

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu metode penyembuhan pasien yang digunakan dalam ruang lingkup kesehatan. Dengan adanya metode tersebut mengharuskan seorang dokter untuk memiliki kompetensi komunikasi yang baik, mengingat peranan komunikasi dokter adalah aspek utama dari pemberian pelayanan kesehatan yang optimal. Keberhasilan membangun komunikasi terapeutik yang baik sangat menentukan bagaimana persepsi pasien mengenai kualitas dari sebuah pelayanan kesehatan yang dianggap bermutu, karena kebanyakan rasa ketidakpuasan yang lahir dari pasien biasanya disebabkan oleh ketidakcakapan dokter dalam melakukan suatu komunikasi.

Persoalan yang terkait dengan buruknya hubungan terapeutik dokter dan pasien menimbulkan sejumlah kasus dan beragam fenomena. Beberapa dokter justru dilaporkan akibat tuduhan melakukan malpraktik ataupun kesalahan profesi seperti yang terjadi pada salah satu Dokter Ahli Kanker bernama Ang Peng Tiam yang dihukum akibat melakukan kesalahan profesi pada tahun 2017 lalu setelah memberikan terapi kepada pasien kanker paru-paru. Masalah komunikasi yang ditemukan pada kasus tersebut ialah kurangnya keterbukaan dari dokter dalam menjelaskan berbagai alternatif pengobatan yang ada. Selain itu dokter Ang Peng Tiam juga dianggap telah memberikan sebuah harapan palsu kepada pasien terkait pengobatan yang diberikan (BD, 2017. Liputan6.com).

Di Indonesia sendiri terdapat sebuah fenomena yang sampai saat ini masih terus terjadi seperti masih tingginya persepsi masyarakat Indonesia mengenai pelayanan kesehatan yang kurang baik sehingga membuat banyaknya masyarakat Indonesia khususnya yang mampu secara ekonomi memilih melakukan pengobatan ke luar negeri. Salah satu alasan utama mengapa hampir satu juta orang Indonesia berpergian ke luar negeri setiap tahunnya untuk mendapatkan perawatan medis karena layanan klinis di negara-negara lain lebih ramah dan lebih akurat (Mulyana, 2018:39-40).

Model komunikasi searah dalam dunia pelayanan kesehatan di Indonesia menjadi penyebabnya. Pasien di Indonesia cenderung pasif dan selalu ditempatkan sebagai komunikan. Dr. Lely Arrianie, M Si., Ketua Program Pascasarjana Komunikasi Universitas Jayabaya, Jakarta mengatakan hubungan satu arah yang kerap terjadi dalam komunikasi dokter dan pasien harus diubah menjadi hubungan relasional yang lebih bersifat humanistik. Ia juga menambahkan bahwa dokter di Indonesia sering berargumen dan tidak memiliki waktu untuk berkomunikasi secara intensif dengan pasien (kebijakankesehatanindonesia.net).

Masalah komunikasi yang muncul dalam hubungan terapeutik antara dokter dan pasien ialah akibat tidak terciptanya pertukaran pesan yang menghasilkan hubungan yang bermanfaat. Hal tersebut dapat memberikan gambaran bahwa konsep komunikasi terapeutik yang sejatinya diyakini mampu memberikan suatu kenyamanan bagi pasien dalam proses pengobatan masih belum tercipta dengan baik akibat kurang mumpuninya dokter dalam menjalankan interaksi

dengan pasien. Permasalahan lainnya yang kerap mengganggu komunikasi dokter dan pasien adalah ketidakpahaman pasien mengenai istilah-istilah medis yang sering digunakan oleh dokter sehari-hari. Tentu dalam konteks hubungan terapeutik, dokter harus mampu menerapkan bahasa yang mudah dipahami agar terciptanya komunikasi dua arah dan kepuasan pasien.

Tabel. 1.0

Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta

<b>Pelayanan Dokter</b>	<b>Rawat Jalan %</b>	<b>Rawat Inap %</b>
Keramahan dokter dalam melayani (komunikasi non verbal)	82,33 %	87,33 %
Komunikasi Dokter (Komunikasi verbal)	82,00 %	86,00 %
Dokter datang tepat waktu (Waktu visite)	74,33 %	75,67 %
<b>Rata-rata kepuasan</b>	<b>79,5 %</b>	<b>83 %</b>

(Sumber : Data Humas RS PKU, 2013, dalam Andriani 2016:9)

Tabel di atas menunjukkan bahwa dari hasil survey Humas Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta terhadap 100 pasien rawat jalan dan 100 pasien rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surakarta, rata-rata kepuasan yang dinyatakan oleh pasien terhadap pelayanan dokter masih dibawah target kendali mutu pelayanan rumah sakit yang ditetapkan >90 %.

Melihat fenomena munculnya permasalahan yang ada dalam dunia medis, banyak manajemen rumah sakit di Indonesia yang juga mulai mencoba

membangkitkan kembali kesadaran dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan serta kualitas dokter di Indonesia ketimbang luar negeri. Bina Ratna Kusuma Fitri, Direktur Rumah Sakit (RS) Bethsaida, menyampaikan bahwa salah satu daya saing dari pelayanan kesehatan yang paling utama dan bersifat krusial ialah komunikasi.

*“Jika komunikasi berjalan dengan baik, bukan tidak mungkin pasien akan menyebarkan informasi terkait dengan layanan rumah sakit kepada kerabat terdekat”* (R, E, 2019. Bisnis.com).

Menurut Uripni dkk (dalam Taufik, 2010:25) komunikasi terapeutik diartikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar, dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Dalam hal ini pasien sebagai seorang komunikan diarahkan untuk melakukan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan terjadinya hubungan sosial yang bermanfaat antara dokter dan pasien. Hal tersebut dilakukan guna memenuhi program atau konsep yang telah disepakati oleh WHO agar tercapainya *Universal Health Coverage*, yang merupakan sebuah sistem kesehatan yang dapat memastikan keadilan dan kemudahan untuk mendapatkan akses yang sama kepada setiap orang terhadap pelayanan kesehatan

Tujuan komunikasi terapeutik menurut Sundeen dkk (dalam Taufik, 2010:26) diarahkan pada pertumbuhan kesehatan pasien yang meliputi beberapa hal sebagai berikut :

1. Realisasi dan penerimaan diri serta rasa hormat yang ditunjukkan oleh diri sendiri.

2. Memberikan identitas diri yang jelas serta menunjukkan rasa integritas diri yang tinggi.
3. Kemampuan dalam melakukan pembinaan hubungan interpersonal yang intim, saling bergantung satu sama lain dan saling mencintai.
4. Kemampuan dalam memberikan kepuasan terhadap kebutuhan pasien serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Seorang dokter pada praktiknya dituntut untuk mampu memposisikan dirinya sebagai seorang pekerja medis yang profesional, bersikap empati, dapat membangun kepercayaan pasien, humoris, membuat pasien menjadi terbuka dalam mengungkapkan segala perasaan yang dimilikinya serta dapat memberikan konklusi dan solusi dan dukungan terhadap permasalahan penyakit pasien. Hal tersebut menjadi bagian terpenting yang harus diterapkan agar proses keperawatan berjalan dengan lancar dan menghasilkan efek yang baik.

