

KOMUNIKASI KESEHATAN

(Komunikasi Antara Dokter Dan Pasien)

Arianto

Dosen Tetap Ilmu Komunikasi Fisip Universitas Tadulako-Palu

Abstrak

Komunikasi kesehatan antara dokter dan pasien adalah proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Komunikasi yang dibangun dengan baik antara dokter dan pasien merupakan salah satu kunci keberhasilan dokter dalam memberikan upaya pelayanan medis. Sebaliknya, ketidakberhasilan dokter terhadap masalah medis jika dikomunikasikan dengan baik tidak akan menimbulkan perselisihan.

Komunikasi dokter dan pasien sebagai bentuk perilaku yang terjadi dalam berkomunikasi yaitu bagaimana pelaku (dokter dan pasien) mengelolah dan mentransformasikan dan pertukaran suatu pesan. Dalam proses pertukaran pesan komunikasi antara dokter dan pasien merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan proses komunikasi itu sendiri.

Kemampuan seorang dokter untuk memiliki keterampilan berkomunikasi dengan baik terhadap pasiennya untuk mencapai sejumlah tujuan yang berbeda. Ada 3 (tiga) tujuan yang berbeda komunikasi antara dokter dan pasien, yaitu : (1) menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*), (2) pertukaran informasi (*exchange of information*), dan (3) pengambilan keputusan medis (*medical decision making*).

Pendahuluan

Komunikasi adalah proses penyampaian dan penerimaan pesan dari seseorang yang dibagi kepada orang lain. Berkomunikasi berarti membantu menyampaikan pesan untuk kemudian diketahui dan pahami bersama. Pesan dalam komunikasi digunakan dalam memilih dan pengambilan keputusan.

Komunikasi bersifat fundamental dalam kehidupan sehari-hari karena kita tidak dapat hidup tanpa berkomunikasi. Berkomunikasi berarti menyampaikan suatu pesan dari sumber pesan (komunikator) kepada satu atau lebih penerima pesan (khalayak) dengan menggunakan seperangkat aturan atau cara tertentu. Pada tingkat yang paling sederhana, komunikasi memerlukan unsur pengirim pesan, pesan, penerima, dan media komunikasi. Namun, setiap peristiwa komunikasi yang

kompleks, pengirim pesan juga berfungsi sebagai penerima pesan, dan pesan lain yang berbeda dikirim melalui media yang berbeda. (Ganjar, 2009: v-4)

Hal ini berarti komunikasi adalah pusat dari fungsi kehidupan sehari-hari dan sangat penting dalam kehidupan manusia, seperti dijelaskan berikut dalam Hargie dan Dixon (2004) bahwa :

Communication is central to our everyday functioning and can be the very essence of the human condition. As so aptly put by Hybels and Weaver (1998, p. 5), 'To live is to communicate. To communicate is to enjoy life more fully'. Without the capacity for sophisticated channels for sharing our knowledge, both within and between generations, our advanced civilization would not exist.

Komunikasi bersifat sosial dalam masyarakat sehari-hari sering berlangsung secara verbal, berlangsung secara langsung yaitu melalui percakapan dan atau bahasa tertulis, tetapi komunikasi nonverbal juga memainkan peran penting dalam komunikasi sehari-hari. Komunikasi nonverbal meliputi, ekspresi muka, bahasa tubuh atau gerak gerik, postur tubuh samai kepada pakaian yang digunakan berkontribusi terhadap pesan yang diterima. Komunikasi berlangsung secara terus menerus dan berkesinambungan, sengaja atau tidak sengaja tentang berbagai hal, misalnya, mengutarakan persepsi, pendapat, perasaan, identitas diri kepada orang lain. Diam atau tidak melakukan apa-apa pun adalah komunikasi. Tidak tersenyum atau tertawa memiliki pesan yang sama pada saat tersenyum atau tertawa di waktu yang tepat karena setiap situasi pengalaman seseorang percaya pada suatu hal akan tetapi nada suara, ekspresi atau bahasa tubuh menunjukkan pada mereka percaya pada sesuatu yang lainnya.

