6 Diskresi dalam Kebijakan Publik

1. Apa itu Diskresi

Diskresi, yaitu kemampuan untuk memutuskan bagaimana kebijakan akan diimplementasikan, merupakan komponen kunci dari kekuasaan birokrasi. Karena lembaga-lembaga memiliki banyak keleluasaan (Rourke 1984), studi mengenai efektivitas kebijakan perlu mengkaji apa yang dapat terjadi ketika pilihan-pilihan implementasi yang berbeda dibuat. Untuk memahami output dan outcome dari kegiatan implementasi lembaga, kita perlu mengetahui apa yang terjadi ketika kebijakan diimplementasikan dengan penuh semangat dan juga ketika kebijakan diabaikan.

Sebagian besar studi tentang efektivitas peraturan berfokus pada implementasi masalah yang berasal dari berbagai mekanisme penegakan hukum. Secara umum, literatur yang ada mengenai efektivitas kebijakan regulasi telah menemukan bahwa kekuatan pemerintah harus berada di belakang sebuah kebijakan agar dapat agar kebijakan tersebut dapat berjalan dengan baik. Literatur ini telah menemukan tiga aturan praktis. *Pertama*, peraturan perintah dan kontrol hanya akan berhasil jika penegakan hukumnya memadai. Sebagai contoh, batas kecepatan di jalan raya akan lebih efektif jika ada polisi yang menegakkannya. *Kedua*, kebijakan informasi akan berhasil jika masyarakat memperhatikannya, yang seringkali mengharuskan pemerintah untuk

secara aktif mendistribusikan dan, jika perlu, memperbarui informasi. *Ketiga*, insentif akan berhasil jika jumlahnya cukup besar. Untuk efektivitas maksimum, hal ini mengharuskan pemerintah mengeluarkan insentif untuk memantaunya secara ketat dan memperbaruinya sesuai kebutuhan agar insentif tersebut tetap cukup besar. Sebagian besar penelitian yang ada mengenai efektivitas peraturan berfokus pada hubungan antara implementasi, penegakan, dan keberhasilan kebijakan. Kebijaksanaan konvensional adalah bahwa jika suatu menggunakan kebijaksanaannya dan memutuskan untuk menerapkan dan menegakkan peraturan dengan benar, maka akan lebih berhasil.

Masalah yang tersisa, tentu saja, adalah mencari tahu apa yang terjadi pada kebijakan peraturan jika lembaga pelaksana memutuskan untuk mengabaikannya atau kebijakan diadopsi tanpa memberikan kekuasaan penegakan hukum kepada birokrasi. Berlawanan dengan kebijaksanaan konvensional, pilihan suatu lembaga untuk tidak melaksanakan suatu kebijakan tidak secara otomatis berarti bahwa kebijakan tersebut akan gagal. Dalam mengakui fakta bahwa kadang-kadang paksaan pemerintah tidak diperlukan untuk sebuah kebijakan yang sukses, beberapa penelitian berfokus pada individu yang diatur daripada regulator. Sebagai contoh, Scholz dan Pinney (1995) menemukan bahwa perasaan wajib dan ketakutan subyektif akan ketahuan memaksa orang untuk melaporkan pendapatan mereka secara jujur dan membayar pajak ke Internal Revenue Service (IRS). Tingkat audit yang sebenarnya, yang obyektif, sering kali tidak ada hubungannya dengan kepatuhan pajak. Hal ini dapat dijelaskan secara memadai hanya dengan berfokus pada sikap dan situasi pembayar pajak itu sendiri (lihat juga McGraw dan Scholz 1991).

2. Diskresksi dalam Praktek

Penelitian lain berfokus pada model fasilitatif untuk menjelaskan perilaku. Gray dan Scholz

(1993) dan Scholz dan Gray (1997) menemukan bahwa pemaksaan oleh Administrasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (OSHA) hanya dapat menjelaskan sebagian dari penurunan tingkat kecelakaan pekerja. Gray dan Scholz menunjukkan bahwa reaksi manajemen terhadap inspeksi OSHA, daripada inspeksi dan hukuman itu sendiri, yang menjelaskan peningkatan dalam keselamatan pekerja. Scholz dan Gray menunjukkan bahwa inspeksi yang diprakarsai oleh pekerja daripada OSHA memiliki dampak positif yang lebih besar, yang menunjukkan bahwa ketika OSHA menggunakan kebijaksanaannya untuk bertindak sebagai fasilitator kerja sama dan bukan sebagai lembaga pemaksa, hasil yang lebih baik dapat dicapai.

Pemberian sinyal juga dapat memainkan peran penting dalam keputusan kepatuhan. Dalam model komunikasi strategis, satu aktor yang memiliki informasi memberikan informasi kepada aktor lain yang kurang memiliki informasi dalam upaya untuk mengubah perilaku pengambil keputusan (Lupiaglia 1994). Perilaku pembuat keputusan tersebut (Lupia 1994; Crawford dan Sobel 1992; Milgrom dan Roberts 1986; Spence 1973). Hal ini memiliki implikasi penting bagi kepatuhan terhadap peraturan. Pemerintah dapat berusaha mempengaruhi keputusan dengan mengirimkan sinyal tentang konsekuensi dari keputusan tersebut.

Ini meminjam kerangka kerja dari penelitian-penelitian tersebut dan menerapkannya untuk menganalisis efektivitas peraturan komando dan kontrol yang menonjol perangkat: undang-undang udara dalam ruangan yang bersih di negara bagian yang bertujuan untuk membatasi merokok di tempat umum bangunan dan tempat kerja. Berdasarkan kerangka kerja dan hasil dari analisis empiris, saya menemukan bahwa, bertentangan dengan ekspektasi "tradisional" kebutuhan akan hubungan antara paksaan dan efektivitas peraturan, undang-undang udara dalam ruangan yang bersih dapat efektif dalam mengurangi merokok meskipun kurangnya penegakan hukum. Lembaga penegak hukum negara bagian dan lokal telah memutuskan untuk mengabaikan

pelaksanaan undang-undang ini.

Hal ini tidak berarti bahwa birokrasi publik tidak relevan dengan bidang kebijakan ini. Sebaliknya, badan-badan kesehatan masyarakat dan penegak hukum dapat memainkan peran penting sebagai pemberi sinyal dan fasilitator kerja sama. Scholz dan Gray (1997) serta Licari dan Meier (2000) menemukan bahwa fasilitasi dan pemberian sinyal dapat menjadi penting dalam menjelaskan efektivitas kegiatan lembaga. Dalam hal ini, birokrasi publik dapat menggunakan undang-undang udara dalam ruangan yang bersih untuk memperkuat norma-norma sosial dan mengirimkan kesehatan masyarakat tentang merokok. Birokrasi dapat menggunakan peraturan ini dengan cara-cara yang tidak memaksa daripada berfokus pada metode penegakan hukum tradisional yang mahal. Selain itu, proyek ini menyoroti masalah utama untuk penelitian ini penegakan birokrasi. Penting untuk memperhitungkan potensi untuk sinyal dan heuristik lainnya untuk menghindari penilaian yang berlebihan terhadap dampak dari birokrasi peraturan.

Hasil penelitian ini mendukung gagasan bahwa undang-undang udara dalam ruangan yang bersih memaksa orang untuk merokok lebih sedikit karena takut akan ketidaksetujuan sosial serta sinyal informasi tentang bahaya merokok bagi kesehatan. Karena hukuman yang tegas di bawah hukum dan tingkat penegakan hukum yang tinggi tidak ada, indikator "tradisional" keberhasilan kebijakan komando dan kontrol ini tidak dapat menjelaskan mengapa undang-undang tentang udara dalam ruangan yang bersih mampu mengurangi tingkat merokok. Dengan demikian, esai ini merupakan perluasan penting dari pekerjaan yang telah dilakukan pada heuristik sinyal dan tugas dan rasa takut. Saya fokus pada elemen regulasi sosial. Regulasi sosial secara umum sering kali tidak diterima dengan baik oleh masyarakat (Eisner 2000). Selain itu, peraturan merokok ditargetkan pada sebagian yang sangat resisten, jika hanya karena sifat adiktif dari rokok. Oleh karena itu, penelitian ini menawarkan pengujian sinyal dan heuristik informasi lainnya yang sangat

ketat.

Temuan dalam esai ini menunjukkan bahwa hubungan antara pemaksaan dan regulasi yang berhasil, meskipun tidak salah, tentu saja sempit. Ketika merancang peraturan dan memutuskan tingkat penegakan yang tepat, para legislator dan birokrat perlu menyadari adanya kebijakan yang sebagian besar bersifat "menegakkan diri sendiri". Selain itu, ketika para analis kebijakan mengkaji efektivitas regulasi, perhatian perlu diberikan pada fakta bahwa paksaan pemerintah hanyalah salah satu sisi dari koin regulasi. Norma-norma sosial (Ostrom 1998; Scholz 1998; Scholz dan Lubell 1998) merupakan kunci untuk memahami bagaimana kita dapat memecahkan masalah tindakan kolektif dalam hal kepatuhan.

2.7 Deviasi Etika dalam Problematika Sumpah Hippokrates

1. Sumpah Hippokrates

Sumpah Hippokrates adalah sumpah yang secara tradisional dilakukan oleh para dokter tentang etika yang harus mereka lakukan dalam melakukan praktik profesinya. Sebagian besar orang menganggap bahwa sumpah ini ditulis sendiri Hippocrates pada ke-5 M sebelum masehi atau oleh salah seorang muridnya. Seorang peneliti, Ludwig Edelstein mengajukan pendapat lain bahwa sumpah tersebut ditulis oleh Pythagoras. Akan tetapi teori ini masih diragukan karena sedikitnya bukti yang mendukungnya, banyak peranan yang dibahas dalam Sumpah Hippocrates ini tentang kode-kode etik (Rusni, 2022).

(Lafal Asli, diterjemahkan dari bahasa Yunani)

"I swear by Apollo Physician and Asclepius and Hygieia and Panacea and all the gods and goddesses, making them my witnesses, that I fulfil according to my ability and judgement this oath and this covenant."

"Saya bersumpah demi (Tuhan) ... bahwa saya akan memenuhi sesuai dengan kemampuan

saya dan penilaian saya guna memenuhi sumpah dan perjanjian ini.”

“To hold him who has taught me this art as equal to my parents and to live my life in partnership with him, and if he is in need of money to give him a share of mine, and to regard his offspring as equal to my brothers in male lineage and to teach them this art-if they desire to learn it-without fee and covenant; to give a share of precepts and oral instruction and all the other learning of my sons and to the sons of him who instructed me and to pupils who have signed the covenant and have taken an oath according to medical law, but to no one else.”

“Memperlakukan guru yang mengajarkan ilmu (kedokteran) ini kepada saya seperti orang tua saya sendiri dan menjalankan hidup ini bermitra dengannya, dan apabila ia membutuhkan uang, saya akan memberikan, dan menganggap keturunannya seperti saudara saya sendiri dan akan mengajarkan kepada mereka ilmu ini bila mereka berkehendak, tanpa biaya atau perjanjian, memberikan persepsi dan instruksi saya dalam pembelajaran kepada anak saya dan anak guru saya, dan murid-murid yang sudah membuat perjanjian dan mengucapkan sumpah ini sesuai dengan hukum kedokteran, dan tidak kepada orang lain.”

“I will use treatment to help the sick according to my ability and judgment, but never with a view to injury and wrongdoing. neither will I administer a poison to anybody when asked to do so, not will I suggest such a course.”

“Saya akan menggunakan pengobatan untuk menolong orang sakit sesuai kemampuan dan penilaian saya, tetapi tidak akan pernah untuk mencelakai atau berbuat salah dengan sengaja. Tidak akan saya memberikan racun kepada siapa pun bila diminta dan juga tak akan saya sarankan hal seperti itu.”

“Similarly I will not give to a woman a pessary to cause an abortion. But I will keep pure and holy both my life and my art. I will not use the knife, not even, verily, on sufferers from stone, but I will give place to such as are craftsmen therein.”

“Juga saya tidak akan memberikan wanita alat untuk menggugurkan kandungannya, dan saya akan memegang teguh kemurnian dan kesucian hidup saya maupun ilmu saya. Saya tak akan menggunakan pisau, bahkan alat yang berasal dr batu pada penderita (untuk percobaan), akan tetapi saya akan menyerahkan kepada ahlinya.”

“Into whatsoever houses I enter, I will enter to help the sick, and I will abstain from all intentional wrongdoing and harm, especially from abusing the bodies of man or woman, slave or free.”

“Ke dalam rumah siapa pun yang saya masuki, saya akan masuk untuk menolong yang sakit dan saya tidak akan berbuat suatu kesalahan dengan sengaja dan merugikannya, terutama menyalahgunakan tubuh laki-laki atau perempuan, hamba atau bebas.”

“And whatsoever I shall see or hear in the course of my profession, as well as outside my profession in my intercourse with men, if it be what should not be published abroad, I will never divulge, holding such things to be holy secrets.”

“Dan apa pun yang saya lihat dan dengar dalam proses profesi saya, ataupun di luar profesi saya dalam hubungan saya dengan masyarakat, apabila tidak diperkenankan untuk dipublikasikan, maka saya tak akan membuka rahasia, dan akan menjaganya seperti rahasia yang suci.”

“Now if I carry out this oath, and break it not, may I gain for ever reputation among all men for my life and for my art; but if I transgress it and forswear myself, may the opposite befall me.”

“Apabila saya menjalankan sumpah ini, dan tidak melanggarnya, semoga saya bertambah reputasi di masyarakat untuk hidup dan ilmu saya, akan tetapi bila saya melanggarnya, semoga yang berlawanan yang terjadi.”

Seiring berjalannya waktu, beberapa bagian dari sumpah tersebut telah dihilangkan atau diubah. Setiap negara, sekolah, atau organisasi memiliki variasi yang berbeda terkait sumpah ini. Banyak sekolah juga menciptakan versi sumpah mereka sendiri, dan sebagian besar tidak menggunakan versi asli yang mengagung-agungkan dewa, memberikan pelajaran hanya kepada laki-laki, melarang dokter umum untuk melakukan operasi, aborsi, euthanasia, atau mengubah resep obat. Hal-hal ini tidak tercantum dalam versi asli sumpah dan dikembangkan dalam versi modern yang lebih relevan, termasuk hal-hal seperti asuransi, surat wasiat, dan penggunaan pil kontrasepsi yang mendekati praktik aborsi.

2. Deviasi Etika terhadap Sumpah Hippokrates

Tujuan utama pada pelaksanaan profesi kedokteran adalah untuk mengatasi penderitaan dan memulihkan kesehatan orang yang sakit (Suryadi, 2009). Ada orang sakit (pasien, penderita) dan dalam masyarakat yang sederhana sekalipun ada orang yang dianggap mampu menyembuhkan penyakit (dukun, healer, dokter) dan obat diharapkan dapat menolong yang sakit dengan cara apapun. Pada dasarnya, apa yang sekarang dinamakan hubungan dokter pasien dapat ditelusuri balik asal usulnya pada hubungan pengobatan seperti dalam masyarakat sederhana itu, tentu ditambah dengan kerumitan-kerumitan yang dibawa oleh perkembangan sosial, ekonomi, hubungan antar manusia, ilmu kedokteran, teknologi, etika, hukum, bisnis dan lain-lain di zaman modern ini. Hal yang paling mendalam dari hubungan dokter-pasien adalah rasa saling percaya. Pasien sebagai pihak yang memerlukan pertolongan percaya bahwa dokter dapat menyembuhkan penyakitnya. Sementara itu, dokter juga percaya bahwa pasien telah memberikan keterangan yang benar mengenai penyakitnya dan ia akan mematuhi semua petunjuk dokter.

Pentingnya pelaksanaan profesi kedokteran adalah untuk mengatasi penderitaan dan memulihkan kesehatan individu yang sakit. Dalam masyarakat, terdapat peran yang dianggap mampu menyembuhkan penyakit, seperti dukun, penyembuh, atau dokter, dan obat diharapkan dapat membantu individu yang sakit dengan berbagai cara. Hubungan antara dokter dan pasien yang sekarang dikenal sebagai hubungan dokter-pasien dapat ditelusuri kembali pada hubungan pengobatan dalam masyarakat yang sederhana. Namun, hubungan ini menjadi lebih kompleks dengan perkembangan sosial, ekonomi, hubungan antar manusia, ilmu kedokteran, teknologi, etika, hukum, bisnis, dan faktor lainnya di zaman modern ini. Salah satu aspek yang paling fundamental dari hubungan dokter-pasien adalah kepercayaan saling. Pasien yang membutuhkan bantuan mempercayai bahwa dokter dapat menyembuhkan penyakitnya. Di sisi lain, dokter juga

mempercayai bahwa pasien memberikan informasi yang benar tentang penyakitnya dan akan mematuhi petunjuk yang diberikan oleh dokter.

Pelayanan kesehatan sering kali melibatkan dilema etika dan sengketa hukum. Aspek hukum dalam bidang kesehatan dan kedokteran sangat signifikan, dengan adanya kewajiban yang harus dipenuhi oleh para pihak yang terlibat. Jika tidak berhati-hati dalam bertindak, mereka rentan terhadap tuntutan dan gugatan hukum. Oleh karena itu, pemahaman mengenai prinsip etika dan hukum dalam profesi kedokteran sangat penting agar tuntutan dan gugatan tersebut dapat dihindari. Selama berabad-abad, hubungan antara dokter dan pasien tidak setara, dengan jarak sosial dan pendidikan yang jauh. Dokter berperan sangat paternalistik dan dominan, seolah-olah sebagai seorang ayah yang "tahu segalanya" (*father knows best*), atau bahkan berperilaku sok tahu terhadap pasien yang berada dalam posisi ketergantungan, dianggap "tidak tahu apa-apa" atau dianggap "tidak perlu tahu apa-apa" tentang dirinya. Akar tradisi ini dapat ditelusuri pada ajaran Hippokrates yang menyatakan bahwa dokter melakukan tindakan yang dianggap baik bagi pasien dan tidak akan menyebabkan kerugian. Secara moral, dokter bertanggung jawab atas tindakannya tersebut. Konsepsi yang agung terhadap ajaran Hippokrates dan nilai-nilai etis dalam sumpah dokter yang juga berasal darinya membuat tidak ada yang berani atau dianggap berhak dan mampu "mencampuri" dan mengatur pekerjaan dokter.

Asas-etika tradisional yang paling mendasar dan masih berlaku hingga saat ini adalah *asas beneficence*, di mana dokter bertujuan untuk melakukan kebaikan atau kebajikan terhadap pasien, dan *asas non-maleficence*, yaitu dokter tidak akan menyebabkan kerugian pada pasien. Beberapa asas-etika lainnya adalah "turunan" atau terkait dengan salah satu asas atau prinsip moral dasar. Namun, "dokter juga manusia" yang tidak luput dari kelemahan dan godaan. Dari pengalaman, diketahui bahwa terdapat banyak kasus pelanggaran moral dan etika dalam hubungan dokter-

pasien tersebut.

Etika kedokteran mengartikan prinsip-prinsip etika menjadi ketentuan pragmatis yang berisi hal-hal yang diperbolehkan dan yang harus dihindari. Aturan etika ini disusun oleh asosiasi atau perkumpulan profesi sebagai panduan perilaku bagi anggota profesi tersebut, dan umumnya disebut sebagai kode etik. Istilah "kode" berasal dari kata Latin "codex", yang merujuk pada buku atau sesuatu yang tertulis, atau kumpulan prinsip atau aturan. Dalam pengertian ini, Kode Etik Kedokteran dapat diartikan sebagai kumpulan tertulis mengenai peraturan-peraturan etika yang memuat petunjuk (apa yang boleh dilakukan) dan larangan (apa yang harus dihindari) sebagai panduan pragmatis bagi dokter dalam menjalankan profesinya. Dengan kata lain, Kode Etik Kedokteran dapat disebut sebagai buku yang memuat aturan-aturan etika bagi dokter. Istilah "etik" mengacu pada adat kebiasaan, namun karena telah menjadi istilah umum di mana etik diartikan sebagai adat kebiasaan yang "baik, patut, dan semestinya", maka pengertian ini yang umum digunakan.

Soenarto (1997, dalam Samil, 2001) menyampaikan bahwa bioetika kedokteran (medical bioethics) adalah aspek moral dalam ilmu kedokteran (practice of moral medicine). Saat ini, istilah "bioetika dan humaniora kesehatan" atau "health bioethics and humanities" juga sering digunakan. Humaniora medik (medical humanities) mencakup aspek kemanusiaan dalam ilmu kedokteran (practice of humane medicine). Diketahui bahwa ilmu kedokteran, moral, dan kemanusiaan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Etika kedokteran, atau yang lebih dikenal sebagai bioetika saat ini, telah dikenal sejak berabad-abad yang lalu. Ia selalu dibahas, diperdebatkan, dan dikembangkan agar profesi kedokteran selalu siap menghadapi tantangan zaman.

Dasar-dasar bioetika adalah etika tradisional, di mana asas-etika tradisional tersebut meliputi asas beneficence (memberikan manfaat) dan non-maleficence (mencegah kerugian).

Etika terdiri dari dua jenis, yaitu etika umum dan etika khusus. Etika umum membahas kondisi dasar tentang bagaimana manusia bertindak dalam mengambil keputusan etis. Penilaiannya didasarkan pada prinsip moral, yaitu baik dan buruk. Sementara itu, etika khusus merupakan penerapan prinsip-prinsip dasar dalam bidang khusus atau dikenal sebagai etika terapan, seperti etika kedokteran, etika kefarmasian, etika keperawatan, dan lain-lain. Seseorang dianggap bahagia jika ia memiliki seluruh tatanan moral. Tatanan moral ini dapat dijelaskan sebagai berikut: pertama, logika, yang didasarkan pada pikiran dengan tujuan kebenaran, nilai benar-salah, dan hasilnya ilmu pengetahuan. Manusia terdiri dari jiwa dan tubuh. Secara filsafat, jiwa terdiri dari akal (intellect), perasaan (emotion), dan kehendak (will). Ini adalah yang membedakan manusia dari makhluk hidup lainnya. Akal berusaha mencapai kebenaran yang paling dalam (the truth), dan dari sinilah akal manusia terus berkembang dalam ilmu pengetahuan dan teknologi. Kedua, etika, yang didasarkan pada kehendak dengan tujuan kebaikan, nilai baik-buruk, dan hasilnya keserasian. Unsur "kehendak" selalu mencapai kebaikan (goodness) dalam tata kehidupan. Ketiga, etiket (etiquette), yang didasarkan pada kehormatan, dengan nilai sopan-tidak sopan, dan hasilnya tata krama. Keempat, estetika, yang didasarkan pada perasaan (feeling), dengan tujuan keindahan, dan hasilnya adalah seni (art). Unsur "rasa" manusia selalu mencari keindahan yang paling dalam (the beauty), dan dari sinilah berkembang rasa estetika manusia.

Dalam kenyataannya, unsur akal, perasaan, dan kehendak saling mendukung dan saling mempengaruhi dalam setiap tindakan manusia. Meskipun etika mempelajari manusia sebagai objek material, objek formal yang dipelajari adalah tindakan atau perilaku manusia. Oleh karena itu, etika tidak dapat dipisahkan dari istilah lain yang mirip, seperti adab, akhlak, susila, etiket, dan moral.

3. Gaya Manajemen/ Kepemimpinan Di Masa Pandemi

Pada masa pandemi gaya kepemimpinan yang sesuai digunakan adalah teori kepemimpinan kontijensi. Teori kontingensi menganggap bahwa kepemimpinan adalah suatu proses di mana kemampuan seorang pemimpin untuk melakukan pengaruhnya tergantung dengan situasi tugas kelompok (group task situation) dan tingkat- tingkat daripada gaya kepemimpinannya, kepribadiannya dan pendekatannya yang sesuai dengan kelompoknya. Dengan perkataan lain, menurut Fiedler, seorang menjadi pemimpin bukan karena sifat-sifat daripada kepribadiannya, tetapi karena berbagai faktor situasi dan adanya interaksi antara Pemimpin dan situasinya.

Model kontingency dari kepemimpinan yang efektif dikembangkan oleh Fiedler (1967). Menurut model ini, maka the performance of the group is contingen upon both the motivasional system of the leader and the degree to which the leader has control and influence in a particular situation, the situational favorableness (Fiedler, 1974:73). Teori atau model kontingensi (Fiedler, 1967) sering disebut teori situasional karena teori ini mengemukakan kepemimpinan yang tergantung pada situasi. Model atau teori kontingensi Fiedler melihat bahwa kelompok efektif tergantung pada kecocokan antara gaya pemimpin yang berinteraksi dengan subordinatnya sehingga situasi menjadi pengendali dan berpengaruh terhadap pemimpin.

Kepemimpinan tidak akan terjadi dalam satu kevakuman sosial atau lingkungan. Para pemimpin mencoba melakukan pengaruhnya kepada anggota kelompok dalam kaitannya dengan situasi-situasi yang spesifik. Dengan perkataan lain, tinggi rendahnya prestasi kerja satu kelompok dipengaruhi oleh sistem motivasi dari pemimpin dan sejauh mana pemimpin dapat mengendalikan dan mempengaruhi suatu situasi tertentu atau dapat dikatakan model tersebut beranggapan bahwa kontribusi pemimpin terhadap efektifitas kinerja kelompok tergantung pada cara atau gaya

kepemimpinan (leadership style) dan kesesuaian situasi (the favourableness of the situation) yang dihadapinya.

4. Fiedler tentang Kepimpinan Sitasional

Karena situasi dapat sangat bervariasi sepanjang dimensi yang berbeda, oleh karenanya hanya masuk akal untuk memperkirakan bahwa tidak ada satu gaya atau pendekatan kepemimpinan yang akan selalu terbaik. Namun, sebagaimana telah kita pahami bahwa strategi yang paling efektif mungkin akan bervariasi dari satu situasi ke situasi lainnya. Penerimaan kenyataan dasar ini melandasi teori tentang efektifitas pemimpin yang dikembangkan oleh Fiedler, yang menerangkan teorinya sebagai Contingency Approach. Asumsi sentral teori ini adalah bahwa kontribusi seorang pemimpin kepada kesuksesan kinerja oleh kelompoknya adalah ditentukan oleh kedua hal yakni karakteristik pemimpin dan oleh berbagai variasi kondisi dan situasi. Untuk dapat memahami secara lengkap efektifitas pemimpin, kedua hal tersebut harus dipertimbangkan.

Teori kontingensi melihat pada aspek situasi dari kepemimpinan (organization context). Fiedler mengatakan bahwa ada 2 tipe variabel kepemimpinan: *Leader Orientation* dan *Situation Favorability*. *Leader Orientation* merupakan pilihan yang dilakukan pemimpin pada suatu organisasi berorientasi pada hubungan antar individu (*relationship*) atau berorientasi pada tugas (*task*). *Leader Orientation* diketahui dari Skala *semantic differential* dari rekan yang paling tidak disenangi dalam organisasi (Least preferred coworker = LPC). LPC tinggi jika pemimpin tidak menyenangi rekan kerja, sedangkan LPC yang rendah menunjukkan pemimpin yang siap menerima rekan kerja untuk bekerja sama. Skor LPC yang tinggi menunjukkan bahwa pemimpin berorientasi pada *relationship*, sebaliknya skor LPC yang rendah menunjukkan bahwa pemimpin berorientasi

pada tugas. Fiedler memprediksi bahwa para pemimpin dengan Low LPC yakni mereka yang mengutamakan orientasi pada tugas, akan lebih efektif dibanding para pemimpin yang High LPC, yakni mereka yang mengutamakan orientasi kepada orang atau hubungan baik dengan orang apabila kontrol situasinya sangat rendah ataupun sangat tinggi. Sebaliknya para pemimpin dengan High LPC akan lebih efektif dibanding pemimpin dengan Low LPC apabila kontrol situasinya moderat. Hubungan antara LPC pemimpin dan efektivitas tergantung pada sebuah variabel situasional yang rumit disebut “keuntungan situasional” atau “situational favorability” atau “kendali situasi”.

Fiedler mendefinisikan kesukaan sebagai batasan dimana situasi memberikan kendali kepada seorang pemimpin atas para bawahan. Situation favorability adalah tolak ukur sejauh mana pemimpin tersebut dapat mengendalikan suatu situasi, yang ditentukan oleh 3 variabel situasi. Tiga aspek situasi yang dipertimbangkan meliputi:

1. *Hubungan pemimpin-anggota*: Adalah batasan di mana pemimpin memiliki dukungan dan kesetiaan dari para bawahan, pemimpin mempengaruhi kelompok dan kondisi di mana ia dapat melakukan begitu. Seorang pemimpin yang diterima oleh anggota kelompok adalah dalam situasi yang lebih menguntungkan daripada orang yang tidak. Hubungan Pemimpin-Anggota, mengacu pada tingkat saling percaya, menghormati dan percaya diri antara pemimpin dan bawahan. Ketika hubungan pemimpin-anggota dalam kelompok buruk, pemimpin harus mengalihkan fokus dari tugas kelompok untuk mengatur perilaku dan konflik dalam kelompok. (Forsyth, 2006).
2. *Posisi kekuasaan* : Batasan di mana pemimpin memiliki kewenangan untuk mengevaluasi kinerja bawahan dan memberikan penghargaan serta hukuman. (Forsyth, 2006).

3. *Struktur tugas*: Batasan di mana terdapat standar prosedur operasi untuk menyelesaikan tugas, sebuah gambaran rinci dari produk atau jasa yang telah jadi, dan indikator objektif mengenai seberapa baiknya tugas itu dilaksanakan. Struktur Tugas, mengacu pada sejauh mana tugas kelompok jelas dan terstruktur. Ketika struktur tugas rendah (tidak terstruktur), tugas kelompok bersifat ambigu, tanpa solusi yang jelas atau pendekatan yang tepat untuk menyelesaikan tujuan. Sebaliknya, ketika struktur tugas tinggi (terstruktur), tujuan kelompok jelas, tidak ambigu dan lugas: anggota memiliki gagasan yang jelas tentang cara mendekati dan mencapai tujuan (Forsyth, 2006).

Berdasarkan ketiga variabel ini Fiedler menyusun delapan macam situasi kelompok yang berbeda derajat keuntungannya bagi pemimpin. Situasi dengan derajat keuntungan yang tinggi misalnya adalah situasi dimana hubungan pemimpin-anggota baik, struktur tugas tinggi, dan kekuasaan kedudukan besar. Situasi yang paling tidak menguntungkan adalah situasi dimana hubungan pemimpin-anggota tidak baik, struktur tugas rendah dan kekuasaan kedudukan sedikit.

Keuntungan ditentukan dengan memberikan bobot dan mengkombinasikan ketiga aspek situasi tersebut. Prosedur pemberian bobot mengasumsikan bahwa hubungan pemimpin-anggota lebih penting daripada struktur tugas, yang pada akhirnya adalah lebih penting daripada kekuasaan posisi. Keterangan:

1. Situasi Menguntungkan

Situasi akan menguntungkan bagi pemimpin, jika:

- Pemimpinnya secara umum diterima dan dihormati pengikutnya (dimensi tertinggi pertama),
- Tugas sangat terstruktur dan semuanya dijelaskan secara gamblang (dimensi kedua tertinggi)

- Otoritas dan wewenang secara formal dihubungkan dengan posisi pemimpin (dimensi ketiga tertinggi). Jika yang terjadi sebaliknya (ketiga dimensi dalam keadaan rendah), situasi akan sangat tidak menguntungkan bagi pemimpin.

2. Memberi Bobot Situasi

Keuntungan ditentukan dengan memberikan bobot ketiga aspek situasi

- Prosedur pemberian bobot mengasumsikan bahwa hubungan pemimpin- anggota lebih penting daripada struktur tugas, yang akhirnya struktur tugas adalah lebih penting daripada kekuasaan posisi.
- Kemungkinan kombinasi memberikan delapan tingkatan situasi keuntungan, yang disebut “oktan”

3. Kesesuaian Situasi dan Gaya

Kepemimpinan Fiedler menyatakan bahwa dalam situasi sangat menguntungkan (oktan 1,2 dan 3) dan sangat tidak menguntungkan (oktan 7 dan 8) gaya kepemimpinan yang berorientasi tugas adalah sangat efektif. Ketika situasi moderat antara menyenangkan dan sangat tidak menyenangkan (oktan 4,5, dan 6) maka gaya kepemimpinan yang menekankan pada hubungan akan sangat efektif.

Tabel 2.5 Teori Kontingensi Fiedler

Situation	Leader/Member Relations	Task Structure	Leader Position Power
1	Good	Structured	Strong
2	Good	Structured	Weak
3	Good	Unstructured	Strong
4	Good	Unstructured	Weak
5	Poor	Structured	Strong
6	Poor	Structured	Weak
7	Poor	Unstructured	Strong
8	Poor	Unstructured	Weak

4. Walter Benjamin tentang Kepemimpinan di Masa Krisis

Jargon krisis telah menjadi endemik dalam modernitas. Baik dalam versi radikal maupun afirmatif, gagasan bahwa 'krisis' menawarkan 'peluang', sesuai dengan makna krisis sebagai 'keputusan', tersebar luas. Benjamin mempertanyakan hubungan antara modernitas dan krisis, pertama dengan menyoroti bagaimana modernitas itu sendiri telah dilemparkan sebagai 'krisis': pertama sebagai krisis tradisi, kemudian sebagai krisis modernitas itu sendiri. Walter Benjamin, mempertimbangkan 'krisis' sebagai apa yang disebut Benjamin sebagai 'gambar harapan', sebuah gambar yang mengandung cita-cita utopis yang tersembunyi. Dalam menyebut 'krisis', konsep modernitas sebagai kejutan, yang diangkat ke tingkat kolektif, menjadi jelas. Jargon krisis dengan demikian tetap terikat pada apa yang disebut Benjamin sebagai konsepsi mitis tentang sejarah.

Benjamin melihat krisis jauh lebih dalam daripada tingkat ekonomi. Hubungan dekat

terlempar ke dalam krisis oleh 'kejelasan yang menusuk' yang dilemparkan pada mereka oleh krisis. Sentralitas uang mengganggu hubungan, merusak 'kepercayaan, ketenangan, dan kesehatan'. Itu merusak keramahan. (Benjamin menambahkan bahwa hidup bersama, seperti makan, penting untuk menjaga keramahtamahan). Demikian pula, 'kehangatan surut' dari objek sehari-hari, yang dengan lembut menolak kemelekatan dan memasang penghalang terhadap orang. Objek terasa seperti simbol kekayaan atau kemiskinan, dan tidak lebih. Pergerakan manusia terhambat dalam keberadaannya oleh dunia keras yang menawarkan perlawanan terhadap perkembangannya. Biaya perumahan dan transportasi menghancurkan perasaan kebebasan berdomisili. Pekerja menjadi bermuka masam dan tidak bersahabat, sebagai wakil dari bahan yang telah menjadi permusuhan. Alam juga tampaknya tak terkendali. Bahkan daerah perkotaan merasa seolah-olah berada di bawah kekuasaan kekuatan unsur.

Reaksi pribadi terhadap situasi ini memiliki efek atomisasi dan kompetitif. Masing-masing melihat krisis umum tetapi mencari pengecualian untuk bidang tindakannya sendiri. Karenanya ada perjuangan terus-menerus untuk menyelamatkan prestise daerah tertentu dari keruntuhan umum, daripada menolak situasi universal. Saat masing-masing mencoba untuk mendamaikan kelangsungan hidup zona tertentu dengan keruntuhan umum, orang terjebak dalam ilusi perspektif yang muncul dari sudut pandang yang terisolasi.

Bagi orang luar, temperamen nasional tampaknya menjadi biadab dan kejam dengan cara yang tidak bisa dipahami. Menurut Benjamin, penampilan ini – tidak terlihat oleh mereka yang berada dalam proses – terjadi karena orang sepenuhnya tunduk, pada 'keadaan, kemelaratan dan kebodohan', pada kekuatan kolektif. Rasa hak untuk hidup secara individu telah hilang. Orang-orang juga mengembangkan 'kebencian yang hingar-bingar terhadap kehidupan pikiran'. Mereka memusnahkannya dengan membentuk barisan, menghitung tubuh, dan maju.

Dalam menganalisis krisis antar perang di Jerman, Benjamin mengkritik tanggapan 'borjuis' yang melihat bencana dan ketidakstabilan jika terjadi perampasan. Sebaliknya, dia berpendapat bahwa fenomena penurunan itu sendiri stabil. Orang-orang merasa bahwa 'hal-hal tidak dapat berlangsung seperti ini' hanya karena mereka terpengaruh secara subyektif, mendapat manfaat dari situasi sebelumnya. (Ini agak berbeda dengan bencana permanen yang dia teorikan dalam tesisnya tentang sejarah). Benjamin meminta pembaca kontempornya untuk mengarahkan pandangan mereka ke 'peristiwa luar biasa di mana hanya ada keselamatan sekarang'. Dia percaya perhatian yang cukup intens seperti ini bisa menghasilkan keajaiban.

Krisis ini sebagian datang dari kemenangan borjuasi. Gagasan perang kelas, klaim Benjamin, menyesatkan. Memang ada perjuangan, tapi tidak ada yang bisa menang. Kaum borjuis tetap terkutuk apakah ia kalah atau tidak. Pertanyaannya adalah apakah borjuasi akan menghancurkan diri sendiri atau digulingkan – dan karenanya, apakah perkembangan budaya selama ribuan tahun dapat dilanjutkan. Jika borjuasi tidak dikalahkan sebelum suatu titik tertentu dari perkembangan teknologi, semuanya akan hilang. Seorang pembaca kontemporer mungkin bertanya-tanya apakah poin ini telah dilewati, seperti poin di Baudrillard di mana sejarah hilang; atau apakah, mungkin, permulaan perubahan iklim adalah titik akhir yang tertunda.

Pada tingkat yang lebih dalam, Benjamin berteori semacam keterasingan ekologis. Masyarakat manusia telah merosot ke titik di mana ia dengan rakus menggenggam anugerah alam. Akibatnya, bumi menjadi miskin dan tidak subur. 'Poros pengorbanan' yang digali ke Bumi Pertiwi mengungkapkan hubungan kolektif yang berkelanjutan dengan kosmos. Namun hubungan ini telah kehilangan arah. Penguasaan telah menjadi tujuan tersendiri. Teknologi seharusnya bukan penguasaan alam, tetapi hubungan antara manusia dan alam. Hubungan ini harus substantif, gembira dan kreatif. Substansi hidup harus sekali lagi menaklukkan hiruk pikuk kehancuran.

Krisis juga berdampak membuat konstruksi sosial menjadi tidak biasa terlihat. Sama seperti pengeboman menelanjangi fondasi bangunan, demikian pula krisis menelanjangi dasar tak sadar atau kebiasaan di mana kehidupan dibangun. Orang biasanya menjalani hidup, meninggalkan ketidaksadaran mereka dan pertanyaan hidup mereka seperti dedaunan.

Kemiskinan misalnya terlihat memalukan dalam fenomena seperti mengemis. Pengalamannya diperburuk dengan dibagikan secara luas, sehingga tidak dapat bertahan dalam isolasi. Benjamin mencela meningkatnya permusuhan terhadap pengemis, membandingkannya dengan posisi terhormat mereka di vario

Dalam buku "*Prolog Epistemo-Critical*", Benjamin menganjurkan metode yang tidak memiliki 'struktur tujuan yang tidak terputus', bergantung pada "penyimpangan" (catatan peneliti, penyimpangan etik dapat dikategorikan secara filosofi dengan makna Benjamin), dan terus-menerus memikirkan kembali permulaan baru dengan kembali ke tujuannya 'dengan cara memutar' (Sahraoui and Sauter, 2018). Pendapat Benjamin seperti mozaik, tersusun dari 'fragmen-fragmen pemikiran' yang secara tidak langsung terkait dengan tema penuntun. Menurut Benjamin, sains adalah akumulasi klaim pengetahuan. Oleh karena itu tujuannya adalah analisis, bukan representasi (dalam arti sepenuhnya 'mimetis') (Ferris, 2008). Akumulasi pengetahuan ini berguna, tetapi Benjamin mengkritik mereka yang melihatnya memahami kebenaran. Kebenaran adalah kesatuan tak terpisahkan yang tidak dapat dipahami melalui akumulasi pengetahuan. Sebaliknya, sains itu sendiri membutuhkan inspirasi filosofis agar tampak valid. Ini adalah proses menghasilkan 'konsep', yang mengelompokkan fenomena bersama.

Teori induktif cenderung diliputi oleh skeptisisme, bahkan ketika mereka menyadari perlunya sistematisasi. Pendekatan deduktif juga dikritik, karena mereka menganggap sebuah kontinum logis di antara ide-ide. Menurut Benjamin, setiap ide adalah 'asli' dan ide pada umumnya

adalah multiplisitas. Pengalaman 'kebenaran', berbeda dengan akumulasi pengetahuan, hampir merupakan pengalaman mistis. Itu adalah sesuatu di mana seseorang benar-benar tenggelam, kehilangan niat. Ini mengingatkan pada citra waktu Deleuze dan kisah mistik tentang keadaan meditatif, seperti kesurupan. Pengalaman kebenaran terjadi di lapangan yang terdiri dari ide-ide. Gagasan tidak sama dengan konsep, yang mengelompokkan fenomena. Sebaliknya, sebuah ide membawa fungsi simbolik ke dalam bahasa. Orang mungkin menganggap gagasan Benjamin sebagai penggunaan bahasa yang ekspresif, menciptakan zona makna daripada berkomunikasi. Dunia yang dapat dipahami bergantung pada ide-ide murni, yang jauh satu sama lain dan ada dalam hubungan yang harmonis. Persepsi hubungan ini adalah apa yang disebut 'kebenaran'.

Filsafat, berbeda dengan sains, adalah tentang representasi. Karena itu salah untuk menempatkannya terlalu dekat dengan sains. Tujuan utama filsafat adalah mengembalikan keunggulan aspek simbolik bahasa. Seni, sementara itu, adalah tentang ekspresi, bukan intuisi. Filsafat harus memiliki postulat metodenya sendiri. Ini harus mencari interupsi bukannya deduksi, kegigihan bukan gerakan tunggal, pengulangan tema bukan 'universalisme dangkal', dan kepenuhan afirmatif bukan polemik. Salah satu efek dari postulat tersebut adalah penghindaran terminologi teknis. Kata-kata yang diperdebatkan oleh para filsuf dianggap sebagai gagasan dalam arti penuh. Sejarah filsafat adalah sejarah konfigurasi yang berbeda dan penjajaran ide. Filsafat berurusan dengan 'alam ide'. Fenomena dan objek masuk ke alam ide hanya sebagian, melalui esensinya. (Sebuah fenomena, secara harfiah kejadian yang dapat diamati, mengacu pada filsafat pada hal-hal empiris, objek, peristiwa, makhluk, dan sebagainya). Tujuan dari metode ini adalah untuk mencapai esensi atau kebenaran yang tidak dapat dicapai oleh argumen langsung. Kebenaran tidak pernah identik dengan objek pengetahuan. Kebenaran harus direfleksikan, dan memiliki kesatuan inheren pada tingkat esensinya. Fenomena ditebus melalui ide. Gagasan, pada bagiannya,

perlu direpresentasikan dalam dunia fenomena. Fenomena tidak tergabung dalam ide. Sebaliknya, ide adalah virtual. Mereka adalah pengaturan fenomena yang objektif dan virtual. Pada saat yang sama, mereka termasuk dalam dua dunia yang berbeda dan tidak dapat dibandingkan. Gagasan mewakili fenomena dalam hal sesuatu yang secara radikal berbeda. 'Ide adalah untuk objek seperti konstelasi untuk bintang'. Fenomena membatasi bagaimana mereka dapat diwakili oleh ide-ide. Tetapi ide diperlukan untuk membangun hubungan antar fenomena secara simbolis.

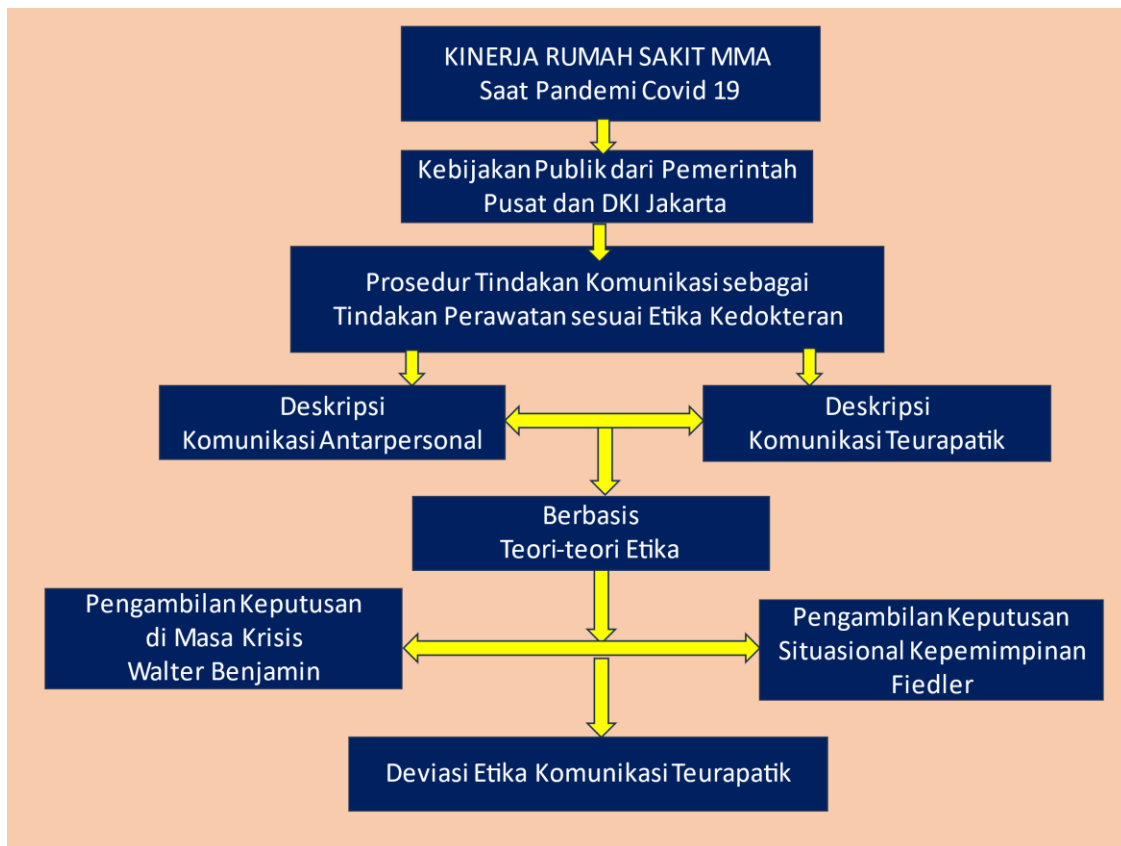
Peran utama dari ide ini adalah untuk mewakili konteks di mana fenomena - terutama kasus ekstrim mereka, dan paling jitu - hidup berdampingan dan berinteraksi. Gagasan tidak jelas kecuali jika fenomena benar-benar 'berkumpul di sekelilingnya'. Sebagaimana fenomena membutuhkan keselamatan, demikian pula ide membutuhkan representasi – ekspresinya dalam fenomena.