Komunikasi yang dilakukan oleh dokter pada dasarnya bersifat untuk menolong dan membantu meringankan beban penyakit yang diderita seorang pasien. Rasa sakit yang dialami oleh seorang pasien pada dasarnya tidak hanya dirasakan secara fisik saja, namun juga meliputi hal-hal psikologis pasien seperti gangguan jiwa dan mentalnya yang mengarah pada timbulnya gangguan emosi dan patah semangat karena merasa kalah dengan penyakit yang dialaminya. Dengan demikian hal tersebut menyebabkan munculnya perasaan sedih dan takut yang harus segera diatasi oleh seorang dokter dalam praktik hubungan terapeutik yang dijalankan. Pentingnya penguasaan komunikasi yang baik oleh dokter akan sangat terlihat terlebih ketika sedang berhadapan dengan

pasien yang memiliki masalah penyakit yang tergolong berat dan mengganggu secara fisik maupun pasien dengan vonis penyakit yang sulit untuk disembuhkan.

Charles dkk (dalam Mulyana, 2018:60) berpendapat bahwa dalam konteks terapeutik, hubungan antara dokter dan pasien sering dianggap sebagai hubungan paternalistik dimana kondisi inilah yang selanjutnya akan menghasilkan prinsip dokter yang paling tahu dan dokter disebut sebagai pelindung. Dalam pola hubungan seperti ini, posisi dokter dikatakan tidak sejajar dengan pasien karena dianggap memiliki keilmuan di bidang kesehatan dan pasien akan menyerahkan seluruh keadaan sakit nya kepada dokter untuk mendapatkan kesembuhan. Dengan terciptanya sistem paternalistik, hubungan dokter dan pasien harus dikelola dengan baik sejak awal pertemuan hingga akhir.

Proses berjalannya komunikasi terapeutik dalam dunia kesehatan secara tidak langsung dipengaruhi oleh adanya konteks budaya. Anderson dkk (dalam Mulyana, 2018:176) menjelaskan bahwa komunikasi di antara orang Asia didominasi oleh konteks tinggi, artinya sebagian besar pesan komunikasi mereka implisit. Dalam konteks ini, pesan nonverbal mereka seperti ekspresi wajah, anggukan kepala, keheningan, postur tubuh, tingkat bicara dan interaksi mereka seringkali lebih bermakna daripada pesan verbal mereka. Dalam menjalankan suatu hubungan terapeutik, orang-orang dari budaya konteks tinggi harus diberikan informasi yang cukup dalam komunikasi tatap muka yang dilakukan. Penting bagi penyedia layanan kesehatan seperti dokter

memastikan apakah informasi yang diberikan kepada pasien dapat dipahami atau tidak (Mulyana, 2018:181).

Stuart dan Sundeen (dalam Taufik, 2010:27) menjelaskan bahwa terdapat dua hal yang menjadi dasar agar penerapan komunikasi terapeutik menjadi efektif:

1. Semua kompetensi komunikasi menjadi sebuah keharusan yang ditujukan untuk menjaga harga diri si pemberi dan juga si penerima pesan.
2. Komunikasi yang dapat membangun rasa saling mengerti atau saling pengertian wajib dilakukan terlebih dahulu sebelum kemudian memberikan sebuah sarana, informasi maupun masukan.

Sejalan dengan hal tersebut, pelayanan rumah sakit yang didorong dengan baiknya kompetensi komunikasi seorang dokter dalam menumbuhkan suatu hubungan yang positif menjadi kekuatan paling signifikan dalam upaya kesembuhan seorang pasien. Komunikasi yang terjalin baik antara dokter dan pasien sangat penting dilakukan karena memiliki dampak yang sangat besar dan berpengaruh pada berbagai aspek *outcome* kesehatan pasien, seperti mendapatkan kesehatan yang lebih baik, kenyamanan yang lebih termasuk dalam pemberian terapi, terciptanya kepuasan dari hubungan yang telah dijalankan serta guna menghindari terjadinya malpraktek ataupun tuduhan malpraktek dari pasien. Segala aspek komunikasi yang meliputi aspek kuratif, rehabilitatif, preventif dan promotif sangat diperlukan dewasa ini dalam memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis merasa tertarik dan ingin mengetahui lebih jauh tentang bagaimana pengelolaan hubungan antara dokter dan pasien dalam konteks komunikasi terapeutik. Hubungan terapeutik yang dikelola dengan baik dapat dilihat melalui sejauh mana keberhasilan yang tercapai dari pola komunikasi yang telah dijalankan. Peneliti ingin memahami bagaimana bentuk komunikasi dokter dalam memberikan kenyamanan dan membangun kepercayaan diri pasien untuk sembuh terlepas dari berbagai permasalahan seperti masih timpangnya hubungan dokter dan pasien yang mengakibatkan tidak terciptanya komunikasi yang baik selama proses terapeutik berlangsung.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Komunikasi terapeutik umumnya merupakan komunikasi yang penting dan berguna bagi pasien. Efektifnya penerapan komunikasi terapeutik yang dibangun oleh seorang dokter tentu dapat memberikan sebuah pengertian lebih jauh kepada pasiennya dalam upaya membangun kepercayaan diri untuk sembuh dengan memberikan rasa simpati maupun empatinya. Damaiyanti (dalam Taufik, 2010:44) menjelaskan meskipun hubungan terapeutik termasuk kedalam hubungan interpersonal, namun yang membedakan hubungan terapeutik ialah lebih kepada memaksimalkan keterampilan komunikasi, pemahaman terhadap tingkah laku dan pola pikir manusia dan kemampuan pribadi untuk meningkatkan pertumbuhan kesehatan pasien. Tentu tidak dapat dihindari ketika terjadi suatu mispersepsi yang mengakibatkan tidak terciptanya hasil yang bermanfaat dari hubungan terapeutik antara dokter dan pasien. Hal

tersebut dapat menyebabkan munculnya kekhawatiran dalam diri pasien yang secara tidak langsung mampu mengurangi rasa ketidakpercayaannya dengan seorang dokter.

Sebagai seorang pengobat, dokter dianggap memiliki ilmu pengetahuan tentang kesehatan yang mampu memberikan gambaran dan kepercayaan kepada pasien terkait kondisi fisik dan penyakit yang diderita. Semulanya tujuan pasien melakukan suatu hubungan interpersonal dengan dokter ialah untuk mendapatkan kesembuhan dengan mendapatkan hasil yang bermanfaat dari hubungan terapeutik yang dilakukan, namun seiring dengan tidak tercapainya hal-hal yang diinginkan tersebut justru membuat rasa ketidakpuasan seorang pasien cenderung meningkat dan mendorong lahirnya prasangka dugaan malpraktik serta tingkat kepercayaan yang menurun.

