

Perilaku Komunikasi Petugas Berhubungan dengan Persepsi Sehat-Sakit Pasien Rawat Inap

Relationship Between Provider Communication with Patient's Illness Perception

Eko Nofiyanto¹, Sri Andarini², Mulyatim Koeswo³

¹Puskesmas Ngantang Kabupaten Malang

²Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

³Program Magister Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang

ABSTRAK

Kegagalan proses komunikasi menyebabkan ketidakpuasan, kurangnya pemahaman pasien pada penyakit, memicu keinginan menghentikan pengobatan dan melakukan pulang paksa. Pada studi pendahuluan didapatkan sebanyak 46,67% pasien pada tempat studi melakukan pulang paksa yang disebabkan persepsi sehat-sakit. Penelitian bertujuan untuk mengkaji perilaku komunikasi petugas rawat inap, mengkaji persepsi sehat-sakit pasien rawat inap dan mengetahui hubungan antara perilaku komunikasi petugas dari sudut pandang pasien dengan persepsi sehat-sakit pasien rawat inap pada RSUD X. Penelitian dilakukan dengan pendekatan *cross sectional*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dengan skala Likert dan data dianalisis menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mempunyai tingkat pendidikan dan status sosial ekonomi rendah dan berada pada usia produktif. Sebagian besar responden memiliki persepsi sehat-sakit kategori sedang dan memberikan penilaian perilaku komunikasi petugas pada kategori baik. Hasil uji analisis menunjukkan perilaku komunikasi petugas berhubungan dengan persepsi sehat-sakit. Faktor lain yang diduga berpengaruh terhadap persepsi sehat-sakit adalah karakteristik pasien.

Kata Kunci: Komunikasi petugas, pasien, persepsi sehat-sakit

ABSTRACT

Patient-provider communication is an simultaneous and continous interactive process. Failure of the communication process causes dissatisfaction, lack of disease understanding, desire to escape treatment and do the discharge against medical advice. In a preliminary study found 46,67% of patients in the Dahli at Hospital X had discharged against medical advice due to illness perception. Communications as the root cause illness perception. This study aims to examine provider communication, to examine illness perceptions of in patients and to determine the relationship between provider communication from the patient's view with illness perception at Hospital X. This study is observational analytic study with cross-sectional approach. The instrument was a questionnaire with Likert scale. Using Chi square. The results indicate that the responden has low-educated, low socio-economic, productive age group characteristics. Most respondent have middle illness perception category. Most respondents provide an assessment provider communication in good category. Result analysis show provider communication associated with illness perception. Another factor affecting illness perception include patient characteristics.

Keywords: Illness perception, patient, provider communication

Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. 28, No. 4, Agustus 2015; Korespondensi: Eko Nofiyanto. Puskesmas Ngantang Malang, Jl. Raya Kaumrejo No. 40 Kec. Ngantang Malang Tel. 0341) 521097 Email: ekonofiyanto@gmail.com

PENDAHULUAN

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan di rumah sakit dimana penderita tinggal sedikitnya selama satu hari atas rujukan pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit lain (1). Rawat inap merupakan salah satu layanan utama rumah sakit yaitu pasien berada dalam suatu ruangan dengan layanan asuhan keperawatan, pengobatan dan penunjang medis selama 24 jam. Rumah sakit sebagai pelayanan sekunder dan tersier memerlukan proses yang membutuhkan waktu relatif lama untuk melakukan observasi dan pengobatan terhadap pasien. Dalam proses perawatan terdapat interaksi yang cukup lama antara dokter, perawat, dengan pasien. Interaksi yang terjadi merupakan bentuk komunikasi yang tidak hanya melibatkan petugas dan pasien namun juga keluarga pasien. Hasil akhir yang diharapkan dalam interaksi ini adalah kepuasan pasien dan kesembuhan pasien.

Komunikasi antara petugas dan pasien merupakan proses interaktif dan simultan antara petugas dan pasien. Penerima menginterpretasi pesan pengirim sebelumnya dan memberikan tanggapan dengan cara mengirim pesan yang baru secara verbal maupun non-verbal (2). Komunikasi dengan pasien merupakan salah satu keterampilan klinis yang harus dimiliki dalam perawatan kesehatan. Komunikasi tersebut meliputi kemampuan observasi dalam menggali informasi tentang riwayat penyakit, menjelaskan diagnosis dan prognosis, memberikan instruksi terapi, menjelaskan kondisi pasien dalam mendapatkan *informed consent* terhadap suatu prosedur terapi, memberikan konseling dan motivasi kepada pasien untuk berpartisipasi dalam terapi dan mengurangi gejala sakit (*symptom*) (3). Kegagalan proses komunikasi ini menyebabkan ketidakpuasan, kurangnya persepsi dan pemahaman pasien pada penyakit yang diderita serta bisa memicu keinginan untuk menghentikan pengobatan serta memicu keinginan untuk melakukan pulang paksa (4-6).