Dari pendapat Benjamin di atas dapat disimpulkan bahwa dalam situasi dan kondisi individu atau organisasi menghadapi situasi krisis maka Benjamin menganjurkan metode yang tidak memiliki 'struktur tujuan yang tidak terputus', bergantung pada “penyimpangan”. Artinya, fenomena penyimpangan dapat dijadikan sebagai petunjuk untuk memecahkan masalah di saat krisis. Peneliti sepakat dengan pendapat t Benjamin, bahwa sains adalah akumulasi klaim pengetahuan. Bahwa kebenaran adalah kesatuan tak terpisahkan yang tidak dapat dipahami melalui akumulasi pengetahuan. Bahwa, pengalaman 'kebenaran' itu terjadi di lapangan yang terdiri dari ide-ide, termasuk gagasan “out of box” dalam pengambilan keputusan.

2.8 Kerangka Konseptual Penelitian

Secara umum, krisis kesehatan akibat wabah Covid19 terjadi karena kemunculannya secara tiba-tiba, cepat dan sejak awal diremehkan oleh otoritas pemerintah sehingga menimbulkan konsekuensi secara langsung bagi lembaga pelayanan kesehatan baik otoritas kesehatan yakni

Kementerian hingga Dinas Kesehatan di Provinsi-Kota/Kabupaten, Rumah Sakit negeri maupun Rumah Sakit swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dalam jumlah yang begitu besar dan panik. Dalam hal ini peneliti melihat krisis kesehatan akibat Covid-19 tidak saja menimbulkan krisis komunikasi yang bersifat ke luar organisasi, justru dalam kondisi tersebut menjadi tantangan utama bagi organisasi Rumah Sakit yang memiliki kewajiban mematuhi etika dan hukum Kesehatan, sehingga hal ini menjadi persoalan yang mendesak untuk diselesaikan sebelum memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam kondisi krisis tersebut dibutuhkan peran besar pemimpin sebagai pihak yang mengambil keputusan sekaligus sebagai komunikator bagi pemangku kepentingan (stakeholder) internal dan eksternal. Hal ini dapat digambarkan dalam kerangka konseptual penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Paradigma Penelitian

3.1.1 Pengertian Paradigma

Thomas Kuhn (1962, 1996) dalam Liliweri (2018) mendefinisikan paradigma sebagai "pencapaian ilmiah yang diakui secara universal yang, untuk sementara waktu, memberikan model masalah model solusi bagi komunitas peneliti". Sebuah paradigma menggambarkan;

- 1) Apa yang harus diamati dan diteliti
- 2) Jenis pertanyaan yang seharusnya diminta dan diperiksa untuk jawaban sehubungan dengan suatu subjek tertentu.
- 3) Bagaimana pertanyaan-pertanyaan harus disusun.
- 4) Bagaimana hasil investigasi ilmiah harus ditafsirkan.

1. Apa yang harus diamati dan diteliti

- 1) Situasi dan kondisi pandemic Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.
- 2) Tindakan medis, termasuk komunikasi terapatik, sebagai tindakan komunikasi oleh para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.
- 3) Faktor-faktor yang berpotensi mempengaruhi deviasi tindakan komunikasi para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19

- periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.
- 4) Beberapa jenis penyimpangan etika komunikasi, termasuk etika komunikasi terapatik, dalam tindakan komunikasi para dokter dan NAKES pada RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta dalam pelayanan Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 yang dilayani oleh RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.
 - 5) Respons dokter dan NAKES terhadap kebijakan public pemerintah pusat dan Pemda DKI Jakarta tentang tata kelola, RS Menteng Mitra Afira, layanan dokter dan NAKES selama pandemic Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 di RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.
 - 6) Respons manajemen, organisasi, pemimpin RS Menteng Mitra Afira, terhadap kebijakan tata kelola layanan selama masa pandemic Covid 19 periode Maret 2020 – Januari 2021 di RS Menteng Mitra Afira, DKI Jakarta.

2. Jenis pertanyaan yang seharusnya diminta dan diperiksa untuk jawaban sehubungan dengan suatu subjek tertentu;

- 1) Pertanyaan tentang data-data dasar, sarana dan prasarana RS, SDM RS, yang berkaitan dengan situasi dan kondisi RS Menteng Mitra Afira sebelum dan selama berlangsungnya pandemic Covid 19.
- 2) Pertanyaan terbuka, untuk memperoleh data sekunder, berupa wawancara sebagai respons untuk memenuhi data-data primer tentang layanan RS, tindakan medis sebagai tindakan komunikasi, respons terhadap kebijakan public dan kepemimpinan RS dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan situasi krisis selama pandemic.

3. Bagaimana pertanyaan-pertanyaan harus disusun

- 1) Pertanyaan tentang pengisian data dari pengamatan.
- 2) Pertanyaan terbuka untuk memperoleh respons verbal.

4. Bagaimana hasil investigasi ilmiah harus ditafsirkan

- 1) Hasil investigasi akan dibahas dengan memperhatikan hubungan dan pengaruh dari riset-riset terdahulu, teori-teori yang digunakan sebagai acuan dalam penelitian ini, wawancara dengan informan.

3.1.2 Penelitian Berbasis Paradigma Kritis

1. Hakikat Paradigma Penelitian Kritis

Ada beberapa jenis paradigma penelitian, antara lain: (1) positivism, (2) interpretivisme; (3) konstruktivisme; (4) pragmatism; dan (5) paradigma teori kritis. Penelitian ini menggunakan paradigma kritis. Peneliti memilih menggunakan paradigma penelitian kritis. Menurut Robert M. Seiler, dalam buku; 'Human Communication in the Critical Theory Tradition' (Liliweri, 2018) memaksudkan 'kritik' sebagai penerapan prinsip-prinsip atau nilai-nilai yang membuat penilaian 'radikal' yang bertujuan membawa perubahan positif. Kritik datang dalam berbagai bentuk, misalnya, kritik retori yang dengan hati-hati memeriksa dan menilai kualitas wacana (Liliweri, 2018). Subjek kritik adalah ilmu sosial kritis, yang dikritik adalah struktur sosial dasar yang mempengaruhi "kerja sosial" suatu organisasi atau komunitas (Littlejohn, 1992).

Ada beberapa fitur paradigma penelitian kritis (Liliweri, 2018) berikut yang dapat menginformasikan semua varietas ilmu sosial kritis:

- 1) Peneliti sebagai seorang ilmuwan sosial kritis yakin bahwa dibutuhkan pemahaman terhadap pengalaman hidup yang nyata dalam konteks tertentu, konteks pandemi.

- 2) Paradigma penelitian kritis memeriksa kondisi sosial untuk mengungkap struktur tersembunyi. Paradigma kritis juga mengajarkan bahwa pengetahuan adalah kekuatan. Ini berarti bahwa dengan memahami cara seseorang atau sekelompok mengalami krisis maka memungkinkan seseorang untuk mengambil tindakan mengubah kekuatan yang berpengaruh.
- 3) Ilmu sosial kritis, dengan paradigma penelitian kritis, membuat usaha sadar untuk memadukan teori dan tindakan, yang dalam penelitian ini dibahas dalam Bab 4.
- 4) Paradigma penelitian kritis demikian normative, yang juga melayani dengan cara membawa perubahan dalam kondisi sedemikian rupa sehingga dapat mempengaruhi kehidupan kita.
- 5) Singkat kata, analisis berbasis paradigma kritis yang bekerja dalam tradisi teori kritis akan menyesuaikan diri dengan kepentingan para ilmuwan teori kritis yang menentang tatanan masyarakat yang dominan. Paling tidak dengan mengajukan pertanyaan tentang bagaimana benturan kepentingan bersaing dan cara penyelesaian konflik berpihak pada kelompok tertentu.

2. Asumsi Paradigma Kritis

Asumsi paradigma penelitian kritis, (Liliweri, 2018) antara lain;

- 1) Para teoretisi kritis menandai *linguistic turn* (terkait dengan pandangan Wittgenstein) sebagai momen dalam sejarah di mana kita bisa mulai melihat bagaimana realitas kita secara interaktif dikonstruksi melalui bahasa. Sistem konseptual kita dan bagaimana keadaan kita itu didefinisikan oleh masyarakat, tentu saja semuanya tercipta melalui bahasa, karena bahasa memandu setiap orang untuk membatasi proses pengamatan, apalagi stabilitas sistem bahasa menghasilkan stabilitas realitas bersama.

- 2) Teori kritis yakin bahwa kontroversi penelitian subjektif-obyektif itu bermasalah. Label subjektif-obyektif dikonstruksi secara sosial, bukan berdasarkan fakta alami. Para teoretikus kritis telah menunjukkan bahwa praktik 'obyektif' adalah praktik yang terbukti paling subjektif.
- 3) Para peneliti teori kritis mengkritik klaim penelitian positif (positivism) lebih obyektif karena mengadopsi prinsip-prinsip ilmu-ilmu alam; mereka juga mengkritik klaim ilmu interpretif bahwa asosiasi dalam penelitian positivism kurang positif dan bersifat subjektif. Menurut teori kritis, perbedaan subjektivitas objektivitas sebenarnya merupakan artefak dari sistem yang didefinisikan, apalagi sebelumnya para ahli dan peneliti telah memberikan hak istimewa dengan label 'obyektif' pada ilmu alam, pada hal label ini hanya merupakan konstruksi linguistik.
- 4) Perbedaan subjek-objek memberi perlindungan identitas dan hak istimewa untuk kelompok yang kuat, baik di kalangan akademi maupun dalam pelbagai organisasi lain. Hal ini telah menimbulkan kepercayaan yang menyesatkan tentang hubungan yang diduga antara penelitian kualitatif dan kuantitatif.
- 5) Jika kita menghilangkan dualisme subjek-objek maka kita akan melihat bahwa objek dalam metode penelitian kuantitatif dan kualitatif secara sosial telah dibagi, diproduksi secara historis ada di dalam semua kelompok sosial.

Penelitian paradigma kritis mencoba untuk membebaskan orang dengan mengubah pengaturan sosial, politik, dan budaya mereka. Ini berkaitan "dengan pertanyaan tentang kekuasaan, kontrol, dan epistemologi sebagai konstruksi sosial dengan manfaat bagi sebagian orang tertentu, dan bukan untuk yang lain" (Muffoletto, 1993). Penelitian dalam paradigma ini menganjurkan perubahan struktur masyarakat, yang bertujuan untuk mencapai kepraktisan

(Alwan, 2007; Crotty, 2003; Pring, 2000). Selain itu Habermas menjamin kebebasan kolektif dan transformasi sosial (Cohen et al., 2007). (Liliweri, 2018).

3.1.3 Asumsi Filosofi Penelitian Paradigma Kritis

1. Ontologi

Asumsi ontologis dimulai dengan pertanyaan “what is the nature of reality?” (Liliweri, 2018). Dalam pandangan teori kritis, ilmu sosial berbeda dengan ilmu alam, karena generalisasi peneliti tidak dapat dengan mudah dibuat dari apa yang disebut pengalaman, karena pemahaman akan pengalaman itu dibuat oleh gagasan peneliti itu sendiri. Oleh karena itu, bagi Horkheimer, pendekatan untuk memahami ilmu sosial tidak bisa meniru ilmu pengetahuan alam begitu saja (Carr, 2000).

2. Epistemologi

Secara epistemologis, para peneliti teori kritis menekankan pentingnya hubungan interaktif antara peneliti dan yang diteliti serta dampak faktor sosial dan sejarah. Mertens (2008) dalam (Liliweri, 2018) berpendapat bahwa "interaksi antara peneliti dan peserta sangat penting dan memerlukan tingkat kepercayaan dan pemahaman agar secara akurat mewakili sudut pandang semua kelompok secara adil." Epistemologi dari paradigm kritis sering disebut juga sebagai epistemologi transaksional atau epistemology subjektivis yang dimodifikasi, artinya kita tidak dapat memisahkan diri dari apa yang kita ketahui karena keberadaan kita mempengaruhi penelitian. Apa yang bisa diketahui terkait erat dengan interaksi antara peneliti dengan objek atau kelompok tertentu.

3. Metodologi

Paradigma teori kritis adalah sebuah alternatif. Metodologinya sesuai dengan sifat penelitian naturalistik yang sesuai untuk ilmu sosial. Penyelidikan alam transaksional (dalam

paradigma teori kritis) memerlukan dialog dan interaksi antara peneliti dan fenomena penelitian. Guba dan Lincoln (Liliweri, 2018) mengatakan bahwa dialog harus bersifat dialektis untuk mengubah ketidaktahuan dan *misapprehension* menjadi kesadaran yang lebih tepat. Dalam metodologi teori kritis, tujuan penelitian semakin mendekati makna interaksi sosial dan kekuatan bermain yang tersirat dalam interaksi sosial [Jennings, 2000]. Untuk mencapai tujuan ini, peneliti kritis akan menggunakan metodologi kualitatif. Akibatnya, proses penelitian bersifat subjektif induktif dan bersifat dialogis dan dialektika

4. Retorika

Bahasa (retorika atau jargon) dari paradigma teori kritis didasarkan pada metodologinya. Metodologinya bersifat kualitatif dan induktif, sehingga metode yang digunakan oleh peneliti teori kritis, misalnya, observasi partisipan, wawancara mendalam, kelompok fokus, panel Delphic dan penyelidikan etnis asli untuk mengekspos tekanan atau penaklukan serta eksploitasi kelompok minoritas yang sedang dipelajari (Jennings, 2001).

Metode utama dalam teori kritis adalah analisis dialektika. Benson (1977) mengemukakan bahwa analisis dialektika berlangsung berdasarkan empat landasan pokok, atau prinsip (Liliweri, 2018), adalah:

- 1) Orang terus-menerus dalam proses membangun dan merekonstruksi konteks sosial.
- 2) Fenomena sosial perlu dipelajari secara rasional sebagai bagian dari totalitas atau keseluruhan lager yang memiliki banyak koneksi.
- 3) Pengaturan sosial adalah persis, konstruksi sosial dengan kemungkinan transformasi laten yang menjadi sadar melalui kontradiksi yang melekat dalam tatanan sosial tersebut.
- 4) Ada komitmen terhadap praksis, sambil menyadari batasan dan potensi pengaturan sosial sekarang (Zeitz 1980).

5. Aksiologi

Asumsi-asumsi aksiologis berkaitan dengan apa peran nilai? Kerja penelitian di bawah paradigma teori kritis tidak mungkin dilakukan tanpa interaksi yang erat antara peneliti dan subjek, karena tujuan utama penelitian dalam paradigma ini adalah untuk mempengaruhi perubahan kondisi dari subjek yang dipelajari. Dengan demikian nilai peneliti merupakan bagian penting dari proses penelitian karena keseluruhan prosesnya adalah tentang perubahan transformasi dari setting sosial yang dipelajari (Guba dan Lincoln 1994).

Tabel 3.1

Tabel Paradigma Kritis

Unsur Filosofi	Situasi dan kondisi yang ada kini	Yang diharapkan diperoleh dari penelitian ini
Ontologi (what is real?)	<ol style="list-style-type: none">1) Tindakan medis dari dokter selama pandemic Covid-192) Bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi3) Kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada dokter dan RS4) Respons kepemimpinan dan komunikasi pimpinan di masa krisis	<ol style="list-style-type: none">1) Tindakan terukur dari dokter dan paramedis selama pandemic atau KLB.2) Bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi dokter dan paramedis di masa krisis.3) Adanya kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada dokter yang terukur.4) Respons kepemimpinan dan komunikasi pimpinan di masa krisis
Epistemologi ((What is true?))	<ol style="list-style-type: none">1) Konsep dan teori tentang tindakan medis dari dokter.2) Standar etika dalam praktek kedokteran dan etika komunikasi.3) Konsep kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan demi keselamatan warga.4) Konsep dan teori kepemimpinan dan	<ol style="list-style-type: none">5) Konsep baru dan terukur tentang tindakan medis dari dokter.6) Konsep tentang standar etika dalam praktek kedokteran dan etika komunikasi.7) Konsep baru dan terukur tentang kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan demi keselamatan warga.

	komunikasi pimpinan di masa krisis	8) Konsep baru dan terukur tentang kepemimpinan dan komunikasi pimpinan di masa krisis
Aksiologi		<ol style="list-style-type: none"> 1) Menganalisis dan mendeskripsikan berbagai tindakan medis dalam situasi krisis 2) Mengkaji dan menjelaskan berbagai bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi 3) Menelaah kontroversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis 4) Mengaji respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis 5) Merumuskan model kebijakan publik yang dapat meminimalkan deviasi etika dalam tindakan medis pada pandemi atau Kejadian Luar Biasa di masa yang akan datang.
Metodologi	Pendekatan kualitatif dengan paradigma kritis melalui seluruh metode dan Teknik yang sesuai untuk mendapatkan, memperoleh data, membuat kategorisasi, dan menetapkan model	Pendekatan kualitatif dengan paradigma kritis melalui seluruh metode dan Teknik yang sesuai untuk mendapatkan, memperoleh data, membuat kategorisasi, dan menetapkan model bagi penanganan krisis KLB atau pandemic di masa yang akan datang.

3.2 Metode Penelitian Induktif

Penelitian induktif adalah metode penelitian yang dilakukan dengan menerapkan pendekatan atau penalaran dengan langkah berpikir yang bergerak dari pengamatan spesifik ke generalisasi dan teori yang lebih luas, sehingga secara informal pendekatan dalam riset ini disebut

sebagai pendekatan *bottom up*, yakni dari bawah ke atas.

Dalam penelitian ini, peneliti mengamati pelbagai data primer sebagaimana disebut di atas untuk kemudian dibahas lalu dikaitkan dengan penelitian terdahulu, teori dan konsep, tambahan dukungan wawancara dari para informan.

Penelitian induktif ini merupakan penelitian kualitatif, induksi dan studi kasus. Di mana dimulai dengan merupakan salah satu riset yang dimulai dengan pengamatan dan pengukuran khusus, mulai mendeteksi pola dan keteraturan, merumuskan beberapa hipotesis tentatif yang dapat kita eksplorasi, dan akhirnya mengembangkan beberapa kesimpulan atau teori dan konsep umum.

3.3 Metode Penentuan Informan

Subjek penelitian dalam penelitian kualitatif biasa disebut informan. Informan merupakan komponen utama yang memiliki kedudukan penting dalam penelitian, karena dari para informan inilah terdapat aspek-aspek yang menjadi kajian untuk diteliti. Informan dalam penelitian kualitatif menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu cara penentuan informan yang ditetapkan secara sengaja atas dasar kriteria atau pertimbangan tertentu.

Para informan untuk penelitian ini adalah;

No	Nama	Jabatan
1.	Prof. AP, SpF., SH., DFM	Informan Eksternal
2.	dr. AR, SpP	Dokter Spesialis Paru
3.	dr. Y, Sp.PK	Manager Penunjang Medis & Ketua Satgas Covid RS. M
4.	dr. LK, MARS	Manager Pelayanan Medis
5.	dr. A	Casemix
6.	Ibu. D	Kepala Bagian HRD
7.	Bapak. F	Marketing
8.	Ibu. U	Karu IGD
9.	Ibu. R	Rekam Medis
10.	Ibu. M	Laboratorium

3.4 Metode Pengumpulan Data

Data Primer Menurut Hasan (2002: 82) data primer ialah data yang diperoleh atau dikumpulkan langsung di lapangan oleh orang yang melakukan penelitian atau yang bersangkutan yang memerlukannya. Data primer di dapat dari sumber informan yaitu individu atau perseorangan seperti hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti.

- Data primer ini antara lain;
 - 1) Data-data dari RS
 - 2) Catatan hasil wawancara.
 - 3) Hasil observasi lapangan.
 - 4) Data-data mengenai informan.

- Data sekunder adalah;

Data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada (Hasan, 2002: 58). Data ini digunakan untuk mendukung informasi primer yang telah diperoleh yaitu dari bahan pustaka, literatur, penelitian terdahulu, buku, dan lain sebagainya.

3.5 Metode Analisis Data

Menurut Hasan (2002: 98) analisis kualitatif ialah analisis yang tidak menggunakan model matematika, model statistik dan model-model tertentu lainnya. Proses analisis yang digunakan dalam penelitian ini ialah dengan menggunakan model Miles dan Huberman dalam Prastowo (2012:242) yaitu melalui proses reduksi data, penyajian data, penarikan simpulan serta triangulasi.

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data yang telah diperoleh. Triangulasi dengan sumber yaitu teknik

pengecekan data yang dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber.

Dalam penelitian ini, berupa data yang telah diperoleh kemudian dideskripsikan, dikategorisasikan, mana pandangan yang sama, yang berbeda, dan mana spesifik dari data tiga sumber data tersebut. Data yang telah dianalisis tersebut akan menghasilkan suatu kesimpulan dan selanjutnya dimintakan kesepakatan dari sumber data yang diperoleh.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Menteng Mitra Afia sebelum Pandemi

4.1.1 Riwayat Singkat Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia berdiri pada tahun 1997 sebagai rumah sakit khusus neurologi dan psikiatri. Memiliki Visi memberikan pelayanan bermutu, terpercaya, di Jakarta Pusat tahun 2023 mengutamakan kepuasan yang terjangkau masyarakat dan mendapat barokah dari Allah SWT. Dengan Misi menerapkan sistem yang berkualitas, meningkatkan kompetensi kinerja SDM, membangun tata nilai dan budaya kerja yang fokus pada kepuasan pelanggan, meningkatkan sarana & prasarana untuk mendukung pelayanan yang bermutu. Tahun 1999 berubah menjadi rumah sakit umum dan berdasarkan Keputusan Izin Operasional Gubernur DKI Jakarta, Nomor: 2/2.5/31/-1.77/2017 ditetapkan sebagai rumah sakit dengan klasifikasi C. Juni 2019 untuk pertama kalinya telah dilakukan survei akreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan dinyatakan lulus dengan predikat madya (bintang tiga). Di bawah naungan PT. Menteng Mitra Afia, Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia terus mengembangkan dirinya. Sebagai salah satu rumah sakit swasta di pusat ibukota DKI Jakarta yang berlokasi di Jl. A.A Kali Pasir No.9, RT.14/RW.10, Kb. Sirih, Menteng, Kota Administrasi Jakarta Pusat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta – 10340. Luas tanah 3.015 m² dan luas bangunan 7.200 m². Status kepemilikan tanah merupakan tanah hak milik dengan bangunan yang didirikan dan digunakan untuk operasional pelayanan terdiri dari empat (4) lantai.

Pada tanggal 9 Februari 2017 Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia meningkatkan statusnya dari rumah sakit khusus menjadi rumah sakit umum dengan kapasitas 72 tempat tidur.

Sebagai rumah sakit kelas pratama atau tipe C yang memberikan pelayanan umum, gawat darurat dan spesialis. Pelayanan tersebut memiliki fasilitas ruang tunggu, ruang pendaftaran, mushola, kafetaria, dapur, laundry, dan kemampuan Pelayanan Medik Dasar (Primary Medical Care) dan Spesialis. Layanan poliklinik terdiri dari 13 spesialis antara lain Anak, Bedah, penyakit dalam, obstetri dan ginekologi, mata, saraf, gigi dan bedah mulut, rehab medik, paru, penyakit kulit kelamin, THT, kedokteran jiwa, dan gizi klinik. Layanan unggulan RSUD Menteng Mitra Afia yaitu spesialisasi mata dan hemodialisa.

Selain itu RSUD Menteng Mitra Afia juga melayani pasien jaminan asuransi perusahaan, sebanyak 30 asuransi konvensional sebagai afiliasi layanan asuransi kesehatan. Adapun media sosial facebook dan instagram terus dikembangkan sebagai media pendaftaran online, informasi layanan dan pemasaran kepada pengguna jasa dan masyarakat.

Visi

Visi Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia adalah memberikan pelayanan terbaik, bermutu, dan terpercaya.

Misi

Misi Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia adalah :

1. Menerapkan sistem rumah sakit yang berkualitas dan profesional.
2. Membangun tata nilai dan budaya kerja yang fokus pada kepuasan pelanggan.
3. Meningkatkan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan yang bermutu.
4. Meningkatkan kerjasama yang saling menguntungkan dengan mitra usaha Rumah Sakit

Umum Menteng Mitra Afia

Motto - “Tidak Pernah Berhenti Untuk Menjadi Lebih Baik”

Logo –



4.1.2 Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

a. Fasilitas Rawat Jalan

Fasilitas rawat jalan lebih dikenal dengan pelayanan poliklinik ini memiliki poliklinik

Spesialis yaitu :

- 1) Poliklinik Anak
- 2) Poliklinik Bedah
- 3) Poliklinik Penyakit Dalam
- 4) Poliklinik Obstetri dan Ginekologi
- 5) Poliklinik Mata
- 6) Poliklinik Saraf
- 7) Poliklinik Gigi dan Bedah Mulut
- 8) Poliklinik Rehab Medik
- 9) Poliklinik Paru
- 10) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin
- 11) Poliklinik THT

12) Poliklinik Kedokteran Jiwa

13) Poliklinik Gizi Klinik

Selain itu Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia dilengkapi dengan IGD (Instalasi Gawat Darurat) yang buka setiap hari selama 24 Jam dan dilayani oleh para Dokter Jaga Umum rumah sakit untuk kasus-kasus umum dan darurat (*Emergency*) yang memerlukan segera pertolongan pertama.



Gambar 4.1 RSU Menteng Mitra Afia

Tabel 4.1
Jadual Praktik Dokter Spesialis
Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia



JADWAL PRAKTIK DOKTER SPESIALIS
RUMAH SAKIT UMUM MENTENG MITRA AFIA
SELAMA PANDEMI COVID-19

Poliklinik	Nama Dokter	Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
POLI PENYAKIT DALAM	dr. Marihot Tambunan, SpPD-KGH			TIDAK PRAKTIK			
	dr. Hadiki Habib, SpPD	16.30- Selesai		16.30- Selesai			
	dr. Tambatua Panjaitan, SpPD	09.00 - 13.00		09.00 - 13.00		09.00 - 13.00	
	dr. Dirga Sakti Rambe, M.Sc, SpPD		09.00- 13.00		14.30- 16.30		14.00- 16.00
POLI ANAK	dr. Galih Wiranto, SpA	16.00- Selesai		16.00- Selesai		16.00- Selesai	
	dr. Lucie Permanasari, SpA	07.30 - 12.00	07.30 - 10.00	07.30 - 12.00	07.30- 10.00	07.30 - 10.00	07.00 - 10.00
POLI BEDAH	dr. M. Wisnu Pamungkas, SpB, FINACS	07.30- 09.00	07.30- 09.00	15.00- 17.00	07.30- 09.00	16.00- 18.00	
	dr. Yonzi Alhamda Malik, SpB	14.00 - 17.00	14.00 - 18.00	09.00 - 11.00	14.00- 18.00	09.00 - 11.00	09.00 - 11.00
POLI PARU	dr. Arief Riadi Arifin, SpP, MARS	18.00 - 20.00	18.00 - 20.00	18.00 - 20.00	18.00 - 20.00	18.00 - 20.00	
	dr. Dewiyana Andari, SpP				13.00 - 15.30		08.00 - 11.00
POLI KEBIDANAN	dr. M. Dwi Priangga, SpOG	16.00 - 20.00		16.00 - 20.00	13.00- 15.00	13.00- 15.00	
	dr. Noviady, SpOG		13.00 - selesai		09.00- 12.00		
	dr. Flora Helianthi, SpOG			12.00- 16.00			10.00- 13.00
POLI MATA	dr. Isfahani, SpM (Hanya pribadi)			08.00 - 20.00			
	dr. Shelly Vanny, SpM	13.30 - selesai	10.00 - selesai	13.00- Selesai	13.00 - selesai	09.00- Selesai	
POLI PENYAKIT SARAF	dr. Diatri Nari L, SpS (K)			17.00 - 19.00		17.00 - 19.00	
	dr. Elfa, SpN	09.00 - 12.00	19.00 - selesai		14.00 - 17.00		
POLI JANTUNG	dr. Ford Ance E. Aritonang, SpJP				16.00- 18.00		
POLI KULIT DAN KELAMIN	dr. Tarida Lidya T Ida Manik, SpKK	15.00- selesai	15.00- selesai	15.00- selesai	15.00- selesai	15.00- selesai	
POLI KEDOKTERAN GIGI	drg. Anwina Pradini	11.00- selesai	11.00- selesai		11.00- selesai		
	drg. Y. Bambang Soemantri			09.00- selesai		09.00- selesai	
	drg. Kumala Dewi, SpBM			15.00- 18.00		15.00- 18.00	
	drg. Sylvia Fatridha Situngkir						
POLI REHABILITASI MEDIK	dr. Lofriman, SpKFR						12.00 - 14.00
POLI GIZI KLINIK	dr. Krisadelfa Sutanto, M.Gizi, SpGK	15.00- Selesai			15.00- Selesai		
POLI JIWA	dr. Sylvana, SpKJ	15.00 - selesai	14.00- selesai			14.00- selesai	
POLI THT	dr. Agus Habban, SpTHT			TIDAK PRAKTIK			
	dr. R. Ayu Anatriera, MPH, SpTHT-KL			16.00- Selesai			
FISIOTERAPI		09.00 - 16.00	09.00 - 16.00	09.00 - 16.00	09.00 - 16.00	09.00 - 16.00	09.00 - 14.00

Keterangan :

* Untuk informasi dan perjanjian dapat menghubungi Bagian Pendaftaran di 021-3154050 ext. 105

Sumber : RSU Menteng Mitra Afia

b. Fasilitas Rawat Inap

Ruang Perawatan terbagi menjadi beberapa kelas, yaitu :

1. VIP : Ruang perawatan VIP. Diperuntukan bagi 1 pasien per kamar dengan fasilitas AC, kamar mandi dengan shower dan air panas, TV, telepon, lemari es, sofa bed, dan makanan sesuai pesanan.
2. Kelas I (Utama) : Ruang perawatan Utama. Diperuntukan untuk 2 pasien per kamar dengan fasilitas AC, kamar mandi dengan shower, dan air panas, TV, telepon, dan makanan sesuai pesanan bagi pasien.
3. Kelas I : Ruang perawatan kelas I. Diperuntukkan untuk 2 pasien per kamar dengan fasilitas AC, kamar mandi dengan shower dan air panas, TV, dan telepon
4. Kelas II : Ruang perawatan kelas II. Di peruntukan untuk 4 pasien per kamar, dengan fasilitas AC, kamar mandi dengan shower, air panas dan TV
5. Kelas III Ruang perawatan kelas III, Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia menyediakan kelas III untuk merawat pasien yang kurang mampu, hal ini sesuai dengan fungsi sosial rumah sakit yang harus menyediakan dalam pelayanan rawat inapnya kelas III. Diperuntukkan bagi 6 pasien per kamar dengan Fasilitas AC, kamar mandi dengan shower.

c. Ruang Isolasi

Ruang isolasi diperuntukkan bagi 2 pasien yang dirawat dengan diagnosa tertentu yang memerlukan ruangan tersendiri, sehingga tidak bisa menularkan penyakitnya kepada pasien lain. Fasilitas kamar isolasi meliputi AC, TV, kamar mandi dengan menggunakan shower air panas.

d. Ruang Perawatan *Intensive*

1) ICU (*Intensive Care Unit*)

2) HCU (*High Care Unit*)

Ruang ini diperuntukkan untuk pasien yang membutuhkan perhatian *intensive* selama 24 jam. Jumlah bed sesuai dengan kapasitas pasien yang membutuhkan yaitu terdapat 2 tempat tidur di kelas perawatan ICU dan 4 tempat tidur di kelas perawatan HCU.

Tabel 4.2

Jenis Kelas Perawatan Intensive di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

No	Kelas Perawatan	Jumlah TT
1	ICU	2
2	HCU	4
JUMLAH		6

Sumber : RSU Menteng Mitra Afia

e. Kamar Operasi

Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia menyediakan kamar operasi untuk pasien-pasien yang memerlukan tindakan operasi, jumlah kamar operasi yang tersedia sebanyak 2 ruang yaitu OK khusus mata dan OK Umum. Kamar Operasi tersebut dilengkapi dengan peralatan bedah urologi.

f. Ruang Bersalin

Sebagai Rumah Sakit Umum, RSU Menteng Mitra Afia menyediakan pelayanan kamar bersalin untuk pasien yang akan melakukan persalinanan normal/spontan, proses

persalinan didampingi oleh Dokter Spesialis atau Bidan. Rumah Sakit Menteng Mitra Afia memiliki rawat inap kebidanan 4 bed, ruang VK 2 bed dan tersedia 1 inkubator.

g. Fasilitas Penunjang Medis

Terdiri dari instalasi :

- 1) Farmasi
- 2) Laboratorium (Patologi Klinik)
- 3) Radiologi
- 4) Fisioterapi
- 5) CSSD
- 6) HD

h. Medical Check Up (MCU)

RUMAH SAKIT UMUM MENTENG MITRA AFIA
Tidak Pernah Berhenti Menakl Majadi Lebih Baik

PAKET MEDICAL CHECK-UP

BASIC	Rp. 450.000	BRONZE	Rp. 700.000
<p>Pemeriksaan Fisik dan Konsultasi : Dokter Umum, Dokter Gigi, Buta Warna (Ishihara Test), Visus Mata (Refraktometer)</p> <p>Radiologi : Rontgen Thorax (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Radiologi)</p> <p>Laboratorium : Darah Lengkap (Hb, Ht, Erit, Leu, Trombosit, Hitung Jenis, LED, MCV, MCH, MCHC)</p> <p><i>Lain-lain : Administrasi, Snack, Coffee/Tea</i></p>		<p>Pemeriksaan Fisik dan Konsultasi : Dokter Umum, Dokter Gigi, Buta Warna (Ishihara Test), Visus Mata (Refraktometer), EKG (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Jantung/ Penyakit Dalam)</p> <p>Radiologi : Rontgen Thorax (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Radiologi)</p> <p>Laboratorium : Darah Lengkap Uji Fungsi Metabolisme : Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial, Profil Lemak (Kolesterol Total, LDL, HDL, Trigliserida), Asam Urat</p> <p><i>Lain-lain : Administrasi, Makan Pagi , Coffee/Tea</i></p>	
GOLD	Rp. 3.300.000	SILVER	Rp. 1.650.000
WANITA	Rp. 3.500.000		
<p>Pemeriksaan Fisik dan Konsultasi : Dokter Umum, Dokter Gigi, Buta Warna (Ishihara Test) Visus Mata (Refraktometer), EKG (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Jantung/ Penyakit Dalam), Spirometri (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Farag)</p> <p>Radiologi : Rontgen Thorax (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Radiologi)</p> <p>Laboratorium : Darah Lengkap Uji Fungsi Metabolisme : Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial, Profil Lemak (Kolesterol Total, LDL, HDL, Trigliserida), Asam Urat Uji Fungsi Ginjal dan Saluran Kemih : Urine Lengkap, Ureum, Kreatinin Uji Fungsi Sistem Saluran Cerna : Feses Lengkap Uji Fungsi Hati dan Empedu : SGOT, SGPT & Protein Albumin, Profil Bilirubin (Total, Direct dan Indirect), Marker Hepatitis (HbsAg)</p> <p><i>Lain-lain : Administrasi, Makan Pagi, Coffee/Tea</i></p>		<p>Pemeriksaan Fisik dan Konsultasi : Dokter Umum, Dokter Gigi, Buta Warna (Ishihara Test) Visus Mata (Refraktometer), EKG (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Jantung/ Penyakit Dalam)</p> <p>Radiologi : Rontgen Thorax (Interpretasi oleh Dokter Spesialis Radiologi)</p> <p>Laboratorium : Darah Lengkap Uji Fungsi Metabolisme : Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial, Profil Lemak (Kolesterol Total, LDL, HDL, Trigliserida), Asam Urat Uji Fungsi Ginjal dan Saluran Kemih : Urine Lengkap, Ureum, Kreatinin Uji Fungsi Sistem Saluran Cerna : Feses Lengkap Uji Fungsi Hati dan Empedu : SGOT, SGPT & Protein Albumin, Profil Bilirubin (Total, Direct dan Indirect), Marker Hepatitis (HbsAg)</p> <p><i>Lain-lain : Administrasi, Makan Pagi, Coffee/Tea</i></p>	

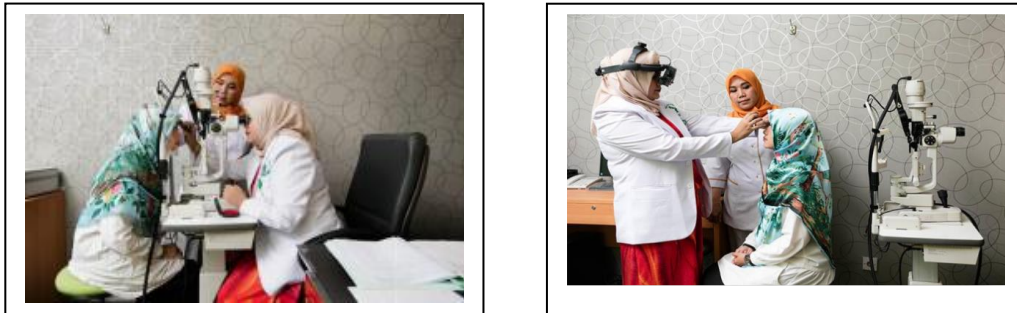
RSU Menteng Mitra Afia
 Jl. Kali Pasir No.9, Jakarta Pusat 10340
 Telp : 021 - 315 4050
 Fax : 021 - 390 9484

Gambar 4.2
Jenis Pelayanan Medical Check Up Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

Rumah Sakit Menteng Mitra Afia memiliki jam pelayanan pada Medical Check Up pada jam 08.00 – 16.00 WIB

4.1.3 Kegiatan Layanan Unggulan Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

a. Layanan Unggulan



Gambar 4.3 Pelayanan Spesialis Mata Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

1) Pelayanan Spesialistik Mata

Pelayanan spesialistik mata terdiri dari :

- Vitrektomi
- Endolaser
- Silicone Oil Implant
- Phacoemulsifikasi

Pelayanan spesialistik mata didukung oleh dokter berpengalaman yaitu dr. Shelly Vanny, SpM dan juga didukung oleh dokter spesialis retina dan subspecialis retina dan merupakan salah satu yang terbaik. Pelayanan spesialistik mata menggunakan alat Oftalmoskop merek Heina dengan biaya terjangkau.

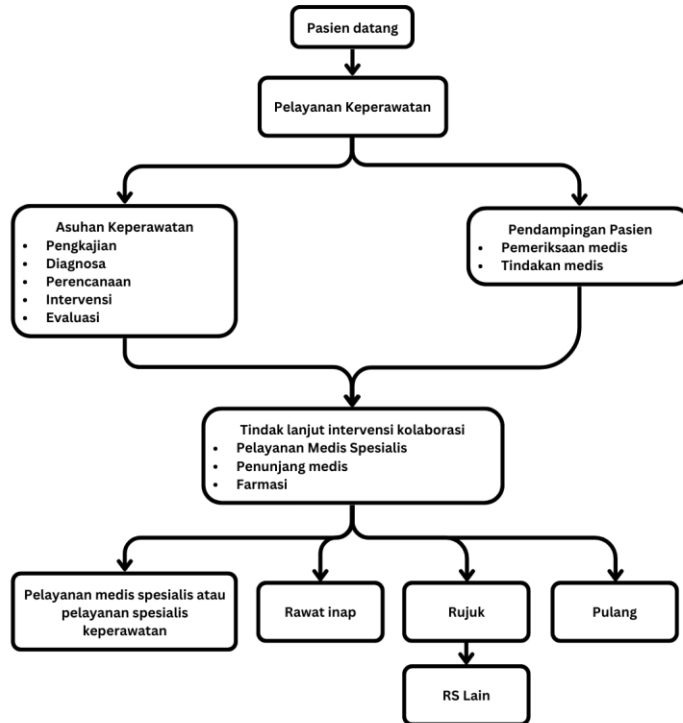
2) Hemodialisa



Gambar 4.4 Hemodialisa Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

Pelayanan hemodialisa menggunakan mesin teknologi terbaru dari BBRAUN Dialogue +, dengan total 10 mesin hemodialisis dan dilengkapi dengan kapasitas 6 bed, di antaranya terdapat 1 ruang VIP.

4.1.4 Alur Layanan Rumah Sakit



Gambar 4.5 Alur Layanan di RSU Menteng Mitra Afia

Pelayanan keperawatan rawat jalan, diberikan kepada pasien yang datang ke unit rawat jalan (poliklinik) di rumah sakit. Di unit rawat jalan minimal terdapat tenaga kesehatan: dokter, dokter gigi dan perawat serta tenaga pendukung untuk fungsi administratif.

Pelayanan keperawatan di unit rawat jalan, perawat harus mampu bekerjasama dalam tim kesehatan yang lain, serta mampu mengkoordinasikan semua jenis pelayanan kesehatan pasien seperti: pelayanan penunjang, apotik dan lain-lain. Administrasi pasien di unit rawat jalan disesuaikan dengan kebijakan RS masing- masing.

Tata cara pengelolaan pelayanan keperawatan pasien yaitu :

1. Setelah pasien melakukan pendaftaran, pasien menuju ke poliklinik yang dibutuhkan.
2. Pasien diterima oleh perawat yang bertugas.
3. Perawat menerima map yang dibawa pasien, kemudian perawat mengidentifikasi identitas pasien yang ada di tracer (NO RM, nama pasien, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, dokter yang dituju, dengan cara mengajukan pertanyaan terbuka (pasien /keluarga diminta untuk menyebutkan kembali nama pasien tanggal lahir dan dokter /klinik yang dituju yang dituju. Kemudian perawat melakukan pencocokan identitas pasien dengan data yang ada tracer.
4. Perawat melakukan pengkajian terhadap pasien, kegiatan pengkajian minimal yang harus dilakukan meliputi (data focus) antara lain: Keluhan yang dirasakan riwayat penyakit dahulu, tanda-tanda vital (TTV), Timbang BB, TB kondisi dan kebutuhan akan pendidikan kesehatan yang terkait, hasil Pemeriksaan Diagnostik yang sudah dilakukan.
5. Perawat menentukan diagnosis, rencana serta intervensi keperawatan sesuai dengan kondisi pasien saat itu. Jika saat anamnesa atau saat menerima pasien, perawat melihat keadaan umum pasien yang darurat/ membutuhkan penanganan segera, maka perawat akan langsung mengarahkan dan mengkordinasikan dengan petugas IGD untuk dilakukan penanganan sementara sampai keadaan umum stabil
6. Pasien akan di berikan informasi tentang jam kedatangan dokter dan pasien akan diarahkan untuk menunggu di depan ruang tunggu dokter yang akan dituju.
7. Perawat melakukan pendampingan pasien saat dilakukan pemeriksaan medis.
8. Setelah pasien dilakukan pemeriksaan medis perawat melanjutkan intervensi yang berhubungan dengan masalah kolaborasi.

9. Evaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan selama pasien di rawat jalan meliputi :
 - 1) Evaluasi dilakukan berdasarkan respon pasien setelah diberikan intervensi
 - 2) Meningkatnya pengetahuan pasien tentang gaya hidup yang terkait dengan penyakitnya
 - 3) Meningkatnya kepatuhan pasien untuk menjalani pengobatan (yang dapat dievaluasi saat pasien datang untuk periksa kembali)
 - 4) Perlu dilakukan dokumentasi semua pelayanan yang diberikan dan tindak lanjut setelah pasien mendapatkan pelayanan keperawatan.
 - 5) Jika pasien dirawat inap yang harus dilakukan :
 - a) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur rawat inap.
 - b) Koordinasi dengan unit/ruang rawat inap terkait dengan kondisi pasien
 - c) Melakukan serah terima dengan unit/ruang rawat inap.
 - 6) Jika pasien harus dirujuk, rujukan bisa dilakukan berdasarkan indikasi medis ke pelayanan internal rumah sakit (pelayanan spesialis/sub-spesialis) atau pelayanan external rumah sakit (fasilitas pelayanan kesehatan lain). Kegiatan perawat yang harus dilakukan :
 - a) Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tentang perawatan lanjutan
 - b) Menyiapkan pasien yang akan dirujuk sesuai standar
 - c) Menyiapkan dokumentasi ringkasan pasien pindah/rujuk
 - d) Melakukan koordinasi untuk transportasi
10. Perawat perlu memberikan informasi dan pendidikan kesehatan sejak pasien masuk rumah sakit selama perawatan dan sampai pasien pulang, meliputi : tata tertib rumah sakit, hak dan kewajiban pasien dan keluarga, informasi tentang perkembangan kondisi pasien, informasi.

4.1.5 Sumber Daya Manusia

Rumah sakit tanpa melihat ukuran dan sumber daya yang dimiliki harus mematuhi ketentuan dan peraturan perundangan yang berlaku sebagai bagian dari tanggung jawab mereka terhadap pasien, keluarga, staf, dan para pengunjung.

Fokus pada standar Manajemen Fasilitas dan Keamanan ini meliputi:

- 1) Kepemimpinan dan perencanaan;
- 2) Keselamatan;
- 3) Keamanan;
- 4) Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan Limbah B3;
- 5) Proteksi kebakaran;
- 6) Peralatan medis;
- 7) Sistem utilitas;
- 8) Penanganan kedaruratan dan bencana;
- 9) Konstruksi dan renovasi; dan
- 10) Pelatihan.

Tabel 4.2
Jumlah Tenaga Dokter di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

Dokter Spesialis		Dokter & Dokter Gigi	
• Sp.A	2	• Dokter umum	7
• Sp. OG	3	• Dokter gigi	3
• Sp. PD	4		
• Sp. B	2		
• Sp. An	3		
• Sp. JP	1		
• Sp. M	2		
• Sp. THT	2		
• Sp. KK	1		
• Sp. S	2		
• Sp. P	2		
• Sp. PK	1		
• Sp. KJ	1		
• Sp. RM	1		
• Sp. Rad	1		
• Sp. G	1		

Jumlah	29	Jumlah	10
TOTAL	39		

Sumber data : RSUD Menteng Mitra Afia

Tabel 4.3
Jumlah Tenaga Lain di Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia

Perawat & Bidan		Penunjang Medis	Penunjang Non Medis	Lain-lain
Perawat	38	26	4	47
Bidan	11			
Jumlah	49	26	4	47
Total	126			

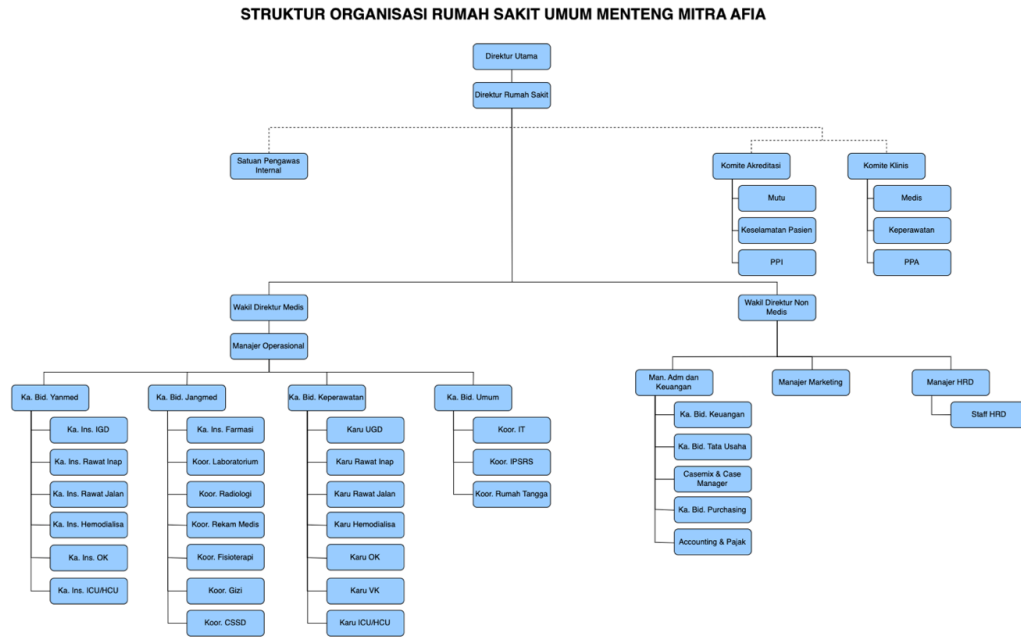
Sumber data : RSUD Menteng Mitra Afia

4.1.6 Struktur Organisasi dan Tata Kerja

1. Struktur Organisasi

Untuk mendukung pola manajemen yang akan diterapkan dan agar dapat mencapai sasaran yang ditetapkan, maka disusunlah organisasi yang efisien namun tetap efektif, dengan bentuk struktur organisasi seperti pada gambar jika dilihat dari struktur organisasi Rumah Sakit Umum Menteng Mitra Afia dapat terlihat jabatan Direktur Rumah Sakit yang dibantu dengan komite-komite dan satuan pemeriksaan internal. Wakil Direktur Medis dan Wakil Direktur Non Medis bertanggung jawab penuh terhadap Direktur rumah sakit.

