

HUBUNGAN DAN KOMUNIKASI DOKTER DAN PASIEN DALAM LAYANAN KESEHATAN

Octaviani Indrasari Ranakusuma
Fakultas Psikologi Universitas YARSI
Jl. Letjen Suprpto Kav 13, Menara YARSI, Cempaka Putih, Jakarta Pusat
octaviani@yarsi.ac.id

Abstrak:

Komunikasi pasien-dokter mempengaruhi kepuasan pasien yang pada akhirnya akan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan/perawatannya. Pasien dengan latar belakang sosial-ekonomi bawah merupakan kelompok masyarakat yang rentan terpapar penyakit infeksi dan non-infeksi, namun enggan menggunakan layanan kesehatan. Salah satu alasannya adalah biaya dan kesulitan memahami penjelasan dokter. Mereka lebih memilih untuk melakukan pengobatan sendiri yang apabila tidak terkontrol berpotensi membahayakan kesehatan. Dokter perlu mengembangkan sikap terbuka, empatik, mendukung, menunjukkan sikap positif dan setara dengan pasien sehingga pasien puas dengan layanan kesehatan dan tidak segan untuk kembali berkonsultasi dan berobat kepada dokter.

Kata kunci: komunikasi, pasien, dokter, empatik

PENDAHULUAN

Komunikasi yang berkualitas dalam hubungan pasien dan dokter telah diakui memiliki peran penting dalam meningkatkan keberhasilan pengobatan. Komunikasi yang terjalin dengan baik meningkatkan kepercayaan antara pasien dan dokter sehingga mendorong pasien untuk terbuka membicarakan masalah dan keluhan kesehatan yang mungkin saja terkait dengan masalah-masalah keluarga atau pekerjaan. Dokter yang terampil melakukan anamnesa akan sangat terbantu dengan sikap dan perilaku pasien dan keluarganya yang terbuka dan kooperatif dalam menegakkan diagnosis dan merencanakan prosedur medis yang tepat dan sesuai dengan kondisi fisik, sosial-ekonomi dan emosional pasien dan keluarganya.

Tingkat pendidikan pasien dianggap mempengaruhi dokter dalam berkomunikasi dengan pasien. Pasien dengan status sosial-ekonomi (selanjutnya disebut sosek) bawah dan pada umumnya memiliki tingkat pendidikan rendah cenderung melaporkan ketidakpuasan terhadap layanan kesehatan yang diterima (Patriani & Ayuningtyas, 2013). Ketidakpuasan ini membuat kelompok sosek bawah memilih untuk melakukan swamedikasi atau pengobatan sendiri (Alganim, 2011; Abosedo, 1984). Di sisi lain, tingkat pendidikan yang rendah berhubungan dengan tingkat pengetahuan medikasi yang kurang memadai (Harahap, Khairunnisa & Tanuwijaya, 2017) dan penggunaan obat-obatan yang tidak rasional (Utaminigrum, Lestari & Kusuma, 2015) sehingga beresiko pada kesehatan tubuh. Keadaan ini berpotensi menghambat program pemerintah untuk menanggung dan menyediakan jaminan kesehatan yang adil dan merata untuk seluruh warga negara Indonesia.

Studi ini merupakan studi literatur yang bertujuan melakukan kajian kepuasan pasien yang memiliki tingkat pendidikan rendah terhadap kualitas komunikasi

dengan dokter saat menerima layanan kesehatan di beberapa daerah di Indonesia. Kajian dilakukan berdasarkan model hubungan dan bentuk komunikasi pasien-dokter pada beberapa studi yang telah dilakukan di sejumlah negara. Temuan studi diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran tenaga kesehatan akan peran faktor sosial, terutama tingkat pendidikan pasien, dalam meningkatkan kepuasan pengguna jasa (pasien) sehingga hubungan pasien-dokter yang terbuka dan jujur dapat terwujud dan keberhasilan pengobatan akan meningkat.

TINJAUAN PUSTAKA

Jenis Model Hubungan Pasien-Dokter

Roter dan Hall (2006) menyebutkan terdapat empat jenis model hubungan pasien-dokter yang sangat terkait pada siapa yang memegang kendali dalam interaksi tersebut. Jenis hubungan yang dimiliki akan mempengaruhi bentuk komunikasi antara pasien dan dokter (lihat Tabel 1). Ekspresi kekuasaan dan dinamika negosiasi antara pasien dan dokter dapat tampil dalam beberapa bentuk yang masing-masing membentuk suatu hubungan yang berbeda, yaitu paternalisme, konsumerisme, mutualitas, dan hubungan yang gagal (*default*).

Tabel 1. Jenis Hubungan Pasien-Dokter (dikutip dari Roter & Hall, 2006, pp. 26)

Kendali pasien	Kendali dokter	
	Rendah	Tinggi
Rendah	Gagal	Paternalisme
Tinggi	Konsumerisme	Mutualitas

Kuadran kanan-atas adalah model hubungan paternalisme. Pada model tradisional yang masih banyak dianut ini, dokter memiliki kendali yang kuat dan dominan sedangkan pasien berperan pasif. Dokter menentukan agenda dan tujuan kunjungan pasien serta mengambil keputusan medis yang menurutnya terbaik untuk si pasien. Dokter berperan sebagai pengawal/penjaga kesehatan pasien dan cenderung tidak menghiraukan kehendak pasien. Model hubungan ini pada umumnya terjadi pada pasien yang memiliki status sosial bawah yang melihat dokter sebagai figur otoritas. Meskipun demikian, model hubungan ini tidak menjamin kepatuhan pasien terhadap dokter. Roter dan Hall (2006) menemukan bahwa tingkat kepatuhan pasien terhadap keputusan pengobatan dipengaruhi oleh keparahan rasa sakit atau penyakit yang diderita pasien. Semakin parah penyakit yang diderita pasien, maka tingkat kepatuhan pasien akan semakin tinggi.

