

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Komunikasi Interprofesional**

Komunikasi adalah proses penyampaian dan penerimaan informasi antar individu yang dapat didefinisikan dalam berbagai cara, tergantung pada apa konteks itu sedang diterapkan. Komunikasi adalah dasar untuk berbagi pengetahuan dan pengalaman dalam berperilaku sosial. Bahasa adalah bentuk komunikasi khusus untuk manusia. Bentuk komunikasi manusia yang umum adalah bahasa isyarat, perkataan, tulisan, gerakan, dan siaran. Komunikasi bisa bersifat interaktif, transaktif, verbal, atau nonverbal dan bervariasi dalam berbagai bentuk dan gaya. Komunikasi internal dalam diri sendiri bersifat intrapersonal, sedangkan komunikasi antara 2 individu bersifat interpersonal (Gilbert, Yan, & Hoffman, 2010).

Komunikasi interpersonal terdiri dari 3 faktor utama yaitu pemberi pesan, penerima pesan, dan pesan itu sendiri. Meskipun terlihat sederhana, komunikasi interpersonal bergantung dari bagaimana penyampaian pesan dan bagaimana pesan itu ditangkap berdampak pada komunikasi kedua pihak. Komunikasi nonverbal seperti gestur badan, ekspresi muka, penampilan, dan warna suara

juga sangat berpengaruh pada komunikasi interpersonal (Knapp & Daly, 2002).

Komunikasi interpersonal yang melibatkan banyak profesi dan disiplin ilmu yang berbeda disebut komunikasi interprofesional. Komunikasi interprofesional di dunia kesehatan salah satunya terjadi antara dokter dan perawat (Haddad, 1991; Warelou, 1996). Komunikasi interprofesional yang baik akan meningkatkan kualitas pelayanan, mengurangi terjadinya *medical errors*, dan dapat menciptakan kolaborasi interprofesional (Alvarez & Coiera, 2006; Griffie, Nelson-Marten, & Muchka, 2004).

Komunikasi interprofesional yang efektif terdiri dari: Kejelasan dan ketepatan pesan yang dapat diverifikasi, kolaborasi dalam memecahkan masalah, Sikap tenang dan mendukung dibawah tekanan, memelihara rasa saling menghormati, dan memahami tentang peran unik masing-masing. Sedangkan komunikasi tidak efektif jika sesama tenaga kesehatan saling merendahkan, bergantung pada sistem elektronik, dan hambatan budaya dan linguistik (bahasa) (Robinson, Gorman, Slimmer, & Yudkowsky, 2010; Sheehan, Robertson, & Ormond, 2007).

Kolaborasi interprofessional / *Interprofessional Collaboration* (IPC) dalam kedokteran adalah sebuah proses di mana kelompok

profesional yang berbeda berkolaborasi dalam merawat pasien. *World Health Organization (WHO) Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* menyebutkan manfaat penerapan program ini, diantaranya peningkatan penggunaan sumber daya spesialis, perawatan pasien yang lebih baik dan keamanan, dan *outcome* yang lebih baik untuk pasien dengan penyakit kronis. Selain itu IPE juga dapat mengurangi komplikasi, lama rawat di rumah sakit, dan mengurangi tingkat kesalahan klinis dan tingkat kematian (Gilbert et al., 2010; Minamizono et al., 2013).

*Interprofessional Collaboration* adalah proses interpersonal yang kompleks antar dokter-perawat. Pada beberapa literatur tentang sikap dokter dan perawat terhadap kolaborasi, didapatkan bahwa studi banyak dilakukan di Negara barat terutama daerah Amerika. Tetapi karena perbedaan kultur dan pandangan sosial, hasil penelitian yang diperoleh dari sebuah daerah belum tentu dapat diimplementasikan sepenuhnya pada daerah/negara yang lain. Pandangan yang sama dalam menyikapi kolaborasi ini dapat menjadi dasar agar dokter dan perawat mengerti apa saja tantangan yang dihadapi dalam bekerja bersama dan mencari solusi untuk meningkatkan hubungan kerja (Tang et al., 2013).

