

Komunikasi Dokter-Pasien Berfokus Pasien pada Pelayanan Kesehatan Primer

TA Larasati¹

¹Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Tantangan yang dihadapi pelayanan kesehatan primer adalah dapat memberikan pelayanan dengan karakteristik 4C, yaitu *first contact*, *comprehensive*, *continous*, dan *collaborative*. Dalam memberikan pelayanan yang komprehensif, dokter yang berada di pelayanan kesehatan primer menghadapi tantangan yang tidak mudah, terutama perubahan perilaku gaya hidup sehat dan pengobatan penyakit, kepatuhan pasien dengan penyakit kronis, juga menghadapi pasien dengan perbedaan latar belakang budaya. Sehingga dibutuhkan komunikasi efektif dokter-pasien agar tercapai tujuan pelayanan kesehatan. Menurut *WONCA of Europe*, pelayanan berpusat pasien dijabarkan dalam empat aspek, *doctor-patient relationship*, *centred on patient and context*, *promote patient empowerment*, *longitudinal continuity*. *Doctor-patient relationship* atau hubungan dokter-pasien dibangun dalam komunikasi dokter pasien yang efektif, yang memunculkan dan memahami perspektif pasien (kekhawatiran, ide, harapan, kebutuhan, perasaan, dan fungsi), memahami pasien dalam konteks psikososial dan budaya yang unik, mencapai pemahaman bersama tentang masalah pasien dan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai pasien, dan pasien dalam menawarkan pilihan-pilihan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya. Manfaat komunikasi dokter-pasien berpusat pasien adalah meningkatkan kepatuhan pasien pada pengobatan, mencapai keberhasilan pengobatan, meningkatkan kepuasan pasien dan juga memudahkan penegakkan diagnosis, meminimalkan terjadinya malpraktik.

Kata kunci: komunikasi berpusat pasien, pelayanan primer

Patient Centered Communication in Primary Care

Abstract

The challenge facing primary health care is being able to provide services with 4C characteristics, first contact, comprehensive, continuous, and collaborative. In providing comprehensive care, doctors in primary have a lot of homework, such changes in healthy lifestyle behaviors, treatment of diseases, patients compliance with chronic diseases, also dealing with patients with different cultural backgrounds. According to *WONCA of Europe*, patient centered services are described in four aspects, *doctor-patient relationship*, centered on patient and context, promotes patient empowerment, longitudinal continuity. *Doctor-patient relationship* is built on effective communication, which raises and understands patient perspectives (concerns, ideas, expectations, needs, feelings, and functions), understanding patients in a unique psychosocial context and culture, achieving understanding together about the patient's problems and care according to the patient's values, and the patient in offering choices related to his health problems. The benefits of patient-centered communication are improving patient adherence to treatment, achieving treatment success, increasing patient satisfaction and also facilitating diagnosis, minimizing the occurrence of mal practices.

Keywords: communication, patient centered care, primary care

Korespondensi: Dr. dr. TA Larasati, M.Kes, Jl. Cendrawasih 1 No. 1 Tanjung Agung, 081279736698, t_a_larasati@yahoo.co.id

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan primer berdasarkan prinsip Kedokteran Keluarga memiliki empat karakteristik pelayanan (4C) yaitu, *first contact*, *comprehensive*, *continous* dan *collaborative*. Pelayanan kesehatan yang komprehensif yang dimaksud dalam karakteristik tersebut adalah memberikan pelayanan yang paripurna meliputi promotif preventif, kuratif, palliatif dan rehabilitatif dengan pendekatan yang holistik, yaitu memandang pasien sebagai kesatuan biopsikososial dan eksistensial.¹ Dalam

memberikan pelayanan yang komprehensif, dokter yang berada di pelayanan kesehatan primer menghadapi tantangan yang tidak mudah, terutama perubahan perilaku gaya hidup sehat dan pengobatan penyakit, kepatuhan pasien dengan penyakit kronis, juga menghadapi pasien dengan perbedaan latar belakang budaya.