Kuadran kiri bawah yaitu model konsumerisme, memperlihatkan kendali pasien yang kuat dan kendali dokter yang lemah dalam hubungan pasien-dokter di layanan kesehatan. Pada model ini, pasien yang menentukan agenda dan tujuan kunjungan medis dan mengambil keputusan medis berdasarkan nilai-nilai yang dianut pasien dan cenderung mengabaikan pertimbangan medis dari dokter. Meminta dokter membuatkan surat sakit sehingga pasien bebas dari kewajiban di tempat kerja, atau meminta dokter memberikan resep obat tertentu merupakan salah satu contoh model hubungan konsumerisme. Roter dan Hall (2006) menggambarkan hubungan ini sebagai transaksi jual beli dimana pasien membeli jasa berdasarkan pertimbangan untung dan rugi terkait ongkos kunjungan dan pengobatan. Dokter hanya berperan sebagai konsultan teknis yang memberikan informasi dan jasa sesuai kehendak pasien.

Model mutualitas yang berada di kuadran kanan bawah merupakan penengah hubungan pasien-dokter yang paternalisme dan konsumerisme. Pada model

ini, pasien memiliki kekuatan dan sumber daya yang membuatnya memiliki kontrol yang kuat dan setara dengan dokter. Pasien dan dokter menjadi mitra. Agenda dan tujuan kunjungan layanan kesehatan ditetapkan bersama. Dialog yang terbuka membuat dokter memahami dan menghargai nilai-nilai yang dianut pasien. Dokter berperan sebagai penasihat atau konselor yang membuat pasien merasa diterima dan dihargai. Roter dan Hall (2006) berpendapat model ini berpotensi terapeutik bagi pasien.

Terakhir adalah model hubungan yang gagal (*default*) yang berada pada kuadran kiri atas. Pada model ini, baik pasien maupun dokter memiliki kontrol yang lemah. Pasien merasa marah dan frustrasi karena menganggap dokter gagal memenuhi harapannya. Dokter menilai pasien sebagai individu yang sulit dan cenderung melakukan penyerangan secara personal maupun secara professional. Pasien ini pada umumnya akan putus pengobatan begitu saja namun dapat datang kembali dengan tuntutan malpraktik terhadap dokter terkait (Roter & Hall, 2006).

Bentuk Komunikasi pasien-dokter

Hubungan pasien dan dokter terbentuk ketika pasien datang ke ruang praktik dokter karena keluhan kesehatan dan membutuhkan layanan medis dan kesehatan untuk mengatasi atau mengurangi keluhan tersebut. Pada saat berinteraksi, dokter diharapkan bukan hanya melakukan pendekatan biomedis, namun juga melakukan pendekatan psikososial. Komunikasi yang baik antara dokter dan pasien menghasilkan riwayat dan gambaran interaksi komponen biologis, psikologis dan komponen sosial dalam kehidupan pasien (Smith & Hope, 1991).

Komunikasi dengan pendekatan yang terpusat pada kebutuhan pasien (*patient-centered approach*) berusaha memahami aspek-aspek pribadi pasien baik secara psikologis melalui secara sosial (psikososial). Dokter berusaha memahami nilai-nilai yang dianut pasien yang mempengaruhi penghayatan dan pemaknaan pasien terhadap rasa sakit atau penyakit yang diderita. Pertanyaan yang diajukan kepada pasien pada pendekatan yang terfokus pada pasien bersifat terbuka (*open-ended questions*) dan dapat terarah atau juga tidak terarah terutama di awal pertemuan. Pada pendekatan ini, dokter berkesempatan menunjukkan respon emosional (misal empati dan/atau simpati) terhadap keluhan dan keawatiran pasien. Pendekatan ini menurut Smith dan Hoppe (1991) meningkatkan tanggung jawab dan keterlibatan pasien dalam perawatan diri, serta meningkatkan otonomi dan keberdayaan pasien.

Selain pendekatan yang berpusat pada pasien, terdapat pula bentuk komunikasi dengan pendekatan yang terpusat pada dokter (*physician-centered approach*). Pendekatan ini sangat lazim digunakan pada masa silam dan saat ini masih digunakan di beberapa tempat. Pendekatan ini sebenarnya penting dilakukan dokter sebagai salah satu mengumpulkan informasi biomedis pasien secara lengkap. Dokter akan fokus mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang pada umumnya bersifat langsung, elaboratif dan tertutup (*closed-ended questions*) terkait simtom yang diderita pasien untuk menyingkirkan atau menegakkan kemungkinan gangguan organik sehingga diagnosis dapat ditegakkan dan intervensi medis dapat direncanakan. Pendekatan ini, menurut Smith dan Hoppe (1991) hanya dapat dilakukan setelah pasien merasa nyaman berinteraksi dengan dokter. Keinginan dokter untuk terburu-buru mengumpulkan data medis berpotensi menghambat pasien untuk melanjutkan keluhan kesehatannya. Smith dan Hoppe (1991) menemukan hanya kurang 2% pasien yang melengkapi keluhan dan keterangannya setelah diinterupsi dokter. Ketika pasien menghentikan keterangannya, interaksi cenderung

diambil alih dokter sehingga informasi yang terkumpul menjadi tidak utuh dan cenderung *bias*.

