EMPATI DOKTER DI LAYANAN PRIMER: PENGUKURAN MENGGUNAKAN KUESIONER *CONSULTATION AND RELATIONAL EMPATHY (CARE)* VERSI INDONESIA

Arief Alamsyah*✉, Ardini Saptaningsih Raksanagara**, Insi Farisa Desy Arya**

Abstrak

Empati merupakan dasar dari hubungan terapeutik antara dokter dan pasien. Pengukuran empati berdasarkan persepsi pasien menggunakan kuesioner *The Consultation and Relational Empathy (CARE)* telah digunakan secara luas dan telah diterjemahkan ke dalam beberapa bahasa di dunia. Tujuan dari penelitian ini adalah menguji psikometri dari kuesioner CARE versi bahasa Indonesia, mengukur rerata empati dokter dan menguji perbedaan nilai rerata empati antara kategori usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, jumlah keluhan, penyakit kronis, jenis kelamin dokter dan lokasi fasilitas kesehatan primer. Data dikumpulkan dari 336 pasien yang memeriksakan diri ke 21 dokter di 6 fasilitas kesehatan primer. Lokasi penelitian berada di kota dan kabupaten Malang. Validitas konstruk kuesioner diperiksa dengan korelasi Pearson sedangkan reliabilitas kuesioner diukur dengan metode *Cronbach's alpha*. Uji beda rerata nilai empati per karakteristik pasien, dokter dan lokasi fasilitas kesehatan primer diukur menggunakan *independent t test* dan ANOVA. Analisis data terhadap validitas kuesioner CARE berbahasa Indonesia menunjukkan nilai *corrected item-total score correlations* dalam rentang 0,623-0,694 dengan nilai *Cronbach's alpha* = 0,902. Rerata empati dokter bervariasi diantara rentang 27 hingga 50 dengan rerata total 40,69. Studi ini menyimpulkan bahwa kuesioner CARE versi bahasa Indonesia dapat digunakan untuk mengukur empati dokter di layanan primer karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik. Nilai rerata empati dokter secara keseluruhan berada pada rentang rata-rata (*average*). Tidak terdapat perbedaan nilai empati pada hampir semua karakteristik pasien, kecuali pada parameter penghasilan dan lokasi fasilitas kesehatan primer.

Kata Kunci: empati, Malang, kuesioner CARE, reliabilitas, pelayanan primer

DOCTOR'S EMPATHY IN PRIMARY CARE: MEASUREMENT USING THE INDONESIAN VERSION OF *CONSULTATION AND RELATIONAL EMPATHY (CARE)* QUESTIONNAIRE

Empathy is considered as a basic component of the therapeutic relationships. The Consultation and Relational Empathy (CARE) is patient-rated experience measurement which is widely used and has recently been translated into several languages in the world. This study were aimed to examine psychometric properties of an Indonesian CARE questionnaire, and to study the total mean score and differences in empathy scores between ages, gender of patient, educational level, income, number of complaints, chronic condition, gender of doctor and the location of primary care provider. Data were collected from 336 primary care patients who attending to 21 doctors in 6 primary health care providers located in Malang region. The construct validity of the Indonesian CARE was assessed with Pearson correlation while the reliability was assessed with Cronbach's alpha. To study the differences between several characteristics of patient, doctor and primary care providers, this research were used independent t test and ANOVA. The results showed corrected item-total score correlations ranged from 0.623 to 0.694. The Indonesian CARE was very reliable with Cronbach's coefficient, that was 0.902. The doctors' average CARE scores varied widely, ranging from 27 to 50 with the mean of 40.69. This study concludes that Indonesian version of CARE questionnaire is able to measure the doctor's empathy in primary care due to its good validity and reliability. No differences of average CARE scores between most of the characteristics except the parameters of income and primary care's location.

