

Kompetensi Komunikasi dalam Pendidikan Dokter yang Berorientasi pada Kepentingan Pasien: Belajar dari Kasus Klinik dan *Role-Play* Mahasiswa

Mora Claramita

Staf Bagian Pendidikan Kedokteran, Staf Laboratorium Keterampilan Medik
Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

Abstract

Communication competence in medical education usually focusing only on history taking, which is diseases oriented, while in the reality patients have their own perception of illness, feeling, hope, and expectation. The gap between patient and doctor may lead to uncooperative patient, which is in the end will not be an effective, neither efficient problem solving session for both. This study is aimed to explore more on the competency of patient centered communication style: the reason for encounter, empathy, and active listening, through study from clinical cases and result of student's role-plays during skills training sessions in Faculty of Medicine Gadjah Mada University. Furthermore, observing the importance of doctor-patient communication related with other competence of KIPDI III: managing health problems.

Key words: Patient-centered communication, doctor-patient communication,

Latar Belakang Masalah

Sudah sering kita dengar bahwa anamnesis mempunyai arti penting 60-80% dalam menegakkan diagnosis.¹ Dari sudut pandang kepentingan dokter dalam manajemen pasien, diagnosis yang akurat sangatlah penting. Contoh komunikasi yang menitik-beratkan pada kepentingan dokter yaitu kepentingan diagnosis, dapat kita lihat melalui kasus berikut yang terjadi sebenarnya di sebuah rumah sakit pendidikan di Indonesia:

Seorang anggota keluarga dari pasien yang didiagnosis menderita Efusi Pleura, datang ke dokter lain untuk mencari opini kedua. Dia berusia 30 tahun, lulusan sarjana sebuah bidang studi sosial. Dia mengeluh pada dokter kedua tentang prosedur pemasangan *Water Shield Drainage* (WSD):

- Pasien : "Dokter, apakah itu prosedur yang benar diterapkan bagi penyakit mertua saya?"
- Dokter kedua : "Hmmm... dari cerita anda, dan setelah mempelajari kasusnya, saya kira itu benar"
- Pasien : "Tetapi, Dok, mengapa mereka memasukkan cairan lagi ke dalam paru-paru mertua saya?"

Dokter kedua : "Sebentar.... WSD itu untuk mengeluarkan cairan, bukan untuk memasukkan cairan ... apakah Bapak sudah mengerti tentang hal itu?"

Pasien : "Tidak, saya tidak tahu, lagi pula dokter pertama juga tidak memberitahu apa-apa. Selain itu..... mertua saya tidak bisa berenang juga tidak baru saja tenggelam, bagaimana mungkin ada cairan di paru-parunya? Pasti dari alat itu!"

Dokter kedua : "Ehm ... perkenankan saya memberitahu bahwa paru-paru yang tidak normal dapat memproduksi cairan yang berlebihan. Akan sangat berbahaya bila cairan tersebut tidak diambil"

Pasien : "Oh... ! (diam, terlihat amat terkejut) Baru kali ini saya tahu kalau paru-paru dapat memproduksi cairan... Saya kira cairan itu hanya bisa masuk dari luar... "

Dari kasus di tersebut, jelas kiranya bahwa kepentingan penegakan diagnosis bagi dokter pertama, tidak menemui suatu hambatan yang berarti. Namun sampai di sini, dapatkah dokter membayangkan tentang

Koresponden: dr. Mora Claramita, MHPE, Bagian Pendidikan Kedokteran Fakultas Kedokteran UGM, Telp: 0274-562139; Fax: 0274-561196; email: claramita@yahoo.com

kepentingan pasien? Mengapa ia sampai mencari opini kedua? Kira-kira bagaimanakah harapannya? Bagaimanakah persepsi dia terhadap penyakit tersebut? Lalu apakah pengobatan pasien menjadi efektif seperti yang dokter harapkan bila pasien tidak puas akan pelayanannya? Apakah dalam hal ini proses anamnesa hanya bermanfaat bagi dokter dalam menegakkan diagnosis atau telah pula memberi manfaat bagi pasien?