Karakteristik Pasien yang mempengaruhi komunikasi dokter-pasien

Komunikasi melibatkan dua pihak sebagai pemberi dan penerima pesan. Bagaimana pesan diterima dipengaruhi oleh karakteristik pemberi dan penerima pesan. Berikut adalah beberapa karakteristik pasien yang mempengaruhi komunikasi pasien-dokter (Roter & Hall, 2006):

1. Usia

Keyakinan yang keliru dan terlanjur melekat di masyarakat bahwa lanjut usia (lansia) adalah anggapan bahwa lansia tidak produktif, tidak mampu mengambil keputusan sendiri dan bergantung pada orang lain. Saat berkomunikasi dengan pasien lanjut usia (lansia), dokter dinilai kurang positif, kurang sabar, dan cenderung menempatkan dirinya di atas pasien, seperti yang terjadi pada model komunikasi paternalisme (Roter, 2010). Komunikasi dokter dengan pasien lansia lebih terpusat pada hal-hal medis dan lebih sedikit membicarakan masalah psikososial. Bahkan ketika pasien lansia mencoba mengungkapkan masalah psikososial, dokter bersikap kurang responsif dibandingkan ketika menghadapi pasien yang lebih muda. Namun, studi yang lain memperlihatkan dokter bersikap lebih santun pada pasien lansia, terutama yang berusia lebih dari 74 tahun (Roter, 1991). Dokter juga memberikan lebih banyak penjelasan dalam bahasa awam sehingga lebih mudah dimengerti oleh pasien lansia (Waitzkin, 1985). Kehadiran pendamping lansia (misal: istri, anak, atau kadang-kadang perawat atau asisten rumah tangga) seringkali mengubah bentuk dan arah komunikasi dokter. Pada umumnya, pasien yang semakin lanjut usianya dan dengan status kesehatan yang lebih buruk datang ke layanan kesehatan bersama pendamping. Kehadiran pendamping dapat membuat pasien lansia lebih pasif, lebih sedikit bertanya, kurang asertif dan kurang ekspresif dibandingkan bila ia datang seorang diri. Bahkan, pasien lansia terkadang terabaikan dalam komunikasi, karena dokter cenderung berinteraksi dan memberikan informasi kepada pendamping daripada ke pasien (Beisecker, 1989). Meskipun demikian, kehadiran pendamping dapat bermanfaat bagi pasien karena dokter memberikan informasi lebih banyak saat pasien didampingi anggota keluarga daripada datang sendirian (Prohaska & Glasser, 1996). Pendamping membantu kedua pihak (pasien dan dokter) memahami satu sama lain, dengan membantu pasien menanyakan beberapa hal yang belum dimengerti, dan mengulangi penjelasan dokter kepada pasien dalam bahasa dan istilah awam.

2. Gender

Perempuan pasien memperoleh penjelasan lebih banyak dari dokter dibandingkan pasien pria. Perempuan juga lebih eksplisit daripada pasien pria saat memastikan penjelasan dokter dengan merangkumnya dan memastikan kepada dokter apakah pemahamannya tersebut benar atau keliru (Hall, Irish, Roter, Ehrlich & Miller, 1994). Dokter lebih santai dan lebih banyak tersenyum atau tertawa saat berhadapan dengan pasien wanita (Stewart, 1983) yang disambut pasien dengan ramah dan lebih banyak tersenyum dan tertawa bersama dokter. Berbeda dengan perempuan pasien, pria pasien lebih berinisiatif untuk bertanya dan mendiskusikan keluhan kesehatannya, dan bila perlu tidak segan mengutarakan ketidakpuasannya terhadap layanan kesehatan yang diberikan dokter. Hall dan Roter (1995) menemukan walaupun perempuan dan pria pasien

menyampaikan informasi kepada dokter sama banyak, namun mereka berbeda dalam cara penyampaiannya. Perempuan lebih mengekspresikannya dengan kalimat yang menyatakan keprihatinan, persetujuan atau ketidaksetujuan dengan nada suara yang menyiratkan kecemasan dan minat untuk mengetahui lebih banyak. Perempuan pasien lebih menyukai dokter yang perasa (*feelings-oriented*) dibandingkan dokter yang pemikir (*thought-oriented*). Secara umum, gaya interpersonal perempuan yang lebih perhatian, hangat dengan penggunaan bahasa non-verbal lebih banyak (seperti senyuman, tatapan mata, postur tubuh) dan bahasa verbal yang menunjukkan perhatian dan persetujuan mendorong dokter memberikan informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan pria pasien (Roter & Hall, 2006).

3. Kelas Sosial dan tingkat pendidikan

Pasien sosek bawah lebih sedikit mengeluhkan simtom dan mengajukan pertanyaan kepada dokter. Koos (1954) menemukan bahwa perempuan dari kelas pekerja sering menderita sakit kepala yang berkepanjangan namun jarang berobat. Mencari pengobatan untuk sakit kepala yang sudah biasa diderita warga kelas ini malah mengundang cibiran dibandingkan simpati. Sebaliknya, perempuan dengan status sosial yang lebih tinggi menganggap sakit kepala sebagai simtom yang serius dan perlu segera diobati.

Kelas atau status sosial pada umumnya berbanding lurus dengan tingkat pendidikan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan yang dimiliki seseorang, maka semakin tinggi pula status sosial yang disandangnya. Waitzkin (1985) menyebutkan bahwa dokter menyediakan waktu konsultasi yang lebih lama, memberikan lebih banyak informasi dengan bahasa yang lebih mudah dipahami ketika berhadapan dengan pasien yang memiliki tingkat pendidikan dan status sosial yang lebih tinggi. Studi pada pasien pediatrik memperlihatkan ibu yang memiliki pendidikan yang lebih baik cenderung mengekspresikan keawatiran dan harapan mereka kepada dokter yang kemudian memberikan respon dalam bentuk kalimat yang menenangkan, menguatkan dan empatik dibandingkan kepada orangtua pasien dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah (Korsch, Gozzi & Francis, 1968; Ross & Duff, 1982). Waitzkin (dalam Roter & Hall, 2006) menjelaskan bahwa kelas pekerja sedikit bicara dibandingkan kelas menengah. Mereka menghindari komunikasi verbal secara langsung dan memilih berkomunikasi dengan cara-cara yang kurang dipahami dokter. Dokter yang umumnya dibesarkan dalam kelas menengah dan terbiasa dengan bentuk komunikasi yang verbal dan eksplisit menganggap sikap pasien yang tertutup dengan respon minimal sebagai sinyal keengganan pasien menjalin komunikasi sehingga dokter hanya memberikan penjelasan secukupnya saja. Hal ini membuat pasien merasa tidak didengar dan mengeluh tidak mendapat informasi yang memadai tentang masalah medis yang dialami dan pengobatan yang harus dilakukan. Roter dan Hall (2006) berpendapat bahwa tingkat pendidikan pasien lebih berperan daripada kelas sosial penyampaian informasi dari dokter. Dokter lebih dialogis dan lebih informatif ketika berhadapan dengan pasien yang memiliki pendidikan dan pengetahuan yang lebih baik. Verlinde dkk (2012) menemukan bahwa pasien dari sosek atas lebih menyukai pengambilan keputusan bersama seperti pada model hubungan mutualisme, sedangkan pasien dari sosek bawah lebih memilih hubungan konsumerisme dan paternalisme.