Gambar 4.6 Struktur Organisasi RSU Menteng Mitra Afia



2. Tata Kerja Rumah Sakit

Tugas Pokok dan Fungsi Masing – masing Jabatan pada Struktur Organisasi rumah sakit :

1. Direktur atau Kepala Rumah Sakit
 - a. Bertanggung jawab atas seluruh proses kinerja di rumah sakit tersebut
 - b. Menata fungsi kinerja masing-masing bagian dalam rumah sakit
 - c. Mengevaluasi kinerja baik secara medis, manajemen maupun keuangan
 - d. Menentukan arah kebijakan rumah sakit
 - e. Menjalin komunikasi dengan berbagai pihak yang terlibat seperti, Kementerian Kesehatan, Ikatan Dokter Indonesia dan lain sebagainya
2. Wakil Direktur Bagian Pelayanan
 - a. Mengontrol dan mengawasi seluruh pelayanan kesehatan dalam rumah sakit mulai dari pelayanan IGD, rawat inap, rawat jalan hingga farmasi.
 - b. Memastikan bahwa seluruh pelayanan dalam rumah sakit tersebut telah memenuhi standar dan kode etik yang berlaku.
 - c. Menyusun rencana pelayanan medis.
 - d. Mengontrol biaya yang keluar dan masuk dari setiap pelayanan medis.
3. Manajer Administrasi dan Keuangan
 - a. Mengawasi dan mengontrol proses perekrutan tenaga kerja baru baik tenaga kerja medis maupun non medis.
 - b. Mengawasi dan mengontrol proses pencatatan keuangan.
 - c. Memastikan bahwa setiap tenaga kerja di rumah sakit tersebut mendapatkan hak yang layak.
 - d. Mereview laporan keuangan dan penerimaan tenaga kerja.
 - e. Mereview laporan alokasi anggaran dari bagian lain.

4. Manager Penunjang
 - a. Memastikan bahwa seluruh aspek penunjang baik penunjang medis maupun non medis rumah sakit tersebut telah terpenuhi dengan baik.
 - b. Mereview keuangan masuk dan keluar dari pemanfaatan dan pembelian fasilitas penunjang.
5. Manager Pelayanan Medik
 - a. Memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan medis yang maksimal.
 - b. Memastikan bahwa setiap pelayanan medik telah dilakukan sesuai dengan peraturan dan kode etik yang berlaku.
6. Manager Administrasi Keuangan dan Akuntansi
 - a. Mencatat seluruh data pasien yang masuk dan keluar.
 - b. Mencatat seluruh data arus kas yang masuk dan keluar rumah sakit.
 - c. Mengelola pembayaran asuransi.
 - d. Mengelola sumber penyimpanan dana rumah sakit.
 - e. Merencanakan anggaran pengelolaan rumah sakit.
7. Manager Sumber Daya Manusia
 - a. Merekrut karyawan baik medis maupun non medis jika diperlukan.
 - b. Merekam data kinerja karyawan.
 - c. Memastikan pembayaran hak karyawan dilakukan dengan baik dan benar.
 - d. Memberikan pelatihan kepada karyawan.
 - e. Memastikan bahwa setiap karyawan telah memenuhi KPI dan kode etik yang berlaku.
(Sumber : Tupoksi RSU MMA, 2029).

4.2 Gambaran Rumah Sakit Menteng Mitra Asia pada Saat Pandemi

Di Indonesia sendiri kasus pertama COVID-19 terkonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 dan pada tanggal 10 April 2020 penyebarannya telah meluas di 34 provinsi di Indonesia. Sampai tanggal 16 May 2021, kasus COVID-19 di Indonesia sudah mencapai angka 1.736.670 kasus, dengan jumlah kesembuhan mencapai 1.600.857 kasus dan angka pasien yang meninggal sebanyak 48.967 kasus. (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Sebagai upaya pengendalian terhadap penyebaran SARS-COV-2 pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan pembatasan sosial termasuk Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Dalam pelaksanaannya peraturan tersebut diturunkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2020 tentang

Pedoman PSBB. (Kementerian Kesehatan RI, 2021).

Pada masa pembatasan ini, fasilitas layanan kesehatan pun mengurangi layanan kesehatan untuk pasien umum (pasien non COVID-19) agar fokus dalam memberikan layanan pandemi COVID-19 serta untuk mengurangi risiko penularan di fasilitas kesehatan.

Pelayanan kesehatan sebagai sektor yang paling terdampak oleh situasi ini juga harus bersiap untuk menghadapi pandemi COVID-19. Rumah Sakit harus mulai memikirkan langkah yang akan diambil untuk tetap merawat pasien COVID-19 namun di saat bersamaan juga memberikan pelayanan kepada pasien umum dengan risiko penularan seminimal mungkin

4.2.1 Situasi dan Kondisi Rumah Sakit pada Saat Pandemi Covid-19 Periode Maret 2020 - Januari 2021

Pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu di Rumah Sakit telah menjadi harapan dan tujuan utama dari masyarakat/pasien, petugas kesehatan, pengelola dan pemilik Rumah Sakit serta regulator. Bahkan di masa pandemi COVID-19 pelayanan kesehatan tetap dapat dijalankan dengan mengutamakan keselamatan pasien dan tenaga kesehatan yang bertugas. Tenaga Kesehatan dan karyawan rumah sakit.

Mengingat hal tersebut di atas, maka Rumah Sakit membuat beberapa kebijakan sebagai berikut:

1. Pasien dengan kriteria ORANG DALAM PEMANTAUAN dengan komorbid, PASIEN DALAM PENGAWASAN dan konfirmasi positif, setelah dilakukan pemeriksaan PE di IGD umum, langsung diarahkan masuk ke IGD sakura untuk pemeriksaan lebih lanjut.
2. Jika kondisi pasien membutuhkan rawat inap, maka pasien masuk ke perawatan sakura, sesuai aturan Kemenkes dan Surat Keputusan Ruang Khusus Covid-19. Tetapi jika kondisi pasien masih dapat dilakukan rawat jalan (di luar diagnosa konfirmasi positif), maka dokter jaga IGD sakura memberikan obat pulang kepada pasien.
3. Jika perawatan sakura penuh, maka pasien untuk sementara waktu di tempatkan di IGD sakura, masuk ke dalam daftar tunggu perawatan sakura.

4. Selama pandemi Covid 19 berlangsung, setiap tindakan yg dilakukan di kamar operasi, harus menunggu hasil PCR pasien tersebut keluar. Setelah hasil PCR keluar, tindak lanjut ke pasien sebagai berikut :
 - a. Hasil PCR Negatif : tindakan dapat dilakukan di kamar operasi Rumah Sakit
 - b. Hasil PCR Positif : pasien dirujuk ke RS rujukan Covid yang memiliki kamar operasi isolasi
5. Untuk tindakan Cito yang menyangkut keselamatan pasien, jika tidak memungkinkan dilakukan PCR atau hasil PCR belum keluar, dapat dilakukan rapid test Covid 19. Setelah hasil rapid tes keluar, tindak lanjut ke pasien sebagai berikut:
 - a. Hasil rapid tes Non Reaktif : tindakan dapat dilakukan di kamar operasi, dengan perlakuan seperti pasien PASIEN DALAM PENGAWASAN
 - b. Hasil rapid tes Reaktif : pasien dirujuk ke RS rujukan Covid yang memiliki kamar operasi isolasi.
6. Untuk efektifitas dan efisiensi proses pengajuan klaim pasien Covid 19 ke Kemenkes, maka diharapkan resume medis pasien perawatan sakura dilengkapi paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang rawat, dan diserahkan ke Unit Rekam Medis. (Sumber : Tupoksi RSU MMA, 2020).

4.2.2. Strategi Umum Pemerintah Menangani Covid 19 di Jakarta

Kondisi pandemi Covid-19 di Indonesia, saat pandemic tersebut, masyarakat sedang menghadapi gelombang baru infeksi virus corona yang salah satunya disebabkan oleh kemunculan varian Omicron. Juru Bicara Vaksinasi Covid-19 Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Siti Nadia Tarmizi menyampaikan, peningkatan kasus yang terjadi salah satunya dikarenakan transmisi lokal dari Omicron yang semakin banyak. “Kasus harian baru sudah lebih tinggi dari varian Delta. Tren terus kita lihat (kasus naik turun). Pola-pola ini yang kita lihat bahwa memang semakin banyak transmisi lokal Omicron memicu peningkatan kasus,” ujar Nadia dalam webinar DBS Asian Insights Conference 2022, Kamis (24/2/2022) Lantas, bagaimana kondisi pandemi Indonesia saat ini? Nadia menjabarkan, pemerintah lebih yakin dalam menghadapi gelombang infeksi yang terjadi, dikarenakan telah belajar dari kondisi negara lain dan pengalaman masa lalu atau infeksi-infeksi sebelumnya. Menurut dia, tingkat keterisian rumah sakit saat ini masih berada di level

¹ Publik yang disediakan pemerintah. <https://www.kompas.com/sains/read/2022/02/24/200100623/kondisi-pandemi-covid-19-di-indonesia-dan-begini-strategi-pemerintah>.

aman. “Secara nasional keterisian rumah sakit masih 30 persen,” papar dia.

Dalam upaya menekan laju peningkatan virus dan mencegah kasus Covid-19 di Indonesia semakin meluas, lanjut Nadia, dilakukan penerapan sejumlah hal seperti menekan mobilitas dengan menerapkan PPKM bertingkat, percepatan vaksinasi, melakukan testing, dan tracing. “Intensitas dan respons kita sangat tergantung dengan pola yang terjadi, ”tuturnya. Selain memastikan stok obat-obatan untuk virus ini tersedia dalam jumlah cukup, pemerintah terus mendorong seluruh masyarakat untuk tetap menerapkan protokol kesehatan secara ketat. Strategi pemerintah terhadap pandemi Covid-19 di Indonesia Nadia menegaskan, pemerintah berfokus untuk mencegah infeksi, mencegah kasus menjadi parah, dan menurunkan kasus kematian. “Kita cegah angka kematian, sebisa mungkin fatality rate harus turun, ” kata dia. Untuk mencapai hal tersebut, fasilitas kesehatan (faskes) disiapkan dan dioptimalkan agar dapat memberikan penanganan yang baik. Sehingga, saat ini rumah sakit diutamakan bagi pasien lansia, komorbid, dan pasien dengan gejala sedang hingga berat. Adapun pasien terkonfirmasi positif Covid-19 tanpa gejala atau dengan kondisi bergejala ringan dapat menjalani isolasi secara mandiri atau terpusat di fasilitas.

Inovasi pelayanan rumah sakit dalam konteks beradaptasi terhadap pandemi Covid-19 merupakan hal yang wajar dan selayaknya dilakukan oleh seluruh rumah sakit. Seperti yang dinyatakan Ketua Umum ARSSI Susi Setiawaty, penurunan rawat jalan yang terjadi saat ini mengkhawatirkan pengelola rumah sakit. Bahkan cash flow rumah sakit juga terganggu karena jumlah kunjungan pasien non Covid-19 yang menurun drastis.

Penurunan rawat jalan itu 50 sampai 60 persen, kemudian rawat inap penurunannya 40-60 persen. Tentunya ini berdampak kepada arus kas di rumah sakit. Belum ditambah biaya yang cukup memberatkan, yaitu menyediakan Alat Pelindung Diri (APD). Perkembangan Revolusi Industri

4.0 pun menghadapi berbagai tantangan yang dihadapi, tidak hanya sumber daya manusia yang mumpuni dalam penguasaan iptek, tools yang harus lengkap, tetapi yang lebih besar tantangan itu adalah penyebaran Covid-19, di mana semua sendi kehidupan seolah perlahan mulai terjadi keterlambatan bahkan cenderung stagnan bila tidak disikapi dengan pemikiran yang inovatif.

Inovasi dalam pelayanan rumah sakit tentunya berdasarkan pada visi dan misi masing-masing rumah sakit. Lebih khusus lagi, visi adalah suatu inovasi dalam manajemen modern, terutama manajemen strategis. Berangkat dari situ, direksi dan manajer mulai memutuskan apakah perlu mengubah arah bisnisnya, misalnya rumah sakit yang memang sejak awal dijadikan sebagai bagian dalam pemberian pelayanan kuratif dan rehabilitatif, mungkin bisa mengubah memusatkan pada pelayanan promotif dan preventif.

Namun pilihan lain bisa juga tetap pada pusat pelayanan kuratif dan rehabilitatif, tetapi cukup memusatkan pada salah satu jenis pelayanan yang mungkin sebelumnya merupakan andalan di rumah sakit tersebut. Pelayanan promotif dan preventif dapat dibuat secara online. Misalnya, buat acara seminar awam mengenai sesuatu penyakit dan sekaligus mempromosikan fasilitas atau alat medis canggih apa yang dipunya rumah sakit. Pembuatan seminar awam menggunakan fasilitas Zoom Meeting atau Google Meet. Kemudian buat aplikasi sendiri mirip ojek online yang bisa memesan dokter atau perawat ke rumah untuk homecare dan vaksinasi.

Buatlah berbagai macam paket vaksinasi dan *homecare* yang dapat dipilih pasien. Untuk perusahaan-perusahaan rekanan bisa ditelepon untuk penawaran rapid test massal. Kemudian jika masih mengandalkan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, bisa kembangkan promosi tentang *service center* yang sudah dikembangkan sebelumnya mungkin dengan memberikan diskon. Namun jika belum ada sebelumnya suatu pelayanan yang menjadi ciri khas rumah sakit tersebut, bisa manfaatkan kondisi saat ini.

Menurut data estimasi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), terjadi kenaikan sebesar 420.000 kehamilan dalam tiga bulan sehubungan dengan Covid-19 ini. Manfaatkan hal ini menjadi suatu peluang, misalnya dengan membuat aplikasi seperti ojek online di mana pasien yang ingin memeriksakan kehamilannya bisa tinggal pilih dan kemudian bidan datang ke rumah pasien tersebut.

Jika kehamilan masih normal bisa diperiksa oleh para bidan, tetapi jika ada masalah bisa dokter kandungan yang datang memeriksa kehamilan ke rumah atau jika memang kehendak pasien untuk diperiksa oleh dokter kandungan bisa dibuat pilihan tersendiri dengan membawa alat USG ke rumah. Saat sudah keluar tanda-tanda akan melahirkan pasien bisa memilih di aplikasi untuk call ambulance atau mungkin jika ada pasien gawat pilihan tersebut dapat digunakan. Buat akses masuk, lift, dan kamar rawat untuk pasien melahirkan benar-benar steril dari akses pasien lain sehingga pasien merasa nyaman dan tidak khawatir.

Untuk rawat jalan solusinya dengan membuat aplikasi telekonsultasi. Beberapa penyakit bisa diobati dengan anamnesis yang jelas dan disertai dengan foto, tetapi jika harus diperiksa secara mendetail, buat aplikasi yang bisa mengatur perkiraan waktu tunggu pasien tidak terlalu lama. Prof Rhenald Kasali dalam bukunya Let's Change mengungkapkan bahwa seberapa pun jauh jarak yang ditempuh, perubahan tetap harus dimungkinkan. Itulah prinsip manajemen perubahan.

Setiap upaya yang diambil dalam situasi pandemi Covid-19 ini harus dimaknai sebagai proses adaptasi mengatasi persoalan yang ada. Mungkin yang akan mengalami kesulitan adalah rumah sakit yang berada di daerah di mana fasilitas masih serba kekurangan seperti masalah listrik dan sinyal telekomunikasi. Namun, pemerintah tengah menawarkan konsep new normal. Dalam konteks pengembangan inovasi pelayanan rumah sakit, new normal adalah momentum untuk bangkit dan berubah.

Jika pada akhirnya akibat Covid-19 ini pemerintah mempercepat pengembangan infrastruktur dan pemerataan pembangunan, maka tidak ada alasan lagi untuk tidak bisa bangkit dari keterpurukan akibat pandemi ini. Pilihannya hanya berubah atau punah.²

4.2.3 Situasi dan Kondisi RS

Sehubungan dengan pelayanan pasien di era pandemi Covid 19, Rumah Sakit terus berupaya melakukan perbaikan baik dari segi pelayanan maupun keselamatan pasien, Tenaga Kesehatan dan karyawan rumah sakit. Mengingat hal tersebut di atas, maka Rumah Sakit membuat beberapa kebijakan sebagai berikut

1. Pasien dengan kriteria ORANG DALAM PEMANTAUAN dengan komorbid, PASIEN DALAM PENGAWASAN dan konfirmasi positif, setelah dilakukan pemeriksaan PE di IGD umum, langsung diarahkan masuk ke IGD sakura untuk pemeriksaan lebih lanjut.
2. Jika kondisi pasien membutuhkan rawat inap, maka pasien masuk ke perawatan sakura, sesuai aturan Kemenkes dan Surat Keputusan Ruang Khusus Covid-19. Tetapi jika kondisi pasien masih dapat dilakukan rawat jalan (diluar diagnosa konfirmasi positif), maka dokter jaga IGD sakura memberikan obat pulang kepada pasien.
3. Jika perawatan sakura penuh, maka pasien untuk sementara waktu di tempatkan di IGD sakura, masuk ke dalam daftar tunggu perawatan sakura.
4. Selama pandemi Covid 19 berlangsung, setiap tindakan yg dilakukan di kamar operasi, harus menunggu hasil PCR pasien tersebut keluar. Setelah hasil PCR keluar, tindak lanjut ke pasien sebagai berikut :
 - a. Hasil PCR Negatif : tindakan dapat dilakukan di kamar operasi Rumah Sakit
 - b. Hasil PCR Positif : pasien dirujuk ke RS rujukan Covid yang memiliki kamar operasi isolasi
5. Untuk tindakan Cito yang menyangkut keselamatan pasien, jika tidak memungkinkan dilakukan PCR atau hasil PCR belum keluar, dapat dilakukan rapid test Covid 19. Setelah hasil rapid tes keluar, tindak lanjut ke pasien adalah;
 - a. Hasil rapid tes Non Reaktif : tindakan dapat dilakukan di kamar operasi, dengan perlakuan seperti pasien PASIEN DALAM PENGAWASAN
 - b. Hasil rapid tes Reaktif : pasien dirujuk ke RS rujukan Covid yang memiliki kamar operasi isolasi.
6. Untuk efektifitas dan efisiensi proses pengajuan klaim pasien Covid 19 ke Kemenkes, maka diharapkan resume medis pasien perawatan sakura dilengkapi paling lambat 2x24 jam setelah pasien pulang rawat, dan diserahkan terimakan ke Unit Rekam Medis.

² <https://news.detik.com/kolom/d-5064639/berdamai-dengan-covid-dan-inovasi-layanan-rumah-sakit>.

4.2.4 Jumlah Pasien

Selama pandemic Covid 19, pemerintah mewajibkan semua RS di Jakarta untuk melayani pasien Covid 19. Provinsi DKI Jakarta yang saat itu memiliki 98 rumah sakit rujukan Covid-19.

- 1) Sebanyak “delapan” rumah sakit ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020.
- 2) Sementara 90 rumah sakit lainnya ditetapkan berdasarkan Keputusan Gubernur (Kepgub) Nomor 987 Tahun 2020 tentang Perubahan Kedua Atas Kepgub Nomor 378 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Covid-19. Kepgub tersebut oleh Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan pada 28 September 2020. "Total 98 rumah sakit, delapan rumah sakit (berdasarkan) Surat Keputusan Menkes, 90 (rumah sakit berdasarkan) Kepgub DKI". Dan RSU Menteng MMA merupakan salah satu dari 90 RS rujukan pandemic Covid-19.³

Pasien dalam masa pandemi Covid-19 terbagi menjadi pasien Covid-19 dan non-Covid-19. Seiring waktu secara bertahap jumlah pasien non-Covid-19 semakin menurun dan sebaliknya pasien Covid-19 semakin meningkat. Keadaan ini membuat Kementerian Kesehatan meminta agar semua rumah sakit di Indonesia menambah ketersediaan tempat tidur antara 30 sampai 40%. Peningkatan yang besar kasus Covid-19 terjadi mulai di bulan November 2020. Pada periode sebelum November, kasus yang aktif itu hanya 50.000.

Di sisi lain, ahli epidemiologi mengingatkan perubahan kapasitas pelayanan rumah sakit harus dilakukan secara hati-hati karena dapat mengurangi kesempatan bagi pasien non-Covid-19 yang membutuhkan perawatan mendesak. Himbauan dari pemerintah agar masyarakat tidak mendatangi rumah sakit jika tidak mengalami kondisi gawat darurat, masyarakat sendiri

³ <https://megapolitan.kompas.com/read/2020/10/06/05374411/ini-daftar-98-rumah-sakit-rujukan-covid-19-di-jakarta>.

sebenarnya juga takut terinfeksi COVID-19 bila mendatangi rumah sakit.

Dampaknya, kunjungan pasien menurun 60-70%.. Dalam konteks ini, akses pelayanan kesehatan untuk masyarakat secara luas tertunda padahal tidak ada yang mengetahui secara pasti kapan pandemi akan berakhir.

Tabel 4.4
Perbandingan Jumlah Pasien Rawat Jalan Sebelum Pandemi (Maret - Desember 2019) dan Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)

Bulan Layanan	Pasien Rawat Jalan			
	Sebelum Pandemi (Maret-Desember 2019)		Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)	
	Jumlah Pasien	Meninggal	Jumlah Pasien	Meninggal
Maret	3847	0	3599	0
April	3649	0	2006	0
Mei	3447	0	1722	0
Juni	3013	0	2671	0
Juli	4473	0	2914	0
Agustus	3994	0	2516	0
September	3922	0	2972	0
Oktober	4649	0	2756	0
November	4337	0	3019	0
Desember	4249	0	3328	0
Total	39580	0	27503	0

Sumber : RSU Menteng Mitra Afia

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien rawat jalan ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode ini, Rumah Sakit Menteng Mitra Afia melaporkan sejumlah total 39.580 pasien yang menerima layanan rawat jalan pada periode sebelum pandemi, yaitu Maret 2019 sampai Desember 2019. Jumlah pasien cenderung berfluktuasi selama periode ini, dengan angka tertinggi tercatat pada bulan Juli 2019 sebanyak 4.473 pasien dan angka terendah tercatat pada bulan Juni sebanyak 3.013 pasien. Meskipun ada fluktuasi, secara keseluruhan, jumlah pasien rawat jalan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia menunjukkan tren yang relatif stabil selama periode sebelum pandemi. Tak hanya itu, selama

periode sebelum pandemi ini, tidak ada laporan kasus kematian pasien rawat jalan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia, yang menunjukkan bahwa tingkat kematian pada pasien rawat jalan tetap berada pada angka nol.

Sementara selama masa pandemi COVID-19 (Maret - Desember 2020), Rumah Sakit Menteng Mitra Afia mengalami perubahan signifikan dalam jumlah pasien rawat jalan. Total pasien yang menerima layanan rawat jalan menurun menjadi 27.503 pasien, menandakan penurunan sebesar 30,5% dibandingkan dengan periode sebelum pandemi. Puncak penurunan terjadi pada bulan Mei 2020, di mana jumlah pasien menyusut drastis menjadi 1.722 pasien, mengindikasikan adanya dampak besar dari pandemi terhadap kunjungan rawat jalan di rumah sakit ini. Meskipun jumlah pasien mengalami penurunan signifikan, perlu diperhatikan bahwa tidak ada laporan kematian pasien rawat jalan selama periode pandemi ini. Ini menunjukkan bahwa meskipun RS MMA mengalami tekanan akibat pandemi, upaya medis dan pelayanan yang berkualitas tetap terjaga, sehingga tingkat kematian tetap nol pada pasien rawat jalan.

Perubahan jumlah pasien rawat jalan di RS MMA selama dua periode ini mencerminkan dampak signifikan dari pandemi COVID-19 terhadap rumah sakit tersebut. Selama periode pandemi, kunjungan pasien rawat jalan mengalami penurunan yang cukup tajam, kemungkinan karena adanya pembatasan sosial, perubahan perilaku masyarakat, dan keterbatasan akses ke layanan kesehatan. Meskipun demikian, RS MMA berhasil menjaga tingkat kematian nol pada pasien rawat jalan selama periode ini, menunjukkan kualitas pelayanan yang dipertahankan.

Penting bagi RS MMA untuk terus memantau tren ini dan mengambil langkah-langkah untuk mengoptimalkan layanan rawat jalan selama dan setelah pandemi. Upaya meningkatkan aksesibilitas layanan, menjaga kualitas pelayanan medis, serta beradaptasi dengan perubahan kebutuhan masyarakat dapat membantu memitigasi dampak pandemi pada jumlah pasien rawat

jalan di masa mendatang.

Tabel 4.5
Perbandingan Jumlah Pasien Rawat Inap Sebelum Pandemi (Maret - Desember 2019) dan Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)

Bulan Layanan	Pasien Rawat Inap			
	Sebelum Pandemi (Maret-Desember 2019)		Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)	
	Jumlah Pasien	Meninggal	Jumlah Pasien	Meninggal
Maret	446	2	319	1
April	326	2	191	5
Mei	351	3	155	4
Juni	289	2	238	4
Juli	340	1	205	1
Agustus	299	3	201	1
September	280	1	184	4
Oktober	248	1	171	3
November	244	0	186	0
Desember	205	0	217	3
Total	3028	15	2067	26

Sumber : RSU Menteng Mitra Afia

Berdasarkan tabel 4.5 di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien rawat inap ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode sebelum pandemi (Maret - Desember 2019), RS MMA melayani total 3.028 pasien rawat inap. Selama periode ini, jumlah pasien yang dirawat inap menunjukkan fluktuasi bulanan yang beragam. Bulan Maret 2019 mencatat jumlah pasien tertinggi sebanyak 446 pasien, sementara Desember 2019 menunjukkan jumlah pasien yang lebih rendah, yaitu 205 pasien. Meskipun ada beberapa kasus kematian selama periode ini, angka

kematian secara keseluruhan tetap relatif rendah dengan jumlah tertinggi tercatat pada bulan Mei 2019 dengan 3 kasus kematian.

Sementara selama masa pandemi (Maret - Desember 2020), RS MMA mengalami penurunan signifikan dalam jumlah pasien yang dirawat inap. Total 2.067 pasien dirawat inap selama periode ini, menandakan penurunan sebesar 31,7% dibandingkan periode sebelum pandemi. Bulan Mei 2020 mencatat jumlah pasien yang paling rendah, hanya sebanyak 155 pasien. Sedangkan jumlah pasien paling banyak pada Maret 2020 yaitu sebanyak 319 pasien. Selama periode pandemi, angka kematian akibat virus COVID-19 menunjukkan fluktuasi, dengan jumlah tertinggi pada bulan April 2020 dan September 2020, masing-masing dengan 5 kasus kematian. Total kematian yang terjadi selama masa pandemi sebanyak 26 kasus, dimana angka ini menunjukkan peningkatan kasus kematian sebesar 42% dari periode sebelum pandemi.

Perubahan jumlah pasien yang dirawat inap di RS Menteng Mitra Afia selama periode pandemi mencerminkan dampak besar yang dihadapi oleh rumah sakit dalam menghadapi krisis COVID-19. Penurunan drastis dalam jumlah pasien yang dirawat inap mengindikasikan penurunan aktivitas medis secara keseluruhan, kemungkinan karena beberapa hal. Penting bagi RS MMA untuk terus mengantisipasi perubahan tren dan meningkatkan kapasitas perawatan, termasuk kesiapan untuk menghadapi lonjakan pasien selama masa pandemi. Fokus pada upaya pencegahan penularan virus dan penguatan sistem perawatan dapat membantu mengurangi angka kematian dan memberikan perawatan terbaik bagi pasien yang dirawat inap selama masa pandemi dan situasi krisis kesehatan yang mungkin muncul di masa depan.

Tabel 4.6

Perbandingan Jumlah Pasien Instalasi Gawat Darurat Sebelum Pandemi (Maret - Desember 2019) dan Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)

Bulan Layanan	Pasien Instalasi Gawat Darurat
---------------	--------------------------------

	Sebelum Pandemi (Maret-Desember 2019)		Selama Pandemi (Maret - Desember 2020)	
	Jumlah Pasien	Meninggal	Jumlah Pasien	Meninggal
Maret	196	0	224	4
April	126	0	127	1
Mei	95	0	100	0
Juni	126	0	78	0
Juli	107	0	78	1
Agustus	119	0	138	1
September	132	1	129	0
Oktober	113	0	127	2
November	124	1	208	0
Desember	167	0	132	0
Total	1305	2	1341	9

Sumber : RSU Menteng Mitra Afia

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat dilihat perbandingan antara jumlah pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD) ketika sebelum dan selama pandemi Covid-19. Pada periode sebelum pandemi (Maret - Desember 2019), RS MMA menerima total 1.305 pasien di IGD. Selama periode ini, jumlah pasien yang masuk ke IGD menunjukkan fluktuasi bulanan yang beragam. Bulan Maret 2019 mencatat jumlah pasien IGD tertinggi sebanyak 196 pasien, sementara Mei 2019 menunjukkan jumlah pasien yang lebih rendah, yaitu 95 pasien. Meskipun ada beberapa kasus kematian selama periode ini, angka kematian secara keseluruhan tetap relatif rendah dengan jumlah tertinggi tercatat pada bulan September 2019 dengan 1 kasus kematian.

Selama masa pandemi (Maret - Desember 2020), RS MMA mengalami peningkatan jumlah pasien yang masuk ke IGD secara keseluruhan. Total 1.341 pasien masuk ke IGD selama periode ini, menandakan peningkatan dibandingkan periode sebelum pandemi. Bulan Maret 2020 mencatat

jumlah pasien yang paling tinggi sebanyak 224 pasien. Selama periode pandemi, angka kematian akibat kondisi darurat di IGD menunjukkan fluktuasi, dengan jumlah tertinggi pada bulan Maret 2020 sebanyak 4 kasus kematian. Kasus kematian juga lebih tinggi terjadi pada periode selama pandemi.

Perubahan jumlah pasien yang masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RS MMA selama periode pandemi mencerminkan dampak yang dihadapi oleh rumah sakit dalam menghadapi pandemi COVID-19. RS MMA perlu terus memantau dan mengantisipasi perubahan tren ini untuk menghadapi situasi yang tidak menentu selama masa pandemi. Kesiapan dan kapasitas pelayanan IGD yang baik akan membantu rumah sakit memberikan perawatan terbaik bagi pasien yang membutuhkan perhatian medis mendesak selama masa pandemi dan setelahnya. Fokus pada penguatan protokol kesehatan dan perawatan darurat akan membantu meningkatkan pelayanan dan mengurangi angka kematian di IGD selama masa pandemi dan dalam menghadapi situasi darurat lainnya.

4.2.5 Status Pasien

1. Alur Komunikasi Layanan Saat Pandemi

Pada dasarnya komunikasi layanan pada RS Menteng Mitra Afia seharusnya sesuai dengan struktur organisasi dan tatakerja RS, yang pada gilirannya membantu konsumen untuk : (1) menyelesaikan tugas yang berkaitan dengan peran dan tanggung jawab; (2) menyesuaikan diri dengan perubahan melalui kreativitas dan adaptasi individu dan organisasi; (3) menyelesaikan tugas melalui pemeliharaan kebijakan, prosedur, atau peraturan yang mendukung operasional sehari-hari dan berkesinambungan; (4) mengembangkan hubungan di mana “pesan manusia diarahkan pada orang-orang di dalam organisasi—sikap, moral, kepuasan, dan pemenuhan

mereka” dan, (5) mengoordinasikan, merencanakan, dan mengendalikan operasi organisasi melalui manajemen.

Sehubungan dengan terjadinya pandemic maka seluruh alur layanan berubah, satu factor utama sebagai akibat dari penyesuaian Tupoksi RS yang diatur oleh SATGAS Covid 19 Pemda DKI Jakarta. Kenyataan menunjukkan bahwa terdapat potensi penyebaran COVID-19 menjadi lebih luas karena tercampurnya pasien COVID-19 dan non-COVID-19 dalam satu rumah sakit karena rumah sakit rujukan juga tetap memberikan pelayanan kepada pasien biasa.

Pelayanan medik dilaksanakan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan yang berlaku. Jika diperlukan, pelayanan medik dapat dimodifikasi untuk mencegah penularan Covid-19, antara lain dengan menerapkan triase/skrining terhadap setiap pengunjung yang datang, mengubah alur pelayanan, menyediakan ruang pemeriksaan khusus ISPA, mengubah posisi tempat duduk pasien pada saat pelayanan (jarak dengan petugas diperlebar), menggunakan kotak khusus bagi pasien yang mendapatkan tindakan yang berpotensi menimbulkan aerosol yang dilakukan disinfeksi sesuai pedoman setelah pemakaian, atau menggunakan sekat pembatas transparan antara petugas kesehatan dan pasien.

Selama pandemic, komunikasi layanan pada RS Menteng Mitra Afia, kurang atau bahkan tidak secara taat asas mengikuti Tupoksi. Sebagian besar SDM, yang juga kuatir akan nasib mereka terjangkit Covid maka tidak dapat menyelesaikan tugas yang berkaitan dengan peran dan tanggung jawab, baik sebagai dokter, NAKES, dan manajemen RS sendiri. Paramedis di RS ini sulit menyesuaikan diri dengan perubahan melalui kreativitas dan adaptasi individu dan organisasi; sebagaimana yang dikehendaki SATGAS Covis. Paramedis tidak dapat sepenuhnya menyelesaikan tugas melalui pemeliharaan kebijakan, prosedur, atau peraturan yang mendukung operasional sehari-hari dan berkesinambungan. Apalagi mengoordinasikan, merencanakan, dan

mengendalikan operasi organisasi melalui manajemen.

Adapun perubahan layanan di RS MMA selama pandemi yaitu sebagai berikut:

1. Pelayanan rawat jalan

Jadwal pelayanan dimodifikasi berdasarkan sasaran program.

- 1) Tata laksana kasus mengacu pada standar operasional pelayanan (SOP) pelayanan dengan menerapkan prinsip triase, PPI dan *physical distancing*.
- 2) Pelayanan gigi dan mulut hanya dapat diberikan meliputi pelayanan pada keadaan darurat seperti nyeri yang tidak tertahan, gusi yang bengkak dan berpotensi mengganggu jalan nafas, perdarahan yang tidak terkontrol dan trauma pada gigi dan tulang wajah yang berpotensi mengganggu jalan nafas. Pelayanan gigi dan mulut darurat yang menggunakan *scaler ultrasonik* dan *high speed air driven* dilakukan dengan APD lengkap sesuai dengan pedoman karena memicu terjadinya *aerosol*.
- 3) Surat keterangan sehat dapat dikeluarkan berdasarkan hasil pemeriksaan kondisi pasien secara umum pada saat pemeriksaan dilakukan. Surat keterangan bebas Covid-19 tidak dapat dikeluarkan dengan mempertimbangkan terdapat orang yang terinfeksi Covid-19 yang tidak bergejala serta konfirmasi Covid-19 melalui RT-PCR tidak dapat dilakukan di Puskesmas.
- 4) Pada kasus pasien dengan penyakit kardiovaskuler seperti gagal jantung, hipertensi, atau penyakit jantung iskemik, pemberian terapi Renin Angiotensin Aldosteron (RAAS) dapat dilanjutkan untuk pasien yang terindikasi menerima pengobatan tersebut sesuai rekomendasi dari Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). Pada kasus pasien dengan penyakit kardiovaskular yang

terinfeksi Covid-19, keputusan terkait obat-obatan perlu dikaji secara individual, dengan mempertimbangkan status hemodinamik dan presentasi klinis pasien.

2. Pelayanan dengan tempat tidur atau rawat inap dan persalinan

Pada periode Maret 2020 sampai dengan Agustus 2020 pelayanan rawat inap diprioritaskan pada kasus non-Covid-19. Pemberian pelayanan rawat inap kasus non Covid-19 harus memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan *physical distancing*.

Pada periode September 2020 sampai dengan Januari 2021 pelayanan rawat inap diprioritaskan pada kasus Covid-19. Pemberian pelayanan rawat inap kasus Covid-19 harus memperhatikan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan *physical distancing*, sedangkan kasus non-Covid-19 dirujuk ke RS lain dengan menggunakan fasilitas SPGDT dan SISRUTE.

Pelayanan rawat inap pada kasus terkait Covid-19 dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku sesuai dengan standar pelayanan kasus Covid-19, dengan mempertimbangkan ketersediaan sumber daya (SDM, sarana, prasarana, alat kesehatan, BAHAN MEDIS HABIS PAKAI (BMHP), APD dan pembiayaan) dan persetujuan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota setempat.

Pada periode Maret 2020 sampai dengan Agustus 2020 pelayanan persalinan normal tetap dapat dilakukan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia bagi ibu hamil dengan status BUKAN Orang Dalam Pemantauan (ODP) , Pasien Dalam Pengawasan (PDP) atau terkonfirmasi Covid-19 sesuai kondisi kebidanan menggunakan APD sesuai pedoman. Ibu hamil berisiko atau berstatus ORANG DALAM PEMANTAUAN, PASIEN DALAM PENGAWASAN atau terkonfirmasi Covid-19 dilakukan rujukan secara terencana untuk

bersalin di Fasyankes rujukan.

Pada periode September 2020 sampai dengan Januari 2021 Pelayanan Persalinan normal tetap dapat dilakukan di Rumah Sakit Menteng Mitra Afia bagi ibu hamil dengan status Orang Dalam Pemantauan, Pasien Dalam Pengawasan atau terkonfirmasi Covid-19 sesuai kondisi kebidanan menggunakan APD sesuai pedoman. Ibu hamil berstatus BUKAN Orang Dalam Pemantauan, Pasien Dalam Pengawasan atau terkonfirmasi Covid-19 dilakukan rujukan secara terencana untuk bersalin di Fasyankes rujukan.

3. Pelayanan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat tetap dilaksanakan sesuai standar pelayanan yang berlaku dengan memperketat proses triase dan memperhatikan prinsip PPI. Apabila tidak dapat ditentukan bahwa pasien memiliki potensi Covid-19 maka pasien diperlakukan sebagai kasus Covid-19.

4. Pelayanan Farmasi

Pelayanan kefarmasian tetap dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian dengan memperhatikan kewaspadaan standar serta menerapkan *physical distancing* (mengatur jarak aman antar pasien di ruang tunggu, mengurangi jumlah dan waktu antrian). Apabila diperlukan, pemberian obat terhadap pasien dengan gejala ISPA dapat dilakukan terpisah dari pasien non ISPA untuk mencegah terjadinya transmisi. Kegiatan pelayanan diupayakan memanfaatkan sistem informasi dan telekomunikasi.

Pengantaran obat dapat bekerjasama dengan pihak ketiga melalui jasa pengantaran, dengan ketentuan bahwa jasa pengantaran wajib menjamin keamanan dan mutu, menjaga kerahasiaan pasien, memastikan obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) sampai pada tujuan dan mendokumentasikan serah terima obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP).

Petugas farmasi berkoordinasi dengan program terkait melakukan penyesuaian kebutuhan obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) termasuk APD dan Desinfektan serta bahan untuk pemeriksaan laboratorium Covid-19 (rapid test, kontainer steril, swab dacron atau flocced swab dan Virus Transport Medium (VTM)).

Untuk pelayanan farmasi bagi lansia, pasien PTM, dan penyakit kronis lainnya, obat dapat diberikan untuk jangka waktu lebih dari 1 bulan, hal ini mengacu pada Surat Edaran Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS No. 14 Tahun 2020 tentang Pelayanan Kesehatan bagi Peserta JKN Selama Masa Pencegahan Covid-19.

5. Pelayanan Laboratorium

Pelayanan laboratorium untuk kasus non Covid-19 tetap dilaksanakan sesuai standar dengan memperhatikan PPI dan *physical distancing*.

Pemeriksaan laboratorium terkait Covid-19 (termasuk pengelolaan dan pengiriman spesimen) mengacu kepada pedoman yang berlaku, dilakukan oleh tenaga kesehatan yang telah memperoleh peningkatan kapasitas terkait pemeriksaan rapid test dan pengambilan swab.

Petugas laboratorium menghitung kebutuhan rapid test, kontainer steril, swab dacron atau flocced swab dan Virus Transport Medium (VTM) sesuai arahan dinas kesehatan dengan memperhatikan prevalensi kasus Covid-19 di wilayah kerjanya.

Mengingat adanya cross reaction dengan flavavirus dan virus unspecific lainnya (termasuk Covid-19) setiap pemeriksaan Serological Dengue IgM positif pada keadaan pandemi Covid-19 harus dipikirkan kemungkinan infeksi 32 Covid-19 sebagai differential diagnosis terutama bila gejala klinis semakin berat.

6. Sistem Rujukan

Sistem rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dengan memperhatikan:

- 1) Merujuk ke Fasilitas Kesehatan sesuai dengan kasus dan sistem rujukan yang telah ditetapkan oleh dinas kesehatan sesuai peraturan yang berlaku.
- 2) Rumah Sakit MMA menempatkan pasien yang akan dirujuk pada ruang isolasi tersendiri yang terpisah.
- 3) Mendapat persetujuan dari pasien dan/atau keluarganya.
- 4) Melakukan pertolongan pertama atau stabilisasi pra rujukan.
- 5) Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan melalui pemanfaatan aplikasi SISRUTE (<https://sisrute.kemkes.go.id/>) dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima (tersedia sarana dan prasarana serta kompetensi dan tersedia tenaga kesehatan). Rujukan Suspek Pasien Dalam Pengawasan melalui Sisrute mengacu pada user manual.
- 6) Membuat surat pengantar rujukan dan resume klinis rangkap dua.
- 7) Transportasi untuk rujukan sesuai dengan kondisi pasien dan ketersediaan sarana transportasi.

7. Pemulasaraan Jenazah

Pemulasaraan jenazah kasus Covid-19 dilakukan mengacu pada pedoman yang berlaku. Apabila Rumah Sakit MMA diberikan tugas untuk melaksanakan pemulasaraan jenazah kasus Covid-19, maka dinas kesehatan harus memastikan ketersediaan sumber daya di Rumah Sakit seperti SDM yang telah memperoleh peningkatan kapasitas, APD petugas, ruangan, peti jenazah dan bahan habis pakai lainnya terkait pelaksanaan pemulasaraan. Puskesmas melakukan koordinasi dengan gugus tugas Covid-19 kabupaten

kota dan RS rujukan Covid-19 terdekat untuk pemulasaraan dan pemakaman.

Surat keterangan kematian menggunakan formulir surat keterangan kematian yang berlaku di Rumah Sakit MMA sesuai hasil pemeriksaan dokter. Penyebab kematian perlu dipastikan oleh dokter yang memeriksa apakah terkait dengan Covid-19 atau tidak karena hal ini akan memperngaruhi prosedur pemulasaran jenazah.

4.2.6 Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Adapun sarana dan prasarana RSU Menteng Mitra Afia, secara mendasar, tidak berubah selama pandemic, kecuali ada penambahan fasilitas untuk menampung pasien covid 19.

Tabel 4.7
Fasilitas Tempat Tidur Di Rumah Sakit Umum
Menteng Mitra Afia Saat Pandemi

Unit	Jenis	Jumlah Tempat Tidur (TT)	Jumlah Tempat Tidur (TT) saat covid
Pelayanan Emergency	Resusitasi	1	1 Covid
	Isolasi	1	4 Non Covid
	Tindakan bedah	1	(Maret – Ags 2020)
	Non bedah	1	4 Covid, 1 Non Covid
	PONEK	1	(Sept 2020 – jan 2021)
	Triase	3	3
Rawat Inap	VIP	6	R. Covid (Sept 2020 – jan 2021)
	Kelas I Utama	2	
	Kelas I	2	
	Kelas II	20	
	Kelas III	20	
	Isolasi dan Observasi	3	Dijadikan ruang covid dari bln Maret 2020
	Rawat Bersalin	4	R. Covid (Sept 2020 – jan 2021)
	Kamar Bersalin (VK)	2	
	Bayi	6	Ditutup (Sept 2020 – Jan 2021)
	Inkubator	1	
	HCU	4	
ICU	2		
Ruang Operasi (OK)	Khusus Mata	1	Berubah dari sept 2020 – jan 2021
	Bedah Umum	1	
	Bedah Urologi	1	

Sumber data : Rumah Sakit Menteng Mitra Afia

4.2.7 Sumber Daya Manusia

Jumlah dan kualifikasi SDM dalam layanan pasiwn rawat jalan selama pandemic Covid-19.

Tabel 4.8**Jumlah Dokter di RSUD Menteng Mitra Afia**

No.	Klasifikasi	Jumlah Sebelum Pandemi	Saat Pandemi
1	Dokter Umum	7	7 (masing – masing minimal isolasi mandiri selama 14 hari)
2	Dokter Gigi Umum	3	WFH (tidak praktek)
3	Dokter Spesialis Bedah	2	2
4	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	4	2 (2 usia lansia dan tidak mau praktek)
5	Dokter Spesialis Anak	2	2
6	Dokter Spesialis Obgyn	3	2 (1 dokter tidak praktek)
7	Dokter Spesialis Paru	2	2
8	Dokter Spesialis Anestesi	3	1 (2 dokter resign)
9	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	1
10	Dokter Spesialis Kejiwaan	1	0
11	Dokter Spesialis Mata	2	2
12	Dokter Spesialis THT	2	1 (1 dokter WFH)
13	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	1	1
14	Dokter Spesialis Jantung Pembuluh Darah	1	0
15	Dokter Spesialis Syaraf	2	0
16	Dokter Spesialis Rehab Medik	1	1
17	Dokter Spesialis Radiologi	1	1
18	Dokter Spesialis Gizi	1	1
TOTAL		39	26

Sumber : RSUD Menteng Mitra Afia

Tenaga Kesehatan dan Non NAKES di Instalasi Rawat Jalan RSUD Menteng Mitra Afia adalah tenaga yang profesional dan kompeten di bidangnya. Hasil wawancara didapatkan informasi bahwa SDM di unit rekam medis belum sesuai.

4.3 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Setelah peneliti menampilkan pelbagai data sebagai informasi tentang kinerja RS Menteng Mitra Afia, baik sebelum maupun setelah pandemic Covid-19, maka pada bagian ini, peneliti membuat analisis terhadap semua data dan informasi tersebut di atas. Demi terstrukturnya pola pikir penulisan ini maka peneliti membahas hasil penelitian ini dengan tetap berpegang pada tujuan penelitian sebagaimana tertera dalam bab 1.

