

Peran komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan gigi

(The role of interpersonal communication integrated with medical dental care)

Hanindio Soelarso, Roesanto Heru Soebekti, dan Achmad Mufid

Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat
Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga
Surabaya - Indonesia

ABSTRACT

This article is a literature study, concerning the interpersonal communication role in conjunction with technical dental and oral health care conducted by the dentists towards the patient individually. In addition, interpersonal communication means to be synergic communication among dentist and the patient. In relation with the verbal or non verbal dental care process, the effectiveness of interpersonal communication is identified through the perception of the messages and it's translated by recipient perception, and it will be the same meaning as the messenger's perception. In this case, the dentist and the patient will be capable to send or accept mutual messages as messenger and message recipient. In conclusion, in the dental and oral medical care on the procedure point of view, the similar perception determines very much the successfulness of the wholodental and oral health care process toward diagnosis, determination therapy plan, treatment and post treatment process.

Key words: interpersonal communication, dentist and patient communication

Korespondensi (*correspondence*): Hanindio Soelarso, Bagian Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat, Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga. Jln. Mayjen. Prof. Dr. Moestopo No. 47 Surabaya 60132, Indonesia.

PENDAHULUAN

Telah diketahui bahwa masalah kesehatan gigi dan mulut di Indonesia sampai saat ini merupakan masalah klasik, ini ditandai dengan angka prevalensi karies gigi dan penyakit periodontal masih tetap tinggi. Artinya bila kita amati pergeseran pola penyakit gigi secara Epidemiologis walaupun ditunjang oleh teknologi perawatan canggih dan sistem pelayanan kesehatan gigi yang terpadu, angka kesakitan gigi mulut sampai saat ini tetap sama.

Dari aspek penyelenggara layanan kesehatan gigi, salah satu faktor pendukung klasik masalah kesehatan gigi dan mulut adalah layanan medis teknis kesehatan gigi dan mulut yang tidak optimal, sebagai contoh: kegagalan hasil perawatan, timbulnya masalah kesehatan gigi baru, rasa sakit yang tidak reda, penderita tidak puas terhadap hasil pelayanan medik gigi yang diterimanya.

Hasil penelitian yang dilakukan pada pekerja industri pertanian di Northwest, Inggris tentang hubungan antara pola kunjungan mereka ke dokter gigi dengan status kesehatan gigi, disimpulkan bahwa meningkatnya frekuensi kunjungan ke dokter gigi untuk mendapatkan pelayanan medik gigi memang benar dapat menghilangkan risiko kehilangan gigi, tetapi tidak dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan gigi baru, seperti karies sekunder dan karies gigi yang lain.¹ Evaluasi terhadap 48 molar sulung yang ditumpat *glass ionomer* kelas II di klinik *Pedodontia* Fakultas Kedokteran Gigi Universitas

Airlangga didapatkan bahwa, 33% diantaranya mengalami kegagalan perawatan setelah 6 bulan ditumpat.² Evaluasi klinis satu tahun setelah tumpatan resin komposit kelas VI yang dilakukan Rahardjo dkk.³ di klinik Konservasi Gigi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga mendapatkan 34% dari 30 subyek yang ditumpat mengalami kegagalan perawatan. Dari jumlah tersebut 50% disebabkan adanya karies sekunder, sisanya karena tumpatan yang patah.

Jika diamati menurut prosesnya, pelayanan medik gigi dan mulut dapat dipandang sebagai transaksi terapeutik antara dokter gigi dengan penderita. Transaksi terapeutik didefinisikan sebagai transaksi untuk menentukan terapi yang paling tepat terhadap penderita dan sebagai transaksi berarti mengandung kegiatan komunikasi antara dokter gigi dengan penderita.⁴ Dari pandangan ini salah satu penyebab pelayanan medik gigi yang tidak optimal adalah proses komunikasi yang tidak optimal.

