

**PERAN KOMUNIKASI DALAM MENJALANKAN
PROFESI DOKTER YANG BERKUALITAS
DI MASYARAKAT**



Pidato Pengukuhan Guru Besar Ilmu Kesehatan Masyarakat
Pada Fakultas Kedokteran
Universitas Sebelas Maret

Disampaikan dalam Sidang Senat Terbuka
Universitas Sebelas Maret Surakarta
pada tanggal 24 Maret 2009

Oleh:

Prof. Dr. H. Achmad Arman Subijanto, dr., M.S.

UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2009

Bismillahirrahmanirrahim

Yang saya hormati,

Rektor/Ketua Senat, Pembantu Rektor, Sekretaris Senat dan para Anggota Senat Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Seluruh Guru Besar dan Anggota Senat Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Para Guru Besar Tamu yang hadir.

Rektor, jajaran Pimpinan Fakultas dan Ketua Lembaga di Universitas Negeri dan Swasta di seluruh Indonesia.

Direktur Program Pascasarjana, seluruh Dekan, Ketua Program, Ketua Jurusan, Kepala Bagian dan Sub Bagian, Kepala UPT, Kepala Laboratorium, seluruh Tata Usaha serta Tenaga Administrasi di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Seluruh Direktur beserta Wakilnya dan para Kepala Bagian Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di Surakarta dan sekitarnya.

Direktur Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di seluruh Indonesia

Para Pejabat Sipil dan Militer di seluruh Indonesia.

Teman Sejawat dan segenap Civitas Akademika Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Para tamu undangan, sanak keluarga, handai taulan dan hadirin yang saya muliakan.

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Selamat pagi serta salam sejahtera dan Semoga Allah SWT Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan Berkah dan RahmatNya kepada kita semua, Amien.

Bapak, Ibu, dan para Hadirin yang saya hormati,

Pertama-tama marilah kita menyampaikan puji syukur kehadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Pemurah atas limpahan

karunia nikmat tiada terkira yang terus mengalir untuk kita semua. Kemudian marilah kita memanjatkan doa ke hadirat Allah SWT Tuhan Yang Maha Penyayang agar diberikan kesehatan, kekuatan, kesabaran, ketabahan, kepedulian dan keteguhan hati kepada kita semua dan kepada saudara-saudara kita yang hidupnya sedang mengalami ujian. Amien.

Terlebih dahulu perkenankanlah saya menghaturkan rasa hormat dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Rektor sebagai Ketua Senat beserta seluruh Anggota Senat di Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah memberi kesempatan dan kepercayaan kepada saya dalam menempuh proses untuk menjadi Guru Besar sampai dengan Upacara Pengukuhan Guru Besar hari ini.

Selanjutnya saya mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada para hadirin atas semua bantuannya dan telah berkenan meluangkan waktu untuk menghadiri upacara pengukuhan ini.

Hari ini merupakan saat yang berbahagia bagi saya karena mendapatkan kesempatan untuk menyampaikan pidato Pengukuhan Guru Besar dengan judul :

Peran Komunikasi dalam Menjalankan Profesi Dokter yang Berkualitas di Masyarakat

Komunikasi dan Tantangan Profesi Dokter Masa Kini

Bapak, Ibu, dan Hadirin yang saya hormati,

Pola hubungan dokter dan pasien telah mengalami pergeseran dari zaman ke zaman. Terdapat suatu pergeseran paradigma, dimana dokter bukan lagi dianggap sebagai dewa atau orang suci tetapi telah menjadi figur manusia biasa. Hubungan antara dokter

dan pasien yang dulunya menganut pola paternalistik berubah menjadi hubungan yang bersifat kontraktual. Kondisi dan situasi saat ini telah menempatkan dokter dalam peran sebagai pelaku ekonomi yakni sebagai penyedia layanan jasa. Sehingga, apabila jasa yang diberikan tidak memuaskan pasien, maka pasien pun berhak untuk menyampaikan keluhan bahkan sampai pada tuntutan hukum ke pengadilan. Tinjauan yang dilakukan oleh Levinson (1999) menyimpulkan bahwa sebenarnya tuntutan-tuntutan malpraktek tersebut dapat dicegah dengan komunikasi dokter-pasien yang adekuat. Sehingga, dapat disimpulkan bahwa maraknya tuntutan malpraktek di masyarakat adalah cermin suatu kondisi komunikasi yang kurang baik antara masyarakat dengan profesi kesehatan, lebih spesifik lagi antara pasien dengan dokter.

Banyaknya bermunculan pelayanan kesehatan non medis yang tidak diketahui *evidence based*-nya, yang ternyata diserbu oleh masyarakat awam misalnya pengobatan alternatif dukun cilik Ponari di Jombang dan sebagainya adalah indikasi adanya fenomena menurunnya minat orang sakit untuk memeriksakan dirinya ke dokter. Fenomena tersebut mungkin dipengaruhi oleh tingginya biaya kesehatan maupun berkurangnya kepercayaan masyarakat pada pelayanan dokter. Kita juga dapat melihat bahwa sebagian dokter mencari keuntungan berlimpah dengan berpraktik yang tidak sesuai dengan Kode Etik Kedokteran dan Undang-Undang Praktik Kedokteran. Misalnya, ada dokter yang memberikan resep atau obat yang tidak sesuai dengan diagnostik karena sudah terikat perjanjian dan mendapat keuntungan dari Perusahaan Farmasi, ada juga sebagian dokter yang gemar menggunakan peralatan kedokteran meskipun tidak pada tempatnya, contoh, ada pasien yang menderita gangguan ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut), maka dokter sering meminta pasien untuk melakukan foto radiologi lengkap. Jika ada pasien yang mengeluh pusing, maka seringkali dokter meminta pasien tersebut untuk melakukan CT-Scan, dan

sebagainya. Saat ini semakin banyak pula masyarakat Indonesia yang pergi ke luar negeri untuk berobat karena sudah tidak lagi percaya akan kompetensi dokter di Indonesia. Sebuah kajian menyimpulkan bahwa kepercayaan pada pelayanan kesehatan ternyata sangat dipengaruhi oleh mutu hubungan dokter-pasien (Calnan *et al.*, 2004). Pergeseran paradigma tentang hubungan dokter-pasien tak lepas dari dampak dari kemajuan teknologi, keterbukaan informasi dan perubahan sosioekonomi masyarakat. Perubahan-perubahan tersebut telah membuat masyarakat sebagai pemakai jasa dokter semakin kritis atas mutu pelayanan kesehatan di negeri kita. Pasien telah berubah peran dari pasif menjadi asertif dalam upaya memperoleh informasi medis dan pembuatan keputusan medis (Beisecker, 1990). Pola hubungan dokter dan pasien pun telah bergeser menjadi hubungan yang berimbang berupa suatu kemitraan (Ali MM *et al.*, 2006a).

Tantangan bidang kesehatan di negara kita juga bergeser dengan munculnya epidemi penyakit tidak menular yang banyak terkait dengan perilaku kesehatan seperti penyakit degeneratif dan penyakit kardiovaskuler. Peran dokter dalam komunikasi kesehatan masyarakat pada aspek promotif dan preventif pun bertambah kompleks. Seiring dengan kondisi tersebut, perubahan perilaku pun telah dijadikan fokus pembangunan bidang kesehatan (IDI, 2007) Dokter merupakan agen perubahan di tingkat mikro yang berhadapan langsung dengan pasien atau masyarakat umum. Tak diragukan lagi, komunikasi juga menjadi peran sentral untuk mengubah perilaku masyarakat, dari perilaku sakit ke perilaku sehat. Dalam hal ini dokter sebagai tenaga kesehatan memegang peran penting dengan melakukan komunikasi promotif dan preventif, sebagai individual atau kelompok, menuju paradigma pembangunan kesehatan yang baru yakni paradigma sehat (PDPERSI, 2007).

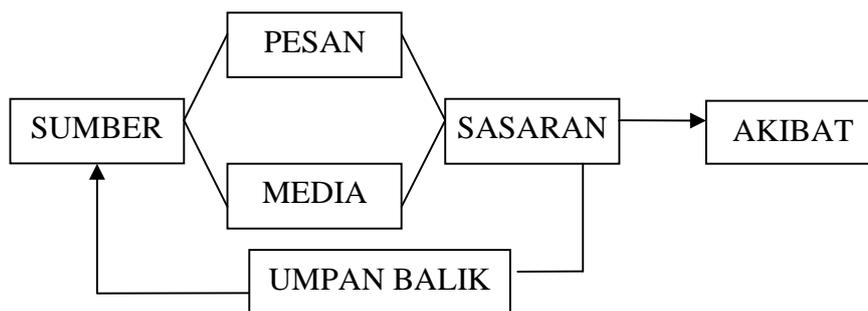
Menilik Teori Dasar Komunikasi

Komunikasi berasal dari kata "*communicare*" yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan dan "*communis*" yang berarti milik bersama. Komunikasi mengandung beberapa pengertian komunikasi, yaitu: (1) Pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti serta saling percaya demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lainnya; (2) Pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antar dua orang atau lebih, dan (3) Suatu hubungan yang dilakukan melalui surat, kata-kata, simbol atau pesan yang bertujuan agar tiap manusia yang terlibat dalam proses dapat saling tukar menukar arti dan pengertian terhadap sesuatu (Liliweri A, 2008).

