

TESIS

**PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIEN
DALAM PELAKSANAAN HIV VOLUNTARY COUNSELING AND
TESTING (VCT)**

(Studi di RSUD Tugurejo Semarang)



Disusun Oleh :

NUGRAHENI ARUMSARI

S231008011

**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA**

2012

TESIS

**PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIEN
DALAM PELAKSANAAN HIV VOLUNTARY COUNSELING AND
TESTING (VCT)**

(Studi di RSUD Tugurejo Semarang)



Disusun Oleh :

NUGRAHENI ARUMSARI

S231008011

**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI
PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA**

2012

**PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIEN
DALAM PELAKSANAAN HIV VOLUNTARY COUNSELING AND
TESTING (VCT)**

(Studi Di RSUD Tugurejo Semarang)

TESIS

Oleh:

Nugraheni Arumsari

NIM S231008011

Telah Disetujui Oleh Tim Pembimbing

Jabatan	Nama	Tanda Tangan	Tanggal
Pembimbing I	<u>Drs. Yulius Slamet, M.Sc., Ph.D</u> NIP 194803161976121001	.....	.....
Pembimbing II	<u>Drs. Eko Setyanto, M.Si</u> NIP 195806171987021001	.....	.....

Mengetahui,

Ketua Progam Studi Pasca Sarjana Ilmu Komunikasi

Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D

NIP 19490428197903001

**PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIEN
DALAM PELAKSANAAN HIV
VOLUNTARY COUNSELING AND TESTING (VCT)**

TESIS

Tesis ini telah diuji dan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Tesis
Dinyatakan telah memenuhi syarat
Pada tanggal 20 November 2012

Tim Penguji

Jabatan	Dewan Penguji	Tanda Tangan	Tanggal
Ketua	<u>Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D</u> NIP 19490428 197903 1 001	.....	.....
Sekretaris	<u>Dr. Sutopo. JK, MS</u> NIP 19570505 198303 1 004	.....	.....
Anggota	<u>Drs. Yulius Slamet, M.Sc., Ph.D</u> NIP 19480316 197612 1 001	.....	.....
Anggota	<u>Drs. Eko Setyanto, M.Si</u> NIP 19580617 198702 1 001	.....	.....

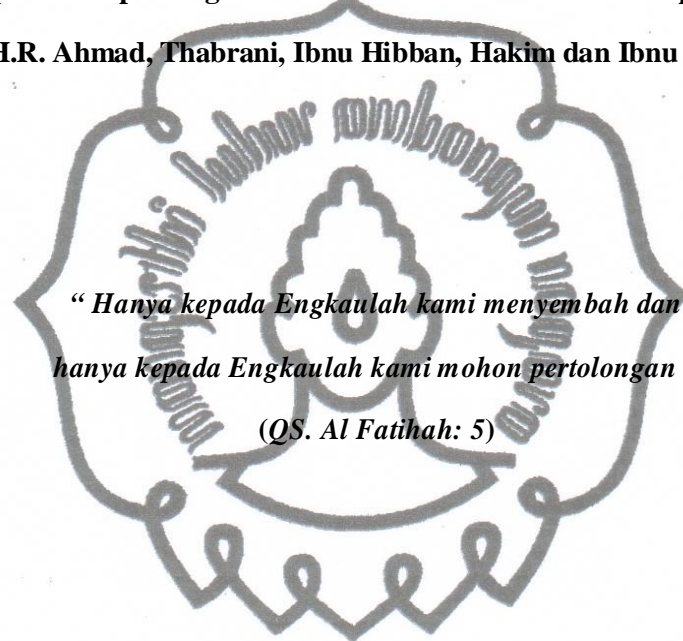
Mengetahui,

Ketua Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Komunikasi	<u>Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D</u> NIP 19490428 197903 1 001	.....
Direktur Program Pasca Sarjana	<u>Prof. Dr. Ir. Ahmad Yunus, M.Si</u> NIP. 19610717 198601 1 001	.....

MOTTO

Selamat datang wahai pencari ilmu! Sungguh, pencari ilmu dinaungi malaikat dengan sayap-sayapnya, kemudian mereka bertumpuk satu diatas lainnya sampai mencapai langit dunia karena kecintaan mereka kepada ilmu.

(H.R. Ahmad, Thabrani, Ibnu Hibban, Hakim dan Ibnu Majah)



“ Hanya kepada Engkaulah kami menyembah dan hanya kepada Engkaulah kami mohon pertolongan ”

(QS. Al Fatihah: 5)

“Sesungguhnya bersama setiap kesulitan

Ada kemudahan”

(QS. Al Insyirah: 6)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah S.W.T. atas berkah, rahmat, dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat diselesaikan dengan baik. Penulisan tesis ini hanya merupakan sebuah karya sederhana yang tidak luput dari kekurangan dan kesalahan. Namun demikian penulis berharap penulisan ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi yang membacanya.

Hubungan komunikasi antara dokter dan pasien masih belum dipahami dengan baik oleh masyarakat. Hubungan komunikasi ini berkaitan dengan hubungan yang terjalin khususnya antara dokter sebagai konselor dengan pasien Hiv Aids dalam program pelaksanaan Hiv *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) yang dilaksanakan di RSUD Tugurejo Semarang. Pasien yang pasif dalam sesi konseling dengan dokter membuat hubungan yang terjalin antara kedua stagnan sejak dahulu. Padahal dalam kegiatan konseling antara dokter dan pasien dibutuhkan strategi komunikasi dan proses komunikasi yang khusus pula agar pasien dapat terbuka tentang riwayat penyakitnya. Hal-hal tersebutlah yang menjadi pertimbangan atau beberapa alasan mengapa penulis membahas tema tentang komunikasi antara dokter dan pasien.

Penelitian ini tidak membahas mengenai hal-hal medis yang menjadi tanggung jawab/otoritas dokter sehingga tidak menyinggung apa yang dinamakan Kode Etik Kedokteran. Penulis hanya membahas komunikasi yang berlangsung antara dokter/konselor dengan pasien HIV/AIDS, dengan hasil akhir yang diharapkan

agar proses komunikasi yang terjadi dapat berjalan efektif dan bermanfaat bagi kedua belah pihak (dokter dengan pasien).

Kesulitan yang ditemui peneliti ketika berada di lapangan yaitu pada proses pencarian informan yang sesuai dengan latar belakang penelitian yaitu pasien dengan status HIV/AIDS positif yang tidak mudah ditemui, dikarenakan pasien dengan penyakit tersebut kebanyakan mempunyai sifat yang tertutup terhadap orang baru yang dianggapnya asing. Begitu juga dengan karakteristik informan yang beragam, mulai dari dokter yang menjabat sebagai konselor dan juga pasien HIV/AIDS yang membuat peneliti harus mampu menterjemahkan berbagai informasi dari informan dengan berbagai latar belakang tersebut menjadi satu kajian demi tercapainya maksud penelitian ini.

Penulisan tesis yang berjudul “Proses Komunikasi Dokter-Pasien Dalam Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang” bertujuan untuk memperkaya ranah ilmu komunikasi, supaya ilmu pengetahuan yang ada dapat berkembang dan berguna bagi masyarakat, terutama mengenai proses komunikasi antara dokter dan pasien dalam program konseling VCT. Dalam proses penulisan tesis ini, tentu saja melibatkan berbagai pihak yang telah banyak memberikan kontribusi pada penulis baik secara akademis maupun non akademis. Pada kesempatan ini penulis banyak mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D Ketua Progam Studi Pasca Sarjana Ilmu Komunikasi Universitas Sebelas Maret Surakarta.

2. Drs. Yulius Slamet, M.Sc., Ph.D sebagai dosen pembimbing pertama dan Drs. Eko Setyanto, M.Si sebagai pembimbing kedua atas waktu, perhatian, kesabaran dan diskusi-diskusi menarik yang dicurahkan untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan tesis ini. Penulis juga tak lupa menyampaikan terima kasih kepada Prof. Drs. Totok Sarsito, SU, MA, Ph.D dan Dr. Sutopo. JK, MS sebagai dosen penguji yang dengan sabar telah memberikan masukan-masukan, kritik dan saran yang membangun demi sempurnanya tesis ini.
3. Seluruh Pengajar Program Studi Ilmu Komunikasi Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta, yang telah memberikan ilmu dan pengetahuannya kepada penulis.
4. Seluruh Karyawan staf Tata Usaha Program Studi Ilmu Komunikasi Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Surakarta
5. Dra. Retno sudewi, Apt. M,Si. MM Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD Tugurejo Semarang, atas ijin penelitian yang diberikan kepada penulis sehingga tesis ini dapat berjalan dengan lancar.
6. Dr. Primasari Diah Indah Liestiati, atas ijin dan diluangkannya waktu untuk melakukan wawancara yang diberikan kepada penulis.
7. Dr. Ruly Dwi Utami, atas ketersediaannya untuk diwawancara, juga bantuan, bimbingan, diskusi yang menarik serta pinjaman buku mengenai topik yang dipilih oleh penulis selama penulisan tesis ini.
8. Dr. Antonius Suryanto, atas waktu dan kesempatannya untuk melakukan wawancara yang diberikan kepada penulis.

9. Dr. Dyan Puspitasari, atas waktu, informasi dan bantuan yang telah diberikan.
10. Endriawan Widodo, AMK atas bantuan dan informasi yang diberikan kepada peneliti untuk menghubungkan dengan narasumber pasien HIV/AIDS.
11. Seluruh staf karyawan RSUD Tugurejo Semarang yang telah membantu dan memberikan informasi yang dibutuhkan oleh penulis.
12. Keluarga besar Program Studi Ilmu Komunikasi Progam Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret Angkatan 2010 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas canda, tawa, suka dan duka selama menyelesaikan perkuliahan.
13. Dan seluruh pihak yang membantu terselesaikannya penulisan ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Surakarta, 5 Desember 2012

Penulis,

Nugraheni Arumsari

PERSEMBAHAN

Halaman persembahan ini sebagai bentuk penghargaan dan ucapan terimakasih kepada banyak pihak yang telah memberikan penghargaan dan dukungan dalam penulisan tesis ini. Salam hormat dan terimakasih kepada:

1. Bapak Muhsin dan Ibu Nanik Suryani selaku orang tua penulis yang tak pernah berhenti berdoa dan mencurahkan kasih sayangnya. Terimakasih atas dukungannya selama ini, doakan “adek” untuk selalu menjadi yang terbaik sehingga dapat membahagiakan dan membanggakan bapak ibu.
2. Dyan Puspitasari dan Ginanjar Adi Nugroho selaku kakak dan adik penulis yang tak pernah berhenti memberikan semangat dan dukungan.
3. Nova Syamsudin terimakasih atas pengertian serta kesabarannya untuk menunggu dalam proses penyelesaian tesis ini. Tak lupa untuk doa dan cintanya.
4. Keluarga besar Arsabi: Lina Mahardiani dan Kurnia Wijayanti atas nasehat dan dukungannya sehingga penulis selalu mempunyai semangat untuk segera menyelesaikan tesis, doakan “adek” mu ini untuk bisa seperti mba’ Lina dan mba’ Nia “Kejarlah Ilmu Sampai Eropa dan Jepang” ☺. Hanifa, Nisa, Nindi, Nesa, Dita, Antik untuk kebersamaannya.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSEMBAHAN.....	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
ABSTRAK	xiv
ABTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	12
1.3 Tujuan Penelitian	12
1.4 Manfaat Penelitian	13
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	13
1.4.2 Manfaat Praktis	13
BAB II KAJIAN TEORI	14
2.1 Deskripsi Teoritik	14
2.1.1 Komunikasi Interpersonal.....	14
2.1.2 Komunikasi Sebagai Proses.....	25
2.1.3 Konseling.....	35
2.2 Penelitian Yang Relevan	46

2.3 Kerangka Pemikiran.....	53
BAB III METODE PENELITIAN.....	54
3.1 Jenis Penelitian	54
3.2 Lokasi Penelitian.....	54
3.3 Sumber Data	55
3.4 Teknik Pemilihan Informan.....	56
3.5 Teknik Pengumpulan Data.....	57
3.6 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data.....	58
3.7 Teknik Analisis Data.....	58
BAB IV PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIE	DALAM
PELAKSANAAN KONSELING DI RSUD TUGUREJO.....	60
4.1 Sekilas Profil RSUD Tugurejo Semarang	60
4.1.1 Letak dan Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo	60
4.1.2 Sejarah Singkat RSUD Tugurejo Semarang	61
4.1.3 Visi, Misi, Strategi, dan Tujuan.....	63
4.1.4 Kegiatan Pelayanan dan Fasilitas RSUD Tugurejo	65
4.2 Hasil Penelitian	76
4.2.1 Tahapan Proses Komunikasi Interpersonal Antara Dokter dan Pasien Dalam Pelaksanaan HIV <i>Voluntary Counseling And Testing</i> (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang	76
4.2.1.1 Pengetahuan dan informasi Pasien Hiv Aids Pada Saat Awal Dinyatakan Positif Mengidap HIV.....	76
4.2.1.2 Menjalin Kedekatan Dengan Pasien Hiv Aids.....	82
4.2.1.3 Membangun Hubungan Komunikasi Interpersonal Dengan Pasien Hiv Aids.....	89
4.2.2 Cara dokter (konselor) memberikan motivasi dan membangkitkan harapan hidup pasien <i>suspect</i> penyakit HIV / AIDS.....	95

4.2.2.1 Tahapan Proses Konseling Dalam Pelaksanaan Hiv Voluntary Counseling And Testing (VCT).....	95
4.2.2.2 Gangguan Atau Kesulitan Dalam Pelaksanaan Hiv Voluntary Counseling And Testing (VCT).....	113
4.3 Pembahasan	115
4.3.1 Pengalaman Informan Dalam Berinteraksi.....	116
4.3.2 Pengalaman Informan Memahami Proses Komunikasi Dalam Kegiatan Konseling Pengalaman Informan Dalam Berinteraksi.....	123
4.3.3 Kesulitan Atau Gangguan Dalam Proses Komunikasi Antara Pasien Dengan Dokter.....	136
BAB V KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	140
5.2 Implikasi-Implikasi.....	149
5.2.1 Implikasi Teoritis.....	149
5.2.2 Implikasi Praktis.....	150
5.3 Keterbatasan dan Saran Penelitian.....	151
5.3.1 Keterbatasan Penelitian.....	151
5.3.2 Saran Penelitian Selanjutnya.....	152
Daftar Singkatan	xvi
Daftar Pustaka	xvii
Daftar Lampiran.....	xxi

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model Proses Komunikasi Antara Dua Pribadi 28
Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran 56



ABSTRAK

Nugraheni Arumsari, S231008011. 2012. *Proses Komunikasi Dokter-Pasien Dalam Pelaksanaan HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) Di RSUD Tugurejo Semarang*. Pembimbing I: Drs. Yulius Slamet, M.Sc., Ph.D. Pembimbing II: Drs. Eko Setyanto, M.Si. Progam Studi Manajemen Komunikasi. Progam Pasca Sarjana Ilmu Komunikasi. Universitas Sebelas Maret. Surakarta. 2012.

Tujuan penelitian ini adalah: mendeskripsikan secara mendalam proses komunikasi interpersonal antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang, yang didalamnya seorang dokter atau konselor bertugas membagi informasi dan pengetahuan yang mereka miliki tentang HIV/AIDS secara mendalam kepada pasien HIV/AIDS, serta bagaimana cara dokter atau konselor memberikan dukungan moril yang dapat membangkitkan motivasi hidup pasien dengan *suspect* penyakit HIV/AIDS.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode penelitian fenomenologi dan tipe penelitian yang digunakan deskriptif. Penelitian kualitatif ini diharapkan mampu menggambarkan secara faktual dan akurat mengenai fakta-fakta yang terjadi di dalamnya. Subjek dalam penelitian ini adalah dokter yang juga sebagai konselor program VCT di RSUD Tugurejo Semarang dan pasien dengan status HIV positif yang pernah melakukan proses konseling dengan dokter. Pengumpulan data dilakukan dengan jalan wawancara atau interview secara mendalam dengan dokter yang juga sebagai konselor program VCT di RSUD Tugurejo Semarang dan pasien dengan status HIV positif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat seseorang divonis mengidap HIV, dia tidak memiliki pengetahuan dan informasi mengenai hal tersebut secara lengkap, serta mempunyai pemahaman yang salah tentang HIV/AIDS itu sendiri. Membangun kedekatan dengan pasien HIV mutlak diperlukan agar suatu hubungan dapat tumbuh dan berkembang yang dilakukan dengan jalan menanamkan kepercayaan pada diri pasien HIV kepada dokter sampai timbul keterbukaan dalam proses komunikasi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* antara dokter dan pasien, kemudian ditemukan penggunaan komunikasi antar pribadi yang pada akhirnya menimbulkan perasaan empati, keakraban dan keterbukaan antara dokter dan pasien. Tujuan akhir dalam program konseling VCT ini adalah agar pasien Hiv tersebut dapat mandiri dalam memenuhi kebutuhan hidupnya sendiri dan mempunyai motivasi dan semangat yang kuat untuk berjuang hidup.

Kata Kunci: Konseling, HIV, AIDS, Proses Komunikasi.

ABSTRACT

Nugraheni Arumsari, S231008011. 2012. *Communication process between doctors and patients in HIV Voluntary counseling and testing in District Hospital of Tugurejo*, Semarang. Advisor I: Drs. Yulius Slamet, M.Sc., Ph.D. Advisor II: Drs. Eko Setyanto, M.Si. Post Graduate Communication Program Major in Management Communication. Sebelas Maret University. Surakarta. 2012.

The aim of this study is to describe accurately interpersonal communication process between doctors and patients in HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) in RSUD Tugurejo Semarang, in which a doctor or counselor has a duty to share information and knowledge about HIV accurately to the patients and how the doctor or counselor give moral support which is able to increase life motivation of the patients with HIV/ AIDS suspect.

This study applies qualitative approach with phenomenology research method and descriptive research type. This qualitative research is expected to be able to describe factually and accurately the facts in that process. The research subjects are the doctors or counselor VCT program in RSUD Tugurejo Semarang and the patients having status of positive HIV/AIDS who have taken part in counseling process with the doctors. Data collection is performed by in-depth interviewing with the doctors or counselors VCT program in RSUD Tugurejo Semarang and the patients with status positive HIV/AIDS.

Result of the study shows that when people are diagnosed positive HIV, they do not have complete knowledge and information about that even they posses incorrect understanding of HIV/AIDS. Building interpersonal communication with HIV patients is strongly needed therefore a relationship is able to strengthen by establishing a trust in the patients to the doctors until an open communication is obtained in the HIV *Voluntary Counseling and Testing* between doctors and patients, then the using of interpersonal communication is found and finally empathy, intimacy, and openness are experienced between the doctors and patients. The final aim of this counseling VCT program is that the HIV patients are able to be independent to fulfill their needs and have strong motivation and good spirit to struggle in their lives.

Keywords: counseling, HIV, AIDS, communication process.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut perkiraan UNAIDS (Badan Dunia yang mengurus AIDS) di dunia ini setiap hari terdapat lebih dari 5000 orang pengidap baru HIV/AIDS, dan sebagian besar berusia antara 15-24 tahun. Sekitar 1.800 anak yang hidup dengan positif di bawah usia 15 tahun tertular dari ibunya. Repotnya sekitar 1.400 anak dibawah usia 15 tahun meninggal dunia akibat serangan AIDS. Data ini menunjukkan kepada kita betapa besar resiko terinfeksi HIV yang dihadapi kelompok penduduk usia muda saat ini. Hal ini antara lain diakibatkan karena masih kurang seriusnya penanganan masalah, sehingga timbul kesenjangan yang serius antara kebutuhan dan ketersediaan pelayanan pasien HIV/AIDS.

Di Indonesia tidak ada satu provinsi pun yang dinyatakan bebas dari HIV/AIDS. Bahkan diperkirakan saat ini sudah menyerang di lebih dari separuh Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia. Berdasarkan data resmi dari Kementerian Kesehatan RI pada triwulan kedua tahun 2011 di Indonesia dilaporkan sebanyak 6.087 kasus baru HIV. Sampai akhir Juni 2011 secara kumulatif jumlah kasus AIDS tercatat sebanyak 26.483 kasus. Dilihat dari kelompok umur 20-29, yaitu sebanyak 36,4%, disusul dengan kelompok umur 30-39 tahun sebanyak 34,4% (usia produktif). Penyakit HIV/AIDS merupakan penyakit infeksi menular. Cara penularan yang utama adalah melalui hubungan seksual heteroseksual 76,3%, disusul oleh

penggunaan NAPZA (narkoba, zat adiktif) suntik yang tidak aman (satu jarum suntik dipakai bersama dengan orang lain) 16,3%. Cara penularan berikutnya adalah secara homoseksual 2,2% dan dari ibu ke anak. Penularan melalui transfusi darah sangat minim mengingat semua Unit Transfusi Darah sudah dilengkapi sarana skrining tes HIV bagi semua calon donor. Saat ini, Indonesia termasuk negara dengan epidemi HIV/AIDS terkonsentrasi, dimana pada wilayah-wilayah tertentu, prevalensi populasi kunci sudah mencapai 5% atau lebih. Artinya, jumlah pasien HIV di suatu daerah sudah mendekati angka 5% dari jumlah penduduk. Bahkan Provinsi Papua tergolong sebagai daerah *generalized epidemic* dimana jumlah penduduk yang pengidap HIV dan AIDS sudah lebih dari 1% (Suara Merdeka, Rabu : 30 November 2011).

Mengapa bisa demikian? Banyak faktor penyebab terjadinya epidemi yang begitu cepat, antara lain faktor globalisasi, arus informasi (sarana telekomunikasi/HP, internet, audiovisual) dan mobilitas penduduk yang begitu cepat menembus batas antar negara di dunia. Sementara ikatan kekeluargaan, nilai-nilai budaya dalam masyarakat, dan ketaatan beragama sudah mengalami erosi/penurunan, yang berakibat pada kurang diterapkannya fungsi-fungsi keluarga sebagai sarana kontrol sosial.

Sebenarnya, berbagai upaya penanggulangan dan pencegahan penyebaran HIV/AIDS di Indonesia telah dilakukan, baik oleh kementerian/sektor/instansi/lembaga pemerintah, swasta, LSM, lembaga donor, maupun oleh kelompok masyarakat peduli AIDS, sesuai dengan tugas pokok masing-masing. Namun demikian, upaya-upaya tersebut masih perlu ditingkatkan baik

kualitas, kuantitas, keterpaduan, maupun kebersamaannya. Oleh karena itu diharapkan kegiatan-kegiatan Hari AIDS Sedunia tahun 2011 (1 Desember) dapat dikerjakan bersama oleh berbagai sektor terkait secara komprehensif, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan berbagai kegiatan dalam peringatan Hari AIDS Sedunia Tahun 2011 dengan tema di atas, diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat khususnya dunia usaha dalam pencegahan penularan HIV dan penanggulangan AIDS. Sebab, penyebaran HIV/AIDS dapat terjadi pada siapa saja dan pada seluruh lapisan masyarakat. Harapan berikutnya adalah agar masyarakat lebih peduli dan berupaya melindungi diri serta keluarganya dari penularan HIV. Antara lain: tidak melakukan hubungan seks sebelum menikah, melakukan pemeriksaan tes HIV (bersama calon isteri atau suami) sebelum menikah. Bila sudah menikah berusaha setia pada pasangannya. Dan jika pasangan kita terinfeksi HIV, maka gunakan pengaman saat melakukan hubungan seks. Selanjutnya apabila diantara kita sudah terlanjur terinfeksi HIV/AIDS, maka berusahalah untuk tidak menularkan ke orang (Suara Merdeka, Rabu : 30 November 2011).

Indonesia sejak tahun 2000, tergolong dalam epidemi terkonsentrasi karena prevalensi HIV pada subpopulasi tertentu telah melebihi 5 persen. Hal tersebut menggambarkan keadaan yang mengindikasikan tingkat penularan HIV sudah cukup tinggi pada subpopulasi berisiko. Gambaran meluasnya epidemi terlihat dari jumlah kasus kumulatif dilaporkan terjadinya peningkatan pada jumlah kasus AIDS. Pada tahun 2007 terdapat 11.140 kasus, tahun 2008 terdapat 16.140 kasus, meningkat menjadi 19.973 pada akhir tahun 2009 dan kemudian kembali meningkat pada tahun

2010 menjadi 22.726 kasus. Artinya, kasus AIDS di Indonesia terus meningkat setiap tahun.

"Peningkatan jumlah kasus HIV AIDS akan terus terjadi apabila tidak ada keseriusan dari semua pihak. Bukan hanya dari Pemerintah, tetapi juga dari peran lembaga yang peduli terhadap AIDS dan juga peran serta masyarakat," Kata Sekretaris Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) dalam Seminar Nasional Percepatan Pencapaian Tujuan 6 MDG's untuk Mewujudkan Perempuan dan Anak Bebas HIV/AIDS, Nafsiah, di Jakarta, (Kompas, Selasa 18 Januari 2011).

Disampaikan oleh Manager Klinik Griya ASA PKBI Dr Dwi Yoga Yulianto pada Diskusi Interaktif Antara Hukum dan HIV AIDS di Kalangan Pelajar Kota Semarang di Kampus Universitas Stikubank (Unisbank) Mugas, Kamis (21/7). Tercatat, tingkat pertama jumlah kasus terbanyak diduduki oleh ibukota DKI Jakarta dengan 3.995 kasus.

"Kalau dilihat dari sisi umur penderita, rata-rata mereka berusia produktif, yaitu 25-29 tahun dengan 476 penderita, usia 20-24 tahun berjumlah 179 orang, dan usia 30-34 tahun dengan jumlah 331 kasus. Sementara penyebab faktor tertularnya karena heteroseksual sebanyak 75% atau berjumlah 1208 kasus," jelasnya. Sedangkan di Provinsi Jawa Tengah jumlah kasus HIV AIDS menempati peringkat 7 di tingkat nasional dengan 1.030 kasus. Sementara, jika dikalkulasi data penderita HIV AIDS dari tahun 1993-2011 didominasi kaum perempuan yakni sebanyak 62%. Psikolog dari RSUD Tugurejo Paula Budi Suryaningsih SPsi pun mengakui, bahwa remaja sangat rentan terhadap tertularnya HIV AIDS. Rasa keingintahuan yang besar menyebabkan remaja atau pelajar terjerumus ke dalam pemakaian narkoba dengan memakai jarum suntik secara bergantian serta melakukan seks bebas atau berganti-ganti pasangan. "Hal itu telah diperkuat dengan hasil riset Griya ASA PKBI, bahwa dari 1.000 responden yang terdiri dari mahasiswa dan pelajar, 97 orang diantaranya pernah melakukan hubungan seksual," ungkapnya. Kota Semarang pun tak luput dalam pemeringkatan tersebut. Untuk tingkat provinsi Jateng, Semarang pada posisi pertama dalam kasus HIV AIDS. Untuk mengendalikan penularan virus tersebut, cara yang paling efektif dengan memutus mata rantai untuk menghindari perilaku yang bisa menjadi pintu masuknya penyakit tersebut. Sebab, penderita tidak hanya dikalangan dewasa, namun sudah diderita oleh kaum remaja yang berusia

15-20tahun.

(<http://suaramerdeka.com/v1/index.php/read/news/2011/07/21/91583/Jateng-Peringkat-7-Jumlah-Kasus-HIVAIDS> diakses tanggal 20 Oktober 2011 pukul 21.10)

Dari kasus-kasus HIV AIDS yang ada di Indonesia dan Jawa tengah pada khususnya maka dibentuklah oleh Dinas Kesehatan program yang bernama *Voluntary Conseling and Testing* (VCT) adalah salah satu bentuk upaya tersebut. VCT adalah proses konseling pra testing, konseling post testing, dan testing HIV secara sukarela yang bersifat confidential dan secara lebih dini membantu orang mengetahui status HIV (<http://publicahealth.wordpress.com/2009/06/19/vct-metoda-efektif-deteksi-dan-pencegahan-hivaids/>, diakses tgl 8 Agustus 2011 pukul 18.29)

Dalam tahapan VCT, konseling dilakukan dua kali yaitu sebelum dan sesudah tes HIV. Pada tahap pre konseling dilakukan pemberian informasi tentang HIV/AIDS, cara penularan, cara pencegahan dan periode jendela. Kemudian konselor melakukan penilaian klinis. Pada saat ini klien harus jujur menceritakan kegiatan yang beresiko HIV/AIDS seperti aktivitas seksual terakhir, menggunakan narkoba suntik, pernah menerima produk darah atau organ, dan sebagainya. Konseling pra testing memberikan pengetahuan tentang manfaat testing, pengambilan keputusan untuk testing, dan perencanaan atas issue HIV yang dihadapi.

Setelah tahap pre konseling, klien akan melakukan tes HIV. Pada saat melakukan tes, darah akan diambil secukupnya dan pemeriksaan darah ini bisa memakan waktu antara setengah jam sampai satu minggu tergantung metode tes darahnya. Dalam tes HIV, diagnosis didasarkan pada antibodi HIV yang ditemukan

dalam darah. Tes antibodi HIV dapat dilakukan dengan tes ELISA, *Westren Blot* ataupun *Rapid*.

Setelah klien mengambil hasil tesnya, maka klien akan menjalani tahapan post konseling. Apabila hasil tes adalah negatif (tidak reaktif) klien belum tentu tidak memiliki HIV karena bisa saja klien masih dalam periode jendela, yaitu periode dimana orang yang bersangkutan sudah tertular HIV tapi antibodinya belum membentuk sistem kekebalan terhadap HIV. Klien dengan periode jendela ini sudah bisa menularkan HIV. Kewaspadaan akan periode jendela itu tergantung pada penilaian resiko pada pre konseling. Apabila klien mempunyai faktor resiko terkena HIV maka dianjurkan untuk melakukan tes kembali tiga bulan setelahnya. Selain itu, bersama dengan klien, konselor akan membantu merencanakan program perubahan perilaku.

Apabila pemeriksaan pertama hasil tesnya positif (reaktif) maka dilakukan pemeriksaan kedua dan ketiga dengan ketentuan beda sensitifitas dan spesifisitas pada reagen yang digunakan. Apabila tetap reaktif klien bebas mendiskusikan perasaannya dengan konselor. Konselor juga akan menginformasikan fasilitas untuk tindak lanjut dan dukungan. Misalnya, jika klien membutuhkan terapi ARV ataupun dukungan dari kelompok sebaya. Selain itu, konselor juga akan memberikan informasi tentang cara hidup sehat dan bagaimana agar tidak menularkannya ke orang lain.

Pemeriksaan dini terhadap HIV/AIDS perlu dilakukan untuk segera mendapat pertolongan kesehatan sesuai kebutuhan bagi mereka yang diidentifikasi terinfeksi

karena HIV/AIDS belum ditemukan obatnya, dan cara penularannya pun sangat cepat. Memulai menjalani VCT tidaklah perlu merasa takut karena konseling dalam VCT dijamin kerahasiaannya dan tes ini merupakan suatu dialog antara klien dengan petugas kesehatan yang bertujuan agar orang tersebut mampu untuk menghadapi stress dan membuat keputusan sendiri sehubungan dengan HIV/AIDS.

Tokoh kunci dalam proses penyembuhan suatu penyakit ialah petugas kesehatan, seperti misalnya bidan, mantri, dokter. Umumnya masyarakat menganggap seorang dokter mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk mendiagnosa dan menyembuhkan penyakit sehingga dia memiliki wewenang melakukan tindakan terhadap si pasien demi pencapaian kesembuhannya.

Parsons dalam (Sarwono, 2004 : 42) mengatakan seorang dokter diharapkan bersikap idealis, artinya mengupayakan mencapai kondisi sebaik mungkin bagi si pasien. Namun dokter seyogyanya membatasi diri pada bidang spesialisasi yang sesuai dengan latar belakang pendidikan dan kemampuannya.

Hendrojono Soewono berpendapat, bahwa interaksi antara dokter dan pasien, ada anggapan dari pasien bahwa dokter memiliki kedudukan yang lebih tinggi sehingga membuat mereka enggan untuk bertanya. Ada beberapa kemungkinan yang menjadi alasan mengapa hal tersebut terjadi yaitu perasaan malu, takut dianggap bodoh atau enggan karena dokter berbicara dalam bahasa yang tidak dimengerti oleh pasien. Pasien menaruh harapan yang besar pada dokter sehingga kemudian secara tidak sadar, ia pun mencitrakan dokter sebagai figur yang mulia dan tidak mungkin berbuat salah. Akibatnya, pasien pun menyerahkan nasib sepenuhnya kepada dokter

dan dokter yang pada akhirnya memutuskan tindakan medis apa yang harus dilakukan tanpa berkomunikasi dengan pasien. Dokter juga biasanya bersikap judes atau acuh terhadap pasien sehingga sulit diajak untuk berkomunikasi. Hasil penelitian Russel menunjukkan bahwa dokter dengan pasien lebih merupakan kekuasaan, yaitu hubungan antara pihak yang aktif memiliki wewenang dengan pihak yang pasif dan lemah serta menjalankan peran kebergantungan. Lebih seringnya lagi, pasien tidak memahami bagaimana cara berpartisipasi dengan dokter, sehingga tidak terlibat secara seimbang dalam berkomunikasi. (Soewono, 2006: 23)

Untuk penanganan kasus HIV/AIDS seorang dokter diharapkan memiliki ketrampilan khusus dalam berkomunikasi, karena disini sangat diharapkan keterbukaan dari pasien dalam menceritakan kronologis tentang penyakit yang diidapnya dan bagaimana penularannya. Karena yang berkembang di masyarakat penyakit HIV/AIDS atau stereotype yang berkembang di masyarakat bahwa individu dengan penyakit HIV/AIDS pasti gaya hidupnya “tidak beres”. Maka banyak orang yang malu melakukan konseling tentang HIV/AIDS. Dan stigma dari masyarakat tentang individu yang melakukan konsultasi tentang penyakit HIV/AIDS ini hanya untuk individu-individu yang bermasalah. Padahal sebenarnya tidak seperti itu banyak ibu-ibu rumah tangga yang tertular penyakit tersebut dari suaminya sehingga melahirkan bayi-bayi yang juga terinfeksi HIV/AIDS.

Komunikasi yang efektif merupakan komponen yang penting dalam menumbuhkan kepercayaan hubungan antara dokter dan pasien. Kepercayaan dari pasien dan ketersediaan dokter untuk menjelaskan informasi-informasi yang

berhubungan dengan riwayat penyakit pasien juga merupakan faktor pendukung terlaksananya suatu proses komunikasi. Jalaludin Rakhmat menjelaskan bahwa kepercayaan memberikan perspektif pada manusia dalam mempersepsi kenyataan, memberikan dasar bagi pengambilan keputusan dan menentukan sikap terhadap objek sikap. Komunikasi menjadi hal yang sangat disoroti pada seorang dokter karena tidak banyak dokter yang mau meluangkan sedikit waktunya untuk berbincang dengan pasiennya. (Rakhmat, 2005: 42)

Hubungan dalam konseling bersifat interpersonal, secara tatap muka antara konselor dengan klien. Menurut Dedy Mulyana dalam bukunya "*Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*", bahwa komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksinya secara langsung, baik verbal ataupun nonverbal. (Mulyana, 2010:73).

Menurut Moreale (2004 : 208), komunikasi pada kegiatan pendampingan terhadap pasien dengan penyakit HIV/AIDS merupakan sebuah proses transaksional, di mana dalam proses konseling antara dokter dan pasien saling bertukar informasi. Hasil yang diharapkan dari adanya pertukaran informasi ini adalah masing-masing individu yang terlibat dalam komunikasi saling memahami serta terdapat kesepakatan bersama terhadap makna dari pesan yang disampaikan. Komunikasi sebagai proses transaksional juga berarti partisipan saling mempengaruhi. Jika masing-masing partisipan tidak terpengaruh dengan pikiran, perasaan atau tindakan yang dikeluarkan oleh mereka, maka kita tidak bisa menyatakan bahwa komunikasi benar-benar terjadi.

