

MEMBANGUN MODEL HIPOTETIS PENCEGAHAN & PENANGGULANGAN KONFLIK ANTARA PELAYAN KESEHATAN DENGAN PASIEN/KELUARGA PASIEN (Tinjauan Kasus “Perawat Suntik Mayat”)

Dani Vardiansyah¹, Yudhi Hertanto²

¹Universitas Esa Unggul, Jalan Arjuna Utara No. 9, Kebon Jeruk, Jakarta Barat

²RS. Meilia Cibubur, Jalan Alternatif Cibubur Km 1, Depok
dani.vardiansyah@esaunggul.ac.id

Abstract

This paper is a study of literature that is triggered by the incidence of conflict between health nurses with patients / families of patients who are repeated again. Cases such as Prita vs. RS Omni, but this time is a viral known as the case of "Surgery Nurses". This paper is intended to build a hypothetical model of conflict prevention and management between health care workers and patients / families of patients in the hope of becoming a guide to prevention and resolution of similar conflicts. It is said the hypothetical model because it still must be done refinement and empirical testing on it. The definition of health care is a team of doctors and nurses and even hospital-related organizations that provide services. Mentioned as patient / family of patients because in some cases the patient has been unconscious or is gone so that the conflict is the family. Health conflicts can be malpractice or miscommunication. The conflict studied in this paper is miscommunication rather than malpractice. By studying conflict theories, it is concluded that the source of conflict is rooted in the question of "who is the owner of the patient's body"? The seizure of hegemony over the patient's body gives rise to three approaches, namely paternalistic stating that the patient's body owner is a health servant so that it can do anything to the patient's body. The second point of view is individualistic stating that the patient / patient's family is the owner of power over the patient's body. While the reciprocal collegial view requests that each party open and appreciate the position of duties and responsibilities together for the healing of patients. This is an effective way to prevent conflict. Yet in the light of the events, conflict develops through three stages. The first stage: antaseden, which starts with the pressure on the health care waiter and the pressure on the patient / family of the patient. This pressure if not handled properly can enter the second stage: the conflict process, which ends in the third stage: the consequence of which latent conflict becomes open. In open conflict situations, if no win / win negotiations are in place, the conflict can be bad. Conflict has a positive impact when each party takes a lesson and resolves it.

Keywords: *conflict, miscommunication, health care.*

Abstrak

Tulisan ini merupakan studi literatur yang terpicu oleh kejadian konflik antara perawat kesehatan dengan pasien/keluarga pasien yang terulang lagi. Kasus yang menyeruak sebelumnya semisal Prita vs RS Omni, namun kali ini adalah viral yang dikenal sebagai kasus “Perawat Suntik Mayat”. Tulisan ini dimaksudkan untuk membangun model hipotetis pencegahan dan penanggulangan konflik

antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarga pasien dengan harapan dapat menjadi pedoman pencegahan dan resolusi atas konflik serupa. Dikatakan model hipotesis karena masih harus dilakukan penyempurnaan dan pengujian empirik atasnya. Yang dimaksud pelayan kesehatan adalah team dokter dan perawat bahkan terkait organisasi rumah sakit yang memberi layanan. Disebutkan sebagai pasien/keluarga pasien karena dalam beberapa kasus pasien sudah tidak sadarkan diri atau sudah tiada sehingga yang berkonflik adalah pihak keluarga. Konflik kesehatan dapat berupa malapraktik atau miskomunikasi. Konflik yang dikaji dalam tulisan ini adalah yang bersifat miskomunikasi dan bukan malapraktik. Dengan mengkaji teori-teori konflik maka disimpulkan sumber konflik berakar pada persoalan "siapa pemilik tubuh pasien"? Perebutan hegemoni atas tubuh pasien melahirkan tiga pendekatan, yaitu paternalistik yang menyatakan bahwa pemilik tubuh pasien adalah pelayan kesehatan sehingga dapat melakukan apapun terhadap tubuh pasien. Sudut pandang kedua adalah individualistik yang menyatakan bahwa pasien/keluarga pasien adalah pemilik kuasa atas tubuh pasien. Sedangkan pandangan *reciprocal collegial* meminta agar masing-masing pihak terbuka dan menghargai kedudukan tugas dan tanggungjawab secara bersama guna penyembuhan pasien. Inilah cara efektif mencegah konflik. Namun dilihat dari runtun peristiwanya, konflik berkembang melalui tiga tahapan. Tahap pertama: antaseden, yaitu berawal pada tekanan yang ada pada pihak pelayan kesehatan dan tekanan pada pasien/keluarga pasien. Tekanan ini jika tidak ditangani dengan baik dapat memasuki tahap kedua: proses konflik, yang berujung pada tahap ketiga: konsekuensi dimana konflik laten menjadi terbuka. Dalam situasi konflik terbuka, jika tidak dilakukan negosiasi yang win-win, konflik dapat berdampak buruk. Konflik berdampak positif manakala masing-masing pihak mengambil pelajaran dan melakukan resolusi atasnya.

Kata kunci: konflik, miskomunikasi, pelayan kesehatan.

Pendahuluan

Kita pernah mendengar kisah Prita vs RS Omni dan beberapa kasus lainnya. Baru-baru ini media kembali ramai memberitakan konflik yang muncul antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarga pasien. Kali ini terjadi di RS Siti Khodijah, Sidoarjo, dengan korban bernama Supariyah, pasien berusia 67 tahun. Berikut ini petikan berita dari Kompas (29/1/2018):
...Jika belum lama beredar video tangisan pasien karena merasa dicabuli oleh perawat, jagad dunia maya kembali ramai dengan beredarnya video kegaduhan di rumah sakit.
Kali ini, video yang viral menunjukkan keluarga pasien marah kepada dokter dan perawat di sebuah rumah sakit

swasta di Sidoarjo. Dalam video berdurasi sekitar 3 menit, keluarga pasien menyebut perawat menyuntik pasien yang sudah meninggal.

Video tersebut selain beredar luas di media sosial *Facebook*, juga beredar ke grup-grup *Whatsapp* beberapa hari terakhir.

Peristiwanya sendiri terjadi pada Desember 2017, belakangan dikenal sebagai kasus "Perawat Suntik Mayat". *Tribunnews* (29/1/2018) menulis pernyataan Hamzah, anak korban. "Saya menduga Ibu meninggal karena ditelantarkan dan kemungkinan malapraktik." Menurut Hamzah, pada 20 Desember 2017 ibunya mengeluh pusing dan mual. Hamzah membawanya ke RS,

dan saat tiba resepsionis mengatakan tak ada kamar kosong. Karenanya, Hamzah memutuskan memasukan ibunya sebagai pasien umum, bukan pasien BPJS.