Pada prinsipnya, komunikasi bertujuan untuk menimbulkan saling pengertian, bukan persetujuan. Dalam suatu komunikasi seseorang bisa saja tidak menyetujui pesan yang disampaikan, tetapi apabila orang tersebut memahami pesan tersebut maka dikatakan komunikasi telah berjalan baik. Terdapat lima unsur yang berperan dalam komunikasi, yakni sumber, pesan, media, sasaran, umpan balik dan akibat. Sumber (pengiriman berita atau komunikator) adalah tempat asalnya pesan. Pesan atau berita adalah rangsangan atau stimulasi yang disampaikan sumber pada sasaran. Pesan tersebut pada dasarnya adalah hasil pemikiran atau pendapat sumber yang ingin disampaikan pada orang lain. Penyampaian pesan dapat dilakukan dalam beberapa bentuk, yakni kata-kata (simbol berupa kata-kata) atau dalam bentuk bukan kata-kata (simbol berupa gerakan tubuh, gerakan tangan, ekspresi wajah dan gambar). Isi simbolik dari pesan disebut informasi, dan jika sifatnya sebagai sesuatu yang baru disebut inovasi. Media (alat pengirim pesan atau saluran pesan) adalah alat atau saluran yang dipilih oleh sumber untuk menyampaikan pesan pada sasaran.

Media dibagi menjadi dua jenis, yakni media massa dan media antar pribadi. Contoh media massa adalah surat kabar, majalah, film, radio dan televisi. Keuntungan media massa adalah sasaran yang dicapai (*coverage*) cukup banyak, sehingga lebih efisien dari segi waktu, biaya dan tenaga. Kerugiannya adalah sulit diketahui keberhasilan komunikasi yang dilakukan karena umpan balik sulit diperoleh. Kerugian lain adalah tidak dapat menyampaikan semua jenis pesan, misalnya pesan yang bersifat pribadi, tabu atau yang dinilai akan mendatangkan akibat negatif pada masyarakat. Contoh media antar pribadi adalah interaksi antara sumber dan sasaran, pembicaraan melalui telepon, surat-menyurat dan pembicaraan perorangan lainnya. Keuntungan dari cara ini adalah dapat disampaikan pesan secara lengkap dan terperinci dengan demikian keberhasilan komunikasi dapat diketahui melalui umpan balik yang diterima. Pesan yang disampaikan dapat mencakup berbagai jenis pesan, termasuk yang bersifat rahasia atau pribadi. Kerugiannya adalah jangkauan sasaran terbatas serta membutuhkan waktu, tenaga dan biaya cukup besar, apalagi jika jumlah sasaran yang dituju besar.

Sasaran (penerima pesan atau komunikan) adalah yang menerima pesan, artinya kepada siapa pesan tersebut ditujukan. Komunikan bisa berupa orang perorang, sekelompok orang, satu organisasi atau institusi atau masyarakat luas. Umpan balik (*feedback*) adalah reaksi dari sasaran terhadap pesan yang disampaikan, yang dimanfaatkan oleh sumber untuk memperbaiki dan ataupun menyempurnakan komunikasi yang dilakukan. Dengan adanya reaksi ini, sumber akan mengetahui apakah komunikasi berjalan dengan baik atau tidak. Jika hasilnya baik disebut positif dan jika hasilnya buruk disebut negatif. Akibat (*impact*) adalah hasil dari komunikasi, yakni terjadinya perubahan pada diri sasaran. Perubahan dapat pada pengetahuan, sikap atau perilaku. Terjadinya perubahan perilaku adalah tujuan akhir komunikasi.



Gambar 1. Unsur-unsur dalam komunikasi

Komunikasi yang efektif ditandai dengan hubungan interpersonal yang baik. Setiap kali kita melakukan komunikasi, kita bukan hanya sekedar menyampaikan isi pesan, tetapi juga menentukan kadar hubungan interpersonal. Komunikasi yang efektif bukan hanya menentukan isi tetapi juga mendefinisikan hubungan interpersonal. Menurut segi psikologi komunikasi, hubungan interpersonal semakin baik bila seseorang makin terbuka untuk mengungkapkan dirinya, makin cepat persepsinya tentang orang lain dan persepsi dirinya, sehingga makin efektif komunikasi yang berlangsung diantara komunikan. Terdapat tiga faktor dalam komunikasi interpersonal untuk menumbuhkan hubungan interpersonal yang baik, yaitu percaya, sikap suportif dan terbuka (Rahmat J, 1993).

Percaya merupakan faktor yang paling penting dalam komunikasi interpersonal. Rasa percaya dapat meningkatkan komunikasi interpersonal karena membuka saluran komunikasi, memperjelas penerimaan informasi serta memperluas peluang komunikasi untuk mencapai maksudnya. Kepercayaan kita terhadap orang lain dipengaruhi oleh faktor-faktor personal dan situasional. Seseorang dengan harga diri yang positif akan cenderung mempercayai orang

lain, sebaliknya seseorang dengan kepribadian otoriter cenderung sukar mempercayai orang lain. Di samping faktor-faktor personal tersebut terdapat pula faktor lain seperti karakteristik seseorang, hubungan kekuasaan, sifat dan kualitas komunikasi, dan kejujuran. Seseorang akan menaruh kepercayaan kepada seseorang yang dianggap memiliki kemampuan, keterampilan atau pengalaman di bidang tertentu. Akhirnya sikap percaya kita dipengaruhi oleh persepsi yang sama antara kita dengan orang lain. Rasa percaya tumbuh bila seseorang mempunyai kekuasaan terhadap orang lain. Komunikasi yang bersifat terbuka dengan maksud dan tujuan yang jelas disertai ekspektasi yang sudah dinyatakan maka akan tumbuh rasa percaya. Sikap percaya berkembang bila setiap komunikasi menganggap komunikasi lainnya berlaku jujur. Kejujuran menyebabkan perilaku kita dapat diduga, hal ini mendorong orang lain untuk percaya pada kita.

Sikap suportif ialah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Sikap defensif dalam komunikasi menyebabkan komunikasi interpersonal akan gagal, karena sikap defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi ketimbang memahami pesan orang lain.

Komunikasi defensif dapat terjadi karena faktor-faktor personal seperti ketakutan, kecemasan, harga diri yang rendah, pengalaman defensif atau faktor-faktor situasional. Diantara faktor situasional itu adalah perilaku komunikasi orang lain. Gibb menyebutkan enam perilaku yang menimbulkan perilaku suportif (Tabel 1).

Tabel 1. Perilaku defensif dan suportif menurut Gibb

Iklim Defensif	Iklim Suportif
1. Evaluasi	1. Deskripsi
2. Kontrol	2. Orientasi masalah
3. Strategi	3. Spontanitas
4. Netralitas	4. Empati
5. Superioritas	5. Persamaan
6. Kepastian	6. Provisionalisme

Dalam penelitian Gibb diungkapkan bahwa semakin sering orang menggunakan perilaku di sebelah kiri, maka semakin besar kemungkinan komunikasi menjadi defensive. Sebaliknya, komunikasi defensif berkurang dalam iklim suportif ketika orang menggunakan perilaku di sebelah kanan. Marilah kita uraikan isi tabel 1:

1. a. Evaluasi

Evaluasi artinya penilaian terhadap orang lain yaitu dengan cara memuji atau mengecam. Dalam mengevaluasi, kita seringkali mempersoalkan nilai dan motif orang lain. Bila kita menyebutkan kelemahan dan kekurangan orang lain, maka kita akan melahirkan sikap defensif. Pada evaluasi, kita sering menggunakan kata sifat (salah, ngawur, bodoh). Kita sering mengevaluasi pada gagasan dan kinerja orang lain, bukan pada diri sendiri.

b. Deskripsi

Deskripsi artinya penyampaian perasaan dan persepsi anda tanpa menilai. Pada deskripsi, biasanya kita menggunakan kata kerja. Deskripsi dapat terjadi ketika kita sedang mengevaluasi orang lain, tetapi orang merasa bahwa kita menghargai diri mereka.

2. a. Kontrol

Kontrol artinya berusaha untuk mengendalikan bahkan cenderung ingin mengubah orang lain dari sikap, pendapat dan tindakannya. Melakukan kontrol juga berarti ingin menentukan sikap, pendapat dan tindakan orang lain sesuai dengan yang kita inginkan. Itu berarti kita tidak menerima sikap, pendapat dan tindakan orang lain. Sehingga kalau terjadi kontrol orang lain terhadap kita, maka kita ada perasaan menolaknya.

b. Orientasi Masalah

Orientasi masalah berarti mengkomunikasikan keinginan untuk bekerja sama mencari pemecahan masalah. Kita mengajak orang lain bersama-sama untuk menetapkan tujuan dan memutuskan bagaimana mencapainya.

3. a. Strategi

Strategi adalah penggunaan cara untuk mempengaruhi orang lain. Kita menggunakan strategi apabila orang menduga kita mempunyai motif tersembunyi. Kita berkomunikasi dengan "udang di balik batu". Apabila orang lain tahu kita melakukan strategi, maka ia akan menjadi defensif.

b. Spontanitas

Spontanitas artinya sikap jujur, apa adanya dan dianggap tidak memiliki motif yang terpendam. Apabila kita melakukan spontanitas, maka kita mempunyai iklim suportif.

4. a. Netralitas

Netralitas berarti sikap impersonal dan memperlakukan orang lain tidak sebagai persona, melainkan sebagai obyek. Bersikap netral bukanlah bersifat obyektif, melainkan menunjukkan sikap acuh tak acuh dan tidak menghiraukan kelebihan orang lain.

b. Empati

Empati artinya memahami orang lain yang tidak mempunyai arti emosional bagi kita, sebagai keadaan ketika pengamat bereaksi secara emosional karena ia menanggapi orang lain yang mengalami emosi. Tanpa empati, orang seakan-akan menjadi mesin yang hampa perasaan dan tanpa perhatian. Dengan empati, kita akan menumbuhkan iklim yang suportif.

5. a. Superioritas

Superioritas artinya kita menunjukkan sikap lebih tinggi atau lebih baik dibanding orang lain karena status atau kekuasaan atau kekayaan atau kemampuan intelektual (dalam istilah Islam disebut *Takabur*). Superioritas akan melahirkan iklim defensif.

b. Persamaan

Persamaan adalah sikap memperlakukan orang lain secara horizontal dan demokratis. Dalam sikap persamaan, kita tidak

mempertegas perbedaan. Maksudnya status boleh jadi berbeda tetapi komunikasi kita tidak vertikal, kita tidak mengurui tetapi berkomunikasi pada tingkat yang sama. Dengan persamaan, kita mengkomunikasikan penghargaan dan rasa hormat pada perbedaan pandangan (Dalam istilah Islam disebut *Tawadlu'*). Kalau kita senantiasa dapat menciptakan persamaan maka akan timbul iklim yang suportif.