Contoh selanjutnya dapat dilihat melalui kasus berikut: Seorang pasien datang ke tempat praktek dokter kebidanan dan kandungan. Ia datang karena perdarahan pada trimester pertama akan kehamilan yang amat didambakannya. Ia datang dengan amat cemas dan mengatakan bahwa sebenarnya ia takut datang mengunjungi dokter. Dokter bukannya memberi penghargaan atas keberaniannya untuk datang memeriksakan diri, melainkan bersikap konfrontatif: "Ya kalau takut, tidak usah datang ke sini!" Sikap konfrontatif yang sering pula terdengar sebagai cerminan cara berbahasa suatu budaya, tidak jarang memberikan umpan balik positif,¹ artinya pasien kemudian berbalik percaya penuh atas semua tindakan yang diputuskan oleh dokter karena ia merasa harus patuh. Akan tetapi, bila hal itu tidak dilakukan dengan keahlian justru dapat menimbulkan masalah lebih lanjut, misalnya pasien menjadi lebih cemas, tidak kooperatif, dan akhirnya bermuara pada pengobatan yang tidak efektif.

Penelitian yang dilakukan Claramita & Majoor, 2005 menjelaskan bahwa meskipun tidak ada perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan kedua grup residen di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta, residen yang pernah mendapatkan training keterampilan komunikasi yang sistematis dan selama masa pendidikan dokternya (lulusan kurikulum *Problem Based Learning* (PBL)) ternyata secara signifikan lebih menyadari kurangnya kemampuan mereka berkomunikasi dengan pasien daripada residen yang sama sekali belum pernah mendapatkan training komunikasi (lulusan kurikulum bukan PBL). Namun bagaimanapun, terbukti bahwa keterampilan komunikasi yang diajarkan selama pendidikan dokter belum mampu bertahan lama dan memberikan hasil yang optimal pada kemampuan komunikasi di masa kerja paska lulus dokter.

Tujuan Penulisan Makalah

Penulisan makalah ini bertujuan untuk membahas masalah kompetensi komunikasi dalam pendidikan dokter di Indonesia; yang merupakan area kompetensi ketiga dari lima kompetensi yang dirumuskan dalam KIPDI III.² Ditinjau tidak hanya dari "sekedar" masalah anamnesis dan kepentingan diagnosis saja melainkan lebih luas lagi yaitu, komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien. Selanjutnya, membahas kompetensi

tersebut dalam pendidikan dokter sehingga dapat menghasilkan lulusan yang kompeten berkomunikasi efektif dengan pasien, yaitu komunikasi yang bermanfaat bagi kedua belah pihak.

Rumusan Masalah

Masalah dalam latar belakang dapat dirumuskan sebagai berikut:

- Bagaimanakah rumusan kompetensi komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien?
- Mengapa kompetensi komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien tersebut perlu diajarkan dalam pendidikan dokter?

Pembahasan

Menurut Whitcomb (2000), selama ini pendidikan dokter hanya difokuskan pada bagaimana menegakkan diagnosis dan pengobatan penyakit melalui anamnesis (menggali riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan riwayat penyakit keluarga) yang sebenarnya hanya merupakan bagian kecil dari tugas dokter untuk merawat pasien. Whitcomb menekankan pentingnya mengajarkan komunikasi pada dokter yang intinya adalah "mendengarkan" pasien.

Pernahkah seorang dokter selama pendidikannya di Indonesia diajarkan untuk "mendengarkan" pasien? Yaitu memikirkan dan mempertimbangkan kepentingan pasien? Mampukah seorang dokter sampai kepada pemikiran mengapa seorang pasien mengunjunginya pada hari ini, bukan kemarin, bukan esok? Alasan apakah yang membawanya datang pada hari ini? Apakah ia "hanya" ingin sembuh? Ataukah ingin tahu lebih jauh tentang penyakitnya? Ataukah ia punya kepentingan yang lain?

Kasus di atas memberikan contoh bagaimana dalam berkomunikasi dengan pasien, tidak semua informasi dapat dikirim dengan mudah dan diterima dengan baik. Komunikasi dapat berlangsung dua arah bila antara pemberi dan penerima terdapat persamaan *frame of reference*.³ Dari kasus di atas, *frame of reference* pasien tentang cairan dalam paru-paru tidak sama dengan *frame of reference* dokter. Ini sama saja dengan misalnya, memberikan obat *vaginal suppositoria* tanpa memberitahu pasien di mana tepatnya sediaan ovula itu dimasukkan, kapan, dalam keadaan berbaring atau jongkok. Sebab, pasien bisa saja mengira obat itu untuk ditelan, atau dimasukkan ke dalam dubur, ataupun bila ia telah mengerti obat tersebut untuk dimasukkan vagina, ia mungkin tidak mengerti untuk segera berbaring beberapa jam (sebelum tidur malam), bila tidak maka ovula akan lekas keluar yang berakibat pengobatan menjadi tidak efektif.