Berdasarkan uraian diatas, maka rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini ialah bagaimana pengelolaan hubungan antara dokter dan pasien dalam konteks komunikasi terapeutik.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dilakukannya penelitian ini ialah sebagai berikut :

1. Untuk memahami pola interaksi terapeutik dalam hubungan antara dokter dan pasien.
2. Untuk memahami hambatan yang kerap terjadi dalam hubungan terapeutik antara dokter dan pasien.

## **1.4 Signifikansi Penelitian**

### **1.4.1 Signifikansi Akademis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi secara teoritis bagi kajian yang berhubungan dengan konsep komunikasi terapeutik, khususnya pada penggunaan teori pelanggaran harapan, teori dialetika relasional dan studi fenomenologi. Fokus utama yang dikaji dalam penelitian ini adalah bagaimana pengelolaan hubungan antara dokter dan pasien dalam komunikasi terapeutik

### **1.4.2 Signifikansi Praktis**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi dan informasi bagi pembaca maupun peneliti sosial untuk mengetahui bagaimana pentingnya konsep komunikasi terapeutik dalam hubungan yang terjalin antara dokter dan pasien di ruang lingkup kesehatan. Tulisan ini diharapkan dapat menginspirasi banyak peneliti sosial untuk melakukan kajian-kajian terkait komunikasi terapeutik.

### **1.4.3 Signifikansi Sosial**

Secara sosial, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman dan pandangan baru kepada dokter dan pasien sebagai upaya untuk mengelola suatu hubungan interpersonal dalam ruang lingkup kesehatan. Tujuannya ialah untuk mencapai hasil yang baik dari jalinan terapeutik yang telah dijalankan serta terhindar dari hal-hal negatif yang tidak diinginkan yang dapat merugikan dokter sebagai tenaga medis maupun pasien sebagai klien.

## **1.5. Kerangka Teori**

### **1.5.1 Paradigma Penelitian**

Pada dasarnya penelitian merupakan suatu upaya yang dilakukan sedemikian rupa untuk menemukan sebuah kebenaran. Dalam usaha menemukan kebenaran terhadap yang diteliti biasanya menggunakan model-model yang dikenal sebagai sebuah paradigma. Menurut Bogdan dan Biklen (dalam Moleong, 2012:49) paradigma merupakan kumpulan dari perkiraan atau asumsi yang dipegang bersama, konsep atau proposisi yang mengarahkan bagaimana cara berpikir pada sebuah penelitian. Dengan demikian paradigma dapat dikatakan sebagai pola yang menentukan struktur dan cara kerja terhadap sebuah penelitian.

Paradigma interpretif kemudian digunakan dalam penelitian ini untuk melakukan kajian yang berkaitan dengan pengalaman subjektif hubungan antarmanusia. Melalui interpretif, peneliti akan berupaya untuk memahami dan menjelaskan tindakan-tindakan sosial yang terjadi secara ilmiah dengan melihat fenomena yang terjadi dalam kehidupan. Dalam penelitian ini paradigma interpretif digunakan untuk memahami dan menjelaskan lebih jauh mengenai bagaimana pengelolaan hubungan antara dokter dan pasien dalam ruang lingkup kesehatan dan kaitannya dengan komunikasi terapeutik yang diterapkan dokter sebagai langkah untuk memberikan hasil positif kepada pasien dari hubungan yang terjalin.

Penelitian ini menggunakan pendekatan Fenomenologi sebagai tradisinya. Fenomenologi adalah strategi penelitian yang di dalamnya

peneliti berusaha mengidentifikasi dan memahami pengalaman-pengalaman hidup manusia pada suatu kenyataan dan fenomena tertentu. Dengan berusaha memahami hakikat pengalaman hidup manusia, Moustakas (dalam Creswell, 2014:20-21) menjelaskan bahwa fenomenologi telah menjadi suatu metode penelitian yang prosedurnya memberi sebuah keharusan kepada peneliti untuk melakukan kajian terhadap sejumlah subjek dengan terlibat langsung secara relatif lama untuk mengembangkan pola-pola ataupun relasi-relasi makna didalamnya. Dengan begitu, fenomenologi merupakan suatu hal yang secara alamiah dapat ditemukan dalam kehidupan sehari-hari.

### **1.5.2 State Of The Art**

Penelitian pertama ialah penelitian yang dilakukan oleh Syanthia Wingy pada tahun 2018 dengan judul “Komunikasi Terapeutik Orang Tua Pada Anak Yang Mengalami Gangguan Kecemasan Di Pekanbaru, Riau.” Penelitian ini mempunyai tujuan yakni untuk mengetahui bagaimana penerapan komunikasi terapeutik orang tua pada anak yang mengalami gangguan kecemasan di Pekanbaru, Riau. Hal ini dikarenakan kurangnya tenaga medis seperti psikolog, maka orang tualah yang dapat membantu anak mengurangi bahkan menyembukan rasa kecemasan tersebut.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang berpedoman pada pengambilan data melalui wawancara dan observasi langsung. Dalam penelitian ini didapatkan berbagai bentuk kecemasan yaitu : kecemasan perpisahan, kecemasan lingkungan sosial, kecemasan lingkungan sekolah,

kecemasan pelajaran sekolah dan kecemasan lift. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa setiap orang tua melakukan komunikasi terapeutik didasarkan dengan pengetahuan orang tua dan kesukaan anak tersebut, walaupun adanya kecemasan yang sama tetapi perlakuan orang tua tersebut berbeda. Dari banyaknya bentuk komunikasi terapeutik pada umumnya hampir semua anak menunjukkan perkembangannya secara bertahap untuk menjadi lebih baik walaupun tidak terlalu signifikan.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Prayogo Danu Putra tahun 2017 dengan judul “Penerapan Komunikasi Terapeutik Oleh Terapis Pada Pasien Anak Pengidap Down Sndrome Dalam Meningkatkan Kemandirian (Studi di Klinik Tumbuh Kembang Anak (Child Development Centre) YAMET Lampung).” Penelitian ini bertujuan untuk memberi penjelasan bagaimana saja komunikasi terapeutik yang diberikan oleh terapis kepada setiap pasien pengidap down syndrome di Klinik Tumbuh Kembang Anak (Child Development Centre) YAMET Lampung sebagai upaya untuk meningkatkan kemandirian mereka. Penelitian ini menggunakan teori Interaksionalisme Simbolik serta teori Hubungan Model Permainan (Eric Berne).