Menurut teori komunikasi, komunikasi yang terjadi selama transaksi terapeutik adalah komunikasi interpersonal. Naude *cit.* Santosa⁵ menyebutkan bahwa pada proses pelayanan medik gigi terjalin suatu hubungan kerja sama antara dokter gigi dengan penderitanya yang dikenal dengan komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang terjadi antara dua orang atau lebih, bisa secara verbal dan nonverbal proses ini dapat terjadi secara langsung tanpa melibatkan media komunikasi sebagai penghantar pesan. Dalam proses komunikasi interpersonal sumber komunikasi

(komunikator) dan penerima pesan (komunikate) dapat berganti peran, pergantian peran seperti ini disebut komunikasi, dan proses pergantian peran tersebut dapat timbul saat itu juga (saat yang sama) misalkan bila ada interupsi.⁶

Pendekatan layanan medik kesehatan gigi lebih ditekankan pada layanan medik gigi secara perorangan yang meliputi layanan medik dan layanan administratif. Karena merupakan layanan medik gigi perorangan, maka titik awalnya adalah pertemuan antara dokter gigi dengan penderitanya dan titik akhirnya adalah tindakan medik gigi yang sudah dinyatakan selesai oleh dokter gigi. Dengan demikian sebenarnya secara episodik layanan medik gigi meliputi: episode layanan administrasi (pencatatan identitas penderita), episode rencana perawatan, perawatan, dan pasca perawatan. Namun demikian mengingat kompleksitas layanan medik gigi dalam setiap episode, maka dalam kajian ini lebih diarahkan pada layanan medik dasar atau layanan medik gigi tingkat pertama yang diharapkan dapat menggambarkan layanan medik gigi secara keseluruhan, termasuk layanan spesialisik.

Tujuan yang ingin diwujudkan dalam kajian ini adalah selain penanganan medik gigi dengan teknologi modern dan perawatan yang canggih, diperlukan suatu instrumen lain dengan mengoptimalkan komunikasi interpersonal antara dokter gigi sebagai *provider* dan penderita sebagai konsumen, sehingga diharapkan dapat menumbuhkan kesadaran *providers* akan pentingnya komunikasi interpersonal pada pelayanan medik teknis gigi dan mulut dengan harapan angka kesakitan gigi secara epidemiologis mengalami pergeseran (menurun secara signifikan).

Konunikasi interpersonal

Komunikasi interpersonal diterjemahkan sebagai komunikasi yang terjadi antara dua orang atau lebih, di mana komunikator sebagai sumber komunikasi yang mengirim pesan dan komunikate sebagai penerima pesan. Pesan tersebut diterima oleh komunikate sebagai stimulus dan komunikate memberikan jawaban berupa respons, demikian juga bisa terjadi sebaliknya.

Menurut Rakhmat,⁶ karakteristik komunikasi interpersonal adalah proses komunikasi terjadi tanpa melalui media komunikasi, sehingga dalam proses komunikasi interpersonal mempunyai ciri sebagai berikut: 1) pesan dari komunikator tidak terbatas pada pesan *verbal* tetapi juga pesan *nonverbal* seperti ekspresi wajah, gerakan anggota tubuh, sehingga pesan tersebut mempunyai makna yang beragam, selanjutnya dapat menimbulkan respons yang beragam pula. Sangat mungkin stimulus yang paling menonjol yang diterima komunikate adalah ekspresi wajah (*nonverbal*) tanpa disadari oleh komunikator, sehingga respons yang diterima komunikator tidak sesuai dengan isi yang diinginkan; 2) komunikate dapat berganti peran sebagai komunikator pada saat yang bersamaan (selama proses komunikasi berlangsung), contoh

munculnya interupsi. Pergantian peran secara bersamaan merupakan suatu mekanisme umpan balik (*feed back mechanism*), sehingga kemungkinan hambatan komunikasi tidak dapat segera diketahui oleh kedua belah pihak.