6. a. Kepastian

Orang yang memiliki kepastian bersifat dogmatis, ingin menang sendiri, dan melihat pendapatnya sebagai kebenaran mutlak yang tidak dapat diganggu gugat. Bersikap kepastian cenderung mengarah ke iklim defensif.

b. Provisionalisme

Provisionalisme adalah kesediaan untuk meninjau kembali pendapat kita, untuk mengakui bahwa pendapat manusia adalah tempat kesalahan yaitu siap untuk mengakui dan mengoreksi kesalahan yang kita perbuat, karena itu wajar juga kalau suatu saat pendapat dan keyakinan kita bisa berubah. "Provisonal" dalam bahasa Inggris, artinya bersifat sementara atau menunggu sampai ada bukti yang lengkap.

Komunikasi Dokter-Pasien dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Para hadirin yang saya muliakan,

Hubungan dokter dan pasien telah disadari merupakan bagian penting dalam aspek mutu pelayanan kesehatan dengan semakin disadarinya pentingnya suara pasien sebagai pelanggan pelayanan kesehatan. Komunikasi dokter dan pasien telah terbukti membawa pengaruh pada kepatuhan pengobatan, meningkatkan kepuasan

pasien dan akhirnya akan membawa manfaat bagi keluaran pengobatan (Roberts, 2002; Roter *et al.*, 2006; Trummer *et al.*, 2006; Lee *et al.*, 2008; Thorne *et al.*, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Stewart *et al.* (2000a) pada 39 dokter keluarga dan 315 pasien mereka menyimpulkan bahwa komunikasi yang berpusat pada pasien juga meningkatkan efisiensi pelayanan dengan berkurangnya prosedur diagnosis dan rujukan. Roter (2006) meneliti pengaruh latihan keahlian berkomunikasi terhadap proses dan *outcome* perawatan yang berkaitan dengan distress emosi pasien, menemukan bahwa semakin baik keahlian dokter dalam berkomunikasi berhubungan dengan penurunan distress emosional pasien. Komunikasi yang lebih baik antara dokter dan pasien menunjukkan hubungan emosional dan kesehatan fisik yang lebih baik, penurunan gejala yang lebih bermakna dan kontrol yang lebih baik pada penyakit kronis yang meliputi tekanan darah, kadar glukosa darah dan kontrol nyeri yang lebih baik (Stewart, 1999; Stewart, 2000b).

Komunikasi dokter-pasien yang efektif adalah terciptanya rasa nyaman dengan terapi medis yang diberikan dokter pada pasien. Faktor perilaku dokter terhadap pasiennya, kemampuan dokter untuk mendapatkan dan menghormati perhatian pasien, tersedianya informasi yang tepat dan timbulnya empati serta membangun kepercayaan pasien ternyata merupakan kunci yang menentukan dalam kenyamanan yang baik dengan terapi medis pada pasien. Sikap empati yang ditunjukkan oleh dokter kepada pasien akan menumbuhkan rasa kepercayaan pasien kepada dokternya yang kemudian dapat menimbulkan kepuasan dan kepatuhan pasien pada pengobatan (Kim *et al.*, 2004). Komunikasi dokter-pasien yang efektif ditandai dengan adanya proses yang interaktif antara dokter dan pasien, dimana terjadi penyampaian informasi yang timbal balik antara dokter dan pasien secara efektif baik secara verbal maupun non verbal (Ali MM *et al.*, 2006b). Komunikasi

yang kolaboratif, proaktif dan menghargai pendapat pasien dalam pengambilan keputusan medis serta ternyata dapat membawa efek yang baik bagi outcome pengobatan (Naik *et al.*, 2008). Sebuah penelitian di Korea menyimpulkan bahwa pasien akan mempunyai pandangan negatif terhadap dokternya jika dokter mempunyai gaya komunikasi yang dominan terhadap pasien dan tidak memberi kesempatan bagi pasien untuk mengemukakan pandangannya tentang suatu rencana terapi (Kim *et al.*, 2008).

Saat ini diketahui bahwa terdapat beberapa pendekatan yang berbeda dalam mengambil keputusan terapi terhadap pasien, yaitu: pendekatan paternalistik, berbagi dan informatif (konsumeris). Masing-masing memiliki implikasi yang berbeda dalam peran dokter terhadap pasien dalam hal mengkomunikasikan informasi dan untuk tipe, jumlah dan arus informasi diantara keduanya.

Dokter yang mengadopsi pendekatan paternalistik kurang memiliki ketertarikan dalam diskusi dan mendapatkan perhatian pasien. Dokter tipe ini seringkali menginginkan deskripsi gejala fisik yang singkat sehingga mereka dapat mengubahnya menjadi kategori diagnostik. Tipe murni pendekatan dokter semacam ini dapat kemudian membuat suatu keputusan terapi yang menurut mereka terbaik untuk pasien tanpa harus mengetahui nilai dan perhatian masing-masing pasien.

Dokter yang menggunakan pendekatan informatif terhadap pasien mengacu pada suatu peran yang lebih aktif dalam menemukan masalah pasien dan menentukan terapi yang tepat. Tipe murni peran dokter dalam pendekatan tipe ini meliputi kesediaan informasi penelitian yang relevan mengenai pilihan terapi beserta keuntungan dan risiko terapi sehingga pasien dapat membuat keputusan yang jelas. Hanya pada pendekatan berbagi, dokter berkomitmen kepada dirinya sendiri kepada suatu hubungan interaktif dengan pasien dalam membangun suatu rekomendasi terapi yang

konsisten dengan nilai dan pilihan pasien. Untuk menciptakan hal ini terjadi, dokter harus membuat suatu atmosfer terbuka dimana pasien dapat mengkomunikasikan semua hal yang ada dalam agenda mereka. Pendekatan ini memberikan pertukaran informasi yang membantu dokter memahami pasien dan meyakinkan bahwa pasien diberikan informasi pilihan terapi beserta risiko dan keuntungannya. Hal tersebut juga memudahkan pasien untuk mengetahui apakah mereka merasa bahwa mereka dapat membangun suatu hubungan kepercayaan dengan dokternya.

Komunikasi Dokter-Masyarakat dan Perubahan Perilaku Kesehatan

Seorang dokter juga diharapkan dapat menjadi agen perubahan dalam kesehatan masyarakat. Seorang dokter yang ideal salah satunya harus mampu berlaku sebagai komunikator yang melakukan persuasi kepada individu, keluarga dan masyarakat untuk melaksanakan gaya hidup yang sehat dan menjadi mitra dalam program kesehatan (Boelen, 1994).

Upaya untuk melakukan perubahan perilaku kesehatan dalam bentuk kegiatan-kegiatan promosi kesehatan yang telah lama digagas sejak Konferensi Ottawa tahun 1986 tetaplah relevan dengan permasalahan saat ini. Sudah banyak studi yang menyimpulkan bahwa penyakit-penyakit tidak menular dan penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskuler dan kanker sangat erat kaitannya dengan gaya hidup. Penanganan penyakit-penyakit kronis tersebut membutuhkan penanganan dengan pendekatan integratif, mulai dari aspek preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif sejak di tingkat pelayanan kesehatan primer (Beaglehole R. *et al.*, 2008). Oleh karena itu, seorang dokter harus ikut serta pula dalam membangun mediasi dan advokasi kesehatan dengan melibatkan masyarakat

selain harus mampu menangani kesehatan individual (Liliweri A, 2008).

Perkembangan media pada dewasa ini sangat potensial untuk menunjang peran dokter sebagai komunikator. Di berbagai negara telah tumbuh berbagai ragam intervensi untuk mengubah perilaku kesehatan masyarakat. Salah satu bentuk intervensi tersebut adalah konseling kepada pasien, baik secara langsung maupun melalui media interpersonal tertentu misalnya telepon dan email. Suatu projek pilot untuk mengubah perilaku diet untuk mengurangi risiko penyakit kronis menunjukkan bahwa konseling lewat telepon (delapan kali konseling) dapat mengubah perilaku pasien untuk mengkonsumsi sayur dan buah lebih banyak (Newman VA *et al.* 2008).

Dewasa ini kita dapat menjumpai berbagai tayangan konsultasi kesehatan dengan berbagai topik di media cetak seperti surat kabar, radio maupun televisi pemerintah maupun swasta. Pengaruh media terhadap peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat memang luar biasa. Sebuah penelitian di India menyimpulkan adanya kenaikan kesadaran masyarakat tentang penyakit Glaukoma setelah ada intervensi kampanye edukasi kesehatan lewat televisi, media cetak dan radio lokal (Baker *et al.*, 2008). Demikian halnya kajian yang dilakukan oleh Bertrand *et al.* (2006) menyimpulkan bahwa edukasi kepada masyarakat lewat media massa televisi ternyata mempunyai dampak positif untuk meningkatkan pengetahuan tentang penularan HIV, meningkatkan penggunaan kondom, memperbaiki norma-norma sosial di antara kaum muda, mengurangi risiko tinggi perilaku seksual dan meningkatkan kesadaran di kalangan para petugas kesehatan sendiri (Bertrand *et al.*, 2006a).

Komunikasi dan Pendidikan Kedokteran Masa Kini

Sosok dokter diharapkan memiliki ciri profesionalisme yang melekat pada dirinya yakni kejujuran, integritas, kepedulian terhadap pasien serta sopan santun kepada pasien. Karena itulah, saat ini Konsil Kedokteran Indonesia telah memasukkan komunikasi sebagai salah satu kompetensi yang harus dikuasai dokter di Indonesia (Ali MM *et al.*, 2006).