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa dalam prosesnya terdapat empat fase tahapan interaksi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh terapis kepada pasien pengidap down syndrome, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Komunikasi Terapeutik yang dilakukan oleh terapis dalam penelitian ini selalu

mengutamakan kebutuhan utama dari pasien sehingga dalam prosesnya selalu mengutamakan penggunaan pesan-pesan verbal. Pesan verbal yang diberikan oleh terapis bertujuan agar anak down syndrome mampu mengelurkan respon balasan atas apa yang diajarkan terlebih ketika sedang berinteraksi dengan orang lain. Selain dengan hal tersebut, penekanan kemandirian juga dilakukan dengan melihat tingkatan gap atau batasan yang ada dalam diri anak.

Penelitian ketiga yang berkontribusi terhadap penelitian ini ialah penelitian yang dilakukan oleh Ranidya Putri E.R pada tahun 2012 dengan judul “Proses Komunikasi Terapeutik Perawat Kepada Pasien Skizofrenia Dengan Halusinasi Dengar.” Penelitian ini memiliki tujuan untuk mendeskripsikan seperti apa proses komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat kepada pasien skizofrenia dengan halusinasi dengar. Tujuan lainnya ialah untuk melakukan analisis model komunikasi yang sesuai dengan proses komunikasi terapeutik perawat yang diterapkan di ruang flamboyan Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Penelitian ini menggunakan teori Penyusunan tindakan dan model komunikasi interaksi Wilnur Sschramm. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif yang berpedoman pada penggunaan teknik wawancara beserta dokumentasi kepada 7 orang perawat yang menjadi narasumber.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa komunikasi terapeutik yang digunakan oleh perawat diberikan secara baik dengan berpedoman pada

pengetahuan perawat terkait kondisi dan riwayat halusinasi pasien. Proses komunikasi terapeutik yang berlangsung dalam penelitian ini diterapkan sejak pertama kali pasien memasuki ruangan flamboyan, menjalani rawat inap hingga proses pengobatan selesai dilakukan. Bentuk komunikasi terapeutik yang dilakukan dalam penelitian ini diberikan melalui beragam kegiatan seperti TAK (terapi aktivitas kelompok), ADI (*adctivity daily living*) dan terapi individu. Dengan adanya kegiatan tersebut pasien merasa nyaman kepada perawat sehingga pada akhirnya pasien mampu mengungkapkan segala masalah beserta bentuk halusinasinya.

Penelitian keempat yang berkontribusi terhadap penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Gebby Desza Ananda dan Ade Irma, B. HSc, MA yang dimuat dalam Jurnal Ilmiah Fisip Unsiyah dengan judul “Komunikasi Perawat Terhadap Pasien di Rumah Sakit Jiwa Aceh.” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apa saja faktor penghambat komunikasi terapeutik yang ada di Rumah Sakit Jiwa Aceh menurut Potter dan Perry. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan analisis deskriptif sebag, sementara teori yang digunakan yaitu teori Penetrasi Sosial yang dikemukakan oleh Dalman dan Taylor. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat tiga faktor penghambat komunikasi terapeutik menurut Potter dan Perry di Rumah Sakit Jiwa Aceh, yakni faktor emosi, faktor lingkungan dan faktor jarak. Sementara hambatan lainnya yang ditemukan juga dalam penelitian ini ialah faktor bahasa.

Penelitian yang dicantumkan sebagai State Of The Art diatas mengkaji mengenai penerapan komunikasi terapeutik terhadap hal-hal yang berkaitan dengan mengatasi masalah pada kondisi psikologis seperti gangguan kecemasan anak, peningkatan kemandirian pada anak down syndrom, pasien skizonfrenia dengan halusinasi dengar dan pasien dengan gangguan jiwa. Penelitian diatas memiliki persamaan dengan penelitian ini karena membahas tentang konsep komunikasi terapeutik.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya, dimana dalam penelitian sebelumnya lebih berfokus kepada sang komunikatornya saja yakni orang tua, terapis dan perawat, bagaimana mereka menjalankan komunikasi terapeutik. Dalam penelitian ini yang ingin diteliti tidak hanya kepada dokter yang menjadi komunikator tetapi juga pasien sebagai komunikator. Artinya dokter dan pasien dapat berperan menjadi komunikator maupun komunikan untuk memahami pengalaman komunikasi mereka ketika berinteraksi dalam hubungan terapeutik serta melakukan pengelolaan terhadap hubungan tersebut.

Teori yang digunakan dalam penelitian ini berbeda dengan penelitian-penelitian sebelumnya, dimana teori yang digunakan ialah teori Pelanggaran Harapan oleh Burgoon dan teori Dialetika Relasional oleh Baxter dan Montgomery. Jenis penelitian ini ialah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yang menekankan pada hakikat pengalaman hubungan manusia.

### **1.5.3 Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi merupakan sebuah kajian yang memiliki ruang lingkup sangat luas sehingga dapat ditemukan dalam berbagai bidang ilmu, salah satunya dalam bidang kesehatan. Komunikasi yang digunakan dalam ruang lingkup kesehatan merupakan bentuk dari pelayanan secara komunikatif yang diberikan kepada pasien, meliputi informasi yang berkaitan dengan kondisi kesehatan seorang pasien serta bagaimana perawatan dan pemberian terapi yang dilakukan (Liliweri, 2008:51). Dalam kajian ilmu kesehatan terdapat sebuah konsep yang diberi nama komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik sendiri mencakup segala hal yang ada pada berbagai aspek komunikasi dalam ruang lingkup kesehatan terlebih kegunaan utamanya ialah sebagai metode penyembuhan pasien.

Menurut Uripni dkk (dalam Taufik, 2010:25) komunikasi terapeutik diartikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar, dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Manfaat penggunaan konsep komunikasi terapeutik sendiri ialah untuk mendorong lahirnya kerjasama yang baik antara dokter sebagai tenaga medis utama dengan pasien sebagai klien. Manfaat lainnya ialah untuk melakukan identifikasi terhadap pasien, mengungkapkan perasaan pasien, mengkaji masalah pasien dan mengevaluasi berbagai tindakan penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti dokter. Dari pengertian tersebut dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik merupakan suatu metode penyembuhan yang digunakan oleh seorang dokter kepada pasiennya

dengan memanfaatkan komunikasi sebagai media penyampaian dan didorong dengan penggunaan teknik-teknik komunikasi yang baik untuk menghasilkan hubungan yang positif.