## 2. Komunikasi **Dokter – Perawat**

Sejarah komunikasi dokter-pasien berawal pada tahun 1971 dimana terdapat 3 jenis hubungan dokter-perawat yang dijelaskan dalam literatur. Hubungan yang awal disebutkan adalah hubungan manipulatif yang disebut “*doctor-nurse game*”. Pada pola hubungan ini, para perawat diperbolehkan secara tidak lanjut mengubah atau memodifikasi rencana perawatan atau pengobatan pasien dengan kondisi rencana pengobatan sudah diijinkan oleh dokter yang bersangkutan dan perawat tetap di bawah posisi dokter (Reeves et al., 2008). Melihat adanya hubungan tersebut maka pada tahun 1971 dibentuklah organisasi *National Joint Practice Commission* yang berfokus pada hubungan kolaborasi yang didukung oleh *American Nurses Association* dan *American Medical Association*(*The Joint Commission, 2015*).

Terdapat 5 jenis hubungan dokter dan perawat berdasarkan the *Essential of Magnetism* (Schmalenberg & Kramer, 2009) :

### a. Hubungan kolegal (*Collegial Relationships*)

Hubungan ini dikarakteristikan dengan kedua belah pihak (dokter dan perawat) memiliki kekuatan yang setara serta saling percaya dan menghormati.

b. Hubungan kolaboratif (*Collaborative Relationships*)

Hubungan ini ditandai dengan kekuatan, rasa percaya, dan hormat yang saling berkesinambungan dan kooperatif. Kerjasama yang terjadi disini berlandaskan kesinambungan (*mutually*) bukan kesetaraan (*equally*). Perawat bebas berpendapat serta dokter dan perawat saling mendengarkan satu sama lain lalu mereka bersama-sama membuat rencana asuhan medis. Tetapi pada dasarnya dokter masih tetap superior dibandingkan perawat pada hubungan ini.

**3. Hubungan murid dan guru (*Student-Teacher Relationships*)**

Pada hubungan ini baik dokter maupun perawat dapat menjadi guru/pengajar. Contoh implikasinya adalah pada dokter residen dan pada waktu dokter tamu harus menghadapi penyakit komorbid yang tidak sesuai dengan keahliannya, maka disini perawat dapat berperan sebagai pengajar atau pemberi arahan. Dokter yang berperan sebagai guru biasanya dokter yang memiliki banyak ilmu pengetahuan dan 'ingin selalu menjelaskan atau mengajari'.

**4. Hubungan orang asing yang ramah (*Friendly Stranger Relationships*)**

Hubungan ini dikarakteristikkan sebagai pertukaran informasi antar dokter-perawat terjadi secara formal dan nada perasaan yang

agak netral. Contohnya seperti komunikasi yang rutin dilakukan dokter saat visite pasien, yaitu dokter datang, melihat pasien, menuliskan perintah/rencana terapi lalu pergi.

#### **5. Hubungan Perseteruan/Permusuhan (*Hostile/Adversarial Relationships*)**

Hubungan ini ditandai oleh kemarahan, pelecehan verbal, ancaman nyata atau tersirat, atau kepasrahan perawat. Hubungan ini adalah hubungan yang paling tidak disukai oleh perawat dimana dokter selalu terlihat menggerutu/mengomel tidak hanya pada saat lelah tetapi setiap saat. Pada penelitian berskala global, 96% dari 716 perawat ternyata pernah menyaksikan atau mengalami perilaku melecehkan oleh dokter. 31% perawat mengatakan bahwa hubungan ini memang ada dan sangat umum ditemukan di rumah sakit (Rosenstein, Russell, & Lauve, 2002; Sweet & Norman, 1995).

Komunikasi dokter-perawat yang efektif ditandai oleh faktor berikut ini: (1) akurat (pesan yang dikirim benar dan sesuai fakta, interpretasi, atau penilaian); (2) dapat dipahami (bahasa yang digunakan atau tingkat pembacaan yang sesuai); (3) tepat waktu dan tersedia (pertukaran informasi disediakan atau tersedia ketika dibutuhkan); (4) reliabel (sumber informasi dapat dipercaya dan *up to date*); (5) konsisten (konten informasi tetap sama dengan informasi

dari sumber lain); (6) seimbang (konten menyajikan manfaat dan risiko terkait tindakan yang potensial atau mengenali perbedaan dan persamaan perspektif dari suatu masalah; (7) berulang-ulang (pengiriman/akses ke konten dapat dilanjutkan, diulang, atau diperkuat hingga penerima menerimanya), (8) masalah budaya (pertukaran informasi bisa menjadi masalah khusus di beberapa populasi, misalnya, etnis, ras, dan linguistik), dan (9) keterbukaan (Cypress, 2011).