Keywords: empathy, Malang, CARE questionnaire, reliability, primary care

* Lab Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Pencegahan, FK UB

**Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UNPAD

✉E-mail : alamsyah.fk@ub.ac.id

Pendahuluan

Kedokteran adalah profesi yang mengedepankan pelayanan dan hubungan antar manusia. Prinsip ini menuntut adanya kualitas komunikasi sebagai inti hubungan dokter pasien yang lebih humanistik.^{1,2,3} Elemen inti dalam komunikasi efektif adalah adanya empati dokter kepada pasien. Empati dalam dunia kedokteran diartikan sebagai kemampuan dokter untuk memahami situasi, perspektif dan perasaan pasien, mengkomunikasinya kepada pasien secara akurat serta berperilaku dengan penuh pengertian dalam suasana terapeutik yang mendukung.⁴

Empati terbukti memiliki dampak positif terhadap kondisi pasien. Studi menunjukkan bahwa empati dokter kepada pasien meningkatkan akurasi diagnostik, meningkatkan pemahaman pasien terhadap kondisi penyakitnya, meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, meningkatkan kepuasan dan kualitas hidup serta menurunkan stres pada pasien.^{5,6,7} Penemuan terakhir juga menunjukkan bahwa empati dokter kepada pasien dapat mempengaruhi kondisi imunitas pasien terhadap *common cold* melalui perubahan interleukin-8.⁵

Manfaat empati dalam komunikasi dokter-pasien tidak didukung oleh realitas. Berdasarkan beberapa studi mutakhir menunjukkan adanya dehumanisasi dunia kedokteran yang ditandai dengan terjadinya erosi empati, baik pada mahasiswa kedokteran maupun dokter yang telah berpraktik.⁸ Di dunia pendidikan kedokteran, empati hanya dapat dipertahankan pada dua tahun pertama di sekolah kedokteran, namun menurun secara bermakna setelah tahun ketiga. Kondisi ini diduga disebabkan oleh beberapa faktor seperti tidak adanya *role model*, padatnya materi dan jam perkuliahan serta berkembangnya teknologi diagnostik dan terapi berbasis komputer dan alat-alat canggih sehingga berdampak pada minimnya interaksi kemanusiaan antara

dokter dan pasien.¹ Kondisi distress atau *burn out* pada mahasiswa kedokteran tampaknya menjadi sebab utama dari fenomena penurunan empati ini.⁵ Riset terhadap dokter yang sudah mendapatkan lisensi praktik juga menunjukkan hal yang sama, yaitu ditemukan kecenderungan penurunan kualitas empati dokter-pasien. Beberapa riset menunjukkan adanya hambatan (*barrier*) bagi dokter untuk bersikap empatik kepada pasien diantaranya adalah ketersediaan waktu (*time pressure*), sikap dokter yang menunjukkan bahwa empati tidak penting, tidak memiliki keterampilan empati (*lack of skill*), dan adanya kondisi kelelahan emosional (*burn-out*) yang dirasakan dokter. Kondisi ini mendorong dokter mengabaikan hak kemanusiaan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang terbaik.⁷

Beberapa kuesioner telah dikembangkan untuk dapat mengukur empati di pelayanan kesehatan, salah satunya adalah *Consultation and Relational Empathy* (CARE) yang dikembangkan di Inggris. CARE lebih sesuai digunakan pada praktik sehari-hari dan sejak awalnya didesain untuk digunakan sebagai *day by day evaluation* pada layanan primer khususnya *General Practitioner* di Inggris Raya di bawah kendali *National Health Service* (NHS).⁹

Kuesioner CARE dikembangkan oleh Mercer *et al* yang bersifat *unidimensional* dan dilakukan pengujian berkali-kali secara internasional dalam berbagai versi bahasa yaitu Inggris, Jerman dan China.^{10,11} Pengujian validitas konvergen yang dilakukan dengan membandingkan hasil kuesioner CARE dan *Reynolds Empathy Measure* (RES) menunjukkan adanya korelasi sangat kuat ($r = 0,85$). Perbandingan berikutnya antara CARE dengan *the Barrett-Lennard empathy subscale* (BLESS) juga menunjukkan korelasi yang kuat ($r = 0,63$). Pengujian reliabilitas internal menunjukkan hasil yang

sangat tinggi (*Cronbach's alpha* adalah 0,92).¹²

Studi tentang empati dokter di layanan primer terutama setelah diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sejak tahun 2014 belum ditemukan dalam publikasi ilmiah di Indonesia. Studi ini bertujuan melakukan pengujian validitas dan reliabilitas kuesioner CARE yang telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia, melihat gambaran persepsi pasien terhadap empati dokter di layanan primer dan menganalisis perbedaan persepsi pasien pada beberapa karakteristik pasien seperti jenis kelamin, usia, penghasilan, tingkat pendidikan, jumlah masalah kesehatan saat berobat, adanya penyakit kronis serta lokasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu di Kotamadya dan Kabupaten Malang. Karakteristik dokter dibatasi hanya pada jenis kelamin.