Secara psikologis selama proses komunikasi interpersonal berlangsung maka dalam diri komunikator akan terjadi proses sensasi, memori, persepsi, dan berpikir. Keempat proses ini merupakan tahapan ketika seorang menerima pesan hingga menghasilkan respons.⁶ Sensasi adalah saat stimulus ditangkap oleh indera manusia (*senses*) selanjutnya dirubah menjadi impuls melalui syaraf dan dipahami oleh otak manusia.⁶

Oleh sebab itu ketepatan dan kecepatan pemahaman terhadap stimulus tergantung kepekaan indera manusia, sehingga ini berpengaruh pada proses selanjutnya. Proses persepsi akan melibatkan memori dan proses berpikir, karena persepsi merupakan proses ketika otak manusia memberi makna atau menafsirkan stimulus. Sedangkan memori adalah proses menyimpan informasi yang dapat dipakai sebagai kerangka rujukan (*frame of references*), dan akan dikeluarkan kembali bila informasi tersebut dibutuhkan. Selanjutnya berpikir adalah suatu proses untuk menetapkan keputusan, memecahkan masalah dan memproduksi respons.⁶

Ketika proses komunikasi interpersonal berlangsung keempat tahap ini berjalan tanpa dapat dirasakan atau diraba, walaupun terjadi dalam satu episode, sebagai contoh: ketika seorang dokter gigi bertanya kepada pasiennya tentang berapa lama merasakan sakit gigi, atau seberapa parah sakit gigi yang dideritanya, maka persepsi penderita dalam mengelola stimulus tersebut sangat tergantung dari kerangka rujukan yang ada di memorinya, apa yang dimaksud dengan berapa lama sakitnya atau seberapa parah sakitnya. Hal ini sangat menentukan dalam menciptakan makna pesan pada proses persepsinya. Dari contoh tersebut dapat dicermati pentingnya proses persepsi dalam optimalisasi komunikasi interpersonal. Sehingga bila keliru dalam mempersepsi stimulus maka respons yang diproduksi tidak sesuai dengan makna pesan yang diinginkan dokter giginya.

Desiderato *cit.* Rakhmat⁶ menyatakan bahwa proses persepsi juga melibatkan atensi (perhatian), ekspektasi (harapan), motivasi, dan memori, yang semua ini sangat berpengaruh dalam memproduksi respons.

Rakhmat⁶ membagi faktor penentu ketepatan persepsi menjadi faktor struktural dan faktor personal. Faktor struktural sebagai faktor yang berada di luar diri komunikate, oleh karena itu sangat berperan terhadap kualitas pesan (stimulus), sebagai contoh: kualitas pertanyaan dokter gigi merupakan faktor struktural yang sangat menentukan persepsi penderitanya. Sedangkan faktor personal adalah berbagai faktor yang ada dalam diri komunikate, seperti: emosi, *mood*, sugesti serta kerangka rujukan komunikate.⁶ Sebagai contoh: bila penderita tidak mempunyai kebutuhan tinggi terhadap kesembuhan sakit giginya, atau jika penderita takut terhadap perawatan gigi maupun figur dokter giginya, atau jika penderita miskin

akan kerangka rujukan, maka besar kemungkinan pertanyaan dokter gigi terhadap kondisi sakit gigi dan rencana perawatan gigi akan dipersepsi secara tidak tepat oleh penderitanya. Oleh karena itu efektifitas komunikasi interpersonal sangat bergantung pada persepsi interpersonalnya.⁶

Naude *cit.* Santosa⁵ menyatakan bahwa instruksi dan informasi dapat diterima dengan baik oleh penderita, jika ia memberikan perhatian penuh terhadap informasi, pengertian atas pesan serta penerimaan pesan secara psikologis.

Pelayanan medik kesehatan gigi dan mulut

Pelayanan medik kesehatan gigi dan mulut adalah bagian dari pelayanan kesehatan (*health care services*) dan didefinisikan sebagai setiap upaya kesehatan secara mandiri atau bersama dalam suatu organisasi untuk memelihara derajat kesehatan yang ditunjukkan kepada individu, keluarga, kelompok dalam masyarakat.⁷

Menurut jenisnya pelayanan kesehatan dibedakan menjadi dua yaitu, pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*), yang membedakan antara kedua jenis pelayanan kesehatan tersebut adalah cara pengorganisasiannya.⁸ Pelayanan kedokteran bersifat individu (*solo practice*) atau bersama-sama dalam suatu organisasi (institusi) seperti rumah sakit dan klinik swasta, sebagai sasaran adalah individu atau keluarga. Tujuannya untuk menyembuhkan penyakit atau memulihkan kesehatan. Sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat pengorganisasiannya secara bersama dan tujuannya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta pencegahan terhadap penyakit.