Angka kejadian pulang paksa merupakan salah satu indikator layanan rawat inap. Sesuai standar pelayanan minimal dalam Permenkes Nomor 28 tahun 2008, angka pulang paksa dalam rawat inap $\leq 5\%$ dari seluruh pasien pulang dalam periode. Angka kejadian pulang paksa di RSUD X pada tahun 2011 sebesar 2% dan meningkat pada tahun 2012 sebesar 4,25%. Jika mengacu pada standar pelayanan minimal rumah sakit, angka ini masih dalam batas standar. Berdasarkan hasil telusur data di unit rawat inap yang memiliki kejadian pulang paksa diatas standar pada tahun 2012 yaitu ruang Dahlia II (rawat penyakit dalam) sebesar 5,74%, dan angka kejadian pulang paksa pada semester awal tahun 2013 sebesar 7,53%. Data tersebut menunjukkan adanya tren peningkatan kejadian pulang paksa. Pada studi pendahuluan yang dilakukan sebelumnya di ruang Dahlia II didapatkan data bahwa penyebab pasien melakukan pulang paksa adalah faktor sudah merasa sembuh (46,6%). Persepsi pasien terhadap kesembuhan ini sering disebut sebagai *illness perception*. Persepsi sehat-sakit pasien merupakan representasi kognitif maupun respon emosi pasien terhadap kondisi kesehatannya. Persepsi ini memiliki faktor penyusun baik berupa kesadaran terhadap konsekuensi penyakitnya, kesadaran akan waktu perawatan, identifikasi penyakit yang diderita maupun respon emosi terhadap penyakit. Ketidakesesuaian antara pengetahuan pasien dan petugas tentang persepsi sehat-sakit menjadi faktor penyebab terjadinya pulang paksa.

Hasil *focus group discussion* pada petugas didapatkan bahwa komunikasi antara dokter dengan perawat serta dokter dengan pasien dan keluarganya menjadi akar masalah persepsi sehat-sakit pasien. Persepsi sehat-sakit perlu dikelola dengan komunikasi yang baik sehingga pasien memahami kondisi penyakitnya serta pulang dalam kondisi penyakit sudah teratasi (7). Komunikasi yang tidak adekuat akan menimbulkan persepsi yang salah akan rencana pengobatan serta kondisi perkembangan penyakit. Komunikasi antara petugas dengan pasien dan keluarganya mampu menjembatani persepsi pasien terhadap *illness* dan *disease* (8). Oleh karena itu perbaikan komunikasi menjadi salah satu strategi pemecahan masalah yang terbaik. Perbaikan komunikasi yang berkesinambungan diharapkan akan membantu pasien memilih keputusan klinis terhadap dirinya dan mengurangi peluang melakukan pulang paksa.

Hubungan perilaku komunikasi petugas dengan persepsi sehat-sakit pasien diduga dapat meningkatkan kejadian pulang paksa yang memberikan pengaruh buruk terhadap status kesehatan pasiendan membengkaknya biaya pengobatan karena frekuensi perawatan ulang yang tidak perlu. Persepsi sehat-sakit akan mempengaruhi pasien dalam mengambil keputusan terhadap proses pengobatan dirinya. Pada penelitian ini akan dikaji perilaku komunikasi petugas, persepsi sehat-sakit pasien dan hubungan antara perilaku komunikasi petugas dengan persepsi sehat-sakit pasien.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang bersifat analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel yang diteliti adalah perilaku komunikasi petugas (independen) dan persepsi sehat-sakit pasien (dependen). Penelitian ini dilakukan di ruang Dahlia II pada RSUD X selama bulan Juni 2014. Sampel penelitian ini adalah pasien rawat inap sebanyak 134 orang yang telah dirawat lebih dari 2 hari, dipilih secara *simple random sampling*.

Pengumpulan data menggunakan instrument kuesioner dengan lima skala Likert. Kuesioner yang digunakan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, dan telah dinyatakan valid dan reliabel. Kuesioner berisi identitas pasien, pernyataan tentang perilaku komunikasi petugas, dan persepsi sehat-sakit pasien.