Bahan dan Metode

Desain Penelitian:

Studi ini merupakan studi observasional analitik dengan pendekatan potong lintang (*cross sectional*).

Lokasi dan Waktu Penelitian:

Studi dilakukan pada bulan Januari 2017 di enam FKTP di daerah Malang Raya yang terdiri dari dua FKTP berada di Kota Malang dan empat FKTP di Kabupaten Malang. Jumlah FKTP di Kabupaten Malang lebih banyak dibandingkan Kota Malang karena jumlah pasien di Kabupaten lebih banyak.

Populasi dan Sampel:

Populasi penelitian ini adalah seluruh dokter yang bekerja di layanan primer di Kota dan Kabupaten Malang dan pasien yang memeriksakan diri ke dokter tersebut. Penelitian ini melibatkan 21 dokter dan 336 pasien dewasa diatas 18 tahun yang diambil secara purposif berdasarkan rumus *Lemeshow*. Dokter yang dipilih sebagai

sampel adalah dokter yang bertugas di FKTP terpilih saat pengambilan data berlangsung. Kriteria inklusi yang digunakan dalam pemilihan sampel dari pasien selain usia adalah pasien harus diperiksa oleh dokter, bukan tenaga kesehatan lainnya. Penelitian ini telah mendapat ijin dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bakesbangpol) dan Dinas Kesehatan setempat. *Informed consent* dilakukan baik untuk pimpinan FKTP dan pasien untuk dilibatkan dalam penelitian. Untuk menjaga kerahasiaan, maka nama FKTP, nama dokter dan nama pasien tidak dicantumkan (*anonymous*). Informasi verbal dan tertulis diberikan kepada pasien untuk menjelaskan cara pengisian kuesioner. Pendampingan oleh enumerator terlatih dilakukan untuk membantu menjawab ketidakjelasan pasien saat melakukan pengisian kuesioner. Kuesioner yang telah terisi kemudian dimasukkan ke dalam amplop tertutup.

Kuesioner CARE (*Consultation and Relational Empathy*):

Penelitian ini menggunakan kuesioner CARE (*Consultation and Relational Empathy*). Kuesioner didahului dengan identitas responden (pasien) dan jenis kelamin dokter. Identitas responden mencakup jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan,pendapatan, jumlah masalah kesehatan saat kunjungan, ada tidaknya penyakit kronis serta daerah lokasi FKTP (kota dan kabupaten). Kuesioner CARE terdiri dari 10 butir pernyataan yang harus dinilai oleh pasien dengan skala likert rentang 1-5 mulai dari 1 = sangat tidak setuju hingga 5 = sangat setuju. Kuesioner CARE bersifat *undimensional* namun tiap butir pernyataanya dapat memberikan informasi yang bermanfaat untuk menilai empati di layanan primer. Butir 1 menggambarkan kenyamanan pasien terhadap sikap dokter, butir 2 tentang kesempatan pasien untuk menceritakan keluhannya, butir 3 tentang kemampuan dokter mendengarkan keluhan pasien, butir

4 tentang pendekatan holistik yang dilakukan dokter, butir 5 tentang pemahaman dokter terhadap masalah pasien, butir 6 tentang sifat peduli dokter, butir 7 tentang sikap positif dokter, butir 8 tentang penjelasan yang diberikan dokter, butir 9 tentang nasehat yang diberikan dokter dan butir 10 tentang rencana tindak lanjut setelah kunjungan.