Pendekatan holistik seperti yang telah disebutkan sebelumnya, merupakan konsep pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien atau *Patient centered care* yang

dicetuskan oleh *The American College of Physicians (ACP)*. Konsep senada sebelumnya juga sudah pernah dicetuskan dengan nama “*medical home*” di Amerika Serikat pada tahun 1967. Badan Kesehatan Dunia, WHO juga telah merekomendasikan penguatan pelayanan kesehatan primer melalui 4 reformasi, salah satunya adalah reformasi pemberian pelayanan kesehatan yang lebih berfokus pada pasien.² Menurut *WONCA of Europe*, pelayanan berpusat pasien dijabarkan dalam empat aspek, *doctor-patient relationship, centred on patient and context, promote patient empowerment, longitudinal continuity*.¹ *Doctor-patient relationship* atau hubungan dokter-pasien dibangun dalam komunikasi dokter pasien yang efektif. Komunikasi dokter-pasien berdasarkan konsep pelayanan berpusat pasien ini disebut dengan komunikasi dokter-pasien dengan berpusat pada pasien.

Dalam konteks komunikasi, penting bagi seorang dokter untuk memiliki keterampilan komunikasi yang efektif. Menurut Dianne Berry, pada pelayanan kesehatan, salah satu hal yang sangat penting adalah memiliki keterampilan komunikasi yang baik karena kemampuan komunikasi dokter kepada pasiennya memiliki hubungan signifikan dalam upaya kesembuhan pasien. Komunikasi dokter pasien adalah hubungan yang berlangsung antara dokter/dokter gigi dengan pasiennya selama proses pemeriksaan/pengobatan/perawatan yang terjadi di ruang praktik perorangan, poliklinik, rumah sakit, dan puskesmas dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien.³

Menurut Ong dkk., komunikasi antara dokter dan pasien merupakan jenis komunikasi yang berlangsung secara transaksional, *face to face*, dan berlangsung secara langsung. Jenis komunikasi ini melibatkan dua orang yang berbeda posisi, tidak sukarela, dan mengandung isi pesan yang penting sehingga membutuhkan kerjasama yang baik.⁴

Komunikasi antara dokter dan pasien adalah bentuk komunikasi kesehatan yang sifatnya interpersonal yang kompleks. Proses komunikasi ini dikontrol dengan bagaimana bentuk hubungan yang berlangsung dalam proses komunikasi tersebut. Dalam mengevaluasi pola kontrol komunikasi antara dokter dan pasien menurut Roter dan Hall, menggambarkan empat dasar bentuk hubungan antara dokter dan pasien yaitu

bentuk standar (*default*), bentuk paternalistik (*paternalistic*), konsumerisme (*consumerist*), dan mutualistik (*mutualistic*).⁵ Hubungan standar (*default*) dalam bentuk hubungan dokter-pasien ditandai dengan kurangnya kontrol antara kedua pihak baik dari pihak dokter maupun pasien dan jelas jauh dari ideal. Bentuk paternalistik (*paternalistic*) ditandai dengan hubungan oleh dokter yang dominan dan pasien yang pasif. Bentuk konsumerisme dikaitkan dengan hak dan kewajiban dokter kepada pasien, hal ini menandakan bahwa bentuk ini adalah kebalikan dari bentuk paternalistik. Sedangkan bentuk mutualistik (*mutualistic*) ditandai dengan hubungan dokter dan pasien yang berbagi dalam pengambilan keputusan bersama dan kedua pihak saling memahami peran masing-masing.^{5,6}

Kemampuan komunikasi seorang dokter untuk memiliki kemampuan berkomunikasi yang baik dengan pasiennya memiliki tujuan yang berbeda-beda. Dianne Berry mengungkapkan bahwa terdapat 3 (tiga) tujuan komunikasi dokter dan pasien yaitu: (1) menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*), (2) melakukan pertukaran informasi (*exchange of information*), dan (3) pengambilan keputusan medis (*medical decision making*).⁶

Tujuan yang pertama yaitu menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*), dimana hubungan antara dokter dan pasien yang baik dan komunikatif akan berdampak positif bagi pasien seperti terwujudnya kepuasan pengetahuan dan pemahaman pasien, kepatuhan terhadap pengobatan dan hasil kesehatan yang terukur. Kualitas efektif dari hubungan dokter dan pasien merupakan penentu utama dari kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap pengobatan. Dalam membangun hubungan interpersonal yang baik dibutuhkan elemen penting yaitu keakraban, perhatian, kurangnya ketegangan, dan ekspresi non verbal dari dokter dan pasien. Secara khusus, hubungan interpersonal dokter dan pasien yang baik akan meningkat ketika konteks kemampuan komunikasi dokter-pasien berlangsung dengan keramahan dokter, perilaku sopan santun, perilaku sosial dan perilaku empati selama konsultasi.⁶