Pelayanan kedokteran dikaji dari kemampuan memberikan pelayanan, dibedakan menurut tiga tingkatan, yaitu: pelayanan tingkat pertama (*primary health services*), pelayanan tingkat kedua (*secondary health services*), dan layanan tingkat ketiga (*tertiary health services*).

Layanan tingkat pertama adalah layanan kesehatan pokok (*basic health services*) sebagai contoh layanan rawat jalan (*ambulatory* atau *out patient services*). Sedangkan tenaga medis yang dibutuhkan pada layanan tingkat pertama adalah dokter umum (*general practitioner*).

Layanan kesehatan tingkat kedua adalah layanan kesehatan lebih lanjut (layanan spesialis), dan ini dibutuhkan tenaga dokter spesialis. Sedangkan layanan kesehatan tingkat ketiga adalah layanan kesehatan lebih kompleks, dan untuk penyelenggaraannya dibutuhkan dokter superspesialis.^{8–10}

Seperti telah diketahui bahwa layanan kesehatan gigi dan mulut merupakan subsistem layanan kesehatan umum, artinya uraian dan pembedaan pelayanannya berlaku pula untuk layanan kesehatan gigi. Sebagai bentuk layanan medik karakteristik layanan kesehatan gigi dan mulut dapat dikaji menurut cara pendekatannya (*characteristic*

approach) terhadap perorangan maupun kepada kelompok masyarakat.

Pola pendekatan perorangan akan terjadi tatap muka secara langsung antara tenaga medis (dokter gigi) dengan individu (penderita) tanpa menggunakan media komunikasi, hal ini merupakan ciri atau karakteristik penting dalam layanan medik gigi. Pandangan ini tercermin dalam definisi transaksi terapeutik yang dinyatakan sebagai suatu perjanjian layanan medik untuk upaya penyembuhan penderita.⁴ Ini sesuai dengan pernyataan Naude *cit.* Santosa⁵ bahwa layanan medik kesehatan gigi dan mulut akan terjadi komunikasi interpersonal.

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut merupakan suatu proses yang berlangsung dalam suatu kurun waktu tertentu, dimana titik awal dari proses tersebut adalah pertemuan penderita dengan dokter gigi hingga titik akhir proses yaitu tindakan layanan medik sudah dianggap selesai oleh dokter gigi. Sehingga tatap muka antara dokter gigi dengan penderita berlangsung selama kurun waktu proses perawatan medik kesehatan gigi.

Secara teknis proses layanan medik kesehatan gigi dan mulut dapat dipilah dalam beberapa episode, antara lain: episode layanan administrasi, episode diagnosis, episode rencana perawatan, episode pelaksanaan perawatan dan episode pasca perawatan. Nurdjanah *cit.* Kristina¹¹ dalam tulisannya tentang panduan kegiatan komunikasi terapeutik menyatakan bahwa komunikasi terapeutik dilaksanakan sejak pertemuan pertama (*fase prainteraksi*) hingga akhir layanan medik (*fase terminasi*).

PEMBAHASAN

Telah diketahui bahwa karakteristik pendekatan (*approach*) layanan medik gigi dan mulut secara perorangan (individual) terjadi proses komunikasi interpersonal, melalui beberapa episode yaitu: episode administrasi medik, diagnosis, rencana perawatan, perawatan, dan pasca perawatan.

Kualitas proses komunikasi interpersonal antara dokter gigi dengan penderitanya merupakan salah satu instrumen penting agar proses maupun hasil layanan medik gigi dan mulut menjadi optimal. Pendapat ini didasari oleh beberapa fakta sebagai berikut: 1) dinyatakan bahwa optimalisasi proses dan hasil layanan medik gigi dan mulut sebagian besar tergantung pada respons penderitanya, beberapa bentuk respons penderita yang dimaksud adalah: a) jawaban penderita terhadap pertanyaan dokter giginya dalam rangka episode administrasi medik, diagnosis, penetapan rencana perawatan, proses perawatan maupun dalam kerangka membangun peran serta penderita; b) informasi dari penderita tentang status dan riwayat penyakit gigi dan mulut, pertanyaan tentang rencana dan proses perawatan, proses kesembuhan hasil perawatan; c) peran serta dan sifat kooperatif penderita terhadap seluruh proses perawatan gigi dan mulut.