HASIL

Tabel 1 didapatkan bahwa jenis kelamin responden mayoritas berjenis kelamin perempuan (52,2%) dengan rentang usia responden paling banyak pada rentang usia 50 tahun sampai dengan 64 tahun (39,3%), mayoritas responden berpendidikan terakhir SD (57,5%) dan memiliki pekerjaan sebagai petani (40,3%). Dari data tersebut menunjukkan gambaran umum responden mayoritas berusia produktif, berpendidikan rendah, dan sosial ekonomi kurang.

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	64	47,8
Perempuan	70	52,2

Tabel 1. Karakteristik responden penelitian (Lanjutan)

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Usia		
15-49 tahun	51	38,1
50-64 tahun	53	39,3
>65 tahun	30	22,6
Pendidikan		
Tidaksekolah	24	17,9
SD	77	57,5
SLTP	19	14,2
SMU	13	9,7
Perguruan tinggi	1	0,7
Pekerjaan		
Tidakbekerja	10	7,5
Pelajar	9	6,7
Iburumah tangga	29	21,6
Petani	54	40,3
Wiraswasta	32	23,9

Pada Tabel 2 didapatkan bahwa mayoritas responden (66,4%) menilai bahwa perilaku komunikasi petugas dalam kategori baik. Mayoritas responden (50,7%) memiliki persepsi sehat-sakit kategori sedang. Hasil data tersebut menunjukkan terdapat gap antara perilaku komunikasi petugas dan persepsi sehat-sakit pasien.

Tabel 2. Distribusi frekuensi variabel perilaku komunikasi dan persepsi sehat-sakit

Variabel	n	Persentase
Perilaku komunikasi		
Baik	89	66,4
Sedang	28	20,9
Kurang	17	12,7
Persepsi sehat-sakit		
Baik	50	37,3
Sedang	68	50,7
Kurang	16	11,9

Hubungan Perilaku Komunikasi Petugas dan Persepsi Sehat-Sakit Pasien

Hasil uji *Chi Square* menunjukkan ada hubungan signifikan ($p=0,024$) antara perilaku komunikasi petugas dan persepsi sehat-sakit. Dari Tabel 3 didapatkan mayoritas responden (48) memiliki persepsi sehat-sakit kategori sedang dan memberikan penilaian perilaku komunikasi petugas dengan kategori baik.

Tabel 3. Hubungan perilaku komunikasi dan persepsi sehat-sakit

		Perilaku Komunikasi			Total	p
		Baik	Sedang	Kurang		
Persepsi Sehat-sakit	Baik	36	8	6	50	0,024
	Sedang	48	14	6	68	
	Kurang	5	6	5	16	
Total		89	28	17	134	

DISKUSI

Undang-undang Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran menyebutkan bahwa salah satu hak pasien adalah mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis serta dapat menolak tindakan medis terhadap dirinya, selain itu juga disebutkan kewajiban pasien adalah memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya. Jembatan antara hak dan kewajiban pasien ini adalah komunikasi dokter maupun petugas lain dengan tujuan agar pasien mendapatkan persepsi yang benar tentang kondisi kesehatannya (9). Persepsi yang benar tentang masalah kesehatan yang dialami oleh pasien akan berimbas pada keberlanjutan pasien menjalani perawatan (10). Karakteristik pasien meliputi latar belakang pengetahuan, sosial dan budaya menjadi faktor yang mempengaruhi persepsi yang dimiliki pasien. Karakteristik pasien juga menentukan cara komunikasi yang digunakan agar informasi atau pesan dapat tersampaikan (11).

Studi ini menemukan bahwa responden mayoritas memiliki persepsi sehat-sakit kategori sedang. Elemen yang membangun persepsi sehat sakit pasien antara lain yaitu *identity*, *consequences*, *timeline*, *cause* dan *emotional response* (12). Selain itu *treatment control* dan *personal control* juga memiliki peran dalam persepsi sehat sakit (13). Komponen *identity* merupakan pandangan pasien terhadap makna sakit yang dideritanya, dan kondisi alamiah yang dialami serta hubungan antara keduanya. Komponen *consequences* merupakan refleksi pemahaman pasien terhadap keparahan sakit, pengaruh sakit terhadap fisik, sosial dan psikologinya. Komponen *time line* merupakan persepsi pasien terhadap durasi sakit. *Cause* merupakan persepsi terhadap penyebab sakit. *Treatment control* merupakan refleksi kepercayaan pasien bahwa sakitnya bisa di obati (12). Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan yang rendah memiliki pengaruh yang bervariasi pada persepsi sehat-sakit yang dimiliki pasien (14). Persepsi merupakan suatu respon kognitif yang dipengaruhi oleh pengetahuan pasien serta latar belakang sosial budaya. Kemampuan dalam menyerap informasi, mengolah informasi dan menggunakannya untuk mengambil keputusan menjadi sangat penting menentukan persepsi sehat-sakit pasien. Responden pasien rawat inap pada ruang Dahlia II mayoritas memiliki pengetahuan rendah, sehingga persepsi sehat-sakit yang dimiliki menjadi sangat bervariasi sesuai dengan kemampuan kognitif serta respon mereka terhadap informasi.