"Petugas langsung bilang, ada satu kamar tersedia. Akhirnya, ibu saya masuk pukul 11.30 WIB," sambung Hamzah. Bagi Hamzah, mendapatkan ruang perawatan tak berarti ibunya ditangani secara medis. Hamzah mengaku, ibunya dijanjikan akan ditangani dua dokter spesialis dalam dan syaraf. "Hingga malam ke esokan harinya sampai keadaan Ibu kritis juga belum ditangani," ujarnya. Hamzah yang emosi meminta perawat segera memanggil dokter spesialis yang dijanjikan. Hingga pukul 21.00 WIB, dokter spesialis belum juga tiba. Akhirnya, demikian menurut Hamzah, datang seorang perawat menyuntikan sesuatu ke ibunya tanpa mengecek kondisi mendiagnosa Supariyah. Hamzah curiga, ketika perawat menyuntik, ibunya sudah tiada, tak bergerak, dan tak merespon sama sekali. Terbukti ketika Hamzah mengecek nadi ibunya, tak ada denyut. "Ibu sudah meninggal," kata Hamzah. Pihak keluarga melaporkan kejadian ini ke Polda Jatim dan juga mensomasi RS Siti Khodijah untuk meminta pertanggungjawaban. "Namun, tak ada tanggapan dari pihak rumah sakit," tegasnya.

Pihak RS Siti Khodijah (RSSK), Sidoarjo, membantah melakukan penelantaran pasien. Melalui pengacara, pihak RSSK menyatakan telah melakukan penanganan terhadap pasien. "Ada bukti catatan medis. Dikatakan kami menelantarkan pasien, itu sama sekali tidak benar," kata Masbukhin selaku pengacara RSSK, Selasa (30/1/2018). Terkait penanganan mendiagnosa Supariyah, Masbukhin menuturkan pada 21 Desember 2017 pukul 22.00 WIB, perawat membangunkan pasien untuk memeriksa denyut nadi, pernapasan, dan memberikan injeksi obat *vomceran* dan OMZ (mual dan

muntah). Kemudian pukul 22.20 WIB, dr Hamdan melakukan pemeriksaan langsung ke Supariyah berdasarkan catatan perawat tadi. Dari catatan dr Hamdan, diketahui nadi pasien 74 kali per menit, jantung normal, paru normal, namun terdapat penyumbatan pembuluh darah. "Kondisi pasien masih hidup dan pengecekan yang dilakukan dr Hamdan yang juga Direktur RSSK ini diketahui pihak keluarga," sambungnya. Pada 22.35 WIB, dr Hamdan memeriksa pasien lain. Sekitar 10 menit kemudian, keluarga pasien menghubungi perawat karena kondisi Supariyah tiba-tiba drop. Perawat menghubungi dr Hamdan. Saat diperiksa, jantung tidak berdenyut, tensi tidak terukur, nadi tidak teraba. "dr Hamdan melakukan tindakan pijat jantung akan tetapi tidak mampu menyelamatkan jiwa pasien. Pasien dinyatakan meninggal pada pukul 23.00 WIB akibat *cardiac arrest* (serangan jantung mendadak). Semua ada rekaman medisnya," ujarnya. Setelah melalui mediasi, akhirnya kasus selesai. Sebagaimana ditulis CNN Indonesia (15/2/2018) Rumah Sakit Siti Khodijah Sidoarjo dan keluarga almarhum Supariyah sepakat berdamai dan tidak melanjutkan kasus hukumnya.

Menurut kuasa hukum RS Siti Khodijah Masbukhin, kesepakatan damai antara pihak RS dan keluarga telah melalui beberapa proses mediasi. "Mediasi sifatnya imperatif, dan wajib untuk dilaksanakan. Keduanya sepakat menempatkan mediasi sebagai upaya penyelesaian perkara," ujar Masbukhin, saat menggelar konferensi pers di gedung rumah sakit dan dihadiri pihak keluarga korban, Kamis (15/2/18).

Dia menjelaskan, kedua pihak mengakui kesalahan dalam komunikasi dan informasi, sehingga atas dasar itulah keduanya sepakat melakukan mediasi menyelesaikan perkara.

Demikianlah, kasus tuduhan malapraktik kembali terjadi. Namun,

mengkaji historis beragam kasus malapraktik, hakikatnya ada peristiwa kesehatan yang benar-benar malapraktek, ada juga yang hanya karena miskomunikasi. Tulisan ini khusus mengupas permasalahan konflik antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarga pasien yang disebabkan miskomunikasi, khususnya terkait kasus yang saat ini dikenal media sebagai "Perawat Suntik Mayat" ini.

Terlihat bahwa konflik yang terjadi karena miskomunikasi pasti menguras energi. Sehingga, perlu dipikirkan sebuah model pencegahan dan penanggulangan konflik antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarga pasien. Model dalam paper ini masih bersifat hipotetis karena hanya berlandaskan studi literatur dan kajian teoretis dan masih harus dilakukan pengujian empirik terhadapnya. Karena itu, paper ini diber judul "Model Hipotetis Pencegahan dan Penanggulangan Konflik antara Pelayan Kesehatan dengan Pasien/Keluarga Pasien". Dikatakan sebagai "pasien/keluarga pasien" karena dalam beberapa kasus, pasien sudah tidak berdaya atau sudah tiada, sehingga akhirnya yang berperan adalah keluarga pasien.

Dokter dan Perawat selaku Pelayan Kesehatan

Tidak mudah memberikan layanan kesehatan. Posisi dan fungsinya dalam suatu institusi kesehatan menuntut profesi pelayan kesehatan yang bersifat *multitasking*, yakni mampu melakukan banyak tugas dalam kurun bersamaan. Dalam naskah ini, dokter dan perawat dilihat sebagai satu kesatuan petugas layanan kesehatan, dan karenanya akan disebut sebagai pelayan kesehatan, yakni team yang memberi layanan kesehatan bagi klien yang memiliki masalah kesehatan,

baik fisik maupun nonfisik (lihat Suryani, 2013; Cahyono, 2008; Kennedy 2009).

Dalam tugas layanan kesehatan yang dilakukannya, dokter dibantu dengan perawat bersifat *independent* sesuai *core competency* yang dimiliki, atau *dependent* bergantung arahan dari pihak lain semisal rekan sejawat, maupun *interdependent* dengan unit terkait dalam organisasi (Suryani, 2013).

Keberadaan perawat sebagai team dalam layanan kesehatan mendampingi dokter adalah untuk memastikan berjalannya fungsi *to care* (memberi kepedulian) dan *to cure* (mengobati). Posisi vital dokter dan perawat menegaskan makna pelayanan pada intitusi kesehatan sebagai *health with care become healthcare* (Clancy & Collins, 2005). Oleh karenanya, dari sudut pandang pasien, dokter dan perawat adalah satu kesatuan team pelayan kesehatan.

Karakteristik utama dari klien pada industri jasa kesehatan adalah situasi yang sedang sakit. Secara psikologis, kondisi pasien yang tengah mengalami penyakit (*sick*) dan kesakitan (*illness*) seperti ini dapat menjadi dasar potensi ketidaksenangan dan ketidakpuasan, sehingga menimbulkan ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan, dan akhirnya bermuara kepada konflik. Jika tidak dikelola, konflik kecil dapat membesar menjadi situasi "membahayakan", sebagaimana viralnya kasus "Perawat Suntik Mayat" ini.