4.3.1 MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN PERTAMA

- **MENDESKRIPSIKAN DAN MENGANALISIS BERBAGAI TINDAKAN MEDIS DALAM SITUASI KRISIS PANDEMI DI RS MENTENG AFIA SELAMA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021.**

Pandemi adalah sebagian besar wabah penyakit yang menyebar luas sebagai akibat dari penyebaran infeksi dari manusia ke manusia. Ada banyak wabah penyakit dan pandemi yang signifikan yang tercatat dalam sejarah, termasuk Flu Spanyol, Flu Hong Kong, SARS, H7N9, Ebola, Zika (WHO, 2011) (Rewar, Mirdha, & Rewar, 2015) (Maurice, 2016). Istilah "pandemi" belum didefinisikan oleh banyak teks medis, tetapi ada beberapa fitur utama dari pandemi, termasuk perluasan geografis yang luas, pergerakan penyakit, kebaruan, tingkat keparahan, tingkat serangan yang tinggi dan eksplosif, kekebalan populasi yang minimal, infeksi dan penularan, yang membantu kita untuk memahami konsep ini dengan lebih baik, jika kita memeriksa persamaan dan perbedaan di antara mereka. Krisis terkait pandemi telah dikaitkan dengan dampak negatif yang sangat besar terhadap kesehatan, ekonomi, masyarakat, dan keamanan komunitas nasional dan global. Selain itu, krisis ini juga telah menyebabkan gangguan politik dan sosial yang signifikan.

Harus diakui bahwa pandemic covid-19 ini, sebagai suatu krisis, tidak saja nasional, tetapi internasional, bagi semua petugas kesehatan dianggap relative “baru”. Yang menarik adalah situasi

awal pandemic covid-19 di Indonesia, termasuk yang dialami oleh RSUD Mitra Afia. Sebagian besar dokter, NAKES, petugas medis umumnya bingung menghadapi virus covid-19 yang sebelumnya mereka tidak kenal.

Seorang dokter, RM di RSUD MMA mengatakan bahwa;

Latar belakang terjadinya krisis pandemi ada suatu virus yang tidak diketahui menyerang semua. Nakes tidak siap alat untuk identifikasinya dan belum siap harus menangani pasien dengan keterbatasan yang belum tau jaminannya karena di awal semua panik tapi di lain sisi tidak mungkin untuk menolak pasien yang berdatangan saat gelombang arus yang besar

Menurut Prof. Agus disebut krisis karena :

..... Bentuk krisis akan berpengaruh ke multi dimensi yang artinya mulai dari kesehatan epicenternya ekonomi dan sekarang bisa sosial politik dan sebagainya menjadi latar belakang makronya. Asal muasalnya dari virus yang alamiah terjadi mutasi secara alamiah atau ada kecelakaan dengan isu dengan *by security*. Panel covid-19 celakanya adalah karena sampai hari ini kita belum tau sebab secara medisnya muncul dan juga pato fisiologisnya termasuk juga dari sisi pengobatannya. Oleh karena itu kembali lagi problem utama akhirnya secara *public health* untuk mengatasi masalah ini ada PSBB dan sebagainya. Di mana *bedterence* dan sebagainya itu yang utama. Mengubah secara cukup drastis bentuk komun

Menurut Dian, HRD RS MMA;

..... waktu awal awal tuh kan kita enggak tahu apa apa mengenai covid ya sehingga timbulah stres yang tinggi baik di semua itu baik masyarakat maupun kita juga sebagai tenaga kesehatan atau orang orang yang bekerja di rumah sakit sekalipun itu kita juga mengetahui sedikit mengenai covid lah apakah dari nah sdm itu memberikan apa namanya kayak *workshop* kah atau seminar kah atau pelatihan kah gitu ya kalau enggak salah ya banyak tuh misalnya untuk pelatihan untuk alur pelatihan untuk menggunakan hazmat pelatihan atau penyegaran atau ilmu pengetahuan baru mengenai covid apa itu covid gitu sehingga membuat *knowledge* dari SDM dari mma itu menjadi lebih baiklah sehingga bisa menerima kondisi menjadi lebih lebih apa ya kalau kita tahu kan kita jadi lebih tenang ya enggak khawatir enggak bingung gitu

Menurut dr. Yudha, MANAJEMEN RS MMA;

Dari berita dan beberapa informasi teman sejawat, memang ada beberapa penderita yang diduga pada saat itu mempunyai gejala-gejala seperti sakit flu dan saat itu memang ada keterlibatan atau kontak dengan orang asing atau turis. Kalau tidak salah warga Depok, akhirnya berhasil diisolasi dan dilakukan pemeriksaan PCR ternyata itu jadi kasus pertama covid. Menurut saya, kejadian itu sebenarnya bukan menjadi satu awalan. Sepertinya memang saat itu Kementerian Kesehatan ataupun pemerintah ini gagal dalam hal untuk mencegah masuknya Covid ke negara kita Indonesia. Karena kita tahu setelah itu, ternyata informasi ini sudah dari akhir tahun 2019 sudah ada informasi. Namun Indonesia sendiri masih santai dan masih membuka *border*-nya, jadi banyak orang asing yang bisa masuk

sehingga bisa terjadi pandemi di Indonesia. Saat itu memang diketahui bahwa asal muasal dari krisis infeksi Covid ini terjadi di Wuhan, China. Adanya penyakit infeksi di mana pemerintah (dalam hal ini Kementerian Kesehatan) menurut saya gagal untuk mencegah atau mengantisipasi terjadinya pandemi di negara kita.

Meskipun demikian semua “faskes”, termasuk para dokter, tenaga medis, NAKES sudah seharusnya dikerahkan untuk melakukan tindakan medis. Hal ini seperti disampaikan oleh dr. Licht, MANAJEMEN, bahwa :

..... pada masa pandemi ada tindakan tindakan medis yang kemudian dibatasi atau sama sekali tidak boleh dan tidak boleh dilaksanakan dokter Enrico. contoh misalnya itu adalah alat alat yang digunakan semprotan ya nah seperti tindakan tindakan di dokter gigi itu, itu dokter gigi sempat itu enggak praktik dokter Enrico ya, karena karena risiko untuk penularan itu sedemikian besar gitu ya contoh contohnya seperti itu jadi memang ada pengkondisian terhadap tindakan tindakan medis selama masa pandemi. jadi di itu sudah jelas juknisnya covid itu ada gitu bahkan dua tahun covid itu ada lima edisi buku juknisnya covid ya keluar, bahwa ditetapkan untuk penerimaan pasien covid itu beda pintunya dengan pintunya dengan pasien non-covid.

Hal senada disampaikan pula oleh dr. Yudha bahwa :

Tindakan medis pada saat pandemi pastinya; penggunaan oksigen *High Flow Nasal* kanul itu lebih banyak. Kemudian kita tidak lagi melakukan operasi operasi apa namanya tindak operasi yang kita ketahui sudah terkonfirmasi covid itu kita enggak makan karena kita enggak punya fasilitas OKA yang khusus isolasi. Kemudian seputar kedokteran respirasi. Tata laksana yang dipakai pastinya mengikuti alur protokol dari Kementerian Kesehatan bahwa pasien pasien terkonfirmasi Covid itu kita tata laksana dengan antivirus yang terakhir avigan, itu sempat kehabisan. Kemudian remdesivir injeksi antivirus beberapa tapi paling banyak antivirus oral itu favipiravir yang kita pakai, tindakan HFNC yang cukup banyak.

Untuk obat-obatan, kita tidak pakai *ivermectin* karena semacam kontroversial, kita tetap pakai antivirus *favivirafir*, avigan sama basisnya. Tata laksana alur penyediaan obat, dari manajemen dibuatkan rekomendasi atau referensi, kita lampirkan yang kita dapatkan dari perhimpunan (misalnya PASIEN DALAM PENGAWASANI) kemudian sudah ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit, istilahnya sudah divalidasi dan legalisasi. Kemudian kita sosialisasi langsung ke struktural rumah sakit dan komite medis, dokter spesialis, terutama klinisi yang menangani pasien Covid, ini sudah termasuk ke urusan obat. Misalkan ada soal diagnostik PCR dan sebagainya itu langsung tersosialisasi ke masing masing unit, misalnya PCR ke laboratorium. Untuk pengadaan obat Favitirafir dan sebagainya itu ke farmasi, nanti sudah langsung dilakukan implementasi. Bilamana ada hambatan atau kendala itu biasanya nanti di feedback balik atau disampaikan ketika ada

morning report.

Ketika berlangsungnya pandemic sangat terasa bagaimana beratnya kinerja para dokter yang berada di garis depan (*front line*). Sebagaimana dikatakan oleh Katharine Lang Alexandra Sanfins (2022) bahwa “bagi para profesional medis, tekanannya sangat kuat. Mereka tidak hanya menghadapi paparan terus-menerus terhadap SARS-CoV-2, tetapi mereka juga harus menghadapi tuntutan perubahan peran mereka selama pandemi, yang pasti berdampak pada kesehatan mental mereka. Sebuah meta-analisis studi tentang efek kesehatan mental dari pandemi pada petugas layanan kesehatan menemukan bahwa kecemasan, depresi, dan stres paling umum di antara kelompok ini. Banyak petugas kesehatan juga melaporkan kelelahan, insomnia, takut infeksi, dan pikiran untuk bunuh diri. Bukan hanya mereka yang menangani pasien COVID-19 di rumah sakit yang terkena dampaknya. Tinjauan global terhadap penelitian yang diterbitkan dalam *British Journal of General Practice* menemukan tingkat stres, kecemasan, dan kelelahan terkait pekerjaan yang tinggi di antara dokter perawatan primer di banyak negara.

Laporan lanjutan dari Lee Chambers mengemukakan bahwa ada masalah lain di kalangan profesional medis : “Ada perasaan nyata... Saya kira istilah untuk itu adalah 'cedera moral', perasaan nyata bahwa Anda menempatkan diri Anda pada risiko penyakit. Anda berada di garis depan benar-benar memanfaatkan krisis dan kemudian Anda memiliki orang-orang tertentu dalam posisi berpengaruh hanya melakukan apa yang mereka inginkan, mengadakan pesta. [...] Itu salah satu hal yang sangat menyusahkan banyak profesional medis.” Dampak yang mengkhawatirkan dari hal ini adalah banyak dokter yang meninggalkan profesinya. British Medical Association menemukan dalam survei baru-baru ini bahwa 21% responden mempertimbangkan untuk meninggalkan NHS, dan 25% mempertimbangkan untuk mengambil jeda karir karena stres bekerja selama pandemi. Dalam survei tersebut, seorang dokter umum mengungkapkan apa yang

mungkin menjadi pandangan banyak orang, mencatat bahwa, “[jika keadaan tidak berubah dalam beberapa minggu ke depan, saya khawatir banyak rekan akan meninggalkan profesi.]”

Situasi yang dialami ini sesuai dengan penelitian Agyei et al (2021) berjudul “Surviving to thriving”: a meta-ethnography of the experiences of healthcare staff caring for persons with COVID-19.” Penelitian mengambil tema kemunculan penyakit Coronavirus telah meningkatkan pengalaman beban emosional di antara staf kesehatan. Menurut Agyei setelah mengumpulkan dan mensintesis studi kualitatif untuk membangun pemahaman komparatif tentang pengalaman staf kesehatan untuk merawat pasien Covid19. Pendekatan meta-etnografi digunakan untuk mengumpulkan dan mensintesis studi kualitatif primer. Basis data pencarian dilakukan dari Januari hingga November 2020. Alat standar digunakan untuk mengekstrak data dari studi primer yang teridentifikasi. Studi diterjemahkan satu sama lain untuk merumuskan konsep menyeluruh/metafora yang membentuk dasar melakukan sintesis naratif.

Dari penelitian ini didapati kesimpulan bahwa staf kesehatan yang merawat orang yang terinfeksi penyakit Coronavirus berisiko mengalami kelelahan fisik, kelelahan empati dan membutuhkan dukungan kesehatan mental yang berkelanjutan sepadan dengan kebutuhan mereka. Staf yang berkontak dengan penyakit mungkin memerlukan dukungan tambahan untuk mengatasi penyakit dan pemulihan. Kebijakan dan terpadu diperlukan upaya untuk memperkuat sistem pendukung dan membangun ketahanan di antara staf layanan kesehatan.

Namun dalam kondisi “ketidak tahuan” dan “kekurangan informasi” tentang virus covid-19 itu, semua prosedur layanan harus dilakukan, apapun risikonya. Seperti diakui oleh dr. Licht bahwa :

.... jadi sebenarnya waktu saya di MMA itu itu adalah fase kedua saya mengalami lonjak lonjakan covid19. nah waktu pertama kali covid ada, di awal covid saya masih menjadi direktur rumah sakit Tanjung Priok jadi sebenarnya waktu di MMA tahun selanjutnya ya sebenarnya itu sudah tidak menjadi hal yang luar biasa bagi saya. jadi karena sebenarnya

protokolnya sudah mulai tertib secara nasional gitu jadi kalau di awal awal saya mengalami itu masih meraba-raba semua tuh enggak ada rambu rambu yang belum ada rambu rambu yang baru gitu nah tapi pada lonjakan kedua yang waktu saya ada di mma rambu rambu itu sudah mulai tertata, nah tinggal adalah bagaimana waktu itu karena ada lonjakan jadi ada kebutuhan terkait dengan rujukan rumah sakit, itu di mana masih dibutuhkan untuk pelayanan nah jadi sebenarnya pada masa itu saya sudah tidak dalam keadaan bingung lagi sebenarnya karena sudah apa kemenkes sudah menetapkan beberapa aturan yang sebenarnya sudah cukup untuk kita tindaklanjuti seperti itu dokter Enrico.

Menurut dr Yudha bagaimana harus melayani pasien covid? ;

Saat itu yang saya ingat, pada awalnya alur pelayanan medis kita memang tidak ada istilahnya *screening* mengenai penyakit infeksi atau *airbone disease*. Kita tahu sebenarnya airbone disease yang sudah familiar seperti tidi atau yang lainnya itu yang kita anggap memang menular lewat pernapasan namun tidak sebegitu infeksius dibandingkan pada saat pandemi itu terjadi. Sehingga akhirnya pada saat itu perubahan yang terjadi itu adalah kita melakukan *screening* terhadap pasien yang masuk. Dari semua *port* di *entry* pasien masuk, baik itu di IGD, rawat jalan, kita melakukan *screening* dan pastinya menyiapkan alat pelindung diri buat petugas kesehatan kita di lapangan.

Akibat ketidak tahuan dan kekurangan informasi tentang “*screening*” Covied maka keadaan awal di RSUD Menteng Mitra Afia, seperti dikatakan oleh dr. RM bahwa;

Semua Poli di awal tutup tidak banyak layanan dokter terutama THT dan Gigi. Tidak ada praktik dan pasien dibatasi, biasanya kalau tidak parah tidak ke rumah sakit jadinya jumlah kunjungan menurun. Dari perawatan ada ruang covid, jadinya ada 2. Untuk covid dan rekam medisnya tidak masuk kedalam yang ruang covid cukup sampai *nurse station*, nata alur agar mengurangi kontak sama pasien karena dari petugas perawat atau rekam medis dan pendaftaran harus diakalin agar tidak selalu bertatap muka dengan pasien. Yang sebelumnya tidak pernah pakai masker, akhirnya disediakan masker dan APD minimal karena bukan di Zona kuning atau zona merah. Yang tidak pakai APD, diberikan APD. Yang tidak ada penghalang diberikan penghalang untuk mengurangi resiko penularan covid dari PP.

Hal yang sama disampaikan oleh petugas **Lab RSUD Menteng Mitra Afia** bahwa,

“kita mengandalkan kebiasaan memeriksa specimen dari pasien yang dikirim oleh dokter. Dari situ kita mulai awal mengetahui virus covid-19 itu. Perubahan ada seperti pasien darurat yang biasanya langsung ke IGD, saat pandemi harus ke ruangan *screening* terlebih dahulu seandainya panasnya melebihi demam dan batuk langsung dialihkan keruang isolasi agar tidak tercampur dengan pasien lainnya.

.... kalau untuk perubahan yang tadinya dari mungkin situasi non-covid terus tiba tiba jadi ke covid biasanya kita memang ada SOP terbaru ini langsung dibuat dari manajemen tuh sop untuk penerimaan pasien alur pasien masuk. kita ada dari grup itu manajemen itu kita ada grup di situ dokter, jadi untuk perubahan atau gimana kita komunikasikan antara

manajemen dengan kepala unit masing masing itu ter-informasikan semuanya. karena mungkin pas saat pandemi untuk rapat untuk yang lain-lain kita cut dulu ya dokter kita tiadakan dulu gitu jadi semua informasi kita langsung lewat mungkin dokter penanggung jawab covid-nya dari manajemen saat itu koordinator covid-nya saat itu gitu dok.

Peneliti berkesimpulan bahwa, dalam batas-batas tertentu, dalam kegalauan nasional dan internasional terhadap ketidak jelasan virus covid-19, para dokter, tenaga medis, dan seluruh “faskes” dikerahkan untuk menyelamatkan jutaan warga masyarakat.

4.3.2 MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN KEDUA

- **MENGENAL DAN MENJELASKAN BERBAGAI BENTUK ATAU JENIS DEVIASI ETIKA KOMUNIKASI DI RS M SELAMA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021**

Dalam bab 2, peneliti telah menguraikan apa yang dimaksudkan dengan etika komunikasi. Komunikasi adalah tindakan atau proses menggunakan kata-kata, suara, tanda atau perilaku untuk mengungkapkan atau bertukar informasi atau untuk mengungkapkan ide, pikiran, perasaan, dll, kepada orang lain. Komunikasi juga memerlukan penggunaan isyarat *verbal* dan *non-verbal*, dan dalam prosesnya seringkali banyak informasi yang disampaikan, dan terkadang kesalahpahaman juga dapat terjadi. Sadri-Flammia [2011] menyimpulkan komunikasi sebagai proses simbolik di mana orang menciptakan makna bersama. Lalu apa itu komunikasi verbal? Komunikasi verbal adalah tentang bahasa, baik tertulis maupun lisan. Komunikasi verbal adalah tentang bahasa lisan dan tulisan. Dengan kata lain manusia berinteraksi melalui penggunaan kata-kata atau pesan dalam bentuk bahasa. Sedangkan komunikasi nonverbal adalah komunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh dan bahasa isyarat lainnya.

Berhubung seluruh proses komunikasi ini berlangsung di RS, bahwa dalam perawatan kesehatan modern lebih dari sekadar penyediaan layanan kesehatan dan perawatan pasien yang

bermaksud baik dan secara teknis profesional.

Komunikasi adalah segmen yang sangat penting dalam manajemen tim - selain kemampuan, penalaran dan pemecahan masalah, dokter dan perawat harus memiliki keterampilan komunikasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya. Karena kekhasan komunikasi personal para dokter, baik di antara sesama dokter yang bersifat konsultatif, maka ada pula komunikasi personal antara dokter dengan pasien. Dengan demikian, komunikasi antara sesama dokter maupun antara dokter dengan pasien, tetap berbasis pada pasien, karena “tentang pasien” lah para dokter itu berkomunikasi satu sama lain. Inilah yang disebut sebagai komunikasi terapatik, prinsip ini pula yang diperkenalkan oleh Hippocrates (Epstein dkk, 2005).

Konsep "komunikasi terapeutik" mengacu pada proses di mana dokter atau perawat secara sadar memengaruhi klien atau membantu klien untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik melalui komunikasi verbal atau nonverbal. Komunikasi terapeutik melibatkan penggunaan strategi khusus yang mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaan dan ide serta menyampaikan penerimaan dan rasa hormat. Namun konsep ini telah didefinisikan lebih lanjut oleh para ahli yang berbeda yang menganalisis istilah-istilah tersebut secara terpisah, dalam hal struktur kata dan maknanya, yaitu terapi dan komunikasi (Miller dan Keane, 1993). Terapi dan komunikasi adalah dua kata yang kompleks yang masing-masing mengandung arti yang berbeda. Namun istilah ini memiliki arti yang berbeda ketika merujuk pada terminologi medis dan ketika dianggap sebagai kata benda majemuk.

Di saat pandemic ini, telah terjadi perubahan respons komunikasi para dokter dan paramedis terhadap layanan covid. *Dari komunikasi awal yang bersifat tatapmuka verbal-nonverbal secara komunikasi terapatik, menjadi komunikasi antar personal bermedia.* Hal ini dibenarkan oleh beberapa pendapat dari wawancara sebagai berikut;

1. Prof. Agus. Latar belakangnya pasti pandeminya sendiri sebagai krisis global dan seluruh dunia pada akhirnya karena ini karakternya adalah jenis penyakit menular sehingga *komunikasi yang bisa sifatnya tatap muka atau gathering secara masal apalagi terhambat atau kehilangan. Modalitas komunikasi akan beralih melalui jenis yang lain termasuk juga dengan telemedicine atau zoom dan sebagainya*. Kalau dilihat dari krisis pandeminya sendiri adalah pengaruhnya jadi kesehatan itu menjadi faktor penentu dalam semua kegiatan walaupun dilabel atau difokuskan ke arah ekonomi. Jadi bagaimana kesehatan yang dulunya dianggap sebagai cost center itu sekarang menjadi investasi kesehatan. Hikmah yang ada dari sisi komunikasi dan sisi penanganan penyakit menular dalam teori memang penyakit menular apalagi yang global adalah *high politics* dibandingkan dengan penyakit tidak menular. Mengubah secara cukup drastis bentuk komunikasi ini sebenarnya sejalan dengan adanya era *internet of thing* sehingga modalitas ini mempercepat pandemi. Mempercepat modalitas bentuk komunikasi yang lainnya secara virtual pengaruhnya ke masih pelayanan otomatisnya karena pelayanan menjadi pertarungan dari satu penanganan darurat masal. Seperti yang diketahui banyak tenaga kesehatan, dokter dan sebagainya berjibaku dan akhirnya dapat punya andil banyak walaupun korban juga banyak, Dengan demikian hampir seluruh dunia juga memberi penghargaan pada para dokter dan tenaga kesehatan yang memang sudah menyumbangkan penanganannya karena walau bagaimanapun kalau tidak ditangani saat covid itu, pasti korban akan lebih banyak lagi. Disitulah penanganan yang sifatnya emergency itu masal makanya disebut krisis.
2. Dr. Yudha. Tata kelola komunikasi dan informasi terhadap pandemi dari pihak luar dalam hal ini saya anggap misalkan SUDIN sebagai atasan kita. Sudin/Dinkes Provinsi/Kementerian Kesehatan kemudian pihak swasta yang lain, saat itu banyak yang berdonasi mengenai alat pelindung diri (APD). Kalau menurut saya saat itu tata kelola komunikasi informasi itu memang masih didominasi satu arah *top to down*. Banyak sekali informasi, hampir setiap minggu, tiap bulan di-update informasi mengenai; update protokol screening, protokol perawatan isolasi pasien Covid, protokol pencegahan infeksi. Jarang sekali adanya komunikasi dua arah atau bisa debatable gitu. Jadi Rumah Sakit menerima setiap regulasi dari Sudin, ditambah Rumah Sakit ini menjadi rujukan Covid dari SK Gubernur.
3. Dr. Arief. Saat itu komunikasi ke pasien itu memang serba kesulitan, artinya yang pertama, pasti sedikitnya kita paham sebagai orang medis sendiri tentang covid kita masih ya pasti sedikit pemahaman covid sehingga banyak ketakutan kita yang akhirnya dengan protokol ketat dan lain lain. Nah berbeda keadaan si pasien dan keluarga banyak tidak tahunya, bahkan dampaknya, sehingga ketika kita menerangkan dari sisi kita menyampaikan bahaya tapi dari sisi pasien dan keluarga tidak bisa menerima. Ini memerlukan penjelasan yang panjang kali luas kali lebar untuk meyakinkan atau memberitahukan dampak- dampaknya. Nah di lain pihak dari pemerintah sendiri dengan memberikan aturannya dengan kriteria kalau ada satu pasien segala macam, itu menjadi polemik ketika kita mesti menyampaikan dan sering ditolak oleh keluarga. Terkadang sampai bawa bawa pengacara lah, bawa pejabat lah, dan lain lain. Jadi kesulitannya bukan hanya sekedar menghadapi pasien danketidaktahuan kita terhadap penyakitnya,

tapi menghadapi keluarganya dan menghadapi orang-orang di belakang keluarganya. Ketika regulasinya waktu itu belum jelas, dengan pasien kita yang banyak dan memang kesiapan rumah sakit belum memadai ya kita rujuk. Pada yang sekarang kalau artinya ketika sudah siap ya kita terima.

Komunikasi di kalangan para dokter dengan sesama dokter, atau dari dokter dengan para NAKES ini ternyata juga mempengaruhi komunikasi dengan pemimpin dan manajemen yang akan diuraikan di bagian 4.4.4 nanti.

Deviasi etika komunikasi, yang berdasarkan komunikasi teraupetik itu, beralih kepada komunikasi bermedia. Situasi ini sebenarnya telah menggambarkan terjadinya deviasi dalam etika komunikasi. Seperti hasil riset Hayry (2020) berjudul *The COVID-19 Pandemic: Healthcare Crisis Leadership as Ethics Communication*, dia menjelaskan bahwa reaksi pemerintah terhadap krisis seperti pandemi COVID-19 dapat dilihat sebagai etika komunikasi. Pemerintah dapat mengatasi penyakit ini dan dengan demikian mengurangi dampak kesehatan masyarakat yang merugikan, meskipun dengan penyimpangan sebagaimana dijelaskan oleh Walter Benjamin dan didukung oleh pendapat Fiedler karena kepemimpinan situasional.

Hayry (2020) menjelaskan hasil pengamatan di negara Swedia dan Finlandia menunjukkan perbedaan dalam cara yang layak untuk mengkomunikasikan kebijakan yang dipilih kepada warga. Swedia mengambil strategi kekebalan kawanan dengan argumen utilitarian kesehatan yang mudah dikomunikasikan pada orang Swedia. Sedangkan Finlandia memilih strategi PSBB. Baik Swedia dan Finlandia sulit mengkomunikasikan hal tersebut karena bertentangan dengan prinsip dasar demokrasi liberal.

Pendapat Hayry (2020) ini didukung oleh riset Kristian Bjørkdahl dan Benedicte Carlsen (2019). Dalam “Uncertainty and Immunity in Public Communications on Pandemics dalam bunga rampai *Pandemics, Publics, and Politics: Staging Responses to Public Health Crises*” Kristian

menjelaskan apa yang terjadi di Australia dan Skotlandia tentang keterlibatan publik dengan pandemi influenza (flu babi) 2009 dan membahas implikasi komunikasi pada wabah penyakit menular yang lebih baru, termasuk Ebola dan Zika. Kesimpulan Kristian menunjukkan bahwa bagaimana pesan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mencapai keseimbangan peringatan dan kepastian yang bisa diterapkan dan membelokkan masalah kepercayaan pada pakar dan sains sehingga kehidupan masyarakat yang idealpun dapat terealisasi.

Benar seperti riset Nelissen et al (2014) dalam riset dia tentang *The Swine Flu Emergency Department: The Relationship Between Media Attention for the Swine Flu and Registrations in an Emergency Medicine Unit*. Di mana Neliseen mengkaji kondisi ketika dunia dihadapkan pada potensi wabah pandemi baru, media banyak melaporkannya. Media adalah penyebar informasi ancaman kesehatan yang penting. Studi ini menguji potensi efek media selama wabah influenza A/H1N1 tahun 2009. Dia mendapati pelaporan media sangat ekstensif ketika penyakit menular baru merebak dan meningkat ketika dikhawatirkan tingkat pandemi tercapai. Ini juga terjadi pada wabah flu babi di Flanders. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan jumlah laporan media mengikuti peningkatan jumlah kasus, bukan sebaliknya.

Pertanyaannya adalah apakah selama pandemic covid telah terjadi deviasi etika komunikasi? Jika peneliti berpaling pada prinsip etika komunikasi di mana para ilmuwan etika, memahami secara luas, etika menyangkut penciptaan dan evaluasi kebaikan, atau "kebaikan", dengan menjawab pertanyaan umum: Bagaimana kita hidup? Apa yang membuat keputusan tertentu menjadi baik atau benar atau salah? Apakah baik secara etis bagi pemerintah untuk membujuk orang miskin untuk berperang, dan mungkin mati, dalam perang yang menguntungkan orang kaya secara tidak proporsional? Apakah merupakan kebaikan etis bagi masyarakat untuk menyediakan akses ke pendidikan gratis dan berkualitas bagi semua anak? Apakah politisi

berkewajiban untuk mengatakan kebenaran kepada konstituennya terlepas dari konsekuensinya? Dengan bergulat dengan pertanyaan manusia kuno tentang apa yang baik, ahli etika mengungkapkan sifat sosial dan politik yang inheren dari fenomena komunikatif — apakah mereka terkait dengan hukum, moral, nilai, dan adat istiadat dan apakah mereka berbeda dari satu wilayah ke wilayah lain atau budaya ke budaya. Di bidang etika komunikasi, para sarjana menggunakan berbagai teori etika untuk menjawab pertanyaan yang berkaitan dengan kebaikan yang melibatkan semua manifestasi interaksi komunikatif.

Semua wawancara dengan para dokter dan NAKES sebagaimana diuraikan di atas menunjukkan bahwa selama pandemic terjadi deviasi etika komunikasi. Di mana semua komunikasi di RS antara para dokter dengan sesama dokter, antara dokter dengan para pasien dapat dikatakan, “kurang” atau bahkan “tidak” menggambarkan orisinalitas komunikasi teraupatik. Artinya selama pandemic, lima tingkatan komunikasi terapeutik ini tidak atau kurang berjalan.

Pertama, misalnya kurang, atau bahkan tidak terjadinya *komunikasi interpersonal* - interaksi tatap muka antara sesama dokter, antara dokter dengan perawat, antara dokter dengan pasien yang seharusnya mendapat layanan komunikasi teraupatik.

Kedua, *komunikasi transpersonal* - interaksi yang terjadi dalam wilayah spiritual seseorang, juga tidak terjadi secara maksimal. Pada hal dua bentuk atau teknik komunikasi interpersonal dan transpersonal ini mengandaikan dua pihak harus; (a) mendengarkan secara aktif- memperhatikan apa yang dikatakan pasien secara verbal dan non-verbal, (b) berbagi pengamatan - memberikan komentar tentang bagaimana penampilan, suara, atau tindakan pasien, (c) berbagi empati: peka terhadap pasien; (d) berbagi harapan- menyampaikan rasa kemungkinan, (e) berbagi humor- memiliki efek positif pada individu. Pastikan pasien memahami apa yang dikatakan, (f) berbagi perasaan- membantu pasien untuk berbagi perasaan dengan mengamati dan mendorong

komunikasi; (g) gunakan sentuhan - memberikan rasa kepedulian dengan memegang tangan pasien; (h) gunakan keheningan - hal ini berguna untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk berpikir dan mendapatkan wawasan tentang situasi yang terjadi. mendengarkan sangat penting.

Ketiga, komunikasi kelompok kecil- interaksi yang terjadi ketika sejumlah kecil orang bertemu dan berbagi tujuan yang sama. Ini juga tidak terjadi. *Keempat*, komunikasi intrapersonal- di mana dalam kondisi pandemic baik dokter, NAKES, maupun pasien, telah kehilangan atau defisiensi psikologis sehingga tidak komunikasi yang kuat dengan dirinya sendiri. Termasuk, kelima, komunikasi public antara pihak organisais, RS mengurangi interaksi dengan audiens (perawat diharuskan menggunakan kontak mata, gerak tubuh, dan lain-lain).

Situasi deviasi etika komunikasi teraupatik tersebut di atas dibenarkan oleh Prof.

Agus bahwa;

secara komunikasinya sangat sangat terbatas dan ini menyiratkan pertolongan pertama tanpa komunikasi dengan melakukan komunikasi gerak tubuh atau dengan data-data objektif lain dari pemeriksaan darah dan sebagainya sehingga berdasarkan diagnosis yang tadi, prosedur anamnesis yaitu dilampai atau dilompati itulah yang berbeda.

Pelayanan medis dekoratif pada saat itu dikenal *source capacity*. Terjadi lonjakan kapasitas karena menular dengan masa inkubasi tertentu yang menyebabkan rumah sakit hampir diseluruh dunia tidak siap karena memang situasinya berbeda. Dalam kesehatan disebut kalau belum sampai ke arah pandemi ada yang namanya kesehatan matra. Kesehatan matra itu adalah perubahan singkat dari satu kumpulan manusia yang cukup banyak yang memerlukan satu adaptasi atau adjustment penanganan manusia yang berkumpul dalam waktu singkat. Ketika terjadi satu kondisi yang di mana ada yang mengancam nyawa, di situ akan berubah yang mirip dengan kesehatan matra tapi diisi oleh orang-orang sakit yang pada saat itu tenaga kesehatan atau penolong dan sebagainya juga khawatir untuk mampu tertular.

Konteks covid ini karena belum tahu mekanisme pato fisiologisnya kecuali ada krisis sitokin dan pada akhirnya juga ada gangguan pembuluh darah, pembekuan dan sebagai mekanisme itu yang menyebabkan akhirnya kita hanya menangani kegawatdaruratan untuk penapasannya itu diperlukan ICU banyak yang menyebabkan penanganan medis bersumber pada penanganan ICU yang memerlukan ventilator oksigen dan sebagainya dan

kaskade kebawahnya selain ventilator ada high level HFNC atau apa gitu High Canul juga menyebabkan problematika rumah sakit yang mengubah betul layanan medisnya yang IGD diperluas sehingga itu problemnya. Kemudian cara berpikirnya semua dalam kondisi *emergency* sehingga hampir yang elektif tertinggal/ terkesampingkan/ ditunda yang sifatnya operasi elektif itu bisa ditunda tapi yang tidak gawat darurat yang lain yang non covid juga di screen.

Pokok utama perubahan pelayanan kesehatan itu ada disitu sehingga kesehatan ditambahkan beban untuk memperhatikan keselamatan diri dan pada keluarga, ada beban khusus dengan APD dan sebagainya dengan kebersihan diri. Di lain sisi dia harus juga melayani pasien gawat darurat yang bisa meninggal di depan matanya sendiri. ***Secara komunikasinya sangat sangat terbatas dan ini menyiratkan pertolongan pertama tanpa komunikasi dengan melakukan komunikasi gerak tubuh atau dengan data-data objektif lain dari pemeriksaan darah dan sebagainya sehingga berdasarkan diagnosis yang tadi, prosedur anamnesis yaitu dilampaui atau dilompati itulah yang berbeda.*** Jadi konteks alur penanganan medik pelayanan itu minus anamnesis. Jadi langsung saja anamnesis seperlunya dan langsung diagnosis atau malah langsung terapi.

Di sini betul-betul kemampuan triase di satu IGD itu berubah, istilahnya triase tidak sempat dijalankan jadi teori-teori yang ada. Kenapa pelayanan medis menjadi *chaos* itu karena ada perubahan dasar yang mendasar di situ jadi disisi metodologi kedokteran ada yang ditinggalkan dan ada rasa khawatir sehingga kembali ke komunikasi efektif dalam teorinya tidak mungkin dilakukan pada saat itu. Jadi bagaimana ada gejala dengan platform yang sama sejak di IGD triase langsung lihat perlu ventilator atau tidak atau bahkan ditaruh di koridor, dibangsal atau di jalan masuknya IGD karena *source capacity*nya seperti itu yang terjadi.

Pandangan ini meyakinkan peneliti bahwa, baik berdasarkan teori, penelitian terdahulu, dukungan dari para pakar menunjukkan telah terjadi deviasi etika komunikasi di RS selama masa pandemic.

4.3.3 MENJAWAB TUJUAN PENELITIAN KETIGA

- **MENELAAH KONTROVERSI KEBIJAKAN PUBLIK DARI PEMERINTAH TERHADAP BERBAGAI TINDAKAN MEDIS PADA RS MENTENG MITRA AFIA SELAMA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021.**

Hasil penelitian, dan penelusuran tentang kebijakan public Pemda DKI Jakarta selama masa pandemic covid, Gubernur DKI Jakarta Anies Baswedan dan jajarannya mengeluarkan sejumlah regulasi terkait Corona Virus Disease 2019 atau COVID-19 selama masa Pembatasan

Sosial Berskala Besar (PSBB). Aturan yang dikeluarkan diterapkan untuk banyak sektor, seperti kesehatan, transportasi, penanganan jenazah, hingga urusan pernikahan di masa pandemi. Menurut Anies Baswedan pertama kali mengumumkan bahwa PSBB akan diterapkan di Ibu Kota pada 7 April 2020. Aturan tersebut kemudian mulai efektif berlaku di DKI Jakarta sejak Jumat 10 April 2020. Beberapa regulasi yang dikeluarkan setelahnya juga merupakan turunan dari aturan pemerintah pusat. Dihitung selama PSBB, terdapat 53 regulasi berupa peraturan gubernur, keputusan gubernur, surat edaran dinas dan lain-lain. Inilah yang disebut “kebijakan public”.

Ada berbagai definisi analisis kebijakan publik yang diberikan oleh analisis publik. Robert Eyestone mendefinisikan kebijakan publik sebagai “hubungan unit pemerintah dengan lingkungannya”. Menurut David Easton “Kebijakan publik adalah alokasi nilai-nilai otoritatif bagi seluruh masyarakat” (Reejal, 1995). Thomas Dye (2002) mendefinisikan Public Policy sebagai “Apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan”.

Kebijakan publik secara umum dapat didefinisikan sebagai sistem undang-undang, tindakan pengaturan, tindakan dan prioritas pendanaan mengenai topik tertentu yang diumumkan oleh entitas pemerintah atau perwakilannya. Topik kebijakan publik, yang terdiri dari berbagai rencana, program dan skema, berasal dari Konstitusi dan sangat relevan dengan pemerintahan, karena proses pengambilan keputusan bersama merupakan kunci untuk memecahkan masalah publik. Asal usul disiplin kebijakan publik, yang merupakan salah satu sarana paling menonjol yang digunakan pemerintah untuk menjaga ketertiban dan memenuhi kebutuhan warga negaranya menurut konstitusi, adalah dari realisasi fakta bahwa menjalankan negara membutuhkan kebutuhan yang baik dan arah tindakan.

Sebagaimana diketahui bahwa paling tidak tercatat 8 (delapan) Wacana dan Kebijakan Kontroversial di tengah pandemi Corona. Sebagaimana dikutip Adam Prawira (SINDOnews, 4

Juli 2022) sebagai berikut :

1. **Wacana darurat sipil.** Isu mengenai penerapan darurat sipil sempat mengemuka. Saat rapat dengan Gugus Tugas Penanganan Covid-19, Senin 30 Maret 2020, Jokowi mengungkapkan dirinya telah meminta penerapan kebijakan pemabatasan socila berskala besar dengan tegas dan disiplin serta perlu didampingi kebijakan darurat sipil. Pernyataan Jokowi menimbulkan prokontra. Banyak pihak yang menilai darurat sipil tidak tepat dilakukan dalam menangani pandemi. Menjawab polemik, akhirnya Jokowi mengatakan darurat sipil hanya opsi dan tidak diberlakukan sekarang.
2. **Perppu Corona.** Presiden Jokowi menerbitkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (Perppu) Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Covid-19 atau Perppu Corona. Perppu ini menuai banyak protes. Karena jika Perppu disetujui, ada banyak pasal dalam sejumlah UU yang tidak berlaku. Pasal 27 termasuk salah satu yang disorot karena dianggap memberikan imunitas bagi pejabat dalam mengeluarkan kebijakan anggaran untuk Covid-19. Banyaknya protes tidak menghambat lajut pengesahan Perppu itu menjadi UU.
3. **Larangan Mudik.** Kebijakan pelarangan mudik Lebaran untuk mencegah penyebaran virus Corona sempat menjadi polemik. Walau banyak yang menilai terlambat, Presiden akhirnya menyatakan melarang masyarakat untk mudik pada 24 April 2020 hingga Mei 2020. Sebagai legalitas pelarangan, pemerintah mengeluarkan Permenhub 25 Tahun 2020 yang mengatur tentang pengendalian transportasi darat, laut, dan udara pada masa pandemi. Kebijakan pelarangan mudik membingungkan menyusul keluarnya Surat Edaran dari Gugus Tugas Penanganan Covid yang mengizinkan perjalanan oramh dengan kriteria dan sarat tertentu dengan mengantongi sejumlah izin. Untuk mencegah polemik berkepanjangan, Ketua Gugus Tugas Doni Monardo pada 6 Mei 2020 menegaskan tidak ada perubahan peraturan mudik. Pemerintah dikatakanya tetap melarang mudik.
4. **Aturan soal Ojek Online.** Pengaturan tentang boleh tidaknya ojek online (ojol) sempat menjadi polemik. Pemicunya, adanya dua aturan yang tidak sinkron. Dalam Permenkes Nomor 9 Tahun 2020. Dalam salah satu pasal dalam Permenkes, ojek online hanya boleh beroperasi mengangkut barang, bukan orang. Namun tidak lama kemudian, muncul Peraturan Menteri Perhubungan (Permenhub) Nomor 18 Tahun 2020 tentang Pengendalian Transportasi dalam Rangka Pencegahan Penyebaran Covid-19. Aturan yang terbit 9 April 2020 tersebut pada intinya memperbolehkan Ojol mengangkut penumpang. Kebijakan tersebut tertuang dalam Peraturan Menteri Perhubungan (Permenhub) Nomor 18 Tahun 2020. Tepatnya, pada Pasal 11 ayat 1 huruf d yang berbunyi: “Dalam hal tertentu untuk melayani kepentingan masyarakat dan untuk kepentingan pribadi, sepeda motor dapat mengangkut penumpang dengan ketentuan harus memenuhi protokol kesehatan sebagai berikut:(3) menggunakan masker dan sarung tangan, dan tidak berkendara jika sedang mengalami suhu badan di atas normal atau sakit.
5. **Usia di bawah 45 Tahun boleh beraktivitas.** Ketua Gugus Tugas Penanganan Covid-19, Doni Monardo pada 11 Mei 2020 melontarkan pernyataan yang menarik perhatian luas. Doni mengatakan masyarakat yang berusia di bawah 45 tahun masih bisa beraktivitas meski kondisi pandemi Coron belum berakhir. Menurut dia, usia tersebut merupakan kelompok muda yang memiliki fisik sehat dan mobilitasnya tinggi. “Rata-rata kalau toh mereka terpapar, mereka belum tentu sakit. Mereka tidak ada gejala. Kelompok ini tentunya kita berikan ruang untuk bisa beraktivitas lebih banyak lagi, sehingga potensi

terkapar karena PHK akan bisa kita kurangi, ” kata Doni saat itu. Kebijakan tersebut pun menuai kontroversi. Membiarkan orang bekerja di masa pandemi dinilai membahayakan. Sebab saat itu pandemi belum menunjukkan tanda-tanda akan mereda. Kritik, salah satunya disampaikan oleh Konfederasi Serikat Pekerja Indonesia (KSPI) yang menyatakan sesuai dengan protokol Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengenai pencegahan Covid-19, hal utama yang harus dilakukan adalah menghindari berkerumun. Menurut dia, pemerintah membuat banyak kelonggaran termasuk di area yang sudah menerapkan pembatasan sosial berskala besar (PSBB). Salah satu contohnya, kebijakan yang tetap mengizinkan perusahaan tetap beroperasi sehingga buruh tetap bekerja di tengah pandemi Corona. Hal itu berdampak terhadap banyak banyak pekerja yang dilaporkan meninggal dunia dan positif Covid-19. Mereka yang terdampak ada yang berusia di bawah 45 tahun. "Dengan kata lain, usia 45 tahun ke bawah bukan jaminan kebal dengan corona, " kata Iqbal.

6. **Berdamai dengan Corona.** Pernyataan Presiden Joko Widodo yang menyatakan, "Sampai ditemukannya vaksin yang efektif, kita harus hidup berdamai dengan Covid-19 untuk beberapa waktu ke depan. Sejak awal pemerintah memilih kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar, bukan lockdown. Dengan PSBB, masyarakat masih bisa beraktivitas, tetapi dibatasi, " melalui akun medsos pada 7 Mei 2020 ramai dibicarakan masyarakat. Banyak kritik disampaikan berbagai pihak karena ketika itu pandemi belum menunjukkan tanda-tanda menurun. Tidak sedikit yang bertanya kepada Presiden mengenai maksud ucapan tersebut. "Maaf Pak Jokowi apa makna 'berdamai dengan virus' itu? Mohon penjelasan. Kalau mau bikin kategorisasi, statement ini masuk kategori: 'pernyataan kalah perang?' atau sikap pasifisme?' Atau 'kata2 filosofis?' Atau 'kepasrahan karena ruwet?' Selamat ibadah Ramadhan Pak, semoga sehat selalu, " tanya Presiden PKS. Bahkan mantan Wapres Jusuf Kalla tidak sependapat dengan Presiden. Menurut Kalla, virus tidak bisa diajak berdamai. "Ini kan virus ganas dan tidak pilih-pilih siapa (korbannya-red), " kata JK, Selasa 19 Mei lalu. Deputi Bidang Protokol, Pers, dan Media Sekretariat Presiden Bey Machmudin menjelaskan maksud pernyataan Jokowi. Kata Bey yang dimaksud Presiden adalah penyesuaian pola hidup diperlukan untuk mencegah penyebaran virus corona selama vaksin belum ditemukan. Berdamai tidak berarti menyerah tapi penyesuaian baru dalam kehidupan, " katanya.
7. **Pelatihan Kartu Prakerja.** Pelaksanaan kartu prakerja menuai polemik. Program yang semula untuk mengurangi pengangguran harus diubah menjadi program penanganan dampak pandemi Corona, yakni khususnya untuk korban PHK. Dalam pelaksanaannya muncul kontroversi. Salah satunya mengenai penunjukkan Ruangguru termasuk mitra penyelenggara pelatihan digital Kartu Prakerja. Kontroversi mencuat karena perusahaan tersebut milik salah satu Staf Khusus Presiden Jokowi, Belva Devara yang kemudian memilih mundur dari jabatan tersebut. Teranyar, pemerintah akhirnya menghentikan program pelatihan Kartu Prakerja.
8. **Kenaikan Iuran BPJS.** Kenaikan iuran BPJS Kesehatan telah berlaku sejak 1 Juli 2020. Kebijakan itu didasarkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 64 Tahun 2020 yang merupakan revisi atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Perpres 64 ditandatangani Presiden Jokowi, 24 Oktober 2019. Berbagai kalangan memprotes kenaikan tersebut. Pasalnya, sebelumnya Mahkamah Agung (MA) telah memutuskan membatalkan kenaikan iuran BPJS yang tertuang dalam Perpres 75 Tahun 2019. Melalui putusan Nomor 7 P/HUM/2020, MA membatalkan Perpres tersebut karena adanya berbagai

buruknya pengelolaan BPJS Kesehatan. Masalah BPJS Kesehatan karena dalam perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dilaksanakan Dewan Jaminan Sosial Nasional ada masalah. Kedua, penyelenggaraan program jaminan sosial oleh BPJS, yang terjadi dalam praktek selama ini terdapat suatu persoalan. Salah satunya adanya kesalahan dan kecurangan (fraud) dalam pengelolaan dan pelaksanaan program jaminan sosial.