Komunikasi melibatkan hubungan antar manusia dan mengharuskan memiliki peserta komunikasi dan persamaan pemahaman. Persamaan bahasa dan gerak tubuh adalah sarana utama yang orang mempengaruhi orang lain. Dalam komunikasi antarpribadi proses komunikasi yang berlangsung secara dinamis dan transaksional demikian hal komunikasi massa diperlukan untuk menyampaikan pesan kepada publik yang lebih luas untuk mencapai khalayak luas.

Dalam kondisi dinamikan sosial lingkungan masyarakat yang beragam menuntut suatu kemampuan berkomunikasi yang beragam pula berdasarkan

dinamikan sosial lingkungan masyarakat yang terjadi. Misalnya, lingkungan masyarakat lingkup pemerintahan dalam pengambilan keputusan atau kebijakan menuntut peserta komunikasi untuk mengetahui dan memahami karakteristik lingkungan komunikasi politik tersebut. Demikian pula ragam dinamika sosial masyarakat lainnya, antara lain lingkup sosial dunia kesehatan seperti yang dibahas penjelasan berikut ini yaitu berhubungan dengan komunikasi kesehatan.

Komunikasi kesehatan secara umum didefinisikan sebagai segala aspek dari komunikasi antarmanusia yang berhubungan dengan kesehatan. Komunikasi kesehatan secara khusus didefinisikan sebagai semua jenis komunikasi manusia yang isinya pesannya berkaitan dengan kesehatan. (Rogers,1996:15). Definisi ini menjelaskan bahwa komunikasi kesehatan dibatasi pada pesan yang dikirim atau diterima, yaitu ragam pesan berkaitan dengan dunia kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Sebagaimana dikutip dalam Roger, (1996;16) mengatakan bahwa komunikasi kesehatan adalah :

“health communication has been defined as referring to ‘any type of human communication whose content is concerned with health’”.

Komunikasi kesehatan merupakan proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Dalam komunikasi kesehatan berbagai peserta yang terlibat dalam proses kesehatan antara dokter, pasien, perawat, profesional kesehatan, atau orang lain. Pesan khusus dikirim dalam komunikasi kesehatan atau jumlah peserta yang terbatas dengan menggunakan konteks komunikasi antarpribadi sebaliknya menggunakan konteks komunikasi massa dalam rangka mempromosikan kesehatan kepada masyarakat luas yang lebih baik, dan cara yang berbeda adalah upaya meningkatkan keterampilan kemampuan komunikasi kesehatan.

Seperti semua jenis komunikasi antar manusia, komunikasi kesehatan dapat mengambil berbagai bentuk dan terjadi dalam konteks yang berbeda. Perbedaan dasar dalam semua komunikasi antara manusia seperti, komunikasi verbal (*bahasa-based*) dan non-verbal. Masing-masing dapat terjadi di sejumlah tingkatan konteks komunikasi yang berbeda. Komunikasi verbal, proses berkomunikasi berlangsung dalam konteks tingkatan diri-sendiri (komunikasi intrapersonal) atau dengan orang

lain (komunikasi antarpribadi). Dalam kasus komunikasi antarpribadi dapat dilakukan secara lisan atau melalui penggunaan ragam media, yang menggunakan pesan bahasa tertulis atau lambang/symbol. Komunikasi antarpribadi ini sering dilakukan antara dua orang atau dalam kelompok kecil. Komunikasi ini seperti biasanya sifatnya transaksional dalam lingkungan sosial, dalam arti bahwa individu yang terlibat saling mempengaruhi, dipengaruhi, dan memberikan kontribusi. Demikian pula konteks komunikasi massa, misalnya, promosi kesehatan dan kampanye kesehatan masyarakat.

Praktek ragam tingkatan komunikasi seperti dijelaskan di atas dipahami juga bahwa komunikasi kesehatan secara sederhana menjelaskan hubungan antara dokter dan pasien. Komunikasi yang baik atau efektif di antara keduanya memegang peranan yang sangat penting, baik untuk kepercayaan/kredibilitas dokter maupun untuk kepentingan pasien. Komunikasi yang dibangun dengan baik antara dokter dan pasien merupakan salah satu kunci keberhasilan dokter dalam memberikan upaya pelayanan medis. Ketidakberhasilan dokter masalah medis jika dikomunikasikan dengan baik tidak akan menimbulkan perselisihan, tetapi sebaliknya keberhasilan medis yang dicapai pun jika tidak dikomunikasikan, dan pasien merasa tidak puas juga bisa menimbulkan perselisihan atau sengketa medis