Sudah selayaknya bahwa mahasiswa kedokteran khususnya di Universitas Sebelas Maret dididik untuk menjadi dokter yang mempunyai kompetensi komunikasi yang baik. Mereka harus menjadi manusia yang memiliki empati, selain memiliki moral, etika dan logika yang baik serta ilmu pengetahuan yang mutakhir. Kompetensi komunikasi mencakup komunikasi interpersonal dokter dan pasien misalnya dalam bentuk konseling maupun komunikasi kepada sasaran yang lebih luas (kelompok masyarakat). Untuk itulah, di Fakultas Kedokteran UNS telah mulai memberikan pembelajaran kompetensi komunikasi dalam kegiatan laboratorium keterampilan medik (*skills lab*) yang terintegrasi dalam kurikulum berbasis kompetensi. Semoga hal ini adalah awal yang baik untuk terciptanya dokter yang profesional di masa mendatang.

Komunikasi Dokter dengan Sejawat

Pertumbuhan pengetahuan ilmiah yang berkembang pesat disertai aplikasi klinisnya membuat pengobatan menjadi kompleks. Dokter secara individu tidak bisa menjadi ahli untuk semua penyakit yang diderita oleh pasiennya, sedangkan perawatan tetap harus diberikan sehingga membutuhkan bantuan dokter spesialis lain dan profesi kesehatan yang memiliki keterampilan khusus seperti perawat, ahli farmasi, fisioterapis, teknisi laboratorium, pekerja social dan lainnya.

Seorang dokter sebagai anggota profesi kesehatan, diharapkan memperlakukan profesi kesehatan lain lebih sebagai anggota keluarga dibandingkan sebagai orang lain, bahkan sebagai teman. Deklarasi Geneva dari WMA juga memuat janji: "Kolega saya akan menjadi saudara saya". Interpretasi janji ini bervariasi dari satu negara dan negara lain sepanjang waktu.

Dalam tradisi etika kedokteran Hippocrates, dokter memiliki hutang penghargaan khusus terhadap guru mereka. Deklarasi Geneva menyatakan: "Saya akan memberikan guru saya penghormatan dan terima kasih yang merupakan hak mereka".

Sebagai balasan atas kehormatan yang diberikan masyarakat dan kepercayaan yang diberikan oleh pasien, maka profesi kesehatan harus membangun standar perilaku yang tinggi untuk anggotanya dan prosedur pendisiplinan dalam menyelidiki tuduhan adanya tindakan yang tidak benar dan jika perlu menghukum yang berbuat salah. Kewajiban untuk melaporkan kolega yang melakukan tindakan yang tidak kompeten, mencelakakan, perbuatan tidak senonoh ditekankan dalam Kode Etik Kedokteran Internasional yang dikeluarkan oleh WMA menyatakan: "Dokter harus berusaha keras untuk menyatakan kekurangan karakter dan kompetensi dokter ataupun yang terlibat dalam penipuan atau kecurangan". Penerapan prinsip ini tidaklah mudah, di satu sisi seorang dokter mungkin menyerang reputasi koleganya karena motif yang tidak benar seperti karena rasa iri atau terhina oleh koleganya. Dokter juga merasa sungkan atau ragu untuk melaporkan tindakan koleganya yang tidak benar karena simpati atau persahabatan. Konsekuensi pelaporan tersebut dapat berakibat kurang baik bagi yang melapor, yang tertuduh atau bahkan dari kolega lain.

Kerjasama Dokter Dengan Sejawat Menurut KKI

1. Merujuk pasien

Pada pasien rawat jalan, karena alasan kompetensi dokter dan keterbatasan fasilitas pelayanan, dokter yang merawat harus merujuk pasien pada sejawat lain untuk mendapatkan saran, pemeriksaan atau tindakan lanjutan. Bagi dokter yang menerima rujukan, sesuai dengan etika profesi, wajib menjawab/memberikan advis tindakan akan terapi dan mengembalikannya kepada dokter yang merujuk. Dalam keadaan tertentu dokter penerima rujukan dapat melakukan tindakan atau perawatan lanjutan dengan persetujuan dokter yang merujuk dan pasien. Setelah selesai perawatan dokter rujukan mengirim kembali kepada dokter yang merujuk.

Pada pasien rawat inap, sejak awal pengambilan kesimpulan sementara, dokter dapat menyampaikan kepada pasien kemungkinan untuk dirujuk kepada sejawat lain karena alasan kompetensi. Rujukan dimaksud dapat bersifat advis, rawat bersama atau alih rawat. Pada saat meminta persetujuan pasien untuk dirujuk, dokter harus memberi penjelasan tentang alasan, tujuan dan konsekuensi rujukan termasuk biaya, seluruh usaha ditujukan untuk kepentingan pasien. Pasien berhak memilih dokter rujukan, dan dalam rawat bersama harus ditetapkan dokter penanggung jawab utama.

Dokter yang merujuk dan dokter penerima rujukan, harus mengungkapkan segala informasi tentang kondisi pasien yang relevan dan disampaikan secara tertulis serta bersifat rahasia.

Jika dokter memberi pengobatan dan nasihat kepada seorang pasien yang diketahui sedang dalam perawatan dokter lain, maka dokter yang memeriksa harus menginformasikan kepada dokter pasien tersebut tentang hasil pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan penting lainnya demi kepentingan pasien.

2. Bekerjasama dengan sejawat

Dokter harus memperlakukan teman sejawat tanpa membedakan jenis kelamin, ras, kecacatan, agama/kepercayaan, usia, status social atau perbedaan kompetensi yang dapat merugikan hubungan profesional antar sejawat.

Seorang dokter tidak dibenarkan mengkritik teman sejawat melalui pasien yang mengakibatkan turunnya kredibilitas sejawat tersebut. Selain itu tidak dibenarkan seorang dokter memberi komentar tentang suatu kasus, bila tidak pernah memeriksa atau merawat secara langsung.

3. Bekerjasama dalam tim

Asuhan kesehatan selalu ditingkatkan melalui kerjasama dalam tim multidisiplin. Apabila bekerja dalam sebuah tim, dokter harus :

- a. Menunjuk ketua tim selaku penanggung jawab
- b. Tidak boleh mengubah akuntabilitas pribadi dalam perilaku keprofesian dan asuhan yang diberikan
- c. Menghargai kompetensi dan kontribusi anggota tim
- d. Memelihara hubungan profesional dengan pasien
- e. Berkomunikasi secara efektif dengan anggota tim di dalam dan di luar tim
- f. Memastikan agar pasien dan anggota tim mengetahui dan memahami siapa yang bertanggung jawab untuk setiap aspek pelayanan pasien
- g. Berpartisipasi dalam review secara teratur, audit dari standar dan kinerja tim, serta menentukan langkah-langkah yang diperlukan untuk memperbaiki kinerja dan kekurangan tim
- h. Menghadapi masalah kinerja dalam pelaksanaan kerja tim dilakukan secara terbuka dan sportif.

4. Memimpin tim

Dalam memimpin sebuah tim, seorang dokter harus memastikan bahwa :

- a. Anggota tim telah mengacu pada seluruh acuan yang berkaitan dengan pelaksanaan dan pelayanan kedokteran
- b. Anggota tim telah memenuhi kebutuhan pelayanan pasien
- c. Anggota tim telah memahami tanggung jawab individu dan tanggung jawab tim untuk keselamatan pasien. Selanjutnya, secara terbuka dan bijak mencatat serta mendiskusikan permasalahan yang dihadapi
- d. Acuan dari profesi lain dipertimbangkan untuk kepentingan pasien
- e. Setiap asuhan pasien telah terkoordinasi secara benar, dan setiap pasien harus tahu siapa yang harus dihubungi apabila ada pertanyaan atau kekhawatiran
- f. Pengaturan dan pertanggungjawaban pembiayaan sudah tersedia
- g. Pemantauan dan evaluasi serta tindak lanjut dari audit standar pelayanan kedokteran dan audit pelaksanaan tim dijalankan secara berkala dan setiap kekurangan harus diselesaikan segera
- h. Sistem sudah disiapkan agar koordinasi untuk mengatasi setiap permasalahan dalam kinerja, perilaku atau keselamatan anggota tim dapat tercapai
- i. Selalu mempertahankan dan meningkatkan praktek kedokteran yang benar dan baik.

5. Mengatur dokter pengganti

Ketika seorang dokter berhalangan, dokter tersebut harus menentukan dokter pengganti serta mengatur proses pengalihan

yang efektif dan komunikatif dengan dokter pengganti. Dokter pengganti harus diinformasikan kepada pasien.

Dokter harus memastikan bahwa dokter pengganti mempunyai kemampuan, pengalaman, pengetahuan, dan keahlian untuk mengerjakan tugasnya sebagai dokter pengganti. Dokter pengganti harus tetap bertanggung jawab kepada dokter yang digantikan atau ketua tim dalam asuhan medis.

6. Mematuhi tugas

Seorang dokter yang bekerja pada institusi pelayanan/ pendidikan kedokteran harus mematuhi tugas yang digariskan pimpinan institusi, termasuk sebagai dokter pengganti.

Dokter penanggung jawab tim harus memastikan bahwa pasien atau keluarga pasien mengetahui informasi tentang diri pasien akan disampaikan kepada seluruh anggota tim yang akan memberi perawatan. Jika pasien menolak penyampaian informasi tersebut, dokter penanggung jawab tim harus menjelaskan kepada pasien keuntungan bertukar informasi dalam pelayanan kedokteran.

7. Pendelegasian wewenang

Pendelegasian wewenang kepada perawat, mahasiswa kedokteran, peserta program pendidikan dokter spesialis, atau dokter pengganti dalam hal pengobatan atau perawatan atas nama dokter yang merawat, harus disesuaikan dengan kompetensi dalam melaksanakan prosedur dan pemberian terapi sesuai dengan peraturan yang berlaku. Dokter yang mendelegasikan tetap menjadi penanggung jawab atas penanganan pasien secara keseluruhan.

