

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Profesi kedokteran merupakan salah satu profesi yang tertua di dunia. Nenek moyang dari profesi dokter adalah dukun, pendeta kuil, dan tabib. Dengan bertambah majunya ilmu fisika, kimia, dan biologi, mengubah profesi tabib menjadi dokter sesuai dengan bidang ilmunya (Soetjningsih, 2008). Seiring berkembangnya zaman, hubungan dokter dengan pasien mulai terjadi suatu pergeseran. Awalnya dokter adalah seorang dewa yang dapat menyembuhkan penyakit seseorang, namun sekarang peran dokter sering dianggap pelaku ekonomi yang hanya mencari keuntungan dari pasien. Selain itu pelayanan dokter menjadi tidak holistik, keputusan dokter dianggap hal mutlak yang tidak memperhatikan preferensi pasien, sehingga kondisi ini mengakibatkan hubungan antara dokter dan pasien menjadi kurang baik.

Data dari Wakil Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI), menunjukkan adanya 208 pengaduan selama tahun 2006 hingga 2013. Hasil dari pengaduan tersebut menunjukkan bahwa 59% berkaitan dengan masalah komunikasi. Pasien mengeluhkan dokter yang lebih banyak diam dan tidak memberikan penjelasan, serta penggunaan istilah kedokteran yang sulit dipahami, sehingga terjadi miskomunikasi antara dokter dan pasien. Resiko miskomunikasi ini cukup besar karena tindakan yang akan diambil dari pihak pasien akan berbeda. Seiring meningkatnya teknologi informasi banyak pasien yang ingin melaporkan ketidakpuasannya ke depan media publik (MKDKI, 2013).

Ketidakpuasan terhadap dokter di Indonesia ini mengakibatkan pasien banyak yang mencari pengobatan ke luar negeri contohnya Singapura. Tahun 2006 jumlah devisa negara yang tersedot ke rumah sakit di luar negeri mencapai US\$ 600 juta setiap tahun. Menurut *General Manager National Healthcare Group International Business Development Unit* (NHG IBDU), sebanyak 50% pasien internasional yang berobat ke Singapura adalah warga Indonesia. Setiap tahun, wisatawan medis yang berobat ke Singapura berjumlah 200.000 orang. Artinya sekitar 100.000 pasien Indonesia datang berobat ke Singapura tiap tahunnya. Salah satu alasan utama ketidakpuasan pasien adalah karena komunikasi dokter (Adhani, 2014).

Pada era BPJS ini kunjungan pasien menuju puskesmas meningkat sekitar 70% dari tahun sebelumnya (Linangkung, 2015). MKDKI mendapat laporan dugaan malpraktek yang juga meningkat hingga 317 pada tahun 2015 (Inung, 2015). Sehingga muncul dugaan bahwa pasien datang untuk berobat dengan jumlah yang banyak dan jumlah dokter yang masih kurang mengakibatkan kinerja dokter tidak maksimal. Dari kasus malpraktek tersebut sebagian besar disebabkan karena masalah komunikasi. Dimana penerapan komunikasi dokter-pasien diduga kurang optimal.

Agar masalah-masalah seperti diatas yaitu miskomunikasi, ketidakpuasan pasien, dan malpraktek tidak terjadi lagi maka perlu diterapkan suatu pelayanan kesehatan yang berpusat pada kebutuhan dan keinginan pasien yang disebut dengan *Patient-Centered Care*. *Patient-Centered Care* sebenarnya sudah dikenal sejak 400 tahun sebelum masehi yang ditemukan di tulisan Yunani kuno dengan definisi penanganan pasien secara holistik (Dambha *et al.*, 2014). Kemudian berkembang dengan bermacam-macam

elemen menurut penelitiannya. Mercer (2003) menjelaskan elemen-elemen penting yang terdapat dalam *Patient-Centered Care* yaitu menggali riwayat penyakit, menangani pasien secara utuh, kesetaraan kedudukan dan hubungan yang baik antar dokter dan pasien yang tercermin dalam komunikasi dokter-pasien yang baik (Catherine *et al.*, 2011). Konsep *Patient-Centered Care* kemudian dikembangkan oleh Mead & Bower (2000) dengan mempertimbangkan aspek biologis, psikologis dan sosial terhadap penyakitnya, menggali riwayat penyakit, bertukar pendapat saat membuat keputusan, merencanakan tujuan manajemen terapi, dan pengaruh personal dokter (Dambha *et al.*, 2014). Ketika seorang dokter terampil dalam melakukan komunikasi dan empati yang merupakan komponen penting dalam *Patient-Centered Care*, maka penerapan *Patient-Centered Care* menjadi lebih baik.