Karakteristik dokter yang mempengaruhi komunikasi pasien-dokter

Terdapat beberapa karakteristik dokter yang dapat menghambat atau menunjang kualitas komunikasi antara pasien dan dokter. Roter dan Hall (2006) menyebutkan sejumlah faktor seperti berikut ini:

1. Status sosial

Tidak dapat dipungkiri biaya pendidikan kedokteran yang tinggi terutama di Perguruan Tinggi Swasta (PTS) membuat hanya calon mahasiswa dengan latar belakang sosial-ekonomi (sosek) tertentu saja yang dapat mengikuti pendidikan kedokteran di Indonesia. Meskipun beberapa Pemerintah Provinsi (Jawa Barat dan DKI Jakarta) telah menyediakan beasiswa penuh kepada sejumlah mahasiswa yang mengikuti pendidikan, termasuk Pendidikan Kedokteran di Perguruan Tinggi Negeri (PTN), untuk kebanyakan anggota masyarakat biaya pendidikan kedokteran terlalu tinggi untuk ditanggung secara pribadi. Tidak hanya di Indonesia, di Amerika Serikat kebanyakan mahasiswa Kedokteran berasal dari keluarga dengan status sosial atas atau menengah-atas. Roter dan Hall (2006) menemukan bahwa dokter yang berasal dari status sosial atas cenderung meluangkan lebih banyak waktu untuk memberikan penjelasan verbal lebih banyak tentang kondisi pasien kepada pasien dan keluarganya dengan menggunakan bahasa yang lebih mudah dipahami pasien. Waitzkin (1985) berpendapat bahwa hal ini berbeda pada dokter dengan latar belakang kelas pekerja yang lebih pragmatis dan lebih mengakomodasi kehendak pasien seperti pada model komunikasi konsumerisme.

2. Kepribadian

Penelusuran kepribadian dengan menggunakan the Myers-Briggs Type Inventory (MBTI) banyak dilakukan pada mahasiswa kedokteran atau pada seleksi peserta pendidikan spesialisasi kedokteran (Stilwell dkk., 2000). MBTI menggunakan empat dimensi kepribadian yang bersifat kontinum, yaitu *perceiving (sensing-intuition)*, *deciding (thinking-feeling)*, *orientation (extraversion-introversion)*, dan *coping (judging-perception)*. Tipe *sensing* dari dimensi *perceiving* lebih mengandalkan informasi berdasarkan fakta, sedangkan tipe *intuition* fokus pada kemungkinan-kemungkinan dan makna dari kejadian/pengalaman. Tipe *thinking* dari dimensi *deciding* membuat keputusan secara impersonal dan obyektif sedangkan tipe *feeling* mengambil keputusan secara personal dan subyektif. Tipe *extraversion* dari dimensi *orientation* cenderung melakukan aksi dan menyukai berbagai hal yang terjadi di sekitar mereka, sedangkan tipe *introvert* lebih menyukai konsep dan gagasan. Tipe *judging* dari dimensi *coping* cenderung menyukai segala sesuatu yang terencana dan teratur, sedangkan tipe *perception* lebih spontan dan luwes (Ornstein, Markert, Johnson, Rust, & Afrin, 1988). Roter dan Hall (2006) menemukan bahwa mahasiswa kedokteran yang tertarik berkarir di pelayanan primer merupakan tipe *introvert* dan *feeling*. Mereka dengan tipe *feeling* tertinggi pada umumnya memilih menjadi dokter keluarga dibandingkan dokter umum. Orientasi layanan primer yang berorientasi pada pasien dan memiliki hubungan baik dan jangka panjang dengan pasien dan keluarganya lebih menarik hati mahasiswa kedokteran yang memiliki skor tinggi pada dimensi *feeling* dan *introversion* daripada uang dan gengsi.