Hubungan dokter dan pasien yang bersifat paternalistik adalah hal yang nyata dan membuat transaksi ini menjadi tidak seimbang dimana posisi pihak dokter cenderung lebih tinggi. Komunikasi yang cenderung didominasi oleh satu pihak saja tidak memberikan penyelesaian masalah. Pasien yang memiliki penyakit mematikan seperti HIV/AIDS datang ke dokter tidak hanya untuk mendapatkan resep obat yang tepat. Tetapi mereka juga membutuhkan orang yang berkompeten di bidang penyakitnya untuk menjelaskan secara lebih rinci tentang penyakit yang diderita khususnya HIV/AIDS. Apa saja yang dibutuhkan untuk mencegah penyebaran penyakit HIV/AIDS, tentang pola hidup yang harus dijalankan, pola makanan yang harus dikonsumsi sehari-hari, dll. Pasien menghendaki sesuatu yang sederhana, seperti disebut namanya ketika masuk ke ruang praktek, dokter yang bersifat ramah dan memahami kebutuhan pasiennya, perlakuan yang menyenangkan, konsultasi dan tukar pikiran untuk memperluas wawasan, atau yang paling penting adalah pemberian motivasi atas penyakit yang diderita pasien khususnya pasien dengan penyakit HIV/AIDS, karena hal-hal tersebut bersifat mengurangi beban yang dimiliki oleh seorang pasien.

Komunikasi dua arah antara dokter dan pasien dalam upaya penyembuhan bukan merupakan hal yang mudah untuk dilaksanakan. Seorang dokter memiliki otoritas dan wibawa serta monopoli dalam menjalankan profesinya dan pasien tidak dapat menilai secara objektif kompetensi dan keahlian dokter dalam merawat pasiennya. Minimnya pengetahuan tentang aspek dasar pemeliharaan kesehatan dan kebingungan pasien terhadap penyakit yang diidapnya, makin menguatkan

keengganan pasien untuk bertanya kepada dokter sehingga komunikasi antara kedua belah pihak menjadi terganggu. Apalagi pada kasus HIV/AIDS yang belum ada obatnya, dan banyak yang berpikiran bahwa individu dengan penyakit HIV/AIDS hidupnya tidak akan lama, semakin membuat pasien dengan *suspec* penyakit ini menjadi enggan untuk melakukan konseling dan penyembuhan atas penyakit yang dideritanya.

Pada proses konseling, komunikasi memiliki peran penting. Komunikasi menjadi hal yang penting karena proses penyampaian pesan dilakukan melalui komunikasi, selain itu komunikasi juga digunakan untuk memberikan motivasi untuk mendorong dan mendukung perkembangan sosial, emosional serta intelektual para pasien dengan *suspect* penyakit HIV/AIDS. Tidak hanya untuk memberikan informasi serta memotivasi, komunikasi dalam konseling memiliki sebuah tujuan yaitu untuk mengubah sikap dan perilaku pasien dengan *suspect* penyakit HIV/AIDS.

Sebelumnya penelitian tentang hubungan antara dokter dan pasien telah dilakukan oleh Jennifer Fong Ha, MBBS (Hons), Dip Surg Anat, Nancy Longnecker, PhD (The Ochsner Journal 10.38-43, 2010), Sachiko Ohtaki, Toshio Ohtakia and Michael D Fettersb (Oxford Journal Medicine family Practice, Volume 20, Issue 3, Pp 276-282, 2003), Oleh Susan Williams, John Weinman and Jeremy Dale (Oxford University Press 1998; 15: 480-492; 2012), Seminar Internasional Biotik oleh Prof. M. Sajid Darmadipura, dr., Sp.S, Sp.BS (2012), Cathy Charles, Amiram Gafni, Tim Whelan (2000), namun demikian subjek penelitian disini yang berprofesi sebagai seorang dokter yang juga merangkap sebagai konselor VCT diharapkan memiliki

kemampuan komunikasi yang lebih mendalam kepada pasien dengan suspect penyakit HIV/AIDS, sehingga proses komunikasi interpersonal yang digunakan oleh dokter yang juga sebagai konselor dalam memberikan konseling pun berbeda dengan metode yang digunakan oleh dokter umum kepada pasien pada umumnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka peneliti merumuskan permasalahan yaitu penelitian ini bermaksud mengetahui:

1. Bagaimana tahapan proses komunikasi interpersonal yang terjadi antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang.
2. Bagaimana cara dokter (konselor) memberikan motivasi dan membangkitkan harapan hidup pasien *suspect* penyakit HIV/AIDS.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan secara mendalam proses komunikasi interpersonal antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang, yang didalamnya seorang dokter atau konselor bertugas memberi informasi dan pengetahuan yang mereka miliki tentang hiv dan aids secara mendalam kepada pasien hiv dan aids, serta

bagaimana cara dokter atau konselor memberikan dukungan moril yang dapat membangkitkan motivasi hidup pasien dengan *suspect* penyakit HIV/AIDS.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui penelitian ini diharapkan dapat menambah kajian teoritis yang dapat memberikan pemahaman dalam lingkup ilmu komunikasi khususnya dalam bidang kajian ilmu komunikasi kesehatan, dalam kasus ini adalah proses komunikasi dokter pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang.

1.4.2 Manfaat Praktis

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberikan penjelasan dan pemahaman secara praktis mengenai komunikasi kesehatan. Dalam kasus ini adalah proses komunikasi dokter pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Selain itu juga penelitian ini dapat memberi pemahaman bahwa komunikasi yang terjalin antara dokter dan pasien dengan *suspect* penyakit HIV/AIDS tidak hanya sekedar komunikasi sosial biasa, dibutuhkan teknik dan cara yang berbeda dalam menerapkannya.

BAB II

KAJIAN TEORI

2.1 Deskripsi Teoritik

2.1.1 Komunikasi Interpersonal

Alo Liliweri berpendapat komunikasi merupakan dasar dari proses interaksi interpersonal. Hal ini dapat memberi makna ketika manusia saling bertukar informasi, pikiran, perasaan, dan kebutuhan dengan lingkungan diluar diri kita. Berbagai bentuk hubungan antar manusia dilatar belakangi oleh berbagai alasan, kepentingan, maksud dan tujuan. Masing-masing hubungan tersebut memerlukan sekaligus memiliki pola serta bentuk komunikasi yang dapat sama maupun berbeda satu dengan lainnya. Tujuan utama dalam berkomunikasi adalah menyampaikan suatu informasi (Liliweri, 1994: 22).

Dikatakan oleh Philosopher Martin Buber, komunikasi terjadi saat komunikator mengirimkan suatu informasi dalam bentuk apapun seperti ucapan, tindakan, perilaku, simbol verbal, dan lain-lain, kemudian oleh komunikan hal tersebut diterima dan direspon dalam berbagai cara pula. Komunikasi interpersonal terjadi saat seseorang berinteraksi dengan orang lain sebagai individu yang otentik dan unik dan bukan sebagai objek atau benda, atau dinamakan hubungan “*I-Thou*” (Aku-Engkau). Ini adalah sejenis hubungan dimana terjadi dialog yang nyata. Buber menjelaskan bahwa hubungan “*I-Thou*” (Aku-Engkau) bukanlah tentang diri sendiri. Komunikator saling mengirimkan attitude yang jujur, terbuka, spontan, tidak

menghakimi dan berdasarkan pada ekualitas daripada superioritas (Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 7).

Pada dasarnya manusia akan selalu berinteraksi dan berkomunikasi, dalam artian bahwa manusia akan selalu berbagi informasi, gagasan, sikap dan atau pengalaman. Arnold P. Goldstein, 1975 (dalam Rakhmat, 2005 : 120), mengembangkan apa yang dimaksud sebagai “*relationship-enhancement methods*” (metode peningkatan hubungan) dalam psikoterapi. Ia merumuskan metode ini dengan tiga prinsip : makin baik hubungan interpersonal, (1) makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya, (2) makin cenderung ia meneliti perasaannya secara mendalam, dan (3) makin cenderung ia mendengar dengan penuh perhatian dan bertindak atas nasihat yang diberikan penolongnya. Dari segi psikologi komunikasi , kita dapat menyatakan bahwa makin baik hubungan interpersonal, makin terbuka orang untuk mengungkapkan dirinya, makin cermat persepsinya tentang orang lain dan persepsi dirinya, sehingga makin efektif komunikasi yang berlangsung diantara komunikasikan. Maka hal inilah yang diharapkan dapat terjadi diantara hubungan antara pasien dengan dokternya.

Pada saat menemui dokter, pasien akan mengalami kesulitan karena mereka berhadapan dengan orang yang baru, yang belum dikenal. Untuk memberikan respon terhadap komunikasi yang dilakukan oleh dokter tentunya menjadi sulit. Zajonc mengatakan (dalam Sarwono, 2003: 197), bahwa dengan orang yang belum dikenal atau baru dikenal, faktor yang memudahkan berkomunikasi dan hubungan adalah pertemuan yang berulang-ulang, sejauh reaksi pada awal bertemu tidak terlalu

negatif. Dengan pertemuan yang berulang itu, terjadi proses pengurangan kecemasan dan pembiasaan terhadap orang asing sehingga dapat saling berhubungan dengan lebih baik. Faktor kedekatan fisik merupakan salah satu faktor yang penting untuk peningkatan hubungan.

Sikap penerimaan dari kedua belah pihak akan sangat membantu dalam pencapaian tujuan akhir yaitu komunikasi yang efektif demi kesembuhan pasien. Disini kita mengenal adanya diskonfirmasi dan konfirmasi. Diskonfirmasi adalah pola komunikasi dimana kita mengabaikan kehadiran dan memandang tidak penting apa yang ingin disampaikan (berbeda dengan penolakan). Sedangkan konfirmasi adalah pola komunikasi yang sebaliknya. Dalam konfirmasi, kita tidak saja mengetahui kehadiran orang lain melainkan juga memperlihatkan bahwa kita menerima orang itu, menerima pribadi orang itu, dan menerima bentuk hubungan sesuai dengan yang dilihat orang tersebut (DeVito, 1997: 153).

Susan Kline dan Janet Ceropski menemukan bahwa sekitar 40% mahasiswa kedokteran menggunakan *person-centered communication* dalam membujuk pasien. Para mahasiswa tersebut menjelaskan kerelaan dalam menghadapi pasien dan memahami perasaan mereka. Sekitar 50% subjek penelitian menggunakan *person-centered communication* untuk menghadapi kesulitan mengakui kesalahan daripada menyangkal perasaan pasien, menolong pasien memahami ketidaknyamanannya, dan memberikan nasehat untuk mengatasi kesulitan yang ada (Littlejohn, 2008:120).

Beberapa aspek dalam komunikasi interpersonal agar komunikasi berjalan secara efektif menurut Joseph A. DeVito (dalam DeVito, 1997: 259) :

1. Keterbukaan (*Openness*)

Kualitas keterbukaan mengacu pada sedikitnya tiga aspek dari komunikasi antarpribadi, yaitu (1) komunikator antarpribadi yang efektif harus terbuka kepada orang yang diajaknya berinteraksi, (2) mengacu pada kesediaan komunikator untuk bereaksi secara jujur terhadap stimulus yang datang, (3) mengakui bahwa perasaan dan pikiran yang dilontarkan adalah memang “milik” anda dan anda bertanggung jawab atasnya.

2. Empati

Henry Backrack (1976) dalam DeVito, 1997: 260, mendefinisikan empati sebagai “kemampuan seseorang untuk ‘mengetahui’ apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu, melalui kacamata orang lain itu”. Bersimpati, dipihak lain, adalah merasakan bagi orang lain – misalkan merasa ikut bersedih. Berempati adalah merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya – berada di kapal yang sama dan merasakan perasaan yang sama dengan cara yang sama.

Orang yang empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang. Pengertian yang empatik ini akan membuat seseorang lebih mampu menyesuaikan komunikasinya. Menurut C.B Truax (1961) dalam DeVito, 1997: 260, “Empati yang akurat melibatkan baik kepekaan terhadap perasaan yang ada maupun fasilitas verbal untuk mengkomunikasikan pengertian ini”. Kita dapat mengkomunikasikan empati baik secara verbal maupun nonverbal. Secara

nonverbal, kita dapat mengkomunikasikan empati dengan memperlihatkan (1) keterlibatan aktif dengan orang itu melalui ekspresi wajah dan gerak gerik yang sesuai; (2) konsentrasi terpusat meliputi kontak mata, postur tubuh yang penuh perhatian, dan kedekatan fisik; serta (3) sentuhan atau belaian yang sepiantasnya.

Karena dalam proses penyembuhan tersebut, seorang dokter menghadapi dua hal yang berhubungan dengan pasiennya, yaitu penyakit dan kondisi psikologis yang diakibatkan karena situasi dan penyakit yang dideritanya. Maka sikap empati tersebut diharapkan oleh pasien dari dokter yang menanganinya, karena akan dianggap cukup membantu dari segi emosional dan psikologis pasien itu sendiri. Orang yang memiliki sikap empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang. Pengertian empatik ini akan membuat seseorang lebih mampu menyesuaikan komunikasinya.

3. Mendukung (*Supportiveness*)

Sikap suportif adalah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Orang bersikap defensif bila ia tidak menerima, tidak jujur, dan tidak empati. Sudah jelas, dengan sikap defensif komunikasi interpersonal akan gagal; karena orang defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi ketimbang memahami pesan orang lain.

Komunikasi defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal (ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah, pengalaman defensif, dan

sebagainya) atau faktor situasional adalah perilaku komunikasi orang lain. Menurut Jack R Gibb menyebut 3 perilaku yang menimbulkan perilaku suportif yakni : 1) Deskriptif, orang yang memiliki sikap ini lebih banyak meminta informasi tentang suatu hal sehingga merasa dihargai; 2) Spontanitas, orang yang terbuka dan terus terang tentang apa yang dipikirkannya; 3) Profesionalisme, orang yang memiliki sikap berpikir terbuka, ada kemauan untuk mendengar pandangan yang berbeda, dan bersedia menerima pendapat orang lain bila pendapatnya keliru atau salah.

4. Sikap Positif

Sikap ini menunjuk 2 aspek yaitu : 1) komunikasi antarpersonal akan berkembang bila ada pandangan positif terhadap diri sendiri; 2) mempunyai perasaan positif terhadap orang lain berbagai situasi komunikasi.

5. Kesetaraan (*Equality*)

Kesetaraan ini mencakup dua hal yaitu: 1) kesetaraan bidang pengalaman di antara para pelaku komunikasi. Artinya, komunikasi antarpersonal umumnya akan lebih efektif bila para pelakunya mempunyai nilai, sikap, perilaku dan pengalaman yang sama; 2) kesetaraan dalam percakapan diantara para pelaku komunikasi. Artinya, komunikasi antarpersonal harus ada kesetaraan dalam hal mengirim dan menerima pesan.

Ketika dokter memutuskan untuk memulai pembicaraan, komunikasi yang dilakukannya akan menimbulkan persepsi. Seseorang tidak dapat mengelola atau bahkan membentuk secara paksa persepsi orang lain terhadapnya. Edmund Husserl

(dalam Moustakas, 1994: 27), menyatakan bahwa persepsi dari suatu objek tergantung subjek yang melihat atau mengalaminya. Apa yang muncul dalam kesadaran adalah realitas absolut sedangkan apa yang muncul di dunia adalah sebuah produk belajar. Jika komunikator dan komunikan dapat menyamakan persepsi mereka, maka dapat dikatakan bahwa komunikasi mereka berjalan dengan baik.

Tidak semua komunikasi mampu memuaskan baik komunikator maupun komunikan. Dalam *Relational Pattern Of Communication Theory* (Littlejohn, 2008: 197-198), Palo Alto Group menyatakan bahwa bila dua orang berkomunikasi maka mereka akan mendefinisikan hubungannya dengan cara mereka berinteraksi. Pola-pola disusun, karena perilaku apapun mempunyai potensi untuk bersifat komunikatif. Dengan kata lain, saat berada di hadapan orang lain, kita akan mengekspresikan sesuatu tentang hubungan kita dengan orang tersebut, apakah kita sadar atau tidak saat melakukannya. Aksioma ini menarik, bahkan saat kita tidak mau berinteraksi dengan orang lain karena secara potensial, individu lain bisa “membaca” penghindaran kita sebagai suatu pernyataan. Ada dua tipe pola yang penting dalam Palo Alto Group untuk mengilustrasikan ide ini. Apabila dua orang merespon satu sama lain dengan cara yang sama, mereka terlibat dalam *symmetrical relationship*. *Power struggle* adalah: ketika satu orang menegaskan kontrol, kemudian yang lain meresponnya dengan cara menegaskan kontrol kembali. Orang pertama merespon kembali dengan baik dan *struggle* terjadi. *Symmetrical relationship* bukan selalu tentang *power struggle*. Kedua pihak bisa merespon pasif, kedua pihak juga dapat merespon dengan cara bertanya, atau kedua pihak berperilaku seperti saling

membimbing. Tipe kedua dari hubungan ini adalah *complementary relationship*. Pada hubungan ini, komunikator merespon dengan cara berkebalikan. Saat yang satu mendominasi, yang lain *submissive*; yang satu argumentatif, yang lain diam; yang satu membimbing, yang lain menolak.

Gerald R. Miller dalam bukunya *Explorations in Interpersonal Communication* (1976) dalam Rakhmat, 2005: 119, menyatakan:

“Understanding the interpersonal communication process demands an understanding of the symbiotic relationship between communication and relational development: communication influence relational development, and in turn (simultaneously), relational development influences the nature of communication between parties to the relationship”. (memahami proses komunikasi interpersonal menuntut pemahaman mengenai hubungan simbolik antara komunikasi dengan perkembangan relasional. Jadi, tidak hanya sekedar komunikasi yang mempengaruhi perkembangan relasional seperti yang diungkap sebelumnya, pada gilirannya perkembangan relasional mempengaruhi sifat komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat dalam hubungan tersebut).

Kelima hal tersebut dapat dikatakan sebagai lima hal yang harus dimiliki oleh seseorang yang ingin menjalin komunikasi dengan orang lain. Sama seperti yang diungkapkan oleh DeVito (dalam Rakhmat, 2005: 129-134), terdapat faktor-faktor yang dapat menumbuhkan hubungan interpersonal yang baik, yaitu percaya, sikap suportif dan sikap terbuka.

Faktor **percaya** adalah faktor yang paling berpengaruh di dalam komunikasi interpersonal. Tahap pertama dalam hubungan interpersonal yaitu tahap pengenalan, sampai tahap kedua yaitu tahap peneguhan, “percaya” menentukan efektivitas komunikasi. Percaya didefinisikan sebagai mengandalkan perilaku orang untuk mencapai tujuan yang dikehendaki, yang pencapaiannya tidak pasti dalam situasi

yang penuh resiko. Seperti kepercayaan seorang pasien kepada dokter yang dianggap berkompeten untuk menyembuhkan penyakit yang diderita oleh pasiennya. Dengan bercerita kepada dokter tentang penyakit yang dideritanya, pasien berharap bahwa dokter tersebut dapat mengobati dan menyembuhkan penyakit tersebut.

Percaya meningkatkan komunikasi interpersonal karena membuka saluran komunikasi, memperjelas pengiriman dan penerimaan informasi, serta memperluas peluang komunikasi untuk mencapai maksudnya. Jika seorang pasien tidak membuka diri tentang penyakit yang dideritanya, maka kemungkinan besar dokter juga tidak mengetahui penyakit apa yang diderita oleh pasien dan dokter tersebut tidak dapat menentukan metode pengobatan dan obat yang harus diberikan kepada pasien untuk menyembuhkannya.

Faktor kedua adalah sikap **supportif**, yaitu sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Orang bersikap defensif bila ia tidak menerima, tidak jujur, dan tidak empati. Sudah jelas, dengan sikap defensif komunikasi interpersonal akan gagal; karena orang defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi ketimbang memahami pesan orang lain.

Komunikasi defensif ini dapat terjadi karena faktor-faktor personal (ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah, pengalaman defensif, dan sebagainya) atau faktor-faktor situasional. Dalam hubungan antara dokter dan pasien dapat dicontohkan sebagai berikut, pasien dengan diagnosa terinfeksi HIV/AIDS maka dalam dirinya terdapat kecenderungan untuk menutup diri dari orang lain bahkan

terhadap keluarganya, ia menganggap bahwa dirinya tidak akan pernah sembuh dan tidak dapat hidup normal selayaknya orang lain. Maka munculah sikap ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah apabila bertemu dengan orang lain. Maka orang-orang dengan sikap seperti di atas tersebut lebih memilih untuk tidak mendengarkan orang lain, mereka lebih memilih untuk menutup diri. Dengan informasi yang minim mengenai virus HIV/AIDS seorang pasien tidak mendapatkan informasi secara benar mempunyai kecenderungan untuk menganggap bahwa hidupnya akan segera berakhir, maka pasien tersebut tidak mempercayai nasehat ataupun pengobatan yang dianjurkan oleh dokter. Karena mereka berpikiran dengan pengobatan apapun hidupnya juga akan segera berakhir.

Yang terakhir adalah sikap **terbuka**. Sikap terbuka (open-mindedness) amat besar pengaruhnya dalam menumbuhkan komunikasi interpersonal yang efektif. Lawan dari sikap terbuka adalah dogmatisme. Yaitu (1) sikap yang menilai pesan berdasarkan motif motif pribadi, (2) berpikir simplistis (berpikir hitam putih tanpa nuansa), (3) bersandar lebih banyak pada sumber pesan daripada isi pesan, (4) mencari informasi tentang kepercayaan orang lain dari sumbernya sendiri bukan dari sumber kepercayaan orang lain, (5) secara kaku mempertahankan dan memegang teguh sistem kepercayaannya, (6) menolak, mengabaikan, mendistorsi dan menolak pesan yang tidak konsisten dengan sistem kepercayaannya.

Agar komunikasi interpersonal yang dilakukan melahirkan hubungan interpersonal yang efektif, maka dogmatisme tersebut harus digantikan dengan sikap terbuka. Bersama-sama dengan sikap percaya dan sikap suportif, sikap terbuka

mendorong timbulnya saling pengertian, saling menghargai dan yang paling penting saling mengembangkan kualitas hubungan interpersonal. Komunikasi tidak hanya sampai pada tahap itu saja, tetapi yang tersulit adalah menciptakan hubungan yang didukung oleh komunikasi yang memadai. Contohnya seorang pasien yang datang untuk berobat ke dokter, untuk pertemuan kali pertama sangat sulit untuk menjalin hubungan. Atau untuk mendapatkan perasaan nyaman saat berkonsultasi dengan dokter mengenai penyakit si pasien. Komunikasi yang berkelanjutan merupakan jalan menuju suatu hubungan yang baru.

Dalam penelitian ini, *Uncertainty Reduction Theory* oleh Berger dan Calabrese (dalam Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 96), menjelaskan bagaimana mencari cara untuk mengurangi ketidakpastian yang kita alami saat bertemu dengan orang asing atau saat kita berada dalam situasi yang baru. Dalam banyak hal, kita memang berbeda satu sama lain. Semakin besar perbedaan yang kita miliki dan semakin sedikit yang kita ketahui tentang orang lain, maka semakin besar pula ketidakpastian dan terkadang kecemasan serta ketakutan yang kita miliki. Dalam rangka mengurangi ketidakpastian dalam hubungan dokter dan pasien, maka dibutuhkan strategi yang tepat sehingga komunikasi yang dilakukan dapat bermanfaat.

Ketidakpastian adalah suatu keragu-raguan terhadap suatu hubungan. Upaya anamnesa akan terganggu dengan adanya ketidakpastian dari partisipan komunikasi, khususnya pasien. Adanya ketidakpastian juga berarti menimbulkan adanya ketidakpercayaan pasien terhadap dokter, baik terhadap terapi yang diterapkan dokter

maupun terhadap hubungan terapeutiknya. Sedangkan dalam interaksi manapun, untuk mencapai hasil komunikasi yang terbaik diperlukan kepercayaan terhadap kedua belah pihak.

Komunikasi mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam mengatasi persoalan seperti trauma medis, karena komunikasi ini dilakukan bertujuan untuk mengubah sikap pasien yang pasrah dan dokter yang pasif. Sikap pasrah pada pasien seharusnya diubah menjadi sikap kooperatif yang dapat membantu dokter dan pihak medis dalam menentukan suatu penyakit atau diagnosa. Keberhasilan (kesembuhan) pasien tidak lepas dari peran kerjasama dokter dan pasien itu sendiri. Pola komunikasi dua arah antara dokter dan pasien dalam upaya penyembuhan bukan merupakan hal yang mudah untuk dilakukan. Dalam hal ini dokter dituntut untuk menjadi komunikator yang baik dan sabar. Tingkat keberhasilan komunikasi antara dokter dan pasien ditentukan oleh beberapa kriteria, yaitu : kecakapan dokter, sikap dokter, pengetahuan dokter sebagai komunikator dan sistem sosial budaya (Soewono, 2006: 29).

Pemahaman terhadap komunikasi dokter-pasien hanya dapat dilakukan secara individual karena apa yang dialami seseorang dengan dokternya tidak mungkin sama dengan apa yang dialami oleh orang lain.

2.1.2 Komunikasi Sebagai Proses

Proses komunikasi yang efektif antara dokter (konselor) dan pasien (konseli) harus tercipta suatu komunikasi dialogis, dimana pihak pemberi dan penerima kedua-

duanya berperan sebagai komunikator, yaitu sebagai pemberi pesan sekaligus juga sebagai penerima pesan, dan sebagai penerima sekaligus sebagai pemberi. Dengan demikian konselor dan klien berperan aktif dalam saling memberi dan menerima pesan, sehingga dapat meningkatkan pemahaman informasi di antara kedua belah pihak. (Surya, 2003: 118-119).

Saat dua orang berhubungan satu sama lain, mereka membentuk ikatan dan saling menghormati. Menciptakan hubungan yang sukses adalah faktor paling penting dalam membangun hubungan. Sebagai kunci sukses “*officepatientrelationship*”, ini penting untuk mengetahui hubungan yang mulai berkembang langsung dari percakapan pertama kali antara dokter dengan pasien. Untuk memastikan bahwa suatu hubungan dapat dibentuk, dokter perlu berhati-hati tentang bagaimana pasien memandang dia dan menilai dia dari komunikasi yang tidak hanya secara verbal tetapi juga nonverbal. Dengan menunjukkan energi, antusiasme, rasa hormat, empati, perhatian, pemahaman tentang isu-isu antar budaya dari awal. Dokter akan dapat memulai proses membangun hubungan yang sama dengan keahlian berkomunikasi yang merupakan kunci keterampilan praktek medis. (**Medicine and Biology** Vol.15, No 2, 2008, pp. 74 – 79, diakses tanggal 16 Juli 2012 pukul 19.43)

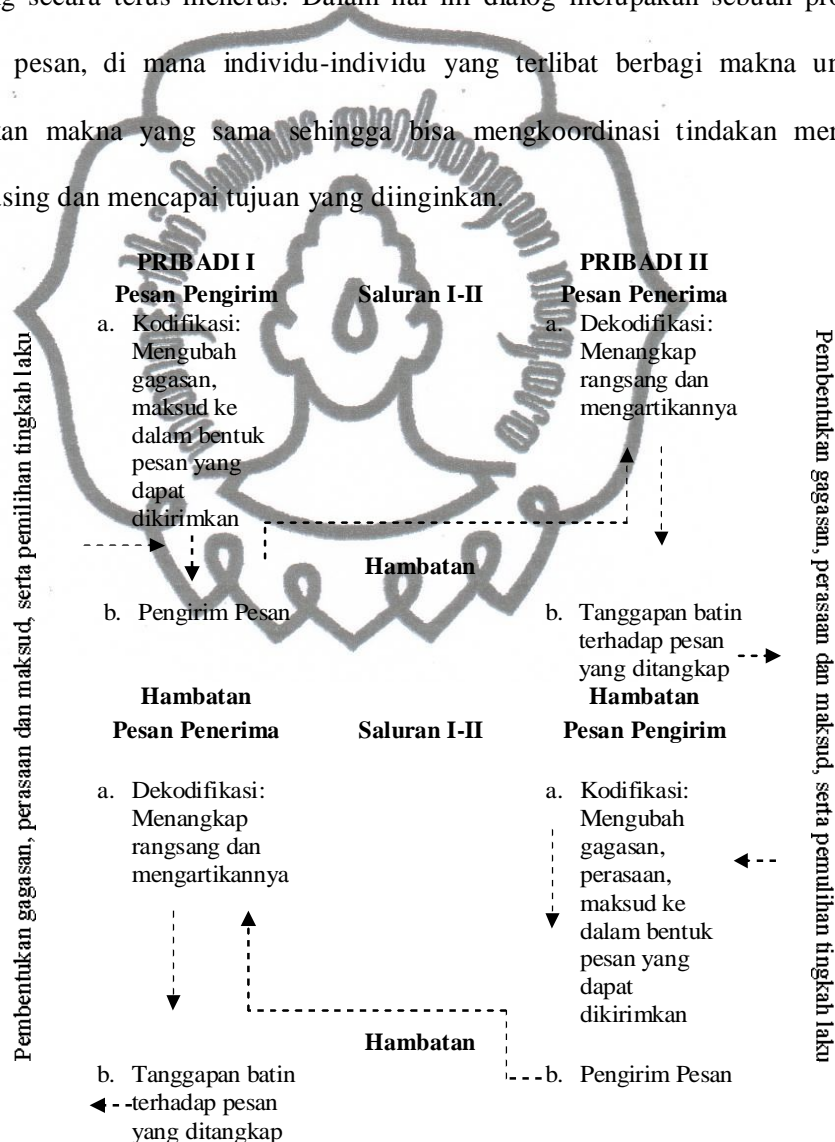
Aubrey Fisher menyatakan dalam proses komunikasi antar pribadi akan selalu mempengaruhi dan dipengaruhi oleh individu yang terlibat dalam komunikasi yaitu perasaan, emosi, kepercayaan, kepribadian juga termasuk pemahaman seseorang (dalam Fisher, 1987: 2). Nyamankan dia berbagi rahasia tentang dirinya?

Mampukah dia bercerita kepada dokter tentang apa yang dirasakannya? Atau apakah dengan si pasien bercerita justru akan membuatnya terlihat bodoh? Percayakah dokter itu kepadanya? Mampukah dokter memahami dirinya sebagai seorang individu? Setelah berkonsultasi, apakah dokter akan memberikan berita buruk tentang penyakitnya? Percayakah dia pada dokter itu? Mempercayai adalah tindakan penerimaan informasi yang digunakan bersama sebagai hal yang sah dan benar.

Dokter seharusnya lebih memperhatikan orang-orang yang mempunyai pertanyaan-pertanyaan di atas, di dalam pikiran mereka karena tidak setiap dokter mampu melakukan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, bahkan mungkin tidak semua orang memiliki kemampuan (skill) berkomunikasi dengan sesama. Tidak tersampainya maksud seseorang atau tidak terpuaskannya komunikasi dari satu pihak akan menimbulkan kerugian. Menurut Liliweri dalam bukunya, komunikasi antar pribadi dapat diartikan sebagai kebutuhan untuk melakukan hubungan dengan orang lain, bilamana tidak terealisasi akan menghasilkan akibat yang tidak menyenangkan antar individu (Liliweri, 1994: 137).

Proses dialog yang terjadi adalah individu-individu yang terlibat dalam proses dialog menjadi komunikator sekaligus sebagai komunikan. Masing-masing individu saling menyampaikan ide atau gagasan, saling membuat evaluasi serta saling mengantisipasi respon yang muncul. Selama proses dialog berlangsung, pesan yang disampaikan harus dapat dipahami oleh individu lainnya (Littlejohn, 2008 : 210). Ketika individu yang satu sebagai komunikator, individu yang lain bertindak sebagai komunikan. Pendengar selanjutnya memberikan makna kepada pesan yang diterima

dan kemudian menyampaikan pesan yang telah dimaknai tersebut kepada individu yang tadinya bertindak sebagai komunikator. Pada situasi ini, individu yang tadinya bertindak sebagai komunikator berganti menjadi komunikan. Proses tersebut berlangsung secara terus menerus. Dalam hal ini dialog merupakan sebuah proses pertukaran pesan, di mana individu-individu yang terlibat berbagi makna untuk mendapatkan makna yang sama sehingga bisa mengkoordinasi tindakan mereka masing-masing dan mencapai tujuan yang diinginkan.



Gambar 2.1
Model Proses Komunikasi antara Dua Pribadi
 Sumber: Winkel, W.S., 1991 (dalam Agus Priyanto, 2009)

Berdasarkan bagan tersebut dapat diketahui bahwa komunikasi interpersonal memiliki tujuh unsur dasar yaitu sebagai berikut:

- a. Gagasan-gagasan, perasaan, dan maksud-maksud yang terdapat dalam batin pengirim berupa pesan verbal maupun non-verbal.
- b. Kodifikasi pengirim, yaitu gagasan, perasaan, dan maksud diubah ke dalam bentuk pesan melalui lambang verbal dan atau lambang non-verbal.
- c. Pesan dikirim melalui saluran yang dianggap sesuai berupa verbal atau non-verbal.
- d. Dekodifikasi oleh penerima, yaitu respons yang diterima melalui kata-kata yang didengar atau kode-kode yang dilihat dan diartikan untuk mengambil makna pesan yang disampaikan.
- e. Tanggapan batin penerima, yaitu pesan yang telah diterima selanjutnya diberi suatu reaksi batin yang menghasilkan gagasan, perasaan, dan maksud-maksud tertentu.
- f. Gagasan-gagasan, perasaan-perasaan, dan maksud-maksud yang terdapat dalam batin penerima serta bentuk tingkah laku yang dipilih merupakan tanggapan untuk dikirimkan sebagai pesan yang bermakna dan sekaligus langkah awal pengiriman pesan.
- g. Hambatan merupakan segala hal yang mengganggu interaksi dan mempersulit proses komunikasi antarpribadi. Misalnya, kebisingan yang terjadi baik di dalam maupun diluar ruang pertemuan.

Teori konvergensi menurut Ernest Bormann

(<http://id.scribd.com/doc/52881349/Teori-konvergensi-simbolik>), mengartikan bahwa

istilah konvergensi (*convergence*) yaitu

“the way in which the private symbolic worlds of two or more people beg income together or overlap”. (Sebagai suatu cara dimana dunia simbolik pribadi dari dua atau lebih individu menjadi saling bertemu, saling mendekati satu sama lain atau kemudian saling berhimpitan). istilah simbolik sendiri terkait dengan kecenderungan manusia untuk memberikan penafsiran dan menanamkan makna kepada berbagai lambang, tanda, kejadian yang tengah dialami, atau bahkan tindakan yang dilakukan manusia.

Symbolic Convergence Theory adalah teori komunikasi umum karena menjelaskan bahwa fantasi oleh masyarakat umum tentang sebuah pengalaman yang memproduksi visi retorik dalam semua masyarakat. Teori ini mengupas tentang fenomena pertukaran pesan yang memunculkan kesadaran kelompok yang berimplikasi pada hadirnya makna, motif, dan perasaan bersama. Artinya teori ini berusaha menerangkan bagaimana orang-orang secara kolektif membangun kesadaran simbolik bersama melalui suatu proses pertukaran pesan. Kesadaran simbolik yang terbangun dalam proses tersebut kemudian menyediakan semacam makna, emosi dan motif untuk bertindak bagi orang-orang atau kumpulan orang yang terlibat didalamnya. Gagasan pokok dari teori ini adalah bertukar fantasi yang terdiri dari lelucon, analogi, ritual atau sekedar permainan kata-kata akan membawa pada pemusatan makna dan perasaan dari orang-orang yang terlibat (Hamid, 2007 : 68).