Konflik yang telah muncul secara terbuka seperti ini membutuhkan resolusi dalam penyelesaiannya. Pada titik ini, *nursing competency* baik dalam *skill, knowledge, and attitude* tidaklah cukup tanpa *communication* dan *negotiation skill* memadai. Diketahui pula bahwa konflik yang bersumber dari relasi pelayan kesehatan dengan pasien kerap kali tidak terkendali. Bila tidak dikelola, konflik

seperti ini akan menghabiskan sumberdaya. Dengan begitu, upaya untuk mereduksi konflik melalui pembentukan resolusi menjadi langkah penting dalam penanganan dan bahkan pencegahan.

Berdasarkan kasus "Perawat Suntik Mayat" yang menjadi kajian ini, terdapat identifikasi beberapa aktor yang terlibat konflik, yang pada awalnya intrapersonal kemudian meluas hingga sampai ke mediasi pengadilan. Para aktor yang terlibat diantaranya adalah:

1. Team Pelayan Kesehatan, yakni Dokter dan Perawat: sebagai pemberi layanan kesehatan kepada pasien
2. Manajemen Rumah Sakit: institusi pelayanan kesehatan sebagai wadah kerja team pelayan kesehatan (dokter + perawat)
3. Keluarga Pasien: pihak yang berkomunikasi dengan pelayan kesehatan. Dalam kasus ini "Perawat Suntik Mayat", pasien tidak tampil karena sudah meninggal.
4. Pengacara: mewakili parapihak yang berseteru melalui pengadilan, baik pengacara dari pihak keluarga pasien maupun dari rumah sakit.
5. Mediator: institusi penengah sebelum masalah secara resmi dibawa ke sidang pengadilan

Para pihak yang terlibat dalam kasus ini berinteraksi dan berkomunikasi secara berkelanjutan, baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam hal ini, proses penyelesaian atas konflik yang timbul akhirnya dilakukan menggunakan pendekatan mediasi, dalam proses jalur legal yang disepakati sebagai upaya dalam resolusi konflik yang memuncak. Proses mediasi dimaknai sebagai bentuk campur tangan pihak pengadilan untuk mencari kesepakatan serta solusi antarparapihak di luar mekanisme proses legal pengadilan.

Isu Utama: Permasalahan Kasus

Beberapa hal bisa dijadikan simpulan bila melihat runut kronologis kasus "Perawat Suntik Mayat", diantaranya:

1. Keluarga pasien tidak melakukan upaya verifikasi dan konfirmasi kepada pihak perawat ataupun institusi kesehatan dimana dilakukan pelayanan keperawatan, secara lebih mendalam atas meninggalnya pasien.
2. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan layanan tidak melakukan respon penanganan keluhan sesuai tatalaku prosedur *handling complain*, sehingga memunculkan kesan ketertutupan sebagai bentuk kesalahan.
3. Viralitas kasus baik melalui video ataupun pemberitaan terjadi sebelum proses negosiasi dilakukan antarparapihak, belum terdapat upaya secara terencana dan sadar untuk mencari titik temu kesepahaman yang dapat menjelaskan kejadian secara lebih jernih.
4. Mediasi dilakukan pada proses legal, ketika kejadian telah berubah dari keluhan menjadi gugatan hukum. Proses mediasi diperantarai oleh kuasa hukum parapihak dengan kesepakatan pengakhiran damai, setelah komunikasi dilakukan terbuka.

Maka, dari uraian di atas, teridentifikasi permasalahannya adalah sebagai berikut:

1. Hakikatnya, ini merupakan masalah miskomunikasi dan bukan malapraktik walau pihak keluarga awalnya berkeyakinan adalah malapraktik.
2. Jika permasalahan adalah malapraktik, mutlak diselesaikan melalui jalur hukum. Namun, karena ini adalah masalah miskomunikasi, perlu dipahami mengapa konflik dapat

terjadi dengan coba mengkaji sumber konfliknya.

3. Dengan memahami mengapa konflik terjadi dan dengan menemukan sumber konflik dari kasus ini, diharapkan bisa menjadi acuan dalam menghadapi konflik sejenis.
4. Dengan demikian, resolusi konflik seperti apakah yang direkomendasikan? Lebih dari itu, upaya pencegahan apakah yang sebaiknya ditempuh agar kasus tidak berulang kembali?
5. Berangkat dari hal ini, diharapkan dapat dibangun sebuah model hipotesis pencegahan dan penanggulangan konflik antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarga pasien.

Pendekatan Teoritis

Sebelum membangun sebuah model pencegahan dan resolusi konflik pelayan kesehatan – pasien/keluarga pasien, perlu ditinjau beberapa penelitian terdahulu serta kajian teoretis yang relevan atas kasus “Perawat Suntik Pasien” berikut ini.

Penelitian Terdahulu: Upaya Memahami

Baddar et all (2016) melakukan penelitian terkait strategi yang dikembangkan para perawat, utamanya dalam mengatasi masalah serta konflik yang terjadi di rumah sakit. Temuannya menunjukkan, perawat harus mampu mengembangkan kerjasama kolegal dengan semua pihak yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit.

Baddar menyimpulkan, sesungguhnya konflik dan permasalahan adalah bagian yang tidak terpisahkan dari profesi keperawatan, yang dapat disebabkan oleh apapun. Pasien, termasuk keluarga pasien, kerap kali tidak mampu mengelola emosi dan bahkan dapat “meledak” setiap saat.

Perbedaan persepsi – dalam perspektif pasien dan perawat – terjadi sebagai akibat otoritas yang bersinggungan. Perawat dibekali tanggung jawab dalam layanan keperawatan, sementara itu pasien merasa memiliki otoritas atas tubuhnya sendiri.

Penelitian yang dilakukan pada sebuah rumah sakit ibu dan anak di Riyadh milik Kementerian Kesehatan Arab Saudi ini melibatkan 78 perawat. Di rumah sakit berkapasitas 310 tempat tidur itu, responden diklasifikasi berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan dan pengalaman kerja. Menggunakan metode deskriptif korelasional, didapatkan strategi akomodasi (61.5%), disusul dengan kolaborasi (60.3%), selanjutnya kompromi dan sursurya penghindaran (57.7%) dan posisi terakhir adalah kompetisi (56.4%).

Pada temuan lain, Idongesit et all (2016) berusaha menangkap potret keterkaitan antara konflik pekerjaan dan kinerja perawat yang dilakukan dalam penelitian di Nigeria. Temuannya menunjukkan, tidak terdapat korelasi langsung antara konflik dan kinerja, dikarenakan peran dari aturan etik dan legal yang telah mengatur peran perawat di rumah sakit. Untuk itu, deskriptif survei dilakukan dengan pengolahan data lanjutan, melibatkan sebanyak 40% dari 585 perawat, yakni 242 perawat. Pada kuisisioner yang dibuat, dirancang 50 item pertanyaan terkait konflik. Hasil penelitian menunjukkan, potensi konflik terjadi sebagai akibat dari *overwork* dan *poor rewarding* (92%). Konflik ini dapat dibedakan atas konflik dengan pasien (90%), disusul konflik sesama rekan kerja (81%), lingkungan kerja yang buruk (80%), konflik dengan tenaga kesehatan lain (78%), serta konflik akibat masalah diskriminasi (61%). Demikian survei dari sudut pandang perawat.