Hubungan dan kinerja teman sejawat

Seorang dokter harus melindungi pasien dari risiko diciderai oleh teman sejawat lain, kinerja maupun kesehatan. Keselamatan

pasien harus diutamakan setiap saat. Jika seorang dokter memiliki kekhawatiran bahwa teman sejawatnya tidak dalam keadaan fit untuk praktek, dokter tersebut harus mengambil langkah yang tepat tanpa penundaan, kemudian kekhawatiran tersebut ditelaah dan pasien terlindungi bila diperlukan. Hal ini berarti seorang dokter harus memberikan penjelasan yang jujur mengenai kekhawatiran terhadap seseorang dari tempat ia bekerja dan mengikuti prosedur yang berlaku.

Jika sistem setempat tidak memadai atau sistem setempat tidak dapat menyelesaikan masalah dan seorang dokter masih mengkhawatirkan mengenai keselamatan pasien, maka dokter harus menginformasikan badan pengatur terkait.

Menghormati teman sejawat

Seorang dokter harus memperlakukan teman sejawatnya dengan adil dan rasa hormat. Seorang dokter tidak boleh mempermainkan atau mempermalukan teman sejawatnya, atau mendiskriminasi teman sejawatnya dengan tidak adil.

Seorang dokter harus tidak memberikan kritik yang tidak wajar atau tidak berdasar kepada teman sejawatnya yang dapat mempengaruhi kepercayaan pasien dalam perawatan atau terapi yang sedang dijalankan, atau dalam keputusan terapi pasien.

Berbagi informasi dengan teman sejawat

Berbagi informasi dengan teman sejawat lain sangatlah penting untuk keselamatan dan keefektifan perawatan pasien. Ketika seorang dokter merujuk pasien, dokter tersebut harus memberikan semua informasi yang relevan mengenai pasiennya, termasuk riwayat medis dan kondisi saat itu.

Jika seorang dokter spesialis memberikan terapi atau saran untuk seorang pasien kepada dokter umum, maka ia harus mem-

beritahu hasil pemeriksaan, terapi yang diberikan dan informasi penting lainnya kepada dokter yang ditunjuk untuk kelangsungan perawatan pasien, kecuali pasien tersebut menolak.

Jika seorang pasien belum dirujuk dari dokter umum kepada dokter spesialis, dokter spesialis tersebut harus menanyakan kepastian pasien tersebut untuk memberitahu dokter umumnya sebelum memulai terapi, kecuali dalam keadaan gawat darurat atau saat keadaan yang tidak memungkinkan. Jika dokter spesialis tersebut tidak memberitahu dokter umum yang merawat pasien tersebut, dokter spesialis tersebut harus bertanggung jawab untuk menyediakan atau merencanakan semua kebutuhan perawatan.

Para hadirin yang saya hormati,

Praktek Kedokteran yang Baik

Semua pasien berhak atas standar praktek dan perawatan yang baik dari dokter. Elemen penting terkandung didalamnya ialah kompetensi profesional; hubungan erat dengan pasien dan sejawat serta kewajiban mengikuti kode etik kedokteran

Perawatan Klinis yang Baik

Standar praktek dan perawatan yang baik

1. Perawatan klinis yang baik harus meliputi
 - o penilaian adekuat kondisi pasien sesuai keluhan/gejala, jika perlu, dilakukan pemeriksaan yang tepat
 - o merencanakan dan memberikan pemeriksaan atau penatalaksanaan jika diperlukan
 - o melakukan tindakan yang sesuai / tepat jika perlu
 - o merujuk pasien ke dokter lebih ahli sesuai indikasi
2. Dalam melakukan penanganan, dokter harus:
 - o bekerja dalam batas kompetensi profesional
 - o bersedia melakukan konsultasi dengan sejawat

- o bekerja kompeten dalam menegakkan diagnosis, memberikan dan merencanakan penatalaksanaan
 - o menjaga rekam medis pasien tetap jelas, akurat, dan dapat dibaca dalam melaporkan hasil pemeriksaan klinis, keputusan yang diambil, informasi dan penatalaksanaan yang diberikan kepada pasien.
 - o mengupayakan sejawat mendapatkan informasi berkesinambungan saat melakukan rawat bersama.
 - o melakukan tindakan untuk menekan rasa sakit atau distress pasien bila terapi kuratif tidak memungkinkan
 - o meresepkan obat dan melakukan penatalaksanaan hanya bila-mana mengetahui keadaan dan kebutuhan pasien. Sebaiknya tidak merekomendasikan pemeriksaan atau penatalaksanaan yang tidak perlu kepada pasien dan tidak menunda penatalaksanaan yang tepat maupun merujuk pasien.
 - o melaporkan reaksi obat yang merugikan dan bekerjasama memenuhi permintaan informasi dan organisasi yang memantau kesehatan masyarakat
 - o mendayagunakan fasilitas kedokteran yang tersedia seefisien mungkin
3. Jika dokter memiliki alasan bahwa kemampuannya dalam menangani pasien terganggu akibat peralatan atau fasilitas yang tidak adekuat, maka harus diambil tindakan yang tepat. Dokter harus memperhatikan tanggung-jawabnya dan mengambil langkah untuk memecahkan masalah tersebut
 4. Pemeriksaan atau penatalaksanaan yang diberikan atau direncanakan oleh dokter harus didasarkan atas penilaian klinis akan kebutuhan pasien dan tingkat efektivitas penatalaksanaan. Dokter hendaknya tidak mengikuti pandangan "gaya hidup, budaya, kepercayaan, suku bangsa, warna kulit, jenis kelamin, seksualitas, kekurangan, usia, status ekonomi/sosial" pasien dalam menentukan penatalaksanaan yang akan diberikan/direncanakan. Dokter tidak boleh membatalkan atau menunda penatalaksanaan karena menganggap tindakan pasien sebagai penyebab kondisinya.
 5. Jika dokter meyakini bahwa kepercayaannya dapat mempengaruhi nasehat atau penatalaksanaan, maka dokter sebaiknya menjelaskan permasalahannya kepada pasien dan menyarankan bahwa pasien memiliki hak berobat ke dokter lain
 6. Dokter harus menekankan prioritas pemeriksaan dan penatalaksanaan pasien berdasarkan kebutuhan klinis.

7. Dokter tidak boleh menolak memberikan tatalaksana kepada pasien yang dinilai mendatangkan risiko bagi dokter. Jika keadaan pasien berisiko bagi kesehatan atau keamanan dokter maka dokter harus mengambil tindakan untuk melindungi diri sendiri sebelum melakukan pemeriksaan dan penatalaksanaan pasien.

Penatalaksanaan dalam kegawatdaruratan

Dalam keadaan gawat darurat, dimanapun terjadi, seorang dokter harus mencari orang yang dapat membantunya dalam memberikan pertolongan sesuai dengan prosedur.

Menjaga praktek kedokteran yang baik

Mengikuti kemajuan dunia kedokteran

1. Setiap dokter harus meningkatkan keilmuan dan keahliannya sesuai dengan perkembangan ilmu. Dokter harus berpartisipasi secara teratur dalam kegiatan edukasi untuk mempertahankan dan mengembangkan kompetensi dan kemampuannya.
2. Praktek kedokteran diatur oleh hukum dan etika kedokteran. Oleh sebab itu seorang dokter juga harus mengikuti perkembangan dunia hukum terkait dan kode etik kedokteran.

Menjaga Kemampuan

Seorang dokter harus bekerja dengan sejawat dalam mengawasi dan menjaga kualitas perawatan yang diberikan dengan menitikberatkan pada keselamatan pasien. Secara garis besar seorang dokter harus:

1. berpartisipasi dalam audit kedokteran dan klinis secara teratur dan sistematis sesuai data yang ada. Jika perlu, dokter harus merespon hasil audit dengan meningkatkan kemampuan diri misal lebih banyak mengikuti pelatihan
2. memberikan respon membangun terhadap hasil tinjauan, penilaian atau pengharapan akan kemampuan seorang dokter
3. berpartisipasi dalam pertemuan dan melaporkan upaya menekan risiko pasien

Hubungan Dengan Pasien

Meminta persetujuan pasien (Informed Consent)

Dokter harus menghargai hak pasien untuk terlibat penuh dalam

pengambilan keputusan. Jika perlu, dokter harus menjelaskan apa dan mengapa yang akan dilakukan, risiko atau efek samping bermakna terkait dan meminta persetujuan sebelum memeriksa keadaan pasien atau memberikan penatalaksanaan.

Menghormati kerahasiaan pasien

1. Dokter harus merahasiakan informasi keadaan pasien. Dalam kondisi pengecualian, dibutuhkan alasan tepat untuk memberikan informasi tanpa persetujuan pasien dan harus mengikuti panduan yang ada serta bersiap untuk mempertanggungjawabkan keputusan tersebut terhadap pasien dan pengadilan.
2. Keberhasilan hubungan dokter-pasien tergantung pada kepercayaan. Untuk membangun dan mempertahankan kepercayaan, seorang dokter harus
 - o jujur, penuh pertimbangan dan kebenaran
 - o menghormati privasi dan martabat pasien
 - o menghormati hak pasien membatalkan partisipasinya dalam pendidikan/penelitian dan memastikan penolakannya tidak berdampak merugikan hubungan dokter-pasien.
 - o menghormati hak pasien mencari pendapat kedua
 - o sedia setiap saat untuk dihubungi oleh pasien atau sejawat ketika sedang bertugas
3. Dokter tidak boleh membiarkan kepercayaan yang diberikan pasien rusak akibat hubungan pribadi. Dokter tidak boleh menggunakan posisi profesinya untuk membangun hubungan emosional atau seksual yang tidak tepat dengan pasien atau seseorang yang dekat dengannya

Komunikasi Yang Baik

1. Komunikasi yang baik pasien dan dokter sangat penting demi penatalaksanaan efektif dan hubungan kepercayaan. Komunikasi yang baik meliputi:
 - o mendengarkan keluhan pasien dan menghormati pandangan dan kepercayaannya.
 - o memberi informasi yang dibutuhkan pasien mengenai keadaan, terapi dan prognosis dalam bahasa yang dapat dipahami pasien termasuk obat yang akan diresepkan, informasi efek samping serius dan dosis yang tepat.