Analisis Data:

Analisis awal yang dilakukan untuk menguji kuesioner CARE versi bahasa Indonesia adalah untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner. Pengujian

validitas dilakukan dengan dua cara yaitu pengujian validitas muka (*face validity*) dan validitas konstruk (*construct validity*). Validitas muka dilakukan dengan meminta masukan beberapa staf pengajar Komunikasi Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Validitas konstruk dianalisis menggunakan korelasi *product moment* dari *Pearson* dengan melihat nilai *corrected item- total correlation*. Reliabilitas dianalisis dengan melihat nilai *Cronbach's alpha*. Nilai tingkat keandalan (*Cronbach's alpha*) dikategorikan sesuai Tabel 1.¹³

Tabel 1. Kriteria tingkat reliabilitas (keandalan)

Nilai <i>Cronbach's alpha</i>	Tingkat Reliabilitas (Keandalan)
0,0 – 0,20	Kurang Andal
>0,20 – 0,40	Agak Andal
>0,40 – 0,60	Cukup Andal
>0,60 – 0,80	Andal
>0,80 – 1,00	Sangat Andal

Analisis data selanjutnya dilakukan secara deskriptif (univariat) dan analitik (bivariat). Analisis deskriptif (univariat) dilakukan untuk mengetahui karakteristik responden dan nilai empati berdasarkan persepsi pasien yang dijabarkan per butir pertanyaan. Nilai empati per butir pertanyaan ditentukan dengan menghitung nilai rata-rata dan simpangan deviasi dengan rentang 1-5, sedangkan nilai empati keseluruhan dihitung dengan menjumlahkan rata-rata butir pertanyaan sehingga memiliki rentang 10-50. Analisis berikutnya (bivariat) dilakukan untuk membandingkan perbedaan persepsi pasien terhadap empati dokter ditinjau dari karakteristik pasien dan dokter.

Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, jumlah masalah kesehatan, penyakit kronis, lokasi FKTP menggunakan uji *independent t-test* karena hanya terdiri dari dua kategori. Analisis usia dikategorikan sesuai tahap perkembangan menjadi tiga kategori sehingga dianalisis menggunakan *one way ANOVA*.

Hasil

Karakteristik Pasien:

Sejumlah 336 pasien berpartisipasi dalam penelitian ini. Pada Tabel 2 dapat dilihat karakteristik demografi pasien dan dokter.

Tabel 2. Karakteristik demografi pasien dan dokter yang terlibat penelitian

Data	N	%
Pasien (jenis kelamin):		
Laki-Laki	137	40,8
Perempuan	199	59,2
Usia :		
Dewasa dini (18-35 tahun)	192	57,1
Dewasa pertengahan (36-55 tahun)	101	30,1
Dewasa akhir (>55 tahun)	43	12,8
Penghasilan :		
Dibawah UMK	224	66,7
Diatas UMK	112	33,3
Pendidikan :		
Dasar- menengah	196	58,3
Tinggi	140	41,7
Jumlah masalah kesehatan saat kunjungan :		
1	248	73,8
>1	88	26,2
Penyakit Kronik :		
Tidak ada	240	71,4
Ada	96	28,6
Dokter (jenis kelamin):		
Laki-laki	6	28,57
Perempuan	15	71,43

Sebagian besar pasien yang terlibat dalam penelitian memiliki jenis kelamin perempuan (59,2%). Usia dikategorikan menjadi tiga yaitu dewasa dini (18-35 tahun), dewasa madya (36-55 tahun), dan dewasa lanjut (>56 tahun). Sebagian besar pasien berada pada rentang dewasa dini (18-35 tahun) yaitu sebesar 57,1%. Ditinjau dari tingkat pendidikan, jumlah pasien hampir berimbang walaupun masih didominasi pendidikan rendah (dasar menengah) sebesar 58,3%. Ditinjau dari jumlah dan kompleksitas penyakit yang diderita, sebagian besar pasien datang ke FKTP dengan 1 keluhan penyakit (73,85%) dan tidak menderita penyakit kronis (71,4%). Demografi dokter hanya dibatasi untuk jenis kelamin dengan sebagian besar pasien diperiksa oleh dokter perempuan (71,43%).

Validitas dan Reliabilitas:

Hasil uji validitas menggunakan korelasi *Pearson* diperoleh nilai *corrected item-total correlation* antara 0,623–0,694. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh butir pertanyaan dinyatakan valid artinya dapat

mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji reliabilitas menggunakan analisis *Cronbach's alpha* menunjukkan nilai 0,902 yang berarti memiliki reliabilitas yang sangat tinggi.