Dalam pelaksanaan konseling VCT antara dokter dan pasien terdapat faktor-faktor yang menunjang pelaksanaan konseling VCT, yaitu:

a) Komunikator

Menurut Alo Liliweri (2007: 92-94), Komunikator harus memiliki kredibilitas dan nilai lebih agar kata-kata yang ia ucapkan dapat langsung diserap oleh komunikan serta dapat menggugah komunikan untuk menerapkan pengetahuan yang didapat melalui pesan dari komunikator. Di sinilah dibutuhkan komunikator yang baik dengan beberapa dimensi dan tipe kridibilitas sebagai berikut:

1. *Competence*, yaitu kemampuan komunikator yang diperlihatkan melalui kewenangannya (pangkat, jabatan, kepakaran) atas suatu subjek yang tengah dibicarakan
2. *Character*, yaitu moral yang diperlihatkan komunikator
3. *Intention*, yaitu motif atau maksud yang mendorong komunikator mengatakan sesuatu
4. *Personality*, yaitu perasaan kedekatan (*proximity*) antara komunikan dengan komunikator (kesamaan psikologis, sosiologis, antropologis, sering mempengaruhi rasa kedekatan antara komunikan dengan komunikator)
5. *Dynamics*, yaitu dinamika yang diperlihatkan oleh seorang komunikator
6. *Charisma*, yaitu kualitas individu yang ditunjukkan oleh *powerfull language, social sensitivity, dan attractiveness*.
7. *Authority*, yaitu komunikator yang memegang kekuasaan atau wewenang tertentu lebih dipercayai komunikan daripada yang tidak mempunyai kekuasaan atau wewenang.
8. *Compliance*, komunikan akan lebih mudah mengadopsi perilaku komunikator karena hubungan diantara dua pihak diiming-imingi oleh hukuman atau ganjaran.
9. *Internalization*, komunikan akan lebih mudah menerima suatu pesan yang direkomendasikan komunikator karena informasi tersebut searah dengan nilai atau sikap komunikan.
10. *Identification*, komunikan akan lebih mudah menerima suatu pesan yang direkomendasikan komunikator karena informasi tersebut merupakan identifikasi diri komunikator
11. *Eksperties*, yaitu kepakaran yang melekat pada diri komunikator. Kepakaran inilah yang memudahkan komunikan percaya pada pesan yang disampaikan komunikator.
12. *Trustworthiness*, yaitu hal yang dapat dipercaya, maksudnya komunikan akan mudah percaya pada pesan yang disampaikan oleh komunikator yang menurut mereka memang dapat dipercaya
13. *Goodwill*, komunikan dapat lebih mudah menerima pesan dari komunikator yang menurut mereka memiliki kebaikan tertentu
14. *Emotional Intellegence*, yaitu kecerdasan emosional. Komunikator yang memiliki kecerdasan emosional berupa tampilan emosi yang sesuai dengan konteks pembicaraan dapat sangat mempengaruhi kepercayaan mereka kepada komunikator.

Dari pendapat Alo Liliweri tersebut, komunikator kesehatan hendaknya memiliki kredibilitas tersebut. Dengan seluruh kriteria kredibilitas yang dimiliki dari komunikator kesehatan, proses konseling akan berjalan dengan lancar.

Karena komunikator yang juga berprofesi sebagai dokter dalam pelaksanaan konseling program VCT ini, komunikator merupakan juru kunci dalam pelaksanaan program konseling antara dokter dan pasien.

b) Komunikasikan

Menurut Alo Liliweri, Komunikasikan adalah individu yang menjadi sasaran komunikasi. Kesuksesan suatu komunikasi tidak terutama terletak pada komunikator meskipun harus diakui bahwa komunikator, merupakan sumber yang memprakarsai komunikasi. Sukses atau gagalnya peranan komunikasi yang diperani oleh komunikator sangat tergantung dari penilaian yang diberikan oleh komunikasikan mereka (Liliweri, 2007: 171).

Seorang komunikasikan dapat dan akan menerima sebuah pesan jika terdapat empat kondisi seperti berikut ini secara simultan (Effendy, 1993:42):

1. Ia dapat dan benar-benar mengerti pesan komunikasi
2. Pada saat ia mengambil keputusan, ia sadar bahwa keputusannya itu sesuai dengan tujuannya
3. Pada saat ia mengambil keputusan, ia sadar bahwa keputusannya itu bersangkutan dengan kepentingan pribadinya
4. Ia mampu untuk menepatinya baik secara mental maupun secara fisik.

Berkaitan dengan komunikasikan, kemampuan komunikator dalam menganalisa komunikasikan sebelum melakukan konseling perlu dilakukan. Hal ini perlu dilakukan dengan tujuan memudahkan kerja komunikator serta keefektifan pesan yang disampaikan kepada komunikasikan juga maksimal.

c) Pesan

Pesan adalah seperangkat lambang bermakna yang disampaikan oleh komunikator (dalam Effendy, 2005: 18). Pesan dalam setiap proses komunikasi dalam kegiatan konseling harus jelas dan terperinci. Informasi yang diberikan oleh konselor VCT kepada pasien pengidap penyakit Hiv Aids harus diberikan secara jelas dan terperinci agar informasi tersebut mudah dipahami oleh pasien yang dengan latar belakang yang tidak sama. Terdapat beberapa faktor pada komponen pesan yang harus diperhatikan dalam penyampaian informasi pada komunikan, di antaranya (Effendy,1993:41):

1. Pesan harus dirancang dan disampaikan sedemikian rupa, sehingga dapat menarik perhatian komunikan
2. Pesan harus menggunakan lambang-lambang tertuju kepada pengalaman yang sama antara komunikator dan komunikan sehingga sama-sama mengerti
3. Pesan harus membangkitkan kebutuhan pribadi komunikan dan menyarankan beberapa cara untuk memperoleh kebutuhan tersebut
4. Pesan harus menyarankan suatu jalan untuk memperoleh kebutuhan tadi yang layak bagi situasi kelompok dimana komunikan berada pada saat ia digerakkan untuk memberikan tanggapan yang dikehendaki.

Berdasarkan proses komunikasi yang telah diuraikan, komunikasi bersifat dinamis karena selalu berlangsung dan sering berubah-ubah serta dapat berhenti setiap saat. Proses komunikasi dapat berhenti ketika tidak ada respon dari penerima pesan (*receiver*) dan makna pesan yang disampaikan berbeda dengan pesan yang

diterima. Menurut Dani Vardiansyah (dalam Vardiansyah, 2004 : 93), keadaan di mana proses komunikasi berlangsung tidak sebagaimana harusnya disebut dengan gangguan (*noise*). Hal tersebut dapat berarti terdapat sesuatu yang menghambat laju pesan yang dipertukarkan antara komunikator dengan komunikan. Menurut Alo Liliweri (dalam Liliweri, 2003: 31) gangguan komunikasi dapat bersumber dari unsur-unsur komunikasi, yaitu komunikator, komunikan, pesan, media atau saluran dan suasana (*setting*).

1. Gangguan komunikasi yang bersumber dari komunikator dan komunikan. Gangguan yang bersumber dari komunikator dan komunikan terjadi karena adanya beberapa perbedaan, yaitu :
 - a. Stratifikasi sosial dan budaya (status sosial, jenis pekerjaan, faktor usia). Status (kedudukan) sosial adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakatnya (lingkungan pergaulan, prestise dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya) (Basrowi, 2005 : 63).
 - b. Latar belakang pendidikan (tingkat pendidikan).
 - c. Pengetahuan (akumulasi pengetahuan terhadap tema yang dibicarakan).
 - d. Keterampilan berkomunikasi.
2. Gangguan yang berasal dari pesan terjadi karena perbedaan pemberian makna atas pesan yang disampaikan secara verbal (denotatif dan konotatif) dan perbedaan tafsir atas pesan non verbal (bahasa isyarat tubuh). Makna denotatif adalah makna yang bersifat umum, dengan asosiasi primer, yang dimiliki sebuah lambang dan biasanya tertera dalam kamus resmi masyarakat penggunanya.

Sedangkan makna konotatif adalah makna yang bersifat khusus, dengan asosiasi sekunder yang dimiliki sebuah lambang. (Vardiansyah, 2004 : 78). Makna denotatif terbentuk karena adanya faktor penilaian akal dari komunikator atau komunikan. Makna konotatif terbentuk karena adanya faktor penilaian budi dari komunikator atau komunikannya.

3. Gangguan dari media atau saluran. Pada komunikasi tatap muka, saluran yang dilalui oleh pesan yang dikirim adalah saluran sensoris, yaitu saluran yang memindahkan pesan sehingga akan ditangkap oleh lima indera kita (mata, telinga, tangan, hidung dan lidah). Lima saluran tersebut adalah cahaya, bunyi, perabaan, pembauan dan rasa.
4. Gangguan suasana (*setting*) yang kurang mendukung terlaksananya komunikasi. Suasana yang disebut dengan *setting of communication* merujuk pada tempat dan waktu serta suasana (sosial, psikologis). Suasana yang berkaitan dengan tempat berlangsungnya komunikasi yaitu rumah, kantor, tempat ibadah atau di pinggir jalan. Suasana yang berkaitan dengan waktu yang tepat untuk bertemu dan berkomunikasi yaitu jam, hari, panjang atau pendek waktu yang dibutuhkan untuk berkomunikasi atau dialog.

2.1.3 Konseling

Menurut Dewa Ketut Sukardi (dalam Priyanto, 2009 : 80), mengatakan bahwa kegiatan konseling adalah inti kegiatan yang paling penting dalam bimbingan. Oleh karena itu, konseling sangat memberi arti pada bimbingan, dimana konseling ini

merupakan suatu proses kegiatan yang didalamnya terdapat seorang *konselor* dan *konseli*. Konselor serarti orang atau individu yang berkompeten atau berwenang memberikan bantuan layanan konseling, sedangkan konseli merupakan orang atau individu yang menerima bantuan layanan konseling. Jadi tanpa adanya unsur konselor dan konseli, maka proses konseling tidak akan terjadi.

Pengertian konseling itu sendiri menurut Bernard dan Fullmer dalam Priyanto (2009: 80)

Konseling meliputi pemahaman terhadap hubungan individu untuk mengungkapkan kebutuhan-kebutuhan, motivasi, dan potensi-potensi yang unik dari individu dan membantu individu yang bersangkutan untuk mengapresiasi ketiga hal tersebut.

Pendampingan dan konseling merupakan kegiatan praktik yang menggunakan prinsip-prinsip komunikasi kesehatan. Pendampingan adalah proses perjumpaan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi dengan tujuan menolong orang yang didampingi agar dapat menghayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara utuh sehingga dapat menggunakan sumber-sumber yang tersedia untuk berubah, tumbuh dan berfungsi secara fisik, mental, spiritual dan sosial. (Wiryasaputra, 2006 : 57).

Mortensen mendefinisikan konseling sebagai suatu proses antarpribadi, dimana satu orang dibantu oleh satu orang lainnya untuk meningkatkan pemahaman dan kecakapan dalam menemukan masalahnya. (Mortensen dalam Surya, 1: 2003)

Ketrampilan yang dibutuhkan untuk melakukan konseling hampir sama dengan yang dibutuhkan untuk mengajar, yaitu menciptakan suatu komunikasi yang

efektif. Percakapan yang efektif yaitu; (1) mendengarkan dengan aktif, (2) mencoba mengerti perasaan klien, (3) menanyakan pertanyaan yang baik, (4) menghargai klien maupun perasaan klien, dan tidak memaksanya berubah, (5) tidak menyalahkan / menghakimi, (6) menyediakan informasi yang tepat, (7) menyatakan bahwa klien tidak sendiri menghadapi masalah. Ini sangat penting untuk klien yang merasa dirinya ditolak atau merasa gagal (Buku Pegangan Konselor HIV / AIDS, 2003 : 3)

Konseling HIV berbeda dengan konseling yang lain, walaupun ketrampilan dasar yang dibutuhkan adalah sama. Pada dasarnya konseling HIV mempunyai dua tujuan utama (Buku Pegangan Konselor HIV / AIDS, 2003 : 7):

1. Untuk mencegah penularan HIV.

Untuk mengubah perilaku, pasien hiv tidak hanya membutuhkan sekedar informasi belaka, tetapi yang jauh lebih penting adalah pemberian dukungan yang dapat menumbuhkan motivasi mereka. Misalnya dalam hal perilaku seks aman, tidak berganti-ganti jarum suntik, dan lain sebagainya.

2. Meningkatkan kualitas hidup pasien hiv dalam segala aspek baik medik, psikologis, sosial dan ekonomi. Dalam hal ini konseling bertujuan untuk memberikan dukungan kepada pasien hiv agar mampu hidup secara positif.

Isi dari konseling kepada pasien hiv meliputi: pemberian dukungan dalam mengatasi kesedihan, perencanaan untuk secara terus menerus merawat diri sendiri, penyusunan dan pementapan kembali jejaring dukungan untuk memberikan perawatan fisik dan emosi selama perjalanan penyakit, menggali cara cara untuk merawat orang yang masih hidup, dan dapat menerima kenyataan dan memberikan

dukungan emosional secara terus menerus (Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV 2011 : 36).

Sifat dari konseling adalah konselor membuat suatu kondisi dimana klien dapat menjadi teman baik melalui pikiran dan perasaan mereka. Konselor tidak memberikan nasihat, tetapi membantu orang untuk mampu mengerti perasaan mereka, menemukan dan memilih alternatif yang nampaknya paling baik untuk mereka. Kegiatan konseling akan menjadi efektif apabila konselor melakukan hal: kepercayaan, hubungan baik, empati, kerahasiaan, pendekatan tidak menghakimi, pendekatan *non direktif* (perhatian terpusat pada klien) (Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV 2011: 95).

Dalam pelaksanaan konseling di berbagai situasi akan timbul bermacam-macam variasi. Hal ini terjadi karena konselor menghadapi klien yang mempunyai temperamen, watak dan kepribadian yang berbeda-beda. Hanya saja, keseluruhan proses konseling yang dilakukan oleh konselor memiliki kemiripan pola yang dikenali Pola yang dimaksud adalah fase-fase dalam proses konseling yang terdiri atas beberapa unsur berikut ini (Wiryasaputra, 2006: 93-96):

- 1) Menciptakan hubungan kepercayaan.
Pendamping berusaha menciptakan kepercayaan, karena pendamping berdasarkan hubungan kepercayaan.
- 2) Mengumpulkan data atau anamnesis
Pendamping berusaha mengumpulkan informasi, data atau fakta. Diharapkan dengan data pendamping dapat membuat diagnosis, rencana pertolongan dan tindakan pertolongan yang relevan, akurat dan menyeluruh.
- 3) Menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis
Pendamping diharapkan dapat melakukan analisis data, mencari kaitan antara satu gejala dengan gejala yang lain, membuat sintesis dan kemudian

menyimpulkan apa yang menjadi permasalahan utama atau keprihatinan pokok yang sedang digumuli orang yang didampingi.

- 4) Pembuatan rencana tindakan
Pendamping diharapkan membuat rencana pertolongan. Tindakan apa yang dilakukan? Sarana apa yang digunakan? kapan rencana itu dilakukan? teknik apa yang digunakan?
- 5) Tindakan penolongan
Pendamping melakukan tindakan pertolongan yang telah direncanakan.
- 6) Review dan evaluasi
Pendamping melakukan review dan waktu ke waktu dan evaluasi. Evaluasi dilakukan untuk menilai kembali baik proses pendampingannya atau hasilnya.
- 7) Pemutusan hubungan
Pendampingan dan konseling adalah hubungan profesional. Secara profesional pendamping harus memutuskan hubungan dengan pendampingnya.

Seorang pendamping atau konselor memiliki pengetahuan serta informasi yang lebih lengkap tentang penyakit Hiv aids dibandingkan dari pada pasien hiv yang terdapat pada posisi seseorang yang membutuhkan pertolongan. Dikatakan bahwa konselor merupakan seseorang yang secara profesional terlatih untuk berhubungan dengan klien. Hubungan diantara konselor dengan klien dirancang untuk membantu klien memahami dan memperjelas pandangan terhadap ruang lingkup hidupnya sehingga dapat membuat pilihan yang bermakna bagi dirinya. (Jones dalam Surya, 2003: 1). Seorang pendamping hiv aids secara profesional memiliki keahlian dan kemampuan untuk dapat melaksanakan tugas pendampingannya, dan juga memiliki pengetahuan dan informasi yang mendalam dan menyeluruh tentang hiv aids untuk kemudian dibagi kepada pasien hiv aids (dalam hal ini adalah klien).

Konseling atau pendampingan menunjukkan suatu hubungan antara pemberi bantuan yang terlatih dengan seseorang yang mencari bantuan, dimana keterampilan

pemberi bantuan dan suasana yang dibuatnya membantu orang lain belajar untuk berhubungan dengan dirinya sendiri dan orang lain dalam cara-cara yang lebih tumbuh dan produktif. Beberapa karakteristik kegiatan pendampingan atau konseling (Surya, 2003: 6) :

- Pihak yang memberi bantuan (konselor/pendamping) adalah seseorang yang terlatih secara profesional.
- Konselor berada pada suatu interaksi dengan kliennya dalam suatu hubungan yang sifatnya membantu.
- Konselor profesional membutuhkan kualitas pengetahuan, keterampilan dan kepribadian yang bersifat membantu.
- Dalam konseling konselor harus mampu menciptakan suatu interaksi sedemikian rupa sehingga klien memperoleh suatu yang baru yang belum pernah mereka miliki sebelumnya.

Kegiatan konseling dan pendampingan pada dasarnya melibatkan komunikasi antar dua pihak, yaitu konselor dan konseli yang berlangsung dalam situasi konseling. Keberhasilan kegiatan konseling sangat ditentukan oleh keefektifan komunikasi yang terjalin di antara partisipan konseling, yaitu pendamping, orang yang didampingi, dan pihak lain yang terkait.

Dalam hubungan kegiatan pendampingan atau konseling, konselor dituntut untuk mampu berkomunikasi secara efektif untuk menunjang pelaksanaan konseling (Surya, 2003: 117). Komunikasi dalam hal ini diartikan sebagai suatu proses pemindahan informasi antara dua orang manusia atau lebih, dengan menggunakan simbol-simbol yang dipahami bersama. Secara sederhana komunikasi yang dilakukan antara konselor dan pasien hiv yang terdapat proses pertukaran informasi di dalamnya dapat digambarkan dengan model interaksi komunikasi. Proses ini dimulai dari

sumber yang melakukan encode terhadap pesan, jadi sumber mengolah pesan ke dalam suatu bentuk yang dapat dipindahkan kepada penerima, penerima akan melakukan *decode* terhadap pesan tersebut. Menurut Schramm, efektivitas komunikasi itu terjadi karena sumber dan penerima memahami makna yang sama karena terjadi pertukaran pesan didalamnya. (Liliwari, 2007: 14)

Sekurang-kurangnya ada delapan ketrampilan yang harus dikuasai oleh seorang konselor agar tercapai suatu komunikasi konseling yang dialogis dengan klien, yaitu (Surya, 2003: 119-126) :

- 1) Penghampiran.
Keterampilan penghampiran merupakan keterampilan berkomunikasi melalui isyarat-isyarat verbal dan non-verbal, sehingga memberikan kemungkinan kemungkinan pada mitra memberikan perhatian kepada pembicara pada tahap paling awal. Merupakan awal dan menentukan bagi proses komunikasi selanjutnya. (misalnya ucapan: "Assalamu alaikum, dst", "Selamat pagi, selamat berjumpa").
- 2) Empati.
Empati merupakan suatu kesediaan untuk memahami orang lain secara paripurna, baik yang nampak, maupun yang terkandung, khususnya dalam aspek perasaan, pikiran dan keinginan. Dengan berempati kita berusaha menempatkan diri kita dalam suasana perasaan, pikiran dan keinginan orang lain sedekat mungkin. Mampu menghayati bagaimana perasaan kita apabila berada dalam situasi orang lain.
- 3) Merangkumkan.
Keterampilan ini dinyatakan dalam bentuk pemberian respon dengan membuat rangkuman secara tepat terhadap pembicaraan yang dilakukan pendamping dan kliennya.
- 4) Bertanya.
Keterampilan bertanya merupakan keterampilan yang cukup penting dan strategis dalam komunikasi konseling, sebab dapat menentukan kelancaran proses konseling. Mengajukan pertanyaan secara baik dapat memulai suatu hubungan, memelihara hubungan, membangkitkan rasa pengakuan dan kepedulia. Pertanyaan yang baik dapat merangsang orang lain untuk lebih terbuka, kreatif dan berkeinginan untuk berbagi informasi atau pengalaman.
- 5) Kejujuran.

Konselor sebagai komunikator harus mampu menunjukkan kejujuran dari apa yang diungkapkannya sehingga dapat memberikan pesan secara objektif. Harus mampu menyampaikan pesan secara terbuka tanpa ada yang dimanipulasi.

- 6) Asertif.
Merupakan suatu tindakan dalam memberikan respon kepada tindakan orang lain dalam bentuk mempertahankan hak azasi sendiri yang mendasar, tanpa melanggar hak azasi orang lain yang mendasar. Keterampilan ini diperlukan dalam menerima respon klien dan memberikan respon kembali dengan cara yang sedemikian rupa, sehingga klien merasa hak azasinya tidak terganggu.
- 7) Konfrontasi.
Digunakan untuk memberikan respon terhadap pesan seseorang yang mengandung pesan ganda yang tidak sesuai atau saling bertentangan satu dengan lainnya. Dengannya kita dapat mengenal dan merespon pesan ganda klien, sehingga ia menyadarinya dan kemudian berkembang ke arah yang lebih baik.
- 8) Pemecahan masalah.
Pemecahan masalah sangat diperlukan dalam komunikasi konseling untuk membantu klien dalam memecahkan masalah-masalah yang dihadapinya.

Dalam proses konseling terdapat tiga kondisi yang biasanya dapat membantu atau menghambat proses konseling tergantung bagaimana hal-hal tersebut dinyatakan dan ditangani. Tiga kondisi tersebut adalah (Surya, 2003: 143):

- 1) Pemindahan.

Dalam arti luas pemindahan berarti pernyataan perasaan-perasaan klien terhadap konselor, apakah berupa reaksi rasional kepada kepribadian konselor atau proyeksi yang tidak sadar dari sikap-sikap dan stereotip sebelumnya.

Pemindahan dapat bersifat positif, yaitu apabila klien memproyeksikan perasaan afeksinya atau ketergantungannya kepada konselor. Bersifat negatif jika klien memproyeksikan perasaan kebencian dan egresinya kepada konselor.

Pemindahan perasaan dapat berlangsung dengan baik jika konselor menjaga

sikap menerima dan memahami, dan juga menerapkan teknik-teknik refleksi, bertanya dan interpretatif.

2) Pemindahan balik.

Pemindahan balik merupakan reaksi emosional dan proyeksi konselor terhadap klien, baik yang disadari maupun yang tidak disadari.

Dapat bersumber dari tiga kategori :

- Masalah pribadi yang tidak terpecahkan.
- Tekanan situasional yang merupakan masalah pribadi konselor.
- Komunikasi perasaan klien dengan konselor.

3) Resistensi atau penolakan.

Merupakan suatu karakteristik sistem pertahanan klien yang berlawanan dengan tujuan konseling atau terapi.

Resistensi dapat berupa resistensi internal, yang datang dari struktur kepribadian klien dan sebagai respon terhadap ancaman. Dan resistensi eksternal yang ditimbulkan sebagai hasil konseling dan pengaruh teknik konselor.

Menurut Dahlan dan Darsono (dalam Tarjoto, 2006 : 56-59), Tenaga kesehatan yang melakukan konseling Voluntary Counseling and Testing (VCT) dalam hal ini dokter terhadap pasien dengan *suspect* HIV/AIDS terdapat hubungan kontraktual yang dibagi dalam:

- a) Azas konsensual, suatu azas yang menghendaki bahwa hubungan diatur melalui persetujuannya. Dokter dan RS sebagai pemberi pelayanan kesehatan memberikan persetujuannya baik secara eksplisit (secara lisan sanggup

melakukan seperti apa yang diminta oleh pasien) maupun secara implisit (mengisi formulir melalui asus permintaan pelayanan). Sayangnya, dokter tidak dapat menjamin akan keberhasilan pengobatan/pemberian jasa yang diberikan. Dokter senantiasa berusaha memberi pelayanan yang terbaik sesuai dengan kaidah-kaidah profesi dan ilmu kedokteran tertinggi.

- b) Azas iktikad baik, walaupun kontraktual, termasuk hubungan terapeutik, namun harus tetap mengutamakan penjelasan yang sejelas-jelasnya. Dokter wajib memberikan berbagai aspek alternatif, termasuk *cost* pelayanan dengan berbagai pilihan. Pelayanan dokter yang membuat produk/jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter harus mengikuti azas “*evidence based medicine*”.
- c) Azas bebas, mengikatkan diri dalam hubungan kontraktual bebas menentukan apa saja yang akan menjadi hak dan kewajiban masing-masing sepanjang transaksi itu disetujui oleh semua pihak dalam menentukan bentuk perikatannya. Pasien diberikan dengan bebas menentukan pilhan dokter, pilihan metode, pilihan obat yang dikehendaki oleh pasien. Dokter tidak diperbolehkan mengarahkan ke cara-cara tertentu. Keadaan ini yang sulit diperhitungkan secara matematis, karena upaya pengobatan banyak dipengaruhi oelh faktor pengganggu (*confounding*). Hal ini diperhitungkan oleh dokter apabila diminta secara azas bebas, jasa dokter tidak dapat kita perhitungkan hasilnya. Dalam aspek pengobatan saja, tidak selamanya jasa dokter mempunyai dampak pada tubuh (akibat berbagai reaksi, interaksi dan faktor-faktor biokimiawi yang sulit kita perhitungkan). Pengobatan saja ada aspek famako dinamik dan ada *famoko*

kinetik. Ditambah lagi adanya unsur-unsur absorpsi obat, *solubility*, transportasi, sirkulasi, utilasi, ekskresi, dan lain-lain. Faktor *invivo* (dalam tubuh manusia) sangat berbeda dengan *invitro* (laboratorium). Hasil-hasil di laboratorium tidak selalu dapat menjamin akan mempunyai hasil yang pasti. Hasil-hasil laboratorium tidak selalu dapat menjamin akan mempunyai hasil yang pasti. Hasil-hasil penelitian laboratorium tidak selalu mempunyai hubungan “*ekstrapolasi*” dalam tubuh manusia. Jadi, hasil pengobatan tidak selalu dapat dituntut hasil positifnya. Dalam istilah *anaphylaxi* pengobatan (dengan memberikan protein asing bagi tubuh manusia) justru akan menyebabkan alergi, penolakan dai tubuh manusia yang justru menyebabkan reaksi syok.

- d) Azas tidak melanggar hukum, azas dimana kedua belah pihak telah menentukan kesepakatan, namun tidak boleh melanggar hukum. Dokter harus mengetahui mana yang melanggar etik, mana yang melanggar disiplin (standar prosedural kerja medis), dan mana yang melanggar hukum. Kesepakatan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh ruang lingkup etis, medis, hukum. Dalam hubungan ini perlu dirumuskan tata cara agar kedua belah pihak tidak saling melanggar hukum.
- e) Azas kepatutan, kebiasaan, kepantasan, memberi keleluasaa bila dikaitkan dengan hukum perdata, pihak-pihak yang membuat kesepakatan harus tunduk pada kesepakatan, kepatutan dan kelaziman sebagai mana ikatan kontraktual. Apakah pelayanan kedokteran harus menggunakan asas kontraktual. Dokter akan dapat bersifat “*reserved*”, apabila selalu diperhitungkan untung dan ruginya.

Selanjutnya dalam hubungan dokter dan pasien dapat dirinci hak dan kewajiban masing-masing seperti hak dan kewajiban dokter, antara lain:

- ✓ Wajib merawat pasien
- ✓ Wajib memberi informasi yang akurat tentang penyakit dan cara upaya penyembuhan
- ✓ Hak atas honorarium

Sedangkan hak dan kewajiban pasien adalah:

- ✓ Wajib bekerjasama (tidak menghambat, menghalangi, menyulitkan)
- ✓ Hak atas perawatan yang baik
- ✓ Hak atas informasi yang akurat mengenai penyakitnya
- ✓ Hak atas mengetahui alternatif upaya penyembuhannya, dan sebagainya.

2.2 Penelitian yang Relevan

Penelitian-penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya berkaitan dengan komunikasi kesehatan adalah:

1. Penelitian oleh Jennifer Fong Ha, MBBS (Hons), Dip Surg Anat, Nancy Longnecker, PhD

The Ochsner Journal 10:38-43, 2010, diakses tanggal 17 Februari 2012 pukul 10.08

Doctor-Patient Communication

Judul penelitian “Komunikasi antara Dokter dan Pasien” yang disajikan oleh penulis ini menerangkan bahwa, komunikasi yang efektif antara dokter-

pasien adalah fungsi klinis sentral dalam membangun terapi hubungan dokter-pasien, yang merupakan jantung dan seni pengobatan. Hal ini penting dalam pengiriman perawatan kesehatan yang berkualitas tinggi. Banyak pasien yang tidak puas dan mengeluh karena ketidak seimbangan dalam hubungan antara dokter dan pasien. Namun, banyak dokter cenderung melebih-lebihkan kemampuan mereka dalam berkomunikasi.

Menurut penulis dasar keterampilan komunikasi saja tidak cukup untuk menciptakan dan mempertahankan terapi pengobatan yang sukses antara dokter pasien, yang terdiri dari persepsi bersama dan perasaan mengenai sifat dasar dari masalah, tujuan pengobatan, dan dukungan psikososial. Keterampilan interpersonal membangun keterampilan komunikasi dasar. Komunikasi yang tepat terintegrasi baik pendekatan terpusat antara pasien dan dokter. Tujuan akhir dari komunikasi antara dokter-pasien adalah untuk meningkatkan kesehatan pasien dan perawatan medis.

2. Penelitian yang ditulis oleh Sachiko Ohtaki, Toshio Ohtakia and Michael D Fettersb

Doctor-patient communication: a comparison of the USA and Japan

Oxford Journal Medicine family Practice, Volume 20, Issue 3, Pp 276-282

Accepted January 13, 2003. (diakses tanggal 17 Februari 2012, pukul 10.10)

Jurnal kesehatan dengan judul **“Doctor–patient communication: a comparison of the USA and Japan”** yang ditulis oleh Sachiko Ohtaki, Toshio Ohtakia dan Michael Fettersb ini mengungkapkan bahwa Komunikasi antara dokter dan pasien memainkan peran penting dalam mengembangkan hubungan saling percaya antara dokter-pasien, dan kepercayaan pasien pada dokter adalah salah satu korelasi terkemuka paling penting dari hasil perawatan. Komunikasi yang mencapai pertukaran informasi dan negosiasi harapan bersama, meyakinkan pasien dan menunjukkan pengaruh positif dari praktisi dalam meningkatkan kepatuhan pasien. Komunikasi selama diskusi dari rencana manajemen memiliki hubungan yang signifikan dengan hasil pasien. Perilaku komunikasi tertentu terkait dengan klaim malpraktek lebih sedikit, dan pola komunikasi telah terbukti berkorelasi dengan kepuasan pasien dan dokter dengan kunjungan medis. Dengan demikian, pelatihan klinis bagi pasien berorientasi keterampilan komunikasi telah dieksplorasi sebagai bagian dari pendidikan medis yang diperlukan untuk menghasilkan praktisi yang efektif.

Banyak penelitian yang ada telah berpusat pada otonomi pasien dan paternalisme medis, mengacu pada 'asimetris' interaksi dokter dengan pasien atau kontrol tidak seimbang antara komunikasi mereka. Non-dokter dapat mengidentifikasi dengan pasien dan secara naluriah mengambil sisi mereka, yang ingin 'memodifikasi' perilaku konvensional praktisi medis.

Meskipun penelitian ini dari perspektif medis dan sosio-linguistik berkontribusi terhadap pemahaman kita tentang komunikasi dokter-pasien dan unsur-unsur penting dari hubungan dokter-pasien, tidak ada studi yang diketahui yang dirancang untuk menguji secara empiris konsultasi dokter-pasien di berbagai kebudayaan. Berdasarkan penelitian sebelumnya Amerika Serikat-Jepang pengaturan non-medis lintas-budaya, kami mengantisipasi bahwa komunikasi dokter-pasien di Jepang akan mencerminkan gaya konteks tinggi dan sering terjadi interaksi back-channel.

Penelitian ini diketahui untuk mengidentifikasi perbedaan linguistik tertentu dan persamaan di antara perilaku komunikasi dokter-pasien di kedua negara, dan menyediakan bukti kuat bahwa sebenarnya budaya mempengaruhi pola komunikasi dokter-pasien.

3. Oleh Susan Williams, John Weinman and Jeremy Dale

Doctor-patient communication and patient satisfaction

Oxford University Press 1998; 15: 480-492 (diakses tanggal 17 Februari 2012, pukul 09.35)

Penelitian dengan judul “**Komunikasi Dokter –Pasien dan Kepuasan Pasien**” menunjukkan bahwa Literatur ini meninjau laporan penelitian sejauh mana perilaku komunikasi dokter dan pasien yang terkait dengan kepuasan pasien: (1). Penyediaan informasi oleh dokter dan / atau pasien (baik dalam hal penyediaan informasi umum dan informasi mengenai topik tertentu). Banyak

penelitian telah menyelidiki seberapa jauh tingkat dokter penyediaan informasi, mencari informasi dan keterampilan komunikasi dalam konsultasi yang terkait dengan kepuasan pasien. pemberian informasi oleh dokter telah ditemukan positif berhubungan dengan kepuasan pasien. (2). Informasi mencari tahu tentang perilaku dokter dan pasien. (3). Hubungan dokter-pasien dan ekspresi dampak negatif atau positif oleh dokter dan pasien. (4). Gaya berkomunikasi dokter.

Peneliti menemukan bahwa pola komunikasi di mana dokter yang ramah dan menyetujui (tinggi dalam mengungkapkan pengaruh positif) dan terlibat dalam sosial non-medis percakapan yang positif berhubungan dengan kepuasan orangtua. Nada semakin negatif baik dengan pasien maupun dokter dikaitkan dengan peningkatan tingkat ketidakpuasan.

Dampak ekspresi negatif telah terbukti secara negatif berhubungan dengan kepuasan pasien dalam penelitian lain. Peneliti juga menemukan bahwa ketegangan dalam nada baik dokter atau pasien secara negatif berhubungan dengan kepuasan. Kegelisahan kecemasan pasien juga berhubungan negatif dengan kepuasan pasien.

Ada bukti bahwa informasi dokter umum dalam ketentuan berkonsultasi secara positif berhubungan dengan kepuasan pasien. Penyediaan informasi pasien juga telah ditemukan positif berhubungan dengan kepuasan pasien, tetapi tidak berlebihan berbicara. Ada temuan campuran dan sering bertentangan pada hubungan antara topik tertentu penyediaan informasi dan kepuasan pasien.

Misalnya, waktu yang dihabiskan untuk berbicara tentang sejarah pasien telah ditemukan untuk menjadi negatif dan positif berhubungan dengan kepuasan pasien.

4. Seminar Internasional Biotik oleh Prof. M. Sajid Darmadipura, dr., Sp.S, Sp.BS (2012)
(<http://www.fk.unair.ac.id/index.php/Headline-News/seminar-internasional-bioetik-2012-pentingnya-membangun-komunikasi-efektif-dokter-apasien.html>, diakses 20 April 2012).

Dengan judul seminar “Pentingnya Membangun Komunikasi Efektif Dokter dan Pasien”. Efektifitas komunikasi antara dokter dan pasien menjadi permasalahan di bidang pelayanan kedokteran. Karena lebih dari 70% tuntutan atas ketidakpuasan para pasien disebabkan karena komunikasi yang tidak terjalin dengan baik antara kedua belah pihak. Yang menghasilkan kesimpulan pada seminar tersebut adalah ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya kesenjangan komunikasi antara dokter dengan pasiennya. Bisa karena faktor dokter yang kelelahan sehingga tidak mempunyai waktu untuk berdiskusi dengan pasien, atau karena cara dokter menjelaskan dengan kalimat yang terlalu ilmiah sehingga tidak bisa dipahami oleh pasien.

5. Oleh Cathy Charles, Amiram Gafni, Tim Whelan.

How to improve communication between doctors and patients Learning more about the decision making context is important

© 2000, British Medical Journal BMJ. 2000 May 6; 320(7244): 1220–1221.