Pertukaran informasi (*exchange of information*) yang menjadi tujuan kedua dari

komunikasi dokter dan pasien adalah proses dimana dokter mendapatkan informasi dari pasien untuk menegakkan diagnosis yang tepat dan untuk dasar rencana pengobatan pasien, sementara pasien akan merasa dipahami dan dimengerti oleh dokter juga mendapatkan informasi yang diinginkan tentang penyakitnya.

Sedangkan tujuan yang terakhir adalah pengambilan keputusan medis (*medical decision making*) dimana pengambilan keputusan dilakukan secara bersama antara dokter dan pasien karena melibatkan dua arah informasi yang melibatkan dokter dan pasien dalam mendiskusikan preferensi pengobatan dan menyetujui pilihan yang tepat bersama-sama. Dokter perlu membangun suasana dimana pasien merasa bahwa perspektif atau pandangannya dihargai dan dibutuhkan oleh dokter.⁶

Kemampuan komunikasi dokter dan pasien sebagai bentuk yang terjadi dalam berkomunikasi yaitu bagaimana dokter memiliki kemampuan untuk mengolah dan mentransformasikan informasi dari proses pertukaran informasi antara dokter dan pasien. Dalam proses pertukaran informasi yang dilakukan pada komunikasi dokter dan pasien merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan proses komunikasi itu sendiri.⁷

Isi

A. Definisi Komunikasi Berpusat Pada Pasien

Berbagai pendapat para ahli tentang definisi komunikasi berpusat pasien. *American Diabetes Association*, mengemukakan bahwa komunikasi berpusat pasien adalah gaya komunikasi yang menggunakan pendengaran aktif, memunculkan preferensi dan keyakinan pasien, dan menilai hambatan potensial untuk pelayanan kesehatan pasien.⁸

Sedangkan menurut Epstein RM dkk., komunikasi berpusat pada pasien adalah komunikasi yang memunculkan dan memahami perspektif pasien (kekhawatiran, ide, harapan, kebutuhan, perasaan, dan fungsi), memahami pasien dalam konteks psikososial dan budaya yang unik, mencapai pemahaman bersama tentang masalah pasien dan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai pasien, dan pasien dalam menawarkan pilihan-pilihan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya.⁸

Hal senada dengan Epstein RM dikemukakan oleh Hashim MJ, bahwa komunikasi berpusat pasien adalah keterampilan komunikasi yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan berpusat pada pasien dengan mengedepankan pemahaman akan perspektif pasien tentang penyakitnya (ide, kekhawatiran dan harapan) dan mengekspresikan empati terhadap pasien.⁹

Menurut Naughton, komunikasi berpusat pada pasien adalah komunikasi untuk mengakui semua aspek dalam diri pasien, kepribadian pasien, sejarah hidup, dan struktur sosial untuk mengembangkan pemahaman bersama tentang masalah, tujuan perawatan, hambatan untuk perawatan dan kesejahteraan pasien.¹⁰

Menurut *National Cancer Institute*, komunikasi berpusat pada pasien adalah komunikasi yang membangun hubungan antara dokter dan pasien berdasarkan kepercayaan, rasa saling menghormati dan komitmen antara dokter dan pasien dimana komunikasi ini harus berkontribusi dalam meningkatkan kesejahteraan pasien dan mengurangi penderitaan pasien karena penyakitnya setelah pasien selesai konsultasi dengan dokter.¹¹

Menurut Guastello, Planetree dan Hale, komunikasi berpusat pada pasien adalah proses pertukaran informasi dua arah yang kolaboratif antara dokter dan pasien, yang berbeda dari model patriarkal yang telah diabadikan selama beberapa generasi melalui praktik pelayanan kesehatan yang menciptakan kesan formal/tidak terjalin keakraban antara pasien dan dokter.¹²