- o memberi informasi kepada suami/istri pasien, kerabat dekat atau perawatnya memerlukan ijin pasien terlebih dahulu. Bila pasien tidak dapat memberikan ijinnya, maka dokter seharusnya memberi informasi hanya pada kerabat dekat pasien kecuali dokter percaya bahwa pasien tidak akan berkeberatan.
2. Jika pasien dalam perawatan dokter menghadapi bahaya, maka dokter harus bertindak tepat mengatasi masalah. Dokter harus menjelaskan selengkap dan sejelas mungkin apa yang telah terjadi dan kemungkinan efek jangka pendek maupun panjang kepada pasien. Jika perlu, dokter harus meminta maaf. Jika pasien adalah orang dewasa yang tidak memenuhi kapasitas tersebut, maka penjelasan harus diberikan pada seseorang yang bertanggungjawab kepada pasien, atau suami/istri pasien, kerabat dekat/teman yang mengikuti penanganan pasien kecuali dokter percaya bahwa pasien tidak akan berkeberatan.
 3. Jika seorang anak dalam penanganan dokter meninggal dunia maka dokter tersebut harus memberikan penjelasan terbaik sesuai keilmuannya, alasan dan ruang lingkup kematian pasien kepada orang tuanya. Demikian pula pada orang dewasa, dokter harus memberikan informasi kepada suami/istri pasien, kerabat dekat atau teman yang terlibat dalam penanganan pasien.

Memutuskan Hubungan Profesional dengan Pasien

1. Kadangkala, dalam keadaan tertentu dimana pasien bertindak kasar terhadap dokter atau sejawatnya atau terus bertindak tanpa pertimbangan/alasan yang merusak kepercayaan dokter dan pasien maka dokter menganggap perlu untuk memutuskan hubungan profesional dengan pasien. Pada keadaan ini, dokter harus mengambil keputusan yang adil dan siap mempertanggungjawabkan keputusan tersebut. Dokter tidak boleh mengakhiri hubungan dengan pasien karena pasien mengeluhkan kinerja dokter/karena pengaruh finansial penatalaksanaan pasien dalam praktek kedokteran.
2. Dokter harus memberikan informasi kepada pasien baik secara langsung maupun tertulis mengenai alasan mengakhiri hubungan profesionalnya. Dokter harus mengambil langkah untuk memastikan bahwa perencanaan alih rawat berkesinambungan pasien telah dibuat dan mengalihkan rekam medis pasien pada dokter lain sedini mungkin

Menghadapi Permasalahan Praktek Profesional

Kemampuan sejawat

1. Dokter harus melindungi pasien dan risiko terpajan bahaya oleh dokter atau praktisi kesehatan lainnya.
2. Jika dokter meyakini bahwa dokter/praktisi kesehatan lainnya berisiko terhadap pasien, maka dokter tersebut harus memberikan penjelasan yang jujur pada individu tersebut untuk mengikuti prosedur.
3. Bila memiliki tanggung-jawab penatalaksanaan, dokter harus memastikan bahwa mekanisme telah berjalan sebagaimana mestinya sehingga sejawat dapat lebih memahami risiko terhadap pasien.

Keluhan dan permohonan formal

1. Pasien mengeluhkan penanganan/penatalaksanaan yang ia terima berhak mendapat respon terbuka, membangun dan jujur meliputi penjelasan mengenai apa yang telah terjadi dan permohonan maaf. Dokter tidak boleh membiarkan keluhan pasien mengganggu penanganan atau penatalaksanaan.
2. Dokter harus bekerjasama penuh dalam penanganan pasien dan membuka diri terhadap sejumlah keluhan yang disampaikan. Dokter harus memberikan informasi relevan kepada pihak yang berkepentingan dalam penilaian profesi dokter dan sejawatnya, terkait perilaku, kemampuan dan kesehatan.
3. Jika dokter bebas tugas dan bagian atau dilarang melakukan praktek terkait kemampuan atau perilaku, wajib melaporkan tempat bekerjanya.

Bekerja dengan Sejawat

Memperlakukan sejawat dengan adil

1. Dokter harus bertindak adil dengan sejawat. Sesuai hukum berlaku, tidak boleh ada diskriminasi terhadap sejawat dan segi apapun seperti jenis kelamin, suku bangsa dan kekurangannya. Dokter juga tidak boleh membiarkan perbedaan ini mempengaruhi hubungan profesionalnya.

2. Dokter tidak boleh merusak kepercayaan pasien akan penanganan atau penatalaksanaan yang diterima atau dengan menyalahkan dokter lain yang memberikan terapi karena rasa dengki atau dengan memberikan kritik yang tidak mendasar.

Berbagi Informasi dengan Sejawat

1. Sesuai harapan pasien akan dokter, seorang dokter, biasanya dokter umum harus dapat memberikan informasi sepenuhnya dan bertanggung jawab untuk menjaga kelanjutan penanganan medis pasien.
2. Dokter harus memastikan bahwa pasien mengetahui bagaimana informasi disebarkan dalam tim dan kepada siapa saja yang akan melakukan penanganan. Jika pasien berkeberatan maka dokter harus menjelaskan manfaat informasi itu disebarkan dalam tim, tetapi dokter tidak boleh memaksa jika pasien bersikeras.
3. Saat akan merujuk pasien, dokter harus memberikan semua informasi yang relevan mengenai riwayat perjalanan penyakit pasien dan kondisi terkini
4. Jika anda memberikan penatalaksanaan atau nasehat kepada pasien tetapi bukan dokter pribadi pasien, seharusnya anda memberitahu dokter yang menangani pasien mengenai hasil pemeriksaan dan terapi yang diberikan serta informasi penting untuk kelanjutan penanganan pasien kecuali pasien merasa keberatan. Jika pasien tidak dirujuk kepada anda oleh dokter umum, maka anda harus menginformasikan dokter umum sebelum memulai penatalaksanaan kecuali dalam keadaan gawat darurat. Jika anda tidak memberitahu dokter yang menangani pasien sebelum atau sesudah memberikan terapi maka anda harus bertanggungjawab untuk memberikan dan merencanakan seluruh tindak lanjut pasien hingga ada dokter yang mengambil alih perawatan pasien.

Delegasi dan Rujukan

1. Delegasi meliputi permintaan kepada perawat, dokter, dokter muda atau praktisi kesehatan lainnya untuk memberikan penatalaksanaan atas perkenan dokter. Saat mendelegasikan penanganan/ penatalaksanaan, dokter harus memastikan bahwa orang yang menerima delegasi tersebut memiliki kompetensi untuk menjalankan prosedur / memberikan terapi. Dokter harus selalu memantau informasi terbaru mengenai pasien dan penatalaksanaan yang diberikan. Apapun yang terjadi, dokter tersebut harus bertanggung

- jawab akan keseluruhan penatalaksanaan yang diberikan.
2. Rujukan meliputi transfer sebagian atau seluruh tanggung jawab penanganan pasien, biasanya bersifat sementara atau untuk tujuan tertentu misalnya pemeriksaan tambahan, penanganan atau penatalaksanaan yang berada diluar kompetensinya. Biasanya seorang dokter akan merujuk pada dokter lainnya yang lebih berkompentensi.

Penutup

Dalam menjalankan perannya di masyarakat, seorang dokter perlu mempunyai kompetensi komunikasi baik kepada pasien maupun pada masyarakat luas. Komunikasi yang baik antara dokter dan pasien sangatlah penting dan memiliki berbagai dampak pada berbagai aspek outcome kesehatan. Dampak tersebut meliputi outcome kesehatan yang lebih baik, kenyamanan yang lebih tinggi terhadap rejimen terapi pada pasien, kepuasan yang lebih tinggi pada pasien dan dokter serta penurunan risiko malpraktek. Selain komunikasi dokter dan pasien di aspek kuratif dan rehabilitatif, komunikasi dokter dengan pasien serta masyarakat luas dalam hal preventif dan promotif semakin dibutuhkan dewasa ini dengan semakin tingginya masalah kesehatan yang terkait dengan perilaku kesehatan.

قُلْ لَوْ كَانَ الْبَحْرُ مِدَادًا لِكَلِمَاتِ رَبِّي لَنَفِدَ الْبَحْرُ قَبْلَ أَنْ تَنْفَدَ
كَلِمَاتُ رَبِّي وَلَوْ جِئْنَا بِمِثْلِهِ مَدَدًا

Katakanlah (wahai Muhammad): Kalaulah semua jenis lautan menjadi tinta untuk menulis Kalimah-kalimah Tuhanku, sudah tentu akan habis kering lautan itu sebelum habis Kalimah-kalimah Tuhanku, walaupun Kami tambahi lagi dengan lautan yang sebanding dengannya, sebagai bantuan. (Q.S. Al-Kahfi: 109)

وَقُلْ رَبِّ أَنْزِلْنِي مُنْزَلًا مُبَارَكًا وَأَنْتَ خَيْرُ الْمُنْزِلِينَ

Dan berdoalah dengan berkata: Wahai Tuhanku, turunkanlah daku di tempat turun yang berkat dan Engkau adalah sebaik-baik Pemberi tempat. (Q.S. Al-Mukminun:29)

UCAPAN TERIMA KASIH

Hadirin yang saya hormati, yang saya muliakan dan yang saya cintai

Sebelum mengakhiri pidato pengukuhan ini, perkenankanlah saya untuk sekali lagi mengucapkan syukur Alhamdulillah ke hadirat Allah SWT atas seluruh limpahan nikmat, rahmat, kesehatan, rezeki, tuntunan dan petunjuk serta karuniaNya yang saya terima, sehingga saya masih diperkenankan diberi amanah mengemban tugas menjadi Guru Besar dari Universitas Sebelas Maret Surakarta. Tugas menjadi Guru Besar ini saya laksanakan serta persembahkan untuk kemajuan di bidang Kesehatan Masyarakat seluruh Indonesia dan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Saya menyadari untuk mendapat amanah sebagai Guru Besar, tentunya tidak lepas dari bantuan banyak pihak. Maka pada kesempatan hari ini, dengan segala kerendahan segala kerendahan hati perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih dan menyampaikan penghargaan setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah memberi bantuan, dorongan, pengertian dan perhatian kepada saya sehingga proses pengukuhan saya sebagai Guru Besar pada hari ini dapat berlangsung dengan baik.