Untuk mengetahui sudut pandang pasien, mari mengacu kepada penelitian yang dilakukan McCabe (2004) terkait eksplorasi pengalaman pasien dalam pola komunikasi selama menjalani masa perawatan di Irlandia. Dari sini ditemukan hal-hal yang menjadi ekspektasi seorang pasien agar dapat berkomunikasi lebih dalam dengan perawatnya.

Menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi hermeneutika. Mc Cabe melibatkan delapan pasien yang sebelumnya telah dirawat dan menginap di rumah sakit, sehingga dianggap signifikan untuk memberikan uraian terkait komunikasi perawat-pasien. Diketahui, terdapat beberapa tema penting selama wawancara tersebut; (1) defisit komunikasi (2) keberadaan (3) empati dan (4) sikap bersahabat.

Temuan penelitian merekomendasikan untuk melakukan perbaikan serta pengembangan pola komunikasi secara praktis, yang dapat diterapkan oleh perawat kepada pasien. Termasuk mendorong peningkatan kemampuan berempati, melakukan manajemen waktu dalam memberikan pelayanan bagi pasien, serta melakukan pelatihan bagi perawat sebagai sarana refreshmen pengetahuan akan standar layanan.

Layanan Kesehatan dan Kekuasaan: Siapa 'Pemilik' Tubuh ini

Menurut aturan universal, dalam upaya memberi layanan kesehatan bagi pasien, rumah sakit wajib memastikan bahwa layanan yang diberikan berorientasi pada pencapaian kondisi kesehatan pasien agar menjadi lebih baik. Hal ini adalah demi keselamatan pasien itu sendiri.

Merujuk ketentuan *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) dalam Clancy & Collins (2005) dirumuskan tujuan keselamatan pasien, yang menjamin

fokus penerapan keselamatan pasien menjadi lebih baik. Tujuan keselamatan pasien harus dicapai rumah sakit agar program berjalan sesuai harapan.

Bentuk strategi yang dilaksanakan diantaranya adalah meningkatkan komunikasi efektif. Terdapat proses kolaboratif untuk memastikan keakuratan komunikasi verbal maupun melalui telepon dan pelaporan keadaan pasien. Prosedur itu adalah, pertama, menerapkan *read back* yaitu membaca ulang instruksi yang diterima baik lisan/tulisan. Kedua, menerapkan *check back* yaitu validasi ulang informasi dan adanya standar pelaporan yang jelas.

Relasi yang terkait dengan keselamatan pasien pada sisi yang berlawanan adalah kesalahan medis. Istilah kesalahan medis adalah sesuatu yang dipakai untuk menguraikan suatu *error* dalam bidang medis, yang memiliki dua komponen, yaitu unsur manusia (*human*) dan sistemnya. Sebagaimana diutarakan pada bagian *I. Pendahuluan* naskah ini, kesalahan medis yang sering disebut malapraktik adalah diluar kajian konflik paper ini.

Menurut Suryani (2013), telah terjadi perubahan pola hubungan antara team pelayan kesehatan dengan pasien dikarenakan beberapa faktor. Pertama, kepercayaan tidak lagi tertuju kepada si pemberi layanan kesehatan, melainkan bergeser kepada kemampuan ilmu dan teknologi kesehatan. Kedua, masyarakat menganggap bahwa tugas layanan kesehatan bukan hanya menyembuhkan, tapi juga perawatan. Ketiga, terdapat kecenderungan bahwa kesehatan bukan semata keadaan tanpa penyakit, melainkan juga terkait dengan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial. Keempat, semakin banyak peraturan yang memberikan perlindungan hukum kepada pasien sehingga pasien semakin memahami hak-

haknya. Kelima, kecerdasan masyarakat mengenai kesehatan semakin meningkat dan mampu mengadakan penilaian.

Terkait kasus "Perawat Suntik Pasien", faktor keempat dan kelima bisa menjadi pemicu keberanian keluarga pasien untuk coba menuntut haknya. Sebagaimana diutarakan, paper ini mendefinisikan pelayan kesehatan adalah dokter dan perawat sebagai sebuah team. Namun, khusus terkait dokter, Komalawati melaporkan beberapa ahli yang telah melakukan penelitian antara dokter dan pasien sebagai berikut (Komalawati, 2002): Pertama, Russel menyimpulkan bahwa hubungan antara dokter dan pasien lebih merupakan hubungan kekuasaan, yaitu hubungan antara pihak yang memiliki wewenang (dokter) sebagai pihak yang aktif, dengan pasien yang menjalankan peran kebergantungan sebagai pihak yang pasif dan lemah. Kedua, menurut Freidson, Freeborn dan Darsky, hubungan antara dokter dan pasien merupakan pelaksanaan kekuasaan medis oleh dokter terhadap pasien. Ketiga, Schwarz dan Kart mengungkapkan adanya pengaruh jenis praktik dokter terhadap perimbangan kekuasaan antara pasien dengan dokter dalam hubungan pelayanan kesehatan. Dalam praktik dokter umum, kendali ada pada pasien karena kedatangannya sangat diharapkan oleh dokter tersebut, sedangkan pada praktik dokter spesialis, pasien sangat tergantung kepada spesialisasi dokternya.

Keempat, Kisch dan Reeder, meneliti seberapa jauh pasien dapat memegang kendali hubungan dan menilai penampilan kerja suatu mutu pelayanan medis yang diberikan dokter kepada pasiennya. Dalam penelitian ini ditemukan adanya beberapa faktor yang dapat mempengaruhi peran pasien dalam hubungan pelayanan medis, antara lain jenis praktik dokter (praktik individual atau praktik bersama), atau sebagai dokter

dalam suatu lembaga kedokteran. Masing-masing kedudukan tersebut merupakan variabel yang diperlukan yang dapat memberikan dampak terhadap mutu pelayanan medis yang diterimanya.