Komunikasi yang Berorientasi pada Kepentingan Pasien

Komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien atau lebih dikenal dengan *Patient-centered communication*^{6,7} adalah komunikasi yang menitikberatkan pada kepentingan pasien, mengerti pasien sebagai manusia seutuhnya, dan memahami pandangan pasien tentang penyakitnya yang lebih dikenal dengan istilah *illness perspective*. Perasaan, kepentingan, harapan, dan kebutuhan pasien biasanya terwujud dalam sebuah pertanyaan yang ditanyakan pada dokter. Dalam contoh kasus di atas, pertanyaan pasien adalah: "Bagaimana mungkin paru-parunya bisa penuh cairan padahal ia tidak pernah berenang dan tidak baru saja tenggelam?" Selain itu, perasaan, kepentingan, harapan, dan kebutuhan pasien bisa juga terwujud melalui sikap non-verbal pasien, bagaimana ia cemas menggigit bibir bawahnya, bagaimana ia tiba-tiba diam, bagaimana ia menundukkan pandangan dan sulit diajak bicara.⁸

Dari kasus tersebut, bisa dipelajari bahwa bila dokter tidak memperhatikan pertanyaan pasien yang intinya adalah a) pandangan pasien terhadap penyakitnya, b) harapan pasien, dan c) perasaan pasien,¹ maka pasien dapat menjadi tidak kooperatif. Itu berarti dokter telah gagal membina sambung rasa⁹ sehingga pasien yang seharusnya percaya penuh padanya, bersikap sebaliknya. Kerugian bagi dokter adalah kehilangan kepercayaan pasien yang merupakan potensi ketidakpatuhan pasien sehingga pengobatan dapat menjadi tidak efektif. Pada akhirnya merupakan kerugian bagi pasien sendiri. Keterampilan komunikasi dengan demikian amat diperlukan guna menunjang komunikasi yang efektif, yang bermanfaat bagi pasien maupun dokter.

Dalam situasi *emergency*, komunikasi memang bukan menjadi tujuan utama yang efektif, sebab bagaimanapun *life-saving* lebih diutamakan dan dokter merupakan pemegang kendali atas manajemen kegawatdaruratan pasien.^{10,1} Meskipun demikian, dalam kondisi di poliklinik maupun di bangsal, bahkan kondisi setelah gawat darurat terkendali, bagaimanapun hubungan dokter-pasien akan lebih banyak dijalani melalui komunikasi. Berbicara dengan pasien sebelumnya merupakan bagian terbesar dalam proses kedokteran.⁴ Dengan demikian komunikasi yang efektif³ mutlak perlu diajarkan sejak mahasiswa kedokteran berada di tahun pertama pendidikannya.

Keterampilan komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien

Alasan kedatangan

Patient-centered communication style memperhatikan benar-benar apa alasan pasien datang me-

ngunjungi dokter.⁸ Seorang mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada semester 4 mampu menjawab dengan benar alasan kedatangan pada kunjungan pasien berikut ini (hasil *role-play* antar mahasiswa keterampilan *History Taking*, 2005):

Mahasiswa 1 (dokter) : "Selamat siang, Mbak. Perkenalkan saya Dokter (menyebutkan nama), ada perlu apa datang kemari?"

Mahasiswa 2 (pasien) : "Ini Dok, gatal-gatal di kulit, sudah saya kasih obat biasanya tapi kok belum sembuh."

Mahasiswa 1 (dokter) : "O, ya, biasanya sembuh ya, diberi obat apa?"

Mahasiswa 2 (pasien) : "Ya salep, tapi ini sudah tiga hari, Dok, saya nggak tahan lagi."

Dalam sesi *feedback* tentang percakapan di atas, beberapa mahasiswa mengatakan bahwa alasan kedatangan pasien adalah gatal-gatal, termasuk mahasiswa yang tadi berperan sebagai dokter. Namun ada seorang mahasiswa yang mampu mengatakan bahwa alasan kedatangan pasien adalah: sudah tidak tahan lagi, atau sudah diobati tetapi tidak sembuh. Alasan kedatangan inilah yang membuat pasien mengunjungi dokter pada saat itu, bukan kemarin, bukan pula esok.⁸ Alasan kedatangan bisa berupa alasan ingin berobat, ingin sembuh, ingin pertanyaannya terjawab, sampai pada masalah ekonomi (kesulitan membayar, dan sebagainya). Pada dasarnya, alasan kedatangan adalah kebutuhan pasien atau *needs*, yang kembali lagi pada a) pandangan pasien terhadap penyakitnya, b) harapan pasien, dan c) perasaan pasien.¹ Seorang dokter yang mampu memfasilitasi pasien sehingga alasan kedatangannya terungkap, baik secara sengaja maupun tidak sengaja, adalah dokter yang berorientasi pada kepentingan pasien, yaitu yang melakukan *Patient-centered communication*.