Komunikasi Antara Dokter dan Pasien

Komunikasi kesehatan melibatkan dokter, pasien, dan keluarga adalah komunikasi yang tidak dapat dihindari dalam kegiatan kesehatan atau klinikal. Pasien datang merobat menyampaikan keluhannya, didengar, dan ditanggapi oleh dokter sebagai respon dari keluhan tersebut. Seorang pasien yang datang berobat memiliki harapan akan kesembuhan penyakitnya, sedangkan seorang dokter mempunyai kewajiban memberikan pengobatan sebaik mungkin.

Komunikasi kesehatan antara dokter dan pasien yang dulu menganut pola paternalistik dengan dokter pada posisi yang lebih dominan sudah saatnya diubah menjadi setara antara dokter dan pasien. Efektifitas komunikasi yang baik antara kedua belah pihak akan berdampak pada kesehatan yang lebih baik, kenyamanan, kepuasan pada pasien, dan penurunan resiko malpraktik, serta perselisihan atau

sengketa yang terjadi antara dokter dan pasien. Salah satu anggota Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia (PAPDI), dr. Khie Chen yang dikutip (Dianne Berry, 2007:27) mengemukakan bahwa terjadinya sengketa medis lebih sering disebabkan kesenjangan persepsi antara dokter dan pasien. Pada sisi lain, pasien dan keluarga merasa kurang puas dengan proses atau hasil pengobatan yang dilakukan, sedangkan pada sisi lain, dokter dan pihak rumah sakit merasa sudah melakukan pengobatan secara optimal. Sengketa medis ini terjadi karena adanya perbedaan persepsi antara dokter dan pasien mengenai penyakit, adanya ekspektasi yang berlebihan dari pasien terhadap dokter, adanya perbedaan “bahasa”, makna pesan, dokter dengan pasien, dan atau ketidaksiapan dokter untuk menjalin komunikasi yang empatik.

Komunikasi dalam lingkup kesehatan begitu penting. Hasil konferensi tentang komunikasi kesehatan yang berlangsung di Toronto menghasilkan ‘Toronto Consensus’, menghasilkan 8 (delapan) point pernyataan hubungan antara praktek komunikasi dan kesehatan sebagai berikut :

1. *Communication problems in medical practice are important and common.*
2. *Patient anxiety and dissatisfaction are related to uncertainty and lack of information, explanation and feedback.*
3. *Doctors often misperceive the amount and type of information that patients want to receive.*
4. *Improved quality of clinical communication is related to positive health outcomes.*
5. *Explaining and understanding patient concerns, even when they cannot be resolved, results in a fall in anxiety.*
6. *Greater participation by the patient in the encounter improves satisfaction, compliance and treatment outcomes.*
7. *The level of psychological distress in patients with serious illness is less when they perceive themselves to have received adequate information.*
8. *Beneficial clinical communication is routinely possible in clinical practice and can be achieved during normal clinical encounters, without unduly prolonging them, provided that the clinician has learned the relevant techniques.* (Dianne Berry, 2007:31)

Komunikasi kesehatan yang berlangsung positif memberikan dampak penting bagi pasien, dokter, dan orang lain. Seorang dokter lebih cenderung untuk membuat diagnosis yang lebih akurat dan komprehensif guna mendeteksi tekanan emosional pada pasien, pasien memiliki rasa puas dengan perawatan dan kurang cemas, dan setuju dengan mengikuti saran yang diberikan (Lloyd dan Bor, 1996). Selain itu,

pasien yang ditangani oleh dokter dengan keterampilan komunikasi yang baik telah terbukti meningkatkan Indeks Kesehatan dan Tingkat Pemulihan (Davis dan Fallowfield, 1994; Greenfield, dkk. 1985; Ong, dkk, 1995).