Kebijakan Gubernur DKI Jakarta tersebut dapat dilihat (sebagaimana dikutip dalam Linimasa Kebijakan Pemprov DKI Jakarta Terkait Penanganan COVID)⁴ sebagai berikut;

1. Pada 8 April 2020, Keputusan Gubernur Nomor 378 Tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit COVID-19.
2. Pada 9 April 2020, 2. Instruksi Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta Nomor 7 Tahun 2020 Tentang Kesiapsiagaan Rumah Sakit Umum Daerah atau Rumah Sakit Khusus Daerah, Puskesmas, dan UPT dalam Penanggulangan Wabah COVID-19.
3. Keputusan Gubernur Nomor 380 Tahun 2020 tentang Pemberlakuan PSBB dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
4. Peraturan Gubernur Nomor 33 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan PSBB Dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
5. Petunjuk teknis pelaksanaan PSBB untuk transportasi melalui Keputusan Kepala Dinas Perhubungan Provinsi DKI Jakarta Nomor 71 Tahun 2020.
6. Standar Operasional prosedur (SOP) pengawasan penerapan PSBB di tempat kerja melalui Keputusan Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Energi Provinsi DKI Jakarta Nomor 721 Tahun 2020.
7. Pada 13 April 2020 - Penetapan mekanisme perpanjangan masa berlaku dokumen izin tertentu di bidang kesehatan dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 17/SE/2020.
8. Surat Edaran Kepala Badan Kepegawaian Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 22 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Bekerja Dari Rumah (Work From Home) bagi Pegawai di Lingkungan Pemerintah Provinsi DKI selama masa PSBB.
9. Pada 16 April 2020 - Instruksi Sekretaris Daerah Nomor 33 tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
10. Pelaksanaan WFH bagi pegawai di Dinas Kesehatan DKI Jakarta di masa PSBB melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 68 Tahun 2020.
11. Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 386 tahun 2020 tentang Penerima Bantuan Sosial bagi Penduduk yang Rentan Terhadap Covid-19 dalam Pemenuhan Kebutuhan Pokok Selama Pelaksanaan PSBB di Jakarta.
12. Pada 17 April 2020 - Pembatasan operasional kapal di perairan Provinsi DKI Jakarta pada masa status darurat bencana wabah COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Perhubungan Provinsi DKI Jakarta Nomor 2 Tahun 2020.

⁴ Sumber : <https://corona.jakarta.go.id/id/kebijakan>

13. Petunjuk teknis pelaksanaan PSBB aktivitas bekerja di tempat kerja/kantor melalui Keputusan Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi Dan Energi Provinsi DKI Jakarta Nomor 837 Tahun 2020.
14. Para 19 April 2020 - Keputusan Kepala Gugus Tugas Nomor 17A Tahun 2020 Tentang Perubahan atas Keputusan Kepala Gugus Tugas COVID-19 Nomor 16 Tahun 2020 tentang Uraian Tugas, Struktur Organisasi, Sekretariat, dan Tata Kerja Pelaksana Gugus Tugas Percepatan dan Penanganan COVID-19.
15. Pada 20 April 2020 - Mekanisme pelayanan administrasi kependudukan selama PSBB melalui Surat Edaran Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Nomor 15 Tahun 2020.
16. Pada 21 April 2020 - Penetapan buku saku penyelenggaraan rumah isolasi bersama COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 319 Tahun 2020.
17. Pedoman Rukun Tetangga (RT)/Rukun Warga (RW) dalam Menanggulangi Penyebaran COVID-19 di DKI melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 320 Tahun 2020.
18. Pada 22 April 2020 - Keputusan Gubernur Nomor 412 Tentang Perpanjangan Pemberlakuan Pelaksanaan PSBB Dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
19. Keputusan Gubernur No 414 Tentang Perpanjangan Status Tanggap Darurat Bencana COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
20. Memperpanjang masa PSBB di wilayah DKI Jakarta dengan fokus pada penegakan hukum melalui Peraturan Gubernur Nomor 33 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta.
21. Menyiapkan rumah aman yang akan menjadi tempat isolasi mandiri untuk warga di beberapa kawasan padat penduduk melalui Surat Edaran Dinas Pendidikan DKI Nomor 4434/-1.772.1 Tahun 2020.
22. Pada 23 April 2020 - Perpanjangan pembelajaran jarak jauh pada masa PSBB melalui Surat Edaran Dinas Pendidikan Provinsi DKI Jakarta Nomor 43 Tahun 2020.
23. Perpanjangan layanan perizinan dan non perizinan tanpa tatap muka di lingkungan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta dalam masa PSBB melalui Pengumuman Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 50 Tahun 2020.
24. Perpanjangan layanan perizinan dan non perizinan di lingkungan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta dalam masa PSBB melalui Surat Edaran Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 19 Tahun 2020.
25. Instruksi Sekretaris Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 34 Tahun 2020 tentang Pelayanan Administrasi Pemerintahan Selama Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar.
26. Surat Edaran Dinas Kesehatan DKI Nomor 73 Tahun 2020 tentang Penetapan Status Kewaspadaan COVID-19 di Tempat Kerja.
27. Surat Edaran Dinas Kesehatan DKI Nomor 74 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Pemulasaran Jenazah Pasien COVID-19 di luar Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
28. Peraturan Gubernur Nomor 24 Tahun 2020 Tentang Jaringan Kolaborasi Pembangunan Jakarta (Jakarta Development Collaboration Network)
29. Pada 24 April 2020 - Peraturan Gubernur Nomor 36 Tahun 2020 tentang Penghapusan Sanksi Administrasi Pajak Daerah Selama Status Tanggap Darurat Bencana COVID-19.

30. Penggunaan Rapid Test COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 76 Tahun 2020.
31. Pada 26 April 2020 - Panduan menu makan bagi masyarakat dalam upaya pencegahan COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 70 Tahun 2020.
32. Pada 27 April 2020 - Tata cara pelaksanaan pelayanan administrasi kependudukan dalam masa PSBB melalui Keputusan Kepala Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Provinsi DKI Jakarta Nomor 23 Tahun 2020.
33. Pada 28 April 2020 - Penetapan kalender pendidikan tahun pelajaran 2020/2021 melalui Keputusan Kepala Dinas Pendidikan Provinsi DKI Jakarta Nomor 467 Tahun 2020.
34. Pedoman pelaksanaan penilaian akhir tahun dan kenaikan Kelas pada masa PSBB dalam penanganan COVID-19 di DKI melalui Keputusan Kepala Dinas Pendidikan DKI Nomor 468 Tahun 2020.
35. Instruksi Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Nomor 8 Tahun 2020 Tentang Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non-Fisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2020 untuk Kegiatan Pencegahan dan/atau Penanganan Coronavirus Disease (COVID-19).
36. Pada 29 April 2020 - Menyediakan GOR Pasar Minggu sebagai tempat penampungan penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) selama pandemi COVID-19 melalui Peraturan Gubernur Nomor 33 Tahun 2020
37. Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial (DKJPS) bagi tenaga kesehatan dan tenaga penunjang dalam penanganan pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 78 Tahun 2020.
38. Penyelenggaraan peninjauan lapangan selama masa darurat COVID-19 melalui Instruksi Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi DKI Jakarta Nomor 53 Tahun 2020.
39. Penggunaan dan manajemen alat pelindung diri (APD) COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 79 tahun 2020.
40. Pada 30 April 2020 - Tata cara perencanaan belanja tidak terduga (BTT) dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 di Lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta melalui Surat Keputusan Dinas Nomor 333 Tahun 2020.
41. Program Kolaborasi Sosial Berskala Besar (KSBB) melalui Instruksi Sekretaris Daerah Provinsi DKI Jakarta Nomor 35 Tahun 2020.
42. Pada 1 Mei 2020 - Peraturan Gubernur Nomor 47 Tahun 2020 Pembatasan kegiatan berpergian keluar dan/atau masuk Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19.
43. Pada 6 Mei 2020 - Pembatasan perjalanan orang dalam rangka percepatan penanganan COVID-19 melalui Surat Edaran Kepala Gugus Tugas Nomor 4 Tahun 2020.
44. Pada 11 Mei 2020 - Pelaksanaan pelayanan keluarga berencana (KB) dan pelayanan KB pasca persalinan (KBPP) di layanan primer melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 83 tahun 2020.
45. Pelaksanaan layanan calon pengantin (Catin) di layanan primer selama pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 84 tahun 2020.
46. Pelayanan kesehatan bagi korban kekerasan terhadap perempuan dan anak selama pandemi melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 85 tahun 2020.
47. Pada 13 Mei 2020- Surat keterangan kewaspadaan kesehatan bagi orang yang melakukan perjalanan dalam masa pandemi COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 87 tahun 2020.

48. Pada tanggal 15 Mei 2020 - Seruan Bersama Tanggal 15 Mei 2020 Nomor C 0.88/DP-PXI/V/2020 2.475/SB/DMI-DKI/V/2020 Terkait Pelaksanaan Shalat Idul Fitri 1440 Hijriah.
49. Instruksi Nomor 11 Tahun 2020 tentang Peminjaman Pembayaran Insentif Relawan Dalam Penanganan COVID-19 di RSUD/RSKD, UPT dan Puskesmas Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
50. Relaksasi aturan KJP PLUS agar dapat cairkan semua manfaat bantuan.
51. Pada tanggal 18 Mei 2020 - Surat Edaran Nomor 33 tahun 2020 Tentang penjatuhan hukuman disipilin bagi ASN yang melakukan kegiatan bepergian Ke luar daerah dan atau Kegiatan mudik pada masa darurat COVID-19 di lingkungan Pemprov DKI Jakarta.
52. Pada 22 Mei 2020 - Menetapkan aturan perubahan terkait Penetapan rumah sakit rujukan penanggulangan COVID-19 melalui Keputusan Gubernur Nomor 494 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Kepgub Nomor 378 Tahun 2020.
53. Pada bulan 26 Mei 2020 - Informasi tentang pelayanan ibu hamil dan bersalin di rumah sakit umum daerah dan Puskesmas selama masa tanggap COVID-19 melalui Surat Edaran Dinas Kesehatan Nomor 91 Tahun 2020.

Dengan demikian, 53 kebijakan public tersebut di dalamnya telah mengandung Unsur-unsur umum analisis kebijakan publik adalah sebagai berikut:

1. Kebijakan dibuat atas nama “publik”.
2. Kebijakan umumnya dibuat atau diprakarsai oleh pemerintah.
3. Kebijakan ditafsirkan atau dilaksanakan oleh sektor publik dan swasta.
4. Kebijakan adalah apa yang ingin dilakukan oleh pemerintah.
5. Kebijakan adalah apa yang dipilih oleh pemerintah untuk tidak dilakukan.

Semua kebijakan tersebut di atas mengandung **Sifat Kebijakan Publik**. Kebijakan publik dapat mencakup sebagian besar kegiatan pemerintah, dan mungkin sempit, terfokus pada kegiatan tertentu atau luas, berfokus pada kegiatan yang lebih umum. Setiap tingkat pemerintahan mungkin memiliki kebijakan spesifik dan umum. Meskipun setiap kebijakan mengandung tujuan atau sasaran yang pasti, mereka mungkin menghasilkan hasil yang diantisipasi atau tidak. Pembuatan kebijakan terkait erat dengan pengambilan keputusan tetapi tidak sama dengan yang terakhir. Umumnya, keputusan dibuat oleh administrator dalam kerangka kebijakan yang ada. Menurut

Anderson, “Keputusan kebijakan dibuat oleh pejabat publik yang mengesahkan atau memberikan arahan dan konten untuk tindakan kebijakan publik”.

Ditinjau dari jenis kebijakan public maka regulasi dari Pemda DKI Jakarta yang berkaitan dengan pandemic Covid-19 itu meliputi beberapa jenis ;

- 1) **Substantif** – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat.
- 2) **Regulatif** – berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll.
- 3) **Distributif** - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat
- 4) **Redistributif** – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi
- 5) **Kapitalisasi** – Di bawah jenis kebijakan ini, pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

Secara umum. 5 (lima) jenis kebijakan public di atas telah dikeluarkan oleh Presiden RI, yang diatur dalam Perppu sebagai berikut.

1. Tambahan belanja APBN 2020 senilai Rp 405,1 triliun Jokowi menyatakan pemerintah memutuskan untuk menambah anggaran belanja dan pembiayaan APBN 2020 untuk penanganan Covid-19 sebesar Rp 405,1 triliun. Penambahan anggaran tersebut dialokasikan untuk sejumlah sektor, yakni: untuk belanja bidang kesehatan dialokasikan Rp 75 triliun untuk anggaran perlindungan sosial dialokasikan Rp110 triliun untuk insentif perpajakan dan stimulus Kredit Usaha Rakyat (KUR) dialokasikan Rp 70,1 triliun untuk pembiayaan program pemulihan ekonomi nasional, termasuk restrukturisasi kredit serta penjaminan dan pembiayaan dunia usaha, khususnya UMKM, dialokasikan Rp 150 triliun.
2. Prioritas anggaran di bidang kesehatan Sesuai dengan keterangan Jokowi, pembelanjaan anggaran Rp75 triliun di bidang kesehatan akan diprioritaskan untuk pemenuhan sejumlah keperluan, yakni: perlindungan tenaga kesehatan, terutama pembelian Alat Pelindung Diri (APD) pembelian alat-alat kesehatan seperti test kit, reagen, ventilator, hand sanitizer dan lainnya upgrade 132 rumah sakit rujukan Covid-19, termasuk Wisma Atlet insentif dokter, perawat dan tenaga rumah sakit (Insentif dokter spesialis Rp15 juta/bulan, dokter umum Rp10 juta/bulan, perawat Rp7,5 juta/bulan, dan tenaga medis lainnya Rp5 juta/bulan). santunan kematian tenaga medis Rp300 juta penanganan permasalahan kesehatan lainnya.

3. Prioritas anggaran untuk perlindungan sosial Menurut Jokowi, pemerintah akan memprioritaskan alokasi anggaran untuk perlindungan sosial saat pandemi corona ke sejumlah program, seperti Program Keluarga Harapan (PKH), Kartu Sembako, Kartu Prakerja, hingga keringanan tarif listrik. Rinciannya ialah: jumlah penerima manfaat PKH ditambah dari 9,2 juta menjadi 10 juta keluarga jumlah penerima manfaat Kartu Sembako juga ditambah dari 15,2 juta menjadi 20 juta orang pembebasan biaya listrik 3 bulan untuk 24 juta pelanggan listrik 450 VA dan diskon 50 persen untuk 7 juta pelanggan 900 VA. anggaran Kartu Prakerja dinaikkan dari Rp10 triliun menjadi Rp20 triliun untuk 5,6 juta orang yang terkena PHK, pekerja informal dan pelaku usaha mikro dan kecil. Penerima manfaat program ini akan menerima insentif pascapelatihan Rp 600 ribu, dengan biaya pelatihan 1 juta. dukungan logistik sembako dan kebutuhan pokok senilai Rp25 triliun. Baca juga: Mekanisme Pemberian Tarif Listrik Gratis & Diskon Selama Tiga Bulan
4. Prioritas anggaran untuk insentif dunia usaha Pemerintah memberikan sejumlah insentif sebagai stimulus ekonomi untuk para pelaku UMKM dan dunia usaha, yang berupa: penggratisan PPh 21 untuk pekerja sektor industri pengolahan dengan penghasilan maksimal Rp200 juta (selama setahun) pembebasan PPN impor bagi para Wajib Pajak Kemudian Impor Tujuan Ekspor (KITE), terutama KITE dari kalangan industri kecil dan menengah, pada 19 sektor tertentu pengurangan tarif PPh sebesar 25 persen bagi para Wajib Pajak Kemudian Impor Tujuan Ekspor (KITE), terutama industri kecil menengah, pada sektor tertentu percepatan restitusi PPN bagi 19 sektor tertentu untuk menjaga likuiditas pelaku usaha penurunan tarif PPh Badan dari 25 persen menjadi 22 persen penundaan pembayaran pokok dan bunga untuk semua skema KUR yang terdampak COVID-19 selama 6 bulan.
5. Prioritas di bidang non-fiskal Pemerintah memberlakukan sejumlah kebijakan di bidang non-fiskal untuk menjamin ketersediaan barang yang saat ini dibutuhkan, termasuk bahan baku industri. Sejumlah kebijakan itu adalah: penyederhanaan larangan terbatas (lartas) ekspor penyederhanaan larangan terbatas (lartas impor) percepatan layanan proses ekspor-impor melalui national logistic ecosystem.⁵

Meskipun pihak pemerintah, baik presiden maupun Gubernur DKI Jakarta, sudah menerbitkan kebijakan public, namun tetap saja ada beberapa kontroversi lain yang dirasakan oleh public. Dari wawancara dengan para dokter dan NAKES diketahui respons mereka, “seolah-olah” pelbagai kebijakan tersebut belum sepenuhnya menyentuh kelompok beresiko, seperti dokter dan NAKES.

Nampak bahwa semua regulasi Pemda DKI Jakarta di atas jika diurutkan maka lebih focus

⁵ sumber : <https://tirto.id/daftar-kebijakan-jokowi-tangani-pandemi-corona-dan-isi-perppu-baru-eJYX>

pada kebijakan yang bersifat regulative, artinya kebijakan yang berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, terutama tentang “tindakan keselamatan” sebanyak 25 regulasi, misalnya layanan faskes dan isolasi, pemulasaran jenazah. Kemudian diikuti oleh kebijakan redistributif – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi seperti, PSBB, WFH dan administrasi, administrasi keuangan dll. Kecuali hanya ada satu kebijakan kapitalisasi yaitu Bansos dengan 3 regulasi.

Perhatian kepada kepentingan umum dapat terlihat sebanyak 19 aturan PSBB, jenazah cuma 1 regulasi, namun semua urusan covid itu bermuara ke Faskes yang diatur oleh hanya 12 regulasi. Hal ini membuat pihak RS juga tidak dapat memenuhi tuntutan public.

Menurut Dr. Licht.... kebijakan yang sejatinya tidak dapat dipenuhi oleh pihak rumah sakit misalnya nah di awal awal itu sebenarnya yang menjadi kendala terbesar adalah terkait dengan apd di mana rumah sakit harus menyediakan APD ya seperti misalnya hazmat kemudian masker *n95 handspoon*, yang pada saat itu karena karena orang ketakutan masyarakat umum nonmedis pun juga membeli gitu ya dan ketersediaannya menjadi langka gitu untuk rumah sakit, jadi ini salah satu kebijakan di mana sebenarnya PPI ini jadinya ya pencegahan pengendalian infeksi di mana kita tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dari apd gitu seperti itu nah kemudian juga kebijakan misalnya yang mewajibkan bahwa ruang icu ruang isolasi untuk covid itu sebaiknya bertekanan negatif gitu, di situ kita enggak mungkin banget bertekanan negatif, karena memang untuk menempatkan suatu ruangan menjadi tekanan negatif itu harus ada alatnya satu gitu kan ya nah alat itu didapatkan juga enggak mudah dan itu kan juga membutuhkan dana yang yang besar ya jadi itu salah satu kebijakan kebijakan yang kita tidak mampu kita penuhi di awal awal ya di awal awal kejadian pandemik

Lanjut dr. Yudha bahwa ... terkait kebijakan yang kontroversi, saat itu misalnya ketika pasien terkonfirmasi tidak boleh ada penunggu pasien, tetapi karena keterbatasan tenaga kesehatan, mau enggak mau kita harus ya berkompromi dengan kondisi pada saat itu. Rumah sakit berimprovisasi dengan apa adanya kondisi di lapangan, tapi tetap mengikuti kaidah *scientific* yang berlaku. Dalam katalain kita menyesuaikan, contohnya tentang penggunaan APD, saat itu jadi rekomendasi kalau *disposable* enggak bisa. Namun karena sulit didapatkan dan harganya mahal, keadaan ini membuat kita cari cara lain. Kita cari bukti z-nya dari jurnal, apakah ini bisa di reuse sampai tujuh kali dengan cara perlakuan sterilisasi. Memang ini kebijakan yang kontroversi, tapi kita berusaha untuk tetap mencari pembenarannya secara *scientific* seperti apa dan tentunya berhati-hati terhadap berita hoaks yang beredar.

Kalau dari manajemen, menurut saya memang masih kurang, artinya kalau dibahasakan pelanggaran yang terjadi adalah kurangnya sosialisasi dari manajemen ke pihak internal rumah sakit. Internal rumah sakit ini dalam hal ini siapa? Menurut saya misalnya bagian yang

bertanggung jawab dalam penerimaan barang-barang donasi, baik itu obat ataupun APD. Misalkan ke farmasi bagian atau unit farmasi ataupun *frontline*, atau misalnya IGD atau dokter dan perawat IGD, bahkan sekuriti ataupun *front office* kita kurang sosialisasi. Kedua mengenai rasa tanggung jawab, artinya ketika ada tamu pihak luar yang datang, mungkin tahu alurnya tapi karena kesibukan dan sebagainya terjadi “Oh ya udah ini saya titip ini titip si A si B si C”, ketika kemarin sudah terinfo di grup, namun ketika manajemen menanyakan “barang yang dari lembaga A mana?” malah “oh enggak tahu dok”. Nah ini bisa dilihat sebagai pelanggaran. Dari manajemen kurang sosialisasi, mungkin alurnya perlu diingatkan lagi karena memang donasi pada saat itu menjadi satu hal yang krusial dan yang kedua adalah rasa tanggung jawab teman-teman pelaksana di lapangan.

Kalau bukan *clinical path way* mungkin agak ribet dan sulit, semacam internal memo atau internal memo klinis yang ditujukan untuk para klinisi terutama yang merawat, mungkin tidak hanya paru tapi juga penyakit dalam yang membantu saat itu. Jadi selalu di refresh atau dituliskan dari manajemen, kemudian disebar ke komite medik. Kemudian komite medik melakukan sosialisasi (paling hanya kita sebar di grup WA). Dari manajemen *hard copy* berkasnya diletakkan di ruang perawatan (*nurse station*) sebagai berkas. Karena memang kondisi pandemi kita mau cepat supaya di rumah sakit untuk tata kelola pasien itu biar lebih cepat dapat *update*-nya. Intinya saat pandemi kita benar-benar mem-bypass seluruh pertemuan *offline*, jadi diganti online by WA *blast*, grup komunikasi Whatsapp tuh udah makanan sehari-hari.

Menurut dr Yudha, dalam kaitannya dengan SDM;

Untuk tenaga SDM tadi kita mengimprovisasi dengan jam kerja yang kita tambahkan dengan tenaga yang terbatas. Walaupun tadi memang sedikit melanggar ketentuan jam kerja dari Disnaker. Dengan tetap berpegang teguh pada prinsip menjaga keselamatan pasien, menjaga mutu rumah sakit dan sebagainya itu yang menjadi dasar hitam dalam melakukan kreativitas atau mengambil kebijakan lokal di lapangan saat itu. Kemudian untuk sarana prasarana kita benar-benar mengerahkan segala informan. Jadi tidak hanya melalui rekanan-rekanan yang biasa tetapi semua *top to down* manajemen struktural.

Uraian di atas menunjukkan bahwa meskipun terjadi “simpang siur” kebijakan nasional maupun kebijakan Pemda DKI Jakarta, namun tidak menyurutkan tekad RS MMA, terutama para dokter dan paramedis melaksanakan tugas penyelamatan warga dari krisis pandemic covid.

4.3.4. MENJAWAB TUJUAN KEEMPAT

- **MENGAJI RESPONS KEPEMIMPINAN DAN KOMUNIKASI DARI PIMPINAN DAN TENAGA MEDIS DI RS MENTENG MITRA AFIA**

TERHADAP KEBIJAKAN PUBLIK DI MASA PANDEMI COVID-19 PERIODE MARET 2020 SAMPAI JANUARI 2021.

Meskipun diskusi kebijakan perawatan kesehatan yang berat ini melebihi ruang lingkup ulasan ini, beberapa contoh tentang masalah keadilan distributif yang ditemui di rumah sakit dan praktik rumah sakit perlu disebutkan. Ini termasuk alokasi sumber daya yang langka (peralatan, tes, obat-obatan, transplantasi organ), perawatan pasien yang tidak diasuransikan, dan alokasi waktu untuk kunjungan rawat jalan (waktu yang sama untuk setiap pasien? Berdasarkan kebutuhan atau kompleksitas? Berdasarkan status sosial dan atau ekonomi?). Mungkin sulit, dan meskipun banyak kekuatan yang membatasi, dokter harus menerima persyaratan keadilan yang terkandung dalam prinsip ini (ABIM, 2002). Keadilan kepada pasien mengambil peran yang sangat penting ketika ada konflik kepentingan. Contoh mencolok dari pelanggaran prinsip ini adalah ketika pilihan pengobatan tertentu dipilih daripada yang lain, atau obat yang mahal dipilih daripada yang sama efektifnya tetapi lebih murah karena menguntungkan dokter, secara finansial, atau sebaliknya.

Sebagian besar studi tentang efektivitas peraturan sebagaimana diuraikan sebelumnya ini, berfokus pada implementasi masalah yang berasal dari berbagai mekanisme penegakan hukum. Secara umum, literatur yang ada mengenai efektivitas kebijakan regulasi telah menemukan bahwa kekuatan pemerintah harus berada di belakang sebuah kebijakan agar dapat agar kebijakan tersebut dapat berjalan dengan baik. Literatur ini telah menemukan tiga aturan praktis.

Pertama, peraturan perintah dan kontrol hanya akan berhasil jika penegakan hukumnya memadai. Sebagai contoh, batas kecepatan di jalan raya akan lebih efektif jika ada polisi yang menegakkannya. *Kedua*, kebijakan informasi akan berhasil jika masyarakat memperhatikannya, yang seringkali mengharuskan pemerintah untuk secara aktif mendistribusikan dan, jika perlu,

memperbarui informasi. *Ketiga*, insentif akan berhasil jika jumlahnya cukup besar. Untuk efektivitas maksimum, hal ini mengharuskan pemerintah mengeluarkan insentif untuk memantaunya secara ketat dan memperbaruinya sesuai kebutuhan agar insentif tersebut tetap cukup besar.

Sebagian besar penelitian yang ada mengenai efektivitas peraturan berfokus pada hubungan antara implementasi, penegakan, dan keberhasilan kebijakan. Kebijaksanaan konvensional adalah bahwa jika suatu menggunakan kebijaksanaannya dan memutuskan untuk menerapkan dan menegakkan peraturan dengan benar, maka akan lebih berhasil. Idealnya, pembuat kebijakan harus menggunakan cara atau metode yang tidak terlalu mengganggu untuk mendorong vaksinasi sukarela COVID-19 sebelum mempertimbangkan vaksinasi wajib. Dengan kata lain, mandat harus dipertimbangkan saja setelah orang diberi kesempatan untuk divaksinasi secara sukarela dan/atau setelah ada cukup alasan percaya bahwa ini saja tidak akan cukup untuk mencapai tujuan sosial atau kelembagaan yang penting. Upaya harus dibuat untuk menunjukkan risiko kesehatan dari tidak divaksinasi dan manfaat dan keamanan vaksin untuk penerimaan terbesar dari vaksinasi (Colgrove, 2005). Sejumlah pertimbangan etis harus didiskusikan secara eksplisit dan ditangani melalui analisis etis ketika mengevaluasi apakah vaksinasi COVID-19 wajib merupakan suatu pilihan kebijakan yang dapat dibenarkan secara etis. Seperti halnya kebijakan kesehatan masyarakat lainnya, keputusan tentang vaksinasi wajib harus didukung oleh bukti terbaik yang tersedia dan harus dilakukan secara sah pengambil keputusan secara transparan, adil, adil dan tidak diskriminatif serta melibatkan masukan dari pihak yang terkena dampak. Di sini sangat dibutuhkan pemimpin dan kepemimpinan yang berpikir dan bertindak di luar dari kebiasaan.

Mengutip Walter Benjamin (Nassima, 2018) dalam “Prolog Epistemo-Critical”, dan teori

Fidler tentang kepemimpinan situasional maka di masa krisis, termasuk krisis pandemic seperti Covid-19, masyarakat, pemerintah, dan kalangan institusi layanan kesehatan sangat membutuhkan komunikasi kepemimpinan di masa krisis. Krisis adalah peristiwa dengan probabilitas rendah dan berdampak tinggi yang menyebabkan gangguan signifikan. Dari sudut pandang organisasi, krisis adalah “situasi abnormal yang tidak terduga yang menghadirkan risiko bisnis yang luar biasa dan tinggi dan yang akan berkembang menjadi bencana jika tidak dikelola dengan hati-hati” (Shaluf et al., 2003). Studi ini mengeksplorasi kepemimpinan krisis melalui lensa “teori kepemimpinan situasional” dan “teori kepemimpinan implisit”.

Sebagaimana telah diuraikan di atas, bahwa paling tidak, ada tiga factor utama yang memicu terjadinya deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis para dokter di masa pandemic, di RS Menteng Mitra Afia.. Tiga factor tersebut adalah; (1) factor sarana dan prasarana, (2) factor SDM, dan (3) factor proses layanan RS umumnya, dokter dan NAKES kepada pasien. Rangkaian tiga factor tersebut, beroperasi di masa pandemic, masa krisis di mana secara umum, terlihat dan dirasakan bahwa terjadi pembatasan social baik berskala kecil (terbatas) maupun berskala besar. Hanya ada satu kenyataan bahwa, semakin banyak orang, warga masyarakat, tidak atau terbatas untuk meninggalkan rumah, baik ke tempat kerja, termasuk ke RS Menteng Mitra Afia.

Pembatasan ini sekaligus membatasi bahkan membatalkan kontak dan komunikasi antarpersonal langsung dengan semua sahabat dan kenalan, namun sekaligus meningkatkan kontak dan komunikasi antarpersonal langsung dengan bantuan media. Jasa komunikasi HP atau zoom menjadi sangat penting di saat pandemic ketika semua pihak harus berkomunikasi antarpersonal atau berkomunikasi kelompok. Pertanyaannya adalah dalam kondisi pandemic tersebut, bagaimana respons manajemen RS, dalam hal ini pemimpin dan kepemimpinan RS berkomunikasi dengan para dokter, NAKES dan para pasien atau pihak luar dari RS?

Sesuai Fiedler menawarkan teori situasional, teori yang “kontingen” dengan memperhatikan dua factor utama; yaitu pemimpin yang berorientasi pada tugas, dan pemimpin yang berorientasi pada hubungan atau relasi.; namun dua orientasi ini tetap dikaitkan atau dipraktekkan salah satu gaya, atau kedua-duanya, dengan memperhatikan atau “kontingen” dengan “situasi”. Dengan memperhatikan table dasar teori Fiedler berikut ini maka, secara kualitatif, dari hasil penelitian (dari pengamatan dan wawancara) dapat disusun beberapa proposisi sebagai berikut.

Situation	Leader/Member Relations	Task Structure	Leader Position Power
1	Good	Structured	Strong
2	Good	Structured	Weak
3	Good	Unstructured	Strong
4	Good	Unstructured	Weak
5	Poor	Structured	Strong
6	Poor	Structured	Weak
7	Poor	Unstructured	Strong
8	Poor	Unstructured	Weak

Analisis 1.

Peneliti focus pada kesesuaian situasi dan gaya kepemimpinan dalam situasi pandemi;

- Situasi *pertama*, situasi **SEBELUM PANDEMI**; teori kepemimpinan Fiedler mengatakan bahwa inilah “situasi sangat menguntungkan” (oktan 1, 2 dan 3);
 - Situasi 1 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.

- Situasi 2 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin WEAK.
- Situasi 3 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.

Dianjurkan : **GAYA KEPEMIMPINAN YANG BERORIENTASI TUGAS ADALAH SANGAT EFEKTIF.**

- Situasi *kedua*, situasi **DI SAAT PANDEMI**, ini adalah situasi “sangat tidak menguntungkan” (oktan 7 dan 8)
 - Situasi 7 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.
 - Situasi 8 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK.

Dianjurkan : **GAYA KEPEMIMPINAN YANG BERORIENTASI TUGAS ADALAH SANGAT EFEKTIF.**

- Situasi *ketiga*, ketika situasi moderat, **DI SAAT PERALIHAN, DARI AKHIR MASA PANDEMI KE NORMAL**, adalah situasi antara “menyenangkan dan sangat tidak menyenangkan”
 - Situasi 4 : relasi pemimpin dan anggota GOOD, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK.

- Situasi 5 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin STRONG.

Dianjurkan : **GAYA KEPEMIMPINAN YANG MENEKANKAN PADA HUBUNGAN AKAN SANGAT EFEKTIF.**

Analisis 2.

Pertanyaannya adalah gaya komunikasi pemimpin seperti apakah untuk merespons situasi pandemic itu?

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa situasi sebelum pandemic, adalah situasi yang paling menonjol adalah SITUASI 3; di mana relasi pemimpin dengan anggota GOOD, tugas STRUCTURED, posisi pemimpin STRONG. Artinya, dilihat dari sisi tugas dan fungsi maka semua TUPOKSI (tugas pokok dan fungsi) pada semua unit kerja di RS Menteng Mitra Afia. bekerja maksimal, baik dalam layanan administrasi RS umum dan klinik, termasuk layanan klinik kepada pasien yang dirawat tergolong baik (GOOD).

Data dari laporan RS Menteng Mitra Afia. (tahun kerja 2019) menunjukkan bahwa kinerja RS, kinerja dokter, kinerja NAKES sebelum pandemic dapat mencapai angka efektivitas 80% sampai dengan 90%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa di saat sebelum pandemic, komunikasi antarpersonal, komunikasi teraupetik antara dokter dengan sesama dokter, antara dokter dengan pihak NAKES dan pihak lainnya yang berkepentingan dengan RS, *tidak menunjukkan deviasi etika komunikasi*. Karena para pihak masih dapat berkomunikasi personal verbal dan nonverbal secara langsung maupun melalui media komunikasi (*handphone*) dan kehadiran komunikasi visual-fisik dalam pelbagai event di RS atau di luar RS.

Di **saat pandemic**, situasi yang dihadapi berada pada oktan;

- Situasi 7 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG. Artinya, posisi pemimpin di saat ini STRONG mengatur organisasi namun dia harus mengalami kerentanan relasi antara pemimpin dan manajemen pada pelbagai level pimpinan di RS Menteng Mitra Afia. (relasi organisasi atas-bawah), antara sesama dokter sejawat, antara dokter dengan NAKES, antara dokter atau NAKES dengan pasien dalam situasi relasi POOR, atau “miskin” berkomunikasi. Ini karena semua kerjaan di RS mengikiti program “pembatasan” yang sangat ketat, yang pada gilirannya komunikasi personal tatap muka baik secara verbal maupun nonverbal tidak berlangsung efektif, tidak saja karena pembatasan jarak tetapi frekuensi komunikasi juga sangat dibatasi. Para dokter tidak leluasa lagi berkomunikasi langsung dengan sesama dokter atau NAKES untuk membahas tugas pokok kedokteran seperti konsul status pasien dll. Para dokter atau NAKES juga tidak berkomunikasi langsung dengan pasien (memeriksa, mengobati, merawat pasien). Pembatasan komunikasi personal ini diperisai oleh masker, SWAB dan syarat-syarat steril lainnya. Artinya cara dan teknik komunikasi teraupatik seperti mendengarkan, meraba, menyentuh, mengelus pasien tidak diperkenankan. Sebagian besar tugas menjadi UNSTRUCTURED, artinya tidak sesuai lagi dengan “tupoksi” karena kuat dipengaruhi oleh situasi “ketegangan” dan “kecemasan” selama pandemic. Gambaran tindakan ini sejatinya merupakan salah satu bentuk deviasi etika komunikasi. Karena sejatinya dokter atau NAKES, sesuai dengan tugas dan fungsi professional harus “memeriksa” pasien.
- Situasi 8 : relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK. Selama pandemic, relasi manajemen atau pemimpin yang sebelumnya STRONG menghadapi anggota yang sudah menjalankan tugas yang UNSTRUCTURED, berubah

menjadi POOR. Di mana komunikasi antar personal, komunikasi teraupatik melalui tindakan komunikasi medis sangat berkurang, miskin komunikasi, apalagi menghadapi situasi tugas pokok dan fungsi yang dikerjakan baik oleh dokter, NAKES, atau dengan pihak lain yang berurusan dengan RS yang UNSTRUCTURED. Baik situasi 7 maupun situasi 8, keadaan UNSTRUCTURED itu dipicu oleh tingkat ketersediaan sarana dan prasarana, SDM dan proses atau prosedur layanan yang mengikuti regulasi kebijakan public. Keadaan ini sekaligus menggambarkan betapa dampak situasi pandemic mempengaruhi besaran peluang terjadinya deviasi etika komunikasi dalam relasi antara sesama dokter, antara dokter dengan NAKES, dan pihak RS dengan pihak yang berkepentingan dengan RS. Secara reoteris dan praktis, untuk menghadapi situasi 7 dan 8, maka GAYA KEPEMIMPINAN YANG BERORIENTASI TUGAS ADALAH SANGAT EFEKTIF, yang dianjurkan dipakai oleh para manajemen atau pemimpin di RS.

Hal ini didukung oleh pendapat dari wawancara sebagai berikut;

1. **Dr. Yudha.** Kalau dari manajemen, menurut saya memang masih kurang, artinya kalau dibahasakan pelanggaran yang terjadi adalah kurangnya sosialisasi dari manajemen ke pihak internal rumah sakit. Internal rumah sakit ini dalam hal ini siapa? Menurut saya misalnya bagian yang bertanggung jawab dalam penerimaan barang-barang donasi, baik itu obat ataupun APD. Misalkan ke farmasi bagian atau unit farmasi ataupun *frontline*, atau misalnya IGD atau dokter dan perawat IGD, bahkan sekuriti ataupun front office kita kurang sosialisasi. Kedua mengenai rasa tanggung jawab, artinya ketika ada tamu pihak luar yang datang, mungkin tahu alurnya tapi karena kesibukan dan sebagainya terjadi "Oh ya udah ini saya titip ini titip si A si B si C", ketika kemarin sudah terinfo di grup, namun ketika manajemen menanyakan "barang yang dari lembaga A mana?" malah "oh enggak tahu dok". Nah ini bisa dilihat sebagai pelanggaran. Dari manajemen kurang sosialisasi, mungkin alurnya perlu diingatkan lagi karena memang donasi pada saat itu menjadi satu hal yang krusial dan yang kedua adalah rasa tanggung jawab teman-teman pelaksana di lapangan.
Kalau *bukan clinical path way* mungkin agak ribet dan sulit, semacam internal memo atau internal memo klinis yang ditujukan untuk para klinisi terutama yang merawat, mungkin tidak hanya paru tapi juga penyakit dalam yang membantu saat itu. Jadi selalu di refresh atau dituliskan dari manajemen, kemudian disebarkan ke komite medik. Kemudian komite medik melakukan sosialisasi (paling hanya kita

sebar di grup wa). Dari manajemen hard copy berkasnya diletakkan di ruang perawatan (*nurse station*) sebagai berkas. Karena memang kondisi pandemi kita mau cepat supaya di rumah sakit untuk tata kelola pasien itu biar lebih cepat dapat update-nya. Intinya saat pandemi kita benar-benar mem-bypass seluruh pertemuan offline, jadi diganti online by WA BLAST, grup komunikasi *Whatsapp* tuh udah makanan sehari-hari.

2. **Dr. Arif.** Waktu menyampaikannya saya komunikasi langsung itu dengan ini para manajer langsung ya pada direktur langsung, namun kembali keputusan kami menyampaikan juga harus membawa dasar. Dasar itu yang kami bawa saat awal-awal seperti panduan dari perhimpunan baru awal dinyatakan sebagai KLB. Ada panduan apa pun ya kita ambil dari yang panduan ada di perhimpunan seperti apa, namun kesulitannya adalah meyakinkan kesiapan manajemen, kesiapan rumah sakit dalam hal ini manajemen untuk memutuskan apakah kita menyiapkan, karena pada saat itu kan pemerintah belum menginstruksikan secara langsung kan berapa persen yang harus disiapkan bed-nya. Kedua juga kita belum tahu persis apakah ini akan dibayar atau tidak. Jadi waktu itu memang manajemen pasif memutuskan karena harus ada pertimbangan secara legalitas dari perhimpunan untuk standar layanannya, dan mana dari pemerintah yang mengatur tentang regulasinya (terutama dengan masyarakat).
3. **Dr. Ambun.** ya komunikasinya jadi gini ya kita tetap membuka ruang untuk komite, seperti rapat komite medis rutin dok, jadi kita punya komite medis setiap bulan dan saya punya grup dengan DPJP nah di grup itulah komunikasi kita berjalan dok. sehingga ketika ada info terbaru berapa jumlah pasien itu kita infokan di dalam grup tersebut dok, terus untuk rapat memang ketika puncaknya covid kita enggak banyak rapat dokter, ketika udah melandai baru kita hidupkan lagi rapat komite medis tiap bulan. dan berjalan kita audit medis juga berjalan ya rapat pelayanan tiap minggu, jadi rabu itu jalan ya setiap rabu jalannya siapa crosscheck ke dokter Yudha ya dok ya.
4. **Dian HRD. RS MMA.** komunikasinya dok pakai *zoom*, pakai *zoom* dok jadi kalau ada yang baru kita rapat pakai *zoom* nanti ada yang memang bisa di ruang rapat ada juga yang jika pelaksana sedang sedang di rumah yang libur atau sedang jaga mereka pakai *zoom* gitu. kalau pemakaian pemakaian apa namanya gaun dan lain lain itu juga awalnya memang di *zoom* tapi PPI mutar dok tetap gini loh caranya begini caranya gitu dari sampai sampai ke cs. sampai ke sekuriti gitu mereka turun dok jadi walaupun ada perwakilan tapi tetap dicek tetap ada ada *check* and riceknya dari ada laporannya dari PPI jadi kalau enggak salah untuk dengan itu ini mereka bikin laporan di setiap bulannya dilaporkan, jadi dari depan sampai ke pelayanan di dalam sampai mereka keluar pasien itu keluar lagi.
5. **Karo Keperawatan RS MMA.** komunikasinya dari manajemen itu semua terarah sih saat itu memang misalkan kayak entah dari direktornya menginstruksikan atau dari pelayanan medisnya begini begini begini, ini ya untuk di pelayanan harus seperti ini harus nanti saat pasien masuk kita harus semuanya kita screening dulu melalui ruang screening dulu gitu kan atau enggak untuk yang pasien tidak bergejala covid atau gimana ini harus ke mana dulu atau kita buka kan poli khusus yang bukan IGD, IGD sendiri yang mengarahnya bukan ke arah covid gitu. jadi saat itu langsung terpecah menjadi dua yang tadinya kita igd ya hanya satu pintu di situ, karena efek

pandemi jadi kita terpecah jadi dua untuk yang membandingkan untuk membedakan untuk yang covid dan yang non-covid saat itu. nah untuk komunikasi dari manajemen ya kita yang diperintahkan karena memang harus yang seperti itu kita lalui semua kita lalui sih, dengan informasi yang mungkin dari penanggung jawab covid-nya saat itu dokter yudha sudah berkoordinasi dengan manajemen di atas yang akhirnya menginformasikan kami kami di pelaksana di lapangan jadinya kami lakukan itu tapi kalau misalkan ada terkendala, misalkan ini gimana ya ternyata ini gini gini nah itu kita kembalinya ke komunikasinya ke dokter yudha nya sebagai penanggung jawab covid gitu.

Dari uraian analisis 2 ini dapat disimpulkan bahwa dalam keadaan krisis pun, semua pihak dalam organisasi, mulai dari level bawah sampai pada level manajemen (pemimpin) tetap berusaha berkomunikasi, dalam keadaan dan bentuk komunikasi apapun.

Analisis 3.

Kesesuaian situasi pra pandemic, adalah gaya kepemimpinan yang berorientasi tugas sebagai gaya kepemimpinan yang sangat efektif.

Gaya ini lebih cocok dalam “situasi yang sangat menguntungkan” pemimpin (oktan 1,2 dan 3), termasuk dalam situasi yang “sangat tidak menguntungkan” manajemen dan pemimpin (oktan 7 dan 8).

Analisis 4.

Ketika pandemic sudah selesai, atau pasca pandemic maka situasi yang dihadapi pemimpin, anggota, dalam situasi moderat, artinya antara situasi “menyenangkan dan sangat tidak menyenangkan” (oktan 4,5, dan 6). Maka gaya kepemimpinan yang menekankan pada hubungan akan sangat efektif. Artinya para pihak dalam organisasi, baik manajemen, pemimpin, anggota organisasi RS seperti dokter, NAKES dan para pihak yang berkolaborasi dengan pihak RS kembali menata relasi demi pelaksanaan “tupoksi” sesuai dengan regulasi yang berlaku.

Analisis 5.

Jika analisis 1 sampai dengan 4 berbasis pada Teori Fiedler, maka analisis pengaruh situasi dan kondisi pandemic terhadap pengambilan keputusan manajemen dan pemimpin berdasarkan teori Walter Benjamin. Jika Fiedler mengatakan bahwa efektivitas kepemimpinan tergantung pada situasional yang rumit yang disebut “keuntungan situasional” atau “situational favorability” atau “kendali situasi”; maka tidak bagi Walter.

Teori Walter juga mengakui bahwa pandemi adalah masa krisis, namun menurut Benjamin, jargon krisis telah menjadi endemik dalam modernitas masyarakat. Meskipun demikian, dalam situasi “modern” sekarang ini, baik dalam versi radikal maupun afirmatif, semua pihak harus mengikuti gagasan Benjamin, bahwa 'krisis' menawarkan 'peluang', sesuai dengan makna krisis sebagai 'keputusan'. Perhatikan bahwa ketika pandemic berlangsung selama 2 tahun, antara tahun 2020 – sd 2022, banyak usaha kreatif yang muncul untuk mengatasi krisis kehidupan. Jawaban dari teori Benjamin ini sekaligus menjawab semua pihak yang mempertanyakan hubungan antara modernitas dan krisis. Benar, bahwa modernitas pembangunan dunia itu sendiri, termasuk modernitas kehidupan warga, telah menghasilkan 'krisis', krisis di bidang kesehatan. Misalnya, krisis dalam tindakan preventif terhadap penyakit menular yang bakal mengakibatkan pandemic. Ini juga termasuk krisis tradisi, kemudian sebagai krisis modernitas itu sendiri. Misalnya, mengapa umat manusia, pemerintah di semua negara tidak atau acuh tak acuh terhadap pengalaman pandemic yang sama yang dialami oleh Spanyol pada tahun 1918?

Benjamin mengajarkan kepada kita semua, warga dunia, pemerintahan dan negara, agar melihat krisis jauh lebih dalam daripada tingkat ekonomi. Hubungan dekat dan komunikasi personal manusia seolah terlempar ke dalam krisis oleh 'kejelasan pandemic yang menusuk'. Sentralitas uang yang semua orang miliki ternyata tidak mampu mencegah pandemic. Pandemi

telah, dan ternyata membuat semua warga dunia belajar, bahwa pandemic telah dan berhasil mengganggu interaksi, relasi, dan komunikasi manusia. Pandemi telah membuat komunikasi antara warga mengalami rusaknya 'kepercayaan, ketenangan, dan kesehatan'. Pandemi telah merusak keramahan antara manusia. Seperti kata Benjamin dalam teorinya, hidup bersama, seperti makan, penting untuk menjaga keramahan, telah dirusak oleh pandemi.

Benar seperti kata Walter Benjamin, pengalaman 'krisis pandemic' selama dua tahun terakhir ini membuat umat manusia membuat atau menggambar suatu 'gambaran harapan', sebuah gambar yang mengandung cita-cita utopis yang tersembunyi, tentang apa yang sudah seharusnya dipersiapkan ke masa depan untuk menghadapi krisis. Dalam menyebut 'krisis', konsep modernitas sebagai kejutan, yang diangkat ke tingkat kolektif, menjadi jelas. Jargon krisis dengan demikian tetap terikat pada apa yang disebut Benjamin sebagai konsepsi mitis tentang sejarah.