3. *Gender*

Secara alamiah, perempuan memiliki kecenderungan untuk membuka diri dalam percakapan (Dindia & Allen, 1992), lebih hangat, lebih banyak menggunakan dan mengamati bahasa non verbal serta mendorong orang lain untuk lebih banyak bicara dan terlibat dalam percakapan (Hall, 1984). Berbeda dengan pria yang cenderung memperhatikan dan menegaskan perbedaan status dengan lawan bicara, perempuan tidak segan untuk “menurunkan” posisi mereka agar setara dengan mitra/lawan bicaranya. Pada praktiknya, dokter wanita menyediakan waktu lebih lama untuk melakukan kunjungan pada pasien-pasiennya di rumah sakit (Roter, Geller, Bernhardt, Larson, & Doksum, 1999). Roter dkk (1999) melaporkan bila pria dokter menyediakan waktu kunjungan rata-rata selama 21 menit (dalam rentang 7,5 hingga 37 menit), perempuan dokter menyediakan waktu 2 menit lebih lama, yaitu 23 menit dengan rentang 10,5 hingga 37 menit. Temuan serupa juga dikemukakan oleh Mechanic dkk (2001) di Amerika Serikat dan oleh Bensing, van den Brink-Muinen dan de Bakker (1993) di Belanda. Perbedaan pria dan perempuan dokter terlihat pada keempat tugas primer kunjungan, yaitu (1) mengumpulkan data dan memfasilitasi pasien untuk membuka diri, menceritakan keluhan sakit atau kesehatan yang dialaminya; (2) konseling dan edukasi pasien; (3) membangun kemitraan; dan (4) responsivitas emosional. Perempuan dokter mengajukan pertanyaan lebih banyak terutama pertanyaan yang terkait aspek psikososial pasien seperti langkah-langkah pencegahan, gaya hidup, kualitas hidup, hubungan sosial, keluarga dan di tempat kerja, serta masalah-masalah yang terkait dengan emosi dan perasaan. Tidak terdapat pengaruh gender terkait pengumpulan data biomedis (simtom dan riwayat medis, diagnosis, prognosis, dan perawatan). Saat melakukan edukasi dan konseling, perempuan dokter lebih banyak berdiskusi dan mengedukasi pasien terkait aspek psikososial dibandingkan pria dokter. Kemitraan hanya terjadi bila dokter secara aktif memfasilitasi partisipasi pasien di setiap kunjungan medis dan menyetarakan status dengan mengurangi dominasi dalam hubungan pasien-dokter. Perempuan dokter lebih aktif memfasilitasi partisipasi pasien dibandingkan pria dokter (Roter & Hall, 2006). Perempuan dokter juga lebih banyak memperlihatkan responsivitas emosional dengan ucapan-ucapan afektif dibandingkan mitra prianya.

Komunikasi pasien-dokter dan Kepuasan Pasien di Indonesia

Sejumlah penelitian tentang komunikasi pasien-dokter dan kaitannya dengan kepuasan pasien terhadap layanan medis yang diterima telah dilakukan di beberapa wilayah Indonesia. Izzah, Sriatmi, dan Wigati (2014) mempelajari kepuasan pasien yang menanggung biaya sendiri (pasien umum) dan pasien yang biaya pemeliharaan kesehatannya dijamin oleh pemerintah melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (pasien Jamkesmas) di unit rawat inap Puskesmas Kecamatan Mlonggo Kabupaten Jepara Jawa Tengah. Mereka menemukan bahwa meskipun kedua kelompok pasien tersebut puas dengan prosedur layanan yang tidak berbelit dan ketanggapan dokter dan tenaga paramedis dalam memberikan pelayanan, namun sebagian (47,9%) pasien Jamkesmas mengeluhkan bahwa dokter kurang jelas dalam menyampaikan diagnosis dan hasil pemeriksaan. Hal ini berbeda dengan kelompok pasien umum yang hanya sebagian kecil saja (6,3%) yang melaporkan hal yang sama. Izzah, Sriatmi dan Wigati (2014) menilai selain memiliki tingkat pendidikan yang rendah, pasien Jamkesmas kurang berinisiatif untuk menanyakan hal-hal yang

tidak mereka pahami kepada dokter/tenaga kesehatan. Hambatan dalam berkomunikasi ini membuat pasien Jamkesmas meragukan kemampuan dokter. Pasien Jamkesmas yang berpartisipasi dalam studi ini semuanya berpendidikan dasar, berusia lanjut dan pada umumnya berjenis kelamin pria. Sedangkan, kelompok pasien umum berusia lebih muda, lebih banyak perempuan dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Astuti, Hendrartini, dan Sriyono (2014) yang mempelajari komunikasi pasien dan dokter gigi di satu poliklinik RS swasta di Yogyakarta menemukan bahwa tingkat pendidikan memiliki kontribusi terbesar (17%) terhadap kualitas komunikasi, yang kemudian disusul oleh usia (sekitar 7%), frekuensi kunjungan (6,7%) dan pendampingan pasien (5,2%). Tidak terdapat pengaruh jenis kelamin pasien secara signifikan terhadap kualitas komunikasinya dengan dokter gigi. Astuti dkk (2014) berpendapat bahwa memiliki tingkat pendidikan yang tinggi membuat pasien memiliki pengetahuan yang baik tentang kesehatan mulut dan gigi. Tingkat pendidikan yang tinggi membuat pasien memahami penjelasan dokter gigi tentang perawatan kesehatan mulut dan gigi yang perlu dilakukan sehingga membuat mereka lebih rutin datang untuk melakukan pemeriksaan dan perawatan gigi dan mulut.

Rahanto, Suparmanto, dan Rahayu (2006) melakukan studi tentang kepuasan pasien Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang biaya pemeliharaan kesehatannya ditanggung oleh pemerintah melalui skema asuransi kesehatan atau ASKES terhadap kinerja Dokter Keluarga di kota Malang, Jawa Timur. Rahanto dkk (2006) melaporkan bahwa pasien yang sebagian besar (69%) berpendidikan SMA dan Pendidikan Tinggi puas dengan layanan kesehatan yang diberikan oleh Dokter Keluarga. Satu orang dokter keluarga melayani sekitar 1500-3500 pasien peserta ASKES. Pasien melaporkan bahwa Dokter Keluarga yang melayani mereka murah senyum, menjawab pertanyaan yang diajukan pasien dengan memuaskan, bertanya dengan penuh perhatian dan sambil memeriksa pasien diajak bicara. Hanya sebagian kecil (1,6%) pasien yang melaporkan bahwa dokter hanya memeriksa dan tidak bertanya kepada pasien dan melakukan pemeriksaan secara tergesa-gesa (1%). Pasien juga melaporkan bahwa dokter keluarga memberitahu penyakit pasien dan juga memberikan saran/nasehat upaya percepatan penyembuhan. Pasien juga melaporkan bahwa obat yang diresepkan dokter cukup berkhasiat/manjur sehingga pasien dapat segera sembuh (Rahanto dkk, 2006).