Kelima, Szasz dan Hollender mengemukakan tiga jenis prototip hubungan antara dokter dan pasien, yaitu hubungan antara orang tua dan anak, antara orang tua dan remaja, dan prototip hubungan antara orang dewasa. Masih terkait hubungan pelayan kesehatan dengan pasien, Thiroux seperti yang dikutip oleh Anny Isfandyarie (2010) membagi hubungan ini dalam tiga sudut pandang, yakni : Pertama, Paternalisme. Ini merupakan pandangan klasik yang menuntut dokter berperan sebagai orang tua terhadap pasien dan keluarga pasien. Menurut sudut pandang ini, segala keputusan pengobatan dan perawatan berada di tangan dokter sebagai pihak yang punya pengetahuan tentang pengobatan. Sementara, pasien dianggap tidak mempunyai pengetahuan di bidang pengobatan. Informasi yang dapat diberikan kepada pasien seluruhnya merupakan kewenangan dokter dan asisten profesionalnya, dan pasien tidak boleh ikut campur di dalam pengobatan yang dijalankan. Artinya, pelayan kesehatan memiliki kuasa mutlak atas tubuh pasien. Kedua, Individualisme. Merupakan reaksi atas sudut pandang Paternalisme. Pandangan ini beranggapan bahwa pasien mempunyai hak mutlak atas tubuh dan nyawanya sendiri. Oleh karena itu, semua keputusan tentang pengobatan dan perawatan sepenuhnya berada di tangan pasien yang mempunyai hak atas dirinya sendiri. Ketiga, pandangan *Resiprocal Collegial* mengelompokkan pasien dan keluarga sebagai inti dalam kelompok sedangkan dokter, perawat, dan para profesional kesehatan lainnya harus bekerja sama untuk melakukan yang terbaik bagi

pasien dan keluarganya. Hak pasien atas tubuh dan nyawanya tidak dipandang sebagai hal yang mutlak menjadi kewenangan dokter dan staf medis lainnya, melainkan juga milik pasien dan keluarganya. Dan, karenanya, para pihak harus memandang tubuh dan nyawa pasien sebagai prioritas utama yang menjadi tujuan pelayanan kesehatan yang dilakukan. Keputusan yang diambil dalam perawatan dan pengobatan harus bersifat resiprokal yang artinya bersifat memberi dan menerima, dan *collegial* yang berarti pendekatan yang dilakukan merupakan pendekatan kelompok yang setiap anggotanya mempunyai masukan dan tujuan yang sama, yakni kesembuhan pasien. Dalam kasus Prita - RS Omi bisa dinyatakan bahwa manakala Prita menganut sudut pandang Individualisme, sementara RS Omni cenderung menganut Paternalisme. Pun sendainya dalam kajian terkait "Perawat Suntik Mayat" menggunakan sudut pandang *reciprocal collegial*, harusnya konflik tidak terjadi.

Dari kasus "Perawat Suntik Pasien" terlihat bahwa dokter dan perawat dimaknai sebagai pihak yang berkuasa atas tubuh pasiennya. Pelayan kesehatan adalah pihak yang menghegemoni tubuh pasiennya. Persepsi inilah yang tampaknya tercermin dari ucapan keluarga pasien yang merasa termarginalkan yang awalnya terpicu karena ibunya "hanyalah" pelanggan BPJS.

Teori komunikasi dasar menyatakan, manakala terjadi masalah komunikasi, kesalahan utama adalah pihak komunikator yang tidak mampu berorientasi kepada komunikannya (Vardiansyah, 2017; Hardjana, 2003) Dengan kata lain, dapat dinyatakan bahwa alasan terjadinya konflik antara pelayan kesehatan – pasien/keluarga pasien adalah persepsi hubungan yang tidak setara, dimana pelayan kesehatan sebagai tenaga

kesehatan dengan otoritas tanggungjawabnya, secara verbal maupun nonverbal, tidak mampu menyelaraskan diri terhadap posisi pasien dan keluarga pasien yang berada dalam *kondisi psikologis* sedang berduka. Sehingga, upaya untuk memahami kondisi psikologis pasien perlu digunakan untuk menetapkan siapa pemilik kuasa atas tubuh pasien itu.

Teori-Teori Konflik: Selayang Pandang

Mengutip Rasyid (2015) konflik bagi Karl Marx terjadi karena adanya pemisahan kelas di dalam masyarakat. Kelas sosial tersebut antara kaum borjuis dan kaum proletar yang termarginalkan. Marx menunjukkan bahwa masyarakat abad ke-19 di Eropa terdiri dari kelas pemilik modal (borjuis) dan kelas pekerja miskin (proletar). Kedua kelas tersebut berada dalam struktur sosial hierarki yang berbeda. Kaum borjuis pemilik modal memeras dan mengeksploitasi kaum proletar. Keadaan seperti ini terus berjalan seiringnya waktu karena kaum proletar yang pasrah, menerima keadaan, dan sudah menganggap takdir dirinya menjadi kaum terpinggirkan. Ketegangan antara kaum proletar dan borjuis mendorong terbentuknya gerakan sosial besar yang disebut revolusi. Hal ini terjadi karena adanya kesadaran dari kaum proletar yang dieksploitasi oleh kaum borjuis. Dari kesadaran tersebut menjadikan persaingan dalam perebutan kekuasaan.

Sementara menurut Max Weber, sebagaimana dikuti dari Agung (2015), konflik merupakan unsur dasar kehidupan masyarakat. Di dalam masyarakat terdapat pertentangan-pertentangan yang muskil bisa dilenyapkan. Weber menyatakan bahwa masalah kehidupan modern dapat dirujuk ke sumber materialnya yang riil (misalnya struktur kapitalisme). Bagi Weber, konflik sebagai suatu sistem otoritas atau sistem kekuasaan dimana

kekuasaan cenderung menaruh kepercayaan kepada kekuatan. Orang yang kuat itulah yang akan berkuasa. Sedangkan otoritas adalah kekuasaan yang dilegitimasi. Artinya, kekuasaan yang dibenarkan. Tindakan manusia di dorong oleh kepentingan-kepentingan bukan saja yang bersifat materiil melainkan juga ideal. Oleh karenanya, antara konflik dan integrasi akan selalu terjadi di dalam masyarakat. Kembali mengutip Rasyid (2015), bagi Dahrendorf di dalam setiap kelompok seseorang berada pada posisi dominan berupaya mempertahankan status quo. Artinya, orang tersebut berupaya mempertahankan keadaan sekarang agar tetap seperti keadaan sebelumnya. Sedangkan masyarakat yang dalam posisi marginal atau kaum yang terpinggirkan berusaha mengadakan perubahan. Konflik dapat merupakan proses penyatuan dan pemeliharaan struktur sosial. Jadi, bagi Dahrendorf, tidak selamanya konflik bersifat negatif karena ada juga segi positifnya. Dengan konflik, garis batas antarkelompok dapat saling terjaga dan dapat memperkuat kembali identitas kelompok dan melindunginya agar tidak terpecah ke dalam dunia sosial sekelilingnya.

Sementara mengutip dari Agung (2015), terdapat beberapa model konflik bagi Dahrendorf. Diantaranya: 1. Setiap masyarakat kapan saja tunduk pada proses perubahan; 2. Setiap masyarakat kapan saja memperlihatkan perpecahan dan konflik-konflik sosial; 3. Setiap elemen dalam masyarakat menyumbang pada disintegrasi dan perubahan, dan; 4. Setiap masyarakat didasarkan pada paksaan atas beberapa anggotanya oleh orang lain.

Jadi menurut Dahrendorf, sebagaimana ditulis Agung (2015), konflik yang bersifat laten akan dapat berubah menjadi manifes manakala masing-masing dari mereka sadar akan kepentingannya.

Dahrendorf mengakui bahwa masyarakat tidak akan ada tanpa adanya konsensus dan konflik yang menjadi persyaratan satu sama lain.