Hadirin yang saya hormati, yang saya muliakan dan yang saya cintai

Selanjutnya saya akan menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tulus kepada :

1. Menteri Pendidikan Nasional dan Direktur Jenderal Pendidikan Tinggi atas kepercayaan yang diberikan kepada saya untuk memangku jabatan Guru Besar di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sebelas Maret Surakarta.
2. Rektor Universitas Sebelas Maret Surakarta, Prof. Dr. Much. Syamsulhadi, dr., Sp.KJ(K) beserta seluruh anggota Senat Universitas Sebelas Maret Surakarta dan seluruh anggota Senat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta yang telah menyetujui pengangkatan saya sebagai Guru Besar dan menerima saya di lingkungan Senat baik di Fakultas Kedokteran UNS maupun di Universitas Sebelas Maret Surakarta.
3. Prof. Koento Wibisono, Ph.D dan Prof. Drs. Haris Mudjiman MA., Ph.D atas dukungan dan dorongan yang diberikan kepada saya dalam menempuh pendidikan Pascasarjana.
4. dr. Poerwadi, Sp.OG, yang telah membimbing dan mendidik saya untuk menggeluti dan mencintai bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat.
5. Prof. Soetjipto, dr., Sp.Rad, Alm. dr. Kamalita, Soelatin Winarno, dr., Sp.A, Soetrisno Danusastro, dr. Sp.M, Prof. Dr. Suroto, dr., Sp.S(K), Prof. Dr. Admadi Soeroso, dr. Sp.M, MARS atas dukungan yang diberikan dalam menempuh pendidikan S2 dan S3.
6. Prof Dr. Suradi, dr., Sp.P(K), MARS, Prof. Dr. Satimin Hadiwijaya, dr., PAK. MARS, Sugeng Purwoko, dr. M.MedSc, Sp.GK, Isdaryanto, dr. MARS, Hari Purnomo Sidik, dr. M.Kes dan Bambang Suratman, dr. Sp.THT-KL yang telah mendorong saya untuk menjadi Guru Besar.

7. Prof. Eddy Pranowo Sudiby, dr. MPH sebagai promotor, Prof. Dr. Pitono Soeparto, dr., Sp.A sebagai kopromotor, Prof. Dr. Sunarko Setyawan, dr., MS dan Prof. Dr. Suhartono Taat Putra, dr., MS sebagai konsultan yang telah membimbing saya dalam menyelesaikan studi program Doktor.
8. Diding H. P, dr., MS dan semua teman sejawat di Fakultas Kedokteran UNS, khususnya di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNS, Bhisma Murti, dr. MPH, Ph.D, Prof. Dr. Santoso, dr., MS, Imam Syafei, dr., Zainal Abidin, dr., MS, Moerdjati, dr., MS, Liana D, dr., MS, Harninto, dr. MS, Harjanto, dr., MS, Putu S, dr., MS, Suparman, dr., MS, Soenarso, dr., Rifai H, dr., MS, Eti P, dr., MPd, Aniek L, dr., Arie N Probandari, dr., MSc, Dra. Diffah H, Drs. M. Zaini, Alm. Drs. Yogyakarta, saya sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang tak terhingga atas dorongan, bantuan dan kerjasama dalam suasana kekeluargaan yang kita ciptakan bersama selama ini.
9. Seluruh pegawai Fakultas Kedokteran UNS, yang telah membantu saya untuk meraih Guru Besar.
10. Ayah (Alm) H. Bukhori Pranotokusumo dan Ibu Hj. Umi Kalsum yang senantiasa tiada henti-hentinya mendo'akan saya sampai saat ini.
11. Kedua mertua saya (Alm). Bapak H. M. F. Adnan Soeparto dan (Alm). Ibu Muslichah yang mendorong saya menjadi dokter.
12. Keluarga Bapak Brig. Jend (Purn) Drs. H. Soenaryo beserta Ibu yang mendorong dan memotivasi saya untuk meraih Guru Besar.
13. Keluarga Bapak Drs. H. Soegeng Soeryanto beserta Ibu dan keluarga Bapak Ir. H. Nisyamhuri beserta Ibu yang selalu mendo'akan saya.

14. Ungkapan terima kasih sedalam-dalamnya saya sampaikan kepada isteriku tercinta Dr. Hj. Noer Rachma, dr. Sp.RM, anak-anakku tersayang Reza Wisnuwardhana, ST beserta isterinya Jatu Aphridasari, dr., Sp.P, Maya Dyah Astari, S.Si beserta suaminya IGB. Indro Nugroho, dr., Sp.KJ dan Ratna Kusumawati, dr. beserta suaminya Heru Sulastomo, dr., yang senantiasa tiada henti-hentinya selalu memberikan motivasi, dorongan dan bantuan serta doa untuk saya dalam mencapai cita-cita menjadi Guru Besar.
15. Kakak ipar saya keluarga (Alm) H. Nur Wachid dan Keluarga Hj. Nur Aini yang banyak membantu saya.
16. Adik-adik saya keluarga A.A. Sudarwin, dr., Sp.B, keluarga A. Anton Henri Susilo, dr., Sp.An, keluarga Enymun Herawati SH, keluarga Tony Welly Haryanto, SH, keluarga Ahmad Mifta, SH, Keluarga Siti Yussi Rufaida, SE, keluarga Ahmad Susianto, SH, keluarga Ir. Ahmad Trisasongko, MSi, keluarga Aida Nursanti, SE, keluarga Ahmad Irfan, SE dan keponakan serta cucu-cucu yang selalu memberi motivasi dan dukungan untuk saya sekeluarga.
17. Keponakan-keponakan dan cucu-cucu saya yang mewarnai dan memberi kebahagiaan hidup saya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali MM, Sidi IPS, Hadad T, Adam K, Rafly A, Sampurna B. *Kemitraan dalam hubungan dokter-pasien*. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta. 2006a.h. 9-22.
- Ali MM, Sidi IPS, Hadad T, Adam K, Rafly A, Zahir H *et al*. *Komunikasi Efektif Dokter-Pasien*. Konsil Kedokteran Indonesia. Jakarta. 2006b. h 1-10.
- Baker H, Murdoch IE. *Can a public health intervention improve awareness and health-seeking behaviour for glaucoma*. Br J Ophthalmol 2008; 92(12):1671-1675.
- Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M. *et al*. *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care*. Lancet 2008;372 (9642): 940-949
- Beisecker AE. *Patient Power in Doctor-Patient Communication: what do we know?*. Health communication 1990; 2(2): 105-122.
- Bertrand JT, Anhang R. *The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries*. World Health Organ Tech Rep Ser 2006; 938:205-241.
- Bertrand JT, O'Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. *Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV-AIDS related behaviours in developing countries*. Health Educ Res 2006; 21 (4): 567-597.

- Ikatan Dokter Indonesia. Perubahan Perilaku Fokus Utama Pembangunan Bidang Kesehatan. [http:// www.depkominfo.go.id/2007/06/12/perubahan-perilaku-fokus-utama-pembangunan-kesehatan.html](http://www.depkominfo.go.id/2007/06/12/perubahan-perilaku-fokus-utama-pembangunan-kesehatan.html) (diakses 20 Februari 2009)
- Kim SS, Park BK. *Patient-perceived communication styles of physicians in rehabilitation: the effect on patient satisfaction and compliance in Korea*. Am J Phys Med Rehabil 2008; 87(12):998-1005.
- Lee YY, Lin JL. *Linking patients's trust in physicians to health outcomes*. Br J Hosp Med (Lond) 2008; 69 (1):42-46.
- Levinson W. *In context: physician-patient communication and managed care*. J Med Pract Manage 1999; 14(5): 226-230.
- Liliweri A. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 2008. h. 2-22.
- Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL Jr. *Circulation* 2008; 117(11): 1361-1368
- Newman VA, Flatt SW, Pierce JP. *Telephone counseling promotes dietary change in healthy adults: results of a pilot trial*. J Am Diet Assoc 2008;108(8):1350-1354.
- PDPERSI. Peran tenaga kesehatan masyarakat dalam mengubah perilaku masyarakat menuju hidup bersih dan sehat. <http://lcpk.org/2007/01/31/peran-tenaga-kesehatan-masyarakat-dalam-mengubah-perilaku-masyarakat-menuju-hidup-bersih-dan-sehat.html> (diakses 20 Februari 2009).
- Rakhmat J. *Psikologi komunikasi*. Edisi revisi. Remaja Rosdakarya. Bandung. 1993. h. 129-36.