4.3.5. MENJAWAB TUJUAN KELIMA

- **MERUMUSKAN MODEL KEBIJAKAN PUBLIK YANG DAPAT MEMINIMALKAN DEVIASI ETIKA DALAM TINDAKAN MEDIS PADA PANDEMI ATAU KEJADIAN LUAR BIASA DI MASA YANG AKAN DATANG.**

A. INDIKASI DEVIASI ETIKA KOMUNIKASI (TERAUPATIK) DALAM TINDAKAN MEDIS

Etika merupakan bagian integral dari semua bentuk komunikasi. Komunikasi sering disajikan sebagai tindakan moral. Betapa pentingnya etika komunikasi antara lain dapat ditunjukkan melalui kode profesional, termasuk kode profesi dokter, yang biasanya menentukan perilaku yang sesuai. Komunikasi etis adalah jenis komunikasi yang didasarkan pada nilai-nilai profesi tertentu, seperti jujur, ringkas, dan bertanggung jawab dengan kata-kata dan tindakan yang dihasilkan. Sebagai seperangkat prinsip, komunikasi etis memahami bahwa pemikiran seseorang

harus disampaikan dan diungkapkan secara efektif dan ringkas, dan bahwa tindakan atau konsekuensi yang dihasilkan akan [berpotensi] hanya didasarkan pada bagaimana pesan itu dikomunikasikan. Dengan demikian, komunikasi etis mendefinisikan kerangka kerja atau seperangkat prinsip komunikasi yang dapat diterima yang selaras dengan kode etik atau kode etik menyeluruh dari suatu profesi.

Hasil penelitian terungkap bahwa ada tiga kategori sumber masalah yang berpotensi mempengaruhi deviasi etika komunikasi, dalam hal ini, etika komunikasi teraupatik, dalam tindakan medis; sebagai berikut :

1. Masalah Ketersediaan Sarana dan Prasarana

- 1) Pemanfaatan telemedicine untuk konsul dan visite pasien
- 2) Keterlambatan pelayanan rawat inap bagi pasien dan NAKES dikarenakan adanya zonasi wilayah di dalam RS (makan, minuman bagi pasien dan NAKES)
- 3) Perubahan jam besuk
- 4) Terjadinya komunikasi satu arah
- 5) Keterbatasan ruang rawat inap di RS mengakibatkan banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang (hotel bukan sebagai sarana rawat pasien covid)

2. Masalah SDM, Dokter dan NAKES

- 1) Jam kerja yang panjang bagi dokter dan NAKES, orang menjadi letih dan lelah.
- 2) Pemakaian APD Masker N95 selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum
- 3) Pemakaian APD Hazmat selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum ataupun dibuka selama pelayanan berlangsung

- 4) Opini masyarakat tentang NAKES sebagai pembawa virus sehingga NAKES tidak diizinkan pulang/diusir ke tempat NAKES tinggal kos, rumah)
- 5) SDM jadi selalu terlambat masuk kerja karena selalu membutuhkan hasil SWAB yang lama berterima.
- 6) Penggunaan APD dokter dan perawat berpotensi mengganggu komunikasi personal atau organisasi kepada semua terkait (pasien, dokter, teman sejawat)
- 7) Penggunaan APD NAKES dengan durasi yang terlalu lama dari yang seharusnya
- 8) Kesulitan APD dengan penggunaan masker n95 berulang, hazmat diganti dengan jas hujan.

3. Masalah Sistem Layanan

- 1) Pasien tidak menuntut apa bila tertular Covid – 19
- 2) Pasien tidak mampu mandiri geriatric/bayi (aktifitas terbatas) ditunggu oleh satu orang dengan melakukan PCR terlebih dahulu
- 3) Pasien dengan covid ‘sedang’ terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri terkait keterbatasan ruang perawatan
- 4) Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat keterlambatan hasil SWAB dikarenakan persyaratan kepulangan pasien sampai hasil swab negative.

Secara ringkas peneliti akan menguraikan beberapa contoh mengenai sumber masalah yang berpotensi mempengaruhi etika komunikasi sebagai berikut.

1. Telemedicine untuk konsul dan visite pasien

Di tengah gelombang pandemi, sistem kesehatan dunia berusaha menemukan cara untuk tetap memberikan layanan medis yang efektif kepada masyarakat, sambil mengurangi risiko penyebaran virus yang mematikan.

Menurut Faiz Marketing

..... Saat awal covid itu karena kami belum waktu itu belum ada regulasi yang dikeluarkan oleh kemenkes kalau enggak salah tentang penanganan covid di rumah sakit selain yang ditunjuk mungkin seperti di Sulianti Saroso atau rumah sakit fatmawati rsem dan lain lain yang memang biasa menangani penyakit infeksi. Jadi saat adanya pasien covid yang positif pasti akan dirujuk keluar rumah sakit yang sudah tercantum di list yang dikeluarkan oleh Dinkes atau Kemkes dan salah satunya wisma atlet. Tapi seiring berjalannya waktu covid ini semakin diketahui seperti apa perkembangannya akhirnya rumah sakit MMA ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit yang menerima pasien covid. Awalnya kami waktu itu membuka bangsal di lantai tiga awalnya wing sebelah kanan yang diaktifkan sebagai isolasi covid. Namun karena kasusnya makin meningkat lantai dua yang full dioperasikan untuk pasien isolasi covid dan saat itu pasien sangat banyak bahkan pernah satu hari itu di mma mengantre sekitar lima ambulans dan untuk filtrasi pasien itu sangat ketat. Jadi memang hanya pasien pasien yang butuh penanganan di rumah sakit yang diterima jika sangat ringan gejalanya akan disarankan isolasi mandiri di rumah jika terlalu berat diarahkan ke cara lain atau di akan ke rumah sakit yang jauh lebih lengkap peralatannya. Jadi kalau bisa dibilang load pasien itu sangat tinggi saat itu jauh melonjak dibandingkan hari hari biasa di saat sebelum covid itu ada.

Saat itu salah satunya kita adanya juga pembatasan kunjungan selain itu kita juga ada komunikasi dari pihak rumah sakit ke dokter-dokter spesialis, apakah beliau berkenan membuka poli. Ada beberapa yang berkenan ada yang tidak apa namanya kondisi dan juga mungkin usia dokter tersebut yang memang sudah uzur atau mungkin beliau punya komorbid, jadi beliau dokter tersebut memutuskan untuk tidak praktik. Untuk dokter yang praktik sendiri yang saya ingat itu ada dr. Tambah tua panjaitan yang secara sukarela nah kan beliau itu sukarela memberikan penyuluhan ke pasien-pasien bahwa covid ini ini sebenarnya kayak gimana. Akhirnya saya buat narasi dan kita publish di sosial media dan itu lumayan engagement-nya lumayan sangat sangat tinggi salah satu yang tertinggi di akun-nya di MMA dan juga beliau semangat sekalian memberikan penyuluhan di on-site atau di rumah sakit. Jadi pasien pasien kami saat itu juga merasa terbantu.

Lalu adanya pembatasan kunjungan, biasanya kan pasien itu boleh dikunjungi ya tapi selama pandemi ini jadi pembatasan kunjungan hanya untuk menunggu hanya untuk menunggu dan itu hanya boleh satu orang kalau mau bergantian harus jelas (asal-usulnya keluarga ini dari mana) dan mereka juga harus tes dulu. Karena untuk mencegah penularan dari dalam dan dari luar rumah sakit makanya dilakukan screening atau pencegahan dengan waktu itu sebelum antigen kita mengenal adanya *rapid test* dari serologi dan juga dari darah intravena. Test ini menjadi salah satu pencegahan awal screening awal selain juga nanti ketika hasil dari rapid test itu positif akan dilanjutkan ke PCR.

Pasien pasien di MMA sendiri terutamanya masuk igd ada klasifikasinya dan juga ada regulasi khusus. Kami menyediakan ruang isolasi saat itu sebelum masuk igd akan ada ruang isolasi tersendiri, ketika dicek suhu tubuhnya di atas tiga puluh tujuh dan ada gejala panas, demam, sudah batuk sekian lama gitu dan ada kontak dengan pasien bergejala atau positif maka akan diarahkan ke ruang isolasi. Di situ akan dilakukan *screening* yang lebih

dalam selain dari pertanyaan dan juga di situ ada klasifikasinya dari kuning merah dan hijau. Nanti ada matriks matriksnya, kalau sudah oke dan ternyata memang ke sini lolos ternyata biasa maka akan dibawa ke FGD-nya ya seperti pasien biasa di treatnya tapi kalau yang bersangkutan ini ada mengarah ke covid walaupun di situ tidak ada gejala asimtomatis jadi tetap diarahkan igd namun dalam protokol yang lebih ketat.

Salah satu prinsip utama pengaturan Rumah Sakit pada masa pandemi COVID-19 untuk menyesuaikan layanan rutinnya adalah melaksanakan kembali pelayanan yang tertunda selama masa pandemi COVID-19. Ini termasuk apa yang disebut “tindakan medis”.

Menurut **dr Licht**

jadi pada masa pandemi ada tindakan tindakan medis yang kemudian dibatasi atau sama sekali tidak boleh tidak boleh dilaksanakan dokter Enrico. Contoh misalnya itu adalah alat alat yang digunakan semprotan ya nah seperti tindakan-tindakan di dokter gigi itu, itu dokter gigi sempat itu enggak praktik dokter Enrico ya, karena karena risiko untuk penularan itu sedemikian besar gitu ya contoh contohnya seperti itu jadi memang ada pengkondisian terhadap tindakan tindakan medis selama masa pandemi. Jadi di itu sudah jelas juknisnya covid itu ada gitu bahkan dua tahun covid itu ada lima edisi buku juknisnya covid ya keluar, bahwa ditetapkan untuk penerimaan pasien covid itu beda pintunya dengan pintunya dengan pasien non-covid.

Lantaran kekurangan alat-alat maka salah satu solusi yang diadopsi oleh banyak rumah sakit dan klinik adalah *telemedicine*. *Telemedicine* adalah praktik pemberian layanan medis jarak jauh melalui teknologi komunikasi, seperti telepon, video conference, atau platform online lainnya. Selama pandemi, banyak rumah sakit dan klinik mengadopsi telemedicine sebagai cara alternatif untuk berkomunikasi dengan pasien dan memberikan perawatan medis, terutama ketika bertatap muka menghadapi risiko penularan COVID-19. Salah satunya adalah Rumah Sakit Menteng Mitra Afia yang juga menerapkan telemedicine selama masa pandemi COVID-19.

Menurut **dr. Arief**,

telemedicine itu lebih cenderung ini untuk pertama mengurangi tingkat kelelahan, yang kedua itu mengurangi tempat. Jadi telemedicine itu bukan dari rumah tapi ketika kita visit nanti dibantu bahwa kita tidak mesti selalu keluar masuk. Ada *telemedicine* tapi bukan buat yang jarak jauh. Walaupun kemudian setelah setahun baru mulai itu kita melakukan

telemedicine di poli. Setelah setahun itu baru mulai berkembang lah itu para *telemedicine* dari dokter ada di mana, pasien ada di mana, tapi yang sebelum-sebelumnya itu membantu ketika *telemedicine* ketika kita visit aja.

Meskipun tidak semua memahami penggunaan dan manfaat dari *telemedisin*.

Menurut pejabat **HRD**,

.... kalau *telemedicine* sih kayaknya enggak ada kalau covid aja sih dok *telemedisin* nya pak apa di misalnya kayak saya ini kena covid gitu nah saya bilang ini dok ininya gitu tapi kalau untuk pasien yang dan covid di belum dok, ada beberapa dokter kaya dokter kalau enggak salah ya dok dokter selivani, beliau itu terima gitu *telemedicine* itu tapi untuk sistemnya saya kurang paham sih dok apakah itu memang dibayar atau tidak.

Terkait dengan etika komunikasi, beberapa hal yang perlu ditinjau dengan menggunakan *telemedicine* seperti **privasi dan kerahasiaan pasien** secara *online*, pemahaman teknologi, informasi dan **inform consent** pasien, dan lain sebagainya.

Meskipun *telemedicine* membawa manfaat besar, tidak dapat dipungkiri bahwa ada potensi risiko pelanggaran etik dan komunikasi yang timbul dari penerapannya selama masa pandemi. Salah satu masalah utama adalah privasi dan kerahasiaan pasien. Dalam **lingkungan virtual, data medis pasien bisa lebih rentan terhadap kebocoran atau penyalahgunaan informasi pribadi**. Jika sistem keamanan tidak memadai, informasi sensitif pasien bisa jatuh ke tangan yang salah dan menimbulkan dampak buruk pada pasien.

Selain itu, tidak semua pasien memiliki akses yang sama terhadap teknologi, terutama di daerah yang kurang berkembang atau masyarakat dengan tingkat literasi digital yang rendah. Hal ini bisa menyebabkan kesenjangan dalam aksesibilitas perawatan kesehatan. Pasien yang kurang berpengalaman dalam teknologi atau tidak memiliki akses yang memadai mungkin kesulitan dalam mengakses layanan *telemedicine*, sehingga mereka dapat kehilangan kesempatan untuk mendapatkan perawatan yang tepat dan tepat waktu.

Menurut **dr Ambun**. dalam proses dalam kegiatan pelayanan medis ya untuk kegiatan kegiatan yang terkait dengan rawat inap, kita biasanya memang melakukan *video call* ya

bukan *telemedicine* dok, kenapa begitu, karena memang pasien pasien kita kan kalau *telemedicine* itu kan memang pasien membayar ya rata-rata, memang kita menyediakan fasilitas *video call* untuk dokter-dokter. jadi untuk dokter-dokter itu tidak semua dokter itu harus bisa semuanya praktik, ini misalnya visitor dokter penyakit dalam hanya boleh satu, jadi ada tiga dokter penyakit dalam hanya boleh 1. dan 1 dokter itu meliputi semua pasien, kemudian besoknya bergantian nah pasien-pasien yang lain bila dibutuhkan akan *video call* dengan perawat jadi visitnya tetap, diambil alih ya oleh DPJP yang untuk visitnya ya pada hari itu. itu satu, terus yang kedua apakah berjalan *telemedicine* di zaman saya tidak berjalan ya di MMA, tidak berjalan jadi memang saat itu memang belum sampai ke *telemedicine* gitu dok karena memang saat saya tuh memang sejak tinggi tingginya delta dok. enggak kepikiran *telemedicine* tapi kita mau mengadakan pelayanan yang sifatnya home visit dok sudah ada waktu itu jadi kita mendatangi rumah pasien menyiapkan oksigen satu oxy segala macam kalau ada perburukan gitu kan rumah sakit kalau stabil ke resepkan obat jadi bukan *telemedicine* ya dok *video call* gitu dok.

Aspek etika lainnya yang perlu diperhatikan adalah ***kualitas konsultasi dan kunjungan virtual***. Dalam beberapa kasus, interaksi melalui *telemedicine* mungkin kurang informatif atau kurang efektif daripada bertemu secara langsung dengan dokter. Ini bisa mempengaruhi akurasi diagnosis dan rekomendasi perawatan. Selain itu, dokter juga mungkin kesulitan dalam mengamati tanda-tanda fisik atau non-verbal pasien secara langsung, yang bisa mempengaruhi kemampuan mereka dalam mengevaluasi kondisi kesehatan pasien secara menyeluruh.

Menurut **dr Arif** saya pikir pemakaian *telemedicine* itu tidak bertentangan dengan itu selama ada dasarnya. Walaupun kita tahu akhirnya bahwa itu penggunaannya *emergency authority use* sementara sambil menunggu kajian. Jadi saya pikir secara etik gak ada masalah itu. Nah kalau yang kedua dengan *telemedicine* pada awal awal sebenarnya kalau enggak salah di wisma atletik itu sudah mulai dilakukan *telemedicine* dalam arti itu tadi kita membatasi dokter DPJP itu tidak turun langsung, tapi dibantu oleh tenaga yang di dalam. Jadi kita posisi dokter mungkin di poli kah atau di mana, mereka akan keliling gitu untuk menyampaikan atau diskusi dengan kita bertanya pada pasien. Pada suatu keadaan yang *force major* ya biasanya saya rasa enggak ada masalah etik ya kalau menurut saya kan itu *force major*; karena kita tenaga kesehatan kalau mau seperti biasa satu pasien diperiksa dari atas sampai bawah, tidak memungkinkan secara ukuran jumlah tenaga, rasio, kemudian adanya risiko infeksius. Kalau menurut saya enggak ada masalah dengan etik itu walaupun ada pasti dari awal sudah ditegur atasannya.

Lanjut, dr Arif, Memang ada kebijakan dari pemerintah, tapi kembali bahwa *force major* ini kan mendorong kita *out of the box* dan seminimal mungkin mengurangi risiko. Menurut saya ini sah saja, kalau dalam satu kondisi yang luar biasa. Sesuatu yang tidak biasa kita lakukan tapi tanpa melakukan karena berada di suatu kondisi yang di luar kemampuan kita. Suatu tata laksana pasien, hal itu sebenarnya tidak etis ya kita memberikan terapi pada

pasien tanpa lihat pasien secara langsung. Harusnya periksa *head to to* secara etisnya, namun di kondisi tersebut kita tidak melakukan itu. Memang betul =di awal itu memang enggak ada tetapi, saya di wisma atlet ngalamin bahwa kemenkes sendiri itu membuat sistem di mana dokter tidak perlu ketemu langsung dengan pasien. Jadi dari awal itu tidak dikeluarkan secara gamblang memang tetapi pada berapa center yang menjadi rujukan Pemkes mendorong atau mempersilakan tindakan seperti itu dilakukan. Jadi maksudnya pada saat itu dari sejak awal pertama berdiri wisma atlet itu memang sudah secara administratif dan secara struktural sistem alur pelayanan semua memang udah dibuatnya oleh kemenkes dan BNPB membentuk tim. Jadi tim yang di sana itu memang sudah di persiapan dan teknologinya sudah difasilitasi untuk kita melakukan dalam telemedicine.

Dapat disimpulkan bahwa pemakaian telemedisin juga mengandung indikasi “pelanggaran etik”. Tidak ketinggalan, etika komunikasi juga menjadi perhatian. Beberapa dokter mungkin kurang berpengalaman dalam berkomunikasi secara efektif melalui *telemedicine*, dan ini bisa mempengaruhi hubungan antara dokter dan pasien. Kesulitan dalam memahami atau merespon dengan tepat dapat menyebabkan kesalahpahaman atau ketidakpuasan pasien terhadap layanan yang diberikan.

2. Pasien tidak mampu mandiri geriatri / bayi (aktifitas terbatas) hanya boleh ditunggu oleh satu orang dengan PCR SARS-CoV-2

Di tengah masa pandemi yang menantang, kebijakan rumah sakit dalam menangani pasien yang membutuhkan asistensi atau tidak mampu beraktivitas mandiri, seperti pasien geriatri dan bayi, sering kali menjadi sorotan karena potensi pelanggaran etik dan komunikasi yang dapat muncul. Selama masa pandemi, keluarga atau pengasuh yang menjaga pasien geriatri atau bayi diperintahkan untuk melakukan tes PCR dengan biaya sendiri sebelum diizinkan masuk dan menjaga pasien tersebut.

Tindakan medis pada saat pandemi pastinya; penggunaan oksigen *High Flow Nasal* kanul itu lebih banyak. Kemudian kita tidak lagi melakukan operasi operasi apa namanya tindak operasi

yang kita ketahui sudah terkonfirmasi covid itu kita enggak makan karena kita enggak punya fasilitas OKA yang khusus isolasi. Kemudian seputar kedokteran respirasi. Tata laksana yang dipakai pastinya mengikuti alur protokol dari Kementerian Kesehatan bahwa pasien pasien terkonfirmasi Covid itu kita tata laksana dengan antivirus yang terakhir avigan, itu sempat kehabisan. Kemudian remdesivir injeksi antivirus beberapa tapi paling banyak antivirus oral itu *favipiravir* yang kita pakai, tindakan HFNC yang cukup banyak.

Meskipun menurut **dr Yudha**, untuk obat-obatan, kita tidak pakai ivermectin karena semacam kontroversial, kita tetap pakai antivirus favivirafir, avigan sama basisnya. Tata laksana alur penyediaan obat, dari manajemen dibuatkan rekomendasi atau referensi, kita lampirkan yang kita dapatkan dari perhimpunan (misalnya PASIEN DALAM PENGAWASANI) kemudian sudah ditandatangani oleh pimpinan rumah sakit, istilahnya sudah divalidasi dan legalisasi. Kemudian kita sosialisasi langsung ke struktural rumah sakit dan komite medis, dokter spesialis, terutama klinisi yang menangani pasien Covid, ini sudah termasuk ke urusan obat. Misalkan ada soal diagnostik PCR dan sebagainya itu langsung tersosialisasi ke masing masing unit, misalnya PCR ke laboratorium. Untuk pengadaan obat Favitirafir dan sebagainya itu ke farmasi, nanti sudah langsung dilakukan implementasi. Bilamana ada hambatan atau kendala itu biasanya nanti di feedback balik atau disampaikan ketika ada morning report.

Pendekatan ini, meskipun bertujuan untuk mengurangi risiko penyebaran virus kepada pasien yang rentan, dapat menimbulkan beberapa masalah etika yang perlu dipertimbangkan. Salah satu masalah utama adalah aksesibilitas layanan kesehatan. Jika pengasuh atau anggota keluarga yang menjaga pasien geriatri atau bayi tidak memiliki sumber daya yang cukup untuk membayar biaya PCR mandiri, mereka mungkin kesulitan untuk mematuhi kebijakan rumah sakit. Hal ini dapat menyebabkan ***ketidakadilan dan kesenjangan dalam akses perawatan*** bagi mereka yang ekonomi kurang mampu.

Selain itu, kebijakan ini juga dapat menimbulkan potensi kesulitan emosional dan psikologis bagi keluarga atau pengasuh. Ketika merawat pasien yang memerlukan perhatian ekstra, seperti geriatri atau bayi, memisahkan diri dari pasien untuk mengambil tes PCR dengan

biaya sendiri dapat menimbulkan beban tambahan dan stres psikologis. Ini dapat berdampak negatif pada perawatan pasien itu sendiri dan kesejahteraan anggota keluarga atau pengasuh yang merawatnya.

Aspek etika lainnya yang relevan adalah keterlibatan pihak berkepentingan dalam proses pembuatan kebijakan ini. Penting untuk melibatkan keluarga pasien dan anggota tim perawatan dalam mengambil keputusan seperti ini. Keterlibatan mereka dapat memberikan wawasan yang berharga tentang kondisi pasien dan membantu mencari solusi yang lebih inklusif.

Dalam menghadapi kemungkinan pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu mempertimbangkan alternatif yang lebih adil dan manusiawi. Misalnya, menyediakan tes PCR gratis untuk pengasuh yang akan merawat pasien geriatri atau bayi, atau mengadopsi protokol keamanan lainnya yang dapat mengurangi risiko penularan tanpa mengenakan biaya tambahan pada keluarga atau pengasuh.

Dalam menghadapi tantangan masa pandemi, penting bagi rumah sakit dan lembaga kesehatan untuk tetap mematuhi prinsip etika kedokteran, seperti prinsip keadilan, keberpihakan, dan keterbukaan. Dengan mencari solusi yang lebih inklusif dan memprioritaskan kesejahteraan pasien dan pihak berkepentingan, kita dapat menghadapi pandemi dengan cara yang lebih manusiawi dan etis.

3. Informed Consent yang ditandatangani oleh pasien atau keluarga

Selama masa pandemi, berbagai rumah sakit dan fasilitas kesehatan telah berjuang keras untuk merawat pasien dengan aman dan mencegah penyebaran virus COVID-19. Namun, dalam beberapa kasus, ada kemungkinan kasus pasien yang masuk tanpa COVID-19, tetapi setelah dirawat di rumah sakit, mereka tertular virus tersebut. Meskipun telah terjadi penularan di lingkungan rumah sakit, ada kasus di mana pasien tidak menuntut ketika tertular COVID-19.

Pelanggaran etik yang dapat terjadi dalam kasus seperti ini adalah kurangnya transparansi dan komunikasi yang tepat dari pihak rumah sakit kepada pasien dan keluarga mengenai potensi risiko penularan. Rumah sakit memiliki kewajiban etis untuk memberikan informasi yang jelas dan jujur kepada pasien tentang risiko kesehatan yang mungkin mereka hadapi selama perawatan. Dalam kasus pasien yang tidak memiliki COVID-19 saat masuk rumah sakit, namun kemudian tertular virus tersebut selama perawatan, pasien dan keluarga berhak mengetahui tentang kejadian ini dan konsekuensi yang mungkin timbul.

Ketidaktransparan ini juga bisa menyebabkan kesulitan bagi pasien atau keluarganya untuk melacak sumber penularan dan memberlakukan tindakan pencegahan yang tepat setelah mereka keluar dari rumah sakit. Informasi yang tepat dan komunikasi yang jelas dapat membantu pasien mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk melindungi diri mereka sendiri dan mencegah penyebaran lebih lanjut.

Selain itu, pelanggaran etik juga dapat terjadi jika rumah sakit tidak memberikan layanan yang memadai atau perawatan yang diperlukan untuk pasien yang tertular COVID-19 selama masa perawatan mereka. Pasien berhak menerima perawatan yang layak dan tepat, terutama jika mereka mengalami komplikasi akibat penularan virus tersebut selama berada di rumah sakit.

Dalam menghadapi situasi seperti ini, rumah sakit harus mengutamakan komunikasi yang jujur dan transparan dengan pasien dan keluarganya. Mereka harus memberikan informasi mengenai risiko penularan dan langkah-langkah pencegahan yang diterapkan untuk melindungi pasien dan staf kesehatan. Jika ada kasus penularan di rumah sakit, pasien dan keluarganya harus diberi tahu dengan segera dan diberikan dukungan serta perawatan yang memadai. Semuanya melalui mekanisme “komunikasi darurat”.

Petugas **LAB** megemukakan bahwa, perubahan ada seperti pasien darurat yang biasanya langsung ke IGD, saat pandemi harus ke ruangan *screening* terlebih dahulu seandainya

panasnya melebihi demam dan batuk langsung dialihkan keruang isolasi agar tidak tercampur dengan pasien lainnya. kalau untuk pelaporan untuk misalkan kayak pasien masuk ke IGD kita melalui telepon internal telepon antar rumah sakit, kita telepon ke pendaftaran gitu, dari pendaftaran itu kita menyampaikan ini pasien ada di igd ya dengan hasil PCR nya positif gini gini gini ini gitu nanti dari pihak pendaftaran yang akan langsung mendaftarkan. kita hanya menyampaikan ktp-nya kita kirim via *handphone* lagi tadi kita kirim KTP-nya, mereka yang mendaftarkan langsung dan langsung daftarkan secara sistem di komputernya gitu dokter, nah kalau untuk dokternya sendiri biasa kalau untuk dokternya melaporkan ke DPJP nya ke dokter yang menanggung jawab untuk saat dirawatnya melalui setelah ada pemeriksaan rontgen hasil PCR dan laboratorium-nya beliau langsung melaporkan ke DPJP via whatsapp-nya dan terapinya baru diberikan melalui WHATSAPP

Hal ini juga menggarisbawahi pentingnya rumah sakit untuk selalu berupaya menjaga standar keamanan dan pencegahan penyebaran COVID-19 yang ketat untuk melindungi pasien, staf kesehatan, dan masyarakat umum. Dengan tetap mematuhi etika kedokteran dan komunikasi yang baik, rumah sakit dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan menjaga integritas dalam memberikan layanan kesehatan selama masa pandemi.

4. Pasien dengan covid-19 gejala sedang terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri

Selama masa pandemi, rumah sakit dan fasilitas kesehatan sering kali menghadapi tantangan besar dalam menangani pasien COVID-19 yang jumlahnya meningkat dengan cepat. Salah satu masalah yang sering timbul adalah keterbatasan ruang perawatan yang tersedia untuk menangani pasien yang membutuhkan rawat inap akibat COVID-19. Akibatnya, ada kasus di mana pasien terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri.

Pelanggaran etik dapat terjadi dalam kasus-kasus seperti ini karena pasien mungkin tidak menerima perawatan dan pengawasan yang memadai ketika dipulangkan. Isolasi mandiri berarti pasien harus menjalani perawatan di rumah mereka sendiri atau tempat tinggal tanpa ada pengawasan medis langsung dari tenaga kesehatan. Hal ini bisa menyebabkan peningkatan risiko komplikasi atau penyebaran virus kepada anggota keluarga atau orang lain di sekitarnya.

Kata **dr Licht** jadi sebenarnya waktu saya di Menteng Mitra Afia itu itu adalah fase kedua saya mengalami lonjak lonjakan covid19. nah waktu pertama kali covid ada, di awal covid saya masih menjadi direktur rumah sakit Tanjung Priok jadi sebenarnya waktu di Menteng Mitra Afia tahun selanjutnya ya sebenarnya itu sudah tidak menjadi hal yang luar biasa bagi saya. jadi karena sebenarnya protokolnya sudah mulai tertib secara nasional gitu jadi kalau di awal awal saya mengalami itu masih meraba-raba semua tuh enggak ada rambu rambu yang belum ada rambu rambu yang baru gitu nah tapi pada lonjakan kedua yang waktu saya ada di Menteng Mitra Afia rambu rambu itu sudah mulai tertata, nah tinggal adalah bagaimana waktu itu karena ada lonjakan jadi ada kebutuhan terkait dengan rujukan rumah sakit, itu di mana masih dibutuhkan untuk pelayanan nah jadi sebenarnya pada masa itu saya sudah tidak dalam keadaan bingung lagi sebenarnya karena sudah apa KEMENKES sudah menetapkan beberapa aturan yang sebenarnya sudah cukup untuk kita tindaklanjuti seperti itu dokter Enrico.

Selain itu, komunikasi yang tidak tepat atau kurang transparan dari rumah sakit kepada pasien dan keluarga mengenai kondisi dan prospek perawatan pasien juga dapat menyebabkan masalah etik. Pasien dan keluarganya berhak untuk mengetahui secara jujur tentang alasan mengapa isolasi mandiri dipilih sebagai solusi dan risiko serta tindakan pencegahan yang harus diambil selama perawatan di rumah.

Pulang dengan isolasi mandiri juga bisa menjadi pilihan yang sulit bagi pasien dan keluarganya, terutama jika mereka merasa tidak siap untuk menghadapi situasi tersebut. Dalam hal ini, kurangnya dukungan psikologis dan emosional dari rumah sakit dan tim perawatan dapat menimbulkan dampak negatif pada kesejahteraan mental dan fisik pasien.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu berkomitmen untuk memberikan perawatan yang manusiawi bagi setiap pasien COVID-19, terlepas dari keterbatasan ruang perawatan. Rumah sakit harus menyediakan dukungan dan pengawasan yang memadai bagi pasien yang dipulangkan dengan isolasi mandiri, termasuk memberikan informasi yang jelas tentang langkah-langkah pencegahan yang harus diambil dan cara menghadapi situasi tersebut.

Lebih jauh lagi, penting bagi rumah sakit untuk secara terbuka berkomunikasi dengan pasien dan keluarganya mengenai kondisi pasien, perawatan yang diberikan, dan risiko yang terkait dengan isolasi mandiri. Transparansi dan empati dalam komunikasi dapat membantu mengurangi stres dan kekhawatiran pasien serta memberikan dukungan psikologis yang dibutuhkan selama masa perawatan.

Dengan memprioritaskan etika kedokteran dan komunikasi yang baik, rumah sakit dapat menghadapi tantangan masa pandemi dengan memberikan perawatan yang menyeluruh kepada setiap pasien COVID-19.

5. Penggunaan APD dokter dan berpotensi mengganggu komunikasi pasien, dokter, teman sejawat)

Selama masa pandemi, ketersediaan dan penggunaan APD oleh dokter dan perawat di rumah sakit menjadi kunci dalam melindungi kesehatan mereka dan mencegah penyebaran COVID-19. Namun, penggunaan APD yang ekstensif dan ketat dapat menciptakan beberapa masalah etik dan komunikasi di lingkungan rumah sakit.

Menurut petugas **LAB di RSUD MMA**, karena keterbatasan beberapa APD yang boleh dicuci, jadi nanti kalau sudah kering bisa dipakai lagi. Tapi kalau untuk ke ruang covid memang pakai yang level 3 jadi kalau untuk pasien dibawah paling cuma pakai gaun.

Salah satu potensi pelanggaran etik adalah gangguan komunikasi yang mungkin terjadi karena APD menyulitkan interaksi verbal dan non-verbal. Ketika dokter dan perawat memakai pakaian pelindung seperti masker N95, sarung tangan, pelindung wajah, dan hazmat, hal ini dapat menyulitkan pasien dan keluarga untuk membaca ekspresi wajah dan bahasa tubuh mereka. Komunikasi non-verbal yang penting dalam menyampaikan empati, dukungan, dan kepercayaan dapat terhambat karena penggunaan APD ini.

Menurut **dr Yudha**, saat itu, terdapat banyak donasi APD yang diberikan, karena sebelumnya APD yang menjadi sumber masalah padahal sangat dibutuhkan pada saat pelayanan yang tidak bisa kita dapatkan dengan cara kita beli, karena barangnya pun tidak tersedia. Akhirnya kita dapatkan dari donasi. Nah saat itu donasi dari pihak luar ada berbagai macam dari perorangan, badan institusi swasta, maupun pemerintah. Memang ada donasi dari Pemerintah dan Institusi, seharusnya ketika kita mendapatkan donasi istilahnya ada muara tempat kita memberikan informasi atau menyampaikan informasi bahwa ini “kita dapat donasi dari misalkan dari lembaga A itu atau dari lembaga B”. Nah ini tidak terjadi saat itu, jadi ketika ada donasi langsung didrop di rumah sakit, mungkin saat itu kita ada kebutuhan. Karena tidak disampaikan kepada PIC akhirnya langsung diambil. Tentu ini menjadi sulit untuk dipertanggungjawabkan. Jika ada pertanyaan dari manajemen mengenai, siapa yang memberikan donasi? Berapa jumlahnya? Tidak ada yang bisa menjawab.

Jelas di sini bahwa APD juga memengaruhi efektivitas komunikasi. Selain itu, penggunaan APD juga dapat menyulitkan dokter dan perawat dalam menyampaikan informasi secara jelas dan dengan empati kepada pasien dan keluarganya. Suara yang teredam dan penghalang fisik dari APD bisa menyulitkan pasien mendengar dan memahami informasi yang disampaikan oleh tim medis. Hal ini bisa menyebabkan kebingungan atau ketidakjelasan dalam panduan perawatan atau prosedur medis.

Kata **dr. Yudha**, terkait case yang terjadi pada saat itu balik lagi ke individu masing-masing. Pada saat pandemi, siapa sih yang takut sama covid? Bagaimana saat itu bisa menyebar kemudian menyebabkan kematian, yang mungkin bisa dibidang cepat. Apa lagi saat gelombang delta itu sangat signifikan terjadi, pasti setiap orang menginginkan penggunaan alat seperti APD. Nah rasa ego dan sebagainya saat itu berperan sekali, dengan pemikiran “ah ini barang donasi, apalagi saya dokter di rumah sakit ini pasti saya dapat”, “kenapa kalau saya ambil sekarang apa bedanya kalau nanti saya ambil nanti? Yang penting saya bisa mengamankan kebutuhan untuk saya atau untuk unit saya gitu paling”. Nah itu amat disayangkan yang mungkin terjadi antara satu atau dua orang teman teman di lapangan.

Gangguan komunikasi ini tidak hanya berdampak pada pasien dan keluarga, tetapi juga dapat mempengaruhi hubungan antara dokter dan perawat atau pihak-pihak lainnya di rumah sakit. Komunikasi yang terhambat antar anggota tim medis dapat menyebabkan kesalahpahaman, kurangnya koordinasi, dan penurunan efisiensi dalam memberikan perawatan.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu menyediakan pelatihan komunikasi kepada tenaga medis untuk beradaptasi dengan penggunaan APD. Tenaga medis harus diberdayakan untuk menggunakan bahasa yang jelas dan sederhana, mengkonfirmasi pemahaman pasien, dan mencari cara kreatif untuk tetap menyampaikan empati dan perhatian meskipun wajah tertutup masker.

6. Penggunaan APD dokter, NAKES dengan durasi tidak menentu

Selama masa pandemi COVID-19, penggunaan APD telah menjadi bagian penting dari rutinitas para tenaga kesehatan untuk melindungi diri dari risiko penularan virus. Salah satu APD yang sering digunakan adalah Masker N95, yang dianggap sebagai perlengkapan pelindung tingkat tinggi untuk melindungi pernapasan dari partikel virus. Namun, penggunaan APD dengan durasi yang terlalu lama dapat menimbulkan potensi pelanggaran etik dan komunikasi di rumah sakit.

Otoritas kesehatan merekomendasikan bahwa Masker N95 seharusnya digunakan dalam rentang waktu yang terbatas, biasanya antara 4 hingga 8 jam. Setelah durasi tersebut, masker sebaiknya digantikan karena kemampuannya untuk menyaring partikel dapat menurun, dan penggunaan yang berkepanjangan dapat menyebabkan kelembaban dan kontaminasi yang berpotensi meningkatkan risiko infeksi.

Penggunaan Masker N95 selama satu shift kerja yang panjang, misalnya lebih dari 8 jam, dapat menyebabkan beberapa masalah. *Pertama*, kenyamanan dan kesejahteraan fisik nakes bisa terpengaruh karena tekanan dan iritasi yang ditimbulkan oleh masker selama penggunaan yang berkepanjangan. Hal ini dapat mengganggu konsentrasi dan fokus, serta menyebabkan kelelahan yang bisa berdampak pada kinerja dan kualitas perawatan. *Kedua*, masker yang digunakan terlalu lama dapat menjadi sarang untuk pertumbuhan bakteri dan virus, yang kemudian dapat menyebabkan infeksi silang atau penularan antara pasien dan staf kesehatan.

Penggunaan APD dengan durasi yang terlalu lama juga dapat menyebabkan komunikasi yang terganggu antara tenaga kesehatan dan pasien. Masker N95 dapat menghalangi suara dan sulit untuk berbicara dengan jelas. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan dalam memahami percakapan, membuat pasien merasa tidak mendapatkan perhatian yang cukup, atau bahkan membuat pasien merasa cemas atau tidak nyaman karena kurangnya interaksi yang memadai dengan staf medis.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu menyediakan peralatan APD yang cukup dan mematuhi pedoman tentang penggunaan dan pergantian APD yang ditetapkan oleh produsen dan otoritas kesehatan. Selain itu, pengaturan jadwal kerja yang sesuai untuk para tenaga kesehatan juga harus dipertimbangkan agar penggunaan APD dapat dipenuhi dengan aman dan efisien.

Lebih jauh lagi, penting bagi rumah sakit untuk memberikan pelatihan dan dukungan kepada tenaga kesehatan dalam menggunakan APD dengan benar dan menjaga komunikasi yang baik dengan pasien. Komunikasi yang jelas dan empati dari tenaga kesehatan dapat membantu mengatasi hambatan komunikasi yang mungkin terjadi akibat penggunaan APD. Dengan tetap mematuhi etika kedokteran dan komunikasi yang baik, rumah sakit dapat memberikan perawatan yang optimal dan mendukung kesejahteraan tenaga kesehatan dan pasien selama masa pandemi COVID-19.

Kelangkaan APD mengakibatkan penggunaan Masker N95 berulang, Hazmat diganti dengan Jas Hujan. Selama masa pandemi COVID-19, kekurangan pasokan Alat Pelindung Diri (APD) menjadi masalah serius yang dihadapi oleh banyak rumah sakit dan fasilitas kesehatan. Kelangkaan APD dapat memaksa para tenaga kesehatan untuk mengambil langkah-langkah yang tidak ideal dalam melindungi diri mereka sendiri, dan ini bisa menimbulkan beberapa pelanggaran

etik dan komunikasi.

Dr. Yudha mengakui kalau sarana saat itu terutama APD sangat kurang dan sangat sulit kita dapatkan. Biasanya kita tinggal telepon, tinggal klik dari vendor atau distributor, barang langsung datang, kita bayar sebulan kemudian. Saat itu enggak bisa, harus benar-benar cari kemana-mana bahkan kita harus dapatkan di Cianjur. Tapi kalau obat karena kita berjenjang, ada distributor obat, beberapa kita bisa dapatkan di apotek besar, jadi saat itu obat tidak terlalu jadi kendala. Untuk APD memang luar biasa sulit, karena kita berebut enggak hanya menjadi kebutuhan di rumah sakit tetapi kebutuhan umum.

Dalam beberapa kasus, kelangkaan Masker N95 dan Hazmat (pakaian pelindung yang sering digunakan dalam situasi yang berisiko tinggi) bisa mengakibatkan penggunaan berulang atau penggunaan yang lebih lama dari yang seharusnya. Masker N95 seharusnya digunakan dalam satu kali pakai atau diganti setiap kali keluar dari ruangan pasien, tetapi karena kelangkaan, beberapa tenaga kesehatan mungkin dipaksa untuk menggunakan kembali masker yang sama dalam situasi yang berbeda, yang bisa meningkatkan risiko kontaminasi dan penularan.

Menurut **Fais Marketing**, pada maret 2020 itu posisi saya sebagai marketing. Saat itu bingung karena ini penyakit baru, penanganannya gimana, cari cari di google, sumbernya masih simpang siur, belum tahu penyebarannya seperti apa, dan juga karena bisa dibilang panic buying semua alat kesehatan itu hampir habis di mana mata walaupun ada harganya melejit dan ketika itu juga mma kebetulan stoknya terbatas. Jadi salah satu cara untuk berkomunikasi dengan pihak luar dalam hal ini mencari bantuan alkes salah satunya adalah dengan follow akun-akun Instagram yang biasa membagikan donasi. Waktu itu kalau akun ada akun IG bagikan donasi salah satunya ada cathy Sharon, ada kita bisa, ada lagi dari alumnus. Jadi salah satu contoh komunikasinya adalah dengan menghubungi pihak-pihak tersebut lalu channel channel lain, seperti kita membuat *leaflet* tentang bahayanya covid penyebaran seperti apa itu dari yang dirilis oleh kemenkes dan juga who itu kita buat info grafisnya. Lalu kita buat juga impor informasinya di sosial media kita mengenai penanganan penanganan di rs sendiri ya seperti garda terdepannya pasti pakai APD.

Penggunaan Jas Hujan sebagai pengganti Hazmat juga merupakan salah satu tindakan yang tidak ideal karena jas hujan tidak menyediakan perlindungan yang sama seperti Hazmat. Hazmat didesain khusus untuk melindungi tenaga kesehatan dari paparan zat berbahaya, termasuk virus, sementara jas hujan mungkin tidak mampu menyediakan perlindungan yang sama efektifnya.

Tenaga kesehatan mempunyai peran yang sangat besar dalam upaya perawatan pasien Covid-19. Karena itu, kepada pengambil keputusan, pemangku kebijakan, dan *stakeholder* terkait, WHO mendorong terbentuknya kebijakan perlindungan kepada tenaga kesehatan. Perlindungan itu termasuk perlindungan dari diskriminasi, kelengkapan APD yang memadai, pengaturan *staffing* dan *workflow* yang aman dan nyaman, serta meningkatkan kerjasama dengan provider dan asosiasi tenaga kesehatan dalam hal keselamatan.

Dr Licht kebijakan yang sejatinya tidak dapat dipenuhi oleh pihak rumah sakit misalnya nah di awal awal itu sebenarnya yang menjadi kendala terbesar adalah terkait dengan apd dimana rumah sakit harus menyediakan APD ya seperti misalnya hazmat kemudian masker n95 handspoon, yang pada saat itu karena karena orang ketakutan masyarakat umum nonmedis pun juga membeli gitu ya dan ketersediaannya menjadi langka gitu untuk rumah sakit, jadi ini salah satu kebijakan di mana sebenarnya PPI ini jadinya ya pencegahan pengendalian infeksi di mana kita tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan dari apd gitu seperti itu nah kemudian juga kebijakan misalnya yang mewajibkan bahwa ruang icu ruang isolasi untuk covid itu sebaiknya bertekanan negatif gitu, di situ kita enggak mungkin banget bertekanan negatif, karena memang untuk menempatkan suatu ruangan menjadi tekanan negatif itu harus ada alatnya satu gitu kan ya nah alat itu didapatkan juga enggak mudah dan itu kan juga membutuhkan dana yang yang besar ya jadi itu salah satu kebijakan kebijakan yang kita tidak mampu kita penuhi di awal awal ya di awal awal kejadian pandemic.

Pada saat pandemi covid terjadi di RS MMA NAKES - NAKES tersebut memakai baju hazmat selama 8 jam dimana mereka tidak bisa melepas baju hazmat selama jam kerja, bahkan untuk makan dan minum para perawat/ nakes kesulitan.

Menurut **HRD RS Menteng Mitra Afia**. ada sih dok jadi kayak kebijakan misalnya ketika sakit karena covid gitu, untuk manajemen si kan kita bisa masih bisa WFH ya karena bisa dikerjakan di mana saja gitu tapi kalau untuk pelaksana agak sulit karena harus turun langsung ya kalau seperti perawat bidan dan lain lain itu kan tidak bisa istilahnya kayak tensi kan enggak bisa dari rumah gitu atau tensi kan enggak bisa dari ruang rawat jadi nah itu kan ada kebijakannya kebijakannya ada misalnya kalau yang kena covid sekian hari gitu itu dibayarkan gajinya misal 50% gitu atau jadi hitungannya harian gitu atau gimana itu kan waktu itu kalau enggak salah sih persentasenya seperti itu, gitu jadi nah itu ada yang konflik lah disitu, jadi apa bedanya pelaksana sama yang di manajemen padahal kan sama sama staff gitu sama sama ini kok beda nah itu yang itu yang memang agak lama itu kita pendekatannya harus manggil lagi nerangin lagi ini bagi kebijakannya seperti ini jadi itulah itu sih dok yang salah satunya gitu.

Dalam hal ini banyak perawat dan nakes yang sakit diakibatkan kondisi stamina yang berkurang.

- 1) Jam kerja relatif panjang terkait durasi penggunaan APD yang seharusnya kurang dari 3 jam
- 2) Pemakaian APD Masker N95 selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum
- 3) Opini masyarakat tentang Nakes sebagai pembawa Virus tidak diizinkan pulang / diusir ke tempat nakes tinggal (Kos, rumah)
- 4) SDM yang terdiagnosis covid-19 diharuskan melaksanakan isolasi mandiri hingga hasil swab PCR negatif dan terdapat kendala durasi hasil swab PCR yang cukup panjang (sekitar >7 hari) yang mengakibatkan mundurnya masuk kerja

Pelanggaran etik dapat terjadi karena para tenaga kesehatan mungkin terpaksa bekerja dalam kondisi yang tidak aman dan terpapar risiko penularan yang lebih tinggi. Rumah sakit memiliki tanggung jawab etis untuk menyediakan lingkungan kerja yang aman bagi staf medis dan memastikan pasokan APD yang memadai untuk melindungi mereka saat merawat pasien dengan COVID-19.

Gangguan komunikasi juga bisa terjadi karena ketidakmampuan tenaga kesehatan untuk berkomunikasi secara bebas dan jelas ketika mengenakan masker N95 yang berulang atau jas hujan yang mungkin tidak sesuai dengan tugas medis yang dilakukan. Interaksi yang kurang efektif dan komunikasi yang terbatas dapat menyebabkan kesalahpahaman dan ketidakjelasan dalam perawatan pasien, serta meningkatkan risiko kesalahan medis.

Rumah sakit juga tentu harus memberikan pelatihan dan panduan kepada tenaga kesehatan mengenai penggunaan APD dengan benar dan aman, serta menyediakan komunikasi yang terbuka

tentang situasi pasokan APD dan tindakan yang diambil untuk mengatasi kelangkaan.