Ketergantungan kepada respons penderita terlihat pada seluruh episode layanan medik gigi dan mulut, misalkan pada episode diagnosis kelainan medik gigi dan mulut, diperkirakan bahwa sebagian besar validitas metode untuk mendiagnosa kasus kesehatan gigi terutama karies gigi dan kelainan periodontal sangat bergantung pada respons penderita terhadap stimulus yang diterimanya.

Artinya bahwa walaupun semua metoda pemeriksaan untuk menunjang diagnosis seperti pemeriksaan intra oral, rontgenologis dan histopatologis sebesar 100%, maka diasumsikan 80% diantara metoda tersebut validitasnya bergantung pada respons penderita. Ini sejalan dengan pendapat Bender,¹² Pollock *et al.*,¹³ maupun Cailleau *et al.*¹⁴ yang menggunakan *electric pulp vitalitester* menunjukkan besarnya kepekaan jaringan pulpa subyek penelitian pada skala vitalitester pada dasarnya bergantung pada respons (rasa linu) dari subyek penelitian ketika gigi mereka diberi stimulus listrik.

Wong and Baker *cit.* Haroen¹⁵ menggunakan metode pengukuran kualitas rasa nyeri gigi dengan menggunakan alat ukur *visual analog scale (VAS)* untuk mengukur, lalu diterjemahkan dengan menggunakan skala garis kontinum (*Uni dementional check list*) dengan ukuran skala 1 hingga 3. Rasa nyeri ringan berada pada skala 1, rasa nyeri sedang berada pada skala 2 dan rasa nyeri berat berada pada skala 3.

Pengukuran dilakukan dengan cara meminta penderita memilih skala pada *VAS* sesuai dengan penafsiran (*perception*) nyeri gigi akut yang sedang dirasakan. Tentu saja validitas hasil ukur metode ini bergantung pada kecermatan dan kecepatan penafsiran penderita terhadap rasa nyeri akutnya, dan atas dasar penafsiran inilah penderita menghasilkan respons berupa pilihan skala *VAS*.

Penelitian Mc. Daniel¹⁶ tentang kesediaan penderita untuk menceritakan kelainan sistemik yang diidapnya sampai pada kesimpulan, bahwa penderita usia dewasa enggan memberikan informasi secara benar tentang penyakitnya kepada dokter, karena mereka berpendapat bahwa layanan medik gigi dan mulut tidak memerlukan informasi penyakit sistemik. Padahal diketahui bahwa sangat mungkin terdapat kontra indikasi pemberian obat pada perawatan gigi mereka yang berkaitan dengan riwayat penyakitnya. Dari penelitian ini dapat dilihat bahwa respons penderita dalam bentuk riwayat penyakit ikut berperan dalam menetapkan rencana perawatan gigi dan mulut.

Runkat¹⁷ maupun Delcanho¹⁸ menyatakan bahwa untuk mendapatkan informasi dari penderita tentang riwayat penyakit termasuk kebiasaan yang berkaitan dengan fungsi oklusi dan *artikulasi* merupakan salah satu metode untuk membantu menegakkan diagnosa kelainan sendi *temporo mandibular*.

Soenartyo¹⁹ bahkan menyatakan pentingnya mendapatkan informasi penderita tentang kondisi sosial, situasi rumah (*housing*) dan pekerjaan untuk keperluan menegakkan diagnosa kelainan sendi *mandibula* tersebut.

Pemahaman penderita terhadap tentang penyebab kelainan *mandibula* dan peran sertanya untuk mengikuti petunjuk dokter giginya merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan perawatan kelainan sendi *temporo mandibular*.