Namun, demikian hasil positif tersebut tidak selalu diperoleh. Komunikasi yang positif telah terbukti memiliki dampak menguntungkan, sebaliknya komunikasi yang negatif sebaliknya justru dapat menyebabkan keseluruhan dampak yang negatif dokter maupun pasiennya. Misalnya, komunikasi yang buruk menyebabkan pasien tidak terlibat dengan layanan kesehatan selanjutnya menolak untuk mengikuti perilaku kesehatan dianjurkan dan menjalani perawatan yang diperlukan, dan gagal untuk mematuhi resep pengobatan, atau gagal untuk menyembuhkan penyakit.

Dalam kasus ekstrim, komunikasi yang buruk dapat menyebabkan gangguan psikologis, gangguan fisik, litigasi atau, paling buruk, kematian. Singkatnya, seperti dicatat oleh Pettigrew dan Logan (1987), komunikasi kesehatan mempromosikan kesehatan dan penyakit dalam masyarakat, dan membuat sistem dijalankan pada efektivitas secara optimal.

Kemampuan komunikasi yang baik atau keterampilan sosial memberikan keuntungan lebih dalam kehidupan antarmanusia manusia. Mereka yang memiliki tingkat kemampuan dan keterampilan tinggi berguna untuk mengatasi stres atau kegelisahan lebih mudah dan untuk beradaptasi dan menyesuaikan hidup lebih baik dan menjadi lebih kecil kemungkinannya untuk menderita depresi, kesepian atau kecemasan. Dalam konteks komunikasi, penting bagi seorang profesional kesehatan untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik. Seperti dikemukakan oleh Blasi, dkk. (2001; 760) yang dikutip dalam oleh Dianne Berry, (2007;9) bahwa : *In healthcare, the importance of health professionals having good communication skills is being increasingly recognized.*

Kemudian, Hasil penelitian mereka di sejumlah negara dan menemukan bahwa seorang praktisi (kesehatan) yang baik memiliki kemampuan menjalin suatu hubungan baik dan bersahabat seperti dijelaskan berikut ini :

“practitioners who attempted to form a warm and friendly relationship with their patients and reassured them that they would soon be better, were found to be more effective than practitioners who kept their consultations impersonal, formal or uncertain”.

Kemampuan interpersonal dokter kepada pasiennya memiliki hubungan signifikan dalam upaya kesembuhan pasien. Seorang praktisi kesehatan yang berusaha untuk membentuk hubungan baik dan hubungan persahabatan dengan pasien serta meyakinkan mereka bahwa mereka akan segera menjadi lebih baik, lebih efektif daripada praktisi kesehatan yang terus-menerus berkonsultasi secara impersonal (tidak akrab dan tidak bersahabat), formal atau tidak pasti.

Hasil laporan the Health Services Commissioner's Annual Report, England (1993) dan the International Medical Benefit/Risk Foundation (1993:14) mengidentifikasi dan menyimpulkan bahwa

“poor or inadequate communication between patients and health professionals as the source of the majority of grievances that it dealt with. The Report went on to state that a major cause of the problems was inadequate training”.

“insufficient attention has been given to the training of communication skills of healthcare professionals, and retuning these skills in continuing education programmes”

Temuan tersebut menjelaskan bahwa komunikasi yang baik antara dokter dan pasien. Kemampuan ini akan di dapatkan melalui pelatihan. Kemampuan melalui pelatihan keterampilan komunikasi profesional kesehatan, dan program pendidikan berkelanjutan. Dengan demikian, kemajuan yang signifikan dalam bidang komunikasi kesehatan telah terealisasi dan berkembang dan memperoleh pengakuan bahwa komunikasi kesehatan yang positif dapat diajarkan dan dipelajari.

Komunikasi kesehatan yang positif tidak hanya relevan dengan interaksi yang berhubungan dengan pasien dalam pengaturan kesehatan, seperti dokter umum praktik, *General Practitioner (GP)* rumah sakit, puskesmas dan klinik, tetapi juga mendasar pada tingkat kesehatan yang lebih luas masyarakat. Penentu paling penting dari kesehatan adalah keadaan sosial, ekonomi, dan paling tidak penting adalah perilaku kesehatan individu (Perancis dan Adams, 2002). Dengan demikian, disarankan untuk harus memfokuskan usaha lebih luas pada kampanye pendidikan kesehatan masyarakat daripada mencoba untuk mempengaruhi perilaku pada tingkat individu. Berfokus pada berkomunikasi dengan publik yang lebih luas dalam rangka

untuk mempromosikan kesehatan yang lebih baik. Dengan mempertimbangkan pendekatan yang berbeda dan strategi yang telah diambil, dan mengevaluasi efektivitas mereka. Setelah ini, terjalin di sejumlah media komunikasi yang digunakan untuk menyebarkan informasi kepada masyarakat luas (Dianne Berry, 2007:12)