Empati

Dalam pelajaran komunikasi, sudah sering pula kita dengar kata empati, yang biasanya diartikan bagaimana memposisikan diri dalam kedudukan orang lain sehingga kita mampu merasakan apa yang dirasakan orang lain.¹¹ Berikut ini adalah hasil *role-play* mahasiswa semester pertama FK-UGM 2005, keterampilan *Interpersonal Skills*. Kedua mahasiswa tersebut baru satu bulan menjalani pendidikan dokter sehingga bekal ilmu

kedokterannya masih sangat minimum yang mungkin saja masih sama dengan kebanyakan remaja seusianya:

Mahasiswa 1 (mengeluh) : *"Aku kok sakit perut banget, ya. Aduh, sakit banget nih, padahal satu jam lagi ujian anatomi. Gimana, nih?!"*

Mahasiswa 2 (merespon) : *"Oh, ... (berhenti sebentar agak kebingungan akan keluhan temannya). Kamu pasti stres. Sudahlah nggak usah dipikirkan....."*

Mahasiswa 1 : *"Wah ... tapi aku sakit banget ... gimana, dong ..."*

Mahasiswa 2 : *"Ya, nggak apa-apa, tenang saja, jangan dipikirkan....."*

Tiba-tiba proses *role-play* berhenti, tidak ada yang mampu melanjutkan pembicaraan.

Selama sesi *feedback*, mahasiswa kedua merasa kebingungan mengapa temannya tidak dapat ditenangkan. Sedangkan mahasiswa pertama memberi umpan balik untuk temannya itu, demikian: "Kamu tidak berusaha menanyakan lebih jauh tentang sakit saya, kok tiba-tiba mengatakan kalau saya stres. Saya sebenarnya ingin bilang kalau saya sedang mens hari pertama, tetapi kamu tidak memberi saya kesempatan untuk itu. Lagi pula, hanya dengan menenangkan saya, tetap saja saya sakit, tidak akan hilang. Saya sebenarnya sangat berharap kamu dapat menolong saya, tetapi kamu terus-menerus mengatakan saya stres, jadi saya bingung apalagi yang akan saya katakan." Mari kita dengar bagaimana pendapat mahasiswa yang lain: "Teman kami seharusnya berusaha memberikan pertolongan, misalnya menawarkan tempat duduk, menawarkan minuman hangat, ataupun obat gosok. Selain itu, ia seharusnya bertanya terlebih dahulu apa yang kira-kira menyebabkan sakit perut, apakah belum sarapan, salah makan sesuatu, ataukah yang lainnya. Kami pikir ia terlalu awal menduga bahwa penyebab dari sakit perut temannya adalah karena stres, yang kenyataannya tidak berhubungan sama sekali dengan ujian yang akan ia hadapi." Empati bukan hanya merasakan apa yang dirasakan orang lain, sebab kita tidak mungkin menjadi orang lain tersebut.¹⁰ Perkembangan ilmu komunikasi dalam dunia medis menekankan empati pada bagaimana cara merespon kebutuhan seseorang yang artinya adalah bagaimana memberikan pertolongan.¹² Dari kasus di atas, meskipun "hanya" sekedar proses *role-play* mahasiswa, disadari

atau tidak, hal itu merupakan perwujudan dari komunikasi interpersonal dalam budaya kita sehari-hari. Tak jarang kita dengarkan seseorang mengeluh, di mana lawan bicaranya bukan menanggapi keluhannya melainkan secara prematur berusaha menenangkan tanpa tahu pokok permasalahan sebenarnya. Lebih parah lagi, bila lawan bicara kemudian malah bercerita keluhannya sendiri. Maguire (1986) mengatakan bahwa tanpa menggali permasalahan lebih jauh, seorang dokter akan secara prematur memberikan penjelasan pada pasiennya.