Widodo²⁰ dalam tulisannya tentang paradigma baru perawatan endodontik, menyatakan bahwa diagnosis peradangan jaringan pulpa yang dilakukan sampai saat ini lebih berdasarkan atas keluhan rasa sakit atau respons penderita saja, ini disebabkan jaringan pulpa merupakan jaringan ikat yang berada di dalam jaringan keras gigi. Dengan demikian secara klinis sangat sulit untuk melihat kondisi yang sebenarnya, terutama untuk mendeteksi proses peradangan secara tepat. Sehingga dalam proses perawatan dan pascaperawatan ketergantungan pada respons penderita masih juga dapat dilihat melalui bentuk peran serta dan dukungan penderita terhadap proses perawatan dan pascaperawatan gigi dan mulut.

Savitri²¹ mengkaji kasus *exfoliative cheilitis* penderita di klinik Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Airlangga menyimpulkan bahwa untuk mendapatkan hasil maksimal dari perawatan kasus ini diperlukan kerja sama antara dokter gigi dengan penderitanya. Dan karakteristik perawatannya diasumsikan bahwa 80% perawatan dengan upaya rehabilitasi pengunyahan, seperti pemasangan gigi tiruan atau mahkota jembatan. Usaha rehabilitasi ini jelas memerlukan peran serta penderita hingga tahap pascaperawatan, karena diperlukan proses penyesuaian terhadap hasil pemasangan gigi tiruan tersebut. Proses penyesuaian penderita tersebut disebut sebagai periode *Habitiasi*.²² Basket *et al. cit.* Soeprapto.²² menyatakan bahwa proses habituasi pada dasarnya adalah proses belajar, dalam proses belajar berarti terjadi proses komunikasi.

Dari kajian dari berbagai respons tersebut dapat dipastikan bahwa dalam melakukan layanan medik gigi dan mulut, dokter gigi akan menuntut respons penderitanya yang sesuai dengan pesan dan instruksinya. Karena respons penderita diproduksi berdasarkan persepsi terhadap pesan yang diterimanya, maka apabila persepsi terhadap pesan tidak tepat, maka respons yang diproduksi tidak sesuai dengan makna pesan yang diinginkan dokter giginya.

Ada dua hal pokok sebagai penyebab persepsi yang tidak tepat, antara lain pertama adalah kapasitas kerangka rujukan penderita dan kedua adalah kualitas pesan dokter giginya. Dari hasil penelitian Januar²³ tentang interaksi dokter gigi dengan penderitanya di empat Puskesmas di Jakarta Selatan, disimpulkan adanya perbedaan tingkat intelektual antara dokter gigi dengan penderitanya sehingga menyebabkan penderita ragu-ragu dan kurang percaya diri untuk mengajukan pertanyaan kepada dokter giginya. Namun demikian rendahnya kapasitas kerangka rujukan penderita ini seharusnya dapat diimbangi dengan kualitas pesan, baik materi pesan maupun cara penyampaian pesan kepada penderita. Sehingga materi dan cara penyampaian yang disesuaikan dengan kerangka

rujukan penderita akan lebih memudahkan dalam proses persepsi penderita, dan selanjutnya produksi respons akan sesuai dengan harapan yang diinginkan dokter gigi tersebut.

Jika dikaji dari persepsi masyarakat tentang masalah kesehatan gigi dan mulut pada umumnya masyarakat memiliki pola pikir (*mind set*) bahwa masalah kesehatan gigi dan mulut bukan merupakan masalah yang dapat mengancam jiwa atau tidak menimbulkan hal-hal yang fatal seperti kematian dan sebagainya. Pandangan ini didukung pendapat Reisiene dan Locker²⁴ menyatakan anggapan masyarakat bahwa masalah kesehatan gigi dan mulut bukan masalah yang dapat mengancam kehidupannya, sehingga pola pikir demikianlah yang membentuk perilaku mereka dalam mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut. Salah satu bentuk perilaku dalam mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut di masyarakat adalah menolak rencana perawatan yang sudah diindikasikan terhadap dirinya, misalkan takut sakit lagi, tidak memiliki waktu untuk perawatan yang berulang kali dan alasan lain. Data yang dikumpulkan oleh Kent *cit.* Januar²⁵ terhadap dokter gigi di Inggris menemukan bahwa permasalahan yang paling banyak dialami dokter gigi adalah keputusan menetapkan rencana perawatan, karena ikut sertanya penderita menetapkan perawatan tersebut. Persoalan yang timbul adalah ketika jenis perawatan yang diinginkan atau yang dipilih penderita justru merupakan perawatan kontra indikasi baginya. Dalam kondisi seperti inilah justru peran komunikasi interpersonal untuk merubah perilaku khususnya kerangka rujukan penderita menjadi sangat bermakna.