## **6. Keselamatan Pasien (Patient *Safety*)**

Pemahaman *patient safety* telah banyak berkembang dari sebelumnya hal yang abstrak dengan berbagai pendekatan hingga menjadi hal yang nyata sekarang. *Patient safety* adalah suatu sistem yang mengatur aspek keamanan pelayanan pasien di rumah sakit. Sistem ini meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Penekanan pada pelayanan kesehatan terkait *patient safety* adalah: pencegahan terjadinya kesalahan, belajar dari kesalahan yang ada, dan membangun budaya *patient safety* yang melibatkan profesi kesehatan, organisasi kesehatan dan pasien. Berbagai penelitian di dunia membuktikan bahwa kesalahan medis terjadi karena kesalahan dalam kedisiplinan, kesalahan teknis, dan kesalahan komunikasi (Mitchell, 2008). Kegagalan (*errors*) dibagi menjadi 2 yaitu kegagalan aktif dan kegagalan laten. Kegagalan aktif disebabkan karena penggunaannya, sedangkan kegagalan laten disebabkan karena kegagalan sistem. Kegagalan laten ini dapat timbul hanya jika terdapat hal yang dapat memicunya, antara lain karena komunikasi yang buruk (Varpio, Hall, Lingard, & Schryer, 2008). Penyebab yang lain adalah faktor tantangan pada lingkungan kerja kesehatan yang unik seperti: anggota tim yang berubah-ubah, struktur kekuasaan hirarki yang terpusat, dan diskriminasi gender (Manojlovich, 2010; Robinson et al., 2010).

Dalam penerapan *patient safety* di rumah sakit, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menerbitkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) di Rumah Sakit tahun 2015 yang terdiri atas 7 standar, yang salah satunya adalah komunikasi efektif. Komunikasi efektif disini adalah komunikasi efektif yang tidak hanya

melibatkan dokter dan pasien saja tetapi juga komunikasi efektif antar tenaga kesehatan. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

## **B. Penelitian Pendahuluan**

Sejauh pengamatan peneliti, penelitian tentang perspektif mahasiswa kedokteran rotasi klinik terhadap komunikasi dokter-perawat di rumah sakit pendidikan belum pernah dilakukan oleh peneliti lain. Namun, ada beberapa penelitian yang pernah dilakukan berkaitan dengan komunikasi dokter-perawat, antara lain:

1. Penelitian “Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals: Nurse-Physician Communication” (Robinson et al., 2010)

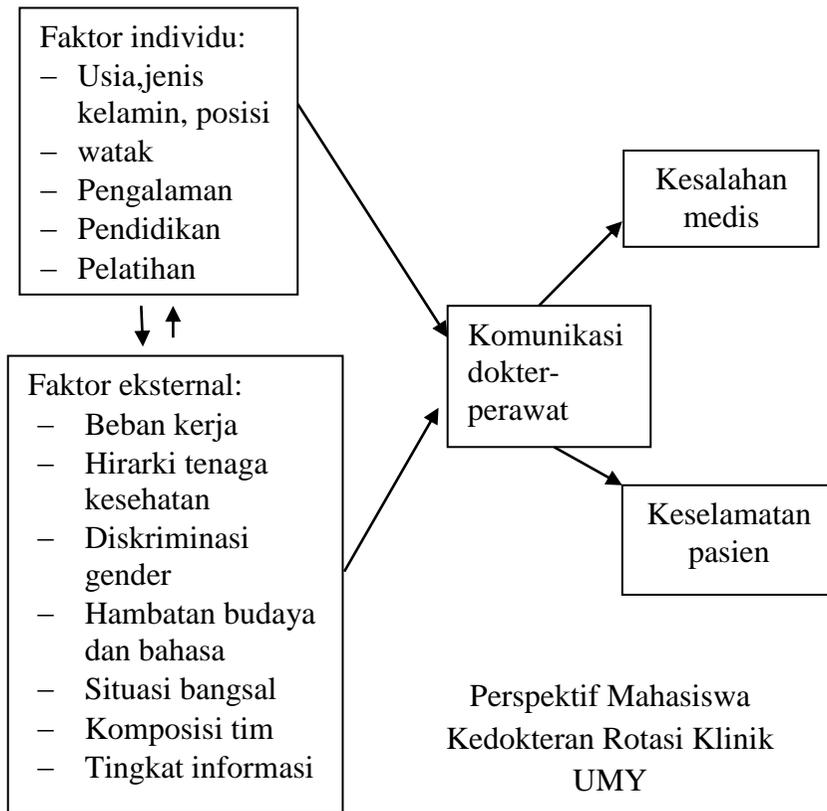
Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan metode *focus group discussion* untuk menggali perasaan dan opini. Subyek penelitian ini adalah 18 orang dokter dan perawat yang telah memiliki pengalaman kerja sekurangnya 5 tahun di rumah sakit umum di AS. Hasil dari penelitian ini menyebutkan faktor penyebab komunikasi efektif antara lain : kejelasan dan ketepatan pesan yang bergantung pada verifikasi, pemecahan masalah kolaboratif, sikap tenang dan suportif di bawah tekanan, menjaga saling menghormati, dan pemahaman yang jelas tentang peran masing-masing. Faktor penyebab ketidakefektifitasan komunikasi adalah: budaya