Menurut Smith RC dkk., komunikasi berpusat pada pasien adalah komunikasi yang telah digambarkan sebagai komunikasi antara penyedia pelayanan kesehatan dan pasien yang menggabungkan perspektif, konteks psikososial dan kekuatan pengambilan keputusan pasien dalam perawatan klinis.¹³

B. Aspek Komunikasi Berpusat Pada Pasien

Berdasarkan hasil penelitian dan pendapat yang bervariasi tentang definisi komunikasi berpusat pasien, Ann King, MA and Ruth B. Hoppe¹⁵ merumuskan aspek komunikasi berpusat pasien sebagai 6 konsensus tentang "*Best practice*" bagi komunikasi dokter pada konsultasi medis, yaitu 1) memperkuat hubungan (*fostering the*

relationship), 2) mengumpulkan informasi (*gathering information*), 3) memberikan informasi, (*providing information*) 4) mengambil keputusan (*desicion making*), 5) merespon emosi (*responding the emotions*), 6) memampukan perilaku terkait pengobatan penyakit. (*Enabling disease and treatment related behavior*).¹⁴

Aspek pertama yaitu membina hubungan antara dokter dan pasien, dimana dokter bertanggung jawab untuk membina rapor/hubungan dan membangun koneksi dengan pasien, tampak hangat, terbuka dan jujur, menghargai pendapat, privasi dan otonomi pasien, dan mengekspresikan kepedulian dan komitmen. Pada aspek ini, dokter harus memiliki kemampuan untuk menyambut atau menyapa pasien dengan sesuai, menjaga kontak mata dengan pasien, menjadi pendengar yang aktif, menggunakan bahasa yang baik dan mudah dipahami pasien, mendorong partisipasi pasien, dan menunjukkan ketertarikan dengan pasien sebagai individu.

Aspek kedua yaitu mengumpulkan informasi, dimana dokter mencoba untuk memahami kebutuhan pasien dan mendapatkan deskripsi lengkap tentang alasan/keluhan utama dari kunjungan pasien berdasarkan perspektif biologis dan psikososial. Pada aspek ini dokter harus memiliki kemampuan untuk mengajukan pertanyaan terbuka, mempersilakan pasien untuk menyelesaikan tanggapan, mendengarkan secara aktif, memunculkan kekhawatiran pasien, memunculkan perspektif pasien tentang masalah kesehatannya, mengeksplorasi penyakit pasien, mengklarifikasi dan menyimpulkan informasi, dan menanyakan keluhan tambahan pasien.

Aspek yang ketiga yaitu menyediakan informasi, dimana dokter harus berusaha memahami kebutuhan informasi pasien, berbagi informasi dengan pasien, mengatasi hambatan pemahaman pasien (bahasa, kesehatan, literasi, pendengaran, menghitung), memfasilitasi pemahaman pasien, dan menyediakan sumber daya informasi dan membantu pasien mengevaluasi juga menggunakannya. Pada aspek ini dokter harus memiliki kemampuan untuk menjelaskan masalah kesehatan pasien dan pendekatan untuk diagnosis dan pengobatannya, memberikan penjelasan dan instruksi yang

tidak rumit, menggunakan informasi inti/utama, menghindari penggunaan jargon dan kompleksitas, mendorong pasien bertanya dan menanyakan pemahaman pasien akan informasi yang diberikan.

Aspek keempat yaitu pengambilan keputusan, dimana dokter mempersiapkan pertimbangan pasien dan memungkinkan pengambilan keputusan, juga mendorong pembuatan rencana kolaborasi. Pada aspek ini dokter harus memiliki kemampuan untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam pengambilan keputusan, mengeksplorasi preferensi dan pemahaman pasien, mencapai kesepakatan dengan pasien, mengidentifikasi sumber daya dan dukungan, mendiskusikan tindak lanjut dan merencanakan hasil tak terduga.

Aspek kelima yaitu memungkinkan perilaku terkait penyakit dan pengobatan, dimana dokter bertanggung jawab untuk menilai minat dan kapasitas pasien dalam manajemen diri, memberikan saran (kebutuhan informasi, keterampilan coping, strategi untuk keberhasilan), membantu pasien untuk mengoptimalkan otonomi dan manajemen diri dari masalahnya, melakukan advokasi, dan membantu pasien dengan sistem kesehatan. Pada aspek ini dokter harus memiliki kemampuan untuk menilai kesiapan pasien untuk mengubah perilaku sehat, dan mendapatkan tujuan, ide, dan keputusan pasien.