- Roberts KJ. *Physician-Patient Relationships, Patient Satisfaction, and Antiretroviral Medication Adherence Among HIV-Infected Adults Attending a Public Health Clinic. AIDS Patient Care and STDs*. January 1, 2002, 16(1): 43-50. doi:10.1089/108729102753429398.
- Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. *The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes*. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 1:S28-34
- Steward M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. *Evidence on patient-doctor communication*. *Cancer Prev Control* 1999; 3(1): 25-30
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW *et al*. *The impact of patient-centered care on outcomes*. *J Fam Pract* 2000a; 49(9): 796-804.
- Stewart M, Meredith L, Brown JB, Galajda J. *The influence of older patient-physician communication on health and health related outcomes*. *Clin Geriatr Med* 2000b; 16(1): 25-36.
- Thorne SE, Hislop TG, Armstrong EA, Oglov V. *Cancer care communication: the power to harm and the power to heal?* *Patient Educ Couns* 2008; 71(1):34-40.
- Trummer UF, Mueller UO, Nowak P, Stidi T, Pelikan JM. *Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study*. *Patient Educ Couns* 2006; 61(2):299-306.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP**Data Pribadi**

Nama Lengkap : Prof. Dr. H. Achmad Arman Subijanto, dr. MS
Tempat tanggal lahir : Yogyakarta, 7 November 1948
Agama : Islam
Pekerjaan : PNS Fakultas Kedokteran UNS
NIP : 030 134 565
Pangkat / Golongan : Pembina / IV A
Jabatan : Lektor Kepala
Alamat Kantor : Jl. Ir. Sutami No. 36 A
Kentingan Surakarta
Alamat Rumah : Jl. Merpati No. 28 Kerten RT 04 / RW 03
Surakarta
Status Perkawinan : Menikah
Nama Istri : Dr. Hj. Noer Rachma, dr. Sp.RM
Nama Anak : 1. Reza Wisnuwardhana, S.T.
2. Maya Dyah Astari, S.Si.
3. Ratna Kusumawati, dr.
Nama Menantu : 1. Jatu Aphridasari, dr. Sp.P.
2. Indro Nugroho, dr. Sp.KJ.
3. Heru Sulastomo, dr.
Nama Cucu : 1. Aisyah Nur Salsabila Az-Zahra
2. Muhammad Nur Abdul Azis
3. Muhammad Nur Abdul Hakim
4. Muhammad Nur Abdurrosyid
5. Muhammad Nur Abdullah
6. Nur Abdurrokhman Mufid

Riwayat Pendidikan

- Tahun 1961 : Sekolah Rakyat Netral Yogyakarta
Tahun 1964 : SMP Negeri I Yogyakarta
Tahun 1967 : SMA Negeri III Yogyakarta
Tahun 1976 : Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret
Surakarta
Tahun 1988 : Pendidikan S2 Program Pascasarjana Universitas
Gadjah Mada Yogyakarta
Tahun 1998 : Pendidikan S3 Program Doktor Universitas
Airlangga Surabaya

Riwayat Pekerjaan

- Tahun 1976 : Asisten Ahli Madya / Penata Muda / Golongan III/a
Tahun 1980 : Asisten Ahli / Penata Muda Tk.I / Golongan III/b
Tahun 1983 : Lektor Muda / Penata / Golongan III/c
Tahun 1986 : Lektor Madya / Penata Tk.I / Golongan III/d
Tahun 1989 : Lektor / Pembina / Golongan IV/a
Tahun 2008 : Guru Besar / Golongan IV/a

Riwayat Jabatan Struktural

- Tahun 1989 – 1998 : Kepala Laboratorium Ilmu Kesehatan
Masyarakat Fakultas Kedokteran UNS
Tahun 1990 – 1993 : Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan
Masyarakat Fakultas Kedokteran UNS
Tahun 1999 – 2002 : Pembantu Dekan I Fakultas Kedokteran
UNS
Tahun 2002 – sekarang : Dekan Fakultas Kedokteran UNS

Keanggotaan Profesi dan Jabatan Lain

1. Pengurus Besar IDI
2. Pengurus IDI Cabang Surakarta
3. Pengurus Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
4. Ketua AIPKI Wilayah IV
5. Anggota Kolegium KDKI
6. Pengurus PMI cabang Surakarta
7. Pengurus SAR UNS

Penghargaan

Tanda Kehormatan Satyalencana Karya Satya 30 tahun

Publikasi / Buku

1. Penyusun Dasar-dasar Epidemiologi
2. Penyusun Standar Pendidikan Dokter
3. Penyusun Standar Kompetensi Dokter
4. Penyusun Standar Dokter Spesialis
5. Penyusun Pedoman Pelaksanaan Internship (inpres)

Pembicara

1. "Tingkat Pengetahuan Siswa Sekolah Menengah Atas (SMA) tentang Obat Terlarang", Pembicara dalam Pertemuan Ilmiah Regional IKM-IKP Jateng-DIY di Yogyakarta, 1995.
2. "Pengaruh Manajemen dan Ekonomi Kesehatan terhadap Status Kesehatan Masyarakat", Pembicara dalam Pertemuan Ilmiah Regional IKM-IKP Jateng-DIY di Yogyakarta, 1996.
3. "Deteksi Dini pada Bayi Cacat Berbasis Masyarakat", Kursus Pencegahan Kecacatan pada Anak di Surakarta, 1997.

4. "Program Puskesmas Sayang Ibu untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu", Seminar Sehari Penurunan Mortalitas Ibu dan Anak di Surakarta, 1998.
5. "Dokter Keluarga dan Asuransi Kesehatan", Lokakarya Pembiayaan Kesehatan Masyarakat dalam SKN di Klaten, 1999.
6. "Strategi Mencapai "Zero Accident" pada Transmisi Listrik", Diskusi Panel Kesehatan & Keselamatan Kerja di Salatiga, 2000.
7. "Dokter Keluarga sebagai "Gate Keeper" dalam system Pelayanan Kesehatan yang Efektif dan Efisien", Penataran dokter Keluarga di Sragen 2001.
8. "Implementasi Industrial Hygiene Occupational Helath and Safety di Sektor Usaha Kecil dan Menengah", Seminar Nasional Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dalam rangka Dies Natalis UNS, 2005.
9. "Penyusunan Perencanaan Strategis untuk Mencapai Indonesia Sehat 2010", Workshop Yogyakarta Sehat 2010 di Yogyakarta, 2006.
10. "Peningkatan Kualitas Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) dalam Menyongsong Tantangan Global", Lokakarya Pengembangan Kurikulum Program D3 hiperkes dan Keselamatan Kerja di Surakarta, 2006.
11. "Peranan Perguruan Tinggi dalam Menyiapkan Sumber Daya Manusia K-3", Seminar Nasional Peningkatan Kualitas Tenaga Kerja di Surakarta, 2007.
12. "Legitimasi Tenaga Kesehatan Kerja di Indonesia", Brainstorming antar Institusi Pendidikan K3 di Surakarta, 2008.

Penelitian / Karya Ilmiah

1. Status Gizi Hubungannya dengan Prestasi Belajar Murid Sekolah Dasar. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1991).

2. Pengaruh Limbah Rumah Sakit terhadap Kualitas Air di Sekitarnya. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1991)
3. Memasyarakatkan Peningkatan Penggunaan ASI. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1991).
4. Perbedaan Efektifitas Pemberian Oralit dibandingkan Cairan Intravena pada Gastro Enteritis. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1991).
5. Studi Kualitas Air Sungai Kodya Surakarta. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1992).
6. Hubungan Lama Pemakaian Suntikan KB dengan Kejadian Efek Samping Kontrasepsi. (Dipublikasikan Sumbangsih, 1992).
7. Pengaruh Waduk Song Putri Terhadap Kesehatan Lingkungan (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1992).
8. Hubungan Motivasi dan Kepuasan Kerja Kader Sehat dalam Pelaksanaan Posyandu. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1993)
9. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Umur Penyapihan Anak (Dipublikasikan Sumbangsih, 1993).
10. Peranan Dukun Bayi dalam Perawatan Postnatal Neunatus (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1993).
11. Studi Kelayakan Penerapan Model Dana Sehat sebagai Alternatif Solusi Pendanaan Program KIA di Wuryantoro Wonogiri. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas, Lemlit UNS, 1993).
12. Evaluasi Pelaksanaan Model Swakelola dan Swadana Puskesmas. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas, LemLit UNS, 1993).
13. Pelaksanaan Usaha Kesehatan di Puskesmas Wuryantoro Wonogiri. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1994).

14. Pengaruh Intensifikasi Kader Kesehatan terhadap Kesehatan Ibu dan Anak. (Dipublikasikan Lembaga Penelitian UNS, 1994)
15. Pengaruh Jenis Pekerjaan Ibu terhadap Kelangsungan Hidup Anak. (Dipublikasikan Pusat Studi Wanita UNS, 1994).
16. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Ibu Menghadapi Simptom Diare. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas, Lemlit UNS, 1994).
17. Peranan Suami dalam Pengambilan Keputusan Perawatan Anak (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas, LemLit UNS, 1994).
18. Status Kesehatan Rumah Tangga di Sangiran. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas Lemlit UNS, 1995).
19. Kontribusi Guru Taman Kanak-kanak (TK) terhadap Peningkatan Gizi Balita. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas LemLit UNS, 1996).
20. Prevalensi Penyakit Infeksi pada Bayi dengan ASI. (Dipublikasikan Pusat Studi Kedokteran Komunitas LemLit UNS, 1997)
21. Penurunan Ketahanan Immunologik ASI pada Peran Ganda Ibu Menyusui Suatu Pendekatan Psikoneuroimmunologik. (Dipublikasikan Program Pascasarjana Universitas Airlangga, 1998).
22. Pengaruh Bekerja terhadap Kadar IgA pada ASI. (Dipublikasikan Media Medika Indonesia, 2000).
23. Persepsi Masyarakat Terhadap Konsep Dana Sehat. (Dipublikasikan Majalah Kedokteran Indonesia, 2002).
24. Peranan Kedokteran Penerbangan dalam Mengantisipasi Globalisasi. (Dipublikasikan Majalah Kedokteran Indonesia, 2004).
25. Pengaruh Sikap Ibu Hamil terhadap Kelengkapan Kunjungan Pelayanan Antenatal. (Dipublikasikan Jurnal Kedokteran Universitas Sriwijaya, 2008).