Tujuan dari komunikasi dokter-pasien yang empatik adalah bagaimana memberikan pertolongan, di mana hal itu tidak akan mampu diberikan bila dokter telah curiga terlebih dahulu. Studi yang terkenal dari Beckman & Frankel (1984) mengatakan bahwa dokter cenderung menginterupsi pasien dalam tempo hanya 18 detik sejak pasien mengutarakan keluhan pertamanya. Padahal keluhan pertama belum tentu merupakan pokok permasalahan mengapa ia mengunjungi dokter. Interupsi ini dilakukan karena setelah mendengar keluhan pasien yang amat singkat tersebut, dokter telah menyusun hipotesis (secara prematur), disusul pertanyaan-pertanyaan yang harus ditanyakan berkaitan dengan hipotesisnya. Dalam hal ini dokter mempunyai agenda tersendiri yang pada akhirnya merupakan komunikasi yang berorientasi pada kepentingan dokter yaitu diagnosis.

Proses empati sendiri sebenarnya dapat diajarkan pada mahasiswa dengan cara yang amat sederhana, yaitu bukan dengan cerita atau keluhan pasien mengenai *terminal illness* seperti kanker yang mungkin amat sulit dibayangkan oleh mahasiswa yang sama sekali belum pernah melihat pasien kanker, maupun belum pernah punya anggota keluarga yang menderita penyakit tersebut, melainkan dengan *to feel of lost of a thing*.¹⁰ Seorang mahasiswa yang diajarkan merenung kembali bagaimana rasanya kehilangan benda-benda yang kelihatannya sepele tetapi amat berarti seperti sebuah kunci sepeda motor, dompet yang berisi uang SPP, ataupun kehilangan benda kesayangan misalnya sepeda, boneka, cincin, dan lain-lain, akan lebih mudah mempelajari perasaan kehilangan tersebut karena hal itu nyata dan sering dijumpai sehari-hari. Dengan demikian ia tidak akan begitu saja berkata: "Ya sudah, sabar, lupakan saja...." bila temannya mengeluhkan kehilangan benda kesayangan, sebab ia akan mengerti arti maupun kebutuhan temannya terhadap benda tersebut.

Bagaimanapun, bila kita menjadi mahasiswa yang mengamati proses *role-play* di atas, akan sangat mudah untuk memberikan komentar, namun bila kita menjadi mahasiswa kedua yang berperan utama sebagai perespon keluhan, maka kenyataan yang terjadi adalah

amat sulit. Dengan demikian komunikasi yang efektif perlu diajarkan sejak semester pertama mahasiswa duduk di fakultas kedokteran, kemudian selalu diulang kembali dalam situasi yang semakin lama semakin kompleks pada tahun-tahun berikutnya sesuai dengan metode pendidikan *spiral based*.¹

Pendengar Aktif

Van Dalen (2000) dalam sampul buku desertasinya yang berjudul: *Communication Skills: Teaching and Assessment*, menggambarkan seorang tua yang telapak tangannya sedang ditempelkan di telinga dan terlihat berusaha untuk mendengarkan. Pada kenyataannya, kunci untuk berkomunikasi dengan orang lain adalah menjadi pendengar aktif dan bukan berbicara sebanyak-banyaknya. Kita telah belajar banyak bahwa seorang tuna rungu pasti juga tuna wicara.



TALKING



LISTENING

Seorang pendengar yang aktif akan merupakan seorang yang mampu merasakan kebutuhan orang lain, yang pada dasarnya akan mudah memberikan pertolongan sesuai kebutuhan orang tersebut. Komunikasi yang efektif tidak identik dengan pembicaraan yang berbusa-busa dan memerlukan waktu lama.¹⁶ Bila seorang dokter mampu menggali bahwa kebutuhan pasien hanyalah ingin sembuh, tidak ingin yang lain; misalnya yang kerap kali terjadi pada masyarakat berpendidikan dan berstatus sosial-ekonomi rendah,¹⁷ maka komunikasi efektif adalah *curative medicine*.