Aspek yang terakhir yaitu respon terhadap emosi pasien, dimana dokter bertanggung jawab untuk memfasilitasi ekspresi emosional pasien terhadap penyakitnya dan memiliki kemampuan untuk mengetahui dan mengeksplorasi emosi pasien, mengekspresikan empati, menyediakan bantuan yang berkaitan dengan emosi dan menilai distres psikologi pasien. Peran dan tanggung jawab dokter serta kebutuhan keterampilan yang harus dimiliki agar dapat mencapai tujuan konsensus tersebut (Tabel 1).

C. Manfaat Komunikasi Berpusat Pasien

Manfaat komunikasi dokter-pasien berpusat pasien dapat diketahui dari beberapa penelitian yang telah dilakukan, yaitu sebagai berikut:

1. Meningkatkan kepatuhan pasien pada pengobatan;
2. Mencapai keberhasilan pengobatan;

3. Meningkatkan kepuasan pasien, dan juga
4. Memudahkan penegakkan diagnosis;
5. Meminimalkan terjadinya mal praktik.¹⁴

Walaupun demikian, keberhasilan komunikasi dokter-pasien berfokus pasien menurut Edelman, juga dipengaruhi sifat dan karakteristik komunikasi antara dokter dan pasien, yaitu:

1. Karakteristik dokter (jenis kelamin dan pengalaman);
2. Karakteristik pasien (jenis kelamin, kelas sosial, usia, pendidikan dan keinginan akan mendapatkan informasi);
3. Perbedaan antara kedua belah pihak dalam hal kelas sosial dan pendidikan, sikap, keyakinan dan harapan;
4. Faktor situasional (beban pasien dan masalah pasien);¹⁵
5. Karakter budaya di mana dokter dan pasien berada. Menurut Claramita, terdapat beberapa hal yang mempengaruhi komunikasi dokter-pasien di Asia tenggara, khususnya Indonesia yaitu: 1) kesenjangan sosial hirarkis antara orang-orang begitu berakar di Asia

Tenggara, 2) suasana kesopanan non-verbal dikomunikasikan lebih daripada gaya komunikasi lisan atau tertulis, 3) pengambilan keputusan klinis dipengaruhi oleh keluarga atau masyarakat yang tinggal disekitar pasien 4) menggunakan pengobatan alternatif atau tradisional 5) pasien dan keluarga lebih banyak menggunakan informasi dari jaringan sosial daripada para profesional kesehatan.¹⁶

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia, manfaat komunikasi efektif antara dokter dan pasien adalah:³

1. Meningkatkan keberhasilan diagnosis terapi dan tindakan medis;
2. Meningkatkan kepercayaan diri dan ketegaran pada pasien fase terminal dalam menghadapi penyakitnya;
3. Meningkatkan kepuasan pasien;
4. Meningkatkan kepercayaan pasien kepada dokter.

Tabel 1. Peran dan tanggung jawab dokter serta kebutuhan keterampilan yang dibutuhkan¹⁴

Fungsi dalam Konsultasi Medis	Peran dan Tanggung jawab Dokter	Bentuk Keterampilan
Membina hubungan	<ul style="list-style-type: none"> • Membangun kesan dan keterhubungan dengan pasien • Menunjukkan keterbukaan dan keramahan • Menghormati pernyataan pasien, privasi, dan otonomi • Terlibat dalam membangun kemitraan • Menunjukkan kepedulian dan komitmen • Mengakui dan mengungkapkan kesedihan karena kesalahan 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengucapkan salam yang sesuai • Memelihara kontak mata • Mendengar aktif • Berbicara dengan bahasa yang tepat • Mendorong partisipasi pasien • Menunjukkan minat pada pasien sebagai pribadi
Mengumpulkan informasi	<ul style="list-style-type: none"> • Mencoba untuk mengerti kebutuhan pasien akan pertemuan itu • Memunculkan gambaran penuh akan alasan utama kunjungan dari perspektif biologis dan psikososial 	<ul style="list-style-type: none"> • Bertanya dengan <i>open-ended question</i> • Mengizinkan pasien untuk memberikan tanggapan secara utuh • Mendengarkan aktif • Membuat pasien memberikan perhatian penuh • Memunculkan perspektif pasien tentang masalah atau penyakit • Eksplorasi efek dari penyakit • Rangkum dan klarifikasi