Konflik dapat dibagi dalam dua kategori. Untuk itu, mari melihat kategori konflik menurut Coser sebagaimana ditulis Rasyid (2015), yakni konflik realistik dan konflik nonrealistik. Konflik realistik berasal dari kekecewaan terhadap adanya tuntutan-tuntutan khusus yang terjadi dalam hubungan yang ditujukan kepada obyek yang dianggap mengecewakan. Sedangkan konflik nonrealistik berasal dari kebutuhan untuk meredakan ketegangan yang paling tidak dari salah satu pihak.

Dari buku yang ditulis Bagus (2012) kita mengetahui bahwa teori konflik menurut Coser tidak selamanya bersifat negatif. Artinya, konflik bagi Coser dapat menjadikan positif manakala membantu mewujudkan rasa persatuan dan kesadaran akan hidup bermasyarakat. Fungsi positif konflik adalah menyebabkan perubahan dimana solidaritas kelompok akan semakin erat guna mengatasi masalah dengan kelompok lainnya. Hakikatnya, Coser tidak terlalu menaruh perhatian kepada hubungan timbal balik yang lebih kompleks antara bentuk-bentuk konflik dan interaksi lainnya pada tingkat antarpribadi, akan tetapi Coser lebih menyoroti pada konsekuensi-konsekuensi yang timbul bagi sistem sosial yang lebih besar di mana konflik tersebut terjadi.

Kembali kepada permasalahan kasus "Perawat Suntik Pasien", terlihat bahwa teori-teori konflik yang banyak dikupas cenderung berada dalam tataran sosial, bukan pada tataran antarpribadi atau kelompok/organisasi sebagaimana kajian pada studi kasus ini. Karenanya, menarik untuk membangun sebuah model konflik di tataran antarpribadi atau kelompok atau organisasi; yaitu konflik antara pelayan kesehatan dan pasien/keluarga pasien.

Namun demikian, mengacu teori-teori konflik sosial di atas, maka dengan cara berfikir reflektif, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

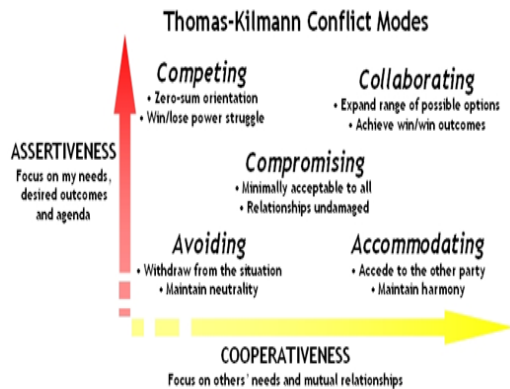
Pertama, jika meminjam konsep dari Max dan juga Weber, merujuk pada kajian kasus, maka telah terjadi pertentangan antara kaum pemilik modal (yaitu Rumah Sakit) dan kaum yang terpinggirkan (pasien yang awalnya BPJS). Manakala konflik awal belum tertuntaskan, terjadi perebutan kekuasaan atas tubuh pasien antara pihak pelayan kesehatan dan keluarga pasien: pelayan kesehatan merasa punya hak melakukan apa saja atas tubuh pasien, demikian juga keluarga pasien yang merasa memiliki hak atas tubuh pasien. Adapun, konflik seperti ini dapat menjadi negatif manakala saling menghancurkan.

Dengan kata lain, pada kerangka yang lebih substansial, alasan terjadinya sumber konflik pada kajian kasus ini adalah adanya ketidaksetaraan hubungan, dimana pelayan kesehatan beserta struktur organisasi rumah sakit, tidak mampu menyelaraskan diri terhadap posisi pasien dan keluarga pasien yang menjadi konsumen layanan kesehatan yang sedang dalam kondisi psikologis berduka. Namun konflik dapat menjadi positif manakala dapat diselesaikan dengan baik-baik dan menjadi pelajaran agar kejadian yang sama tidak terulang di masa mendatang.

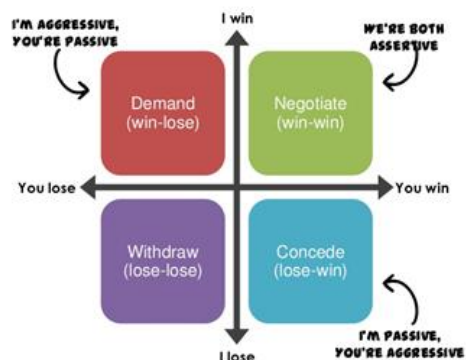
Resolusi Konflik

Berdasarkan model konflik yang dikembangkan Thomas-Kilmann (2002), upaya penyelesaian konflik yang terjadi dapat melalui beberapa format, yakni (1) *avoiding* (2) *accommodating* (3) *competing* (4) *collaborating* (5) *compromising*, hal ini bergantung pada analisa situasi baik eksternal (berkenaan atas tingkat kepentingan relasi pihak lain) maupun internal (berkaitan dengan tujuan individu).

Pilihan bentuk penyelesaian konflik dalam hubungan pelayan kesehatan – pasien/keluarga pasien akan terkait pada kapabilitas individu team pelayan kesehatan (dokter-perawat), dukungan struktur manajemen, dan budaya organisasi rumahsakit terkait.



Sementara itu, upaya yang dapat ditempuh guna mencapai resolusi konflik, dapat melalui beberapa sudut pandang berikut ini: kuadran (1) kalah-kalah (2) kalah-menang (3) menang-kalah dan (4) kalah-kalah.



Mengacu pada Morton et all (2016), format penyelesaian konflik dilandaskan pada prinsip membangun ruang kerjasama menang-menang dibandingkan memelihara efek kompetisi kalah menang. Persepsi penyelesaian konflik

didorong untuk dapat mengarah pada kecenderungan memahami konflik sebagai kerangka konstruktif.

Pada tinjauan di dunia layanan kesehatan, perbaikan dapat dilakukan dalam level mikro hingga makro dengan penjelasan:

- (1) Level mikro (individu), dikembangkan kapasitas dan kapabilitas komunikasi melalui pelatihan dan pengukuran hasil implementasi lapangan, baik dengan menggunakan supervisor kepala sebagai bagian dari ukuran kinerja.
- (2) Level makro (organisasi), dibuat unit penanganan komplain secara terpadu yang melibatkan perawat serta bagian lain yang terkait pengambilan kebijakan internal di rumah sakit, sehingga kewenangan penyelesaian masalah dapat segera ditangani dengan baik.

Pembentukan model serta upaya strategi resolusi konflik lainnya, secara berkesinambungan dapat dikembangkan melalui hasil *feedback* yang diperoleh pada implementasi di lapangan untuk dapat diadaptasi melalui prosedur pelayanan yang sesuai, sehingga di kemudian hari dapat menjadi panduan bagi penyelesaian konflik sejenis yang mungkin terjadi.

Karenanya, ketika pada akhirnya konflik ingin dituntaskan, teknik lobi dan negosiasi menjadi penting.