Pada kenyataannya masyarakat mempunyai status yang berbeda-beda dan tidak selamanya dokter hanya melayani orang dari masyarakat tertentu saja, terlebih bila mengingat proses globalisasi yang demikian pesat. Kompetensi keterampilan komunikasi seorang dokter di Indonesia haruslah sejajar dengan level kompetensi internasional. Saat ini, seorang mahasiswa kedokteran di Maastricht University, Belanda telah diajarkan bagaimana bernegosiasi dengan pasien tentang rencana pengobatan pasien. Tidak sampai di situ saja, ia pun diajarkan bagaimana tetap bersikap profesional menghadapi pasien yang bersikukuh akan kepentingannya sehingga seolah-olah mengalahkan kepentingan dokter dalam proses pengobatan.¹⁸ Seorang dokter di sana akan menyambut

pasien dengan cara berjalan ke pintu kemudian mempersilakan pasien masuk dan duduk terlebih dahulu, baru kemudian dokter duduk. Begitu pula bila pasien meninggalkan ruangan. Sangat menarik bahwa sikap tersebut yang saat ini sudah jarang ditemui di ruang praktek dokter, sebenarnya telah dicontohkan oleh seorang dokter lulusan pendidikan dokter tradisional atau bahkan dapat dikatakan “kuno” di Indonesia yaitu: dr. Aryono, Sp.PD (alm). Selama beliau melakukan tugasnya; meskipun dengan alasan agar tubuh senantiasa bergerak dan berolah raga, beliau selalu berdiri menyambut pasien dan kemudian mengantarkannya kembali sampai di depan pintu setelah konsultasi selesai.

Hubungan kompetensi komunikasi dengan kompetensi yang lain:

Manajemen dan perawatan pasien

Kompetensi komunikasi tidak dapat berdiri sendiri, melainkan saling berkaitan erat dengan berbagai kompetensi yang lain. Tujuan dari semua itu adalah bagaimana menangani masalah pasien secara efektif dan efisien, bagi kepentingan dokter maupun kepentingan pasien.¹ Seorang dokter tidak mungkin berbicara dengan pasien tanpa konten medis yang mutlak harus dikuasainya terlebih dahulu, hal ini yang membedakan profesi kedokteran dari profesi yang lain dalam manajemen dan perawatan pasien. Konten medis yang dimaksud antara lain adalah:

- a) Penguasaan *clinical reasoning*, yaitu kemampuan menyusun hipotesis berdasarkan fakta-fakta, pengetahuan, dan pengalaman.¹⁹ Mahasiswa kedokteran belum mempunyai pengalaman klinis karena belum pernah merawat pasien (meskipun ia atau keluarga yang dijumpainya mungkin mempunyai pengalaman sakit). Dengan demikian sebagai pemula ia belum mempunyai apa yang disebut sebagai *illness script* atau peta penyakit yang telah dimiliki seorang ahli.²⁰ Peta penyakit tersebut akan terbentuk saat mahasiswa menempuh pendidikan klinik di rumah sakit maupun puskesmas yang memberinya kesempatan belajar perjalanan alamiah penyakit serta epidemiologi secara nyata dari merawat pasien secara langsung,
- b) Keterampilan pemeriksaan fisik secara menyeluruh. Seorang yang disebut ahli dapat melakukan inspeksi sekaligus menanyakan berbagai informasi yang dibutuhkan. Untuk seorang yang disebut pemula seperti mahasiswa kedokteran tingkat dasar, semua hal tersebut akan sulit dilakukan sekaligus sebab ia belum sampai pada tahap otomatisasi.²¹ Dengan demikian, mahasiswa harus menguasai keterampilan komunikasi maupun pemeriksaan fisik

secara terpisah-pisah, sedikit demi sedikit bertahap ke tingkat yang lebih kompleks. Pada tahun terakhir keterampilan yang diajarkan menjadi terintegrasi, misalnya dalam sebuah sesi: Manajemen pasien (berlatih dengan pasien simulasi dan skenario masalah).²² Dibutuhkan waktu bertahun-tahun, latihan dan pengalaman terus menerus sehingga seorang mahasiswa sebagai pemula dapat menjadi ahli.²¹

- c) Sikap dan etika profesional. Sikap adalah wujud dari itikad yang dapat diamati²³ yang seringkali menentukan apakah dokter layak mendapat kepercayaan dari pasien atau tidak. Dalam hal ini, penguasaan norma sosial sesuai masyarakat setempat dan kemampuan non-verbal yang memadai akan sangat mempengaruhi kemampuan komunikasi. Sejak belajar keterampilan komunikasi interpersonal, mahasiswa sebaiknya juga diajarkan bagaimana bersikap dan beretika sebagai seorang dokter. Hal ini tidak saja bagaimana tampil berwibawa, namun lebih jauh lagi ke arah penguasaan tugas secara profesional. Misalnya mahasiswa dihadapkan pada pasien yang memberikan umpan balik baik positif maupun negatif, seorang dokter hendaknya mampu merespon secara adekuat dan tidak berlebihan. Demikian juga bila menghadapi pasien yang marah, cemas, ataupun emosi yang lain. Dalam tingkat yang lebih kompleks, mahasiswa dapat diajarkan menghadapi suatu keadaan di mana ia harus berkomunikasi dengan keluarga pasien yang tidak kooperatif, perawat yang terlalu sibuk dengan pekerjaannya yang lain, petugas yang lamban dalam bekerja, dan lain sebagainya.¹⁸ Situasi yang sangat mungkin terjadi di lapangan atau *life-like education* akan sangat membantu mahasiswa dalam usaha menyusun konsep-konsep pengetahuan yang dimilikinya.²⁴