Terdapat tiga hal yang mendasar dan memberi ciri-ciri dari komunikasi terapeutik yaitu :

1. Keikhlasan, hal ini merupakan bentuk bantuan yang dilakukan oleh tenaga medis seperti dokter untuk dapat menyadari dan memahami segala hal yang berkaitan dengan nilai, sikap dan juga perasaan yang dimiliki terhadap kondisi pasien.
2. Empati, merupakan suatu pemahaman yang ditunjukkan oleh dokter sebagai tenaga medis terhadap perasaan yang timbul dalam diri pasien. Selain itu empati juga digunakan sebagai upaya merasakan dunia pribadi pasien. Empati dianggap sebagai kunci terhadap keberhasilan dari komunikasi terapeutik karena tenaga medis turut memberi dukungan penuh mengenai apa yang sedang dirasakan dan dipikirkan oleh pasien dengan mencoba merasakannya juga lewat pengalaman-pengalaman yang dimiliki.
3. Kehangatan (*Warmth*), merupakan kesempatan yang diberikan oleh tenaga medis seperti dokter secara terbuka sebagai cara agar pasien dapat mengeluarkan segala pemikiran dan perasaannya secara bebas tanpa ada gangguan. Dengan menghadirkan kehangatan, seorang dokter dapat mendorong pasiennya untuk mengekspos ide-ide dan menuangkannya dalam suatu tindakan maupun kata-kata tanpa rasa

takut untuk dikonfrontasi. Hal tersebut yang kemudian membuat seorang tenaga medis mempunyai kesempatan lebih luas untuk mengetahui kebutuhan-kebutuhan pasien.

Komunikasi terapeutik memiliki tujuan akhir untuk mencapai kesembuhan dengan cara merubah diri dan perilaku pasien. Oleh karena itu dalam pelaksanaan prakteknya komunikasi terapeutik harus diterapkan secara terstruktur dan terencana dengan baik. Dalam prosesnya Stuart dan Sundeen (dalam Taufik, 2010:45) menjelaskan bahwa komunikasi terapeutik dibagi kedalam empat tahapan yakni sebagai berikut:

1. Tahap Persiapan (Pra-interaksi)

Pada tahap pra-interaksi, dokter sebagai komunikator yang melaksanakan komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya untuk bertemu dengan klien atau pasien. Sebelum bertemu pasien, dokter haruslah mengetahui beberapa informasi mengenai pasien, baik berupa nama, umur, jenis kelamin, keluhan penyakit, dan sebagainya. Apabila dokter telah dapat mempersiapkan diri dengan baik sebelum bertemu dengan pasien, maka ia akan bisa menyesuaikan cara yang paling tepat dalam menyampaikan komunikasi terapeutik kepada pasien, sehingga pasien dapat dengan nyaman berkonsultasi dengan dokter.

2. Tahap Perkenalan (Orientasi)

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan pasien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini,

serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu. Tahap perkenalan/orientasi ialah ketika dokter pertama kali bertemu dengan pasien. Persiapan yang dilakukan dokter pada tahap pra-interaksi diaplikasikan pada tahap ini. Sangat penting bagi dokter untuk melaksanakan tahapan ini dengan baik karena merupakan dasar bagi hubungan terapeutik antara dokter dan pasien.

### 3. Tahap Kerja (*Working*)

Tahap kerja merupakan bagian paling inti dari seluruh proses komunikasi terapeutik dokter dan pasien. Tahapan ini adalah tahapan terpanjang dalam hubungan terapeutik karena di dalamnya seorang dokter dituntut untuk menjalankan perannya dalam membantu dan juga mendukung pasien dalam menyampaikan segala hal yang berkaitan dengan perasaan dan pikirannya. Pada tahap ini juga seorang dokter dituntut untuk mampu mendefinisikan dan menyelesaikan permasalahan penyakit yang dihadapi pasien.

### 4. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan akhir dari hubungan terapeutik yang terjalin antara dokter dan pasien. Tahap terminasi terbagi menjadi dua bagian, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara bukan merupakan akhir dari pertemuan dokter dan pasien dalam hubungan terapeutik. Setelah selesai melakukan perawatan biasanya pasien akan berkunjung kembali ke dokter untuk melakukan beberapa perawatan tambahan sesuai waktu yang telah disepakati antara

keduanya, sementara terminasi akhir merupakan akhir dari pertemuan dokter dan pasien setelah melakukan semua perawatan termasuk yang dilakukan pada terminasi sementara.

#### **1.5.4 Komunikasi Terapeutik Sebagai Komunikasi Interpersonal**

Kegiatan berkomunikasi merupakan aspek paling utama yang melekat dalam hubungan yang terjalin antara dokter dan pasien. Komunikasi interpersonal antara dokter dan pasien dalam ruang lingkup kesehatan dan digunakan sebagai media penyembuhan pasien disebut sebagai komunikasi terapeutik. Hal tersebut sebagaimana dikatakan oleh Purwanto bahwa komunikasi terapeutik tergolong sebagai komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pemahaman dan pengertian antara dokter dan juga pasien, dan pada prakteknya diterapkan oleh dokter guna memberikan perubahan terhadap sikap dan perilaku pasien kearah yang lebih baik (Purwanto, 1994:21).

Menurut Rogers dkk (dalam Sheldon, 2010:47) bahwa hubungan *personality* yang terjalin baik antara dokter dan pasien akan menciptakan hal-hal baik seperti :

1. Pasien akan semakin terbuka dalam mengungkapkan pemikiran dan perasaannya.
2. Pasien akan semakin berusaha untuk mendengarkan dengan penuh perhatian dan bertindak sesuai arahan dan nasihat yang diberikan oleh dokternya.

Persoalan mendasar dari komunikasi terapeutik sebagai komunikasi interpersonal ialah terdapatnya hubungan saling membutuhkan antara dokter dan juga pasien dalam perwujudan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Peran dokter dalam hubungan terapeutik ialah berusaha membangun kepercayaan pasien, mengungkapkan perasaan pasien, mengidentifikasinya dan kemudian menyelesaikan permasalahan penyakit yang dimiliki pasien serta mengevaluasinya. Sementara peran utama pasien ialah berusaha untuk terbuka dalam memberikan keterangan terkait keluhan yang dimilikinya.

Hubungan yang terjalin antar dokter dan pasien harus berada pada keintiman agar tercipta hubungan antarpribadi yang bermanfaat dan dua arah. Pada konteks tersebut, dokter bukan lagi memposisikan dirinya sebagai orang yang memiliki kedudukan tinggi, melainkan dapat memposisikan dirinya sebagai teman maupun sahabat dari pasien untuk dapat membantu pasien mengungkapkan dan menyelesaikan segala *problem* yang dihadapi pasien.

### **1.5.5 Pengelolaan Hubungan**

Pengelolaan diartikan sebagai sebuah aktivitas yang meliputi perencanaan, pengembangan dan pengendalian terhadap suatu tindakan dalam rangka mencapai suatu tujuan (Torang, 2013:166). Sementara hubungan menurut kamus besar bahasa Indonesia diartikan sebagai bersambung, berangkaian (yang satu dengan yang lain) sehingga dapat dikonsepsikan bahwa hubungan merupakan sebuah keterkaitan antara suatu

hal dengan yang lainnya seperti hubungan kekeluargaan, dokter dan pasien dan hubungan antara individu lainnya.