Lobi dan Negosiasi: Upaya Penyelesaian Konflik

Menurut Stephen Robbins dalam buku "Organizational Behavior" (2001), negosiasi merupakan proses pertukaran barang atau jasa atau ide atau gagasan antara dua pihak atau lebih dimana masing-masing pihak berupaya menyepakati tingkat "harga" yang sesuai dalam proses pertukaran tersebut. Sehingga, negosiasi dapat dimaknai sebagai proses dimana dua pihak atau lebih bertemu dan berbicara

untuk mencapai suatu kesepakatan. Masih menurut Robbins (2001), upaya negosiasi diperlukan manakala: a) Kita tidak mempunyai kekuasaan untuk memaksakan suatu hasil yang kita inginkan; b) Terjadi konflik antar para pihak, yang masing-masing pihak tidak mempunyai cukup kekuatan atau mempunyai kekuasaan yang terbatas untuk menyelesaikannya secara sepihak; c) Keberhasilan kita dipengaruhi oleh kekuasaan atau otoritas dari pihak lain; d) Kita tidak mempunyai pilihan yang lebih baik untuk menyelesaikan masalah yang kita hadapi atau mendapatkan sesuatu yang kita inginkan.

Menurut Lasmahadi (2005), upaya negosiasi tidak diperlukan manakala : a) Persetujuan atau kesepakatan bukanlah tujuan yang ingin dicapai oleh para pihak; b) Salah satu atau kedua belah pihak berniat untuk merugikan atau menghancurkan pihak lain; c) Negosiator dari salah satu pihak mempunyai kekuasaan yang terbatas atau tidak mempunyai kekuasaan sama sekali untuk mewakili kelompoknya dalam negosiasi.

Menurut Aaron dalam tulisannya tentang negosiasi di Harvard Review (2007) dalam melakukan negosiasi, seorang perunding yang baik harus membangun kerangka dasar yang penting tentang negosiasi yang akan dilakukan agar dapat berhasil menjalankan tugasnya tersebut. Kerangka dasar yang dimaksud antara lain : a) Apakah alternatif terbaik untuk menerima atau menolak kesepakatan dalam negosiasi? b) Berapa besar nilai atau penawaran minimum yang akan dapat diterima sebagai sebuah kesepakatan? c) Seberapa lentur proses negosiasi akan dilakukan dan seberapa akurat pertukaran yang ingin dilakukan.

Untuk membangun kerangka dasar tersebut, menurut Aaron (2007), terdapat 3 konsep penting yang harus dipahami oleh seorang negosiator, yaitu :

1. BATNA (*Best Alternative to a Negotiated Agreement*), yaitu langkah-langkah atau alternatif-alternatif yang akan dilakukan oleh seorang negosiator bila negosiasi tidak mencapai kesepakatan.
2. RP (*Reservation Price*), yaitu nilai atau tawaran terendah yang dapat diterima sebagai sebuah kesepakatan dalam negosiasi.
3. ZOPA (*Zone of Possible Agreement*), yaitu suatu zona atau area yang memungkinkan terjadinya kesepakatan dalam proses negosiasi.

Dengan pemahaman yang baik terhadap tiga konsep dasar di atas, para perunding diharapkan dapat menentukan hal-hal yang ingin dicapai dalam negosiasi, menentukan besarnya konsesi yang ingin didapat dan dapat diberikan, menentukan perlu tidaknya melanjutkan negosiasi, dan melakukan langkah lain yang lebih menguntungkan.

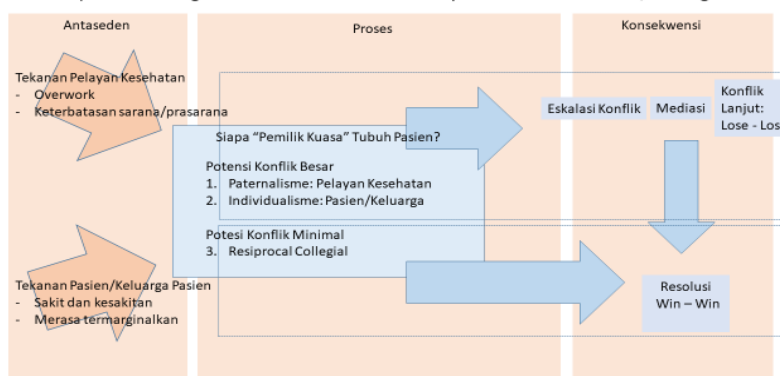
Sebagaimana juga sudah dikupas di atas, dalam melakukan negosiasi, terdapat empat strategi dasar, yaitu: (1) *Win-win*. Strategi ini dipilih bila pihak-pihak yang berselisih menginginkan penyelesaian masalah yang diambil pada akhirnya menguntungkan kedua belah pihak. Strategi ini juga dikenal sebagai *Integrative negotiation*. (2) *Win-*

lose. Strategi ini dipilih karena pihak-pihak yang berselisih ingin mendapatkan hasil yang sebesar-besarnya dari penyelesaian masalah yang diambil. Dengan strategi ini pihak-pihak yang berselisih saling berkompetisi untuk mendapatkan hasil yang mereka inginkan. (3) *Lose-lose*. Strategi ini dipilih biasanya sebagai dampak kegagalan dari pemilihan strategi yang tepat dalam bernegosiasi. Akibatnya, pihak-pihak yang berselisih pada akhirnya tidak mendapatkan sama sekali hasil yang diharapkan. (4) *Lose-win*. Strategi ini dipilih bila salah satu pihak sengaja mengalah untuk mendapatkan manfaat dengan kekalahan mereka. Maka, dalam kajian kasus pelayan kesehatan – pasien/keluarga pasien, strategi *win-win* mutlak dilakukan sehingga tidak menghancurkan salah satu pihak seperti pada kasus Prita – RS Omni.

Membangun Model Hipotetis Pencegahan dan Resolusi Konflik antara Pelayan Kesehatan dengan Pasien atau Keluarga Pasien

Berdasarkan kajian atas teori dan konsep sebagaimana diurai, dapat dibangun sebuah model hipotetis pencegahan dan penyelesaian konflik antara pelayan kesehatan dengan pasien/keluarganya sebagai berikut.

Model Hipotetis Pencegahan dan Resolusi Konflik Pelayan Kesehatan – Pasien/Keluarga Pasien



Pencegahan Dan Penanganan

Mengacu pada model hipotetis di atas, maka dalam upaya pencegahan dan penanganan konflik pelayan kesehatan – pasien/keluarganya agar tidak terus berulang, dapat diurai sebagai berikut.