Kesimpulan

- a. Kompetensi komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien adalah mengerti bahasa pasien yaitu: pandangan pasien, perasaan & kecemasannya, harapan, serta kebutuhan pasien. Hal ini dapat dilakukan melalui penguasaan keterampilan menggali alasan kedatangan pasien, keterampilan empati, dan keterampilan mendengarkan aktif; tidak hanya keluhan yang telah dikatakan, tetapi juga yang tidak sempat diutarakan, sejak mahasiswa duduk di tahun pertama fakultas kedokteran. Keterampilan tersebut harus diajarkan sedikit demi sedikit yang akhirnya menjadi lebih kompleks dan terintegrasi pada tahun-tahun selanjutnya sesuai *spiral based education*, agar keterampilan tersebut mampu bertahan lama

setelah mahasiswa lulus menjadi dokter. Tujuan dari komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien adalah agar dokter mampu memposisikan diri sejajar dengan tingkat pengetahuan pasien sehingga diharapkan pasien akan kooperatif yang pada akhirnya menuju pengobatan yang efektif.

- b. Komunikasi yang berorientasi pada kepentingan pasien sangat penting diajarkan karena berkaitan erat dengan area kompetensi yang lain yaitu manajemen masalah kesehatan pasien, termasuk kemampuan penalaran klinis, pemeriksaan fisik menyeluruh, dan sikap serta etika profesional.

Saran-Saran Untuk Studi Lanjut

Pasien di masyarakat tidak datang kepada dokter dengan tulisan: Hipertensi di dahinya, melainkan datang dengan keluhan atau gejala seperti pusing-pusing, takikardi, kulit kuning, dan sebagainya. Tidak semua pasien dengan penyakit yang sama akan memberikan tanda dan gejala yang mutlak sama. Masalah selanjutnya yang muncul adalah mahasiswa setelah setelah lulus menjadi dokter umum dan bertugas di masyarakat, biasanya mengalami kesulitan. Hal ini dikarenakan ia harus melakukan penapisan dari banyak orang yang sehat di masyarakat (*community based medicine*), bagaimana membedakan beberapa diantaranya yang sedikit sakit yang mampu ia rawat, dan membedakan satu-dua diantaranya yang amat sakit dan harus segera dirujuk. Sedangkan pendidikan klinik yang baru saja diterimanya mempunyai komunitas berbeda yaitu: orang-orang sakit di rumah sakit, di mana beberapa diantaranya yang benar-benar sembuh menjadi sehat, banyak diantaranya menderita beberapa macam penyakit sekaligus, dan satu-dua diantaranya berlanjut ke arah komplikasi penyakit yang serius (*hospital based medicine*).²⁴

Pendidikan klinik bagi dokter umum di Indonesia harus diakui masih dilakukan oleh masing-masing spesialisasi. Spesialisasi inilah yang selama ini mendidik keterampilan komunikasi pada dokter umum. Padahal fokus komunikasi oleh spesialisasi yang pada dasarnya adalah *hospital based* dan dokter umum yang *community based* amatlah berbeda. Yang membedakan pendidikan dokter umum dengan pendidikan kedokteran yang lain adalah fokusnya pada komunikasi dokter-pasien yang berorientasi pada kepentingan pasien.²⁵ Dalam konsep pendidikan dokter barat, dokter umum atau *general practice (GP)* adalah sebuah spesialisasi tersendiri yang memfokuskan diri pada kedokteran komunitas, perawatan pasien penyakit kronis, kedokteran keluarga, dan orientasinya pada kepentingan pasien,^{6,7,25,26,27} sedangkan beberapa diantaranya memasukkan ahli anak, ahli penyakit dalam, dan ahli

kebidanan dan kandungan ke dalam konsep *general medicine*.²⁰ Dengan demikian perlu ditinjau lebih jauh konsep pendidikan dokter umum di Indonesia, hubungannya dengan fungsi dan regulasi dokter umum dan spesialis, bagaimana pendidikan terintegrasi, ahli apa dapat mendidik siapa dan sebagainya. Bila fungsi dan regulasi dokter umum telah jelas, niscaya kompetensi komunikasi dalam pendidikan dokter akan lebih mudah untuk fokus pada kepentingan pasien.