Tujuan Komunikasi Kesehatan antara Dokter dan Pasien

Komunikasi kesehatan 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, isi pesan yang penting sehingga membutuhkan kerjasama yang baik seperti dikemukakan oleh Ong, dkk. (1995) bahwa

the doctor–patient relationship is one of the most complex interpersonal relationships. It involves the interaction between people in non-equal positions, is often non-voluntary, concerns issues of vital importance, is emotionally laden and requires close cooperation.

Komunikasi antara dokter dan pasien adalah bentuk komunikasi kesehatan yang sifatnya interpersonal yang kompleks. Proses komunikasi ini dikontrol bagaimana bentuk hubungan yang berlangsung dalam proses komunikasi tersebut. Dalam mengevaluasi pola kontrol komunikasi antara dokter dan pasien menurut Roter dan Hall (1992) menggambarkan empat dasar bentuk hubungan antara dokter dan pasien yaitu : bentuk standar (*default*), bentuk paternalistik (*paternalistic*), konsumtif (*consumerist*) dan mutualistik (*mutualistic*). Hubungan standar ditandai dengan kurangnya kontrol di kedua pihak baik dokter maupun si pasien, dan jelas jauh dari ideal. Bentuk paternalistik ditandai hubungan oleh dokter yang dominan dan pasien pasif, sedangkan konsumerisme dikaitkan dengan sebaliknya, dengan itu fokus pada “hak dan kewajiban” dokter kepada pasien. Akhirnya, bentuk hubungan mutualistik ditandai oleh berbagi dalam pengambilan keputusan, dan sering menganjurkan jenis hubungan terbaik untuk saling memahami (Dianne Berry, 2007;75).

Bentuk hubungan Komunikasi antara dokter dan pasien ditekankan pada terjadinya komunikasi efektif antara dokter dan pasien yang memberikan manfaat.

Edelmann (2000) mengidentifikasi empat faktor utama yang mungkin mempengaruhi sifat dan efektivitas 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 informasi)
3. Perbedaan antara kedua belah pihak dalam hal kelas sosial dan pendidikan sikap, keyakinan dan harapan
4. Faktor-faktor situasional (beban pasien, tingkat keparahan dan sifat masalah yang diajukan).

Dalam komunikasi kesehatan, pasien sering kali terjadi justru pasien yang mengalami derajat kecemasan ketika mengunjungi dokter, dan mempengaruhi interaksi di antara mereka. Masuk ke rumah sakit dapat menjadi pengalaman yang sangat mengganggu. Pasien sering menemukan diri mereka di lingkungan yang asing, terpisah dari keluarga dan teman-teman, dengan kehilangan ruang pribadi, privasi dan kemandirian, dan sering merasa tidak pasti tentang masalah kesehatan dan pengobatan. Faktor-faktor ini sering menyebabkan mereka merasa sangat rentan, dan cenderung mempengaruhi cara mereka berkomunikasi dengan dokter atau profesional kesehatan lainnya (Dianne Berry, 2007: 12).

Menariknya, dokter dan pasien memiliki perspektif sangat berbeda pada faktor-faktor yang mereka pandang sebagai hal paling mendasar dalam komunikasi dokter-pasien. Sebagai mana dikutip oleh Dianne Berry, (2007;13-15) dipaparkan dalam suatu hasil penelitian sederhana dengan meminta para dokter dan pasien untuk mengungkapkan pandangan mereka tentang dokter yang baik, adalah :

The doctors stated that 'diagnostic ability' was the most important quality of a good doctor, whereas the patients said that 'listening' was the most important aspect. This latter aspect was rated as being least important by the doctors.