Konsep pengelolaan hubungan pada konteks hubungan antara dokter dan pasien merupakan sebuah proses yang sistematis terjadi dan ditandai dengan adanya hubungan timbal balik yang terkoordinir dengan baik (Andriani, 2016:36). Pengelolaan hubungan dokter dan pasien dalam penelitian ini meliputi perencanaan dalam membangun hubungan yang baik untuk kemudian dikembangkan dan dikendalikan sampai hubungan tersebut berakhir. Keberhasilan dari pengelolaan hubungan dalam penelitian ini sangat bergantung pada bagaimana kemampuan seorang dokter dalam memanfaatkan segala potensi yang dimilikinya termasuk potensi kompetensi komunikasi yang menjadi peranan utama dalam menghasilkan hubungan yang bermanfaat.

#### **1.5.6 *Helping Relationship***

*Helping relationship* atau hubungan saling tolong menolong merupakan pola hubungan yang terjalin antara dua orang atau lebih dengan maksud saling-memberikan dan-menerima bantuan serta dukungan dalam upaya memenuhi-kebutuhan dasar dalam kehidupan (Sarfika dkk, 2018:29). Dalam hubungan terapeutik seorang dokter dianggap sebagai *helper* yang berperan membantu pasien untuk memenuhi aspek-aspek kebutuhan kesehatannya. Rogers (dalam Littlejohn, 2014:313) menjelaskan bahwa hubungan saling tolong menolong (*helping relationship*) yang

dikategorikan sehat memiliki 10 sifat dan disebut sebagai *client centered therapy*. 10 sifat yang disebutkan oleh Carl Rogers diantaranya :

1. Pelaku komunikasi saling merasa percaya dan dapat mengendalikan satu sama lain.
2. Mereka mengungkapkan dirinya dengan jelas.
3. Mereka memiliki sikap-sikap positif akan kehangatan dan perhatian untuk orang lain.
4. Pasangan dalam hubungan tolong-menolong menyimpan sebuah identitas yang terpisah.
5. Pasangan memperbolehkan yang lain untuk melakukan hal yang serupa.
6. Hubungan tolong menolong ditandai oleh empati, yang masing-masing mencoba untuk saling memahami perasaan masing-masing.
7. Penolong menerima beragam senin pengalamannorang lain ketika mereka dihubungkan oleh orang lain.
8. Pasangan merespons dengan kepekaan yang memadai untuk menciptakan sebuah lingkungan yang aman bagi perubahan pribadi.
9. Pelaku komunikasi mampu membebaskan diri mereka dari ancaman penilaian orang lain.
10. Setiap pelaku komunikasi menyadari bahwa orang lain berubah dan cukup luwes untuk membolehkan orang yang lain berubah.

Keseluruhan sifat yang dijelaskan oleh Rogers memberikan makna bahwa hubungan terapeutik yang terjalin antara dokter dan pasien

merupakan sebuah hubungan yang menghadirkan pengalaman belajar yang menguntungkan keduanya. Pengalaman tersebut didasarkan pada aspek kemanusiaan yang terbangun antara dokter dan pasien dengan berusaha saling menghargai dan saling-menerima-perbedaan-sosial budaya-antara-keduanya.

### **1.5.7 Teori Pelanggaran Harapan**

Teori Pelanggaran Harapan berakar dari pemikiran Burgoon pada tahun 1978, dimana dirinya berusaha memahami bagaimana pengaruh dari komunikasi non verbal yang ditunjukkan seseorang dalam sebuah interaksi. Teori Pelanggaran Harapan (*Expectancy Violation Theory*) memberikan pernyataan bahwa seseorang memiliki sebuah harapan yang berkaitan dengan perilaku yang dimiliki orang lain. Pada penelitian yang dilakukannya, Burgoon mencermati bagaimana cara manusia dalam memberikan tanggapan ketika harapannya dilanggar, tidak sesuai keinginan dan tidak terpenuhi. Harapan tersebut mencakup perilaku verbal maupun non verbal dari para komunikator. Teori EVT yang dihasilkan oleh Burgoon melalui pengamatannya menjelaskan bahwa pada dasarnya setiap individu memiliki sebuah harapan yang dibebankannya terhadap perilaku dari individu lain berdasarkan norma-norma sosial yang dimilikinya, pengalaman yang dimilikinya serta situasi dimana perilaku tersebut terjadi (Morrisan, 2010:126).

Burgoon (dalam West dan Turner, 2013:154) berargumen bahwa perubahan tak terduga yang terjadi pada sebuah komunikasi dapat

menimbulkan suatu perasaan yang tidak nyaman dalam jarak perbincangan antara para komunikator. Jarak perbincangan disini disebut sebagai zona proksemik yang merupakan kerangka penting dalam menginterpretasikan perilaku orang lain. Edward Hall (dalam Morrison, 2010:128) menyatakan bahwa terdapat empat zona prosemik yang digunakan oleh seseorang untuk berbagai alasan yang berbeda ketika berkomunikasi. Selain itu, budaya juga berpengaruh terhadap bagaimana konsep diri (*self*) digunakan dalam sebuah ruang komunikasi. Edward Hall melalui hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa terdapat empat kategori jarak dalam komunikasi yaitu intim, personal, sosial dan publik, dimana pada setiap jarak mempunyai aturan perilakunya yang berbeda-beda.

Teori Pelanggaran Harapan menjelaskan bahwa ketika norma-norma komunikasi dilanggar oleh komunikator, pelanggaran tersebut dapat dikategorikan secara baik maupun buruk atau positif dan negatif. Pelanggaran dapat dinilai secara positif dan negatif bergantung pada bagaimana persepsi yang dimiliki oleh seseorang terhadap si pelanggar. Jadi, penilaian terhadap suatu pelanggaran didasarkan pada bagaimana perasaan yang dimunculkan suatu individu terhadap individu lain. Bila menyukai individu tersebut kemungkinan penerimaan terhadap suatu pelanggaran masih dianggap sesuatu yang wajar dan menilainya secara positif. Sebaliknya jika pelanggaran yang didapatkan dirasa mengganggu tentu suatu individu tidak akan menyukai hal tersebut dan kemudian pelanggaran tersebut akan dinilai sebagai sesuatu yang negatif.

Teori ini berakar pada bagaimana pemilihan pesan-pesan beserta jenis-jenis perilaku yang dipilih oleh seseorang yang kemudian ditunjukkan kepada orang lain dalam suatu interaksi. Hal tersebut yang juga menuntun teori ini memiliki tiga asumsi sebagai berikut :

1. Harapan mendorong terciptanya sebuah interaksi antarmanusia.

Dalam asumsi ini terdapat dua jenis harapan yakni, ***Harapan Prainteraksional***, dimana merupakan harapan yang mencakup keahlian dan jenis pengetahuan dari seorang komunikator sebelum berinteraksi dengan orang lain dan ***Harapan Interaksional***, yang merupakan harapan yang dibebankan oleh suatu individu terhadap kemampuan komunikator dalam menjalankan interaksi dengannya.