Hasil menunjukkan bahwa mayoritas responden berpendapat perilaku komunikasi petugas dalam kategori baik. Dalam penelitian sebelumnya disebutkan bahwa latar belakang budaya, dan sosio ekonomi pasien mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku komunikasi yang dilakukan oleh petugas (15). Responden pasien rawat inap pada ruang Dahlia II mayoritas memiliki status sosial ekonomi rendah sehingga memilih kelas III rumah sakit yang terjangkau. Kondisi ini juga berpengaruh pada respon pasien terhadap perilaku komunikasi petugas, yaitu hubungan komunikasi menjadi tidak sederhana karena kesenjangan jarak nonverbal yang muncul karena sosial ekonomi petugas lebih baik. Pasien merasa cukup puas dengan informasi yang disampaikan berupa komunikasi verbal. Pada beberapa pasien masih ada yang menyatakan perilaku komunikasi petugas

kategori kurang, baik dalam informasi yang disampaikan, perhatian maupun waktu yang terbatas untuk melakukan interaksi, hal ini menjadi perhatian untuk melakukan intervensi dalam perbaikan komunikasi. Ruang rawat inap pada tempat studi merupakan ruang rawat inap kelas III yang secara ekonomi sangat terjangkau bagi pasien dari kalangan sosial ekonomi rendah. Diharapkan faktor biaya perawatan tidak berpengaruh banyak pada keputusan pasien dalam meneruskan atau menghentikan perawatan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara perilaku komunikasi petugas dengan persepsi sehat-sakit ($p < 0,05$). Penelitian serupa yang dilakukan oleh Ong pada tahun 1995 didapatkan secara umum bahwa perilaku komunikasi memiliki hubungan dengan persepsi pasien terhadap kondisi kesehatannya (16). Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Chaitchick pada tahun 1992 menyebutkan bahwa persepsi pasien yang buruk berhubungan dengan kurangnya pertukaran informasi antara dokter dengan pasien. Dalam penelitian tersebut dokter merasa memberikan informasi yang berharga meskipun kuantitasnya sedikit, namun pasien memberikan persepsi bahwa tidak ada informasi baru yang disampaikan oleh dokter sehingga tidak mampu mengubah persepsi pasien (17).

Perilaku komunikasi yang dilakukan di ruang perawatan ini dilakukan oleh dokter dan perawat dalam memberikan informasi tindakan medis dan membantu pasien memahami dan menyetujui keputusan medis baginya. Komunikasi ini terjadi pertukaran informasi secara simultan. Informasi yang diberikan berupa kumpulan fakta kesehatan, pengetahuan, maupun rencana tindakan. Diharapkan informasi yang diberikan dapat membantu persepsi sehat-sakit pasien. Komunikasi dilakukan baik verbal maupun non verbal, sehingga

penyampaian informasi dilakukan dengan efektif dan efisien. Waktu komunikasi memang terbatas, sehingga petugas diharapkan dapat menemukan cara yang efektif dan efisien dalam menyampaikan pesan.

Pasien pada tempat studi memiliki pengetahuan yang rendah serta kondisi sosial ekonomi yang kurang. Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi perilaku komunikasi petugas. Pasien datang dengan persepsi sehat-sakit yang belum tentu sudah baik. Waktu yang pendek, persepsi awal dan karakteristik pasien akan memberikan respon kognitif berupa persepsi sehat sakit yang bervariasi.