Pengukuran Nilai CARE:

Rerata nilai empati berdasarkan persepsi 336 pasien terhadap dokter dengan menggunakan kuesioner CARE adalah 40,69. Jika nilai empati dibagi ke dalam tiga kategori yaitu kurang dari rata-rata/*below average* (<38), rata-rata/*average* (38-43) dan di atas rata-rata/*above average* (>43), maka tampak bahwa nilai empati menunjukkan grafik seperti Gambar 1.

Sebagian besar empati dokter berada pada rentang *average* yaitu sebesar 45,2%. Masih terdapat dokter yang memiliki empati di bawah rata-rata (*below average*) sebesar 26,5%. Analisis lebih jauh pada Gambar 2 menunjukkan bahwa sebagian besar dokter yang memiliki empati/*below average* adalah dokter di perkotaan yaitu sebesar 42,5%.

Gambar 1. Nilai empati berdasarkan kategori

Gambar 2. Nilai empati dokter berdasarkan kategori kota dan kabupaten

Analisis terhadap rata-rata masing-masing butir pertanyaan pada Tabel 2. menunjukkan bahwa rerata terendah adalah pada pertanyaan tentang kesempatan bercerita dengan nilai 3,99 dan dokter memahami keluhan dengan nilai 4,02. Rerata tertinggi adalah pertanyaan tentang

dokter berpandangan positif dengan nilai 4,17.

Analisis perbedaan empati antara beberapa karakteristik pasien dan dokter ditampilkan pada Tabel 3. Tampak bahwa uji beda yang signifikan antar kategori hanya terdapat pada karakteristik penghasilan dan lokasi FKTP.

Tabel 3. Nilai CARE berdasarkan karakteristik pasien dan dokter

Karakteristik dan kategori	Nilai CARE	<i>p value</i>
Jenis Kelamin :		
Laki-Laki	40,34	0,306
Perempuan	40,94	
Usia :		
Dewasa dini (18-35 tahun)	40,52	0,099
Dewasa pertengahan (36-55 tahun)	40,34	
Dewasa akhir (>55 tahun)	42,30	
Penghasilan :		
Dibawah UMK	40,21	0,018
Diatas UMK	41,66	
Pendidikan :		
Dasar- menengah	40,41	0,253
Tinggi	41,09	
Jumlah masalah kesehatan saat kunjungan :		
1	40,72	0,888
>1	40,63	
Penyakit Kronik :		
Tidak ada	40,64	0,760
Ada	40,83	
Jenis Kelamin dokter :		
Laki-laki	40,01	0,148
Perempuan	40,95	
Lokasi FKTP :		
Kota (<i>Urban</i>)	39,32	0,000
Kabupaten (<i>Rural</i>)	42,26	

Sebagian besar uji beda antar kategori pada karakteristik pasien dan dokter seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, jumlah masalah kesehatan, penyakit kronik dan jenis kelamin dokter tidak menunjukkan hasil yang signifikan.

Pembahasan

Empati dokter kepada pasien adalah hal yang penting dalam pelayanan kesehatan di layanan primer. Pengukuran empati dapat menjadi masukan yang berharga untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang dapat memperbaiki keluaran klinis dan kepuasan pasien. Studi ini bertujuan untuk mengembangkan kuesioner berbahasa Indonesia yang valid dan reliabel. Kuesioner CARE yang berbahasa Inggris dipilih untuk diadaptasi ke bahasa Indonesia karena banyak digunakan dalam pengukuran empati di layanan primer di seluruh dunia.

Hasil pengujian validitas dan reliabilitas kuesioner CARE berbahasa Indonesia menunjukkan hasil yang sangat baik. Nilai *Cronbach's alpha* kuesioner CARE bahasa Indonesia sebesar 0,902 berada pada rentang reliabilitas atau keandalan sangat tinggi. Hasil ini sesuai dengan reliabilitas kuesioner CARE yang asli dalam bahasa Inggris, yang menunjukkan nilai *Cronbach's alpha* = 0,92.⁹ Demikian juga dengan kuesioner CARE versi bahasa Cina dan Jerman yang menunjukkan nilai *Cronbach's alpha* yang hampir sama yaitu 0,95 dan 0,92.^{10,11} Hasil ini menunjukkan bahwa kuesioner CARE terbukti sebagai kuesioner yang dapat digunakan untuk mengukur persepsi pasien dengan karakteristik yang berbeda. Hal ini diperkuat dengan hasil yang menunjukkan bahwa hampir pada semua karakteristik pasien tidak menunjukkan variasi perbedaan yang signifikan pada nilai