Para dokter menyatakan bahwa “kemampuan diagnostik” adalah kualitas yang paling penting dari seorang dokter yang baik, sedangkan pasien mengatakan bahwa “mendengarkan” adalah aspek yang paling penting. Temuan sejalan oleh Delamothe (1998), yang menemukan bahwa atas tiga kategori pandangan yang

paling mempengaruhi pilihan pasien untuk kategori dokter yang baik, sebagai mana kutipan oleh Dianne Berry, (2007;26) berikut ini :

Three categories for what most influences a patient's choice of good doctor were 'how well the doctor communicates with patients and shows a caring attitude', 'explaining medical or technical procedures in an easy-to-understand way' and 'listening and taking the time to ask questions'. In contrast, the aspects most highly rated by doctors were 'number of years of practice' and 'whether the doctor had attended a well known medical school'.

Berdasarkan penjelasan kutipan di atas menyebutkan bahwa dokter yang baik adalah dokter berkomunikasi dengan pasien dan menunjukkan sikap peduli, menjelaskan prosedur medis atau teknis dengan cara yang mudah-dipahami dan mendengarkan dan meluangkan waktu untuk mengajukan pertanyaan. Sebaliknya, aspek yang paling dinilai tinggi oleh dokter jumlah tahun praktek dan apakah dokter telah menempuh pendidikan kedokteran di tempat terkenal.

Hal ini menuntut kemampuan seorang dokter untuk memiliki kemampuan berkomunikasi dengan baik terhadap pasiennya untuk mencapai sejumlah tujuan yang berbeda. Sejalan dengan hal ini, menurut Ong, dkk (1995) yang dikutip oleh Dianne Berry, (2007: 28) mengemukakan bahwa ada 3 (tiga) tujuan yang berbeda komunikasi antara dokter dan pasien, yaitu : (1) menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*), (2) pertukaran informasi (*exchange of information*), dan (3) pengambilan keputusan medis (*medical decision making*).

Menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*) merupakan prasyarat untuk perawan medis. Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa hubungan dokter dan pasien yang sukses dan komunikatif serta berdampak positif bagi pasien seperti, kepuasan pengetahuan dan pemahaman, kepatuhan terhadap pengobatan dan hasil kesehatan yang terukur. Kualitas afektif dari hubungan dokter dan pasien merupakan penentu utama dari kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Secara khusus, keakraban, perhatian, hal positif, kurangnya ketegangan dan ekspresi non-verbal menjadi elemen paling penting dalam membangun dan memelihara hubungan kerja yang baik. Secara khusus hubungan interpersonal dokter

dan pasien yang baik dan meningkat ketika konteks komunikasi interpersonal berlangsung dengan keramahan dokter, perilaku sopan, percakapan sosial, perilaku mendorong dan empatik, dan membangun kemitraan, dan ekspresi empati selama konsultasi.

Tujuan kedua dari komunikasi dokter dan pasien adalah pertukaran informasi (*exchange of information*) yang digariskan oleh Ong, dll (1975) adalah pertukaran informasi. Dari sudut pandang kedokteran, dokter perlu untuk mendapatkan informasi dari pasien untuk menyakini diagnosis yang tepat dan rencana perawatan. Dari perspektif lain, pasien perlu mengetahui dan memahami dan merasa dikenal dan dipahami. Dalam rangka untuk memenuhi kedua kebutuhan ini, kedua pihak perlu bergantian antara pemberian informasi dan bertukar informasi.

Sejumlah studi menemukan bahwa dokter umum meremehkan informasi tentang penyakit dan perawatan yang pasien inginkan. Menurut hasil penelitian yang dilakukan Donovan dan Blake (1992) misalnya, menunjukkan bahwa pasien berpenyakit "*arthritis rheumatoid*", mendambakan informasi lebih banyak tentang penyakit dan perawatannya dibanding dengan yang diberikan. Secara khusus, mereka ingin informasi tentang etiologi, gejala, metode diagnosis, dan efek gejala/penyakit dan efek samping obat-obatan, serta informasi tentang pilihan pengobatan yang tersedia. Hal ini bisa saja terjadi terjadi kerana tidak berlangsung pertukaran informasi yang cukup. (Dianne Berry, 2007;5)

Pengambilan keputusan medis (*medical decision making*). Tujuan ketiga komunikasi diidentifikasi adalah pengambilan keputusan medis (*medical decision making*). Selama 20 tahun terakhir ini, telah terjadi pergeseran yang menonjol dari apa yang telah disebut sebagai "*paternalistic*" model kedokteran, dimana dokter membuat semua keputusan ke model yang berpusat pada pasien, di mana pengambilan keputusan dibagi antara dokter dan pasien.