1. Hakikatnya terdapat tiga tahapan yang membuat konflik yang semula laten muncul ke permukaan. Manakala telah muncul ke permukaan, konflik akan banyak menghabiskan waktu, tenaga, dan biaya dengan resiko *lose-lose* yang merugikan para pihak. Tiga tahapan itu adalah antaseden, proses, dan konsekwensi.
2. Dalam tahap antaseden, terdapat situasi yang dapat memicu konflik pada sisi pelayan kesehatan maupun pasien/keluarga pasien. Dari sisi pelayan kesehatan faktor antaseden itu adalah *overwork*, jumlah tenaga medis atau peralatan medis yang tidak sebanding, dll. Sementara faktor antaseden dari pihak pasien/keluarga pasien adalah masalah psikologis (semisal pasien yang tengah mengalami kesakitan, sakit, dan kecemasan) atau secara ekonomis (karena dari keluarga tidak mampu merasa termarginalkan hak-haknya, atau sebaliknya dari keluarga mampu menuntut hak berlebih).
3. Faktor yang ada pada tahap antaseden ini akan menjadi pemacu tahap kedua, yakni proses konflik, yaitu pertarungan kuasa atas: siapa “pemilik” tubuh pasien? Dalam sudut pandang paternalisme, pelayan kesehatan memiliki hak mutlak atas tubuh pasien dan karenanya merasa bisa melakukan apapun demi kesembuhan pasien. Sebaliknya, dalam sudut pandang individualisme, pasien/keluarga pasienlah yang memiliki kuasa atas tubuh pasien. Jika dua sudut pandang ini beradu, peluang

konflik menjadi sangat besar. Karenanya, yang terbaik adalah *reciprocal collegial*, yaitu para pihak sepakat berkerja sama dan saling menghargai pihak lainnya.

4. Jika tahapan proses di atas tidak tertangani dengan baik, sampailah pada tahap konsekwensi yang memerlukan keterlibatan pihak ketiga agar mediasi berakhir *win-win*, sebagaimana kasus “Perawat Suntik Pasien”. Jika tidak, kasus akan meledak *lose-lose* seperti pada Prita vs Omni.
5. Manakala konflik telah terbuka, maka guna mencapai resolusi, teknik lobi dan negosiasi dengan tujuan *win-win* mutlak diutamakan.

Kesimpulan

Berdasarkan bahasan di atas, terlihat bahwa sumber konflik yang utama adalah pertarungan wacana tentang “siapa pemilik kuasa atas tubuh ini”? Pencegahan dini mutlak dilakukan dan pendekatan *reciprocal collegial* adalah yang direkomendasikan. Selama tidak terlalu membesar, konflik bisa menjadi bahan masukan bagi para pihak mengoreksi diri. Namun, jika tidak segera ditangani, dapat menjadi destruktif. Maka, pola pikir *win-win* harus diterapkan dalam negosiasi resolusi konflik.

Hakikatnya, tulisan ini adalah sebuah model hipotetis yang masih dalam bentuk awal. Karenanya, sangat direkomendasikan untuk segera melakukan penyempurnaan dan pengujiannya secara empirik.

Daftar Pustaka

- Agung, Dewa Agung Gede. (2015). *Pemahaman Awal terhadap Anatomi Teori Sosial dalam Perspektif Fungsional dan*

- Struktural Konflik*. Jurnal Sejarah dan Budaya Vol 9 No. 2. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180130182415-20-272702/rs-khodijah-surabaya-bantah-perawat-suntik-pasien-meninggal>.
- Aron, Marjorie Corman. (2007). *Negotiating Outcomes: Expert Solutions to Everyday Challenges*. Harvard Business Review Press. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180130202036-20-272742/kronologi-perawat-suntik-pasien-meninggal-versi-rumah-sakit>.
- Baddar, Fatma et all. (2016). *Conflict resolution strategies of nurse in selected government tertiary hospital in the Kingdom of Saudi Arabia*. Sciedu Press. 2016. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180131075101-20-272792/rs-siti-khodijah-bantah-tolak-bpjs-pasien-meninggal>.
- Bagus, Ida W. (2012). *Teori-Teori Sosial*. Kencana Gramedia. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180201092452-20-273075/video-suntik-mayat-disebut-hoax-keluarga-akan-polisikan-rs>.
- Cahyono. (2008). *Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktek Kedokteran*. Kanisius. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180201215527-12-273312/keluarga-korban-suntik-mayat-pertanyakan-rekam-medis>.
- Clancy, M.C. & B. A. Collins. (2005). *Focus on Patient Safety : Patient Safety in Nursing Practice*. Journal of Nursing Care Quality. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180215164053-20-276498/rs-siti-khodijah-dan-keluarga-korban-suntik-mayat-berdamai>.
- Hardjana, Agus M. (2003). *Komunikasi Intrapersonal & Interpersonal*. Kanisius. <http://www.tribunnews.com/regional/2018/01/30/video-viral-perawat-suntik-mayat-seperti-ini-kejadiannya-versi-rs-siti-khodijah-sidoarjo>.
- <https://regional.kompas.com/read/2018/02/15/19314491/video-perawat-suntik-mayat-keluarga-dan-rumah-sakit-sepakat-damai>.
- <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20180130074054-20-272515/kronologi-perawat-suntik-pasien-yang-sudah-meninggal>.
- Idongesit et all. 2016. *Work-related conflict and nurse's role performance in a tertiary hospital in South-South Nigeria*. Journal of Nursing Education and Practice. Sciedu Press.
- Isfandyarie, Anny. (2010). *Tanggung Jawab Hukum dan Sanksi Bagi Dokter*. Prestasi Pustaka.
- Kennedy, Lisa. (2009). *Komunikasi untuk Keperawatan: Berbicara dengan Pasien Ed 2*. Erlangga.

- Komalawati, Veronica. (2002). *Peranan Informed Consent dalam Komunikasi Terapeutik*. Aditya Bakti.
- Lalongke, Maksimus Ramses. (2013). *Komunikasi Keperawatan, Metode Berbicara Asuhan Keperawatan*. Graha Ilmu.
- Liliwari, Alo. (2011). *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Pustaka Pelajar.
- Litteljohn, Stephen W & Karen A Foss. (2016). *Ensiklopedia Teori Komunikasi Jilid 1*. Kencana.
- Marquis, B. L. & C. J. Houston. (2010). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Alih Bahasa Edisi ke-4. Penerbit EGC.
- McCabe, Catherine. (2004). *Nurse-Patient Communication: an Exploration of Patients' Experiences*. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing. Ltd.
- Morton Deutsh et all. (2016). *Handbook Resolusi Konflik: Teori dan Praktek*. Nusa Media.
- Mundakir. (2006). *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Graha Ilmu.
- Nurhasanah, Nunung. (2010). *Ilmu Komunikasi dalam Konteks Keperawatan untuk Mahasiswa Keperawatan*. Trans Info Media.
- Prabowo, Tri. (2017). *Komunikasi dalam Keperawatan*. Pustaka Baru.
- Rasyid, Muhammad Rusydi. (2015). Pendidikan dalam Perspektif Sosiologi. Jurnal Auladuna, Vol 2 No 2.
- Ritzer, George. (2012). *Teori Sosiologi Dari Sosiologi Klasik Sampai Perkembangan Terakhir Postmodern*. Pustaka Pelajar
- Robbins, Stephen. (2001). *Organizational Behaviour*. Sage.
- Suryani. (2013). *Komunikasi Terapeutik: Teori & Praktik* Ed 2. Penerbit ECG.
- Thomas, Kennet W. & Ralph Kilmann. (2002). *Thomas-Killman Conflict Mode Instrument*. Paperback.
- Vardiansyah, Dani. (2017). *Filsafat Ilmu Komunikasi*. Indeks.
- Wulansari, Dewi. (2009). *Sosiologi dan Konsep Teori*. Jakarta: PT Refika Aditama.