empati. Hanya penghasilan dan lokasi FKTP yang menunjukkan perbedaan signifikan. Hasil ini sesuai dengan riset awal tentang kuesioner CARE dari Mercer *et al* (2002) yang menemukan hasil yang hampir sama sehingga memperkuat hasil validitas dan reliabilitas kuesioner CARE untuk dapat digunakan dengan *setting* yang berbeda-beda.⁹

Nilai rata-rata empati dokter yang diukur dari persepsi pasien pada studi ini menunjukkan nilai 40,69. Berdasarkan kategorisasi dari kuesioner CARE asli dalam bahasa Inggris oleh Mercer *et.al.* (2002) yang membagi nilai empati menjadi empati kurang dari rata-rata/*below average* (<38), rata-rata/*average* (38-43) dan di atas rata-rata/*above average* (>43)⁹, maka nilai empati hasil dari studi ini dapat dikatakan berada dalam kategori rata-rata/*average*. Jika dibandingkan dengan riset di beberapa negara dengan kuesioner CARE, hasil ini menunjukkan bahwa empati dokter di Malang, Indonesia, lebih baik dari empati dokter di Cina yang berada pada angka 36,8, namun sedikit lebih rendah dari Inggris (riset di Skotlandia) yang berada pada angka 40,8.^{9,10} Namun demikian, sebagian besar empati dokter berada pada rentang *average* yaitu sebesar 45,2%, dan masih terdapat dokter yang memiliki empati di bawah rata-rata (*below average*) sebesar 26,5%.

Analisis juga menunjukkan perbedaan nilai empati dokter di kota dan kabupaten. Hal ini dapat disebabkan oleh tingginya harapan masyarakat kota terhadap dokter yang ideal karena akses masyarakat kota terhadap kesehatan biasanya lebih baik. Mereka dapat memilih banyak dokter dan layanan kesehatan yang berdampak pada harapan yang tinggi pada dokter. Hal ini juga disebabkan adanya kesadaran akan hak-hak pasien pada masyarakat perkotaan untuk mendapatkan pelayanan humanistik yang

mempengaruhi harapan yang tinggi pada empati dokter. Sementara itu, pada masyarakat kabupaten sebagaimana disebutkan dalam penelitian Claramita *et al* (2013) terhadap pasien di Asia Tenggara termasuk Indonesia, masih sangat memperhatikan faktor kecakapan budaya dan *non verbal politeness*.¹⁴ Masyarakat kabupaten (*rural*) relatif lebih menerima (*"nrimo"* dalam bahasa Jawa) dan tidak banyak menuntut. Hasil ini bertolak belakang dengan tingkat penghasilan yaitu pada pasien dengan tingkat penghasilan di atas Upah Minimum Kota (UMK) justru mempersepsikan empati dokter lebih tinggi dibanding pasien dengan penghasilan dibawah UMK. Hasil ini kemungkinan disebabkan bahwa upah minimum kota tidak terlalu sensitif untuk membedakan masyarakat mampu dan tidak mampu. Untuk itu, perlu ada ukuran yang lebih lengkap untuk mengkategorikan status ekonomi pasien. Permasalahan ini perlu studi lebih dalam dengan kategorisasi status tingkat ekonomi yang lebih valid.

Analisis terhadap masing-masing butir kuesioner menunjukkan rerata yang hampir sama. Rerata yang paling rendah terdapat pada butir 2 yaitu tentang persepsi pasien terhadap waktu bercerita yang diberikan dokter. Hal ini kemungkinan disebabkan karena meningkatnya jumlah pasien di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga waktu pertemuan antara dokter dan pasien menjadi terbatas. Hal ini juga disebabkan oleh kebiasaan dokter untuk langsung melakukan komunikasi yang bersifat *"directing"* menggunakan pertanyaan tertutup dibanding dengan menggunakan pendekatan *"sharing"* dan pertanyaan terbuka. Pertanyaan terbuka (*open-ended question*) dapat mendorong pasien untuk bercerita tentang keluhannya sehingga pasien merasa diberi kesempatan yang

cukup untuk bercerita. Jika komunikasi dengan pendekatan *sharing* dan pertanyaan terbuka ini dilatihkan dengan baik, maka waktu komunikasi dokter pasien akan lebih bisa dipersingkat.¹⁵