		informasi
		<ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan tentang kekhawatiran tambahan
Penyedia informasi	<ul style="list-style-type: none"> • Berusaha memahami kebutuhan informasi pasien • Berbagi informasi • Mengatasi rintangan untuk memahami (bahasa, mendengar, berhitung, literatur kesehatan) • Memfasilitasi pengertian • Menyediakan sumber informasi dan membantu pasien mengevaluasi dan menggunakannya 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan sifat masalah dan pendekatan pada diagnosis dan pengobatan • Memberikan penjelasan dan instruksi secara sederhana • Hindari jargon dan kompleksitas • Mendorong pertanyaan dan mengecek kembali pemahaman • Menekankan kunci pesan
Membuat Keputusan	<ul style="list-style-type: none"> • Menyiapkan pasien untuk pertimbangan dan kemampuan membuat keputusan • Garis besar rencana tindakan kolaborasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam membuat keputusan • Menggaris bawahi pilihan-pilihan • Eksplorasi pemahaman dan preferensi pasien • Capai kesepakatan • Identifikasi dan buata daftar sumber daya dan dukungan • Diskusikan tindak lanjut dan rencana untuk hasil yang tidak sesuai haraapan
Memampukan perilaku yang sesuai dengan penyakit dan pengobatannya	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai kemampuan pasien dan kapasitasnya untuk manajemen dirinya sendiri • Penyedia saran (kebutuhan informasi, keterampilan coping, strategi untuk sukses) • Persetujuan pada langkah selanjutnya • Bantu pasien untuk mengoptimalkan otonomi dan manajemen dirinya pada masalahnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Nilai kesiapan pasien untuk melakukan perubahan perilaku • Munculkan tujuan pasien, ide dan keputusan
Tanggapan pada emosi	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi ekspresi dari konsekwensi emosi dari penyakitnya 	<ul style="list-style-type: none"> • Sampaikan dan eksplorasi emosinya • Ekpresikan empati, simpati dan kepastian • Nilai adanya distress psikologis

D. Pengukuran

Komunikasi berpusat pada pasien dapat diukur dengan menggunakan beberapa pengukuran sebagai berikut:

1. Observasi

Observasi dilakukan dengan mengamati komunikasi antara dokter dan pasien selama konsultasi secara langsung. Hasil observasi komunikasi dokter dengan pasien akan dibandingkan dengan aspek komunikasi berpusat pada pasien agar dapat dinilai apakah sudah memenuhi aspek komunikasi berpusat pada pasien yang baik atau tidak.

Panduan observasi yang sangat terkenal dan sudah diterjemahkan ke dalam berbagai bahasa untuk berlatih komunikasi efektif dokter-pasien adalah *Calgary - Cambridge Observation Guide*.¹⁷

2. Videotape

Pengukuran dengan menggunakan *Videotape* yaitu dengan menyediakan beberapa video skenario terkait komunikasi berpusat pada pasien yang dilakukan oleh dokter saat konsultasi dengan memenuhi beberapa elemen yaitu *developing an understanding of the patient as person, conveying empathy, dan finding common ground regarding treatment and goals of care*. Selanjutnya responden akan diminta menjawab secara tertulis dan lisan beberapa pertanyaan peneliti tentang isi dari video skenario tersebut.¹⁸

3. Kuesioner

Pengukuran komunikasi berpusat pada pasien dapat dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner yang diberikan kepada pasien. Beberapa macam kuesioner adalah sebagai berikut:

a. Kuesioner *components of primary care* oleh Flocke, Stange, & Zyanski tahun 1998 dengan 51 item pernyataan dengan beberapa kategori seperti komunikasi interpersonal.¹⁹

b. Kuesioner *consultation care measure* oleh Little et al tahun 2001 dengan beberapa item seperti *communication and partnership, personal relationship, positive and clear approach to problem, dan interest in effect on life*. Pada kuesioner akan diteliti tentang persepsi pasien tentang sikap, tingkah