Alfitri (2006) lebih melihat komunikasi pasien-dokter dari perspektif jarak kekuasaan dokter-pasien dan penghindaran ketidakpastian reaksi pasien di Unit Penyakit Dalam RS dr. Mohammad Hoesin (RSMH), Palembang. Pasien kebanyakan berasal dari kalangan menengah bawah, yaitu orang miskin dengan Jamkesmas, pegawai swasta, dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang ditanggung Asuransi Kesehatan (Askes). Alfitri (2006) melihat budaya paternalistik di Indonesia mempengaruhi anggapan, terutama pada kalangan sosek bawah, bahwa dokter sebagai orang yang akan mengobati/menyembuhkan penyakit dianggap mulia dan harus dihormati setinggi-tingginya karena bila tidak “...nantinya dokter akan sembarangan memberikan obat dan bisa *bae dio* kasih obat yang salah dan *kito* bisa mati dibuatnya” (Alfitri, 2006 hal.22). Hubungan timpang ini membuat pasien sungkan bertanya meskipun tidak memahami penjelasan dokter. Bilapun pasien bertanya, dokter hanya menjawab dengan singkat (tidak detil), lebih sering mencatat di rekam medis dan menulis resep obat daripada berdialog dengan pasien. Dialog yang minimal ini membuat pasien merasa kecewa dan tidak puas dengan informasi yang diberikan dokter tentang penyakit yang dideritanya. Di sisi lain, dengan jumlah pasien yang begitu banyak dimana setiap dokter harus melayani 70-90 pasien setiap

hari, dokter merasa lelah secara fisik dan mental untuk melayani pertanyaan detil dari pasien. Dokter juga mengkhawatirkan kondisi psikis pasien jika penjelasan detil tentang perjalanan penyakit pasien, terutama yang memiliki prognosis buruk, diberikan secara langsung dan terbuka. Dokter memilih untuk menjelaskan kepada pihak keluarga dan pihak keluarga yang akan memberitahukan kepada pasien pada saat yang tepat (Alfitri, 2006).

Pentingnya durasi komunikasi antara pasien dan dokter terhadap kepuasan pasien juga ditemukan oleh Dewi (2009) yang melakukan studi di delapan Puskesmas di kota Yogyakarta. Dewi (2009) menemukan bahwa durasi komunikasi pasien-dokter berhubungan secara moderat dengan kepuasan pasien. Perempuan dokter berkomunikasi lebih lama (rata-rata 3 menit) dengan pasien dibandingkan kolega prianya (sekitar 2,5 menit), meskipun perbedaan ini tidak signifikan. Pasien juga melaporkan kepuasan yang lebih tinggi terhadap perempuan dokter daripada terhadap pria dokter. Meskipun, pasien melaporkan kurang puas dengan cara dokter memberikan salam di awal pertemuan, hampir semua pasien menilai dokter cukup empatik, mau mendengar keluhan mereka dan mampu menjelaskan penyakit dan pengobatan pasien dengan bahasa yang mudah dipahami.

DISKUSI

Berdasarkan pembahasan tentang model dan bentuk komunikasi pasien-dokter serta uraian beberapa studi di Indonesia tentang kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan, maka terlihat bahwa sama halnya dengan di negara Barat, tingkat pendidikan pasien memiliki faktor penting dalam keberhasilan komunikasi pasien-dokter di Indonesia. Tingkat pendidikan berhubungan dengan gaya komunikasi. Data di negara Barat dan di Indonesia memperlihatkan karakteristik serupa pada pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah: sedikit bicara, sedikit bertanya, kurang memperlihatkan afek (seperti tersenyum). Responsivitas yang rendah dari pasien membuat dokter berpikir pasien telah memahami atau tidak berminat melanjutkan komunikasi atau interaksi (Aelbrecht dkk, 2014). Sebaliknya, informasi 'hemat' dari dokter membuat pasien meragukan kompetensi dokter (Izzah dkk, 2014) sehingga pasien enggan untuk datang kembali. Hal ini menyulitkan dokter untuk memantau kepatuhan pasien dan keberhasilan pengobatan. Aelbrecht dkk (2014) menyebutkan bahwa pasien dengan latar belakang sosek bawah lebih memperhatikan aspek emosi/afek dari komunikasi dengan dokter. Sikap dokter yang ramah, banyak tersenyum dan memiliki sikap yang terbuka mendorong pasien untuk bertanya membuat pasien sosek bawah merasa diterima. Sebaliknya, pasien dengan latar belakang sosek menengah dan atas lebih menyukai komunikasi yang berorientasi pada tugas atau pemecahan masalah. Apa yang harus dilakukan untuk mengurangi rasa sakit, obat apa yang perlu diminum, apa yang harus dilakukan apabila terdapat efek samping merupakan contoh topik yang dianggap penting oleh pasien dengan sosek menengah dan atas ini untuk dibicarakan bersama dokter.