Centre for Health Economics and Policy Analysis and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada L8L 2X2 (diakses tanggal 17 Februari 2012, pukul 10.10)

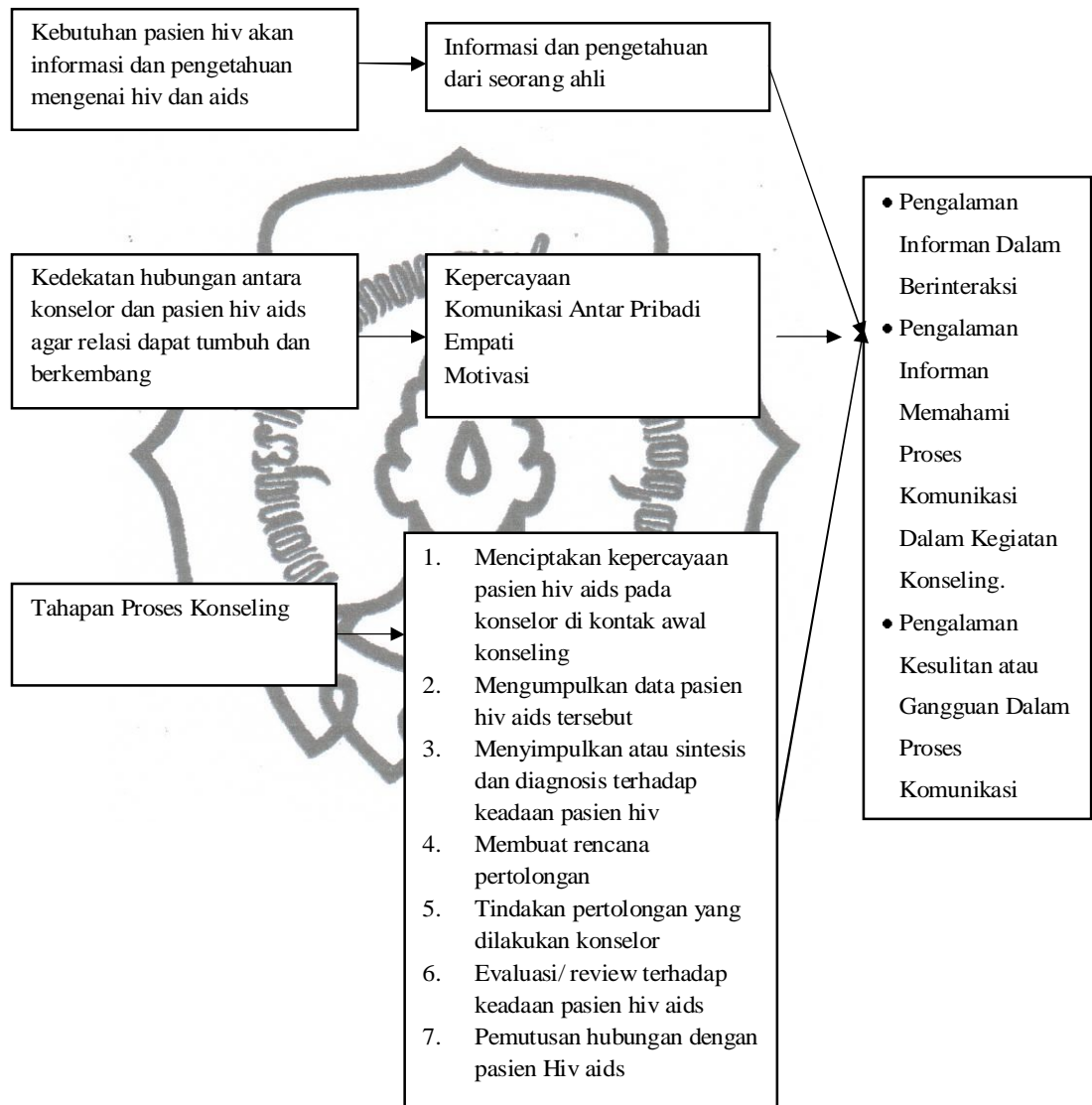
Kesulitan komunikasi antara dokter dan pasien telah terlihat oleh peneliti dari beberapa disiplin ilmu yang telah mencoba untuk mengeksplorasi mengapa ini hal tersebut bisa terjadi. Mishler, misalnya, berpendapat bahwa dokter dan pasien berbicara satu sama lain dengan istilah kedokteran. Istilah kedokteran ditandai dengan istilah medis, deskripsi tujuan gejala fisik, dan klasifikasi ini dalam reduksionis biomedis. Pendapat pasien, di sisi lain, ditandai oleh non-teknis wacana tentang pengalaman subjektif penyakit dalam konteks hubungan sosial dan dunia sehari-hari pasien. Biasanya, dokter memiliki kekuatan lebih dari pasien untuk struktur sifat dari interaksi di antara mereka. Akibatnya, pasien mungkin merasa bahwa pendapat mereka ditimpa, dibungkam, dari makna pribadi dan konteks sosial. Untuk meningkatkan komunikasi antara dokter dan pasien kita perlu juga untuk memahami sifat dari pengambilan keputusan yang terjadi dalam konsultasi.

Para penulis merekomendasikan bahwa harus dilakukan upaya untuk meningkatkan komunikasi antara dokter dan pasien dalam membuat proses keputusan pengobatan, dan mereka sedang mengembangkan intervensi

pendidikan yang ditargetkan pada dokter untuk mengatasi masalah ini. Intervensi yang berfokus pada pasien, meskipun tidak disebutkan, juga cenderung untuk membantu pasien menyuarakan pendapat-pendapat mereka.



2.3 Kerangka Pemikiran



Gambar 2.2

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian tentang memahami proses komunikasi antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) menggunakan tipe penelitian deskriptif kualitatif. Pendekatan kualitatif adalah pendekatan yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan. Secara holistik, dan dengan deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2006 : 6).

Berdasarkan definisi tersebut maka tipe penelitian ini adalah deskriptif. Tipe penelitian deskriptif adalah penelitian yang menggambarkan fenomena penelitian secara mendetail dan menyeluruh. Menyeluruh disini adalah kita mengambil fokus penelitian agar bagian tertentu yaitu fokus penelitian nampak lebih jelas sebagai objek penelitian, tanpa melepaskan nuansa hubungannya dengan bagian lain yang tidak diteliti.

3.2 Lokasi Penelitian

Pelaksanaan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di kota Semarang terdapat di 6 Rumah Sakit, yaitu RSUP Dr. Kariadi Semarang, RSUD Tugurejo

Semarang, RSUD Kota Semarang, RS Pantiwilasa Citarum, RS Bhayangkara, RST Bhakti Wiratamtama dan BP4 Jawa Tengah. Serta 3 LSM yaitu Griya ASA PKBI Kota Semarang, ASA PKBI Jateng dan Yayasan Wahana Bhakti Sejahtera. Peneliti memilih melakukan penelitian di RSUD Tugurejo Semarang karena beberapa pertimbangan yaitu; (1) RSUD Tugurejo Semarang membuka pelayanan VCT HIV/AIDS, (2) RSUD Tugurejo Semarang merupakan salah satu pusat rujukan Antiretroviral (ARV), (3) RSUD Tugurejo Semarang memiliki tenaga konselor yang handal dan terlatih.

3.3 Sumber Data

Pada penelitian ini menggunakan metode fenomenologi karena peneliti berupaya untuk memahami proses komunikasi antara dokter atau konselor dan pasien hiv aids dalam pelaksanaan *HIV Voluntary Counseling And Testing (VCT)* di RSUD Tugurejo Semarang, menurut pengalaman dan pandangan mereka sendiri. Pengalaman yang dimiliki oleh subjek penelitian terhadap objek penelitian tersebut dijadikan data yang utama dalam penelitian ini. Dari data tersebut dan dipadukan dengan konsep teoritis, peneliti melakukan interpretasi terhadap pengalaman subjek penelitian untuk mendapatkan pemahaman tentang fenomena yang sedang diteliti oleh peneliti (Moustakas, 1994 : 59).

Sebagai informan dalam penelitian ini adalah 3 dokter yang juga menjabat sebagai seorang konselor. Dalam menentukan subjek penelitian, peneliti mempersyaratkan bahwa yang dipilih sebagai informan adalah dokter (konselor)

RSUD. Tugurejo Semarang yang telah mengikuti pelatihan tentang program *Voluntary Conseling and Testing* (VCT) dan bersertifikat. Dan 5 orang pasien dengan suspect HIV/ AIDS dengan latar belakang sosial, budaya, pendidikan dan ekonomi yang berbeda. Hal ini dibutuhkan untuk mengetahui bagaimana proses komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien.

3.4 Teknik Pemilihan Informan

Penelitian ini menggunakan teknik pemilihan informan dengan menggunakan *purposive sampling*. Teknik ini adalah teknik dengan memilih informan atau responden yang bisa dipercaya untuk menjadi sumber informasi dan diharapkan mengetahui, memahami masalah secara detail. Informan pertama adalah dokter yang juga sebagai koordinator HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang karena dokter atau konselor tersebut yang mengetahui kondisi dan situasi program VCT di RSUD Tugurejo tersebut. Kemudian dokter Ruly sebagai dokter umum dan yang menjabat sebagai konselor VCT, kemudian yang terakhir adalah dokter Anton yang juga menjabat sebagai dokter umum sekaligus sebagai konselor VCT. Kemudian dokter atau konselor tersebut yang menjadi informan memberikan rekomendasi pasien HIV/AIDS yang bisa dijadikan informan, sesuai dengan kriteria informan dalam penelitian ini.

Kriteria individu yang akan dijadikan informan dalam studi fenomenologi menurut *Moustakas* adalah :

- 1) Mempunyai pengalaman terhadap fenomena yang sedang diteliti dan memahami pengalamannya tersebut.
- 2) Bersedia untuk diwawancarai dalam waktu yang lama.
- 3) Membolehkan peneliti menggunakan alat perekam dan menerbitkan hasil wawancara (1994 : 107).

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam (*indepth interview*) pada setiap subjek penelitian dan merupakan wawancara terbuka (*overt interview*). Wawancara mendalam (*indepth interview*) adalah suatu cara mengumpulkan data atau informasi dengan cara langsung bertatap muka dengan informan agar mendapatkan data lengkap dan mendalam (Kriyantono, 2006: 98). Wawancara terbuka (*overt interview*) merupakan wawancara di mana informan tahu bahwa mereka sedang diwawancarai dan mengetahui pula apa maksud dan tujuan wawancara dilakukan.

Wawancara atau interview ditujukan kepada informan dokter (konselor) yang berjumlah 3 orang, dan informan pasien (konseli) yang berjumlah 5 orang. Interview terhadap informan-informan tersebut dimaksudkan untuk mengetahui dan mengkaji proses komunikasi saling berbagi informasi dan pengetahuan tentang HIV/AIDS serta bagaimana cara yang dilakukan konselor untuk membangkitkan motivasi hidup pada para pasien dengan suspect penyakit HIV/AIDS. Sehingga pertanyaan-pertanyaan yang mencakup (a) Bagaimana pengalaman informan (dokter dan pasien) dalam

berinteraksi? (b) Bagaimana pengalaman informan (dokter dan pasien) dalam memahami proses komunikasi dalam kegiatan konseling (c) Bagaimana pengalaman kesulitan / gangguan dalam proses komunikasi antara pasien dengan dokter dapat terungkap.

3.6 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Validitas metode kualitatif tergantung pada keluasan kemampuan, kompetensi, dan kekerasan evaluator, karena pengamatan adalah instrumen (Patton, 1999). Dalam penelitian ini teknik yang digunakan untuk menetapkan keabsahan data adalah triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain, di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Denzin (dalam Patton, 1999) membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan yang memanfaatkan penggunaan yakni; sumber, metode, penyidik dan teori.

Penelitian ini menggunakan jenis triangulasi sumber. Triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. yang berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif (Patton, 1999).

3.7 Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *The Van Kaam Method*. Langkah-langkah analisis data fenomenologi menurut Von Eckartsberg (dalam Moustakas, 1994: 15-16):

- a. *The Problem and Question Formulation – The Phenomenon*, peneliti berusaha menggambarkan fokus penelitian dengan merumuskan pertanyaan ke dalam satu cara yang dapat dimengerti dengan mudah oleh orang lain. Secara operasional, pertanyaan dalam penelitian ini adalah bagaimana proses yang dialami oleh subjek (dokter dan pasien) dalam membangun proses komunikasi.
- b. *The Data Generating Situation – The Protocol Life Text*, langkah selanjutnya adalah membuat narasi yang bersifat deskriptif berdasarkan hasil wawancara dengan subjek penelitian atau *co-researcher* (pasien dan dokter) yang melakukan pemaparan terhadap proses yang mereka alami dalam membangun proses komunikasi.
- c. *The data Analysis – Explicatio and Interpretation*, setelah data diperoleh, maka yang dilakukan adalah membaca dan meneliti dengan cermat data hasil wawancara tersebut untuk mengungkap konfigurasi makna yang melibatkan struktur dan bagaimana makna tersebut tercipta.

BAB IV

PROSES KOMUNIKASI DOKTER-PASIEN DALAM PELAKSANAAN

KONSELING HIV AIDS DI RSUD TUGUREJO SEMARANG

Sebelum memasuki bab IV yang membahas mengenai proses komunikasi dokter pasien dalam kegiatan konseling HIV AIDS di RSUD Tugurejo Semarang, maka akan dijelaskan terlebih dahulu mengenai profil RSUD Tugurejo Semarang.

4.1 Sekilas Profil RSUD Tugurejo

4.1.1 Letak dan Kondisi Lingkungan RSUD Tugurejo

RSUD Tugurejo terletak di bagian barat Kota Semarang dan berada di tepi jalur jalan utama pulau Jawa (Pantura). Dengan letaknya pada jalur regional yang menghubungkan kota-kota utama di Pulau Jawa, menjadikan posisi ini sangat strategis dalam penyediaan pelayanan penanganan kecelakaan yang terjadi di jalur tersebut. Potensi ini menjadi landasan utama dalam rencana kebijaksanaan pengembangan RSUD Tugurejo untuk meningkatkan pelayanan gawat darurat bagi para korban kecelakaan dalam bentuk “*trauma center*”.

Letak RSUD Tugurejo berada dalam zona industri dan permukiman yang padat. Ini merupakan potensi pengembangan yang sangat penting untuk dapat meningkatkan pelayanan bagi para pekerja dan manager perusahaan yang berada di sekitarnya.

Kondisi lingkungan lingkungan Rumah Sakit Tugurejo adalah:

1. Sisi utara bangunan dibatasi Jalan Raya Tugurejo sebagai jalan arteri primer yang merupakan jalur utara pulau Jawa.
2. Sisi timur dibatasi oleh bangunan pabrik/industri.
3. Sisi selatan terdapat pemukiman penduduk.
4. Sisi Barat dibatasi beberapa perumahan. Pada sisi barat inilah terdapat potensi kapling untuk perluasan rumah sakit.

4.1.2 Sejarah Singkat RSUD Tugurejo Semarang

Rumah Sakit Khusus Kusta Semarang di Tugurejo dibangun pada tahun 1952 oleh Dinas Pemberantasan Penyakit Kusta di Propinsi Jawa Tengah yang menempati lahan seluas 2.115 m². Bangunan awal yang digunakan adalah bekas perusahaan dengan tanah *Eigendom Verponding* No.30 dan No.312 yang dibeli Dinas dengan Surat Keputusan DPD Daerah Swatantra Tingkat I Jawa Tengah tertanggal 26 Juni 1959 No. K12/6.13 dengan nominal sebesar Rp 105.000,00. Dimana pelaksanaan pembelian diserahkan pada DPU Daerah Swatantra Tingkat I Jawa Tengah Daerah Semarang. Awal mula pendirian rumah sakit ini adalah untuk merawat penderita penyakit kusta dari daerah-daerah di Jawa Tengah.

- S/d September 1993

Merupakan Rumah Sakit Kusta (Khusus) milik Pemerintah Daerah Tingkat I Propinsi Jawa Tengah dengan Eselon IV A.

- Oktober 1993 – 1995

Perintisan kenaikan eselon rumah sakit melalui Proyek Studi Kelayakan dari Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta Departemen Kesehatan.

- 15 Oktober 1995
Surat Usulan Penetapan Kelas Rumah sakit Kusta dari Menteri Kesehatan kepada Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara.
- 30 Mei 1996
Persetujuan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : B 672/I/1996 tentang Penetapan Kelas C Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang.
- 5 Juli 1996
Terbit Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 743/Menkes/Sk/VII/1996 tentang Penetapan kelas Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang menjadi setara dengan Rumah Sakit Kusta Tugurejo Semarang.
- 14 Januari 1998
Adanya keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 17 tahun 1998 tentang Pedoman dan tata Kerja Rumah Sakit Kusta pada Dinas Kesehatan Daerah Tingkat I
- 13 Januari 1999
Peraturan Daerah Nomor : 1 tahun 1999 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Kusta Propinsi Jawa Tengah.
- 11 Februari 1999
Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 5 Tahun 1999 tentang Jabatan Struktural Eselon Dua Ke Bawah di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah Menjadi Eselon III a.

- 26 Desember 2000
Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1810/Menkes- Kesos/SK/XII/2000 tentang Perubahan Status Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit Umum.
- 22 Desember 2003
Dimulainya operasional RSUD Tugurejo kelas B dengan 200 Tempat Tidur.
- 19 November 2003
Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan Nomor: 1660/ MENKES/ SK/ XI/2003 tentang penetapan Rumah Sakit Tugurejo sebagai rumah sakit tipe B.
- 18 Juli 2005
Surat Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Nomor :005/13340/3 tentang pertemuan perencanaan program Set Up DIU Kota Semarang dan Pembentukan Klinik VCT di 3 (tiga) Rumah Sakit di Kota Semarang.

RSUD Tugurejo saat ini merupakan salah satu rumah sakit Kelas B di Kota Semarang, khususnya Semarang bagian barat. Rumah sakit ini terletak di ruas jalan utama yang merupakan rangkaian jalur Pantai Utara Jawa yang menghubungkan Kota Semarang dan Kota Kendal. Dikelilingi oleh permukiman penduduk yang cukup padat serta dilingkupi tiga sentra industri, yaitu: Kawasan Industri Candi, Kawasan Tugu Indah Industri, dan Kawasan Guna Mekar Industri.

4.1.3 Visi, Misi, Strategi, dan Tujuan

Visi RSUD Tugurejo adalah *"memberikan pelayanan kesehatan rujukan yang paripurna dan prima."*

Untuk mencapai visi tersebut, maka misi RSUD Tugurejo, antara lain:

1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumberdaya manusia melalui Program Pengembangan Mutu
2. Meningkatkan sarana dan prasarana sehingga memberikan kenyamanan kepada pasien, keluarga, dan karyawan
3. Meningkatkan citra rumah sakit serta menghilangkan stigma terhadap penyakit kusta
4. Menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan
5. Menjadi pusat rujukan dan pendidikan penyakit kusta.

Strategi RSUD Tugurejo, antara lain:

1. Mengusahakan peningkatan sarana dan prasarana melalui dana APBD, dan APBN terutama untuk pengembangan gedung dan peralatan kesehatan
2. Mengusahakan penambahan tenaga profesi dan struktural ke institusi terkait serta meningkatkan kualitas sumberdaya manusia
3. Menyusun SOT agar rumah sakit menjadi lembaga yang kondusif bagi pengembangan pelayanan prima
4. Mengusahakan adanya dukungan instansi terkait, DPRD, Depkes dan lembaga lainnya
5. Meningkatkan komunikasi dan informasi di seluruh jajaran rumah sakit
6. Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dengan meningkatkan mutu pelayanan yang sudah ada maupun menambah pelayanan yang belum ada sesuai dengan kebutuhan masyarakat

7. Menerapkan prinsip *Total Quality Management* di seluruh jajaran rumah sakit secara terus-menerus
8. Menjalin kerjasama dengan industri, Astek, dan Jamsostek
9. Menyusun pola tarif berdasarkan *Unit Cost*.

Tujuan utama dari RSUD Tugurejo adalah memberikan pelayanan yang prima dan biaya terjangkau. Sedangkan tujuan khususnya, adalah:

1. Pusat rujukan serta pendidikan penyakit kusta se-Jawa Tengah
2. Pusat rujukan pelayanan kesehatan spesialis di Semarang Barat dan sekitarnya
3. Pusat rujukan *Antiretroviral* (ARV)
4. Rumah sakit kebanggaan karyawan, pemerintah, dan masyarakat Jawa Tengah
5. Meningkatkan kinerja keuangan, sehingga makin lama *cost recovery* makin tinggi.

4.1.4 Kegiatan Pelayanan dan Fasilitas RSUD Tugurejo

RSUD Tugurejo mempunyai berbagai macam produk layanan yang terbagi dalam berbagai instalasi. Seluruh pasien pada poliklinik yang buka efektif mulai jam 08.00 WIB dan direncanakan pada tahun 2002 dapat melayani selama 12 jam dengan poliklinik yang lengkap untuk Tipe B.

- **Sistem dan Kegiatan Layanan Utama**

Sistem kegiatan layanan utama dari Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo meliputi:

1. Pelayanan umum

2. Pelayanan kesehatan kulit dan kelamin
3. Pelayanan kesehatan anak
4. Pelayanan bedah
5. Pelayanan kesehatan penyakit dalam
6. Pelayanan kesehatan telinga, hidung, dan tenggorok
7. Pelayanan kesehatan syaraf
8. Pelayanan kesehatan tumbuh kembang
9. Pelayanan bedah orthopedi
10. Pelayanan anestesi
11. Pelayanan kesehatan kandungan dan kebidanan
12. Pelayanan kesehatan mata
13. Pelayanan kesehatan gigi
14. Pelayanan terhadap penyakit kusta
15. Pelayanan fisiotherapi.
16. Pelayanan psikologi.

Seluruh sisem kegiatan pelayanan tersebut didukung sepenuhnya dengan fasilitas dari 17 instalasi yang terintegrasi dalam suatu sistem organisasi dalam bentuk layanan lintas fungsi:

1. Instalasi rawat jalan
2. Instalasi rawat inap
3. Instalasi rawat intensif
4. Instalasi gawat darurat

5. Instalasi rekam medik
6. Instalasi bedah sentral
7. Instalasi radiologi
8. Instalasi laboratorium
9. Instalasi farmasi
10. Instalasi gizi
11. Instalasi rehabilitasi medik
12. Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit
13. Instalasi pengolahan data elektronik
14. Instalasi higiene dan sanitasi
15. Instalasi pemulasaran jenazah
16. Instalasi pusat sterilisasi
17. Instalasi *laundry*.

- **Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Utama**

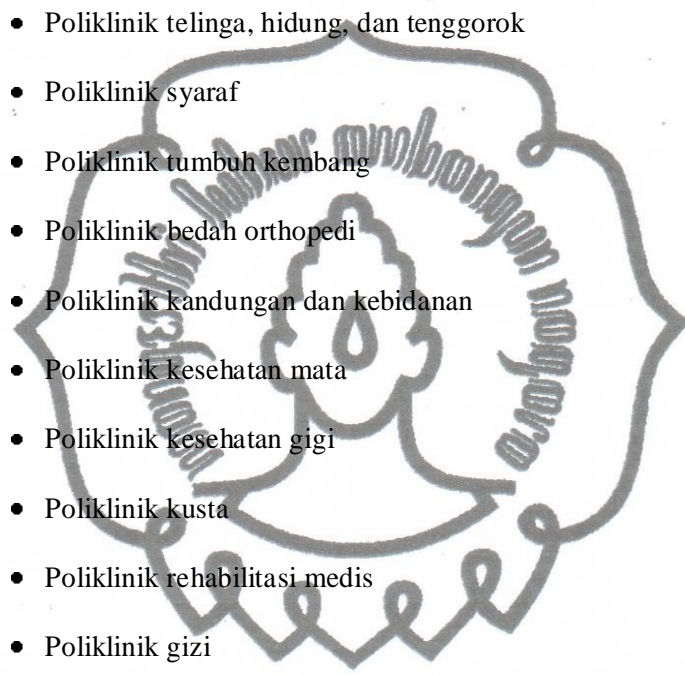
Pelaksanaan dari berbagai layanan utama tersebut memiliki sistem penyelenggaraan sebagai berikut:

- a) Fasilitas Medis Rawat Jalan

Produksi jasa pelayanan medis secara poliklinis diselenggarakan di instalasi rawat jalan yang terdiri dari berbagai jenis layanan, meliputi:

- Poliklinik umum
- Poliklinik anak

- Poliklinik kulit dan kelamin
- Poliklinik bedah
- Poliklinik penyakit dalam
- Poliklinik telinga, hidung, dan tenggorok
- Poliklinik syaraf
- Poliklinik tumbuh kembang
- Poliklinik bedah orthopedi
- Poliklinik kandungan dan kebidanan
- Poliklinik kesehatan mata
- Poliklinik kesehatan gigi
- Poliklinik kusta
- Poliklinik rehabilitasi medis
- Poliklinik gizi
- Poliklinik psikologi



b) Fasilitas Pelayanan Medis Rawat Inap

Untuk layanan bagi pasien yang harus menginap di rumah sakit telah disediakan layanan rawat inap yang tergabung dalam lima bangsal, yaitu: Mawar, Melati, Anggrek, Bougenville, Kenanga dan Wijaya Kusuma, dimana kelas yang dilayani dari kelas III sampai kelas I dan utama (VIP).

c) Instalasi Pelayanan Gawat Darurat Medis

Menyediakan produk layanan penanganan medis yang memiliki aspek kedaruratan medis. Pelayanan ini dapat diberikan selama 24 jam dan dilaksanakan di instalasi rawat darurat. Disamping pelayanan tindakan penanganan kedaruratan medis yang bersifat rawat jalan juga diselenggarakan kegiatan rawat inap sementara.

- d) Instalasi Pelayanan Rawat Intensif
Pelayanan intensif dilaksanakan dengan menggunakan fasilitas Instalasi Rawat Intensif (IRI) dan saat ini telah memiliki bangsal intensif sendiri.
- e) Instalasi Pelayanan Kebidanan dan Kandungan
Menyediakan pelayanan kesehatan kandungan dan kebidanan termasuk Keluarga Berencana baik rawat inap maupun rawat jalan.
- f) Instalasi Pelayanan bedah
Menyediakan layanan bedah umum dan ortopedi bagi pasien rawat jalan maupun rawat inap.
- g) Instalasi Pelayanan Kesehatan Telinga, Hidung, dan Tenggorok
Menyediakan pelayanan kesehatan telinga, hidung dan tenggorok baik rawat inap maupun rawat jalan.
- h) Instalasi Pelayanan Kesehatan Mata
Menyediakan pelayanan kesehatan mata, baik rawat inap maupun rawat jalan.
- i) Instalasi Pelayanan Kesehatan Syaraf
Menyediakan pelayanan kesehatan syaraf, baik rawat inap maupun rawat jalan.

- j) Instalasi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
Menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, baik rawat inap maupun rawat jalan.
- k) Instalasi Pelayanan Kesehatan Kulit dan Kelamin
Menyediakan pelayanan kesehatan kulit dan kelamin, baik rawat inap maupun rawat jalan.
- l) Instalasi Pelayanan Kesehatan Anak
Menyediakan pelayanan kesehatan anak, baik rawat inap maupun rawat jalan.
- m) Instalasi Pelayanan Psikologi
Menyediakan pelayanan konsultasi psikologi, tes psikologi dan lain-lain layanan psikologi klinik bagi karyawan dan umum.
- n) Instalasi Pelayanan Kesehatan Tumbuh Kembang
Menyediakan pelayanan kesehatan anak, khususnya usia dini berkaitan dengan masalah pertumbuhan dan perkembangan anak.
- o) Instalasi Pelayanan Pengobatan Penyakit Dalam
Menyediakan pelayanan kesehatan penyakit dalam, baik rawat inap maupun rawat jalan.
- p) Instalasi Pelayanan Unit Khusus Penyakit Kusta
Menyediakan pelayanan kesehatan kusta, baik rawat inap atau rawat jalan
- **Fasilitas Pelaksanaan Kegiatan Layanan Penunjang**

Disamping produk jasa layanan di atas, rumah sakit ini juga memiliki produk layanan yang bersifat penunjang medis yang sepenuhnya diselenggarakan di berbagai instalasi penunjang, yaitu:

- a) Instalasi Pelayanan Pemeriksaan Laboratorium Klinis
Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa pemeriksaan laboratorium klinis, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.
- b) Instalasi Pelayanan Pemeriksaan Patologi Anatomi
Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa pemeriksaan patologi anatomi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.
- c) Instalasi Pelayanan Farmasi
Menyediakan produk layanan penunjang berupa farmasi dan pelayanan farmasi klinis.
- d) Instalasi Pelayanan Radiologi
Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa radiodiagnostik baik, bagi konsumen internal maupun eksternal.
- e) Instalasi Pelayanan Rehabilitasi Medis
Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa rehabilitasi medis meski masih terbatas pada fisioterapi dan protese, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.
- f) Instalasi Pelayanan Bedah Terpadu

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa operasi, mulai dari yang sederhana hingga pelayanan kompleks terbatas baik umum maupun spasial orthopedi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

g) Instalasi Pelayanan Anestesi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa anestesi, baik bagi konsumen internal maupun eksternal.

h) Instalasi Pelayanan Elektromedik

Menyediakan produk layanan penunjang diagnostik berupa jasa pemeriksaan endoskopi, ERCP, Ekokardiografi, Tresmill, EMG, EEG, yang diberikan oleh dokter spesialis penyakit dalam, maupun dokter spesialis penyakit bedah.

i) Instalasi Pelayanan Kedokteran Forensik

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa kedokteran forensik baik bagi konsumen internal maupun eksternal terutama perawata jenazah klinis.

j) Instalasi Pelayanan Gizi

Menyediakan produk layanan penunjang berupa jasa asuhan gizi, baik bagi konsumen internal maupun dikembangkan ke arah konsumen eksternal.

Selain fasilitas pelayanan di atas RSUD ini juga memiliki layanan khusus guna menunjang aktivitas RSUD Tugurejo Semarang, yaitu:

- a) Layanan kecantikan
- b) Layanan penunjang diagnostik
- c) Layanan *trauma center*
- d) Layanan sub spesialis bedah

- e) Layanan sub spesialis penyakit dalam
- f) Layanan sub spesialis anak
- g) Layanan bagi penanganan kekerasan terhadap perempuan dan anak
- h) Layanan HIV/ penyakit infeksi lain
- i) Layanan thalasemia
- j) Layanan hemodialisa
- k) Layanan bank darah
- l) Layanan pengembangan DIKLIT.

Sumber: *Profil Kesehatan Kota Semarang, 2007*

Hasil penelitian pada bab ini dijelaskan melalui data yang didapatkan dengan metode fenomenologi, diperoleh bukti yang lebih luas dan mendalam mengenai hasil yang berkaitan dengan bagaimana tahapan proses komunikasi interpersonal yang terjadi antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang dan bagaimana cara dokter (konselor) memberikan motivasi dan membangkitkan harapan hidup pasien *suspect* penyakit HIV/AIDS. Peneliti menggunakan teknik pengumpulan data berupa indepth interview dengan mengambil subjek penelitian tiga orang konselor dan lima orang pasien HIV/AIDS.

Sebelum memberikan penjelasan mengenai hasil penelitian, peneliti akan menggambarkan karakteristik dari masing-masing sumber penelitian adalah sebagai berikut:

Informan dokter I adalah dr. Primasari Diah, Informan ini adalah seorang dokter umum yang berusia 40 tahun. Beliau saat ini menjabat sebagai koordinator program VCT di RSUD Tugurejo. Informan adalah ibu dari dua orang putra yang bernama Kensin dan Orvin. Informan bergabung sebagai konselor VCT di RSUD Tugurejo semenjak tahun 2004. Sebagai seorang konselor beliau juga sebelumnya menjalani pelatihan mengenai konselor VCT yang diadakan oleh BP4 di Salatiga. Informan dokter II adalah dr. Ruly Dwi Utami yang juga seorang dokter umum yang selama kurang lebih 2 tahun juga menjadi seorang konselor. Wanita kelahiran 32 tahun lalu ini menyelesaikan pendidikan kedokteran di Universitas Brawijaya, Malang. Terakhir sebagai informan dokter III adalah dr. Antonius Suryanto seorang dokter umum yang masih berusia 29 tahun, dan lulusan dari Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada di Yogyakarta. Dokter yang juga seorang konselor VCT di RSUD Tugurejo ini telah bergabung selama lebih dari 2 tahun. Sebelum menjadi seorang konselor informan II dan III telah menjalani pelatihan Konseling dan Tes Sukarela HIV (*Voluntary Counseling and Testing = VCT*) terlebih dahulu di Hotel Grasia di Jl. Gajahmungkur Semarang yang diselenggarakan oleh yayasan HIV AIDS Indonesia.

Sedangkan untuk ke 5 informan pasien HIV/AIDS yang menjadi sumber data dalam penelitian ini adalah pasien HIV/AIDS yang memiliki pengalaman-pengalaman yang dianggap peneliti cukup untuk mewakili seluruh proses penelitian karena selain dirinya sendiri yang mengidap virus HIV, pasien tersebut hingga saat ini tinggal dalam lingkungan HIV/AIDS, karena terdapat juga pasien yang

pasangannya juga mengidap virus dan penyakit HIV/AIDS. Sebelum dirinya sendiri yang mengidap HIV/AIDS, mereka juga telah mengalami pengalaman melihat secara langsung dan mendampingi orang terdekatnya (pasangannya) hidup dengan virus dan penyakit tersebut.

Pasien HIV/AIDS yang menjadi subjek penelitian dalam penelitian ini adalah informan pasien I (pasien dari informan dokter II dr. Ruly) yaitu Informan yang setiap harinya bekerja sebagai sopir dan juga seorang petani ini, telah menjadi pasien HIV/AIDS selama 2 tahun. Usia pasien saat ini 38 tahun dan bertempat tinggal di daerah Kabupaten Semarang. Pasien dari awal dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS sudah berada pada stadium 3. Pendidikan terakhir pasien adalah SMU.

Informan pasien II (pasien dari informan dokter II dr. Ruly), informan adalah seorang perempuan yang sudah berusia 63 tahun dan pekerjaannya sebagai pedagang makanan ayam (bekatul). Informan mempunyai 6 orang anak dan saat ini hanya tinggal dengan anak bungsunya di daerah mangkang. Pendidikan terakhirnya adalah tamatan SMP (Sekolah Menengah Pertama) pada waktu itu ia memilih untuk tidak melanjutkan sekolahnya karena tidak ada biaya. Informan telah menjadi pasien HIV/AIDS selama 2 tahun dan sampai saat ini masih aktif mengkonsumsi obat-obat ARV (*Antiretroviral*).

Informan pasien III (pasien informan dokter III dr. Anton), adalah seorang laki-laki yang berumur 36 tahun dan berprofesi sebagai petani. Pasien merupakan pasien rawat inap yang baru 11 hari di RS. Tugurejo dan dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS. Dia bertempat tinggal di daerah Kendal, dan mempunyai dua orang anak

yang pertama kelas V SD dan yang terakhir masih berumur 2 tahun. Pasien pada saat pemeriksaan sudah berada pada level stadium IV ini dibuktikan dengan hasil CD4 nya yang hanya berjumlah 2. Pasien merupakan pasien rujukan dari RS di daerah Kendal. Karena sakit yang dideritanya tidak sembuh-sembuh dan malah semakin parah maka oleh dokter di RS Kendal dirujuk ke RS. Tugurejo untuk melaksanakan tes pemeriksaan HIV/AIDS.

Informan pasien IV adalah istri dari informan pasien III yang juga setelah suaminya dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS maka oleh dokter disarankan juga untuk melakukan pemeriksaan tes HIV/AIDS yang kemudian diperoleh hasil yang positif juga. Informan adalah seorang ibu rumah tangga yang berusia 29 tahun dan dulunya sempat bekerja sebagai di luar negeri sebagai Tenaga Kerja Indonesia (TKI) selama 5 tahun. Pendidikan terakhirnya adalah tamatan SMU dan ketika dilakukan wawancara informan belum melakukan tes CD4 jadi belum mengetahui tingkat kekebalan tubuh pasien.