Menurut **dr RM**, semua Poli diawal tutup tidak banyak layanan dokter terutama THT dan Gigi. Tidak ada praktik dan pasien dibatasi, biasanya kalau tidak parah tidak ke rumah sakit jadinya jumlah kunjungan menurun. Dari perawatan ada ruang covid, jadinya ada 2. Untuk covid dan rekam medisnya tidak masuk kedalam yang ruang covid cukup sampai nurse station, nata alur agar mengurangi kontak sama pasien karena dari petugas perawat atau rekam medis dan pendaftaran harus diakalin agar tidak selalu bertatap muka dengan pasien. Yang sebelumnya tidak pernah pakai masker, akhirnya disediakan masker dan APD minimal karena bukan di Zona kuning atau zona merah. Yang tidak pakai APD, diberikan APD. Yang tidak ada penghalang diberikan penghalang untuk mengurangi resiko penularan covid dari PP

Karu Keperawatan . kalau untuk perubahan yang tadinya dari mungkin situasi non-covid terus tiba tiba jadi ke covid biasanya kita memang ada SOP terbaru ini langsung dibuat dari manajemen tuh sop untuk penerimaan pasien alur pasien masuk. kita ada dari grup itu manajemen itu kita ada grup di situ dokter, jadi untuk perubahan atau gimana kita komunikasikan antara manajemen dengan kepala unit masing masing itu ter-informasikan semuanya. karena mungkin pas saat pandemi untuk rapat untuk yang lain-lain kita cut dulu ya dokter kita tiadakan dulu gitu jadi semua informasi kita langsung lewat mungkin dokter penanggung jawab covid-nya dari manajemen saat itu koordinator covid-nya saat itu gitu dok. waktu itu memang kan memang semua pasien yang kita rujuk itu ter-info yang dia covid atau tidak covid dokter, disaat memang dia covid baik itu satpam ataupun ambulansnya sudah memang langsung level tiga dokter atau memang ini langsung level tiga, jadi semuanya sudah kita informasikan baik ke yang nonmedis ataupun mungkin satpam atau cleaning service mungkin kita infokan ini pasien apa yang akan kita rujuk itu jadi biar mereka pun juga langsung siap siap dengan menggunakan atributnya.

Kalau untuk pelaporan untuk misalkan kayak pasien masuk ke igd kita melalui telepon internal telepon antar rumah sakit, kita telepon ke pendaftaran gitu, dari pendaftaran itu kita menyampaikan ini pasien ada di igd ya dengan hasil PCR nya positif gini gini gini ini gitu nanti dari pihak pendaftaran yang akan langsung mendaftarkan. kita hanya menyampaikan ktp-nya kita kirim via handphone lagi tadi kita kirim ktp-nya, mereka yang mendaftarkan langsung dan langsung daftarkan secara sistem di komputernya gitu dokter, nah kalau untuk dokternya sendiri biasa kalau untuk dokternya melaporkan ke dpjp nya ke dokter yang menanggung jawab untuk saat dirawatnya melalui setelah ada pemeriksaan rontgen hasil pcr dan laboratorium-nya beliau langsung melaporkan ke DPJP via WHATSAPP-nya dan terapinya baru diberikan melalui whatsapp

Dengan mengutamakan etika kedokteran, melibatkan komunikasi yang jelas, dan mengambil tindakan konkret untuk mengatasi masalah kelangkaan APD, rumah sakit dapat memastikan keamanan dan kesejahteraan staf medis dan pasien selama masa pandemi COVID-19.

7. Pelayanan rawat inap memerlukan waktu lebih panjang yang menimbulkan keluhan pasien disebabkan adanya zonasi risiko penularan covid-19 di RS (zona covid-19 dan zona non-covid-19).

Dalam beberapa rumah sakit atau fasilitas kesehatan yang besar, adanya zonasi wilayah di dalam rumah sakit dapat mengakibatkan keterlambatan pelayanan rawat inap bagi pasien dan tenaga kesehatan. Zonasi ini merupakan pemisahan atau pembagian area dalam rumah sakit berdasarkan risiko penularan covid-19. Pembagian zonasi ruangan pada masa pandemi COVID-19 dilakukan untuk mencegah penularan COVID-19 di Rumah Sakit antara penderita COVID-19 dengan non COVID-19. Zona Covid-19 merupakan area / ruangan yang tingkat risiko terjadinya penularan COVID-19 tinggi karena berhubungan secara langsung maupun tidak langsung dengan pelayanan pasien COVID-19.

Zona ini diperuntukan bagi pasien kontak erat, suspek, probable dan konfirmasi COVID-19. Yang termasuk dalam zona COVID-19 meliputi:

- Area pelayanan: area rawat jalan khusus COVID-19, area IGD khusus COVID-19, area rawat inap khusus COVID-19, area ruang isolasi khusus COVID-19 (tekanan negatif / ventilasi normal), area ruang rawat intensif (ICU/HCU) khusus COVID-19, area ruang bersalin khusus COVID-19, area Ruang Operasi khusus COVID-19.
- Area penunjang: area laboratorium khusus COVID-19, area Radiologi khusus COVID-19, area bagian gizi khusus COVID-19, area Kamar Jenazah, Area Pengolahan Limbah Rumah Sakit.

Dalam Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan (Edisi Revisi 1) disebutkan bahwa bila memungkinkan pembagian kedua zona tersebut adalah dalam bentuk ruangan terpisah. Apabila terkendala keterbatasan ketersediaan ruangan maka opsinya adalah:(Kementerian Kesehatan RI, 2021, 11-9)

- Dalam satu instalasi yang perlu dipisahkan antara zona non-COVID-19 dan zona COVID-19 dapat dibatasi dengan pembatas sementara atau permanen yang ditandai dengan penanda khusus yang jelas dan menganut sistem jalur satu arah.
- Bagi Rumah Sakit yang mempunyai jumlah SDM memadai dapat dibagi menjadi petugas di Zona Pelayanan COVID-19 dan Non COVID-19. Bagi Rumah Sakit yang tidak memiliki SDM yang cukup dapat membuat jadwal / pembagian jam shift layanan maupun hari layanan antara layanan biasa maupun layanan khusus COVID-19.
- Bila ketersediaan ruangan tidak memungkinkan sama sekali untuk pemisahan zona, maka untuk mengurangi risiko penyebaran COVID-19 dapat dilakukan dalam bentuk pengaturan jadwal pelayanan, pembagian jam shift layanan ataupun hari layanan yang diikuti dengan tindakan dekontaminasi dan sterilisasi baik ruangan maupun alat kesehatan setelah pemberian pelayanan kepada pasien COVID-19 sesuai aturan yang berlaku.

RS Menteng Mitra Afia dalam hal ini berada pada kondisi yang tidak memiliki SDM yang cukup dan tidak memungkinkan sepenuhnya melaksanakan pemisahan zonas, sehingga dilaksanakan dalam bentuk pengaturan jadwal pelayanan, pembagian jam shift ataupun hari layanan yang diikuti dengan tindakan dekontaminasi dan sterilisasi baik ruangan maupun alat kesehatan setelah pemberian pelayanan kepada pasien COVID-19 sesuai aturan yang berlaku.

Pelanggaran etik dapat terjadi jika keterlambatan dalam pelayanan rawat inap menyebabkan pasien tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dan tepat waktu. Pasien yang membutuhkan perawatan segera atau intervensi medis mendesak dapat mengalami konsekuensi serius jika pelayanan tidak dapat diberikan secara cepat karena adanya pembatasan zonasi wilayah. Keterlambatan pelayanan juga dapat menyebabkan ketidaknyamanan dan kebingungan bagi pasien dan keluarganya. Ketika pasien harus menunggu lama sebelum dipindahkan dari area gawat

darurat ke area rawat inap, hal ini bisa meningkatkan stres dan kecemasan, serta mengganggu proses penyembuhan dan pemulihan.

Zonasi yang ketat juga dapat menyebabkan keterlambatan dalam memberikan makanan dan minuman bagi pasien dan nakes. Misalnya, jika ada pembatasan untuk memindahkan makanan dari satu area ke area lain, maka pasien dan nakes di area rawat inap dapat mengalami keterlambatan dalam mendapatkan makanan atau minuman yang dibutuhkan.

Gangguan komunikasi juga bisa terjadi karena pembatasan zonasi wilayah. Komunikasi antara tim medis di area gawat darurat dengan tim medis di area rawat inap mungkin tidak efisien, yang dapat menyebabkan kurangnya koordinasi dan informasi yang akurat mengenai status pasien.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu melakukan perencanaan dan pengaturan yang baik dalam mengatur zonasi ini. Komunikasi antar tim medis harus ditingkatkan dan koordinasi antar area harus dilakukan dengan efisien untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang tepat waktu dan memadai. Selain itu, pengaturan untuk memberikan makanan dan minuman bagi pasien dan nakes juga perlu diperhatikan agar dapat berjalan dengan lancar dan tanpa keterlambatan yang tidak perlu.

8. Perubahan aturan besuk pasien dan komunikasi satu arah

Dalam bidang kedokteran, terdapat beberapa jenis sarana prasarana yang berpengaruh terhadap pelanggaran etik dan komunikasi, terutama pada kasus perubahan jam besuk dan komunikasi satu arah. *Pertama*, perubahan jam besuk dapat menjadi faktor yang mempengaruhi pelanggaran etik dan komunikasi di rumah sakit. Ketika rumah sakit mengubah atau membatasi jam besuk untuk pasien, hal ini dapat menyebabkan ketidakpuasan dan kebingungan bagi keluarga pasien. *Kedua*, pasien seringkali membutuhkan dukungan emosional dari keluarga mereka, dan batasan jam besuk dapat mempengaruhi ketersediaan dukungan ini. Inilah bentuk komunikasi

personal, komunikasi antara organisasi, komunikasi antara dokter atau NASKES dengan pihak lain.

Dr Licht jadi sebenarnya komunikasi itu ada dua bentuk ya pada saat pada saat pandemi covid itu satu adalah bentuk komunikasi eksternal dua adalah bentuk komunikasi internal, nah di situ juga komunikasi itu terjadi secara aktif mulai dari kita memastikan bahwa pasien covid-nya derajat berat ringannya memang sesuai dengan kemampuan rumah sakit mma itu sudah kita tentukan terlebih dahulu gitu nah jadi kita sudah screening awal kemudian juga bagaimana transport transportnya evakuasinya gitu dari tempat dari rumah pasien atau dari puskesmas menuju mma. kemudian juga bagaimana kita melaporkan kepada si perujuk kita baik dinas kesehatan pun PUSKESMAS yang merujuk bahwa pasien sudah ada di tempat dan rencana tindak lanjutnya seperti apa itu kita sampaikan nah di internal sendiri kita sudah melakukan koordinasi persiapan untuk penerimaan pasien

Dr Yugha Nah kalau dari sisi kita, pada saat itu agak sulit. Mungkin kita bisa bersuara dengan menyampaikan melalui rekan sejawat, misalnya punya akses ke perhimpunan, tapi langkahnya akan jauh sekali dari perhimpunan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan sebagainya, lalu ke KEMENKES, kemudian presiden dan sebagainya. Tapi yang jelas saat itu kita memilih berimprovisasi di lapangan karena memang agak sulit mengkomunikasikan ke pemerintah. Call center aja saat itu belum ada, hampir berapa bulan sebelumnya. Saat itu, karena dalam kondisi pandemi kita (1) menjunjung tinggi keselamatan pasien, (2) menjaga mutu rumah sakit, (3) tetap berpegang teguh dengan kaidah-kaidah scientific Kesehatan. Kita berusaha semaksimal mungkin untuk mencari jalan tengah dengan kebijakan yang dilempar oleh pemerintah (dalam hal ini kementerian Kesehatan) itu ada sisi keterbatasan dari kita dari rumah sakit. Kalau dipaksakan itu akan mengorbankan misalkan: mutu rumah sakit, mungkin mengorbankan faktor keselamatan pasien, sehingga improvisasi yang kita lakukan apa di lapangan itu, terkait kebijakan pemerintah mungkin kebijakan yang kontroversi. Prinsip itu yang kita pegang karena kita saat itu memang tidak diberikan wadah untuk memberikan *feedback*.

Dalam beberapa kasus, perubahan jam besuk yang drastis atau kurangnya komunikasi yang jelas tentang perubahan tersebut dapat menyebabkan ketidakpuasan dan konflik antara keluarga pasien dan staf rumah sakit. Kurangnya pemahaman atau komunikasi yang buruk mengenai kebijakan jam besuk baru dapat menyebabkan keluarga merasa tidak dihargai atau tidak diikutsertakan dalam proses perawat. Saat itu karena tadi tenaga kesehatan sudah dibuat bingung oleh pihak luar, ketika nakes kita berkomunikasi dengan pasien dan mendapatkan pasien yang kritis maka akan lebih mudah berubah. Sehingga pada saat itu, bertebaran internal memo, bahkan internal memo revisi supaya NAKES-NAKES jika mengacu pada memo terakhir yang berlaku.

Untuk para pasien, mereka cukup paham bahwa Rumah Sakit di bawah kendali dari Kementerian Kesehatan, jadi walaupun banyak pasien yang marah dan komplain, pada akhirnya mereka tahu bahwa yang kita lakukan sesuai dengan regulasi *government*. Artinya dari Kementerian Kesehatan harus menyelaraskan tata kelola informasi ini menjadi satu arah yang jelas tujuannya untuk mencegah dan mengobati. Kalau dari saya pribadi memaklumi karena keadaan saat itu menjadi pengalaman pertama untuk Indonesia Government mengalami *pandemi for the first time* secara global.

Dr. Arief mengakui dalam hal ini komunikasi yang paling banyak digunakan untuk pasien secara lisan. Jadi ketika kontak dengan pasien, kita melakukan screening, pada saat itu yang masih mendominasi lisan. Menurut saya itu kurang efektif, karena hanya pasien per pasien. tapi kembali lagi pada saat itu sedang tanggap darurat. Harusnya ada lebih banyak cara *government* (dalam ini kementerian Kesehatan) itu bisa menggunakan media komunikasi. Pemprov atau Kementerian Kesehatan punya call center/contact center covid dan sebagainya itu setelah berbulan-bulan menyatakan kita pandemi. Setelah itu ada, sekilas info peringatan yang dikirim blast sms kerja sama dengan Kementerian Komunikasi dan Informasi, apalagi pada saat pandemi pasti semua orang di rumah semua orang banyak akan banyak aktivitas menonton tv mungkin akan lebih baik lewat TV. Menurut saya, iklan layanan masyarakat akan jauh lebih efektif untuk menyebarkan sosialisasi. Ini juga akan membantu Rumah Sakit untuk fokus kepada pelayanan, sedangkan Pemerintah bisa lebih mengambil untuk tata kelola informasi pada saat pandemi itu. tan pasien.

Haiz Marketing mengemukakan bahwa, komunikasi *keluarnya external communication* ya salah satunya ya dari infografis, kita juga berikan flyer kepada masyarakat tentang; seperti apa sih covid itu? penyebarannya seperti apa? lalu penanganannya seperti apa? apa yang harus dilakukan? dan juga pastinya kami juga mengkampanyekan cuci tangan waktu itu ke semua pasien pasien dan keluarga kami yang datang. Saat tadi yang saya bilang saat dr. Tambahtua memberikan pengarahan dan juga penyuluhan ada tim dari Pedoman Pencegahan Infeksi Jadi tim PPI ini memberikan juga penyuluhan ke keluarga pasien atau pasien yang sedang menunggu di ruang tunggu untuk cara cuci tangan yang benar lalu ketika kontak dengan pasien itu seperti apa. Saat pulang dari rumah sakit nanti harus apa jadi kreativitas seperti itu dan tentunya dengan konten konten di sosial media yang bentuknya informatif, interaktif juga menarik agar masyarakat itu paham tapi tidak harus pusing gitu dengan dengan adanya covid Jadi kami buatlah seperti infografis tentang fun fact dan lain lain dan itu yang mengisi salah satunya dari dokter dokter kami.

Kata **dr Litch**, terkait dengan alur pelayanan memang ada perubahan itu ada perubahan, karena memang harus kita bedakan antara yang covid dan noncovid. permasalahan di mma itu memang adalah apa namanya igd-nya hanya satu nah tetapi pada saat itu mma sudah membentuk yang namanya tim covid. tim covid itu hampir semua unsur ada di situ jadi di

dalam tim covid ini yang bentuk komunikasinya lewat WA grup adalah kita terinformasikan apabila ada pasien yang akan dirujuk ke mma dengan *suspect* covid apabila ada pasien yang dicurigai covid ada di IGD seperti itu. jadi di situ sebenarnya sudah terbentuk alur komunikasi bagaimana kita merencanakan perawatan untuk pasien covid apabila ada kasus atau kita anggap ini adalah kita duga ini adalah kasus covid.

Poin lain adalah komunikasi satu arah juga dapat menjadi masalah di rumah sakit. Ketika informasi hanya mengalir dari staf medis ke pasien atau keluarganya, tanpa adanya kesempatan untuk memberikan umpan balik atau bertanya, hal ini dapat menyebabkan ketidakpuasan dan kebingungan. Komunikasi satu arah seringkali tidak memungkinkan pasien dan keluarganya untuk berpartisipasi dalam proses perawatan dan membuat keputusan yang tepat. Komunikasi satu arah juga dapat menghambat keterlibatan pasien dalam perawatan dan pemahaman mereka tentang kondisi kesehatan mereka sendiri. Pasien yang merasa tidak terlibat dalam proses perawatan mungkin cenderung mengalami kebingungan atau ketidakpatuhan terhadap rencana perawatan, yang dapat mempengaruhi hasil perawatan mereka.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu meningkatkan komunikasi dua arah dengan pasien dan keluarganya. Penting bagi staf medis untuk mendengarkan kekhawatiran dan pertanyaan dari pasien dan keluarganya, serta memberikan informasi dengan jelas dan terbuka. Komunikasi yang empatik dan responsif dapat membantu membangun hubungan yang baik antara pasien dan staf medis, serta meningkatkan kepuasan dan kepercayaan.

9. Keterbatasan ruang rawat inap di RS mengakibatkan banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang

Sarana prasarana lainnya yang berpengaruh terhadap pelanggaran etik dan komunikasi terkait dengan akibat keterbatasan ruang rawat inap di rumah sakit, yang mengakibatkan

banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang. Penggunaan hotel sebagai sarana rawat pasien COVID-19 dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang dapat menyebabkan potensi pelanggaran etik. Pasien yang dirawat di hotel mungkin tidak mendapatkan akses penuh terhadap peralatan medis yang diperlukan untuk perawatan yang optimal. Ini dapat mempengaruhi kualitas perawatan dan menyebabkan ketidakpuasan bagi pasien dan keluarganya. Ketidaktersediaan peralatan medis yang memadai di hotel juga dapat meningkatkan risiko komplikasi atau memperlambat proses pemulihan pasien. Hal ini dapat menimbulkan kekhawatiran akan kualitas perawatan yang diterima oleh pasien dan keluarganya, serta dapat menyebabkan ketidakpercayaan terhadap sistem perawatan kesehatan.

Kedua, penggunaan hotel sebagai sarana rawat pasien COVID-19 juga dapat mengakibatkan komunikasi yang terganggu atau tidak efektif. Komunikasi antara tenaga medis di rumah sakit dan tenaga medis yang bertugas di hotel mungkin tidak selancar atau seefisien komunikasi dalam satu tempat yang sama. Hal ini bisa menyebabkan ketidakjelasan informasi atau perencanaan perawatan antar tim medis.

Menurut **dr RM**. Nah kalau dari sisi kita, pada saat itu agak sulit. Mungkin kita bisa bersuara dengan menyampaikan melalui rekan sejawat, misalnya punya akses ke perhimpunan, tapi langkahnya akan jauh sekali dari perhimpunan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan sebagainya, lalu ke KEMENKES, kemudian presiden dan sebagainya. Tapi yang jelas saat itu kita memilih berimprovisasi di lapangan karena memang agak sulit mengkomunikasikan ke pemerintah. Call center aja saat itu belum ada, hampir berapa bulan sebelumnya. Saat itu, karena dalam kondisi pandemi kita (1) menjunjung tinggi keselamatan pasien, (2) menjaga mutu rumah sakit, (3) tetap berpegang teguh dengan kaidah-kaidah *scientific* Kesehatan. Kita berusaha semaksimal mungkin untuk mencari jalan tengah dengan kebijakan yang dilempar oleh pemerintah (dalam hal ini kementerian Kesehatan) itu ada sisi keterbatasan dari kita dari rumah sakit. Kalau dipaksakan itu akan mengorbankan misalkan: mutu rumah sakit, mungkin mengorbankan faktor keselamatan pasien, sehingga improvisasi yang kita lakukan apa di lapangan itu, terkait kebijakan pemerintah mungkin kebijakan yang kontroversi. Prinsip itu yang kita pegang karena kita saat itu memang tidak diberikan wadah untuk memberikan feedback.

Selain itu, komunikasi antara pasien dan keluarganya dengan tenaga medis di hotel juga mungkin terhambat karena kurangnya aksesibilitas atau saluran komunikasi yang efektif. Pasien atau keluarga mungkin kesulitan dalam mendapatkan informasi tentang kondisi pasien atau mendapatkan tanggapan dari tenaga medis dengan cepat dan tepat.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu melakukan perencanaan dan koordinasi yang baik antara rumah sakit dan hotel yang digunakan sebagai tempat rawat pasien. Peralatan medis yang dibutuhkan oleh pasien harus dipastikan tersedia di hotel dan komunikasi yang efektif harus didukung antara kedua pihak untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang tepat.

Selain itu, penting bagi rumah sakit dan tenaga medis untuk berkomunikasi secara jelas dengan pasien dan keluarganya mengenai alasan pemindahan pasien ke hotel dan apa yang diharapkan selama proses perawatan di sana. Komunikasi yang jujur dan empatik dapat membantu mengurangi kekhawatiran dan kebingungan yang mungkin dirasakan oleh pasien dan keluarganya. Dengan memastikan aksesibilitas peralatan medis yang memadai dan mendukung komunikasi yang efektif, rumah sakit dapat menghadapi tantangan ini dan memberikan perawatan medis yang manusiawi dan berkualitas bagi pasien selama masa pandemi COVID-19.

10. Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat dari keterlambatan hasil SWAB

Keterlambatan hasil SWAB yang menyebabkan kepulangan pasien terlalu lama dari rawat inap merupakan permasalahan yang sering dihadapi oleh rumah sakit dan fasilitas kesehatan selama masa pandemi COVID-19. Keterbatasan ruang rawat inap dan terbatasnya fasilitas medis dapat menjadi faktor yang berpengaruh terhadap masalah ini. Ketika jumlah pasien COVID-19

meningkat dan kapasitas rumah sakit mencapai batasnya, banyak pasien dengan kondisi ringan hingga sedang yang harus dirawat di hotel atau fasilitas lain yang tidak ideal sebagai sarana perawatan pasien COVID-19. Hal ini mengakibatkan keterbatasan dalam akses peralatan medis dan sumber daya yang diperlukan untuk merawat pasien dengan kondisi yang lebih ringan.

Kondisi ini dapat menyebabkan pelanggaran etik dalam memberikan perawatan yang optimal kepada pasien. Pasien yang harus menunggu lama sebelum dipulangkan karena menunggu hasil swab negatif mungkin merasa tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dan tepat waktu. Ketidakpastian mengenai lama waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil swab bisa meningkatkan stres dan kecemasan bagi pasien dan keluarganya, serta dapat menyebabkan ketidakpuasan terhadap perawatan yang diterima.

Keterlambatan hasil SWAB juga dapat berdampak pada komunikasi antara staf medis, pasien, dan keluarganya. Ketidakjelasan mengenai hasil swab yang tertunda dan persyaratan kepulangan pasien bisa menyebabkan kebingungan dan kesalahpahaman. Komunikasi satu arah yang tidak efektif dapat terjadi ketika informasi tentang hasil SWAB dan persyaratan kepulangan hanya diberikan oleh staf medis tanpa memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarganya untuk bertanya atau memberikan umpan balik.

Tidak hanya itu, keterlambatan hasil SWAB juga dapat mempengaruhi perencanaan dan pengaturan tenaga medis. Jika hasil SWAB tertunda, maka pasien harus tetap tinggal di rumah sakit lebih lama dari yang direncanakan, sehingga mempengaruhi jadwal dan beban kerja staf medis. Kelelahan dan keterbatasan waktu dapat berdampak pada kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien, serta dapat mempengaruhi kemampuan staf medis untuk berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarganya.

Untuk mengatasi potensi pelanggaran etik dan komunikasi ini, rumah sakit perlu

memperhatikan dan meningkatkan efisiensi sarana prasarana yang berkaitan dengan pengujian swab dan pengolahan hasil swab. Penggunaan teknologi yang lebih canggih dan peningkatan laboratorium dan peralatan medis dapat membantu mempercepat pengujian dan mendapatkan hasil swab dengan lebih cepat. Selain itu, penting untuk meningkatkan koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit, laboratorium, dan pihak terkait lainnya untuk memastikan transfer informasi yang akurat dan tepat waktu.

Komunikasi yang terbuka, jujur, dan empatik juga sangat penting dalam menghadapi situasi ini. Rumah sakit harus memberikan penjelasan yang jelas dan lengkap mengenai proses pengujian swab, persyaratan kepulangan pasien, dan estimasi waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan hasil swab. Memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarganya untuk bertanya dan memberikan umpan balik juga dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan pemahaman mereka tentang proses perawatan

Selain itu, perlu memastikan bahwa pasien yang menunggu hasil swab dapat diisolasi dan dirawat dengan baik, sambil memperhatikan kesehatan mental dan kenyamanan mereka selama masa perawatan yang lebih lama dari biasanya. Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya juga penting untuk membantu mengurangi stres dan kecemasan selama masa perawatan.

Dengan memperhatikan dan meningkatkan sarana prasarana yang berkaitan dengan pengujian swab, koordinasi dan komunikasi yang baik, serta memberikan perawatan dan dukungan emosional yang optimal, rumah sakit dapat mengatasi tantangan dalam kepulangan pasien yang terlalu lama dan menyediakan perawatan yang manusiawi dan berkualitas bagi pasien selama masa pandemi COVID-19.

11. Peran SDM selama pandemi SDM struktural dan fungsional.

Struktur manajemen tidak kaku dan harus dapat beradaptasi dengan lingkungan dan keadaan yang berubah. Pandemi COVID-19 telah membawa cara baru untuk manajemen tempat kerja. Skeptisisme yang terkait dengan jeda periode pandemi dan gangguan aktivitas sumber daya manusia mungkin memerlukan perusahaan untuk merestrukturisasi untuk kelangsungan bisnis (Dzingbede dkk, 2020).

Menurut **HRD. Morning Report** yang tadinya setiap hari menjadi tidak setiap hari tapi komunikasinya lebih kencang sosialisasi di WA untuk media komunikasinya. Rapat kalau memang yang penting banget harus ketemu dengan kondisi jaga jarak.

Organisasi merestrukturisasi sebagai respons terhadap penurunan ekonomi dan mengubah sifat bisnis untuk memaksimalkan keuntungan. Praktik terbaik dalam restrukturisasi menawarkan penahanan sumber daya manusia yang lebih baik melalui penerapan ulang, keterampilan ulang, dan gesekan. Tantangan utama bagi pengusaha berkaitan dengan pemeriksaan yang cermat tentang bagaimana membuat organisasi lebih kuat dan pulih tanpa perampingan dan penurunan moral di antara karyawan (Allen dkk, 2020).

Beberapa informasi berikut ini memberikan gambaran tentang SDM.

1. Menurut dr. RM, kalau SDM jatuhnya lembur, kalau misalnya yang sakit karena covid tadinya tidak dibayar memang gaji. Tapi makin kesini dievaluasi ada komunikasi akhirnya tidak dipotong semua dan tetap dapat gaji. Proses komunikasinya jalan ada kendala kita tidak terima mungkin tidak sesuai karena kita sakit bukan kemauan kita jadi ada komunikasi itu dan ada perbaikan dari management.
2. Dr. Yudha, untuk tenaga SDM tadi kita mengimprovisasi dengan jam kerja yang kita tambahkan dengan tenaga yang terbatas. Walaupun tadi memang sedikit melanggar ketentuan jam kerja dari Disnaker. Dengan tetap berpegang teguh pada prinsip menjaga keselamatan pasien, menjaga mutu rumah sakit dan sebagainya itu yang menjadi dasar hitam dalam melakukan kreativitas atau mengambil kebijakan lokal di lapangan saat itu. Kemudian untuk sarana prasarana kita benar-benar mengerahkan segala informan. Jadi tidak hanya melalui rekanan-rekanan yang biasa tetapi semua top to down manajemen struktural.

Penerapan teknologi baru, rekrutmen dan seleksi, kerja jarak jauh, rasionalisasi staf, perampingan, dan implikasi biaya adalah keputusan utama yang ditantang oleh pengusaha karena COVID-19 telah mengubah struktur pekerjaan sektor formal.

Saat karyawan masuk dari jarak jauh, fungsi SDM meningkat untuk mengubah dari proses kerja tradisional ke ruang digital. Karyawan harus didukung dengan platform dan infrastruktur kerja digital, software, kartu data, dan laptop. Panduan tentang manajemen tenaga kerja jarak jauh harus dikembangkan dan diedarkan kepada karyawan. Proses SDM seperti rekrutmen dan seleksi, orientasi, pelatihan, dan pengembangan memerlukan modifikasi elektronik. Juga, janji temu harus difokuskan pada talenta yang paham teknologi yang dapat tampil di tempat kerja digital.

Staf yang ada harus dilatih tentang penggunaan platform kerja *online*. Bukti yang ada menunjukkan penerapan opsi kerja fleksibel dari rumah, karena beberapa pekerjaan dapat dilakukan dari rumah, menghemat biaya dan risiko dalam perjalanan (Purwanto,2020).

12. Ketegangan layanan, karena perbandingan SDM dengan layanan

Banyaknya tenaga kesehatan yang tertular dan harus diobservasi selama 14 hari atau diisolasi, menimbulkan efek domino, yaitu berkurangnya jumlah petugas kesehatan yang bisa membantu menangani virus. Ketika petugas kesehatan menghadapi peningkatan beban kerja dan risiko pekerjaan tambahan akan berefek terjadinya peningkatan kecemasan dan stres. Kondisi ini tentu memiliki konsekuensi buruk pada kesehatan mental pekerja kesehatan (Amnesty, 2020).

Banyaknya tenaga kesehatan yang tertular mengakibatkan berkurangnya jumlah petugas yang bisa membantu menangani virus. Akibatnya, bisa timbul efek peningkatan kecemasan dan stres terkait pekerjaan, khususnya dalam keadaan sulit ini yang dapat memiliki konsekuensi buruk pada kesehatan mental pekerja kesehatan (Amnesty, 2020).

Berbagai kondisi di atas, sudah saatnya mengatur staffing/SDM yang sesuai dengan beban

kerja untuk mengurangi beban kerja perawat dalam menangani pasien covid. Hal itu juga perlu ditunjang kelengkapan APD yang memadai dan lingkungan kerja yang aman dan nyaman yang menjamin keselamatan dalam bekerja. Yang tak kalah penting adalah pemberian penghargaan (reward) kepada tenaga kesehatan untuk memotivasi mereka dalam upaya menegakkan budaya keselamatan pasien.

Perawat harus menyikapi permasalahan ketidakseimbangan antara SDM dan peningkatan kasus Covid-19 yang berdampak pada beban kerja perawa sebagai berikut :

1. Perawat harus mempunyai peran memberikan pelayanan asuhan keperawatan terhadap pasien Covid-19.
2. Perawat meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pasien Covid-19 dengan menggunakan protokol kesehatan/APD yang sesuai sehingga meningkatkan keselamatan tenaga kesehatan.
3. Perawat menjadi advokat atau melindungi pasien dari stigma negatif dari keluarga/masyarakat dengan kasus Covid - 19.
4. Perawat menciptakan lingkungan kerja yang kondusif sehingga memberikan kenyamanan selama berdinis.

13. Kerja SDM selama pandemic melanggar etika

Pada hakikatnya etika komunikasi berkaitan dengan komunikasi maupun etika secara diam-diam atau eksplisit melekat dalam semua interaksi manusia, kehidupan sehari-hari penuh dengan pertanyaan etis yang disengaja dan tidak disengaja, termasuk di RS Menteng Mitra Afia.

Seperti sudah diuraikan dalam bab 2 teori, bahwa ada tiga karakteristik teori etika komunikasi. *Pertama*, etika komunikasi ditandai oleh *heterogenitas* melalui banyaknya masalah etika, *konteks disiplin*, perspektif teoretis, dan cara penalaran yang dapat dilakukannya. Penelitian

ini menunjukkan bahwa karena beragam factor yang menjadi pemicu terjadinya etika selama pandemic maka nampak sekali disiplin dokter, NAKES, tidak dapat dijalankan sebagaimana mestinya, misalnya menjalankan komunikasi terapatik yang seharusnya berkomunikasi langsung tatap muka dengan verbal dan nonverbal. Jadi, dapat dikatakan bahwa telah terjadi ***heterogenitas masalah yang satu sama lain bertumpang tindih***. Heterogenitas juga muncul melalui banyaknya nilai yang mungkin bertentangan dalam situasi tertentu, antara harus menjalankan kewajiban seorang dokter sebagaimana sesuai sumpah dokter, dan menjaga keseimbangan dengan beragam factor yang mempengaruhi kinerja dokter secara professional. Hal yang sama juga dialami oleh para petugas manajemen RS. Artinya, etika komunikasi tidak hanya melihat pada lembaga individu dan proses intersubjektif tetapi juga pada norma kelembagaan, pengaturan struktural, dan pola sistematis.

Kedua, interkonektivitas. Penerapan etika komunikasi para dokter, NAKES di RS ini tidak dapat dipisahkan dari manifestasi yang sangat saling berhubungan dari semua interaksi manusia, interaksi komunikatif kita pasti terjalin. Dalam suasana pandemi, nampak kendur sikap saling ketergantungan. Ini termanifestasi dalam interaksi antara sesama dokter, antara dokter dengan NAKES, antara dokter dan NAKES dengan keluarga, dan antara manajemen dengan SDM RS, dokter, NAKES dan petugas atau pejabat administrasi. Selama pandemic berlangsung, kinerja para dokter dan NAKES Nampak suasana seperti, tidak ada diri yang benar-benar terlepas dari kondisi sosial (misalnya, bahasa, adat istiadat, narasi, hierarki) dari mana diri itu muncul.

Ketiga, kesejarahan, etika komunikasi juga sangat responsif terhadap peristiwa sejarah, kondisi, dan konvensi yang melahirkan setiap interaksi komunikatif. Satu hal yang paling menonjol selama pandemic berlangsung adalah tampilan kinerja professional dokter dan NAKSE seolah tidak dapat dilihat lagi dalam pekerjaan pada memori publik, area yang penuh dengan

pertanyaan etis. Para konsumen, pasien, atau public yang sebelumnya mempunyai persepsi tertentu terhadap RS Menteng Mitra Afia harus berubah. Karena apa yang mereka bayangkan tentang tampilan kinerja SDM berbasis visi dan misi tidak nampak sama sekali.

Di saat pandemic, etika komunikasi masih dapat dimotivasi secara baik, sebagai contohnya, oleh Organisasi perawat, yaitu PPNI atau Persatuan Perawat Nasional Indonesia mempunyai kewajiban untuk dapat berkontribusi dan berperan memberikan dukungan kepada perawat, dalam penanggulangan dan pengendalian Covid-19. Dalam hal ini PPNI masih sempat mengidentifikasi kebutuhan dan fasilitas bagi perawat yang memberikan secara langsung dan tidak langsung pada kasus pandemik Covid-19. PPNI juga memberikan dukungan dan pengarahan kepada anggotanya, baik secara fisik, mental dan spiritual agar perawat dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik. Demikian pula dorongan dan motivasi dari IDI DKI Jakarta Selatan yang terus dengan itikad baik memelihara sejarah layanan dari para dokter.

Peneliti menarik simpulan bahwa pelanggaran etika pada saat pandemi covid - 19 terhadap SDM sangat banyak sekali, contohnya karyawan banyak di rumahkan akibat dari tidak adanya pendapatan untuk perusahaan, karyawan hanya di gaji setengah bahkan karyawan ada yang di PHK tanpa mendapatkan hak - haknya. Bagi para tenaga kesehatan atau perawat banyak yang bekerja long shift bahkan mereka ada yang tidak di bayarkan lembur.

Dr Yudha. Terkait kebijakan yang kontroversi, saat itu misalnya ketika pasien terkonfirmasi tidak boleh ada penunggu pasien, tetapi karena keterbatasan tenaga kesehatan, mau enggak mau kita harus ya berkompromi dengan kondisi pada saat itu. Rumah sakit berimprovisasi dengan apa adanya kondisi di lapangan, tapi tetap mengikuti kaidah scientific yang berlaku. Dalam katalain kita menyesuaikan, contohnya tentang penggunaan APD, saat itu jadi rekomendasi kalau disposable enggak bisa. Namun karena sulit didapatkan dan harganya mahal, keadaan ini membuat kita cari cara lain. Kita cari bukti z-nya dari jurnal, apakah ini bisa di reuse sampai tujuh kali dengan cara perlakuan sterilisasi. Memang ini kebijakan yang kontroversi, tapi kita berusaha untuk tetap mencari kebenarannya secara scientific seperti apa dan tentunya berhati-hati terhadap berita hoaks yang beredar.

Kalau yang pernah saya ingat, pelanggaran itu terjadi karena; (1) Tenaga Kesehatan kita terbatas, bahkan saat mencari perawat baru sangat sulit, (2) Biasanya kan kita menggunakan tiga shift, namun karena SDM kita kurang, kemudian kita tetap harus memperhatikan apa stamina dari teman-teman pada saat jaga, akhirnya kita akhirnya memperpanjang jadwal shift sampai per dua belas jam atau bahkan ada yang lebih karena untuk menggantikan temannya harus PS dan sebagainya.

Menurut saya mungkin ada hal yang kaitannya dengan aturan kewajiban jam kerja, tenaga kerja, baik itu maupun tenaga kesehatan itu mungkin ada pelanggaran yang kita lakukan di situ. Namun kembali lagi karena kondisi pandemik demikian dengan segala keterbatasan, memang hal itu tidak menjadi satu isu yang besar di tenaga kesehatan karena ada insentif covid.

Lonjakan kasus Covid-19, maka jam kerja para perawat menjadi tidak terkendali. Sehingga para perawat sangat kurang istirahatnya, dan mendapatkan beban fisik yang cukup tinggi, yang beban fisik ini berdampak pada beban mentalnya juga. Tak hanya itu, uang insentif juga menjadi persoalan bagi perawat karena sering terjadi keterlambatan penyaluran uang insentif di rumah sakit daerah sejak bulan Juni 2020. Uang insentif yang sudah dikirimkan ke rekening para perawat tersebut, dengan kesepakatan manajemen rumah sakit, dikembalikan lagi. Lalu, uang insentif tersebut ikut dibagikan kepada petugas yang tidak seharusnya menerima insentif. Hal ini terjadi di RS Menteng Mitra Afia.

Tabel 4.9
Rekapitulasi Sumber Masalah yang Berpotensi
Mempengaruhi Deviasi Etika Komunikasi

Sumber masalah yang berpotensi mempengaruhi deviasi etika komunikasi (komunikasi teraupatik) dalam tindakan medis	Berdampak pada interaksi, relasi, komunikasi di antara para pihak			
Ketersediaan Sarana dan Prasarana	Dokter vs Dokter	Dokter vs NAKES	Dokter NAKES Pasien/Klg	Dokter NAKES Manajemen
<ul style="list-style-type: none"> • Pemanfaatan telemedicine untuk konsul dan visite pasien 	SK	SK	SK	K

<ul style="list-style-type: none"> • Keterlambatan pelayanan rawat inap bagi pasien dan NAKES dikarenakan adanya zonasi wilayah di dalam RS (makan, minuman bagi pasien dan NAKES) 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan jam besuk 	TL	TL	L	L
<ul style="list-style-type: none"> • Terjadinya komunikasi satu arah, keterbatasan ruang rawat inap di RS mengakibatkan banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang (hotel bukan sebagai sarana rawat pasien covid) 	SK	SK	SK	K
SDM, Dokter dan NAKES				
<ul style="list-style-type: none"> • Jam kerja yang panjang bagi dokter dan NAKES, orang menjadi letih dan lelah. 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Pemakaian APD Masker N95 selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Pemakaian APD Hazmat selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum ataupun dibuka selama pelayanan berlangsung 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Opini masyarakat tentang NAKES sebagai pembawa virus sehingga NAKES tidak diizinkan pulang/diusir ke tempat NAKES tinggal kos, rumah) 	TL	TL	TL	TL
<ul style="list-style-type: none"> • SDM jadi selalu terlambat masuk kerja karena selalu membutuhkan hasil SWAB yang lama berterima. 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan APD dokter dan perawat berpotensi mengganggu komunikasi personal atau organisasi kepada semua terkait (pasien, dokter, teman sejawat) 	SK	SK	SK	K
<ul style="list-style-type: none"> • Penggunaan APD NAKES dengan durasi yang terlalu lama dari yang seharusnya 	SK	SK	SK	K

• Kesulitan APD dengan penggunaan masker n95 berulang, hazmat diganti dengan jas hujan.	SK	SK	SK	K
Sistem Layanan				
• Pasien tidak menuntut apa bila tertular Covid – 19	L	L	L	TL
• Pasien tidak mampu mandiri geriatric/bayi (aktifitas terbatas) ditunggu oleh satu orang dengan melakukan PCR terlebih dahulu	L	L	L	L
• Pasien dengan covid ‘sedang’ terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri terkait keterbatas ruang perawatan	TL	TL	TL	TL
• Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat keterlambatan hasil SWAB dikarenakan persyaratan kepulangan pasien sampai hasil SWAB negative.	TL	TL	TL	TL
Regulasi pemerintah				
1. Substantif – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat.	TL	TL	TL	TL
2. Regulatif – berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll.	L	L	L	L
3. Distributif - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat	TL	TL	TL	TL
4. Redistributif – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi	TL	TL	TL	TL
5. Kapitalisasi – Di bawah jenis kebijakan ini, pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.	TL	TL	TL	TL

Keterangan :

- Penentuan skala ini menurut “pengamatan” dan “pengalaman” peneliti, penilaiannya secara KUALITATIF.

- SK – sangat kuat, mempengaruhi kerja setiap hari selama masa pandemi
- K - kuat, kurang mempengaruhi kerja setiap hari selama masa pandemic, sesekali ketika bertugas
- L – langsung mempengaruhi
- TL – tidak langsung mempengaruhi

B. PENDASARAN MODEL

Pertanyaan pokoknya adalah pada **jenis atau tahapan etika komunikasi berbasis teori etika** manakah deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis itu terjadi? Peneliti membangun beberapa asumsi konseptual sebagai berikut.

Pendasaran pada Konsep Etika

1. **Etika komunikasi berbasis etika deontologis.** Salah satu ciri etika deontologis bahwa setiap tindakan dianggap sebagai kebenaran etis jika tindakan tersebut berdasarkan karakteristik factor yang mempengaruhi tindakan itu sendiri. Misalnya, niat dari suatu tindakan atau kesesuaiannya dengan prinsip formal tertentu. Konsekuensi dari suatu tindakan dapat dipertimbangkan sebagai tambahan, tetapi tidak menjadi dasar eksklusif penilaian.

Jika dihubungkan dengan hasil penelitian ini, maka fakta tentang niat para dokter untuk melakukan tindakan komunikasi kedokteran yang dipicu oleh prinsip formal sesuai dengan regulasi kebijakan publik melalui peraturan dan perundang-undangan.

Dalam etika deontologi suatu tindakan dianggap baik secara moral karena beberapa karakteristik dari tindakan itu sendiri, bukan karena produk dari tindakan itu baik. Etika deontologis berpendapat bahwa setidaknya beberapa tindakan secara moral wajib terlepas

dari konsekuensinya bagi kesejahteraan manusia. Deskripsi etika seperti itu adalah ungkapan seperti "**Tugas demi tugas**", "**Kebajikan adalah hadiahnya sendiri**", dan "**Biarlah keadilan ditegakkan meskipun langit runtuh**". (Aboodi and Enoch, 2008).

2. **Etika konsekuensialis.** Konsekuensialisme adalah teori etika yang menilai benar atau tidaknya sesuatu berdasarkan konsekuensinya. Misalnya, kebanyakan orang akan setuju bahwa berbohong itu salah. Tetapi jika berbohong akan membantu menyelamatkan hidup seseorang, konsekuensialisme mengatakan itu adalah hal yang benar untuk dilakukan.

Dua contoh konsekuensialisme adalah utilitarianisme dan hedonisme. Utilitarianisme menilai konsekuensi dengan standar "kebaikan terbesar untuk jumlah terbesar". Hedonisme, di sisi lain, mengatakan sesuatu itu "baik" jika konsekuensinya menghasilkan kesenangan atau menghindari rasa sakit.

Jika dihubungkan dengan hasil penelitian ini maka fakta tentang tindakan para dokter untuk melakukan tindakan media melalui komunikasi teraupatik, patut dipastikan bahwa para dokter sudah mengetahui konsekuensi dari tindakan itu sendiri. Misalnya mereka sudah mengetahui akibat dari tindakan tersebut, seperti kelelahan dalam bekerja hingga tertular oleh Covid-19, bahkan konsekuensi terburuk adalah kematian.

3. **Etika Kebajikan.** Konsep etika kebajikan saat ini merupakan salah satu dari tiga pendekatan utama dalam etika normatif. Pada awalnya, diidentifikasi sebagai salah satu yang menekankan kebajikan, atau karakter moral, berbeda dengan pendekatan yang menekankan kewajiban atau aturan (deontologi) atau yang menekankan konsekuensi dari tindakan (konsekuensialisme).

Berdasarkan pandangan etika tersebut di atas maka peneliti menangkap indikasi tentang harapan masyarakat di masa pandemic yaitu :

1. Bertindak sesuai dengan etika; (1) etika kebajikan (*virtue ethic*); (2) etika konsukuensialis, dan (3) etika deontologis. Namun dalam kenyataannya sebagian besar tindakan komunikasi para dokter terindikasi kuat pada etika deontologis, dengan asumsi bahwa mereka sudah "mereka melakukan tindakan komunikasi teraupatik kepada orang lain seperti yang akan mereka lakukan".

Variasi dari penilaian terhadap terapan etika ini diakui oleh para ahli etika komunikasi. Para pakar etika telah mengidentifikasi banyak pendekatan untuk mempelajari etika komunikasi (Arneson, 2007; Bracci & Christian, 2002; Makau & Arnett, 1997). Beberapa pendekatan fokus pada niat, yang lain pada sarana, dan yang lainnya lagi pada konsekuensi. Beberapa pendekatan untuk etika komunikasi fokus terutama pada tugas, kewajiban, hak, dan tanggung jawab, sementara yang lain menekankan pentingnya sifat-sifat disposisi dan kemampuan terkait, yang disebut oleh banyak orang sebagai kebajikan. Beberapa pakar etika komunikasi mendapatkan pedoman dari komunitas, yang lain menekankan pentingnya otoritas, sementara yang lain lagi berpaling terutama kepada individu untuk wawasan etis. Beberapa perspektif tentang etika komunikasi fokus pada naratif, sementara yang lain menonjolkan alasan dan argumen, dan yang lainnya mengintegrasikan kedua pendekatan tersebut pengertian dan pengambilan keputusan. Beberapa ahli etika komunikasi menekankan faktor situasional lebih dari yang lain, tetapi semua pendekatan penelitian mengakui pentingnya konteks.