Sikap dokter yang ramah dan terbuka terutama penting bagi pasien sosek bawah yang cenderung melihat dokter sebagai sosok mulia yang akan menyembuhkan mereka dari rasa sakit yang diderita. Mereka segan untuk bertanya karena khawatir membuat dokter terganggu dan tersinggung atau khawatir pertanyaannya dianggap 'bodoh'. Mereka memilih untuk diam meskipun tidak memahami penjelasan dokter. Hubungan pasien-dokter menjadi paternalistik dimana dokter mendominasi komunikasi dan memegang kendali terhadap pengobatan medis, dan pasien berperan pasif. Hubungan yang timpang ini berpotensi menghambat

komunikasi. Pasien merasa tidak dilibatkan dalam rencana pengobatan sehingga motivasi untuk rajin berobat menjadi rendah dan menghambat proses penyembuhan. Perempuan dokter yang cenderung menggunakan lebih banyak ekspresi non verbal dalam berkomunikasi membuat pasien merasa diperhatikan, didengar keluhannya mendorong pasien untuk bercerita lebih banyak tentang penyakit dan aspek-aspek sosial psikologis yang menyertainya sehingga durasi komunikasi pasien-perempuan dokter lebih lama daripada pria dokter. Pasien juga melaporkan kepuasan yang lebih tinggi terhadap perempuan dokter dibandingkan pria dokter.

SIMPULAN DAN SARAN

Kelompok masyarakat sosek bawah merupakan kelompok yang paling rentan menderita penyakit infeksi maupun non infeksi akibat rendahnya nutrisi, higienitas dan sanitasi di keluarga atau di lingkungan tempat tinggal mereka. Meskipun demikian, menurut hasil survey Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, mereka merupakan kelompok masyarakat yang paling jarang menggunakan layanan kesehatan. Hal ini antara lain dapat disebabkan terbatasnya kemampuan finansial untuk membiayai jasa pengobatan dan perawatan. Kini, dengan jaminan pemeliharaan kesehatan yang ditanggung pemerintah, warga sosek bawah tidak perlu mengeluarkan biaya untuk memperoleh layanan kesehatan. Warga diharapkan rajin memeriksakan kesehatannya dan melakukan kontrol secara rutin sehingga kesehatan dapat terjaga dan pengobatan/perawatan dapat segera menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatannya. Supaya warga sosek bawah terdorong untuk menggunakan layanan kesehatan dan tidak melakukan pengobatan sendiri yang beresiko terhadap kesehatan, warga harus merasa diterima dan nyaman saat berhadapan dengan petugas kesehatan di layanan kesehatan terdekat dari tempat tinggalnya. Dokter yang pada umumnya berasal dan dibesarkan oleh keluarga dengan status sosial-ekonomi menengah dan atas perlu memahami sudut pandang pasien dan menyesuaikan gaya berkomunikasi dengan pasien sehingga pasien merasa nyaman dan terbuka tentang masalah kesehatannya terhadap dokter. Kualitas komunikasi pasien-dokter yang baik akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap dokter. Pasien yang puas dengan layanan kesehatan yang dialaminya akan bersedia bekerja sama dengan dokter untuk taat dan patuh terhadap pengobatan/perawatan yang dibutuhkan dan telah disepakati bersama untuk mencapai kesembuhan/pemulihan.

Untuk meningkatkan kualitas komunikasi dengan pasien, terutama yang berlatar belakang status sosial-ekonomi bawah, maka para dokter perlu memperhatikan aspek emosi/ afeksi dari komunikasi, yang terdiri dari beberapa hal, yaitu:

- Keterbukaan.

Sikap terbuka dokter terhadap pasiennya dilakukan dengan mengucapkan salam/menyapa pasien di awal pertemuan. Salam atau sapaan digunakan untuk pengungkapan diri kepada lawan bicara. Mengucapkan salam atau sapaan merupakan langkah awal komunikasi pasien-dokter untuk menciptakan hubungan baik di antara mereka. Dokter bersikap tenang selama konsultasi, dan memperhatikan ketika pasien berbicara serta memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya.

- Empati

Bahasa non verbal banyak berperan dalam menciptakan kenyamanan pada pasien bahwa keluhannya patut diperhatikan dan dokter berusaha membantunya sebisa mungkin. Bahasa non verbal yang digunakan untuk menunjukkan empati antara lain dengan mempertahankan kontak mata ketika

pasien sedang berbicara, menggunakan nada suara dan intonasi yang tenang dan menunjukkan sikap tanggap terhadap keluhan pasien.

- Sikap mendukung
Sikap mendukung dokter ditampilkan dalam bentuk mendengarkan keluhan pasien, menyampaikan informasi terkait keluhan pasien secara terbuka/terus terang, menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan pasien, serta mengajak pasien berdiskusi tentang tindakan intervensi atau pengobatan yang akan dilakukan.
- Sikap positif
Sikap positif dan menghargai pasien ditunjukkan dengan bersikap ramah, sopan serta tidak memotong ketika pasien berbicara. Dokter hanya menggunakan bahasa dan istilah yang dapat dipahami pasien dan menghargai pasien dengan tidak melakukan kegiatan lain ketika melakukan konsultasi.
- Kesetaraan
Kemitraan antara pasien-dokter dapat terjalin apabila dokter menyetarakan dirinya dengan pasien, dengan cara tidak diskriminatif, membantu pasien untuk meminta rujukan pembanding apabila diperlukan, dan mendiskusikan kunjungan berikutnya.