Informan yang terakhir informan pasien V (pasien dari dr. Prima) adalah perempuan berusia 30 tahun dan seorang ibu rumah tangga. Informan adalah pribadi yang tertutup atau introvert, ketika dilakukan wawancara informan lebih banyak dipancing-pancing dulu dengan pertanyaan baru bisa menjawab. Informan dan suaminya tinggal di daerah Semarang Barat dan sampai sekarang belum memiliki anak. Riwayat penyakitnya ditularkan oleh pasangannya. Informan telah menikah 2 kali, dan dengan suami yang sekarang yang berprofesi sebagai karyawan, ia divonis mengidap HIV. Ia dan suami sudah menderita penyakit HIV/AIDS selama kurang

lebih 3 tahun. Informan saat ini berada pada stadium 1 dan suaminya, berada pada stadium 3.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Tahapan Proses Komunikasi Interpersonal Antara Dokter dan Pasien Dalam Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang

4.2.1.1 Pengetahuan dan informasi Pasien Hiv Aids Pada Saat Awal Dinyatakan Positif Mengidap HIV

Seseorang dinyatakan positif mengidap HIV/AIDS ketika pasien tersebut telah melakukan tes sukarela HIV/AIDS oleh instansi-instansi kesehatan yang dapat melakukan tes HIV/AIDS atau disebut dengan *Hiv Voluntary Counseling And Testing* (VCT). Seseorang yang telah dinyatakan mengidap HIV/AIDS kemudian diberikan dan diterangkan oleh konselor mengenai penyakit dan informasi serta pengetahuan umum seputar HIV/AIDS.

Informan pasien I menerangkan bahwa pada saat ia divonis mengidap HIV, informasi dan pengetahuannya seputar HIV/AIDS hanya sebatas HIV/AIDS itu merupakan penyakit yang berbahaya dan mematikan, tapi ia belum mengetahui bagaimana cara menanggulangnya. Menurutnya informasi dan pengetahuan akan HIV/AIDS bagi pasien merupakan sesuatu yang penting, karena akan memberikan pemahaman yang cukup dan benar tentang HIV/AIDS serta kondisi diri mereka. Seperti ceritanya:

“Yah sebelumnya yang saya tahu tentang HIV/AIDS itu merupakan penyakit yang berbahaya dan mematikan, tapi belum tahu pengetahuan tentang HIV bagi pasien seperti saya secara meluas. Kalau tidak tanya kan nggak tahu. Iya... jadi kan sangat penting ya ada pengetahuan”.

Lain lagi menurut informan pasien II yang menurutnya persepsi yang salah dan terbatas mengenai penyakit HIV/AIDS yang beredar di masyarakat saat ini dapat mempengaruhi terhadap informasi yang diterimanya, yang ia ketahui hanyalah bahwa penyakit itu tidak ada obatnya dan tidak bisa disembuhkan. Tetapi setelah konseling dengan dokter, pengetahuannya tentang penyakit HIV/AIDS menjadi semakin bertambah. Seperti penuturnannya:

“Saya ngga tahu mbak, ya tahunya setelah dikasih tahu dokternya. Diterangkan kalo ini tuh penyakit gini gini gini. Disuruh gini disuruh gitu saya manut. Sudah yang penting saya itu sembuh”.

Sedangkan informan pasien IV mengatakan bahwa informasi mengenai penyakit HIV/AIDS diketahuinya melalui iklan di televisi dan buku, informan termasuk orang yang melek media, walaupun pengetahuannya tidak sedetail dengan apa yang disampaikan oleh dokter, tetapi yang ia ketahui bahwa penyakit ini bisa menular melalui hubungan seksual dengan pasangannya.

“Saya itu juga pernah baca buku kalau virus HIV itu tidak ada obatnya, penyakit yang membahayakan dan juga memalukan misalnya waktu saya yang ada dipikiran saya nanti saya disingkirkan oleh tetangga-tetangga. Saya taunya itu HIV itu kan penularannya karena berhubungan intim”.

Hal yang sama juga diungkapkan oleh informan pasien V, dikarenakan pengetahuan informan tentang penyakit HIV/AIDS yang sangat minim jadi selama kegiatan konseling yang berlangsung dengan dokter,

informan mengatakan bahwa keberadaan dokter tersebut sangatlah penting, karena selain untuk membantu kesembuhannya tidak hanya dengan obat-obatan yang diberikan, tetapi juga dikarenakan dokter yang sebagai seorang konselor memberikan berbagai macam pengetahuan dan informasi tentang penyakit HIV/AIDS.

“Ya karena kita bisa curhat, trus disamping itu kan pengetahuan tentang HIV bagi pasien kan belum luas pengetahuannya, kalau tidak dengan dokter kan nggak tau. Iya jadi sangat penting ya ada pengetahuan. Yang tadinya saya tahunya kalo penyakit HIV ini tidak ada obatnya, tapi setelah dijelaskan tahu kalo ada obat yang bisa menjaga kondisi tubuh biar nggak drop”.

HIV merupakan virus yang berbahaya yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Apabila kekebalan tubuh yang dimiliki itu rendah maka tubuh akan mudah terserang penyakit dan virus-virus yang lain. Anggapan yang beredar di masyarakat bahwa HIV akan menyebabkan kematian sehingga penyakit maupun orang yang terkena HIV/AIDS harus dijauhi atau dihindari, selain itu juga terdapat anggapan yang menyatakan bahwa HIV/AIDS selalu disebabkan oleh perilaku seksual yang menyimpang seperti seks bebas dan obat-obatan terlarang.

Seperti yang dijelaskan oleh informan dokter Prima bahwa pentingnya informasi dan pengetahuan dijelaskan pada pasien oleh informan, bahwa seseorang yang berstatus baru sebagai ODHA (baru dinyatakan positif HIV) biasanya hanya memiliki pengetahuan umum seputar sebab penyakit HIV/AIDS serta cara penyebarannya. Pemberian informasi dan pengetahuan

juga merupakan sesuatu yang pertama kali dibutuhkan pasien, hal tersebut penting agar pasien dengan HIV dapat mengerti kondisi yang menimpa dirinya.

Dijelaskan olehnya bahwa:

“Pasien dengan suspect HIV/AIDS dengan masuknya virus HIV kan kekebalan tubuhnya rendah, penyakit sekecil apapun dia harus waspada, contohnya penyakit jamur, mungkin untuk orang biasa itu hanya penyakit kulit biasa. Tetapi bagi pasien hiv aids tidak seperti penyakit jamur biasa. Jamurnya mungkin bisa ada diseluruh tubuh yang bentuknya tidak seperti jamur pada umumnya. Jadi diawal kita berikan informasi-informasi itu”

Sependapat dengan informan dokter Prima, informan dokter Ruly menjelaskan bahwa biasanya apabila pasien telah dinyatakan positif HIV/AIDS, pasien biasanya akan merasa *down* dalam menjalani hidup selanjutnya. Juga akan menanyakan berbagai macam pertanyaan yang menyangkut tidak hanya tentang penyakitnya tetapi juga menyangkut hubungannya nanti dengan lingkungan sosial sekitarnya. Informan harus memberikan nasehat-nasehat dan juga harus bisa membuat pasien tersebut merasa tenang dan nyaman.

“Kan orang –orang yang melakukan tes VCT itu kan muncul ketakutan-ketakutan “kalo hasilnya positif bagaimana?”, “hubungan sosial saya bagaimana?”. Itu pasti akan muncul kekhawatiran seperti itu. Kadang-kadang itu mereka terlalu cemas, jadi harus ditenangkan”.

Informan dokter Ruly lebih menitikberatkan pada pemahaman pasiennya tentang penyakit HIV/AIDS itu sendiri, terutama pada level pendidikan mereka. Karena pasti pada proses konseling nantinya ini sangat berpengaruh untuk menentukan cara komunikasi konselor kepada pasiennya. Dan juga penggunaan bahasa yang akan digunakan oleh konselor untuk

menerangkan tentang penyakit HIV/AIDS dan menjelaskan tentang cara pencegahan dan penularannya kepada pasien.

“Kalau untuk konseling dengan pasien dengan latar pendidikan yang rendah, pastinya kita membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memberikan penjelasan. Kalo untuk pasien yang berpendidikan tinggi pastinya secara garis besar mereka sudah tahu tentang penyakit HIV/AIDS. Tapi tetap kita harus menyakinkan ke mereka bahwa “ini lho yang benar”. Karena untuk pasien dengan latar belakang tinggi itu tingkat kegeyelannya sangat tinggi, jadi kita harus benar-benar menyakinkan mereka. Jadi agar mereka tidak ketakutan dengan info-info yang salah, kita harus mensuport mereka, bahwa ini lho yang benar, prinsipnya seperti apa penularannya, pencegahannya seperti apa. Jadi dia harus tahu dari dirinya sendiri”.

Lain halnya dengan informan dokter Anton yang mempunyai strategi khusus agar pasien dengan pendidikan yang rendah dapat segera memahami apa yang disampaikan oleh konselor, karena kebanyakan pasien dengan pendidikan yang lebih rendah bahkan tidak mengetahui apa itu HIV/AIDS. Informan menggunakan analogi untuk memberikan penjelasan kepada pasiennya apa itu HIV/AIDS.

“kalo dalam suatu negara itu kan ada tentaranya, kalo misalkan tentaranya diserang atau dibunuh bagaimana pak? Ya nanti musuhnya bisa menghancurkan negara tersebut kan pak. Nah itu sama kaya tubuh kita pak, kalau tubuh kita diserang, tidak ada yang menjaga kan tubuh kita akan jadi tambah sakit pak”.

Dengan menganalogikan penyakit HIV/AIDS sebagai musuh yang menyerang tubuh, biasanya pasien akan lebih mudah mengerti. Perasaan takut dan kecemasan pada pasien ini pun lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan lebih tinggi. Ini dikarenakan pasien dengan pendidikan yang lebih tinggi sudah terlebih dahulu mengetahui apa itu HIV/AIDS.

Pada saat seseorang divonis mengidap HIV/AIDS, ia tidak memiliki pengetahuan dan informasi yang lengkap tentang penyakit itu sendiri. Pengetahuan dan informasi yang lengkap tentang HIV/AIDS merupakan pemahaman pasien tersebut terhadap HIV/AIDS, berupa penyebarannya, karakteristiknya dan bagaimana hidup dengan HIV/AIDS. Munculnya infeksi oportunistik serta serangan virus-virus penyakit dari luar merupakan hal yang harus diwaspadai pasien HIV. Informasi dan pengetahuan tentang HIV/AIDS merupakan sesuatu yang penting untuk pasien ketahui agar mereka memiliki pengetahuan yang memadai dan benar tentang HIV/AIDS.

Pemahaman seseorang yang baru saja divonis positif mengidap HIV/AIDS biasanya terbatas pada anggapan bahwa HIV/AIDS merupakan virus dan penyakit yang berbahaya dan mematikan. Informasi umum seputar HIV/AIDS biasanya diberikan pada awal mula kegiatan konseling HIV/AIDS oleh konselor. Hal tersebut dilakukan agar secara garis besar pasien mengerti dan tahu tentang apa itu HIV/AIDS serta apa yang harus dilakukan oleh pasien selanjutnya. Konselor bertugas menyampaikan apa itu HIV/AIDS, kondisi tubuh pasien, serta pentingnya program pendampingan bagi pasien HIV/AIDS. Pengetahuan seseorang yang baru saja divonis mengidap HIV/AIDS masih menganggap HIV sebagai penyakit yang berbahaya dan selalu menimbulkan kematian, selain itu orang yang terkena virus HIV dianggap sebagai orang yang berperilaku menyimpang melalui seks bebas, memakai obat-obatan terlarang, dll.

Dokter atau konselor dalam pendampingan memberikan pengetahuan dan informasi yang dimilikinya tentang HIV/AIDS kepada pasien. Hal-hal apa saja yang harus diwaspadai oleh pasien HIV/AIDS seputar kesehatannya, informasi seputar pelayanan kesehatan yang dibutuhkan pasien, serta pemahaman yang benar tentang HIV/AIDS.

4.2.1.2 Menjalinkan Kedekatan Dengan Pasien HIV/AIDS

Kedekatan yang dibangun komunikator sampai terjalin hubungan kepercayaan mutlak diperlukan agar suatu relasi dapat tumbuh dan berkembang (Johnson dalam Supratiknya, 2005: 26). Seperti yang diungkapkan oleh informan dokter Prima, kedekatan dengan pasien HIV/AIDS saat pasien tersebut melakukan kontrol kesehatan atau pada saat pengambilan obat ARV (*Antiretroviral*), pada proses awal konseling, konselor akan menciptakan suasana nyaman terlebih dahulu pada diri si pasien. Karena dengan kenyamanan tersebut biasanya si pasien menjadi lebih terbuka dan akan lebih mudah bercerita kepada informan. Informan pun mempunyai metode tersendiri dalam menghadapi pasien agar pasien merasa nyaman. Kedekatan antara konselor dengan pasien diawal komunikasi dibangun dengan jalan tidak melakukan komunikasi-komunikasi formal seperti layaknya dokter dengan pasien. Ia mengatakan bahwa hubungan kedekatan dilakukan konselor kepada pasien agar hubungan komunikasi dan interaksi keduanya dapat berjalan sebaik-baiknya.

“Disini walaupun konselor nya itu sebagai dokter, tapi ya tetap harus melepas atribut kedokterannya itu. Ya memang dari segi medis dan pengobatan saya menguasai, tapi kalo konseling gini sama saja kok. Kita hanya tinggal membuat si pasien itu merasa nyaman yang pada akhirnya akan membuat si pasien itu sendiri lebih terbuka dengan sendirinya. Jadi pertama ya ciptakan atau buat suasana itu senyaman mungkin”.

Seerti halnya dengan penuturan yang dijelaskan oleh informan dokter Ruly yaitu bahwa disela-sela waktu kesibukannya menangani pasien, informan selalu menyempatkan waktunya untuk menangani konseling VCT, dikarenakan itu sudah menjadi komitmen kerja yang bersangkutan. Diantara rekan kerjanya, dia dikenal cukup sabar dalam menangani pasiennya, terutama pasien yang sudah berusia lanjut. Apalagi dengan penyakit seperti HIV/AIDS dipastikan pasiennya membutuhkan banyak waktu untuk menerima keadaannya. Jadi dibutuhkan pendekatan yang khusus pula.

“Kalau cuman 15 menit itu tidak mungkin, pasti satu jam lebih. Itu insyaallah kita bisa mengatur waktunya. Tapi kalo misal dalam satu hari itu banyak klien mungkin kita akan kewalahan, tapi so far saat ini kita membagi waktunya. Itu termasuk dengan pendekatan ke klien dan termasuk ngobrol-ngobrolnya. Karena konseling itu kan juga tidak hanya dengan si pasien itu sendiri tapi kan juga dengan keluarganya juga. Apalagi untuk pasien HIV/AIDS yang hasilnya positif, pastinya kan keluarga juga akan minta untuk dikonseling. Nah nanti bisa saja anggota keluarganya minta di test, atau kalo ngga kan kita konselor juga harus memberikan pemahaman tentang penyakit hiv aids itu sendiri dan pencegahan penularannya. Jadi ya konselingnya ke semua lapisan yang ada disekitar pasien tersebut, kalau VCT nya sendiri pastinya ke yang pasien beresiko tinggi. Kita kan juga melakukan pendekatan ke klien sampai klien merasa nyaman , nah akhirnya kalo klien sudah merasa nyaman kan pasti akan cerita dengan sendirinya”.

Dijelaskan oleh informan dokter Anton yang mengatakan bahwa ia memiliki metode tersendiri dalam menjalin kedekatan dengan pasien

HIV/AIDS yang menjadi kliennya. Kedekatan ini ditunjukkan dengan menganggap bahwa semua pasien hiv aids yang menjadi kliennya dianggapnya sebagai teman. Trik ini dilakukannya agar pasien HIV/AIDS tersebut merasa nyaman.

“Yaa...trus kalo fungsinya sebagai konselor itu ya harus melepaskan semua atribut dokternya, jadi dia tidak berfungsi sebagai dokter disitu. kalo sama dokter itu kadang tidak disampaikan semua kadang itu ada yang disembunyikan. Kalo sama dokter itu biasanya pasien takut duluan. Jadi ya saya jelaskan di awal saya disini sebagai konselor sebagai teman. Selain itu juga sifat seh, menurut saya yang penting dalam menangani pasien itu tidak arogan, jadi biar pasiennya itu nyaman. Saya selalu...kadang kalo disini saya menjelaskan kepada pasiennya “saya bukan dokter mas disini, tapi anggap saya sebagai teman.” “saya disini sebagai teman njenengan, jadi masalah njenengan itu masalah saya juga, masalah kita bersama. Apa yang Anda rasakan saya juga mencoba merasakan, saya mencoba menyelami. Jadi tidak melulu hubungan antara pasien dan dokter. Jadi tugasnya ya itu tadi membuat suasananya itu senyaman mungkin. Jadi selain menyampaikan informasi juga membuat suasana itu menjadi rileks, cair, santai dan semua serba terbuka”.

Menurut informan pasien I yang merupakan pasien dari Ruly, bahwa pemakaian atribut dokter seperti jas itu sangat mempengaruhi perasaan kenyamanan seorang pasien HIV/AIDS seperti,

“Ya dekat mbak, itu lho yang enak kalo pas konsul gitu dokternya itu ga pake baju putih. Jadi ya bisa ngobrol biasa kaya temen. Kaya lupa kalo punya penyakit”.

Dokter Prima mengatakan bahwa komunikasi antara konselor dan pasien sangat penting, agar dialog dapat terbentuk. Anamnese atau wawancara yang akurat dapat diperoleh dari keterbukaan pasien dalam mendefinisikan gejala-gejala penyakit yang dialaminya. Komunikasi akan menjadi sulit apabila

terjadi pada pasien-pasien yang mempunyai sifat introvert dan pemalu. Konselor harus memberikan stimulus yang ekstra agar proses konseling dapat berjalan dengan lancar. Ada beberapa pasien yang pasif berbicara tapi juga ada yang aktif berbicara dalam menyampaikan gejala penyakitnya ataupun bertanya tentang kesehatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS. Bahkan resistensi atau sikap penolakan yang muncul pada diri pasien, seperti ketidakjujuran menceritakan kondisi dirinya, tidak mau untuk mengutarakan apa yang dia rasakan kemudian akan teratasi saat hubungan kedekatan antara dirinya dengan pasien hiv aids dapat terjalin.

“Kan sebenarnya buat pasiennya sendiri, “sekarang semua terserah panjenengan, kita berbicara masalah ini kan semua kerahasiaan itu terjamin.. ya jadi saya harapkan njenengan setuju dan mau untuk jujur”. Tetapi dalam prakteknya itu banyak pasien yang ngga jujur, biasanya pasien-pasien yang tidak jujur itu dan hasilnya positif nanti pada saat konseling berikutnya itu si pasien biasanya ngomong semuanya. Jadi kan kelihatan kan...kita sudah tahu pasien yang kira-kira positif apa ngga itu kadang-kadang sudah kelihatan. Tapi kalo yang gejalanya tidak terlihat terus kaget “lho kok tiba’e positif ya” itu juga ada. Itu bisa dilihat dari gejalanya, gelagatnya, kok kayanya sudah masuk tapi kok pasien tidak mau ngaku padahal jelas-jelas hasilnya positif. Nanti pada saat penyampaian hasil biasanya saya katakan “bapak ini hasilnya positif, sebenarnya bagaimana cerita yang sebenarnya”.

Untuk mengatasi penolakan-penolakan yang dilakukan oleh pasien dengan sifat yang tertutup atau introvert seperti itu informan dokter Ruly menjelaskan, bahwa dirinya biasanya melakukan pendekatan khusus terhadap pasien yang melakukan resistensi, seperti yang diturkannya.

“apa yang membuat anda tidak percaya?, kalau memang sudah ada faktor resiko?”. Kalo hasilnya sudah HIV positif itu nanti kan juga

ada hasil CD4, dari CD4 itu sudah kelihatan, kalau semisal CD4nya masih tinggi ya its ok, tapi kalau dibawah rata-rata CD4 nya ya kan berarti sudah jelas kalo itu positif. Lagian di hasil tes kan sudah jelas positif atau negatif tapi mereka sering kali mengabaikan point-point yang lain bahwa kita mengetest HIV itu bukan hanya satu kali pemeriksaan tapi sampai 3x test. Untuk menyatakan kalau positif itu tidak mudah harus ada 3x test baru bisa dinyatakan kalo positif.

Seperti yang diceritakan oleh informan pasien II yang merupakan pasien dari dokter Ruly, bahwa ketika pertama kali mendengar bahwa dirinya mengidap penyakit HIV/AIDS ia mengaku merasa kesal dan tidak percaya, kenapa dirinya yang hidupnya tidak pernah melakukan hal-hal yang bisa menyebabkan dirinya menderita HIV pada akhirnya bisa terkena juga.

“Kemungkinan nggih saking bojo kulo niku. Itu sekitar tahun 2009. Waktu tu ya saya masih sehat, wong saya masih bisa kemana-mana. Nah setelah bapake meninggal satu tahun, kok saya sakit ngeten mbak. Pertamane nggih saking flek niku. Waduh kok kulo sakit ngeten. Bingung saya mbak. Kemungkinan ya dari bapake niku, wong bapake niku kan sopir. Perasaanya langsung putus asa saya mbak, meh dipendet sing kuasa nggih monggo, nek pancen aku isih dikei panjang umur yo muga-muga ana tambane. Kulo nggih mung isone ngeten tok. Terus kan sama dokternya dikasih tahu kalo harus jaga stamina tubuh, ada obat yang bisa mencegah penyebaran virusnya. Kalo sudah dibilangin kaya gitu kan ya cuman manut saja to mbak”.

Informan pasien II juga mengatakan bahwa ia juga merasakan bahwa rasa nyaman yang diciptakan oleh dokter setiap kali melakukan konseling dengannya, akan membuatnya bisa lebih mudah untuk terbuka. Keterbukaan itu terjadi karena timbul rasa kepercayaan pasien kepada dokter yang akan membantunya untuk sembuh kembali. Karena informan merasa penting untuk menceritakan masalah sekecil apapun yang dialaminya tanpa ragu dan apa adanya, agar hal tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Informan juga

menceritakan bahwa pertemuan pertama dengan dokter membawa kesan tersendiri. Karena pada waktu itu informan belum bisa menerima penyakit tersebut, ia menangis di ruangan dan menceritakan semua keluhan kesahnya kepada dokter. Dokter dengan begitu baiknya memberikan nasehat dan perhatian kepada informan.

Nasehatnya itu to mbak ngeten “jangan putus obat ya bu?” “ngga bu” “sekarang sehat bu? Bagaimana keadaan ibu?”. “Umur itu memang kita tidak ada yang tahu, tetapi langkah baiknya jika kita mau bangkit dan hidup sehat. Pikirkan anak-anak ibu yang pasti sedih kalo ibu tidak mau bangkit”. Pertanyaan pertanyaan nanyake kabar gitu mbak. Habis itu ya saya ditanyain ada keluhan apa?, badannya suka capek atau ngga?. Kulo niku sampe mlebu mlebu teng rumah sakit ngeten wes koyo omah dewe, saking sering dadi kabeh wes kenal, wes tak anggep sedulur kabeh mbak. Dokternya itu juga kalo dihubungi gampang og mbak, tinggal nanya jadwalnya bu Ruly saja, nanti tinggal saya kontrol gitu mbak.

Sedangkan menurut informan pasien III yang merupakan pasien dari dokter Anton, kepercayaannya terhadap dokter tersebut membangun sugesti dalam membantu penyembuhan penyakitnya, dan menurutnya dengan bercerita semuanya terhadap dokter dapat mengurangi beban pikirannya. Membuatnya lebih rileks dan santai dalam menghadapi pengobatannya ini. Dengan percaya kepada dokter ia lakukan juga dikarenakan nantinya dokter tersebut yang akan membantunya untuk sembuh, jadi untuk membantu proses penyembuhan tersebut, ia menceritakan semua yang menjadi faktor resiko terhadap penyakitnya.

“Iyah, mbak. Dokternya itu pas nanya kira-kira pas 2 hari setelah saya dirawat ya. Setelah di ambil darah itu untuk cek. Saya ditanyanya in heheheh dulu suka jajan dimana, sama istri saja atau juga

sama yang lain juga. Ya tak jawab apa anane mbak, wong piye meneh. Mosok udah sakit kaya gini yo masih tak tutup-tutupi kan dokternya juga sudah tau sendiri palingan kalo saya itu sukanya jajan”

Lain halnya dengan yang diungkapkan oleh informan pasien V yang merupakan pasien dari dokter Prima, menjelaskan bahwa bagi dirinya, hingga saat ini membutuhkan sekali bantuan seorang konselor. Dokter Prima sering kali menumbuhkan semangat hidup pada dirinya dengan jalan selalu bertanya apa yang informan rasakan, sehingga dia merasa ada orang lain yang peduli dan memperhatikannya, selain itu dokter Prima juga sering memberikan nasihat atau solusi padanya.

“Dokter Prima memberikan nasihat atau solusi untuk masalah saya. Saya curhat tentang kehidupan sehari-hari, bukan sebatas tentang penyakit saya tok. Kedekatan saya dengan dokter Prima bisa seperti teman”

Pendekatan di awal pertemuan yang diungkapkan masing-masing informan dokter mempunyai kesamaan yaitu, dengan kalimat sapaan terlebih dahulu, seperti : *apa kabar ibu / bapak?, rumahnya dimana?, bagaimana keadaan hari ini? Apakah sudah merasa sehat?* Dan lain-lain memegang peranan penting. Kalimat-kalimat sapaan sederhana tersebut diyakini informan dapat menumbuhkan perasaan dihargai dan membuat suasana konseling menjadi lebih nyaman, meskipun mereka sedang dalam keadaan sakit dan tidak berdaya. Perasaan nyaman yang diciptakan oleh informan pun pada akhirnya akan membuat pasien menjadi lebih terbuka kepada dokter. Sehingga pasien akan menjadi lebih terbuka dalam menceritakan kronologis penyakitnya.

Membangun hubungan kedekatan diantara dokter atau konselor dengan pasien HIV/AIDS dilakukan saat terjadi kontak diantara keduanya. Kontak awal merupakan saat dimana seorang dokter atau konselor memberikan kesan awal pada pasien HIV/AIDS bahwa dia merupakan seseorang yang dapat sepenuhnya dipercaya pasien untuk menolongnya. Seorang dokter atau konselor dipercaya oleh pasien HIV/AIDS bahwa dirinya mendampingi pasien HIV/AIDS tanpa mengharapkan apa-apa atau hanya agar si pasien tersebut itu dapat mandiri dan lebih baik kesehatannya. Kepercayaan itu dibangun dengan jalan komunikasi informal dan interaksi interpersonal diantara keduanya. Kepercayaan pasien terhadap dokter atau konselor menumbuhkan sikap terbuka dalam diri pasien HIV/AIDS dalam menceritakan segala keluhan-keluhan masalah yang dihadapinya, sehingga keduanya dapat menjalin interaksi yang lebih baik.

4.2.1.3 Membangun Hubungan Komunikasi Interpersonal Dengan Pasien HIV/AIDS

Kegiatan pendampingan adalah proses perjumpaan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi dengan tujuan menolong orang yang didampingi agar dapat menghayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara utuh sehingga dapat menggunakan sumber-sumber yang tersedia untuk berubah, tumbuh dan berfungsi secara fisik, mental, spiritual dan sosial (Wiryasaputra, 2006 : 57). Sedangkan Mortensen (dalam Surya, 2003: 1) mendefinisikan konseling sebagai suatu proses antarpribadi, dimana satu orang

dibantu oleh satu orang lainnya untuk meningkatkan pemahaman dan kecakapan dalam menemukan masalahnya. Kegiatan konseling dalam VCT terjadi adanya interaksi antara dokter atau konselor dengan pasien HIV/AIDS, yang diterangkan oleh informan dokter Anton

“jadi kita harus mencoba mengambil posisi, kalo saya menjadi dia tuh apa yang akan saya lakukan, apa yang ingin saya ketahui, apa ya...apa ya yang sebenarnya ingin dilakukan terhadap saya itu dia tuh tau. Apa yang terjadi pada dirinya, jadi diumpamakan saya sebagai dia (pasien). Jadi kalo saya menderita penyakit seperti tuh apa seh yang saya inginkan. Artinya kan kejelasan penyakitnya apa. Nah disitu konselor mencoba membantu untuk mengenali, mencari gejala dan sebagainya. Kalo diruangan lagi banyak orang saya suruh keluar dulu. Tergantung suasana hati pasiennya juga. Gimana bu? Apa yang dirasakan? Suasana hatinya bagaimana? Kalo pasiennya lagu nggründel juga saya juga harus liat-liat dsituasinya. Kadang kan dari raut muka saja sudah bisa kelihatan. Kalo suasana hatinya lagi sedih yaaa... saya nanya apa yang dirasakan? Jadi tidak langsung ke inti topiknya dulu, tapi dicoba menggali suasana hati nya dulu seperti apa. Begitu mbak”.

Informan pasien IV juga menceritakan ketika pertama kali dinyatakan positif menderita HIV/AIDS ia merasa malu, tak hanya malu kepada keluarganya saja tetapi juga bagaimana menghadapi lingkungan sekitar ketika mengetahui bahwa dirinya mengidap penyakit HIV/AIDS.

“Kaget mbak, “kok kyone uripku lurus-lurus wae kok aku iso kena?”. Nangis juga, mikirin anakku besok kaya gimana. Kalau saya mati, anakku nanti sama siapa. Wes mbak mikirku ki wes macem-macem mikir sing tidak-tidak. Dokter Anton itu kemudian memberikan nasehat. Banyak saya dikasih tahu, ya ngga soal penyakit saja tapi juga soal besok-besok gimana kalau sama tetangga. Terus saya ngga boleh stress, saya harus tetap sehat. Dokternya itu bilang kan saya belum minum obat ARV itu kan mbak, jadi nanti kalo stress terus badan saya ambruk saya kan harus minum obatnya itu dan itu katanya selamanya mbak. Ya sudah to akhirnya saya mikirnya ya cuman anak-anakku saja”.

Merasakan apa yang orang lain rasakan merupakan perasaan empatik yang ada pada diri kita. Dokter Ruly pun berusaha menumbuhkan dan mengungkapkan perasaan empatiknya kepada pasien HIV/AIDS nya dengan jalan mengucapkan pertanyaan dan nasihat yang sifatnya mengungkapkan kepedulian pada kliennya.

“Kalau misalnya yang positif itu ibu-ibu dan tertular dari suami, jenis pertanyaannya itu “ya sudah bu, kita coba dulu saja”, “ibu, kalo itu sudah terjadi lali tindakan yang akan diambil ibu apa?”, “kenapa ibu menangis seperti itu?” nah seperti itu kan kita juga harus tahu, apakah dia marah kepada dirinya atau marah kepada suaminya sebagai penyebabnya ataukah karena ketakutan jangka panjang terhadap penyakitnya ini atau terhadap lingkungan sosialnya atau terhadap anak-anaknya. Itu penting, karena dari pertanyaan-pertanyaan seperti itu kita bisa membantu memberikan jawaban dan solusi. Jadi ibu itu akan menemukan solusi sendiri. Wong kadang setelah sampai rumah kan mereka ngga tenang lagi, itu kadang mereka telepon lagi atau mbalik lagi buat konseling, butuh tempat curhat terus tentang ketakutan-ketakutan. Jadi kita tetap mengkonseling tapi rasa tenang itu harus muncul dari dirinya sendiri, kita hanya mengarahkan saja. Jadi begitu sampai rumah si pasien bisa berpikir lagi “apa sih yang membuat saya harus pergi?”, “apa sih yang membuat saya tetep survive?”, “mengapa saya harus survive?” “apa seh yang membuat saya harus bertahan, walaupun dengan penyakit ini?”. Itu yang perlu ditekankan ke pasien itu. Karena pasien jika sudah tidak ada konselor dan waktu kembali ke rumahnya, faktor resiko untuk bunuh diri itu juga ada dan sering. Itu biasanya untuk pasien yang positif dan ibu-ibu”.

Informan pasien II yang merupakan pasien dokter Ruly mengatakan bahwa perhatian yang diberikan oleh dokter menolong dirinya keluar dari masalah-masalah yang ditimbulkan akibat penyakit yang dideritanya.

Nasehatnya itu to mbak ngeten “jangan putus obat ya bu?” “ngga bu” “sekarang sehat bu? Bagaimana keadaan ibu?”. Pertanyaan

pertanyaan nanyake kabar gitu mbak. Habis itu ya saya ditanyain ada keluhan apa?, badannya suka capek atau ngga?.

Menumbuhkan perasaan empatik terhadap pasien HIV/AIDS, berarti bisa merasakan apa yang pasien HIV/AIDS tersebut rasakan. Hal tersebut penting bagi seorang konselor agar pendampingan dalam pelaksanaan VCT dengan pasien HIV/AIDS dapat berjalan dengan baik yang diharapkan nanti bahwa pasien HIV/AIDS tersebut bisa mandiri. Proses yang dilaluinya adalah apabila konselor mengetahui dan dapat merasakan apa yang pasien HIV/AIDS tersebut rasakan dan dapat memberikan jalan keluar dari masalah yang dihadapinya. Pasien HIV/AIDS yang cenderung tertutup bagi dokter Prima memberikan kesulitan tersendiri

“Caranya itu dipancing-pancing, nah kalo orang yang bener-bener ga mau terbuka ya susah ya nanati kalo sudah gitu biasanya saya diem...yaaa...sedapatnya saya saja informasinya. Itu nnti kan bisa dilihat dari hasilnya, kalo hasilnya negatif dan si itu pasien ngga mau terus terang berarti kan ngga bisa dilihat windows periode nya, yaudah tanggung dia sendiri to”.

Informan dokter Ruly mempunyai harapan bahwa nantinya pasien-pasien HIV/AIDS yang telah ditanganinya bisa mandiri. Mandiri disini diartikan memikirkan solusi untuk dirinya sendiri, tidak bergantung kepada konselor. Konseling adalah menumbuhkan kesadaran untuk perubahan perilaku. Perubahan perilaku yang mengarah kepada penularan penyakit HIV/AIDS, karena menurutnya perubahan ini membutuhkan tingkat kesadaran yang tinggi. Maka untuk menumbuhkan kesadaran tersebut dibutuhkanlah konseling. Keterbukaan dokter akan berakibat positif pada keterbukaan pasien. Karena

keterbukaan pasien dalam bercerita tentang gejala dan faktor resiko sehingga mengharuskan si pasien tersebut tes VCT. Apabila dokter sudah menggali informasi dengan baik tetapi pasien tidak mau bercerita apa adanya, bisa saja suatu ketika malah akan membahayakan kesehatan pasien.

“untuk pasien yang modelnya tidak mau menceritakan tentunya kita akan gali. Kita gali juga pelan-pelan. Caranya kita gali kan juga tidak langsung, kita kasih pendidikan dulu tentang HIV AIDS ini apa, kita ceritakan dulu. Setelah si pasien tahu kalau faktor resikonya ini...ini...ini..nanti kan si pasien bisa menelaah bahwa dirinya itu beresiko atau tidak”.

Dijelaskan pula oleh dokter Ruly bahwa keterbukaan pasien menurut informan juga dipengaruhi dari jenis kelamin. Karena menurutnya pasien perempuan lebih bisa terbuka dan nyaman apabila bercerita dengannya. Berbeda dengan pasien laki-laki, dalam menceritakan gejala yang dimilikinya dan faktor resiko yang mungkin ada dirinya lebih tertutup. Bahkan menurut cerita pasien perempuannya akan banyak bercerita tak hanya soal penyakit yang diidapnya saja tetapi juga akan menceritakan permasalahan yang lain.

“Tapi ya memang bisanya pasien perempuan akan lebih nyaman dan enjoy bercerita dengan konselor perempuan juga”.