Penelitian oleh Clayton pada 2007 dan Tulskey pada 2011 menemukan bahwa komunikasi yang dilakukan oleh petugas memiliki pengaruh yang tidak signifikan dengan perubahan persepsi pasien serta kepuasan pasien tersebut pada petugas (18,19). Hal ini disebabkan karena persepsi sehat sakit pasien itu terdiri dari banyak elemen yang tidak mudah diuruskan hanya dengan komunikasi yang singkat. Elemen yang membangun persepsi sehat sakit pasien antara lain yaitu; *identity, consequences, timeline, cause* dan *emotional response* (12). Karakteristik pasien bisa menjadi faktor pendukung maupun penghalang dalam membangun elemen persepsi sehat-sakit. Pada responden didapatkan pengetahuan yang rendah sehingga akan menjadi penghalang komunikasi untuk melakukan identifikasi dalam memahami sakit yang dialami. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan karakteristik pasien meliputi latar belakang pengetahuan, sosial dan budaya menjadi faktor yang mempengaruhi persepsi yang dimiliki pasien (11). Penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku komunikasi petugas memiliki hubungan dengan persepsi sehat-sakit pasien. Faktor lain yang diduga berpengaruh terhadap persepsi sehat-sakit adalah karakteristik pasien yang pada penelitian ini mayoritas pasien memiliki pendidikan rendah, dan sosial ekonomi kurang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. *Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 129/Menkes/SK/II/2008*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2008.
2. Fawole OA, Dy SM, Wilson RF, et al. *A Systematic Review of Communication Quality Improvement Interventions for Patients with Advanced and Serious Illness*. Journal of General Internal Medicine. 2013; 28(4): 570-577.
3. Makoul G, Krupat E, and Chang CH. *Measuring Patient Views of Physician Communication Skills: Development and Testing of the Communication Assessment Tools*. Patient Education and Counseling. 2007; 67(3): 333-342.
4. Lawson MT. *Nurse Practitioner and Physician Communication Styles*. Applied Nursing Research. 2002; 15(2): 60-66.
5. Marchiori DM. *Interpersonal Trust in a Health Profession: An Exploration of Effects of Provider Characteristics, Communication Skills, and Interpersonal Behaviors in Patient-Provider Relationships*. [Dissertation]. The University of Iowa, Iowa City. 2005.
6. Onukwughu E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, and Weir MR. *Reasons for Discharges Against Medical Advice: A Qualitative Study*. Quality and Safety in Health Care. 2010; 19(5): 420-424.
7. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, and Petrie KJ. *Further Development of an Illness Perception Intervention for Myocardial Infarction Patients: A Randomized Controlled Trial*. Journal of Psychosomatic Research. 2009; 67(1): 17-23.
8. Roodpeyma S and Hoseyni SA. *Discharge of Children from Hospital Against Medical Advice*. World Journal of Pediatric. 2010; 6(4): 353-356.
9. Ali M and Sidi IPS. *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia; 2006.
10. Okoromah CN and Egri-Qkwaji MT. *Profile of and Control Measures for Paediatric Discharges Against Medical Advice*. Nigerian Postgraduate Medical Journal. 2004; 11(1): 21-25.
11. Adler R, Rodman G, and Hutchinson CC. *Understanding Human Communication*. 9th edition. New York: Oxford University Press; 2006.
12. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris M, and Horne K. *The Illness Perception Questionnaire: A New Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness*. Psychology and Health. 1996; 11: 431-445.
13. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, and Weinman J. *The*

- Brief Illness Perception Questionnaire*. Journal of Psychosomatic Research. 2006; 60(6): 631-637.
14. Haugbølle LS, Sørensen EW, and Henriksen HH. *Medication and Illness-Related Factual Knowledge, Perceptions and Behaviour in Angina Pectoris Patients*. Patient Education and Counseling. 2001; 47(4): 281-289.
 15. Ryn Mv and Burke J. *The Effect of Patient Race and Socio-economic Status on Physicians' Perceptions of Patients*. Social Science & Medicine. 2000; 50(6): 813-828.
 16. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, and Lammes FB. *Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature*. Social Science & Medicine. 1995; 40(7): 903-198.
 17. Chaitchik S, Kreidler S, Shaked S, Schwartz I, and Rosin R. *Doctor-patient Communication in a Cancer Ward*. Journal Cancer Education. 1992; 7(1): 41-45.
 18. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MH, et al. *Randomized Controlled Trial of a Prompt List to Help Advanced Cancer Patients and Their Caregivers to Ask Questions about Prognosis and End-of-life Care*. Journal Clinical Oncology. 2007; 25(6): 715-723.
 19. Tulskey J, Arnold RM, Alexander SC, et al. *Enhancing Communication between Oncologists and Patients with a Computer-based Training Program: A Randomized Trial*. Annals of Internal Medicine. 2011; 155(9): 593-601.