Hubungan pasien-dokter yang terbuka, empatik, mendukung, positif dan setara diharapkan dapat meningkatkan kepuasan pasien dan pada akhirnya mendorongnya untuk patuh dengan ketetapan pengobatan yang telah ditentukan dan disepakati bersama dengan tujuan kesembuhan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Abosedo, O.A. 1984. Self Medication: An Important Aspect of Primary Health care. *Social Science & Medicine*, 19 (7) 1984: 699-703.
- Aelbrecht, K., Rimondini, M., Bensing, J., Moretti, F., Willems, S., Mazzi, M., Fletcher, I., & Deveugele, M. 2014. Quality of doctor-patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level. *Adv. in Health Sci. Educ.* DOI: 10.1007/s10459-014-9569-6.
- Alfitri. 2006. Komunikasi dokter-pasien. *Mediator*, vol. 7 (1). Juni 2006:15-26.
- Alghanim, S.A. 2011. Self-medication practice among patients in a public health care system. *Eastern Mediterranean Health Journal Vol. 17 No. 5.*
- Astuti, NR., Hendrartini, J., & Sriyono, NW. 2014. Faktor-Faktor yang Berpengaruh terhadap Komunikasi antara Dokter Gigi dan Pasien dalam Pelayanan Perawatan Kesehatan Gigi. *IDJ, Vol. 3 No. 1* Bulan Mei Tahun 2014
- Beisecker, A. E. (1989). The influence of a companion on the doctor-elderly patient interaction. *Health Communication*, 1, 55–70.
- Bensing, J. M., van den Brink-Muinen, A., & de Bakker, D. H. (1993). Gender differences in practice style: A Dutch study of general practitioners. *Medical Care*, 31, 219–229.
- Dewi, A. 2009. Kepuasan Pasien terhadap Komunikasi Dokter Pasien di Puskesmas *Mutiara Medika Vol. 9 No. 2:37-45, Juli 2009.*
- Dindia, K., & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106–124.
- Hall, J. A. (1984). *Nonverbal sex differences: Communication accuracy and expressive style*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994a). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology, 13*, 384–392.
- Hall, J. A., & Roter, D. L. (1995). Patient gender and communication with physicians: Results of a community-based study. *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy, 1*, 77–95.
- Harahap, N.A., Khairunnisa, & Tanuwijaya, J. 2017. Tingkat Pengetahuan Pasien dan Rasionalitas Swamedikasi di Tiga Apotek Kota Panyabungan. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis / Vol. 03 No. 02 / Mei 2017*
- Izzah, NN., Sriatmi, A., Wigati, PA. 2014. Analisis Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Umum dan Pasien Jamkesmas Terhadap Pelayanan Dokter Pada Unit Rawat Inap Di Puskesmas Mlonggo Kabupaten Jepara. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, Volume 2, Nomor 2, Pebruari 2014 Online di <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Koos, E. L. (1954). *The health of Regionville*. New York: Columbia University Press.
- Korsch, B. M., Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics, 42*, 855–871.
- Mechanic, D., McAlpine, D. D., & Rosenthal, M. (2001). Are patients' office visits with physicians getting shorter? *New England Journal of Medicine, 344*, 198–204.
- Ornstein, S. M., Markert, G. P., Johnson, A. H., Rust, P. F., & Afrin, L. B. (1988). The effect of physician personality on laboratory test ordering for hypertensive patients. *Medical Care, 26*, 536–543.
- Patriani, I., & Dumilah Ayuningtyas, D. 2013. Komunikasi Dokter dengan Sikap Konkordansi pada Pasien Tuberkulosis Paru, Hipertensi, dan AsmaKesmas, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 8, No. 2, September 2013*
- Prohaska, T. R., & Glasser, M. (1996). Patients' views of family involvement in medical care decisions and encounters. *Research on Aging, 18*, 52–69.
- Rahanto, S., Suparmanto, P., & Rahayu, S.C. 2006. Kepuasan keluarga askes terhadap kinerja dokter keluarga di Malang Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, vol.9 no. 1 Januari 2006*: 42-50.
- Ross, C. E., & Duff, R. S. (1982). Returning to the doctor: The effects of client characteristics, type of practice, and experiences with care. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 119–131.
- Roter, D. L. (1991). Elderly patient-physician communication: A descriptive study of content and affect during the medical encounter. *Advances in Health Education, 3*, 15–23.
- Roter, D. 2010. Models of Doctor-Patient Relationship. The Johns Hopkins University School of Public Health, USA.
- Roter, DL, Frankel, RM, Hall, JA., & Sluyter, D. 2006. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits: mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med 2006; 21: S28-34. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00306.x*
- Roter, D. L., Geller, G., Bernhardt, B. A., Larson, S. M., & Doksum, T. (1999). Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. *Obstetrics and Gynecology, 93*, 635–641.

- Roter, DL., & Hall, JA. 2006. *Doctors Talking with Patients / Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits* (2nded). Praeger Publishers, USA.
- Smith, R.C., & Hoppe, R.B. 1991. The Patient's Story: Integrating the Patient- and Physician-centered Approaches to Interviewing. *Annals of Internal Medicine*. 1991;115: 470-477.
- Stewart, M. A. (1983). Patient characteristics which are related to the doctorpatient interaction. *Family Practice*, 1, 30–35.
- Stilwell, N. A., Wallick, M. M., Thal, S. E., & Burleson, J. A. (2000). Myers-Briggs type and medical specialty choice: A new look at an old question. *Teaching and Learning in Medicine*, 12, 14–20.
- Supardi, S. , Herman, M.J., & Susyanty, A.L. 2009. Pengobatan Sendiri pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas di Delapan Kabupaten. *Bul. Penelit. Kesehat. Vol1.37, No.2*, 2009 : 92 – 101.
- Syafitri, A.2016. Komunikasi Antar Pribadi Pasien dan Dokter (Studi Kasus Komunikasi Antar Pribadi Pasien dan Dokter di Poliklinik *Orthopaedi* RSUP H. Adam Malik Medan). Diunduh dari <https://jurnal.usu.ac.id/flow/article/viewFile/12854/5576>
- Utaminigrum, W., Lestari, J.E., & Kusuma, A.M. 2015. Pengaruh faktor-faktor sosiodemografi terhadap rasionalitas penggunaan obat dalam pengobatan sendiri pada pasien program pengelolaan penyakit kronis (prolanis). *Farmasains vol. 2. No. 6*, Oktober 2015
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. 2012. The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity In Health*, 11:12. Diunduh dari <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/12>
- Wahyuni, T, Yanis, A., & Erly. Hubungan Komunikasi Dokter–Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Berobat Di Poliklinik RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2013;2(3); 175-177.
- Waitzkin, H. (1985). Information-giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 81–101.