Diceritakan oleh informan pasien II yang mengatakan bahwa perasaan nyaman ketika berkonsultasi dengan dokter Ruly dirasakannya ini dikarenakan dokternya juga seorang perempuan dan dokter tersebut itu menunjukkan sikap empatik kepadanya. Jadi bercerita dengan sesama perempuan akan lebih nyaman dan terbuka tanpa rasa malu dalam menceritakan permasalahannya.

“Wong dokter Ruly itu orangnya baik banget. Lagian itu kalo sesama perempuan mau cerita soal apa saja ya lebih keluar mbak ceritanya, mau yang rahasia juga ngga sungkan”.

Menurut dokter Anton, selain jenis kelamin, tingkat pendidikan, tingkat keamanan dan tingkat pengetahuan seseorang juga berpengaruh terhadap kelancaran proses komunikasi interpersonal antara dokter atau konselor dengan pasien HIV/AIDS. Informan menyadari bahwa pasien perlu ditangani sesuai dengan kondisi ekonomi, sosial dan pendidikannya. Menurutnya perbedaan yang paling kentara terlihat pada saat konselor menyampaikan penjelasan tentang kondisi pasien. Pasien dengan rata-rata pendidikan yang baik akan cenderung kritis dengan pertanyaan kenapa, bagaimana, mengapa dan lain-lain. Walaupun menurutnya pasien dengan tingkat pendidikan tinggi lebih banyak *denial* (penolakan) tetapi dengan pendekatan biasanya pasien akan terbuka.

“Karena pasien dengan latar belakang pendidikan tinggi itu lebih banyak yang denial. Tetapi setelah dilakukan pendekatan, diberikan penjelasan sedikit demi sedikit pada akhirnya mereka “owh iya dok”. Dan akhirnya mereka mau melakukan tes VCT ini. Karena dengan pendidikan tinggi, kesadaran dan pengetahuannya juga lebih baik. Sedangkan untuk pasien yang pendidikannya rendah itu mungkin ga mudeng. Harus dijelaskan berkali-kali juga tetep aja ga mudeng. pertamanya saya tanya dulu pengetahuan tentang penyakit HIV/AIDS, jawabannya “saya ngga tahu sama sekali itu dok dan juga belum pernah denger”.

4.2.2 Cara dokter (konselor) memberikan motivasi dan membangkitkan harapan hidup pasien *suspect* penyakit HIV/AIDS.

4.2.2.1 Tahapan Proses Konseling Dalam Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT)

Di RSUD Tugurejo Semarang, seseorang dinyatakan positif hiv setelah melakukan konseling tes VCT (*voluntary counseling and testing*). Saat itu merupakan awal dimana orang tersebut berkenalan dengan dokter atau konselor. Sebelum melakukan tes VCT dokter akan menanyakan faktor-faktor resiko yang ada dalam diri pasien, sehingga bisa menentukan apakah pasien tersebut memerlukan tes VCT atau tidak. Kemudian konselor bertugas membimbing pasien HIV/AIDS tersebut, memberikan ia informasi dan pengetahuan umum tentang HIV/AIDS. Setelah mengetahui hasil dari tes VCT dan apabila hasilnya positif maka diadakanlah konseling lanjutan untuk membimbing pasien HIV/AIDS tersebut.

1. Menciptakan Hubungan Kepercayaan

Pertemuan awal dalam proses konseling menjadi saat yang sangat penting dan menentukan. Klien akan mengamati sikap dan perilaku konselor, pada saat inilah klien menilai konselor. Klien akan menentukan sikap, apakah proses konseling bisa dilanjutkan atau tidak. Disaat ini pula konselor diharapkan mampu menciptakan hubungan yang baik (*rapport*) dengan klien. Tahapan ini juga bisa disebut hubungan *in-take* awal.

Dengan adanya hubungan yang baik tersebut, klien akan merasa diterima dan tugas konselor selanjutnya adalah menciptakan iklim yang kondusif serta memberikan rasa kepercayaan klien untuk mengungkapkan

masalahnya. Misalnya, klien datang ke ruang konseling di suatu ruangan rawat inap rumah sakit. Klien masuk dengan malu-malu bahkan takut tetapi karena konselor menyambutnya dengan senyuman dan dengan ucapan yang sopan dan ramah tamah, maka klien akan masuk dengan tanpa ragu-ragu dalam menyampaikan maksud kedatangannya kepada konselor. Demikian juga konselor harus memunculkan sikap mau menerima tanpa syarat, sehingga klien merasa bahwa ia diterima dalam proses konseling tersebut.

Seperti yang diutarakan oleh dokter Prima:

“Pada proses awal konseling, konselor akan menciptakan suasana nyaman terlebih dahulu pada diri si pasien. Karena dengan kenyamanan tersebut biasanya si pasien menjadi lebih terbuka dan akan lebih mudah bercerita kepada konselor. Saya mempunyai metode tersendiri dalam menghadapi pasien agar pasien merasa nyaman. Kedekatan antara konselor dengan pasien diawal komunikasi dibangun dengan jalan tidak melakukan komunikasi-komunikasi formal seperti layaknya dokter dengan pasien. Hubungan kedekatan dilakukan konselor kepada pasien agar hubungan komunikasi dan interaksi keduanya dapat berjalan sebaik-baiknya. Disini walaupun konselor nya itu sebagai dokter, tapi ya tetap harus melepas atribut kedokterannya itu. Ya memang dari segi medis dan pengobatan saya menguasai, tapi kalo konseling gini sama saja kok. Kita hanya tinggal memuat si pasien itu merasa nyaman yang pada akhirnya akan membuat si pasien itu sendiri lebih terbuka dengan sendirinya. Jadi pertama ya ciptakan atau buat suasana itu senyaman mungkin”.

Hal tersebut sama dengan yang diceritakan oleh informan pasien V yang merupakan pasien dokter Prima. ia menerangkan proses awal dia *in take* awal dengan konselor pada saat ia divonis mengidap HIV, sejak akhir 2009. Pada saat suaminya divonis mengidap HIV, ia membuka statusnya (mengatakan bahwa dirinya terkena HIV) pada informan. Suaminya lalu

menganjurkan informan juga untuk memeriksakan dirinya di VCT Tugurejo Semarang dan ternyata hasilnya positif. Informan mengatakan bahwa saat itu kondisi psikologi dalam dirinya labil dan berusaha menyangkal dalam hatinya bahwa dia terkena virus HIV.

“Perasaan saya syok ya mbak, kecewa, kaget gitu. Pikirannya nggak tentu gitulah mbak. Tapi kalau udah terlanjur trus mau gemana lagi. Iya entah itu virusnya dari suami atau transfusi darah saya nggak tau. Tapi pokoknya intinya saya nggak mau saling menyalahkan, gitu”

Dokter Prima menganjurkan kepada suami informan untuk mengajak istrinya mengikuti tes VCT, karena kemungkinan juga terinfeksi. Diceritakan oleh dokter Prima:

“Iya waktu itu suaminya setelah diperiksa dan diketahui hasilnya positif, jadi saya menganjurkan untuk mengajak istrinya periksa juga. Kita motivasi suaminya itu untuk memeriksakan pasangannya juga, karena dikhawatirkan pasangannya juga akan kena. Ternyata istrinya juga kena. Awalnya kita kenal-kenalan dulu. Namanya In Take. Tanamkan kepercayaan pada si klien, kita mendampingi dengan nggak mengharapkan apa-apa agar dia bisa mandiri aja, agar dia bisa menerima dan memahami statusnya dia. Kalau dia udah bisa menerima statusnya dia itu baru kita hubungkan dengan pelayanan yang harus dia dapatkan untuk menjaga kondisi kesehatannya, walaupun dia pasien hiv bisa tetap sehat. Gitu...”

Penerimaan status HIV dari pasien merupakan prioritas masalah awal yang disoroti oleh konselor. Konselor akan berusaha untuk membantu kliennya agar dapat menerima status HIV-nya, untuk itu seorang konselor akan terus memberikan pemahaman-pemahaman seputar kehidupan pasien HIV/AIDS, pengertian seputar HIV, agar si klien paham betul tentang kondisi yang menimpa dirinya dan bagaimana dia harus menjalani hidup kedepannya.

Diceritakan oleh informan II bahwa penyakit HIV yang dideritanya diperkirakan dari suaminya yang sudah meninggal satu tahun dan sebelum dirinya dinyatakan positif menderita HIV/AIDS statusnya saat itu adalah mantan suami.

“Saya itu ngga tahu mbak, kok kemungkinan saka bojoku. Bojoku itu sudah meninggal mbak. Dia itu meninggalnya pas sudah pisah dari saya kok. Sudah menikah lagi. Sakitnya suami saya itu di kariadi. Tapi waktu itu yang mbiayai ya saya, walaupun sudah pisah dari saya. Awakke niku kok gering-gering niku, diarene niku mboten mampet mampet, tapi kan kulo mboten ngurusi wong wonten estrine sing anyar. Kulo mung mbantu biayane. Kemungkinan nggih saking bojo kulo niku. Itu sekitar tahun 2009. Waktu tu ya saya masih sehat, wong saya masih bisa kemana-mana”.

Untuk membuat pasien yang menjadi klien nya terbuka dan merasa nyaman dokter Ruly mengatakan, bahwa untuk membuat pasien terbuka dan merasa nyaman membutuhkan waktu yang lama. Asal pasien sudah bisa menerima penyakitnya itu akan mudah. Agar wawancara terkesan akrab, konselor ini mempunyai teknik tertentu. Wawancara dengan pasien selalu dimulai dengan hal yang sederhana, yaitu sapaan. *“apa kabar ibu/bapak”*. Dari awal sapaan itu menurutnya akan terbentuk suasana keakraban dan kenyamanan di awal pertemuan. Tetapi untuk tipe pasien yang tidak bisa menerima penyakitnya dan langsung marah dan menangis di awal proses pertemuan juga dapat ditemui. Seperti penuturannya saat menceritakan penerimaan informan pasien II ketika mengetahui dirinya menderita penyakit HIV:

ya...kadang nangis di tempat itu sering, jadi kita di ruangan VCT itu selalu sedia tissue ahahahahhah. Nangis sambil marah, marah ke dirinya sendiri. Atau bahkan marah ke konselor, seperti itu sudah biasa apalagi kalo hasilnya positif ya..kalo sudah begitu kita biarkan dulu sampai emosinya mereda, biar tenang dulu. Kalau mau menangis silahkan, wong nanti juga kita tunggu sampai nangisnya itu berhenti. Kalo sudah tenang baru kita mulai konseling lagi.

Seperti halnya yang diungkapkan oleh informan pasien II yang mengatakan bahwa saapan dokter atau konselor pada saat awal proses konseling sangat menentukan kelanjutan tahapan konseling selanjutnya. Karena untuk menceritakan hal-hal yang bersifat pribadi kepada orang yang pertama kali dikenal pasti membutuhkan penyesuaian dan rasa nyaman terlebih dahulu.

Dokter Ruly itu selalu bertanya kabar saya, bagaimana keadaan ibu? sekarang sehat bu? Bagaimana keadaan ibu?”. Pertanyaan pertanyaan nanyake kabar gitu mbak. Habis itu ya saya ditanyain ada keluhan apa?, badannya suka capek atau ngga?. Kulo niku sampe mlebu mlebu teng rumah sakit ngeten wes kyo omahe dewe, saking sering dadi kabeh wes kenal, wes tak anggep sedulur kabeh mbak. Dokternya itu juga kalo dihubungi gampang og mbak, tinggal nanya jadwalnya dokter Rully saja, nanti tinggal saya kontrol gitu mbak.

2. Mengumpulkan data atau anamnesis

Sebelum proses konseling dilakukan, konselor telah memperoleh data mengenai klien atau pasien yang diambil melalui wawancara pendahuluan (dikenal dengan istilah *intake interview*). Pada wawancara pendahuluan ini diperoleh data pribadi atau hasil-hasil pemeriksaan, termasuk misalnya catatan medis pasien. Sedangkan data pribadi meliputi berbagai hal yang bisa memberikan keterangan mengenai diri pasien secara lengkap dan mendalam,

biasanya dikenal dengan data riwayat kasus (*case history*). Data ini diperoleh langsung dari yang bersangkutan yaitu pasien sendiri (disebut sebagai *auto-anamnesis*) melalui lembar isian yang diisi dan bentuknya sangat dipengaruhi oleh orientasi dari si pasien. Kecuali melalui lembar isian, data riwayat kasus juga bisa diperoleh melalui wawancara biasa, baik wawancara bebas atau wawancara yang berstruktur dan bisa diperoleh dari orang lain yang dianggap mengetahui dan bisa memberikan informasi mengenai pasien dan yang mungkin berkepentingan dengan pasien, misalnya orang tua atau saudara. Dalam hal seperti ini, yaitu data atau keterangan yang diberikan oleh orang lain, disebut dengan *allow-anamnesis*. Seperti dikatakan oleh informan dokter I yaitu dokter Prima ;

*“Jadi pasien VCT itu bisa datang dari poli itu rujukan dari spesialis. Kalo dari poli paling sering itu datang dari penyakit dalam, bisa juga dari poli kulit atau bisa juga dari hmmm dari polidot, polidot itu poli yang khusus menangani TB *tuberculosis. Jadi untuk pasien yang datangnya dari poli kan kita sudah punya data mengenai diri pasien, riwayat kesehatannya juga sudah tahu. Atau datang dengan kesadaran si pasien itu sendiri. Terus nanti kalo ada pasien kaya gitu biasalah daftar di depan itu free setelah itu ada konseling pra-test. Konseling pra-test itu ya paling kaya dijelasin tentang hiv aids itu, penularannya apa, terus gejala-gejalanya apa, terapi nya apa...hmm itu kan apa namanya rahasia juga tentang status si pasien. Terus nanti kita tawarkan ke dia kalo nanti kira-kira dia ada faktor resikonya, tapi biasanya orang-orang yang datang sadar sendiri tetapi tidak punya faktor resikopun tetap pengen diperiksa. Karena kadang-kadang dia tuh sebenarnya antara mudeng mbe rak mudeng gitu lho. Sebenarnya mudeng, tapi karena sudah terlanjur datang dan dia memang takut tertular apa ngga jadinya dia tetep diperiksa. Yaa kalo si pasien tetep mau diperiksa ya harus ada penandatanganan inform concern pengambilan darah itu ditandatangani sama si pasien sama tak tanda tangani, terus nanti baru diambil sample darah. Tapi pada pengambilan sample darah itu pada pengantarnya pakenya kode,*

ditulis pake kode gitu lho mbak. Jadi kan biar tetep terjaga rahasianya. Jadi nama si pasien itu juga ga tercantum secara jelas. Alamat saja paling ditulis Semarang, wes disingkat singkat tok ngga detail banget gitu ngga. Nah terus nanti kalo hasilnya sudah ada ya tinggal hasilnya itu positif atau negatif. Pada saat pembukaan dan pembacaan hasil pun kita tanya ke pasien sudah siap apa belum. Kalo misal si pasien belum siap ya ngga papa. “dok saya datang dua hari lagi ya dok?” kaya gitu itu ya ngga papa”.

Anamnesis atau wawancara yang akurat dapat diperoleh dari keterbukaan pasien dalam mendefinisikan gejala-gejala penyakit yang dialaminya. Komunikasi akan menjadi sulit apabila terjadi pada pasien-pasien yang mempunyai sifat introvert dan pemalu. Konselor harus memberikan stimulus yang ekstra agar proses konseling dapat berjalan dengan lancar. Ada beberapa pasien yang pasif berbicara tapi juga ada yang aktif berbicara dalam menyampaikan gejala penyakitnya ataupun bertanya tentang kesehatan yang berhubungan dengan HIV/AIDS.

Lain halnya apabila yang terjadi adalah pasien yang periksa sudah dalam tahap parah, atau tipe pasien yang tertutup, dengan gejala penyakit yang sudah pasti dan mengarah ke positif HIV/AIDS tetapi pasien tersebut belum mau dilakukan tes VCT. Ini bisa berakibat data mengenai diri pasien tidak bisa didapatkan secara langsung, maka diperoleh melalui anggota keluarganya yang kebetulan pada saat itu mengantar si pasien. Seperti yang diungkapkan oleh dokter Anton:

Pasien itu tidak kooperatif. Tidak kooperatifnya bisa karena medis atau non medis. Kalau medis itu kan bisa pengurangan kesadaran atau tidak bisa diajak komunikasi, jadi terpaksa allo anamnesis lha selanjutnya kita mencari keluarga yang paling bertanggung jawab

istrinya atau suaminya yang saya konseling terpaksa seperti itu. Persetujuan siapa yang paling bertanggung jawab. Kalo non medis itu apa ya...pasiennya itu pemaarah, menurut saya itu sebagai hambatan juga. Terlalu depresif jadi kan kalo dikasih tahu susah masuknya, karena pikirannya sudah negatif terus mau mati aja bawaannya.

Di awal proses konseling ini, sering dijumpai klien yang menyatakan beberapa permasalahannya kepada konselor. selain itu klien juga mengungkapkan hal-hal negatif yang ada pada dirinya. Hal tersebut disampaikan karena konselor dianggap orang yang ahli dan bisa menyelesaikan masalahnya. Sikap konselor dalam hal ini sebaiknya mendengarkan semua hal yang disampaikan oleh klien. Setelah itu, mungkin perlu mengatakan kepada klien,

“saya tidak melihat diri saya sebagai orang ahli yang dapat menyelesaikan semua permasalahan Anda. Saya yakin Anda lebih tahu tentang diri Anda sendiri dibandingkan dengan saya. Saya berharap dalam pertemuan ini, kita bisa bersama-sama memecahkan masalah Anda”, atau “Saya bukan tukang sulap yang dapat memecahkan masalah dengan sekejap, tetapi saya menghargai Anda dalam menggali kemungkinan-kemungkinan jalan keluar untuk menyelesaikan masalah Anda dengan cara yang aman dan rahasia, dengan demikian saya berharap Anda bisa lebih nyaman”.

Seperti yang diungkapkan oleh informan pasien IV bahwa pengetahuan yang dimilikinya mengenai HIV/AIDS yang masih sangat minim, informan hanya mengetahui bahwa penyakit HIV/AIDS tidak bisa disembuhkan, dan penyakit yang mematikan. Tetapi menurutnya setelah diceritakan dan diberi informasi secara lengkap dan benar mengenai apa itu sebenarnya penyakit HIV/AIDS oleh dokter yang menanganinya, ia mengaku lebih tenang.

“Sudah mbak, tapi ya cuman taune penyakit HIV itu penyakit yang mematikan. Wes gitu tok. Gimana-gimananya itu saya ngga reti. Ya baru tau itu setelah diterangkan sama pak dokternya. diterangkan lengkap. Pencegahannya, penularannya, terus cara-cara mengatasainya. Dikasih tahu juga kalo pikiran saya itu ngga boleh stress mbak”.

Begitu juga dengan cara yang digunakan oleh dokter Anton untuk membuat pasiennya merasa nyaman:

yang pertama seh memberikan informasi sejelas-jelasnya tentang HIV/AIDS ini kepada pasien, apa itu pengertian HIV/AIDS sampai terapi manajemen nya HIV/AIDS itu bagaimana. Yaa...trus kalo fungsinya sebagai konselor itu ya harus melepaskan semua atribut dokternya, jadi dia tidak berfungsi sebagai dokter disitu. Saya selalu...kadang kalo disini saya menjelaskan kepada pasiennya “saya bukan dokter mas disini, tapi anggap saya sebagai teman.” “saya disini sebagai teman njenengan, jadi masalah njenengan itu masalah saya juga, masalah kita bersama. Apa yang Anda rasakan saya juga mencoba merasakan, saya mencoba menyelami. Jadi tidak melulu hubungan antara pasien dan dokter. Jadi tugasnya ya itu tadi membuat suasananya itu senyaman mungkin. Jadi selain menyampaikan informasi juga membuat suasana itu menjadi rileks, cair, santai dan semua serba terbuka. Gitu.....gitu aja seh yang penting

Informan pasien III menceritakan bahwa tak hanya tentang masalah penyakit yang sering ia bicarakan dengan dokternya, bahkan ia juga menanyakan solusi seperti apa yang harus ia ambil untuk menghadapi keluarga besarnya. Informan mencari solusi atas persoalan yang dihadapinya dengan berkonsultasi dengan dokter. Itu informan lakukan karena merasa harus segera mengeluarkan kecemasan yang dihadapinya ketika orang lain tahu tentang penyakit yang diidapnya. Apalagi kemudian juga diketahui bahwa istrinya juga mengidap penyakit yang sama.

“Ya gimana lagi, Saya ya ngga kuat mbak buat nanggung ini sendiri”. Bahkan menurutnya, dokter sering kali memberikan semangat kepada pasien untuk kesembuhannya. “Dikasih semangat biar cepet sembuh. Kan jadi bikin semangat saya buat cepet sembuh mbak. Terus disarankan kalau belum sembuh benar belum boleh pulang, obat harus terus diminum. Gitu gitu mbak”.

Perasaan ketika pertama kali dokter memberitahukan bahwa ia mengidap penyakit HIV/AIDS ini membuatnya syok dan ketakutan, tetapi setelah mengobrol dengan dokter ia menjadi lebih tenang dan menerima penyakit ini sebagai salah satu dari konsekuensi yang harus diterimanya karena gaya hidupnya yang tidak benar semasa muda dulu. Waktu itu yang informan ingat dokter memberikan beberapa nasehat untuknya

“Nasehatnya itu gini, jangan terlalu mikir yang berat-berat. Penyakit seperti ini kan pastinya tidak ada yang menghendaki. Yang penting itu ada semangat untuk cepat sembuh. Disuruh banyak-banyak berdoa untuk meminta kesembuhan. Dokternya juga bilang, kepada saya semoga cepat sembuh”.

Kontak awal merupakan saat pertemuan pertama kali antara pasien dengan konselor. Sejak kontak awal seorang konselor mulai berusaha menumbuhkan kepercayaan dalam diri pasien HIV/AIDS terhadapnya. Perasaan pasien HIV/AIDS yang labil dan tidak tahu apa yang harus dilakukan membuatnya membutuhkan orang lain didekatnya. Pasien HIV/AIDS kecewa dan kaget terhadap apa yang menimpanya. Ia belum menerima statusnya sebagai seorang pasien HIV/AIDS sepenuhnya. Seorang konselor kemudian berusaha memberikan pengertian dan pemahaman kepada pasien HIV/AIDS tentang HIV/AIDS serta kondisi yang menimpa dirinya.

Memberikan motivasi yang berupa nasihat dan memberikan pengertian bahwa dirinya ada untuk mendampingi dan membantu pasien. Hal tersebut agar pasien HIV/AIDS dapat menerima statusnya. Kepercayaan antara pasien HIV/AIDS dengan konselor akan membuat pasien HIV/AIDS tersebut terbuka dan jujur dalam menyampaikan segala masalah atau keluhan yang dia rasakan. Hal tersebut membangun hubungan kedekatan antara konselor dengan pasien HIV/AIDS.

3. Menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis

Dalam hal ini konselor dapat melakukan pengamatan sikap dan perilaku klien pada saat menyampaikan masalah atau perasaan-perasaannya. Ungkapan konselor dengan berkata *hmm, ok, ya*, atau pemakaian bahasa non verbal dengan menganggukkan kepala dapat membuat klien merasa diperhatikan, diterima dan klien/pasien akan lebih terbuka. Klien sering merasa takut atau cemas ketika menyampaikan masalahnya kepada konselor, seperti dokter atau petugas kesehatan lainnya. Misalnya, klien dengan masalah gejala penyakit HIV/AIDS datang ke klinik VCT untuk melakukan pemeriksaan darah, maka konselor harus benar-benar memperhatikan sikap dan perasaan klien pada saat itu. Konselor dengan penerimaan yang ramah, hangat dan dengan menggunakan bahasa verbal dan non verbal. Konselor harus mendengarkan apa yang disampaikan klien dengan pemeriksaan darah untuk mengetahui status dari klien tersebut dengan penuh perhatian dan

jangan sampai lengah. Dengarkan dengan sikap baik dan pandangan mata yang memberikan rasa tenang.

Hal tersebut seperti diungkapkan oleh dokter Prima:

“Tapi untuk pasien yang datang karena kesadaran dia sendiri itu ngga pernah bohong, cerita apa adanya. Kan dia emang datang karena takut. Tapi kalo pasien yang datang itu sudah sakit dan hasilnya negatif, nah tinggal dilihat saja..kalo sakitnya udah kronis udah lama ya mungkin memang bener dia sakit bukan karena hiv aids, tapi kalo yang sakitnya baru-baru saja ya mungkin terserah dia. Kan kalo penyakit kronis gitu mau berhubungan seksual juga sudah ngga bisa, jadi ya bisa dikira-kira lah. Kalo ternyata hasilnya oohh positif, jadi kan bisa dilihat kalo si pasien itu ternyata bohong. Ya itu saja”

Dalam proses konseling pada tahapan ini, seorang konselor diharapkan bisa berkomunikasi secara aktif dengan pasiennya, karena tak jarang dijumpai pasien dengan karakter yang tertutup. Jadi kalo hal tersebut dibiarkan tidak akan tercipta proses komunikasi yang dialogis. Seperti pertanyaan-pertanyaan yang digunakan oleh dokter Anton untuk memancing agar pasiennya dapat terbuka.

“Untuk pasien yang tertutup pertamanya saya nanya rumahnya dimana? Pekerjaannya apa? Anak-anaknya gimana? Pasien itu kan terbukanya kalo dipancing-pancing tentang apa yang menjadi kebanggaannya dulu. Misal tentang anak-anaknya, anak-anaknya dimana? Trus...apa namanya...istrinya kerja dimana?...kalo orang tua itu kan bangga kalo ditanya soal anak-anaknya. Kalo masih muda-muda gitu...apa ya...yang membuat bangga pekerjaannya atau pengalamannya. Pengalamannya selama ini bagaimana?”

4. Pembuatan rencana tindakan

Keyakinan klien untuk bisa berubah perlu dimotivasi dan ditumbuhkan. Sikap ini harus dijadikan modal dan energi yang besar bagi

klien untuk melakukan perubahan-perubahan perilaku pada diri sendiri. Misalnya klien memahami permasalahan yang dihadapinya, yaitu dengan membawa suaminya yang dirawat di rumah sakit pulang secara paksa, tidak peduli akan resiko maupun perawatannya dirumah nanti. Jika menemui kasus seperti ini , maka konselor harus memberikan motivasi dan menumbuhkan keyakinan untuk mengubah sikap klien tersebut. Konselor dapat menyakinkan klien dengan memberikan pertanyaan seperti, *“apakah dengan membawa pulang bapak akan menyelesaikan permasalahan atau malah sebaliknya akan menciptakan suatu masalah baru?”*. Dengan begitu diharapkan klien dapat termotivasi untuk merubah keinginannya menjadi lebih konstruktif.

Menurut dokter Ruly, VCT itu prinsipnya dokter memberikan *advise* kepada pasien HIV/AIDS. Biasanya pasien tersebut akan menuruti apa yang dokter katakan. Sementara kalo prinsipnya konseling adalah menumbuhkan kesadaran untuk perubahan perilaku. Dalam hal ini kan perubahan perilaku yang mengarah ke arah penularan HIV/AIDS. Disitulah perlunya untuk menumbuhkan kesadaran. Untuk menumbuhkan kesadaran itu kan perlu konseling. Jadi itu bukan anjuran tetapi datang dari dirinya sendiri, solusi itu datang dari dirinya sendiri, dan itu butuh waktu yang lama untuk konseling.

“Kalau misalnya yang positif itu ibu-ibu dan tertular dari suami, jenis pertanyaanya itu “ya sudah bu, kita coba dulu saja”, “ibu, kalo itu sudah terjadi lali tindakan yang akan diambil ibu apa?”, “kenapa ibu menangis seperti itu?” nah seperti itu kan kita juga harus tahu, apakah dia marah kepada dirinya atau marah kepada suaminya sebagai penyebabnya ataukah karena ketakutan jangka panjang terhadap penyakitnya ini atau terhadap lingkungan sosialnya atau

terhadap anak-anaknya. Itu penting, karena dari pertanyaan-pertanyaan seperti itu kita bisa membantu memberikan jawaban dan solusi. Misalnya takut kalo anak-anaknya tertular, “lalu bagaimana cara ibu supaya anak-anak tidak tertular?”, “bagaimana cara ibu menjaganya?”. Jadi ibu itu akan menemukan solusi sendiri”.

Seperti halnya yang dialami oleh informan pasien IV yang merasakan ketakutan dan tidak tahu apa yang harus dilakukannya ketika mengetahui dirinya mengetahui mengidap penyakit HIV/AIDS.

“Banyak pertanyaan muncul di benaknya ketika itu, sakit apa sebenarnya sang suami?, mengapa saya juga ikut diperiksa?, apakah penyakit ini berbahaya?. Saya selalu hidup sehat, tidak pernah minum-minuman keras, dan berperilaku yang melanggar norma agama dan norma sosial. Tetapi setelah dilakukan pemeriksaan, dan hasilnya itu positif HIV AIDS, saya merasakan kekecewaan yang mendalam. “Kaget mbak, “kok kyone uripku lurus-lurus wae kok aku iso kena?”. Nangis juga, mikirin anakku besok kaya gimana. Kalau saya mati, anakku nanti sama siapa. Wes mbak mikirku ki wes macem-macem mikir sing tidak-tidak”.

Dokter Anton mengatakan bahwa istri dari informan pasien III tersebut sangat syok dan takut ketika menerima hasil pemeriksaan yang positif. Tetapi sebagai seorang konselor, ia harus bisa memberikan motivasi dan nasehat kepada pasiennya untuk terus maju dan bisa menerima penyakitnya.

“Saya pernah itu hasilnya positif, ibunya itu langsung nangis. Itu ibu rumah tangga. Ya kalo sudah begitu saya tunggu si ibu sampai nangis nya selesai. Lama itu saya nunggu ibunya nangis. Setelah selesai nangis baru saya lanjutkan. “bagaimana ibu sudah tenang?” ya saya tekankan kalo semua orang itu pasti akan meninggal dunia, tidak pasti kalo orang yang menderita hiv aids itu meninggalnya lebih cepat atau lebih buruk dari orang kebanyakan itu tidak, semua yang hidup itu pasti mati yang kita tidak ketahui itu kapan hari dan saatnya, jadi ya sama dengan kebanyakan orang tidak ada yang berubah. Disini kami juga membantu untuk pengobatan dan juga

peningkatan kualitas hidup, jadi ibu jangan putus asa, tidak minder, tidak takut. Tapi ya pasti rasa takut kan ya pasti ada. Saya juga akan menanyakan ke pasien keluarganya boleh dikasih tahu apa tidak. Kalo boleh nanti siapa anggota keluarganya yang akan dikasih tahu tapi dalam rangka untuk memberikan suport kepada pasien. Setelah ibunya kembali ke kamarnya, sore hari atau besoknya keluarganya menemui saya untuk konsultasi sendiri ke saya, jadi untuk menciptakan nyaman dan privasi si pasien dan keluarganya. Nyaman itu penting karena konsultasi tidak hanya terjadi sekali atau dua kali tapi berkali-kali”.

5. Tindakan penolong

Konselor mengajak klien untuk menggali kemungkinan-kemungkinan positif yang dimilikinya dalam menyelesaikan permasalahannya sendiri. Pada waktu melakukan eksplorasi diri, perlu diperhatikan bahwa dalam situasi ini klien tidak merasa tertekan maka data-data yang telah terkumpul dan yang nantinya akan dipakai dalam penyelesaian masalah, menjadi prematur, dan selanjutnya akan menghasilkan keputusan-keputusan yang prematur pula. Pada fase ini diperlukan situasi humoris yang bisa membuat klien rileks bukan situasi yang penuh ketegangan atau keseriusan karena akan membuat klien tidak bisa menggali kemampuan-kemampuannya.

Diungkapkan oleh informan dokter Ruly:

Kekhawatiran terhadap lingkungan sosial, dikeluarkan dari pekerjaan itu kan juga penting. Kekhawatiran kalau dikeluarkan dari pekerjaan bagaimana, karena si pasien tulang punggung keluarga. Ya kita jelaskan, “apa sih yang menyebabkan anda dikeluarkan dari perusahaan? apakah karena HIV?”, itu ada Undang-undangnya tidak boleh dikeluarkan dari pekerjaan cuman karena penyakit HIV/AIDS, toh orang HIV itu bukannya tidak bisa bekerja sama sekali. Memang butuh waktu lama untuk mereka bisa tegar lagi, menerima penyakitnya itu. Wong kadang setelah sampai rumah kan mereka ngga tenang lagi, itu kadang mereka telepon lagi atau mbalik lagi buat

konseling, butuh tempat curhat terus tentang ketakutan-ketakutan. Jadi kita tetap mengkonseling tapi rasa tenang itu harus muncul dari dirinya sendiri, kita hanya mengarahkan saja. Jadi begitu sampai rumah si pasien bisa berpikir lagi “apa sih yang membuat saya harus pergi?”, “apa sih yang membuat saya tetap survive?”, “mengapa saya harus survive?” “apa sih yang membuat saya harus bertahan, walaupun dengan penyakit ini?”. Itu yang perlu ditekankan ke pasien itu. Karena pasien jika sudah tidak ada konselor dan waktu kembali ke rumahnya, faktor resiko untuk bunuh diri itu juga ada dan sering. Itu biasanya untuk pasien yang positif dan ibu-ibu. Ibu-ibu yang sudah dicerai suaminya tau-tau dia HIV positif, terus kan merasa berdosa atau gimana. Itu kan resiko bunuh dirinya besar. Kalau tidak kita kasih bekal untuk menguatkan dirinya sendiri ya kalo sudah balik rumah si pasien akan drop lagi. Tapi kalo pasien mau mbalik lagi kita juga harus siap. Kita usahakan juga konselornya sama.

Sedangkan menurut informan dokter Anton bahwa fase mengeksplorasi kemungkinan-kemungkinan dan memfasilitasi tindakan pada diri pasien tersebut seperti halnya tindakan penolongan yang dilakukan oleh konselor untuk membantu klien mengeksplorasi dirinya sendiri.

“Kita tinggal harus punya waktunya..kalo ngga punya waktu banyak ya susah untuk menggali informasinya. Kalo punya waktu banyak kan enak..jadi ngga kesusu-susu, kita juga ngobrolnya ngga melulu tentang HIV/AIDS tapi ya tentang hal yang lainnya itu tadi, sambil kita selip-selipin gitu juga bisa. Owhh...jadi gini...kalo saya di akhir konseling itu selalu menekankan nek kapan pun njenengan mau, njenengan bisa catat no hape saya. Jadi kalo konsul masalah penyakitnya ya terutama ya saya layani. Kalo mau lewat perawat dulu ya bisa. Jadi ngga harus ketemu di RS...ada juga yang telepon saya menanyakan sodaranya boleh ngga dibawa ke Tugu buat tes VCT, ya tentu saja boleh”.

6. Review dan evaluasi

Seorang dokter atau konselor mengumpulkan data-data dan informasi tentang kondisi pasien HIV/AIDS yang ia dampingi kemudian mengevaluasi kondisinya tersebut. Dalam mengevaluasi kondisi pasien HIV/AIDS, seorang

konselor memiliki pedoman apa saja yang harus dilakukan untuk menanggapi kondisi kesehatan pasien HIV/AIDS. Setelah mengetahui masalah-masalah yang dihadapi kliennya, kemudian konselor bertugas *manage* atau mengatur keperluan kliennya. Dalam hal pelayanan kesehatan, konselor di RSUD Tugurejo Semarang bekerjasama pihak-pihak terkait dalam program VCT yaitu PITC, CST dan MK yang terdapat di RSUD Tugurejo Semarang untuk menganalisa kondisi kesehatan pasien.