laku, komunikasi dokter, dan ketertarikan dokter dengan penyakit pasien.¹⁹

c. Kuesioner *patient perceived involvement in care scale (PICS)* oleh Safran Tahun 1998 dengan 13 item pernyataan memuat *doctor facilitation scale, patient information scale, patient decision making scale, dan eliciting the illness experience*.¹⁹

d. Kuesioner persepsi komunikasi berpusat pada pasien (*Perceived Patient Centered Communication Questionnaire*) yang disusun dan telah divalidasi oleh Ta Larasati; terdiri dari 8 prinsip *patient centered communication* yaitu *respect for patient preferences, coordination and integration care, information and education, physical comfort, emotional support, involvement of family and friend, continuity and transition, dan access to care*. Kuesioner terdiri dari 20 pertanyaan dengan alternatif jawaban menggunakan skala *Likert* yang terdiri dari skala 1 sampai skala 4 dengan deskripsi sangat puas, puas, tidak puas, dan sangat tidak puas.

Simpulan

1. Komunikasi berpusat pada pasien adalah komunikasi yang memunculkan dan memahami perspektif pasien (kekhawatiran, ide, harapan, kebutuhan, perasaan, dan fungsi), memahami pasien dalam konteks psikososial dan budaya yang unik, mencapai pemahaman bersama tentang masalah pasien dan perawatan yang sesuai dengan nilai-nilai pasien, dan pasien dalam menawarkan pilihan-pilihan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya.
2. Komunikasi dokter-pasien berpusat pasien sangat penting di pelayanan kesehatan primer untuk memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif.
3. Manfaat yang didapatkan adalah meningkatkan kepatuhan pasien pada pengobatan, mencapai keberhasilan pengobatan, memudahkan penegakkan diagnosis, meningkatkan kepuasan pasien dan juga meminimalkan terjadinya mal praktik.

Daftar Pustaka

1. WONCA. The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2011 Edition 1. 2011;1-33. Available from: <http://www.woncaeurope.org/>.
2. World Health Organization. Primary Health Care Now More than Ever. WHO Press; 2008;1-148.
3. Kedokteran K. Komunikasi Efektif Dokter-Pasien. 2006.
4. Hospital AM, Hospital AM. Doctor-Patient Communication: A Review Of The Literature. 1995;40(7):903-18.
5. Roter DL, Hall JA. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors.
6. Payne S, Horn S. Health Communication.
7. Arianto. Komunikasi Kesehatan.1–13.
8. American Diabetes Assosiation. Standards of Medical Care in Diabetes-2016. Diabetes Care [Internet]. 2016;39(1):386-90. Available from: www.diabetes.org/diabetescare.
9. Hashim MJ, Arab U, Sciences H, Ain A, Dhabi A. Patient-Centered Communication: Basic Techniques. 2017.
10. Naughton CA. Patient-Centered Communication. 2018.
11. Healing P, Suffering R. National Cancer Institute Communication Promoting Healing And Of Health.
12. Guastello BS, Hale M, Hospital NW. Patient-centered communication strategies. 2014;(6):1-5.
13. Smith RC, Dwamena FC, Grover M, Coffey J, Frankel RM. Behaviorally Defined Patient-Centered Communication-A Narrative Review of the Literature. 2010;
14. King A, Hoppe RB. “Best practice” for patient-centered communication: a narrative review. J Grad Med Educ [Internet]. 2013;5(3):385-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24404300>
15. Edelman RJ. Psychosocial aspects of the Health Care Process. Pearson education; 1999.
16. Claramita M. Communication of Health Care Professionals and Patients in the context of Southeast Asian Culture. 1st ed. Jakarta: EGC; 2016. 1-19 p.
17. Kurtz S, Silverman J. Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides :an aid to defining the curriculum and organizing the teaching communication in communication treaning programmes. Med Educ [Internet]. 1996;Mar30(2):83–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8736242>
18. Swenson SL, Buell S, Zetler P. Patient-centered communication. J GEN INTERN [Internet]. 2004;19:1069–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24404300>
19. Epstein RM, Shields CG. Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations : Theoretical and practical issues Measuring patient-centered communication in Patient-Physician consultations : Theoretical and practical issues. 2016;(10).