2. Harapan terhadap perilaku manusia dapat dipelajari, dimana asumsi ini merujuk pada asumsi pertama yang menuntun kedua orang yang terlibat dalam komunikasi akan mempelajari harapannya melalui konteks budaya secara luas yang akan ditampilkan oleh individu. Burgoon dan Hale (1998) menjelaskan bahwa perbedaan-perbedaan terkait pengetahuan awal kita terhadap orang lain sangat perlu untuk diperhatikan.

3. Suatu individu membuat prediksi dari perilaku non verbal orang lain. Asumsi ini menjelaskan jika perilaku non verbal yang ditunjukkan oleh seseorang mampu mempengaruhi jalannya suatu interaksi. Perilaku tersebut yang kemudian mendorong suatu individu untuk

membuat prediksi yang sesuai dengan pemaknaannya terhadap perilaku non verbal orang lain.

Teori ini menunjukkan keterkaitan tentang bagaimana hubungan antara dokter dan pasien dalam jalinan terapeutik. Seorang pasien tentu memiliki harapan tentang perilaku dokter berdasarkan norma-norma sosial serta pengalaman yang dimilikinya selama menekuni bidang kesehatan. Harapan ini dapat melibatkan hampir semua perilaku verbal maupun nonverbal dari seorang dokter dalam rangka pemenuhan hak-hak kesehatan yang dibutuhkan pasien. Asumsi pertama teori ini menjelaskan bahwa terdapat dua jenis harapan yakni pra-interaksional dan interaksional yang kemudian menjadi faktor utama terjalinnya hubungan terapeutik antara dokter dan pasien, dimana pasien memiliki anggapan bahwa dokter mengetahui segala hal yang berkaitan dengan *problem solving* kesehatan pasien. Oleh karena itu seorang dokter harus mampu bertindak sesuai dengan harapan yang dibebankan oleh pasien sebagai upaya pengendalian suatu hubungan.

### **1.5.7 Teori Dialetika Relasional**

Teori Dialetika Relasional merupakan teori yang dikembangkan oleh Leslie Baxter dan Barbara Montgomery. Teori ini menggambarkan bahwa hidup berhubungan tidak selalu linear dan dapat berubah-ubah seiring dengan hadirnya kontradiksi. Teori ini berfokus pada ketegangan yang berlangsung dalam sebuah hubungan dan bagaimana ketegangan tersebut dapat dikelola dengan menggunakan komunikasi. Penggunaan

komunikasi sendiri didasarkan pada konsep utama dari teori ini yakni wacana, karena secara singkat teori ini berupaya menjelaskan bagaimana wacana membentuk makna pada proses komunikasi dalam mengelola ketegangan atau kontradiksi yang dihasilkan dari keinginan yang bertentangan (Griffin, 2019:132). Ketika dokter dan pasien berkomunikasi dan menghadirkan suatu kontradiksi akibat kurangnya keterbukaan, maka mereka akan berusaha untuk mencari cara dalam mengatasi kontradiksi yang hadir sebagai bentuk pengendalian hubungan.

Hidup berhubungan dalam teori Dialetika Relasional ditandai dengan asumsi-asumsi sebagai berikut :

1. Hubungan tidak terus berjalan lurus, yang artinya bahwa hubungan terdiri atas fluktuasi yang menyebabkan munculnya kontradiksi atau keinginan-keinginan yang berkelainan. Menurut Baxter dan Montgomery bahwa kita harus memikirkan ulang akan bahasa dan metafora mengenai hubungan. Fase pengembangan hubungan memunculkan konotasi mengenai sebuah pergerakan linear kedepan. Hubungan yang bergerak maju digambarkan memiliki elemen tertentu seperti adanya keintiman, pembukaan diri dan kepastian. Pemikiran dialetika memperkenalkan konsep (baik/maupun) dengan asumsi bahwa dalam hubungan terapeutik menghadirkan kontradiksi antara keinginan dokter dan pasien baik ketika diskusi keluhan maupun ketika waktu visit dokter berlangsung.

2. Hidup berhubungan ditandai dengan munculnya perubahan-perubahan yang tidak terduga. Asumsi ini mengamati bahwa suatu hubungan merujuk pada pergerakan kuantitatif dan kualitatif. Sejalan dengan waktu dan kontraksi yang terjadi diseputar mana suatu hubungan dikelola. Teori ini mengasumsikan bahwa harapan yang dibebankan oleh pasien kepada dokter seringkali tidak sesuai sehingga hubungan terapeutik yang terjalin tidak bersifat linear dan dapat berubah sesuai dengan keadaan.
3. Pertentangan dianggap sebagai fakta fundamental dalam berhubungan. Dimana asumsi yang ketiga menekankan bahwa kontradiksi atau ketegangan terjadi antara dua hal yang berlawanan tidak pernah hilang dan tidak pernah berhenti menciptakan ketegangan. Orang mengelola ketegangan dan oposisi ini dengan cara berbeda-beda tetapi kedua hal ini selalu ada dalam hidup berhubungan. Asumsi teori ini menjelaskan bahwa dokter dan pasien dalam hubungan terapeutik memiliki caranya tersendiri dalam mengelola kontradiksi yang hadir untuk mengendalikan hubungan.
4. Komunikasi menjadi elemen terpenting dalam melakukan pengelolaan dan juga menegosiasikan atau pertentangan dalam hubungan. Dimana asumsi terakhir dari Teori Dialektika Relasional berkaitan dengan komunikasi. Secara khusus teori ini memberikan posisi yang paling utama pada komunikasi. Sebagaimana yang telah diamati oleh Baxter dan Montgomery (1996), dari perspektif

dialektika relasi, aktor-aktor sosial memberikan kehidupan melalui praktek-praktek komunikasi mereka kepada kontradiksi-kontradiksi yang mengelola hubungan mereka. Asumsi teori ini menjelaskan bahwa komunikasi merupakan faktor utama untuk mengelola kontradiksi, seperti halnya pola interaksi terapeutik yang dibangun oleh dokter kepada pasien yang bertujuan untuk mengubah diri dan perilaku pasien kearah yang lebih baik meskipun di dalamnya terdapat kesulitan untuk memahami keinginan pasien.

## **1.6 Operasionalisasi Konsep**

### **1.6.1 Pengelolaan Hubungan**

Pengelolaan hubungan yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah bagaimana upaya-upaya yang dilakukan oleh seorang dokter dan pasien untuk membangun, mengembangkan, mengendalikan dan mempertahankan atau memperkuat hubungan terapeutik yang terjalin di antara mereka. Pengelolaan hubungan dalam penelitian ini perlu dikaji karena melihat banyaknya permasalahan yang terjadi dalam praktek hubungan terapeutik antara dokter dan pasien yang disebabkan oleh kurangnya keterbukaan dokter, model komunikasi yang hanya searah oleh dokter hingga kurangnya sisi humanis yang dimiliki dokter di Indonesia yang menyebabkan munculnya fenomena dimana banyaknya masyarakat yang lebih percaya dan memilih untuk melakukan pengobatan ke luar negeri karena merasa penanganan dokter jauh lebih baik dan manusiawi. Seiring dengan banyaknya permasalahan yang muncul kemudian membuat hubungan

terapeutik antara dokter dan pasien tidak menghasilkan hubungan yang tergolong bermanfaat dan menguntungkan bagi keduanya. Pengelolaan hubungan dalam penelitian ini sendiri berkaitan dengan bagaimana pola interaksi yang terjadi dalam hubungan terapeutik antara dokter dan pasien.