Hal tersebut diungkapkan oleh dokter Anton, seperti berikut ini

“Kalo disini (RS) ada tanda-tanda dan gejala. Ada dokter penyakit dalam jadi dokternya itu mengenai tanda-tanda dan gejala, tetapi tidak hanya dokter penyakit dalam saja ada juga dokter umum juga bisa, bahkan perawat juga bisa. Setelah itu baru dikonsul kan VCT. Sebenarnya konsul VCT itu alat. Dari artinya sendiri itu kan Voluntary Conseling and Testing, jadi pasien itu datang sendiri dengan kesadaran sendiri untuk konsultasi. Nah disini itu sebenarnya PITC, jadi tes HIV/AIDS itu diinisiatifkan oleh tenaga kesehatan kalo PITC itu kan Provider Inicated Testing and Counselling. Jadi sebenarnya yang kita lakukan disini itu PITC tapi ya tidak apa-apa, VCT itu kan Voluntary Counselling and Testing, jadi pasien datang kita kasih konseling boleh pulang dulu, nanti kalo sudah oke si pasien baru dilaksanakan tes nya. Jadi tidak harus saat itu. Tapi atas keinginan si pasien bukan perintah dari dokternya. Kalo PITC itu dokter menawarkan tes kepada si pasien agar tes HIV/AIDS soalnya ditemukan gejala-gejala ini ini ini. Yang konseling post nya yang lebih lama dari konseling pre test nya. Karena VCT itu tes sukarela maka untuk pre test konselinya lebih lama.

7. Pemutusan Hubungan

Menurut dokter Ruly, termination atau tahapan pemutusan hubungan dapat dilakukan secara formal dan informal. Pemutusan hubungan secara formal biasanya pasien HIV/AIDS butuh pernyataan khusus bahwa dia pernah

mengikuti konseling VCT dan dinyatakan telah mandiri. Secara informal berarti tidak harus ada pernyataan tertulis dari pihak konselor bahwa dinyatakan pasien HIV/AIDS tersebut telah mandiri, melainkan hanya berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh konselor kepada pasien HIV/AIDS tersebut telah mandiri. Demikian hasil interview dengan dokter Ruly:

“Kalau saya pribadi itu tidak ada ya, kalau kebanyakan konseling itu kan boleh kapan saja butuh konseling untuk mbalik lagi. Kalau untuk pasien disini, begitu sakit terus dinyatakan positif kemudian mereka diambil alih sama MK ya tentu saja jadi pantauan MK. Tapi untuk pasien rawat jalan, yang hasilnya itu negatif ataupun positif kalo perilaku mereka masih beresiko biasanya ya tetap nanti konselingnya ke saya. Konselor itu hanya sebatas konseling, kalau pasangannya mau diajak konseling dan tes juga pastinya juga akan dikonseling juga sama saya. Pemutusannya itu diharapkan bisa mandiri, tapi nanti begitu mereka beresiko lagi ya mereka biasanya mbalik lagi untuk konseling. Itu jadi istilahnya bukan keputusan ya, lebih tepatnya diserahkan kepada yang lain. Karena kan ada pengobatan di CST ada manajemen kasus juga (MK)”

Keadaan yang mandiri pada diri pasien HIV/AIDS merupakan suatu yang menjadi tujuan dari tugas konselor. Mandiri adalah pada saat pasien HIV/AIDS bisa mengakses segala keperluannya sendiri tanpa bantuan dari konselor lagi. Pada saat itulah dilakukan pemutusan hubungan antara konselor dengan pasien HIV/AIDS. Pemutusan hubungan disini berarti seorang konselor tidak lagi menganggap pasien HIV/AIDS sebagai kliennya. Program konseling antara konselor dengan pasien HIV/AIDS tersebut telah berakhir, tetapi hubungan komunikasi yang informal antara pasien HIV/AIDS dengan konselor masih terus dapat berlangsung.

4.2.2.2 Gangguan Atau Kesulitan Dalam Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT)

Berdasarkan proses komunikasi, komunikasi dapat dikatakan bersifat dinamis karena selalu berlangsung dan sering berubah-ubah serta dapat berhenti setiap saat. Proses komunikasi dapat berhenti ketika tidak ada respon dari penerima pesan (*receiver*) dan makna pesan yang disampaikan berbeda dengan pesan yang diterima. Menurut Dani Vardiansyah (dalam Vardiansyah, 2004 : 93), keadaan di mana proses komunikasi berlangsung tidak sebagaimana harusnya disebut dengan gangguan (*noise*). Hal tersebut dapat berarti terdapat sesuatu yang menghambat laju pesan yang dipertukarkan antara komunikator dengan komunikan.

Seperti halnya yang dijelaskan oleh informan dokter Prima, bahwa proses pencapaian kesepakatan makna dan kesepahaman yang dilakukannya dengan pasien agak sulit karena pasien memiliki keterbatasan. *“tingkat pendidikan dan jenis kelamin itu sangat berpengaruh”*, katanya. Konselor harus menerangkan dengan teliti dan hati-hati tentang penyakit HIV/AIDS, bagaimana cara penularannya, dan bagaimana cara pencegahannya. Pemilihan bahasa pun menjadi hal yang perlu diperhatikan juga. Walaupun *feedback* yang didapatkan dari pasien bisa dikatakan minim tetapi keluarga atau teman yang mendampingi pasien saat konseling akan sangat membantu konselor.

“Pengalaman saya ya untuk orang yang tingkat pendidikannya tinggi dan tingkat ekonominya itu menegah ke atas itu ngomongnya akan lebih susah lagi, menyampaikannya itu...karena dia pasti akan bertanya juga

pertanyaannya itu kelas tinggi, bertanya juga akan lebih mendetail lagi. Kalau yang sekelas PSK itu ya dianggap sebagai teman, ngobrol kaya temen biasa gini, sambil guyon-guyon biasa gitu. Ya lihat-lihat orangnya, kalo orangnya itu PNS tapi PNS nya yang punya jabatan itu ngomongnya semakin sulit lagi. Ngomongnya itu harus lebih hati-hati karena biasanya mereka itu tersinggungan”.

Kemudian ditambahkan oleh informan, bahwa bentuk komunikasi yang ideal antara dokter dengan pasien adalah apabila keduanya mau saling terbuka. Pasien menceritakan gejala-gejala penyakitnya dan permasalahan-permasalahan yang dihadapinya, dan konselor mencari solusi atau jalan keluar atas permasalahan dari pasien.

“Komunikasi yang ideal itu menurut saya pasiennya itu ya harus kooperatif dulu, kalo pasien sudah kooperatif kita mau ngomong apa saja itu gampang. Apalagi kalo pasien yang tingkat pendidikannya itu minimal SMP atau SMA yang berpendidikan itu kita ngasih tahunya itu gampang ngarahkannya juga gampang. Tapi kalau sama orang ngga lulus SD atau bahkan ngga sekolah itu wahhh susah. Ya apa adanya itu yang penting dia nggih nggih nggih. Tapi untuk yang kerjanya PSK itu lebih gampang, walaupun mereka ngga berpendidikan dan waktu dijelaskan itu nggih nggih nggih kemudian dijelaskan “njenengan pekerjaan kan seperti ini, jadi pengobatan harus rutin”, itu mereka pasti kok nurut”.

Diceritakan pula oleh informan V yang merupakan pasien dokter Prima, dokter dalam memberikan penjelasan tentang HIV/AIDS sudah cukup jelas dan bahasa yang digunakan mudah untuk dimengerti. Tetapi dalam memberikan jawaban yang diberikan informan, jawaban yang singkat membuat informan terkadang tidak mudah untuk dimengerti

“ya biasa, penjelasannya itu lugas, singkat...udah itu saja. Tapi kadang-kadang tidak jelas mungkin saya nya yang tidak mengerti”.

Dari segi penggunaan bahasa yang diungkapkan oleh informan dokter Ruly ia tidak menemui kendala yang berarti karena informan tidak pernah menggunakan bahasa medis sewaktu melakukan konseling dengan pasien. Karena di awal pertemuan atau dilakukannya proses wawancara, pada lembar informasi pasien pasti sudah ada data diri pasien. Dari situ kita mengetahui latar pendidikan pasien. Jadi informan bisa menyesuaikan bentuk bahasa dan pilihan kata yang digunakan pada saat konseling.

“Saya tidak pernah menggunakan bahasa medis waktu konseling. Itu kan ada di formulir ya, pekerjaan, pendidikan, alamat, dari informasi itu kan kita bisa tahu latar belakang pendidikannya apa. Ya saya menggunakan bahasa-bahasa sehari-hari saja, bahasa gaul gitu. Kalau orang tua dan itu berbahasa jawa ya saya biasanya pakai bahasa jawa ngoko gitu, wong saya ngga bisa bahasa jawa krama inggil kok. Kalau untuk pasien IDU itu kalau kita pake bahasa formal malah nanti dia ikutan pake bahasa formal, jadi ya pake bahasa gaul. Jadi kita harus menyesuaikan, agar komunikasi dan hubungannya itu menjadi enak”.

Menurut informan pasien I yang merupakan pasien hiv aids dokter Ruly, saat melakukan proses konseling dengan dokter Ruly belum pernah mengalami kesulitan komunikasi dalam kegiatan konseling dengan dokternya. Karena dalam setiap melaksanakan konseling pasien merasakan penerimaan dokter yang cukup baik sehingga ia belum menemukan kesulitan dalam berkomunikasi. Walaupun informan hanya tamatan SMP, tetapi dalam menjelaskan tentang penyakitnya dokter menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Menurut informan, dokternya adalah dokter yang menyenangkan dan juga ramah. Bagi informan, seperti apapun penyakitnya, informan tetap menginginkan pembicaraan yang santai dengan dokternya.

Owh, kalo dari bahasa ya kaya gini ini, ngobrol biasa. Pake bahasa Indonesia, sehingga saya ya mudeng apa yang diomongin sama dokternya.

4.3 Pembahasan

Pada bagian ini akan mendiskusikan temuan-temuan studi (*research findings*) yang dalam pembahasan fenomenologi dikenal dengan sintesis makna tekstural dan struktural untuk mendapatkan esensi pengalaman informan yaitu dokter dan pasien dalam proses komunikasi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Yang terbagi menjadi 3 tema utama yaitu (1). Pengalaman informan dalam berinteraksi, (2) pengalaman informan memahami proses komunikasi dalam kegiatan konseling, (3) pengalaman kesulitan atau gangguan dalam proses komunikasi antara pasien dengan dokter.

4.3.1 Pengalaman Informan Dalam Berinteraksi

Komunikasi merupakan dasar dari proses interaksi interpersonal, baik dokter maupun pasien pada tahap awal komunikasi akan berusaha menimbulkan kesan yang baik. Seorang dokter atau konselor akan berusaha menimbulkan kesan kepada pasien sebagai seseorang yang akan berusaha membantu dan menolong pasien tanpa mengharapkan timbal balik atau balasan atas tindakannya. Kesan yang berusaha dibangun oleh dokter diharapkan akan menimbulkan kepercayaan dalam diri pasien HIV/AIDS terhadap dokter. Kepercayaan pasien HIV/AIDS terhadap dokter merupakan modal dasar bagi dokter dan pasien untuk menjalin hubungan komunikasi interpersonal diantara keduanya. Komunikator dituntut untuk lebih dahulu membangun kedekatan dengan komunikan sampai terjalin hubungan kepercayaan.

Kepercayaan mutlak diperlukan agar suatu relasi atau hubungan dapat tumbuh dan berkembang.

Percaya didefinisikan sebagai mengandalkan perilaku orang lain untuk mencapai tujuan yang dikehendaki, yang pencapaiannya tidak pasti dan dalam situasi yang penuh resiko (DeVito dalam Rakhmat, 2005:129). Percaya meningkatkan komunikasi interpersonal karena membuka saluran komunikasi, memperjelas pengiriman dan penerimaan informasi, serta memperluas peluang komunikasi untuk mencapai maksudnya. Jika seorang pasien tidak membuka diri tentang penyakit yang dideritanya, maka kemungkinan besar dokter juga tidak mengetahui penyakit apa yang diderita oleh pasien dan dokter tersebut tidak dapat menentukan metode pengobatan dan obat yang harus diberikan kepada pasien untuk menyembuhkannya.

Para dokter sepakat bahwa melakukan interaksi dengan pasien, dokter harus dapat menyesuaikan diri dengan pengalaman yang dimiliki oleh pasien. Pasien mempunyai pengalaman dan latar belakang yang berbeda-beda dalam berhadapan dengan dokter, yang disesuaikan dengan kondisi sosial, latar belakang pendidikan, ekonomi dan budayanya. Pengalaman adalah satu-satunya jalan ke pemilikan pengetahuan (Rakhmat, 2005:21). Dari pengalaman tersebut, maka seorang dokter harus dapat memperkirakan atau menentukan tingkat pengetahuan pasien. Semakin sedikit pengalaman dan pemahaman pasien tentang pengetahuannya terhadap penyakit HIV/AIDS, maka akan semakin terbatas pula bahan pembicaraan atau diskusi dengan dokter.

Kondisi psikologi pasien HIV/AIDS yang labil serta pengetahuannya yang minim dalam menanggapi masalah yang terdapat pada dirinya justru merupakan faktor yang menunjang timbulnya kepercayaan dirinya terhadap dokter. Pasien HIV/AIDS yang berada pada kondisi tidak tahu apa yang seharusnya dia lakukan dalam menanggapi virus mematikan dalam tubuhnya menimbulkan sikap ketergantungan dalam dirinya kepada orang lain yang lebih mengerti. Dalam hal ini adalah konselor. Untuk itulah sebelum dilakukan tes maka pasien HIV/AIDS akan diberikan pengertian dan pengetahuan terlebih dahulu tentang apa itu HIV/AIDS secara umum oleh konselor. Pada kontak awal-pun konselor akan menjelaskan secara lebih detail tentang HIV/AIDS berupa infeksi oportunistik yang harus diwaspadai pasien HIV, cara hidup atau gaya hidup yang harus diterapkan oleh penderita HIV, kecenderungan kondisi tubuh yang akan semakin parah apabila terkena virus dari luar, dll. Fishbein melalui teori nilai dan harapannya menjelaskan, bahwa perubahan sikap dan nilai seseorang dapat terjadi ketika ada tambahan informasi-informasi baru. Informasi baru tersebut dapat menyebabkan mengubah kepercayaan, mengubah valensi kepercayaan dan menambah kepercayaan baru ke dalam struktur sikap (Littlejohn, 2008: 75).

Dokter yang ramah dan sopan dalam memperlakukan pasien akan memberikan rasa nyaman ketika proses komunikasi berlangsung. Brown dan Lvinson (dalam Beebe, Beebe & Redmond, 1996:81) menyatakan bahwa Politeness Theory akan mempunyai persepsi positif dari orang lain yang memperlakukan kita dengan sopan dan penuh penghormatan. Rasa dihargai dan mendapatkan perlakuan yang

setara merupakan faktor penting yang dibutuhkan pasien untuk proses kesembuhannya, karena perasaan dihargai yang diciptakan oleh dokter juga merupakan faktor pendukung kesembuhan pasien disamping obat-obatan. Dokter yang memperlakukan pasiennya dengan sopan serta memperlakukan pasien sebagai mitra atau teman akan menciptakan kondisi yang saling membutuhkan dan akan menerima bentuk penghargaan yang sama dari pasien. Timbal balik yang didapatkan dokter adalah bentuk kepercayaan pasien kepada dokter. Hal tersebut merupakan serangkaian hubungan yang utuh yang terjadi antara dokter dan pasien adalah hak untuk dihargai dan dipahami.

Hubungan "*I-Thou*" (Aku-Engkau) adalah sejenis hubungan dimana terjadi dialog yang nyata. Buber menjelaskan bahwa hubungan "*I-Thou*" (Aku-Engkau) bukanlah tentang diri sendiri. Komunikator saling mengirimkan attitude yang jujur, terbuka, spontan, tidak menghakimi dan berdasarkan pada ekualitas daripada superioritas (Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 7). Hubungan "*I-Thou*" yang tercipta antara dokter dan pasien mampu menghadirkan apa yang dinamakan hubungan memanusiakan manusia. Hubungan itu menganggap bahwa keberadaan pasien tersebut diakui, dihargai dan mempunyai hak yang sama untuk diperlakukan secara adil serta mempunyai pilihan. Tetapi dari kelima pasien yang menjadi informan, hanya sebagian dari pasien yang mampu menikmati hubungan "*I-Thou*" (aku-engkau), sedangkan informan lainnya menjadi pihak yang pasif sehingga hanya mendengarkan dan menuruti perintah atau nasehat dari dokter. Dokter dalam situasi seperti ini lebih mendominasi arah dan isi pembicaraan.

Menurut Arnold P. Goldstein, 1975 dalam (Rakhmat, 2005 : 120), yang dimaksud sebagai “*relationship-enhancement methods*” (metode peningkatan hubungan) dalam psikoterapi. Menjelaskan bahwa makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya, makin cenderung ia meneliti perasaannya secara mendalam, dan makin cenderung ia mendengar dengan penuh perhatian dan bertindak atas nasihat yang diberikan penolongnya yaitu dokter yang juga sebagai seorang konselor. Dari segi psikologi komunikasi, kita dapat menyatakan bahwa makin baik hubungan interpersonal, makin terbuka orang untuk mengungkapkan dirinya, makin cermat persepsinya tentang orang lain dan persepsi dirinya, sehingga makin efektif komunikasi yang berlangsung diantara komunikan. Maka hal inilah yang diharapkan dapat terjadi diantara hubungan antara pasien dengan dokternya.

Menurut DeVito (dalam Rakhmat, 2005: 129-134), sikap terbuka (*open-mindedness*) amat besar pengaruhnya dalam menumbuhkan komunikasi interpersonal yang efektif. Lawan dari sikap terbuka adalah dogmatisme. Yaitu sikap yang menilai pesan berdasarkan motif pribadi, berpikir simplistis (berpikir hitam putih tanpa nuansa), bersandar lebih banyak pada sumber pesan daripada isi pesan, mencari informasi tentang kepercayaan orang lain dari sumbernya sendiri bukan dari sumber kepercayaan orang lain, secara kaku mempertahankan dan memegang teguh sistem kepercayaannya, menolak, mengabaikan, mendistorsi dan menolak pesan yang tidak konsisten dengan sistem kepercayaannya. Agar komunikasi interpersonal yang dilakukan melahirkan hubungan interpersonal yang efektif, maka dogmatisme tersebut harus digantikan dengan sikap terbuka. Bersama-sama dengan sikap percaya

dan sikap suportif, sikap terbuka mendorong timbulnya saling pengertian, saling menghargai dan yang paling penting saling mengembangkan kualitas hubungan interpersonal. Komunikasi tidak hanya sampai pada tahap itu saja, tetapi yang tersulit adalah menciptakan hubungan yang didukung oleh komunikasi yang memadai. Contohnya seorang pasien yang datang untuk berobat ke dokter, untuk pertemuan kali pertama sangat sulit untuk menjalin hubungan. Atau untuk mendapatkan perasaan nyaman saat berkonsultasi dengan dokter mengenai penyakit si pasien. Komunikasi yang berkelanjutan merupakan jalan menuju suatu hubungan yang baru.

Dalam pengungkapan keterbukaan pasien terhadap dokter dibutuhkan pula sikap empati dari dokter. Dokter yang mempunyai sikap empati mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan pasien untuk masa mendatang. Karena dalam proses penyembuhan tersebut, seorang dokter menghadapi dua hal yang berhubungan dengan pasiennya, yaitu penyakit dan kondisi psikologis yang diakibatkan karena situasi dan penyakit yang dideritanya. (Henry Backrack : 1976 dalam DeVito, 1997: 260), mendefinisikan empati sebagai “kemampuan seseorang untuk ‘mengetahui’ apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu, melalui kacamata orang lain itu.” Bersimpati, dipihak lain, adalah merasakan bagi orang lain – misalkan merasa ikut bersedih. Berempati adalah merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya – berada di kapal yang sama dan merasakan perasaan yang sama dengan cara yang sama. Maka sikap empati tersebut diharapkan oleh pasien dari dokter yang menanganinya, karena akan dianggap cukup membantu dari segi

emosional dan psikologis pasien itu sendiri. Orang yang memiliki sikap empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang. Pengertian empati ini akan membuat seseorang lebih mampu menyesuaikan komunikasinya.

Pada umumnya pasien yang datang pertama kali ke dokter akan merasakan ketakutan dan keragu-raguan dalam memeriksakan kondisinya. Perasaan yang mengharuskan pasien untuk membuka diri tentang penyakitnya kepada orang yang baru pertama kali ditemuinya. Pada umumnya pasien HIV/AIDS hanya akan datang untuk melakukan kegiatan konseling apabila menemui permasalahan dan itupun tidak berlangsung setiap hari. Hal ini juga disadari oleh dokter sehingga dalam komunikasi tersebut dokter dan pasien harus mengurangi ketidakpastian diantara keduanya. Seperti yang dikatakan oleh Berger dan Calabrese (dalam Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 96) tentang *Uncertainty Reduction Theory*, yang menjelaskan bagaimana mencari cara untuk mengurangi ketidakpastian yang kita alami saat bertemu dengan orang asing atau saat kita berada dalam situasi yang baru. Dalam banyak hal, kita memang berbeda satu sama lain. Semakin besar perbedaan yang kita miliki dan semakin sedikit yang kita ketahui tentang orang lain, maka semakin besar pula ketidakpastian dan terkadang kecemasan serta ketakutan yang kita miliki. Dalam rangka mengurangi ketidakpastian dalam hubungan dokter dan pasien, maka dibutuhkan strategi yang tepat sehingga komunikasi yang dilakukan dapat bermanfaat.

Ketidakpastian adalah suatu keragu-raguan terhadap suatu hubungan. Upaya anamnesa akan terganggu dengan adanya ketidakpastian dari pasien. Adanya ketidakpastian juga berarti menimbulkan adanya ketidakpercayaan pasien terhadap dokter, baik terhadap terapi yang diterapkan dokter maupun terhadap hubungan terapeutiknya. Sedangkan dalam interaksi manapun, untuk mencapai hasil komunikasi yang terbaik diperlukan kepercayaan terhadap kedua belah pihak.

4.3.2 Pengalaman Informan Memahami Proses Komunikasi Dalam Kegiatan Konseling.

Saat dua orang berhubungan satu sama lain, mereka membentuk ikatan dan saling menghormati. Menciptakan hubungan hubungan yang sukses adalah faktor paling penting dalam membangun hubungan. Sebagai kunci sukses “*officepatientrelationship*”, ini penting untuk mengetahui hubungan yang mulai berkembang langsung dari percakapan pertama kali antara dokter dengan pasien (**Medicine and Biology** Vol.15, No 2, 2008, pp. 74 – 79, diakses tanggal 16 Juli 2012 pukul 19.43). Untuk memastikan bahwa suatu hubungan dapat dibentuk, dokter perlu berhati-hati tentang bagaimana pasien memandang dia dan menilai dia dari komunikasi yang tidak hanya secara verbal tetapi juga nonverbal. Dengan menunjukkan energi, antusiasme, rasa hormat, empati, perhatian, pemahaman tentang isu-isu antar budaya dari awal. Dokter akan dapat memulai proses membangun hubungan yang sama dengan keahlian berkomunikasi yang merupakan kunci keterampilan praktek medis.

Proses dialog yang terjadi adalah individu-individu yang terlibat dalam proses dialog menjadi komunikator sekaligus sebagai komunikan. Masing-masing individu saling menyampaikan ide atau gagasan, saling membuat evaluasi serta saling mengantisipasi respon yang muncul. Selama proses dialog berlangsung, pesan yang disampaikan harus dapat dipahami oleh individu lainnya (Littlejohn, 2008 : 210). Ketika dokter sebagai komunikator, dan pasien bertindak sebagai komunikan. Pendengar selanjutnya memberikan makna kepada pesan yang diterima dan kemudian menyampaikan pesan yang telah dimaknai tersebut kepada dokter yang tadinya bertindak sebagai komunikator. Pada situasi ini, pasien yang tadinya bertindak sebagai komunikator berganti menjadi komunikan. Proses tersebut berlangsung secara terus menerus. Dalam hal ini dialog merupakan sebuah proses pertukaran pesan, di mana individu-individu yang terlibat berbagi makna untuk mendapatkan makna yang sama sehingga bisa mengkoordinasi tindakan mereka masing-masing dan mencapai tujuan yang diinginkan.

Dalam catatan pengalaman dokter maupun pasien, mereka mengakui bahwa didalam proses harus tercipta suatu hubungan yang dialogis, dimana pihak pemberi dan penerima kedua-duanya berperan sebagai komunikator, yaitu sebagai pemberi pesan sekaligus juga sebagai penerima pesan, dan sebagai penerima sekaligus sebagai pemberi. Dengan demikian konselor (dokter) dan klien (pasien) berperan aktif dalam saling memberi dan menerima pesan, sehingga dapat meningkatkan pemahaman informasi di antara kedua belah pihak.

Dalam proses konseling tersebut, seorang pasien mempunyai hak untuk bertanya dan mengetahui hal-hal yang berhubungan dengan penyakit dan kesehatannya. Hak tersebut seharusnya diketahui oleh masing-masing pasien, tetapi pada kenyataannya semua masyarakat bahkan belum mengetahui akan adanya hak pasien tersebut dan belum dapat memanfaatkannya dengan baik. Melalui hak tersebut, dokter berharap pasien akan menjadi lebih pintar dan berani bertanya kepada dokter. Dan bagi seorang pasien mereka mengharapkan dokter untuk bijak dalam melakukan kewajibannya. Seperti yang diungkapkan oleh dahlan dan Darsono (dalam Tarjoto, 2006 : 56-59) bahwa hak dan pasien adalah wajib bekerjasama (tidak menghambat, menghalangi, menyulitkan), hak atas perawatan yang baik, hak atas informasi yang akurat mengenai penyakitnya dan yang terakhir adalah hak atas mengetahui alternatif upaya penyembuhannya.

Dalam catatan pengalaman sebagian pasien, mereka memang masih bersikap pasif. Mereka hanya mendengar apa yang disampaikan oleh dokter tanpa berusaha melakukan timbal balik. Pesan yang disampaikan oleh dokter lebih dominan dalam proses komunikasi antara dokter dengan pasien. Apabila hal tersebut berlanjut secara terus-menerus, padahal proses komunikasi dalam konseling berlangsung secara terus-menerus maka akan mengakibatkan hubungan yang timpang. Yang mengakibatkan pasien akan semakin tertutup dan tidak akan menceritakan masalah yang dihadapinya kepada dokter dengan perasaan yang nyaman.

Dalam kegiatan konseling terdapat tahapan yang harus dilakukan oleh seorang konselor agar proses pendampingan kepada pasien hiv aids dapat terarah dengan baik

dan fokus pada proses komunikasi yang terdapat pada pelaksanaan Hiv *Voluntary Counseling And Testing* (VCT), yaitu:

a) Menciptakan hubungan kepercayaan.

Kontak awal antara konselor dengan pasien HIV/AIDS merupakan saat dimana terjadi pembentukan kesan diantara keduanya. Dokter akan berusaha menimbulkan kesan dirinya kepada pasien HIV/AIDS sebagai seseorang yang berusaha membantu dan menolong pasien HIV/AIDS tanpa mengharapkan timbal balik atau balasan atas perbuatannya. Kesan yang berusaha dibangun oleh dokter kepada pasien HIV/AIDS diharapkan dapat menimbulkan kepercayaan dalam diri pasien HIV/AIDS terhadap dokter. Kepercayaan pasien HIV/AIDS terhadap dokter merupakan sebuah modal dasar bagi dokter dan pasien HIV/AIDS dalam menjalin hubungan komunikasi antarpribadi diantara keduanya. Menurut Johnson (dalam Supratiknya, 2006 : 26) bahwa komunikator lebih dahulu dituntut untuk membangun kedekatan dengan komunikan sampai terjalin hubungan kepercayaan. Kepercayaan mutlak diperlukan agar suatu relasi dapat tumbuh dan berkembang.

Dalam kontak awal, dokter akan lebih berperan sebagai komunikator dan pasien HIV/AIDS sebagai komunikan. Hal itu dikarenakan belum terjalin hubungan kedekatan diantara dokter dan pasien HIV/AIDS, yang seharusnya terjadi peran keduanya dapat sebagai komunikator atau komunikan sehingga dapat berpengaruh terhadap meningkatnya pemahaman terhadap pesan yang disampaikan. Untuk itulah pada proses awal konseling yang terjadi antara dokter (konselor) dengan pasien, konselor haruslah berusaha menciptakan suasana nyaman terlebih dahulu. Karena

dengan kenyamanan yang tercipta tersebut akan membuat pasien lebih mudah untuk terbuka menceritakan penyakitnya kepada konselor.

Kondisi psikologi pasien HIV/AIDS yang labil serta pengetahuannya yang kurang dalam menanggapi masalah yang terdapat pada dirinya justru merupakan faktor yang menunjang timbulnya kepercayaan dirinya terhadap dokter. Pasien HIV/AIDS yang berada pada kondisi tidak tahu apa yang seharusnya dia lakukan dalam menanggapi virus mematikan dalam tubuhnya menimbulkan sikap ketergantungan dalam dirinya kepada orang lain yang lebih mengerti. Dalam hal ini adalah dokter yang menjabat sebagai konselor. Untuk itulah pada tahapan awal proses konseling, pasien hiv diberikan pengertian terlebih dahulu tentang apa itu HIV/AIDS berupa infeksi oportunistik yang harus diwaspadai pasien HIV/AIDS, cara hidup atau gaya hidup yang harus diterapkan oleh penderita HIV/AIDS, kecenderungan kondisi tubuh yang akan semakin parah apabila terkena virus dari luar, dll secara umum oleh konselor. Fishbein melalui teori nilai dan harapannya menjelaskan, bahwa perubahan sikap dan nilai seseorang dapat terjadi ketika ada tambahan informasi-informasi baru. Informasi baru tersebut dapat menyebabkan mengubah kepercayaan, mengubah valensi kepercayaan dan menambah kepercayaan baru ke dalam struktur sikap (Littlejohn, 2008: 75).

Dalam berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS, dokter berusaha untuk tidak menggunakan bahasa-bahasa formal. Bahasa komunikasi informal yang lebih bersahabat dan akrab dipilih dokter saat berkomunikasi dengan pasien HIV/AIDS, hal tersebut akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien HIV/AIDS saat berkomunikasi

dengannya. Rasa nyaman pada pasien hiv saat berkomunikasi dengan dokter akan berpengaruh terhadap tumbuhnya hubungan kedekatan dianatar keduanya. De Vito menjelaskan dalam lima tahapan menumbuhkan hubungan antarpribadi (DeVito, 1997 : 233), tahapan awal yaitu tahapan kontak, pada interaksi awal ini hal-hal seperti, sikap bersahabat, kehangatan, keterbukaan dan dinamisme berusaha untuk diungkapkan didalamnya.

b) Tahapan mengumpulkan data atau anamnesis

Informasi dan data yang diperlukan oleh dokter pada diri pasien HIV/AIDS adalah informasi atau data yang mencakup keadaan biologis, psikologis, sosial dari pasien HIV/AIDS. Informasi atau data tentang kondisi pasien HIV/AIDS dalam komunikasi kesehatan diperlukan agar dokter mengerti hal-hal apa saja yang dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS. Sebelum proses konseling dilakukan, konselor telah memperoleh data mengenai klien atau pasien yang diambil melalui wawancara pendahuluan (dikenal dengan istilah *intake interview*). Pada wawancara pendahuluan ini diperoleh data pribadi atau hasil-hasil pemeriksaan, termasuk misalnya catatan medis pasien. Sedangkan data pribadi meliputi berbagai hal yang bisa memberikan keterangan mengenai diri pasien secara lengkap dan mendalam, biasanya dikenal dengan data riwayat kasus (*case history*). Data ini diperoleh langsung dari yang bersangkutan yaitu pasien sendiri (disebut sebagai *auto-anamnesis*) melalui lembar isian yang diisi dan bentuknya sangat dipengaruhi oleh orientasi dari si pasien. Kecuali melalui lembar isian, data riwayat kasus juga bisa diperoleh melalui wawancara biasa, baik wawancara bebas atau wawancara yang berstruktur dan bisa

diperoleh dari orang lain yang dianggap mengetahui dan bisa memberikan informasi mengenai pasien dan yang mungkin berkepentingan dengan pasien, misalnya orang tua atau saudara. Dalam hal seperti ini, yaitu data atau keterangan yang diberikan oleh orang lain, disebut dengan *allow-anamnesis*.

Proses mengumpulkan data atau informasi oleh dokter dilakukan dengan jalan monitoring kondisi pasien HIV/AIDS. Monitoring dilakukan konselor kepada pasien HIV/AIDS setiap terjadi interaksi (kontak). Pemberian informasi atau komunikasi kesehatan yang baik berpusat pada audiencenya dan bukan pada komunikatornya. Untuk itu monitoring terhadap diri audience diperlukan, untuk melihat hal-hal apa yang ingin diketahui oleh audience, hal-hal apa saja yang diinginkan oleh audience (Liliweri, 2007: 206-207). Gaya komunikasi pasien HIV/AIDS kepada dokter misalnya, melalui hal tersebut akan dapat dianalisa bagaimana dokter harus berkomunikasi pada pasien HIV/AIDS. Pasien HIV/AIDS yang cenderung tertutup, pendiam, sehingga dokter harus lebih aktif dalam menanyakan kondisi kesehatan pasien HIV/AIDS. Pasien HIV/AIDS yang cenderung penakut, cemas, dan banyak bertanya, dokter akan lebih berusaha menumbuhkan motivasi dalam dirinya.

Kepercayaan yang telah terjalin diantara dokter dengan pasien HIV/AIDS juga akan menimbulkan sikap keterbukaan dalam diri pasien saat berkomunikasi dengan dokter. Sikap keterbukaan pasien HIV/AIDS ditunjukkan pada saat dia menceritakan hal-hal tentang dirinya sendiri tanpa ditanya oleh dokter. Hal-hal yang disampaikan pada saat itu biasanya merupakan hal-hal yang benar serta tidak

berbohong. Keterbukaan merupakan sikap yang ingin membantu dan ingin dibangun oleh dokter pada saat berinteraksi dengan pasien HIV/AIDS. Percaya membuka saluran komunikasi, memperjelas pengiriman pesan dan penerimaan informasi, serta memperluas peran komunikasi untuk mencapai maksudnya.

Bahkan terkadang untuk membuat pasien tersebut menjadi nyaman dan terbuka, tak jarang dokter melepaskan atribut kedokterannya dalam hal ini jas putihnya ketika melakukan proses konseling. Karena menurutnya terdapat perbedaan yang sangat signifikan ketika melakukan konseling dengan mengenakan jas dokter dan ketika tidak mengenakan jas dokter. Ketika pasien berada pada situasi yang kurang nyaman dan harus menceritakan penyakitnya kepada orang baru dalam hal ini dokter atau konselor yang ketika pertama kali dijumpainya, akan menimbulkan jarak diantara dokter dan pasien tersebut. Pasien menjadi sungkan dan tidak nyaman. Tetapi akan lain hasilnya ketika konseling tersebut dilakukan oleh dokter ketika tidak mengenakan jas dokternya dan dokter menganggap pasien sebagai teman, pasien akan merasa rileks dan pada akhirnya akan menjadi lebih terbuka menceritakan penyakitnya kepada dokter.

c) Menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis

Diagnosis kesehatan dilakukan oleh dokter ketika bertemu dengan pasien, dengan menanyakan gejala-gejala yang dirasakannya. Setelah itu dokter akan membuat kesimpulan dari keterangan yang diberikan oleh pasien HIV/AIDS. Dari hasil monitoring atau pengumpulan informasi diperoleh sejumlah informasi dan data tertentu tentang pasien HIV/AIDS. Data dan informasi tersebut kemudian dipilah-

pisah berdasarkan kebutuhan biologis, psikologis dan sosial, kemudian disimpulkan. Hasil evaluasi yang dilakukan dokter tersebut melahirkan apa yang disebut kondisi, pada diri pasien HIV/AIDS yaitu kondisi biologis, psikologis, dan sosial pasien HIV/AIDS.