Model "*patient centred*" menekankan pentingnya memahami pengalaman pasien dari penyakit mereka, serta faktor-faktor sosial dan psikologis yang relevan. Berarti dokter menggunakan keterampilan mendengarkan aktif. Kunci sukses hubungan dokter dan pasien dan pengambilan keputusan adalah mengakui bahwa pasien ahli juga. Dokter mungkin akan diberitahu tentang penyebab penyakit, pilihan

pengobatan dan strategi pencegahan, tetapi hanya pasien tahu tentang penyakitnya, keadaan sosial, kebiasaan, sikap terhadap resiko, nilai-nilai dan preferensi.

Sejalan dengan hal tersebut, pengambilan keputusan bersama karena melibatkan pertukaran dua arah informasi, dimana kedua dokter dan pasien mendiskusikan preferensi pengobatan dan menyetujui pilihan mana yang tepat. Dokter perlu membangun suasana di mana pasien merasa bahwa pandangan mereka dihargai dan dibutuhkan. Namun, telah dicatat bahwa tidak semua pasien mau berpartisipasi dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka. Keengganan tersebut cenderung lebih umum pada pasien yang lebih tua dan mereka yang sakit. Dalam kasus seperti ini, dokter mungkin perlu menggunakan pendekatan lebih direktif.

Komunikasi dokter dan pasien sebagai bentuk perilaku yang terjadi dalam berkomunikasi yaitu bagaimana pelaku (dokter dan pasien) mengelolah dan mentransformasikan dan pertukaran suatu pesan. Dalam proses pertukaran pesan komunikasi antara dokter dan pasien merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan proses komunikasi itu sendiri.

Suatu proses kesehatan antara dokter dan pasien bersifat dua-arah terjadi bilamana orang yang terlibat didalamnya berusaha menciptakan dan menyampaikan informasi kepada penerima. Dalam hal ini sumber dan penerima (dokter dan pasien) harus memformulasikan, menyampaikan serta menanggapi pesan tersebut secara jelas, lengkap, benar dan saling mengerti di antara mereka.

Kesimpulan

Komunikasi kesehatan dokter dan pasien yang sukses dan komunikatif serta berdampak positif bagi pasien. Hal ini berdampak pada kualitas afektif dari komunikasi dokter dan pasien merupakan penentu utama dari kepuasan pasien dan kepatuhan terhadap pengobatan dan perawatan. Secara khusus hubungan interpersonal dokter dan pasien yang baik dan meningkat ketika konteks komunikasi interpersonal berlangsung dengan keramahan dokter, perilaku sopan, percakapan sosial, perilaku mendorong dan empatik, dan membangun kemitraan, dan ekspresi empati selama konsultasi.

Daftar Pustaka

- Brown, H., Ramchandani, M., Gillow, J. and Tsaloumas, M. (2004). *Are patient information leaflets contributing to informed consent for cataract surgery?*, *Journal of Medical Ethics*, 30, 218–20
- Dianne Berry 2007. *Health Communication: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education, New York, NY
- Edelmann, R.J. (2000). *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. London: Prentice Hall.
- Edwards, I.R. and Hugman, B. (1997). *The Challenge of Effectively Communicating Risk-Benefit Information, Drug Safety*
- Ganjar, Agus. 2009. *Memetakan Komunikasi Kesehatan*. BP2Ki.Bandung
- Hargie, O. and Dickson, D. (2004). *Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice*. Hove: Brunner Routledge.
- Lloyd, M. and Bor, R. (1996). *Communication Skills for Medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rogers, E.M. (1996). *The Field Of Health Communication Today: An Up-To-Date Report*, *Journal of Health Communication*, 1.
- T. Leary, Nourthouse dan Guy. 2011. *Health Communication (A Handbook For Health Profesional*. New Jersey, Practical Hall.
- Ong, L.M., de Haes, J.C., Hoos, A.M. and Lammes, F.B. (1995). *Doctor–Patient Communication: A Review Of The Literature*, *Social Science and Medicine*.