### **1.6.2 Dokter dan Pasien**

Hubungan dokter dan pasien pada dasarnya merupakan sebuah hubungan yang sejak zaman dahulu diatur oleh tingkatan status, pendidikan, kemampuan dan norma-norma yang berlaku. Hubungan antarpribadi yang terjadi antara dokter dan pasien juga didasarkan pada suatu pembukaan diri antara kedua belah pihak untuk mencapai kualitas hubungan yang baik. Dokter dan pasien dalam penelitian ini adalah dua pribadi yang memiliki pengalaman dalam menjalin hubungan terapeutik untuk mengetahui bagaimana sebenarnya penerapan komunikasi terapeutik dan hambatan apa saja yang ditemui selama berjalannya hubungan terapeutik.

Dokter merupakan role model dalam hubungan terapeutik sehingga seorang dokter dituntut untuk mampu menunjukkan keterbukannya agar memperoleh kepercayaan dan kesediaan dari pasien untuk menjalin sebuah kerjasama. Oleh karena itu seorang dokter dalam penelitian ini dituntut untuk memiliki pemahaman dan kemampuan komunikasi yang baik serta kesediaan untuk mendengarkan agar menumbuhkan sifat kepercayaan pada diri pasien dan hubungan antara keduanya menghasilkan suatu kepuasan.

## **1.7 Metode Penelitian**

### **1.7.1 Tipe Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian dengan tipe penelitian deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk menjelaskan suatu realita yang bersumber dari masalah sosial dan kemanusiaan. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi, dimana pendekatan tersebut berusaha mengkaji suatu fenomena yang berkaitan langsung dengan pengalaman suatu individu. Pendekatan fenomenologi menjelaskan bahwa penelitian dilakukan dengan berusaha mengetahui dan memahami arti dari sebuah peristiwa dan apa kaitannya terhadap orang-orang yang berada pada posisi dan situasi tertentu (Moleong, 2012:17).

Penelitian ini akan menggali pengalaman komunikasi dokter dan pasien dalam melakukan pengelolaan hubungan dengan berusaha memahami bagaimana komunikasi terapeutik yang terjalin diantara keduanya. Hal ini melihat fenomena maraknya dugaan malpraktik yang kerap dituduhkan kepada dokter akibat kurang terciptanya komunikasi yang baik sehingga kerap menimbulkan suatu mispersepsi ataupun miskomunikasi yang berdampak pada penurunan kesehatan pasien.

### **1.7.2 Situs Penelitian**

Situs penelitian adalah tempat dimana data dan informasi yang berkaitan dengan penelitian ini akan diambil. Penelitian ini nantinya akan dilakukan di beberapa Rumah sakit yang ada di Kota Semarang, Jawa Tengah.

### **1.7.3 Subjek Penelitian**

Subjek dari penelitian ini adalah dokter dan pasien yang terlibat dalam hubungan terapeutik di Rumah Sakit yang berada di kota Semarang dengan rentang usia 21-60 tahun. Informan dokter yang dipilih dalam penelitian ini ialah dokter spesialis maupun dokter umum.

### **1.7.4 Jenis Data**

Lofland dan Lofland (dalam Moleong, 2012:157) menjelaskan bahwa data yang digunakan dalam penelitian kualitatif mengacu pada data-data berupa kata dan tindakan dari individu-individu yang diamati. Selain itu digunakan juga data tambahan yang berupa dokumen dan lain-lain. Dalam penelitian ini data yang digunakan mengacu pada pengalaman komunikasi antara dokter dan pasien dimana mereka terlibat dalam suatu hubungan terapeutik. Data lainnya yang digunakan dalam penelitian ini bersumber dari referensi buku, artikel ilmiah, jurnal, berita dan lain sebagainya.

### **1.7.5 Sumber Data**

#### **A. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber penelitian, yaitu dari wawancara dan observasi langsung yang dilakukan kepada dokter maupun pasien untuk memahami bagaimana jalinan terapeutik yang tercipta diantara keduanya sebagai usaha dalam melakukan pengelolaan terhadap suatu hubungan.

## **B. Data Sekunder**

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber kedua seperti buku, jurnal, skripsi, berita, dan media lainnya yang terkait dengan ruang lingkup kesehatan, hubungan dokter pasien dan konsep komunikasi terapeutik.

### **1.7.6 Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan ialah wawancara mendalam (indepth interview) dengan dokter dan pasien sebagai subjek dari penelitian ini. Wawancara mendalam adalah wawancara semistruktur yang berlangsung selama kurang lebih satu jam untuk mengumpulkan hasil berupa deskripsi mendalam dari para responden (West dan turner, 2013:83). Proses wawancara nantinya akan melibatkan pewawancara dalam hal ini peneliti dan yang terwawancara yaitu dokter dan pasien. Pedoman yang digunakan selama proses wawancara bersifat mengalir dan tidak terstruktur guna memperoleh kedalaman informasi dari informan yakni dokter dan pasien untuk kemudian memahami bagaimana pengelolaan hubungan dalam jalinan terapeutik yang berlangsung diantara keduanya.

### **1.7.7 Teknik Analisis Data**

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini ialah analisis data fenomenologi oleh Moustakas (dalam Creswell, 2015:113), yaitu :

1. Membuat daftar pertanyaan dan kemudian mengelompokkan data yang diperoleh. Pada tahap ini dibuat daftar pertanyaan bagaimana para

partisipan, dalam penelitian ini ialah dokter dan pasien yang terlibat dalam hubungan terapeutik dan relevan dengan permasalahan yang diteliti yaitu bagaimana pengelolaan hubungan dokter dan pasien dalam jalinan terapeutik (horizontalisasi).

2. Mengelompokkan dan memberi tema pada setiap kelompok data. Dimana data tersebut menggambarkan tema-tema inti penelitian.
3. Identifikasi final terhadap data yang diperoleh melalui proses validasi awal data dengan memeriksa data dan tema.
4. Mengkonstruksi deskripsi tekstural masing-masing informan, termasuk pernyataan-pernyataan verbal dari informan yang berguna bagi penelitian selanjutnya.
5. Membuat deskripsi tekstural penggabungan deskripsi tekstural dengan variasi imajinasi atau perspektif peneliti.
6. Menggabungkan deskripsi tekstural dan deskripsi struktural untuk menghasilkan makna dan esensi dari permasalahan penelitian yang kemudian menghasilkan representasi tema secara keseluruhan.