Hal yang menarik juga ditemukan pada studi ini bahwa dokter perempuan dianggap oleh pasien memiliki empati yang lebih tinggi dibanding dokter laki-laki walaupun tidak menunjukkan hasil yang signifikan. Hasil ini sesuai dengan *meta analytic review* dari Roter *et al* (2002) yang menyebutkan bahwa dokter wanita lebih baik dalam menjalin hubungan dengan pasien, lebih positif dalam berkomunikasi, lebih memahami faktor psikososial pasien dan dapat memahami faktor emosi pasien (*emotionally focused talk*), namun tidak terlalu berbeda secara bermakna dengan dokter laki-laki dalam berkomunikasi yang bersifat biomedikal.¹⁶ Hasil ini diduga berkaitan dengan lebih aktifnya otak kanan (*right hemisphere*) pada wanita. Pendekatan hemisfer ini menerangkan basis neurologis perbedaan empati pada wanita dan laki-laki.¹⁷

Kesimpulan

Studi ini menyimpulkan bahwa kuesioner CARE versi bahasa Indonesia dapat digunakan untuk mengukur empati di layanan primer karena memiliki validitas dan reliabilitas yang baik. Nilai rerata empati dokter secara keseluruhan berada pada rentang rata-rata (*average*). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan nilai empati pada hampir semua karakteristik pasien, kecuali penghasilan dan lokasi FKTP.

Saran

Perlu dilakukan studi lebih dalam terkait pengaruh penghasilan dan lokasi fasilitas kesehatan terhadap empati.

Daftar Pustaka

1. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Academic Medicine*. 2009; 8:1182-1191.
2. Haslam N. Humanising Medical Practice: the Role of Empathy. *Medical Journal of Australia*. 2007; 187(7):381-383.
3. Buckman R, Tulsy JA, Rodin G. Empathic Responses in Clinical Practice: Intuition or Tuition?. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(5): 569-571.
4. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and Quality of Care. *British Journal of General Practise*. 2002; 52:S9-S13.
5. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*. 2011; 86:996-1009.
6. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of Empathy in General Practice: a Systematic Review. *British Journal of General Practise*. 2013; e76-e83.
7. Joyce A, Mercer SW. An Evaluation of the Impact of a Large Group Psycho-Education Programme (Stress Control) on Patient Outcome: Does Empathy Make a Difference?. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2009; 1-17.
8. Hojat M, Gonnella JS, Nasca T. Physician Empathy: Definition, Components, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 59:1563-1569.
9. Mercer SW, McConnachie A, Maxwell M. Relevance and Practical Use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in General Practice. *Family Practice*. 2005; 328-334.
10. Mercer SW, Fung CSC, Chan FWK et al. The Chinese-Version of the CARE Measure Reliably Differentiates between Doctors in Primary Care: A Cross-Sectional Study in Hong Kong. *Family Practise*. 2011; 12(3):1-9.
11. Wirtz M, Boecker M, Forkmann T, Neumann M. Evaluation of the "Consultation and Relational Empathy" (CARE) Measure by Means of Rasch-Analysis at the Example of Cancer Patients. *Patient Education and Counseling*. 2011; 82:298-306.
12. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D et al. The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: Development and Preliminary Validation and Reliability of an Empathy-Based Consultation Process Measure. *Family Practice* 2002; 21(6):699-705.
13. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition. USA: Pearson Education Limited. 2013.
14. Claramita M, Susilo AP, Kharismayekti M, Van Dalen J, Vleuten CVD. *Education for Health*. 2013; 26(3):147-155.
15. Lloyd M, Borr RB. *Communication Skills for Medicine*. 2nd Edition. Elsevier. 2004.
16. Roter D, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effect in Medical Communication: a Meta Analytic Review. *JAMA*. 2002; 288(6):756-764.
17. Rueckert L and Naibarr N. Gender Differences in Empathy: the Role of the Right Hemisphere. *Brain and Cognition*. 2008; 67:162-167.