2. Begitu pula dapat dikatakan bahwa semua regulasi tersebut memenuhi sifat dan jenis regulasi kebijakan public, yang bersifat, **substantif** – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat, regulasi yang berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dll kebijakan yang bersifat **distributif**

- berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat; kebijakan **redistributif** – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi; dan terakhir, kebijakan **kapitalisasi** di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

Menurut pendapat peneliti, sebaran 53 kebijakan Pemda DKI Jakarta, umumnya, atau sebagian besar melibatkan peranan layanan kesehatan, baik dari RS atau Faskes lainnya yang melibatkan tindakan komunikasi dokter. Tentu saja, peluang dari para dokter untuk bertindak menyimpang dari etika komunikasi kedokteran sangat besar, karena dokter atau para medis lainnya “diwajibkan” untuk melayani masyarakat umumnya, dan para penderita Covid-19. Dapat dipastikan bahwa harapan public adalah *para dokter bertindak berdasarkan etika kebajikan, namun kondisi pandemic membuat para dokter untuk memilih bertindak secara deontologis dengan memikirkan dampak konsekuensial*.

Pendasaran pada konsep kepemimpinan dalam masa krisis

Mengutip Walter Benjamin (Nassima, 2018) dalam “Prolog Epistemo-Critical”, dan teori Fidler tentang kepemimpinan situasional maka di masa krisis, termasuk krisis pandemic seperti Covid-19, masyarakat, pemerintah, dan kalangan institusi layanan kesehatan sangat membutuhkan komunikasi kepemimpinan di masa krisis. Krisis adalah peristiwa dengan probabilitas rendah dan berdampak tinggi yang menyebabkan gangguan signifikan. Dari sudut pandang organisasi, krisis adalah “situasi abnormal yang tidak terduga yang menghadirkan risiko bisnis yang luar biasa dan tinggi dan yang akan berkembang menjadi bencana jika tidak dikelola dengan hati-hati” (Shaluf et al., 2003). Studi ini mengeksplorasi kepemimpinan krisis melalui lensa “teori kepemimpinan situasional” dan “teori kepemimpinan implisit”.

Paling tidak ada tujuh dimensi kunci (konstruksi) kepemimpinan krisis, yang dapat diadaptasi di masa krisis pandemic Covid-19.

- 1. Compassion and care (Kasih sayang dan perhatian).** Kepemimpinan selama krisis tidak hanya tentang mengamankan dukungan karyawan tetapi juga tentang memberikan dukungan kepada mereka dan menunjukkan bahwa organisasi peduli dengan kesejahteraan mereka (Eichenauer et al., 2021; Haslam et al., 2021). Selama krisis, pemimpin yang berpusat pada karyawan, mengutamakan karyawan dan peka terhadap keadaan mereka yang berbeda (Dirani et al., Haslam et al., Belas kasihan dan kepedulian menciptakan rasa kebersamaan selama krisis. Haslam et al. (2021) berpendapat bahwa kemampuan pemimpin untuk mengembangkan dan menanamkan rasa “kita” di antara para pengikut sangat penting selama pandemi COVID-19.
- 2. Openness and communication.** (Keterbukaan dan komunikasi). Komunikasi krisis dapat didefinisikan secara luas sebagai pengumpulan, pemrosesan, dan penyebaran informasi yang diperlukan untuk mengatasi situasi krisis (Coombs & Holladay, 2010). Beberapa penelitian menyoroti “komunikasi” sebagai salah satu prinsip inti kepemimpinan selama krisis karena “menginspirasi visi bersama” (Kaul et al., 2020; Stoller, 2020). Dirani dkk. (2020) menekankan bahwa komunikasi yang sering dengan karyawan tentang keadaan bisnis saat ini merupakan bagian integral dari manajemen krisis dan merupakan salah satu tanggung jawab utama para pemimpin pada saat krisis.
- 3. Adaptiveness.** (Adaptasi). Menanggapi krisis yang berkembang pesat seperti COVID-19 membutuhkan kepemimpinan yang adaptif karena krisis ditandai dengan ketidakpastian dan turbulensi. Oleh karena itu, pembelajaran berkelanjutan dan penyesuaian respons

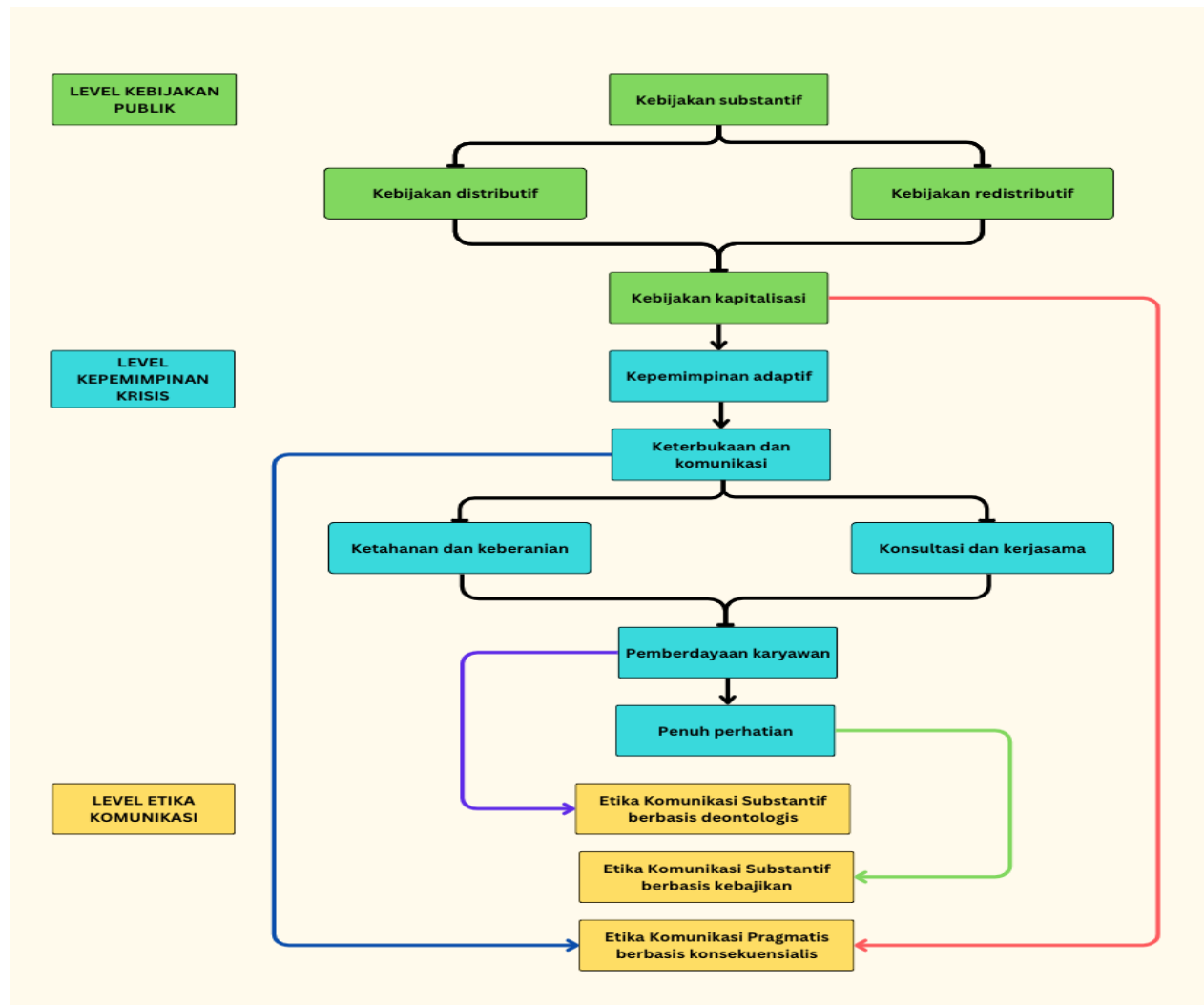
diperlukan (Dirani et al., 2020). Para pemimpin harus beradaptasi dengan situasi saat kondisi berubah (Ahern & Loh, 2020; Forster et al., 2020).

4. **Resilience and courage.** (Ketahanan dan keberanian). Seorang pemimpin yang tangguh adalah orang yang melihat kegagalan sebagai kemunduran sementara yang dapat mereka pulihkan dengan cepat (Forbes, 2017). Alih-alih membeku di bawah tekanan, para pemimpin yang tangguh menunjukkan keberanian dalam menghadapi ketidakpastian yang disebabkan oleh krisis. Mereka harus menyadari bahwa keputusan dan pengorbanan yang sulit diperlukan untuk mempertahankan arah strategis selama krisis (Kaul et al., 2020). Pemimpin harus belajar untuk bekerja di bawah tekanan ekstrim selama krisis sambil berusaha meminimalkan tekanan pengikut mereka. Pada saat yang sama, para pemimpin ini mengakui bahwa dalam bergerak cepat, wajar jika membuat beberapa kesalahan di jalan (Stoller, 2020).
5. **Decisiveness.** (Ketegasan). Selama krisis, waktu sangat penting. Juga, krisis meminta para pemimpin untuk lebih langsung dan kuat dan mengadopsi pendekatan mengambil alih. Kepemimpinan yang tegas penting untuk bertindak cepat selama krisis (Forster et al., 2020). Karakteristik yang diakui dari kepemimpinan yang tegas adalah respons yang cepat berdasarkan pemahaman yang jelas tentang ancaman yang ditimbulkan oleh krisis, seperti pandemi COVID-19. Pemimpin tidak mampu membuat keputusan oleh komite dalam keadaan seperti itu. Seorang pemimpin yang menentukan selama krisis memahami bahwa tidak ada tindakan atau tindakan yang tertunda dapat menyebabkan hasil yang lebih buruk (Kaul et al., 0; Al Saidi et al., 2020). Seorang pemimpin yang tegas memiliki ekspektasi yang jelas, berkomunikasi dengan jelas, dan biasanya mengharapkan orang untuk

mengikuti diktum tanpa mempertanyakannya terlalu dalam. Pendekatan lakukan apa yang saya katakan ini bisa sangat efektif pada saat krisis.

6. **Consultation and collaboration.** (Konsultasi dan Kerjasama). Selama krisis, semua pihak mungkin tergoda untuk bergerak cepat dan mengambil keputusan tanpa mencari masukan dari orang lain (UN Global Compact, 2020). Namun, mengatasi tantangan krisis yang kompleks seperti pandemic, semua membutuhkan lebih dari sekadar pemimpin yang bertindak sendiri, yang paling dibutuhkan adalah pengambilan keputusan yang kolektif dan inklusif serta kolaborasi pemangku kepentingan untuk sukses (Dirani et al., 2020; Sadiq et al., 2021). Bahkan pemimpin otoriter saja tidak boleh terpaku pada “pertunjukan satu pemimpin” mereka selama krisis (Deloitte, n2020c). Para pemimpin terbaik selama krisis secara aktif menolak naluri menarik diri karena mereka cenderung dihadapkan dengan informasi dari luar bidang keahlian mereka dan mungkin tidak memiliki waktu untuk mempelajari lebih lanjut tentang krisis tersebut.
7. **Employee empowerment.** (Pemberdayaan karyawan) berarti mendorong motivasi diri karyawan sehingga mereka memiliki kemauan untuk bekerja dan berkontribusi lebih (Coleman, 1996). Agar karyawan merasa diberdayakan, pemimpin harus memastikan bahwa ide mereka dihargai dan dianggap serius dalam pengambilan keputusan (Quinn & Spreitzer, 1997). Dengan demikian, salah satu aspek kunci dari pemberdayaan karyawan adalah mendorong ide-ide kreatif daripada memberi tahu karyawan apa yang harus dilakukan, dan dengan demikian menjadikan setiap orang sebagai kontributor (Coleman, 1996).

Model Pengurangan Deviasi Etika Komunikasi – Komunikasi Teraupatik Demi Penghindaran Kebijakan Publik



Model ini menampilkan tiga level hubungan struktur pengaruh kebijakan public dengan kepemimpinan di masa krisis, dan pengaruhnya pada level etika komunikasi. Dari hubungan structural ini, peneliti membangun proposisi sebagai berikut;

1. **PROPOSISI 1.** Pada level kebijakan public, bahwa kebijakan public yang paling baik dalam masa krisis, seperti pandemic Covid-19 atau KLB adalah **KEBIJAKAN KAPITALISASI** atau **SUBSIDIARI** di mana pemerintah memberikan subsidi ke

berbagai tingkatan pemerintahan yang lebih rendah sehingga memberikan kepada mereka mandiri dan berpartisipasi menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Namun, tetap memperhatikan masukan dari pelbagai factor pendasaran kebijakan substantif, kemudian dijabarkan ke dalam kebijakan distribusif dan redistributive.

2. **PROPOSISI 2. Pada level kepemimpinan di masa krisis**, pendasaran kepemimpinan yang memperhatikan **PEMBERDAYAAN ANGGOTA** dalam spirit **CINTA DAN PENUH PERHATIAN**. Dua tipe kepemimpinan tersebut dimulai dari kepemimpinan adaptif, yang adaptif terhadap komunikasi dan keterbukaan yang mempunyai ketahanan dan keberanian, konsultasi dan kerjasama.
3. **PROPOSISI 3.** Ideal harapan public atau masyarakat terhadap tindakan atau perilaku komunikasi di masa krisis adalah etika komunikasi berbasis kebajikan. Dengan syarat pemimpin tampil dengan kasih sayang dan perhatian.
4. **PROPOSISI 4.** Ideal etika komunikasi berbasis deontologis hanya dapat diimplementasikan pemimpin yang mampu memberdayakan anggota.

PPROPOSISI 5. Pada level etika komunikasi, di masa krisis, tindakan komunikasi yang paling ideal itu adalah **ETIKA KOMUNIKASI BERBASIS KONSEKUENSIALIS**. Dengan syarat, tindakan komunikasi tersebut hanya dapat didukung langsung keterbukaan dalam komunikasi sehingga memungkinkan pemimpin bertindak dan bekerja untuk mengimplementasikan kebijakan kapitalisasi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Penelitian ini dapat mendeskripsikan dan menganalisis berbagai tindakan medis dalam situasi krisis pandemi di RS Menteng Mitra Avia selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021.
 - a. Dalam periode tiga bulan tersebut, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dalam periode tiga bulan atau hingga 31 Mei 2020, jumlah kumulatif kasus Covid-19 di Jakarta sebanyak 7.272 pasien. Sepanjang Mei 2020, sejak 1 sampai 31 Mei, pasien yang dinyatakan positif Covid-19 sebanyak 3.134 orang. Dari jumlah tersebut grafik pasien meninggal akibat Covid-19 dilaporkan di Jakarta hingga 31 Mei 2020 mencapai 520 pasien terdiri dari 84 pasien pada Maret 2020, 297 pasien pada April 2020 dan 139 pasien pada Mei 2020.
 - b. Kondisi panik tidak saja terjadi dalam perawatan pasien semata, dalam hal penanganan pasien meninggal akibat belum adanya panduan identifikasi yang sah menyebabkan jumlah jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 menjadi sangat besar sehingga membebani Instalasi Pemulasaraan Jenazah. Data per Mei 2020, menunjukkan meski pasien positif Covid-19 di Jakarta yang meninggal sampai tanggal tersebut hanya berjumlah

520 orang, nyatanya, jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19 hampir lima kali lipat lebih banyak. Sejak awal Maret hingga 31 Mei 2020, tercatat ada 2.487 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pasien Covid-19. Sepanjang Mei 2020, terhitung 1 sampai 31 Mei, ada 890 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19. Sementara pada April 2020, sebanyak 1.241 jenazah dimakamkan dengan prosedur tersebut. Angka itu tertinggi dibandingkan data pada Mei dan Maret 2020. Pada periode Maret 2020, ada 356 jenazah yang dimakamkan dengan prosedur pemakaman pasien Covid-19.

- c. Ketidaksiapan pemerintah berbanding lurus dengan kondisi Rumah Sakit yang sangat tidak siap dalam menghadapi suasana seperti ini. Beberapa persoalan yang dihadapi Rumah Sakit antara lain: *Pertama*, belum memiliki aturan tentang penatalaksanaan pasien dengan Covid 19 bahkan obat-obatan yang digunakan dan caranya juga masih dalam tahap uji klinis yang dikeluarkannya pun dengan tujuan penggunaan darurat. *Kedua*, Adanya beberapa varian Covid 19 makin memperburuk upaya pengambilan keputusan dari pemangku kebijakan baik pemerintah pusat-daerah sampai ke manajemen Rumah Sakit tempat penulis bekerja. Akibat kepanikan ini, seluruh dokter yang bertugas, perawat dan penunjang seperti laboratorium, radiologi dan lainnya satu persatu mulai tertular Covid 19 dan harus menjalani protokol karantina sekitar 14 hari. Pada saat bersamaan, dokter spesialis senior yang ada di Rumah sakit pun

tidak bisa melanjutkan praktek di poli karena rentan tertular sedangkan pasien umum yang tidak terjangkit Covid 19 juga terpaksa menahan sakit agar tidak pergi ke RS karena kekhawatiran tertular penyakit ini.

- d. Penetapan kriteria RS Covid tidak diiringi fasilitas ruang isolasi yang layak di RS sesuai dengan kriteria pasien Covid-19. Hal ini menyebabkan deviasi etika terhadap ruang perawatan. Manajemen dan tenaga kesehatan mengalami komunikasi krisis karena ruang perawatan yang kurang layak tetap dipaksakan untuk merawat pasien covid -19 yang mengakibatkan resiko penularan covid -19 terhadap pasien dan tenaga kesehatan.
- e. Kondisi Covid-19 yang belum dipahami oleh ilmu kedokteran saat itu juga membuat beberapa ijin yang bersifat darurat salah satunya penggunaan vaksin demikian pula pemberian pengobatan yang kerap kali terjadi perubahan protokol. Kondisi ini secara langsung berhadapan dengan banyaknya hoax yang beredar melalui media sosial seperti anti vaksin dan obat yang tidak halal dan sebagainya. Untuk mengatasi hal ini, Manajemen RS Menteng Mitra Afia mengupayakan edukasi tentang pemberian obat dan sejumlah protokol yang terus berubah dari pemerintah sehingga diharapkan tenaga kesehatan (nakes) yang bertugas memiliki ketanggapan dan mampu mengambil keputusan yang ada sesuai dengan kebijakan Pemerintah dan Manajemen RS. Penggunaan obat- obatan yang belum layak untuk pengobatan covid masih dalam penelitian

menyebabkan terjadi deviasi etika. Ketersediaan obat baru yang belum terbukti untuk pengobatan covid-19 masih sulit di sediakan yang menyebabkan komunikasi krisis antara manajemen dan farmasi serta tenaga kesehatan lainnya.

2. Penelitian ini juga telah mengkaji dan menjelaskan berbagai bentuk atau jenis deviasi etika komunikasi di RS M selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021. Ada tiga kategori masalah yang berpotensi mempengaruhi deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis; sebagai berikut :

a. Masalah Ketersediaan Sarana dan Prasarana Berpotensi Mempengaruhi Penyimpangan Etika Komunikasi

- 1) Pemanfaatan telemedicine untuk konsul dan visite pasien
- 2) Keterlambatan pelayanan rawat inap bagi pasien dan NAKES dikarenakan adanya zonasi wilayah di dalam RS (makan, minuman bagi pasien dan NAKES)
- 3) Perubahan jam besuk
- 4) Terjadinya komunikasi satu arah
- 5) Keterbatasan ruang rawat inap di RS mengakibatkan banyaknya pasien yang dirawat di hotel dengan keterbatasan peralatan medis untuk kasus ringan dan sedang (hotel bukan sebagai sarana rawat pasien covid)

b. Masalah Deviasi yang Bersumber dari SDM, Dokter dan NAKES

- 1) Jam kerja yang panjang bagi dokter dan NAKES, orang menjadi letih dan lelah.

- 2) Pemakaian APD Masker N95 selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum
 - 3) Pemakaian APD Hazmat selama 8 jam tidak boleh ke kamar mandi, makan atau minum ataupun dibuka selama pelayanan berlangsung
 - 4) Opini masyarakat tentang NAKES sebagai pembawa virus sehingga NAKES tidak diizinkan pulang/diusir ke tempat NAKES tinggal kos, rumah)
 - 5) SDM jadi selalu terlambat masuk kerja karena selalu membutuhkan hasil SWAB yang lama berterima.
 - 6) Penggunaan APD dokter dan perawat berpotensi mengganggu komunikasi personal atau organisasi kepada semua terkait (pasien, dokter, teman sejawat)
 - 7) Penggunaan APD NAKES dengan durasi yang terlalu lama dari yang seharusnya
 - 8) Kesulitan APD dengan penggunaan masker n95 berulang, hazmat diganti dengan jas hujan.
- c. Masalah Deviasi dari Sistem Layanan Berpotensi Mempengaruhi Etika Komunikasi
- 1) Pasien tidak menuntut apa bila tertular Covid – 19
 - 2) Pasien tidak mampu mandiri geriatric/bayi (aktifitas terbatas) ditunggu oleh satu orang dengan melakukan PCR terlebih dahulu
 - 3) Pasien dengan covid ‘sedang’ terpaksa dipulangkan dengan isolasi mandiri terkait keterbatasan ruang perawatan

- 4) Kepulangan pasien yang terlalu lama dari rawat inap akibat keterlambatan hasil SWAB dikarenakan persyaratan kepulangan pasien sampai hasil swab negative.
3. Penelitian ini juga telah berhasil menelaah kontraversi kebijakan publik dari pemerintah terhadap berbagai tindakan medis pada RS Menteng Mitra Avira selama pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021. Ada dua sumber kebijakan public yang mempengaruhi kinerja para dokter selama pandemic Covid-19,
Pertama, kebijakan public yang dipandang kontraversial dari pemerintah pusat;
 - 1) Wacana darurat sipil.
 - 2) Perppu Corona.
 - 3) Larangan Mudik.
 - 4) Aturan soal Ojek Online.
 - 5) Usia di bawah 45 Tahun boleh beraktivitas.
 - 6) Berdamai dengan Corona.
 - 7) Pelatihan Kartu Prakerja
 - 8) Kenaikan Iuran BPJS.**Kedua**, kebijakan public pemerintah DKI Jakarta, dalam bentuk 53 regulasi dalam keputusan, surat edaran, panduan dll. Yang dapat dirinci berkaitan dengan jumlah “kasus” ;
 - 1) PSBB : 19
 - 2) Layanan Faskes/RS/Puskesmas/Isolasi : 12
 - 3) WFH dan administrasi : 3

- 4) Gugus Tugas : 3
- 5) Administrasi Keuangan : 3
- 6) Jenasah : 1
- 7) Agama : 1
- 8) Bansos : 3
- 9) Petunjuk kewaspadaan RT dll “ : 8

Dengan demikian, 7 kebijakan nasional, dan 53 kebijakan public dari Pemda DKI Jakarta, tersebut di dalamnya telah mengandung unsur-unsur umum analisis kebijakan public, karena kebijakan dibuat atas nama “publik”, yang umumnya dibuat atau diprakarsai oleh pemerintah, yang harus ditafsirkan atau dilaksanakan oleh sektor publik dan swasta, sebagai apa yang ingin dilakukan oleh pemerintah, sebagai bentuk kebijakan yang dipilih oleh pemerintah untuk tidak dilakukan.

Ketiga, begitu pula dapat dikatakan bahwa semua regulasi tersebut memenuhi sifat dan jenis regulasi kebijakan public, yang bersifat, substantif – kebijakan yang memperhatikan kesejahteraan umum dan pembangunan masyarakat, regulasi yang berkaitan dengan regulasi perdagangan, bisnis, tindakan keselamatan, dlll kebijakan yang bersifat distributif - berfokus pada sektor-sektor tertentu dari masyarakat; kebijakan redistributif – berkaitan dengan penataan ulang kebijakan yang ditujukan untuk membuat perubahan sosial-ekonomi; dan terakhir, kebijakan kapitalisasi di mana pemerintah memberikan subsidi ke berbagai tingkat pemerintahan yang lebih rendah dan usaha bisnis lainnya.

Menurut peneliti, sebaran 53 kebijakan Pemda DKI Jakarta, umumnya, atau sebagian besar melibatkan peranan layanan kesehatan, baik dari RS atau Faskes lainnya yang melibatkan tindakan komunikasi dokter. Tentu saja, peluang dari para dokter untuk bertindak menyimpang dari etika komunikasi kedokteran sangat besar, karena dokter atau para medis lainnya “diwajibkan” untuk melayani masyarakat umumnya, dan para penderita Covid-19. Dapat dipastikan bahwa harapan public adalah para dokter bertindak berdasarkan etika kebajikan, namun kondisi pandemic membuat para dokter untuk memilih bertindak secara deontologis dengan memikirkan dampak konsekuensial.

4. Penelitian ini telah mengkaji respons kepemimpinan dan komunikasi dari pimpinan dan tenaga medis di RS Menteng Mitra Avira terhadap kebijakan publik di masa pandemi Covid-19 periode Maret 2020 sampai Januari 2021. Bahwa, SAAT PANDEMI merupakan situasi “sangat tidak menguntungkan”. Di mana relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin STRONG. Dan relasi pemimpin dan anggota POOR, tugas UNSTRUCTURED, posisi pemimpin WEAK. Dianjurkan : GAYA KEPEMIMPINAN YANG BERORIENTASI TUGAS ADALAH SANGAT EFEKTIF.

5. Model kebaruan sebagai temuan dari penelitian ini dapat dirumuskan dalam beberapa proposisi sebagai berikut :
 - 1) PROPOSISI 1. Pada level kebijakan public, bahwa kebijakan public yang paling baik dalam masa krisis, seperti pandemic Covid-19 atau KLB adalah KEBIJAKAN KAPITALISASI, di mana pemerintah

memberikan subsidi ke berbagai tingkatan pemerintahan yang lebih rendah sehingga memberikan kepada mereka mandiri dan berpartisipasi menyelesaikan masalah yang mereka hadapi. Namun, tetap memperhatikan masukan dari pelbagai factor pendasaran kebijakan substantif, kemudian dijabarkan ke dalam kebijakan distribusif dan redistributive.

- 2) PROPOSISI 2. Pada level kepemimpinan di masa krisis, pendasaran kepemimpinan yang memperhatikan PEMBERDAYAAN ANGGOTA dalam spirit CINTA DAN PENUH PERHATIAN. Dua tipe kepemimpinan tersebut dimulai dari kepemimpinan adaptif, yang adaptif terhadap komunikasi dan keterbukaan yang mempunyai ketahanan dan keberanian, konsultasi dan kerjasama.
- 3) PROPOSISI 3. Ideal harapan public atau masyarakat terhadap tindakan atau perilaku komunikasi di masa krisis adalah etika komunikasi berbasis kebajikan. Dengan syarat pemimpin tampil dengan kasih sayang dan perhatian.
- 4) PROPOSISI 4. Ideal etika komunikasi berbasis deontologis hanya dapat diimplementasikan pemimpin yang mampu memberdayakan anggota.
- 5) PROPOSISI 5. Pada level etika komunikasi, di masa krisis, tindakan komunikasi yang paling ideal itu adalah ETIKA KOMUNIKASI BERBASIS KONSEKUENSIALIS. Dengan syarat, tindakan komunikasi tersebut hanya dapat didukung langsung keterbukaan dalam komunikasi sehingga memungkinkan

pemimpin bertindak dan bekerja untuk mengimplementasikan kebijakan kapitalisasi.

5.2 Saran

5.2.1. Saran Praktis

- 1. Berkaitan dengan kebijakan public.** Apabila pada suatu waktu akan terjadi pandemic atau Kejadian Luar Biasa maka disarankan agar pemerintah dapat mengeluarkan kebijakan public yang bersifat subsidiary atau kapitalisasi. Itupun kebijakan yang bersifat diskresi. Artinya, kebijakan-kebijakan tersebut langsung diarahkan ke pelbagai level organisasi penyedia Faskes, misalnya berdasarkan kelas RS, Puskesmas, Puskesmas Pembantu; atau berdasarkan level administrasi pemerintahan seperti kota, kecamatan, kelurahan atau lingkungan. Di mana pada masing-masing level telah memiliki SATGAS pencegahan, pengelolaan krisis akibat pandemic atau KLB.
- 2. Berkaitan dengan pencegahan deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis kedokteran.** Disarankan agar pemerintah, ketika menyusun TUPOKSI bagi para dokter dan NAKES, hendaklah berkoordinasi dan bekerjasama dengan organisasi profesi seperti FK dari semua perguruan tinggi, IDI, profesi keperawatan PPNI, IBI kebidanan. Kerjasama dan kolaborasi ini diharapkan dapat menghasilkan PROTAP layanan terpadu yang diketahui oleh sesama profesi sehingga dapat mencegah atau meminimalisir deviasi etika komunikasi dalam tindakan medis.
- 3. Berkaitan dengan organisasi, manajemen dan kepemimpinan.** Dalam rangka menghadapi pandemic atau KLB maka pemerintah dan semua stakeholder diharapkan bekerjasama dan berkolaborasi dalam system layanan krisis, mulai

dari tahapan prakrisis, masa terjadinya krisis, respons terhadap krisis, dan post-krisis.

5.2.2. Saran akademis

Dibutuhkan penelitian lain yang lebih rinci tentang dampak pandemic Covid-19 yang pernah dialami oleh warga masyarakat. Beberapa tema penelitian yang dapat ditawarkan adalah, penelitian tentang :

- 1) kebijakan pemerintah dalam tatakelola krisis pandemic secara berbasis system.
- 2) Bagaimana dan sejauh mana pemerintah menerbitkan bentuk, sifat, dan jenis dari kebijakan public yang bersifat diskresi tanpa menghalangi subdiari dari peranan FASKES maupun peran warga masyarakat.
- 3) Penguatan manajemen institusi Kesehatan masyarakat yang berbasis di RS dan PUSKESMAS baik pemerintah maupun swasta.
- 4) Penguatan organisasi profesi dan fungsional dalam bidang Kesehatan, termasuk pemberdayaan FK dan FKG, FKM pada semua perguruan tinggi. Termasuk organisasi profesi seperti IDI, IBI, PPNI dll.

DAFTAR PUSTAKA

- ABIM Foundation. (2002) *American Board of Internal Medicine. ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. European Federation of Internal Medicine Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med.* 2002 Feb;136((3)):243–6.
- Aboodi, R., A. Borer, and D. Enoch, (2008), “*Deontology, Individualism, and Uncertainty: A Reply to Jackson and Smith,*” *Journal of Philosophy*, 105: 259–272.
- Adam Prawira. Sabtu, 04 Juli 2020 - 12:11 WIB. 8 *Wacana dan Kebijakan Kontroversial di Tengah Pandemi Corona.* SINDOnews. Android: <https://sin.do/u/android>. iOS: <https://sin.do/u/ios>
- Ahern, S., & Loh, E. (2020). *Leadership during the COVID-19 Pandemic: Building and Sustaining Trust in Times of Uncertainty.* *BMJ Leader*, 1-4. <https://doi.org/10.1136/leader-2020-000271>
- Alford, C. F. (2001). *Whistleblowers: Broken lives and organizational power.* Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Alwan, Ala (2007; Journal: *Disaster Medicine and Public Health Preparedness / Volume 1 / Issue 1 / July 2007.* Published online by Cambridge University Press: 08 April 2013, pp. 7-8
- Arneson, Patricia. (Ed.). *Exploring Communication Ethics: Interviews with Influential Scholars in the Field.* New York: Peter Lang, Inc., 2007. Pp. xi; 196. ISBN 978-0-8204-8824-0
- Aspergren K. (1999) Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Med Teacher.* 1999;21(6):570. doi:10.1080/01421599978979.
- Bagdikian, B. H., & Bagdikian, B. H. (2004). *The new media monopoly.* Boston, MA: Beacon Press.
- Balbuena Rivera F. (2018) In honor of Jurgen Ruesch: Remembering his work in psychiatry. *Int J Soc Psychiatry.* 2018 Mar;64(2):198-203.
- Balchan, M. (2016). *The Magic of Genuine Communication.* <http://michaelbalchan.com/communication/>
- Benson, Kenneth J. (1977) *Innovation and Crisis in Organizational Analysis.* First published: January 1977 <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1977.tb02158.x>
- Bertens, K., Johanis Ohoitumur, dan Mikhael Dua. (2018) *Pengantar Filsafat.* Yogyakarta: Kanisius,
- Bok, S. (1979). *Lying: Moral choice in public and private life.* New York, NY: Vintage Books.

- Bracci, Sharon L., and Clifford G. Christians, eds. *Moral Engagement in Public Life: Theorists for Contemporary Ethics*. New York: Peter Lang 2002
- Download citation <https://doi.org/10.1080/23311975.2021.2022824>
- Brummett, B. (1981). A defense of ethical relativism as rhetorically grounded. *Western Journal of Speech Communication: WJSC*, 45(4), 286–298.
- Bruner, M. L. (2006). (e)merging rhetorical histories. *Advances in the History of Rhetoric*, 9, 171–185.
- C.M Rossiter Jr (1975). Defining "therapeutic communication. *J Commun* 1975 Summer;25(3):127-30. doi: 10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x. PMID: 1184774 DOI: 10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x
- Carey, J. W. (1989). *Communication as culture: Essays on media and society*. Boston, MA: Unwin Press.
- Carr, A. (2000). Chapter 3. Karl Tomm's approach to systemic practice. In A. Carr (Ed.), *Clinical Psychology in Ireland, Volume 4. Family Therapy Theory, Practice and Research* (pp. 39-64). Wales: Edwin Mellen Press.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). *Research methods in education* (6th ed.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Colgrove J, Bayer R. (2005) Manifold restraints: Liberty, public health, and the legacy of Jacobson v Massachusetts. *Am J Public Health*.
- Coombs, W.T., Frandsen, F., Holladay, S.J., & Johansen, W. (2010). Why a concern for apologia and crisis communication? *Corporate Communications: An International Journal*, 15(4), 337-349.
- Crotty, M. (1998, 2003). *The Foundations of Social Research: Meaning and Perspective in the Research Process*. London: SAGE Publications Inc.
- D'Arcy, A., & Young, T. M. (2012). Ethics and social media: Implications for sociolinguistics in the networked public. *Journal of Sociolinguistics*, 16(4), 532–546.
- Dirani, M. Khali dkk (2020), Leadership competencies and the essential role of human resource development in times of crisis: a response to Covid-19 pandemic, *Human Resource Development International*, <https://doi.org/10.1080/13678868.2020.1780078>
- Dye, Thomas R. (1981). *Understanding Public Policy*. New Jersey : Prentice-Hall Inc.
- Epstein R.M., Franks P., Fiscella K., Shields C.G., Meldrum S.C., Kravitz R.L., Duberstein P.R. (2005). "Measuring Patient-Centered Communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues." *Social Science and Medicine* 61: 1516–28
- Erlangga Djumena.
<https://money.kompas.com/read/2020/08/05/214000826/anomali-kebijakan-di-bidang-kesehatan-saat-pandemi>.
- Ferris, David S. (2008). *The Cambridge Introduction to Walter Benjamin*.

Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Fiedler, F. E. (1992) *Life in a Pretzel-shaped Universe*, in [A.G. Bedeian](#) (ed.), *Management Laureates: A Collection of Autobiographical Essays*, Greenwich, CT: JAI Press, vol. 1, 301–34.
- Fiedler, F. E. (1997) *Directory of the American Psychological Association*, Chicago: St James Press, 419.
- Forster, P.M., Forster, H.I., Evans, M.J. et al. Current and future global climate impacts resulting from COVID-19. *Nat. Clim. Chang.* 10, 913–919 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41558-020-0883-0>
- Forsyth, D. R. (2006). "Leadership". In Forsyth, D. R., *Group Dynamics*. 5th ed. pp. 245–277. Belmont: CA, Wadsworth, Cengage Learning.
- Foucault, M. (2001). *Fearless speech*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Friedrich, Carl J. (1963). *Man and His Government*. New York: McGraw Hill.
- Goleman, D. (1996). *Emotional Intelligence. Why It Can Matter More than IQ*. Learning, 24, 49-50.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage Publications, Inc.
- Ha J, Longnecker N. (2010) Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*. 2010;10(1):38–43.
- Hagerty TA, Samuels W, Norcini-Pala A, Gigliotti E. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? *Nurs Sci Q*. 2017 Apr;30(2):160-167
- Hargie, O (2006) *Communication as skilled performance*, In : *The Handbook of Communication Skills*, Routledge, London
- Hasan, M. Iqbal, (2002) *Pokok-pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*, Ghalia. Indonesia, Bogor.
- Herrscher, R. (2002). A universal code of journalism ethics: Problems, limitations, and proposals. *Journal of Mass Media Ethics*, 17(4), 277–289.
- Huff, M., Roth, A. L., & Project Censored. (2013). *Censored 2014: Fearless speech in fateful times; the top censored stories and media analysis of 2012–13*. New York, NY: Seven Stories Press.
- Ivie, R. L. (1980). Images of savagery in American justifications for war. *Communication Monographs*, 47(4), 279–294.
- Jennifer Fong Ha and Nancy Longnecker (2010) *Doctor-Patient Communication: A Review*. *Ochsner Journal* March 2010, 10 (1) 38-43;
- Jennings, R. (2000). *Participatory Development as New Paradigm: The Transition of Development Professionalism*. Paper prepared for the *Community Based Reintegration and Rehabilitation in Post-Conflict Settings Conference*, Washington DC, 5 October 2000, 20-21.

- Johnstone, C. L. (1980). An Aristotelian trilogy: Ethics, rhetoric, politics, and the search for moral truth. *Philosophy and Rhetoric*, 13(1), 1–24.
- Karimi H, Masoudi Alavi N. Florence Nightingale (2015) The Mother of Nursing. *Nurs Midwifery Stud.* 2015 Jun;4(2):e29475.
- Kaul, V. and Shah, H. El-Serag (2020) Leadership During Crisis: Lessons and Applications from the COVID-19 Pandemic, *Political Science, Medicine Gastroenterology*
- Kontroversial di Tengah Pandemi Corona. <https://nasional.sindonews.com/read/90214/12/8-wacana-dan-kebijakan-kontroversial-di-tengah-pandemi-corona-1593835625>
- Krauss RM, Fussell SR. (1996) Social psychological models of interpersonal communication. In: Higgins ET, Kruglanski A, editors. *Social Psychology: A Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford; 1996. pp. 655-701.
- Kuhn, Thomas S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions* (1st ed.). University of Chicago Press. pp. 172. LCCN 62019621.
- Kuhn, Thomas S. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions* (3rd ed.). University of Chicago Press. ISBN 978-0-226-45807-6. LCCN 96013195.
- Zeitz, Gerald (1980). Hierarchical Authority and Decision-Making in Professional Organizations: An Empirical Analysis, Volume 12, Issue 3- <https://doi.org/10.1177/009539978001200>
- Lang, Katharine & Alexandra Sanfins (2022) <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pandemic-impact-on-mental-health-a-global-overview>
- Lanier, J. (2010). *You are not a gadget: A manifesto*. New York, NY: Alfred A. Knopf.
- Levy-Storms L, (2008) Therapeutic communication training in long-term care institutions: recommendations for future research. *Patient education and counseling*.
- Liliweri. Alo (2018) *Paradigma Penelitian Ilmu-ilmu Sosial*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- M. Catherine DeVito (1991) Electronic mail abstract submissions increase. First published: 1 October (1991) <https://doi.org/10.1029/EO072i040p00429-02>
- MacDonald-Wicks L, Levett-Jones T. (2012) Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. *JBI Libr Syst Rev.* 2012;10 (28 Suppl):1–12. doi: 10.11124/jbisrir-2012-327.
- Mahbobeh Abdolrahimi dkk (2017) Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis. *Electron Physician.* 2017 Aug; 9(8): 4968–4977. Published online 2017 Aug 25. doi: 10.19082/4968. PMID: PMC5614280. PMID: 28979730
- Makarem A, Movaffaghi Z, dkk (2012) Clinical Medical Teachers' Competency of Active Listening in Mashhad University of Medical Sciences. *Iranian*

Journal of Medical Education.

- Makau, Josina M., and Ronald C. Arnett, eds. (1997) *Communication Ethics in an Age of Diversity*. Chicago: U of Illinois P.
- Malcolm, J. (2011). *The journalist and the murderer*. New York, NY: Knopf.
- McChesney, R. W. (2014). *Blowing the roof off the twenty-first century: Media, politics, and the struggle for post-capitalist democracy*. New York, NY: Monthly Review Press.
- Mertens, D. M. (2008). *Transformative Research and Evaluation*. Guilford Publications.
- Miller-Keane (1993) (Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health". *Gastroenterology Nursing*. 15 (6): 258. June 1993. doi:10.1097/00001610-199306000-00012.
- Mohan, McGregor dan Strano (1992) *Communicating! : theory and practice*. Sydney : Harcourt Brace Jovanovich, c1992, xiv, 432 p. : ill. ; 25 cm.
- Muffoletto, R. (1993). *Schools and technology in a democratic society: Equity and Social Justice*. Paper presented at the Annual Conference of the Association for Educational Communications and Technology, New Orleans, LA.
- Munshi, D., Broadfoot, K. J., & Smith, L. T. (2011). *Decolonizing communication ethics: A framework for communicating otherwise*. In G. Cheney (Ed.), *The handbook of communication ethics* (pp. 119–132). New York, NY: Routledge.
- Newman, R. P. (1995). *Truman and the Hiroshima cult*. East Lansing: Michigan State University Press.
- NIMHD - National Institute on Minority Health and Health Disparities (2017). *NIMHD Research Framework*. Retrieved from <https://nimhd.nih.gov/researchFramework>. Accessed on (enter date and remove parenthesis).
- O' Toole, M.T. (Ed) (2013) *Mosby's Medical*. Elsevier, St. Louis, Missouri.
- O'Brien AJ. (2001) *The therapeutic relationship: historical development and contemporary significance*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001 Apr;8(2):129-37.
- Oh, D., & Banjo, O. O. (2012). *Outsourcing postracialism: Voicing neoliberal multiculturalism in Outsourced*. *Communication Theory*, 22(4), 449–470.
- Peplau HE. (1951/1991) *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam;
- Peplau HE. (1997) *Peplau's theory of interpersonal relations*. *Nurs Sci Q*. 1997 Winter;10(4):162-7.
- Peplau HE. I(1992) *nterpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice*. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:13–18.
- Potter, P.A. and Perry, A.G. (2005) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4, Volume 1, Alih Bahasa, Asih, Y., dkk. EGC, Jakarta.

- Prastowo, Andi .(2012) .Metode Penelitian Kualitatif dalam Perspektif Rancangan Penelitian. Cetakan Keempat. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Pring, Richard (2000) The 'False Dualism' of Educational Research. *Journal of Philosophy of Education* 34 (2):247-260.
- Quinn, R. E., & Spreitzer, G. M. (1997). The Road to Empowerment: Seven Questions Every Leader Should Consider. *Organizational Dynamics*, 26, 37-49. [https://doi.org/10.1016/S0090-2616\(97\)90004-8](https://doi.org/10.1016/S0090-2616(97)90004-8)
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton-Mifflin.
- Rose, Richard. (1969). *Policy Making in Great Britain*. London: Mac Millan.
- Rosenberg KE. (2000) *Communication, An Introduction*. London, UK: Sage
- Rossiter CM. (1975) Defining "therapeutic communication". *J Commun.* 1975 Summer;25(3):127-30
- Rourke, Francis E. (1984). *Bureaucracy, Politics, and Public Policy*. Boston: Little
- Ruesch, J. (1952) The therapeutic process. IV. The therapeutic process from the point of view of communication theory. *Am J Orthopsychiatry.* 1952 Oct;22(4):690-700.
- Sadiq, M., Nonthapot, S. dkk (2021). Does green finance matter for sustainable entrepreneurship and environmental corporate social responsibility during COVID-19? *China Finance Review International.* <https://doi.org/10.1108/CFRI-02-2021-0038>.
- Sadri HA, Flammia M. (2011) *Intercultural Communication: A New Approach to International Relations and Global Challenges*. The Continuum International Publishing Company.
- Sahraoui, N., and Sauter, C. (2018). *Thinking in Constellations Walter Benjamin in the Humanities*. Cambridge Scholars Publishing.
- Samil, RS. (2001). *Etika Kedokteran Indonesia*. Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Saunders, D. B. (2010). Neoliberal ideology and public higher education in the United States. *Journal for Critical Education Policy Studies*, 8(1), 42–77.
- Scholz, T. J. & Gray, W.B. (1993). Does Regulatory Enforcement Work? A Panel Analysis of OSHA Enforcement. *Law & Society Review.* 27 (1), pp. 177-214. <https://doi.org/10.2307/3053754>.
- Scholz, T. J. & Gray, W.B. (1993). Does Regulatory Enforcement Work? A Panel Analysis of OSHA Enforcement. *Law & Society Review.* 27 (1), pp. 177-214. <https://doi.org/10.2307/3053754>.
- Scholz, T. J. & Pinney, N. (1984). Duty, Fear, and Tax Compliance: The Heuristic Basis of Citizenship Behavior. *American Journal of Political Science.* 39(2), pp. 490-512. <https://doi.org/10.2307/2991764>.
- Severtsen BM. (1990) Therapeutic communication demystified. *J Nurs Educ.* 1990 Apr;29(4):190-2.

- Shaluf, I. M., Said, A. M., & Mat Said, A. (2003). A review of disaster and crisis. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 12(1), 24–32. <https://doi.org/10.1108/09653560310463829>
- Sreejith Balasubramanian & Cedwyn Fernandes. (2021) Confirmation of a crisis leadership model and its effectiveness: Lessons from the COVID-19 pandemic. Article: 2022824 | Received 27 Oct 2021, Accepted 11 Dec 2021, Published online: 10 Jan 2022.
- Stefanelli MC. (1986) [Teaching communication therapeutic techniques in nurse-patient relationship - Part I]. *Rev Esc Enferm USP*. 1986 Aug;20(2):161-183.
- Stephen W and Karen A. Foss (1992) *Theories of human communication* 4th ed.
- Stewart M. (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423–33.
- Stoller, James K (2020) Reflections on leadership in the time of COVID-19, Education Institute, Cleveland . Clinic, Cleveland, OH, USA
- Suryadi, T. (2009). Prinsip-prinsip Etika dan Hukum dalam Profesi Kedokteran. FK Unsyiah Banda Aceh. Disampaikan pada Pertemuan Nasional V JBHKI dan Workshop III Pendidikan Bioetika dan Medikolegal di Medan.
- Vivian, B. (2010). *Public forgetting: The rhetoric and politics of beginning again*. State College: Pennsylvania State Press.
- Ward, S. J. A. (2004). *The invention of journalism ethics: The path to objectivity and beyond*. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press.
- Ward, S. J. A. (2005). Philosophical foundations for global journalism ethics. *Journal of Mass Media Ethics*, 20(1), 3–21.
- Whitehouse S. (1965) Therapeutic Communication Tastes Change But Faith Remains. *J Rehabil*. 1965 Mar-Apr;31:18-9 PASSIM.
- Wilcox, W. (1961). The staged news photograph and professional ethics. *Journalism Quarterly*, 38, 497–504
- Wulfemeyer, K. T. (1985). How and why anonymous attribution is used by Time and Newsweek. *Journalism Quarterly*, 62(1), 81–126.
- Zamani A, Shams B, Farajzadegan Z, Tabaian M. (2003) The Viewpoints of Clinical Faculty Members about Teaching Communication Skills to Medical Students. *Iranian Journal of Medical Education*. 2003;3(1):45–5.
- Zelizer, B. (2007). On “having been there”: “Eyewitnessing” as a journalistic key word. *Critical Studies in Media Communication*, 24(5), 408–428.
- Zoleka Ntshuntshe, Nokuzola Gqeba and Malinge Gqeba (2019) Verbal Communication in Counselling and Therapy. Reviewed: March 30th, 2020 Published: September 9th, 2020. DOI: 10.5772/intechopen.92316