Dalam mengevaluasi atau mendiagnosis kebutuhan pasien HIV/AIDS, seorang dokter perlu untuk menumbuhkan perasaan empati dalam dirinya. Empati merupakan kemampuan seseorang untuk mengetahui apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu. Orang yang empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang (DeVito, 1997 : 260). Dengan perasaan empati, dokter akan dapat dengan mudah memahami apa yang sedang dirasakan pasien HIV/AIDS, sehingga mudah untuk mengetahui apa yang mereka harapkan, inginkan dan butuhkan. Tiap pasien HIV/AIDS mempunyai karakteristik yang berbeda-beda. Pasien HIV/AIDS yang tertutup / introvert cenderung sulit untuk menyampaikan keluhannya secara lebih terbuka dan apa adanya. Pasien HIV/AIDS yang bersifat apa adanya cenderung lebih suka terbuka dalam menyampaikan keluhannya. Kesemua hal tersebut dapat dirasakan oleh dokter setelah *berempati* dalam berkomunikasi dengan pasien HIV/AIDS. Beberapa pasien HIV/AIDS cenderung suka berbohong dan menyampaikan segala sesuatu dengan berlebihan (tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya). Hal tersebut jelas akan menghambat proses pendampingan yang sedang dilakukan dokter. Empati memberikan pemahaman pada tiap dokter bagaimana seharusnya berkomunikasi

dengan pasiennya, dengan pribadi dan sifat yang berbeda-beda. Dalam proses konseling pada tahapan ini, seorang konselor diharapkan bisa berkomunikasi secara aktif dengan pasiennya, karena tak jarang dijumpai pasien dengan karakter yang tertutup. Jadi kalo hal tersebut dibiarkan tidak akan tercipta proses komunikasi yang dialogis.

d) Pembuatan Rencana Tindakan

Pembuatan rencana tindakan dilakukan oleh dokter bersama dengan pasien hiv untuk menanggapi masalah-masalah yang ada pada diri pasien HIV/AIDS. Untuk itu pada saat pembuatan rencana tindakan diharapkan telah terjalin komunikasi antarpribadi terlebih dahulu antara dokter dan pasien HIV/AIDS. Komunikasi antarpribadi merupakan komunikasi yang terjadi diantara kedua orang yang mempunyai hubungan yang jelas (DeVito, 1997: 231). Faktor-faktor yang membentuk hubungan interpersonal adalah percaya, empati, kejujuran dan keterbukaan (Rakhmat, 2005: 129). Sikap percaya, empati dan keterbukaan yang telah terjadi diantara dokter dan pasien HIV/AIDS merupakan modal terbentuknya hubungan interpersonal diantara mereka. Seorang pasien HIV/AIDS akan bercerita tentang keluhan-keluhan, masalah, dan kondisi tubuhnya, kemudian dokter akan berusaha memberikan solusi atau nasihat yang harus disetujui oleh pasien tersebut terlebih dahulu. Ini dilakukan untuk mencegah adanya ketergantungan pasien hiv terhadap dokter. Karena tujuan dari proses konseling ini adalah perubahan sikap pada diri pasien HIV/AIDS agar bisa lebih mandiri dalam menghadapi permasalahan.

Prinsipnya konseling adalah menumbuhkan kesadaran untuk perubahan perilaku. Dalam hal ini kan perubahan perilaku yang mengarah ke arah penularan HIV/AIDS. Disitulah perlunya untuk menumbuhkan kesadaran maka untuk menumbuhkan kesadaran itu kan perlu konseling. Jadi itu bukan anjuran dan solusi yang datang dari dokter atau konselor tetapi datang dari pasien sendiri. Dokter atau konselor dalam proses konseling hanya mengarahkan dan memberikan saran kepada pasien.

e) Tahapan Tindakan Penolongan

Tugas dokter dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) adalah memberikan kesempatan orang untuk menilai resiko terinfeksi HIV/AIDS, mendapatkan informasi tentang penularan HIV dan untuk menentukan cara pencegahan penularan HIV/AIDS di masa depan (Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela Hiv, 2011: 31).

Tugas seorang dokter (konselor) yang lain adalah pendampingan. Pendampingan adalah proses perjumpaan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi dengan tujuan menolong orang yang didampingi agar dapat menghayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara utuh sehingga dapat menggunakan sumber-sumber yang tersedia untuk berubah, tumbuh dan berfungsi secara fisik, mental, spiritual dan sosial. (Wiryasaputra, 2006: 57). Dokter akan berusaha menolong pasien HIV agar menerima status HIV yang disandangnya (menerima status). Penerimaan status merupakan kesediaan pasien HIV sepenuhnya untuk hidup dengan HIV dalam tubuhnya dan berusaha untuk terus menjaga kondisi

tubuhnya. Hal tersebut merupakan fokus awal masalah dalam diri pasien HIV yang akan di tangani oleh dokter. Dokter akan berusaha memberikan informasi dan pengetahuan seputar hal-hal apa saja yang harus dihadapi pasien HIV suatu saat dalam hidupnya dan bagaimana cara menghadapinya. Dengan memiliki informasi dan pengetahuan memadai tentang HIV/AIDS, pasien akan memiliki landasan pemikiran yang benar untuk menentukan sikap dan tindakan yang berguna bagi kondisi kesehatan diri mereka sendiri. Sikap merupakan kecenderungan seseorang bertindak, berpersepsi, berpikir dan merasa dalam menghadapi objek, ide, situasi atau nilai (Rakhmat 2005: 40). Sedangkan sikap biasanya diperoleh berdasarkan kepercayaan, yang menurut Solomon E. Asch (dalam Rakhmat 2005: 42) dibentuk oleh pengetahuan, kebutuhan dan kepentingan.

Konselor mengajak klien untuk menggali kemungkinan-kemungkinan positif yang dimilikinya dalam menyelesaikan permasalahannya sendiri. Pada waktu melakukan eksplorasi diri, perlu diperhatikan bahwa dalam situasi ini klien tidak merasa tertekan maka data-data yang telah terkumpul dan yang nantinya akan dipakai dalam penyelesaian masalah, menjadi prematur, dan selanjutnya akan menghasilkan keputusan-keputusan yang prematur pula. Pada fase ini diperlukan situasi humoris yang bisa membuat klien rileks bukan situasi yang penuh ketegangan atau keseriusan karena akan membuat klien tidak bisa menggali kemampuan-kemampuannya.

Pemberian informasi dan pengetahuan tentang HIV/AIDS terus menerus diberikan oleh dokter, hal tersebut bertujuan agar pasien HIV/AIDS memiliki kelengkapan informasi dan pengetahuan yang dapat dia gunakan sebagai pedoman

hidup. Tujuan akhir yang ingin dicapai oleh dokter dalam tugas dan perannya agar pasien hiv dapat mandiri. Pasien hiv dikatakan mandiri ketika pasien HIV tersebut bisa mengakses segala kebutuhannya sendiri tanpa bantuan dari dokter.

f) Review dan Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh dokter pada pasien HIV setiap 6 bulan sekali merupakan sebuah formalitas yang tidak harus dipenuhi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Evaluasi tersebut hanya merupakan cek kesehatan yang dilakukan oleh pasien hiv dan dokter. Pemeriksaan tingkat CD 4 atau tingkat kekebalan tubuh pada pasien, apabila tingkat kekebalan tubuh semakin rendah berarti terdapat masalah yang timbul pada diri pasien yang bisa berakibat pada menurunnya kondisi kesehatan pasien, dan harus dilakukan pemeriksaan kembali.

g) Pemutusan Hubungan dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).

Pemutusan hubungan secara formal jarang terjadi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). karena pemutusan hubungan dapat dilakukan secara formal dan non formal. Kebanyakan proses konseling itu bisa terjadi kapan saja dan tidak ditentukan waktunya, apabila pasien HIV/AIDS membutuhkan konseling lagi pasien HIV tersebut bisa kembali lagi untuk konsultasi. Pemutusan hubungan disini yaitu diartikan pasien HIV/AIDS tersebut dapat mandiri.

Keadaan yang mandiri pada diri pasien HIV merupakan suatu yang menjadi tujuan dari tugas konselor. Mandiri adalah pada saat pasien HIV bisa mengakses segala kebutuhannya sendiri tanpa bantuan dari konselor lagi. Pada saat itulah

dilakukan pemutusan hubungan antara konselor dengan pasien HIV. Pemutusan hubungan disini berarti seorang konselor tidak lagi menganggap pasien HIV sebagai kliennya. Program konseling antara konselor dengan pasien HIV tersebut telah berakhir, tetapi hubungan komunikasi yang informal antara pasien HIV dengan konselor masih terus dapat berlangsung.

Sesuai dengan tujuan program pendampingan, dengan bantuan konselor, orang yang didampingi mampu memobilisasi seluruh kekuatannya untuk berubah mencapai pertumbuhan secara penuh dan utuh. Selain itu pendampingan membantu orang agar dapat bertahan pada masa kini, menerima keadaan dengan lapang dada dan mengatur kembali kehidupannya dengan kondisinya yang baru (Wiryasaputra, 2006: 79-85).

4.3.3 Kesulitan Atau Gangguan Dalam Proses Komunikasi Antara Pasien Dengan Dokter.

Komunikasi bersifat dinamis karena selalu berlangsung dan sering berubah-ubah serta dapat berhenti setiap saat. Proses komunikasi dapat berhenti ketika tidak ada respon dari penerima pesan (*receiver*) dan makna pesan yang disampaikan berbeda dengan pesan yang diterima. Menurut Dani Vardiansyah (dalam Vardiansyah, 2004 : 93), keadaan di mana proses komunikasi berlangsung tidak sebagaimana harusnya disebut dengan gangguan (*noise*). Hal tersebut dapat berarti terdapat sesuatu yang menghambat laju pesan yang dipertukarkan antara komunikator dengan komunikan. Menurut Alo Liliweri (dalam Liliweri, 2003: 31) gangguan

komunikasi dapat bersumber dari unsur-unsur komunikasi, yaitu komunikator, komunikan, pesan, media atau saluran dan suasana (*setting*).

Menurut *Alo Liliweri* (dalam Liliweri, 2003: 31) Gangguan komunikasi yang bersumber dari komunikator dan komunikan. Gangguan yang bersumber dari komunikator dan komunikan terjadi karena adanya beberapa perbedaan, yaitu : Stratifikasi sosial dan budaya (status sosial, jenis pekerjaan, faktor usia). Status (kedudukan) sosial adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakatnya (lingkungan pergaulan, prestise dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya) (Basrowi, 2005 : 63). Latar belakang pendidikan (tingkat pendidikan). Pengetahuan (akumulasi pengetahuan terhadap tema yang dibicarakan). Dan keterampilan berkomunikasi.

Proses pencapaian kesepakatan makna dan kesepahaman yang dilakukannya oleh konselor dengan pasien menjadi sulit karena perbedaan tingkat pendidikan dan perbedaan jenis kelamin antara dokter dengan pasien. Konselor harus menerangkan dengan teliti dan hati-hati tentang penyakit HIV/AIDS, bagaimana cara penularannya, dan bagaimana cara pencegahannya. Pemilihan bahasa pun menjadi hal yang perlu diperhatikan juga. Walaupun feedback yang didapatkan dari pasien bisa dikatakan minim tetapi keluarga atau teman yang mendampingi pasien saat konseling akan sangat membantu dalam proses konseling tersebut agar tercipta kesepakatan makna dan pemahaman.

Bentuk komunikasi yang ideal antara dokter (konselor) dengan pasien adalah apabila diantara keduanya mau saling terbuka. Pasien menceritakan gejala-gejala

penyakitnya dan permasalahan-permasalahan yang dihadapinya, dan konselor mencari solusi atau jalan keluar atas permasalahan dari pasien. Dilihat dari tingkat pendidikan, pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah, mempunyai kecenderungan untuk sulit memahami informasi yang diberikan oleh dokter. Yang mengakibatkan ketidak tahuan pasien terhadap proses penyebab dan dasar fisiologis pengobatannya, karena pada pasien dengan tipe seperti tingkat pendidikan yang rendah dan juga kemampuan ekonomi menengah ke bawah akan menurut dan melakukan apapun yang dianjurkan oleh dokter.

Pengalaman komunikasi antara dokter dan pasien terdapat beberapa kesulitan yang dialami oleh dokter. Para dokter yang menjadi informan pada penelitian ini mengatakan bahwa mereka mengalami kesulitan saat menangani pasien yang mempunyai kepribadian introvert atau tertutup. Dikarenakan untuk menangani pasien dengan karakteristik tersebut dibutuhkan teknik atau metode komunikasi yang berbeda pula. Sebagai seorang dokter, mereka tetap melaksanakan tugas utamanya tanpa memandang status dari pasien HIV/AIDS. Mereka berupaya untuk menepiskan ungkapan dokter sebagai penyembuh dengan mengajak pasien HIV/AIDS untuk ikut bekerjasama dan berpartisipasi dalam kegiatan konseling dan pengobatannya. Ajakan bekerjasama dengan pasien HIV AIDS ini perlu didukung pula dari keinginan pasien HIV/AIDS itu sendiri untuk berkontribusi dalam kesembuhannya. Dengan pengetahuan yang dimiliki oleh dokter sebagai seorang konselor HIV/AIDS, maka banyak pasien yang mempunyai pengetahuan yang minim tentang penyakit

HIV/AIDS setelah dilakukan konseling maka akan dengan mudah si pasien tersebut bekerjasama untuk kesembuhan penyakitnya.

Menurut pengalaman komunikasi antara dokter dan pasien, terlihat bahwa secara umum kedua pihak antara komunikator dan komunikan saling memahami apa yang mereka inginkan. Buber menjelaskan bahwa hubungan “*I-Thou*” (Aku-Engkau) bukanlah tentang diri sendiri. Komunikator saling mengirimkan attitude yang jujur, terbuka, spontan, tidak menghakimi dan berdasarkan pada ekualitas daripada superioritas (Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 7). Hubungan “*I-Thou*” (Aku-Engkau) diantara keduanya. Ini adalah sejenis hubungan dimana terjadi dialog yang nyata. Pernyataan ini mengungkapkan bahwa partisipan komunikasi adalah pihak yang setara dalam kegiatan komunikasi demi terciptanya kesepahaman antara kedua belah pihak. Dalam hubungan dokter yang sebagai konselor dan pasien ini terjadi kesetaraan hubungan. Ini dikarenakan ketika dokter menjadi seorang konselor harus rela melepas atribut “dokter”nya agar pasien HIV/AIDS yang menjadi kliennya menjadi nyaman. Hubungan sebagai teman atau mitra yang lebih dikedepankan ketika menjadi seorang konselor daripada menonjolkan statusnya sebagai seorang dokter.

Bagi seorang pasien, berdiskusi dengan dokter adalah bukan hal yang sulit, asalkan pasien memiliki sedikit pengetahuan tentang HIV/AIDS. Hal yang berbeda akan terjadi apabila menghadapi pasien yang berpendidikan rendah, dan keadaan ekonomi yang kurang. Karena informasi yang mereka dapatkan pun tidak cukup terpenuhi. Mereka cenderung kurang peduli dengan proses komunikasi yang seharusnya dibangun dan dikelola dengan baik bersama dengan dokter.

Komunikasi antara dokter atau konselor dan pasien mampu menghadirkan hubungan kesetaraan antara kedua belah pihak. Dialog juga disisipi sikap *willingness to communicate* yang berkontribusi pada timbulnya rasa nyaman, rasa kepercayaan terhadap proses komunikasi pada kegiatan konseling ini.



BAB V

KESIMPULAN, IMPLIKASI DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Seseorang dengan status HIV/AIDS sangat memerlukan pendamping atau keterlibatan orang lain di dekatnya. Keterbatasan pengetahuan dan informasi yang mereka miliki, serta kondisi psikologis yang tidak stabil merupakan alasan mengapa dibutuhkan seorang konselor atau pendamping. Maka dari itu keberadaan layanan konseling HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) terbukti sebagai pintu gerbang menuju layanan medik dan dukungan sesuai yang dibutuhkan klien atau pasien baik dalam hal perawatan, pengobatan maupun konseling itu sendiri. Karena konseling HIV/AIDS itu memiliki tujuan yaitu, memberikan dukungan psikologis, seperti dukungan yang berkaitan dengan kesejahteraan emosi, psikologis, sosial dan spiritual kepada seseorang yang terinfeksi HIV/AIDS. Seorang konselor juga akan memberikan informasi tentang perilaku beresiko, seperti seks bebas, penggunaan jarum bersama atau napza, dan juga konselor harus mampu memastikan efektifitas rujukan kesehatan, terapi, perawatan, dan pengobatan.

Dokter memberikan dukungan moril kepada pasien HIV/AIDS bertujuan agar pasien HIV/AIDS tersebut dapat hidup mandiri dalam menghadapi kondisi tubuhnya dan mempunyai semangat hidup kembali. Dokter memberikan dukungan kepada pasien HIV/AIDS melalui proses konseling dan interaksi yang terjalin dalam program pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT). Kepastian mengenai

informasi dan pengetahuan yang dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS serta tujuan pemberian dukungan moril (psikologis, sosial dan spiritual) dapat tercapai apabila tercipta hubungan komunikasi yang dialogis antara dokter dan pasien, dimana dokter dan pasien HIV/AIDS bertindak sebagai komunikator sekaligus komunikan ketika proses komunikasi berlangsung.

Dari temuan di lapangan yang telah dianalisis, ditemukan beberapa hal yang berkaitan dengan proses komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) di RSUD Tugurejo Semarang, diantaranya yaitu:

h) Menciptakan hubungan kepercayaan.

Kontak awal antara konselor dengan pasien HIV/AIDS merupakan saat dimana terjadi pembentukan kesan diantara keduanya. Kesan yang berusaha dibangun oleh dokter kepada pasien HIV/AIDS diharapkan dapat menimbulkan kepercayaan dalam diri pasien HIV/AIDS terhadap dokter. Kepercayaan pasien HIV/AIDS terhadap dokter merupakan sebuah modal dasar bagi dokter dan pasien HIV/AIDS dalam menjalin hubungan komunikasi antarpribadi diantara keduanya. Dalam kontak awal, dokter akan lebih berperan sebagai komunikator dan pasien HIV/AIDS sebagai komunikan. Hal itu dikarenakan belum terjalin hubungan kedekatan diantara dokter dan pasien HIV/AIDS, yang seharusnya terjadi peran keduanya dapat sebagai komunikator atau komunikan sehingga dapat berpengaruh terhadap meningkatnya pemahaman terhadap pesan yang disampaikan. Untuk itulah pada proses awal konseling yang terjadi antara dokter (konselor) dengan pasien,

konselor haruslah berusaha menciptakan suasana nyaman terlebih dahulu. Karena dengan kenyamanan yang tercipta tersebut akan membuat pasien lebih mudah untuk terbuka menceritakan penyakitnya kepada konselor.

i) Tahapan mengumpulkan data atau anamnesis

Informasi dan data yang diperlukan oleh dokter pada diri pasien HIV/AIDS adalah informasi atau data yang mencakup keadaan biologis, psikologis, sosial dari pasien HIV/AIDS. Informasi atau data tentang kondisi pasien HIV/AIDS dalam komunikasi kesehatan diperlukan agar dokter mengerti hal-hal apa saja yang dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS.

Proses mengumpulkan data atau informasi oleh dokter dilakukan dengan jalan monitoring kondisi pasien HIV/AIDS. Monitoring dilakukan konselor kepada pasien HIV/AIDS setiap terjadi interaksi (kontak).

j) Menyimpulkan atau sintesis dan diagnosis

Diagnosis kesehatan dilakukan oleh dokter ketika bertemu dengan pasien, dengan menanyakan gejala-gejala yang dirasakannya. Setelah itu dokter akan membuat kesimpulan dari keterangan yang diberikan oleh pasien HIV/AIDS. Dalam mengevaluasi atau mendiagnosis kebutuhan pasien HIV/AIDS, seorang dokter perlu untuk menumbuhkan perasaan empati dalam dirinya. Empati merupakan kemampuan seseorang untuk mengetahui apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu. Dengan perasaan empati, dokter akan dapat dengan mudah memahami apa yang sedang dirasakan pasien HIV/AIDS,

sehingga mudah untuk mengetahui apa yang mereka harapkan, inginkan dan butuhkan.

k) Pembuatan Rencana Tindakan

Pembuatan rencana tindakan dilakukan oleh dokter bersama dengan pasien hiv untuk menanggapi masalah-masalah yang ada pada diri pasien HIV/AIDS. Untuk itu pada saat pembuatan rencana tindakan diharapkan telah terjalin komunikasi antarpribadi terlebih dahulu antara dokter dan pasien HIV/AIDS. Komunikasi antarpribadi merupakan komunikasi yang terjadi diantara kedua orang yang mempunyai hubungan yang jelas (DeVito, 1997: 231). Faktor-faktor yang membentuk hubungan interpersonal adalah percaya, empati, kejujuran dan keterbukaan (Rakhmat, 2005: 129). Sikap percaya, empati dan keterbukaan yang telah terjadi diantara dokter dan pasien HIV/AIDS merupakan modal terbentuknya hubungan interpersonal diantara mereka. Seorang pasien HIV/AIDS akan bercerita tentang keluhan-keluhan, masalah, dan kondisi tubuhnya, kemudian dokter akan berusaha memberikan solusi atau nasihat yang harus disetujui oleh pasien tersebut terlebih dahulu. Ini dilakukan untuk mencegah adanya ketergantungan pasien hiv terhadap dokter. Karena tujuan dari proses konseling ini adalah perubahan sikap pada diri pasien HIV/AIDS agar bisa lebih mandiri dalam menghadapi permasalahan.

l) Tahapan Tindakan Penolongan

Tugas dokter dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) adalah memberikan kesempatan orang untuk menilai resiko terinfeksi HIV/AIDS, mendapatkan informasi tentang penularan HIV dan untuk menentukan

cara pencegahan penularan HIV/AIDS di masa depan (Modul Pelatihan Konseling dan Tes Sukarela Hiv, 2011: 31). Tugas seorang dokter (konselor) yang lain adalah pendampingan. Pendampingan adalah proses perjumpaan pertolongan antara pendamping dan orang yang didampingi dengan tujuan menolong orang yang didampingi agar dapat menghayati keberadaannya dan mengalami pengalamannya secara utuh sehingga dapat menggunakan sumber-sumber yang tersedia untuk berubah, tumbuh dan berfungsi secara fisik, mental, spiritual dan sosial. (Wiryasaputra, 2006: 57).

Konselor mengajak klien untuk menggali kemungkinan-kemungkinan positif yang dimilikinya dalam menyelesaikan permasalahannya sendiri. Pada waktu melakukan eksplorasi diri, perlu diperhatikan bahwa dalam situasi ini klien tidak merasa tertekan maka data-data yang telah terkumpul dan yang nantinya akan dipakai dalam penyelesaian masalah, menjadi prematur, dan selanjutnya akan menghasilkan keputusan-keputusan yang prematur pula. Pada fase ini diperlukan situasi humoris yang bisa membuat klien rileks bukan situasi yang penuh ketegangan atau keseriusan karena akan membuat klien tidak bisa menggali kemampuan-kemampuannya.

m) Review dan Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh dokter pada pasien HIV setiap 6 bulan sekali merupakan sebuah formalitas yang tidak harus dipenuhi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Evaluasi tersebut hanya merupakan cek kesehatan yang dilakukan oleh pasien hiv dan dokter. Pemeriksaan tingkat CD 4 atau tingkat kekebalan tubuh pada pasien, apabila tingkat kekebalan tubuh semakin rendah

berarti terdapat masalah yang timbul pada diri pasien yang bisa berakibat pada menurunnya kondisi kesehatan pasien, dan harus dilakukan pemeriksaan kembali.

n) Pemutusan Hubungan dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).

Pemutusan hubungan secara formal jarang terjadi dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT), karena pemutusan hubungan dapat dilakukan secara formal dan non formal. Kebanyakan proses konseling itu bisa terjadi kapan saja dan tidak ditentukan waktunya, apabila pasien HIV/AIDS membutuhkan konseling lagi pasien HIV tersebut bisa kembali lagi untuk konsultasi. Pemutusan hubungan disini yaitu diartikan pasien HIV/AIDS tersebut dapat mandiri.

Keadaan yang mandiri pada diri pasien HIV merupakan suatu yang menjadi tujuan dari tugas konselor. Mandiri adalah pada saat pasien HIV bisa mengakses segala keperluannya sendiri tanpa bantuan dari konselor lagi. Pada saat itulah dilakukan pemutusan hubungan antara konselor dengan pasien HIV. Pemutusan hubungan disini berarti seorang konselor tidak lagi menganggap pasien HIV sebagai kliennya. Program konseling antara konselor dengan pasien HIV tersebut telah berakhir, tetapi hubungan komunikasi yang informal antara pasien HIV dengan konselor masih terus dapat berlangsung.

Sedangkan terdapat pula beberapa hal yang berkaitan dengan perilaku dokter dan perilaku pasien HIV/AIDS, yaitu;

1. Pola Perilaku dokter atau konselor

Pola perilaku dokter atau konselor yang aktif dalam berkomunikasi dengan pasien HIV/AIDS, dokter akan menyampaikan keseluruhan dari hasil wawancara (*anamnese*), pemeriksaan fisik pasien sampai yang terakhir yaitu diagnosa dan saran serta nasehat kepada pasien HIV/AIDS dalam konseling VCT tersebut. Pola perilaku ini tentunya akan membuat pasien HIV/AIDS merasa tidak diberikan kesempatan untuk bertanya kepada dokter atau konselor, sehingga komunikasi yang tercipta hanya dari pihak saja yaitu dokter. Pasien dengan pendidikan yang kurang dan tingkat ekonomi yang rendah akan menerima saja apa yang akan disampaikan oleh dokter, karena informasi yang mereka dapatkan dari dokter sekiranya sudah mencakup keseluruhan dari apa yang ada di benak pasien HIV/AIDS.

Sedangkan untuk pola perilaku dokter yang mau terbuka dan sharing tentang penyakit dengan pasien HIV/AIDS tentu saja akan menguntungkan bagi pasien HIV/AIDS untuk mengetahui dan bertanya lebih rinci mengenai penyakitnya. Ini dikarenakan perilaku dokter atau konselor yang ramah dalam penyampaian hasil pemeriksaan akan membuat pasien lebih nyaman untuk melakukan proses tanya jawab. Komunikasi yang tercipta antara dokter atau konselor dengan sikap dokter yang menganggap pasien HIV/AIDS itu sebagai teman/ mitra membuat posisi antara dokter atau konselor dan pasien HIV/AIDS tersebut menjadi seimbang, padahal dokter atau konselor disini mempunyai tingkat pengetahuan dan kompetensi yang lebih dibandingkan dengan pasien HIV/AIDS. Dengan pengalaman medisnya, dokter atau konselor lebih memahami penyakit dan apa yang dibutuhkan oleh pasien HIV/AIDS tetapi dokter atau konselor mau melepaskan atribut “kedokterannya”

untuk membuat pasien HIV/AIDS tersebut merasa nyaman. Sikap empati seperti itulah yang ingin ditunjukkan dokter atau konselor untuk membuat konseling VCT berjalan dengan baik.

2. Pola Perilaku Pasien HIV/AIDS

Pola perilaku pasien HIV/AIDS yang berpartisipasi aktif dalam konseling lebih banyak didominasi oleh pasien yang mempunyai tingkat pengetahuan atau melek informasi tentang kesehatan dan juga menyangkut tentang penyakit HIV/AIDS yang diidapnya sehingga mereka memiliki bahasan yang lebih luas. Pasien HIV/AIDS ini didukung oleh dokter atau konselor yang aktif pula sehingga akan mendapatkan output dari konseling yang intreraktif.

Sedangkan untuk pasien pasif, yaitu jenis pasien yang tidak terlalu peduli dengan proses komunikasinya dengan dokter atau konselor. Pasien tipe ini hanya ingin mendapatkan perawatan, pengobatan serta nasehat dari proses konseling tersebut dari dokter atau konselor yang menanganinya. Pasien hanya akan mendengarkan apa yang diinformasikan dan hanya menjawab apa yang ditanyakan oleh dokter atau konselor tanpa bertanya lebih lanjut. Pasien tipe seperti ini biasanya datang dari pasien dengan tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi yang kurang. Mereka menganggap dokter atau konselor lah yang paling tahu mengenai penyakit dan bagaimana cara penyembuhannya.

Keterbukaan antara pasien dengan dokter atau konselor juga dipengaruhi oleh jenis kelamin. Kebanyakan pasien perempuan hanya terbuka dengan dokter atau

konselor perempuan juga, karena mereka merasakan kenyamanan jika bercerita tentang penyakit dan permasalahannya.

3. Sifat kepedulian seorang dokter atau konselor terhadap pasien HIV/AIDS yang menjadi kliennya dalam konseling VCT ini memberikan perasaan diakui, dihargai dan setiap pasien HIV/AIDS mempunyai hak yang sama sebagai partisipan komunikasi. Dokter atau konselor mempunyai kedudukan yang sama dan berhak diperlakukan sama pula. Kedudukan seperti itu dapat diwujudkan dengan cara berkomunikasi yang jujur, terbuka, spontan dan tidak menghakimi satu sama lain terutama ini bagi dokter atau konselor yang memiliki kedudukan atau posisi yang lebih tinggi dibandingkan pasien HIV/AIDS.
4. Proses komunikasi dan interaksi yang ditemukan pada diri pasien HIV/AIDS, kebanyakan dipengaruhi oleh faktor gangguan psikologi. Seperti sikap penakut, kekhawatiran berlebihan, sikap minder di masyarakat. Pemahaman dan informasi yang salah tentang HIV kemudian juga berpengaruh terhadap keadaan psikologi pada diri pasien HIV/AIDS itu sendiri, karena seringkali kebanyakan penyakit yang diderita individu ataupun "penyakit" masyarakat pada umumnya bersumber dari ketidaktahuan dan kesalahpahaman atas berbagai informasi kesehatan yang mereka akses (arus informasi kesehatan). Hal tersebut kemudian akan berpengaruh terhadap kondisi kesehatan pasien HIV/AIDS.
5. Bahasa komunikasi informal yang lebih bersahabat dan akrab dipilih dokter atau konselor saat berkomunikasi dengan pasien HIV/AIDS, karena akan menimbulkan rasa nyaman pada diri pasien HIV/AIDS saat berkomunikasi. Rasa nyaman yang

tumbuh pada diri pasien HIV/AIDS saat berkomunikasi dengan dokter atau konselor akan berpengaruh terhadap tumbuhnya hubungan kedekatan dalam diri pasien HIV/AIDS kepada dokter atau konselor.

5.2 Implikasi Implikasi

5.2.1 Implikasi teoritis

1. Teori komunikasi yang diungkapkan oleh Palo Alto Group dalam *Relational Pattern Of Communication Theory* (Littlejohn, 2008: 197-198), menyatakan bahwa bila dua orang berkomunikasi maka mereka akan mendefinisikan hubungannya dengan cara mereka berinteraksi. Begitu juga dengan teori *Uncertainty Reduction Theory* oleh Berger dan Calabrese (dalam Beebe, Beebe & Redmond, 1996: 96) yang menjelaskan bagaimana mencari cara untuk mengurangi ketidakpastian yang kita alami saat bertemu dengan orang asing atau saat kita berada dalam situasi yang baru. Teori-teori tersebut dapat menjelaskan tentang hubungan komunikasi yang terjadi antara dokter atau konselor dengan pasien. Terdapat dokter yang masih merasa kedudukan dirinya lebih tinggi sehingga kurang memperlakukan pasien sebagai pihak yang mempunyai kedudukan yang setara yang tidak memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya. Tetapi terdapat juga dokter yang menganggap pasien tersebut setara dan menginginkan yang terbaik bagi pasiennya.
2. Perubahan sikap dan nilai seseorang dapat terjadi ketika ada tambahan informasi-informasi baru. Pada tahapan kontak awal, dokter atau konselor menjabarkan informasi tentang HIV/AIDS, hal tersebut merupakan langkah

yang dilakukan dokter atau konselor untuk membentuk sikap membutuhkan dan ketergantungan dalam diri pasien HIV/AIDS. Ketergantungan dan keingintahuan pasien HIV/AIDS terhadap berbagai macam informasi dan pengetahuan seputar penyakitnya akan menumbuhkan ketergantungan dirinya terhadap dokter atau konselor. Kondisi psikologi pasien HIV/AIDS yang labil serta pengetahuannya yang kurang dalam menanggapi masalah yang terdapat pada dirinya justru merupakan faktor yang menunjang timbulnya kepercayaannya terhadap dokter atau konselor.

3. Komunikasi yang dilakukan oleh dokter atau konselor terhadap pasien HIV/AIDS dalam program HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) adalah komunikasi interpersonal. Tahapan menumbuhkan hubungan antarpribadi seperti, perasaan empati, sikap bersahabat, kehangatan, keterbukaan, berusaha ditumbuhkan dan terjadi prosesnya dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling and Testing* (VCT). Dokter atau konselor berusaha menumbuhkan perasaan empati dalam dirinya saat mendengarkan keluhan-keluhan pasien hiv aids, menumbuhkan kepercayaan dalam diri pasien HIV/AIDS, menumbuhkan sikap kepercayaan dan hubungan kedekatan yang kemudian melahirkan sikap keterbukaan kepada dokter atau konselor.

5.2.2 Implikasi Praktis

Penelitian ini bisa memberikan penjelasan bahwa dalam hubungan antara dokter dan pasien yang terjalin dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) terdapat kesetaraan dalam pelaksanaan

komunikasi konseling tersebut. Ini dikarenakan ketika seorang dokter yang sekaligus menjadi konselor dalam VCT mempunyai kewajiban untuk membimbing dan mengarahkan pasien HIV/AIDS agar mempunyai motivasi baru dalam hidupnya. Jadi diperlukan metode komunikasi khusus untuk membuat pasien tersebut menjadi terbuka dan merasa nyaman ketika proses konseling sendiri itu terjadi.

Seorang dokter yang sekaligus sebagai seorang konselor perlu berperan dalam mengubah tradisi pasien yang cenderung pasif saat konseling. Dokter sebagai pihak yang dianggap ahli dan superior harus mampu bersikap rendah hati dan selalu berinisiatif untuk mendorong pasien HIV/AIDS tersebut agar berpartisipasi aktif selama proses komunikasi konseling berlangsung. Satu pihak (dokter/konselor) menjadi inisiator dari pihak lainnya (pasien HIV/AIDS) untuk membangun komunikasi konseling yang kondusif. Kondisi seperti ini adalah kondisi yang saling melengkapi dalam suatu kegiatan komunikasi.

5.3 Keterbatasan dan Saran Penelitian

5.3.1 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa penelitian ini memiliki banyak keterbatasan. Diantaranya pada proses pencarian informan yang sesuai dengan latar belakang penelitian yaitu pasien dengan status HIV/AIDS positif yang tidak mudah ditemui, dikarenakan pasien dengan penyakit tersebut kebanyakan mempunyai sifat

yang tertutup terhadap orang baru yang dianggapnya asing. Begitu juga dengan karakteristik informan yang beragam, mulai dari dokter yang menjabat sebagai konselor dan juga pasien HIV/AIDS yang membuat peneliti harus mampu menterjemahkan berbagai informasi dari informan dengan berbagai latar belakang tersebut menjadi satu kajian demi tercapainya maksud penelitian ini.

Penelitian tentang proses komunikasi dokter- pasien dalam pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) yang diadakan di RSUD Tugurejo Semarang, membutuhkan waktu penelitian yang cukup lama karena akses informasi yang dibutuhkan mengenai pasien hiv aids yang bersedia melakukan proses wawancara dengan peneliti cukup rumit prosedurnya.

5.3.2 Saran Penelitian Selanjutnya

Penelitian mengenai Proses Komunikasi Dokter-Pasien Dalam Pelaksanaan HIV *Voluntary Counseling And Testing* (VCT) yang dilaksanakan di RSUD Tugurejo hanya meneliti pada tahap awal konseling VCT HIV/AIDS, sedangkan untuk proses konseling dan terapi pengobatan dalam kegiatan pendampingan pasien HIV/AIDS tersebut dibutuhkan pihak-pihak lain yaitu *Provider Initiated Testing and Counseling* (PITC), *Care Support and Treatment* (CST) dan Management Kasus (MK), karena pihak-pihak yang terkait tersebut dalam pemeriksaan HIV/AIDS juga diperlukan untuk mendukung dan berkontribusi pada keberhasilan pengobatan serta kepuasan pasien.