- menjatuhkan, ketergantungan pada sistem elektronik, dan hambatan linguistik dan budaya. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan adalah topik yang diteliti yaitu komunikasi dokter-perawat. Perbedaannya adalah metode yang digunakan analitik kuantitatif. Perbedaan yang lainnya adalah subyek yang diteliti adalah pelaku komunikasi itu sendiri yaitu dokter dan perawat, serta waktu dan tempat penelitian. Pada penelitian Robinson, topik penelitian difokuskan pada mengeksplorasi sebanyak-banyaknya faktor penyebab keefektifitasan dan ketidakefektifitas komunikasi dokter-perawat dari diskusi kelompok, sedangkan pada penelitian ini lebih menilai apakah komunikasi dokter-perawat telah berjalan secara professional dilihat dari sudut pandang orang ketiga.
2. Penelitian “Nurses’ Perception of Nurse-physician Communication: A Questionnaire-based Study in Iran” (Aghamolaei, Tavafian, Hasani, & Moeini, 2012).

Penelitian ini menggunakan metode *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif deskriptif menggunakan kuesioner komunikasi dokter - perawat versi Persia. Subyek penelitian ini adalah seluruh perawat di 3 rumah sakit pendidikan di Iran sejumlah 155 orang. Hasil dari penelitian ini menyebutkan komunikasi dokter pasien telah melebihi rata-rata (53,8 %) dan masing-masing faktor memiliki nilai

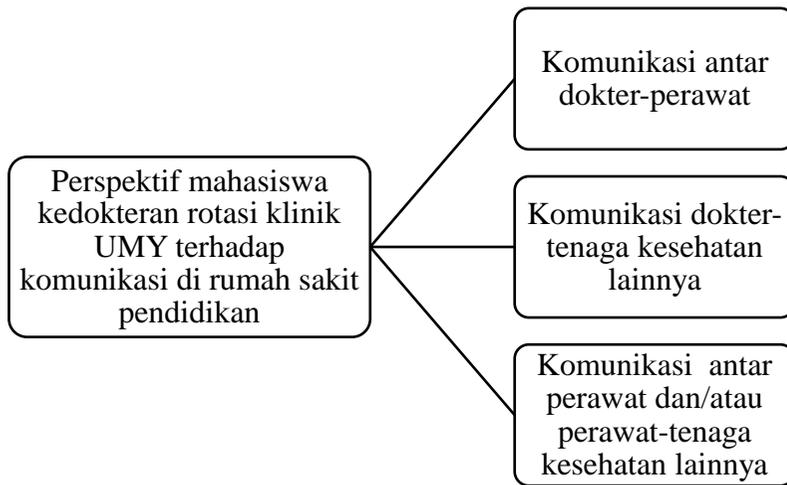
sebagai berikut: frustrasi terhadap interaksi 77%, saling memahami 65%, keterbukaan 47%, dan keterikatan dan kepuasan 42%. Perawat perempuan merasa komunikasi dengan dokter lebih baik dibandingkan perawat laki-laki, perawat dengan pengalaman kerja lebih dari 20 tahun mengaku memiliki persepsi yang baik terhadap komunikasi dokter -perawat, serta tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan terhadap perbedaan pendidikan dan umur. Persamaan penelitian ini adalah topik penelitian yaitu komunikasi dokter-perawat dan metode sampling menggunakan kuesioner. Perbedaan penelitian adalah subyek penelitian, tempat dan waktu penelitian.

### C. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka teori penelitian

#### D. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep penelitian

#### E. Pertanyaan Penelitian

Apakah komunikasi antara dokter dan perawat di rumah sakit pendidikan UMY telah berjalan secara efektif dan profesional ?