Kepustakaan

1. Kurtz S, Silverman J, Drapper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, Radcliffe Medical Press, Ltd, Uk, 1998.
2. Claramita M & Majoor G. Post Graduate retention of communication skills as judged by residents and their patients, a journal manuscript, Unimaas, Maastrichth, 2005.
3. Prihatiningsih TS. Core competencies of medical doctor in Indonesia, Association of Medical Education Institution, Jakarta, 2005.
4. Whitcomb ME. Communication and professionalism, Patient Education and Counseling. Ireland: Elsevier Science, 2000; 41: 137-44.
5. De Vito AJ. The Interpersonal Communication Book. New York: Harper-Collins, 1995.
6. Mead N, Bower P & Hann M. The impact of general practitioners' patient centeredness on patients' post consultation satisfaction and enablement, Social Science and Medicine, 2002; 55: 283-99.
7. Mead N & Bower P. Patient centered consultation and outcomes in primary care, Patient Education and Counseling, 2002; 48: 51-61
8. Kanapsiah MS, Budiharjo S and Claramita M. History Taking: A Skills Laboratory Manual, Yogyakarta: Skills Lab, FK-UGM, 2005.
9. Silverman J, Kurtz S, Drapper J. Skills for Communicating with Patients, Radcliffe Medical Press, Ltd, Uk, 1998.
10. Van Dalen J. Workshop on Communication Skills, MUNDO Project, March, 2005, Yogyakarta: Skills Laboratory, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, 2005.
11. Anonim. Keterampilan sambung rasa. Yogyakarta: Skills-Lab, FK-UGM, 1993.
12. Bylund C and Makoul G. Empathic communication and gender in the physicians – patient encounter, Patient Education and Counseling. Ireland: Elsevier Science, 2002; 48: 207-16.
13. Maguire P, Fairbairn S & Fletcher C. Consultation skills of young doctors. 2. Most young doctors are bad in giving information. Br Med J, 1986b; 292: 1576-78.
14. Beckman HB & Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Annals of Internal Medicine, 1984; 101: 692-96.
15. Van Dalen J. Communication skills: teaching and assessment, a doctoral thesis, Unimaas, Maastrichth, 2000.
16. Levinson & Roter D. Physicians psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. J Gen Intern Med, 1995; 10: 375-9.
17. Cvejic, M.M, Gruijic, V and Vojnovic, M, Patient satisfaction of General Practitioner – Yugoslavia experience, Patient Education and Counseling, 1998; 34: S57-S81.
18. Blok G. Training with Simulated Patient, Master of Health Profession Education, Unimaas, Maastrichth, 2003.
19. Suryadi E. Learning from Patient, Buku Pedoman PPBKK. Yogyakarta: Skills Lab, FK-UGM, 2005.
20. Boshuizen H. Learning Environment, Master of Health Profession Education, Unimaas, Maastrichth, 2002.
21. Patrick J. Training: Research & Practice, New Yorkshire: Academic Press, 1992.
22. Agni AN, Suryadi E, Budiharjo S, et.al. Skills Laboratory Curriculum Preparation for National Competence Based Curriculum, Yogyakarta: Skills Lab, FK-UGM, 2005.
23. Van Luijk S. Professional Behavior: A lecture, Master of Health Profession Education, Unimaas, Maastrichth, 2002.
24. Kruithof M. Workshop on training for Trainer, MUNDO Project, July, 2005. Yogyakarta: Skills Laboratory, Faculty of Medicine, Gadjah Mada University, 2005.
25. Bower P, Gask L, May C, and Mead N. Domain of consultation research in primary care, Patient Education and Counseling, Ireland: Elsevier Science, 2001; 45: 3-11.
26. Deveugele M, Derese A & De Maeseneer J. Is GP-Patient communication related to their perception of illness severity, coping, and social support? Social Science, 2002; 55: 1245-53.
27. Deveugele M, Derese A & Bacquer D, et.al. Is the communication behavior of GPs related to diagnosis? A cross sectional study in six European countries, Patient Education & Counseling, 2004; 54: 283-89.