Beberapa riset menunjukkan keuntungan penerapan mengenai penerapan *Patient-Centered Care* yang didapatkan dari jurnal internasional memiliki banyak dampak yang positif. Penelitian yang dilakukan oleh Griffin (2004) dalam Dambha (2014) menyatakan bahwa aplikasi *Patient-Centered Care* terhadap pasien dengan diabetes tipe 2 didapatkan gula darah, kandungan lipid, dan BMI pasien tersebut dapat terkontrol dengan baik (Dambha *et al.*, 2014). Kemudian penelitian Mercer (1995) dalam Dambha (2014) menyatakan bahwa manajemen terhadap pasien dengan hipertensi dan penyakit jantung didapatkan tekanan darah dan kadar lemak tubuh mengalami perbaikan. Gejala yang timbul dapat terkontrol lebih baik dan terbukti angka rujukan pasien ke rumah sakit lebih sedikit (Dambha *et al.*, 2014). Berdasarkan penelitian tersebut maka dapat dibuktikan bahwa dokter

yang mengaplikasikan *Patient-Centered Care* dapat menurunkan kecemasan, keparahan, dan angka rujukan ke rumah sakit.

Karena mencakup persepsi, pandangan pasien terhadap *Patient-Centered Care* yang dilakukan seorang dokter dipengaruhi oleh terapi individu pasien diantaranya pendidikan dan pendapatan. Tingkat pendidikan menurut Notoatmodjo (2010) dalam Sumah (2013) mengatakan bahwa manusia yang memiliki sumber daya manusia yang lebih baik, dalam arti tingkat pendidikan yang lebih tinggi maka akan semakin mengerti dan semakin mudah memahami manfaat dari suatu hal (Sumah, 2013). Oleh karena itu, diduga tingkat pendidikan tinggi dan rendah mempunyai perbedaan persepsi terhadap *Patient-Centered Care*. Kemudian status ekonomi atau tingkat pendapatan akan menentukan keputusan seorang pasien untuk berobat dan peduli terhadap kesehatannya. Menurut Juanita (2003) tingkat pendapatan berpengaruh terhadap pemilihan layanan kesehatan, pada pasien berpendapatan rendah cenderung untuk tidak datang ke Puskesmas karena biaya untuk kesehatan lebih diprioritaskan untuk membeli makanan (Juanita, 2003). Sehingga, pasien tersebut jika datang ke Puskesmas akan takut mengenai biaya yang mahal. Diduga tingkat pendapatan juga akan berpengaruh terhadap persepsi *Patient-Centered Care*.

Pemilihan lokasi penelitian sendiri diperlukan survey terlebih dahulu untuk menentukan Puskesmas yang cocok. Sehingga telah diputuskan bahwa Puskesmas Dinoyo kota Malang dipilih sebagai tempat penelitian. Karena pada bulan April 2015 pernah dilaksanakan pelatihan dokter keluarga. Pendekatan pelayanan kesehatan dibagi menjadi tiga yaitu, sistem liberal, sistem sosialis dan pendekatan dokter keluarga. Dimana dalam pendekatan

dokter keluarga terdapat komponen untuk menangani pasien secara holistik menurut Roebijoso dalam disertasinya (2010) yang dikutip dari artikel Universitas Brawijaya (Humas, 2010). Penanganan dengan pendekatan dokter keluarga sama artinya dengan pendekatan *Patient-Centered Care*, kemudian penerapan *Patient-Centered Care* ini oleh para dokter bisa diukur. Secara teori tingkat pendapatan dan pendidikan berperan dalam persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan, sehingga persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang ada perbedaan yang diperkuat oleh teori tersebut. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan dan pendapatan dengan persepsi pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang dengan judul “Hubungan antara Tingkat Pendidikan dan Pendapatan dengan Persepsi Pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang 2015”.

1.2 Rumusan Masalah

Adanya perbedaan persepsi terhadap pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang diperkuat dengan beberapa teori yang mendukung pada tingkat pendidikan dan pendapatan, sehingga terbentuk rumusan masalah sebagai berikut. Bagaimana hubungan tingkat pendidikan dan pendapatan pasien terhadap persepsi *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan pendapatan dengan persepsi pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui persepsi pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
2. Untuk membandingkan tingkat penerapan *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang dengan penelitian lain di dunia.
3. Untuk mencari hubungan antara tingkat pendapatan pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
4. Untuk mencari hubungan antara tingkat pendidikan pasien terhadap *Patient-Centered Care* di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Akademisi

1. Dengan menggunakan metode penelitian *cross sectional* maka penelitian ini memiliki keunggulan murah dalam biaya dan mudah dalam pelaksanaannya.
2. Penelitian *cross sectional* merupakan metode penelitian yang mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat saja.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1. Sebagai bahan evaluasi tingkat pelayanan kesehatan yang sudah diterapkan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang setelah dilakukan pelatihan dokter keluarga .
2. Membuat suatu kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang dalam hal sumber daya manusia, materi tentang pelayanan kesehatan, dan fasilitas yang tersedia.