Di bidang kesehatan gigi masyarakat timbul paradigma baru tentang *the person behind the teeth*, di mana penerapan paradigma ini dalam berbagai layanan kesehatan gigi dan mulut pada masyarakat tidak bisa terlepas dari persoalan manusia seutuhnya, artinya perawatan kesehatan gigi dan mulut kepada individu atau masyarakat bukan terhadap kasus penyakitnya saja tetapi justru terhadap orang atau manusia secara utuh (*as human being*).²³ Dengan demikian unsur manusia dengan berbagai karakteristiknya menjadi bagian penting dalam upaya penanganan masalah kesehatan gigi dan mulut di masyarakat, sehingga dengan penekanan aspek karakteristik manusia dalam layanan medik kesehatan gigi dan mulut menyebabkan peran komunikasi antara dokter gigi dengan penderitanya akan lebih menonjol.

Dari ketiga fakta yang telah diuraikan baik secara teori maupun berbagai kegagalan komunikasi maka dapat digambarkan peran komunikasi interpersonal antara dokter gigi dengan penderita menjadi lebih optimal apabila kualitas komunikasi interpersonal mampu membangun hubungan interpersonal antara dokter gigi dengan penderitanya. Ini sesuai dengan analisis Milgrom *et al.*²⁶ tentang pengelolaan rasa sakit pada penderita anak-anak menyimpulkan bahwa, komunikasi interpersonal yang dibangun dokter gigi terhadap penderita anak-anak ternyata sangat efektif untuk menekan rasa sakit gigi yang

dirasakan anak-anak tersebut. Sedangkan dari hasil penelitian Januar²³ yang mempelajari konsep kepuasan penderita terhadap perawatan gigi yang sudah dijalannya terutama tentang kualitas interaksi atau komunikasi interpersonalnya. Penelitian yang dilakukan untuk mengamati tingkat kepuasan penderita pengunjung poli gigi di empat Puskesmas di Jakarta selatan ini didapatkan bahwa kurangnya interaksi dokter gigi dengan penderitanya terutama dalam pemberian informasi layanan medik gigi dan mulut, menyebabkan kesulitan untuk mengatasi pengetahuan penderita terhadap layanan medik gigi dan mulut yang sangat minim, temuan ini menjadi sangat menarik sebab pengetahuan penderita tentang hal tersebut sebenarnya merupakan gambaran kapasitas kerangka rujukan penderita terhadap layanan medik gigi dan mulut. Apabila kita mengacu pada proses persepsi maka kerangka rujukan ini faktor penyebab utama terhadap timbulnya persepsi yang tidak cermat, dan dalam skala populasi dapat diasumsikan bahwa persepsi yang tidak cermat terhadap layanan medik gigi dan mulut terjadi pada masyarakat secara umum, akibatnya akan menimbulkan respons yang tidak tepat pula. Hal inilah yang menghambat setiap program peningkatan kesehatan gigi masyarakat, sehingga program tersebut sering mengalami kegagalan.

Dari kajian di atas dapat disimpulkan bahwa peran komunikasi interpersonal antara dokter gigi dengan penderitanya sangat penting, agar proses layanan medik gigi dan mulut akan lebih optimal, dan pemahaman tentang peran komunikasi interpersonal diharapkan mampu mendorong peningkatan kemampuan dan penguasaan berkomunikasi dengan penderita dan akhirnya timbul hubungan interpersonal yang optimal antara dokter gigi dengan penderitanya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peterson PE, Holst D. Utilization of dental health services. In: Cohen LK, Gift HC, editors. Disease prevention and oral health promotion. Copenhagen: Federation Dentaire International; 1995. p. 352–3.
2. Kuntari SA six month evaluation of glass ionomer cement restoration in class II caries of primary molar. *Maj. Ked. Gigi (Dent J)* 1999; 32(2):73.
3. Rahardjo P, Rukmo M, Rulianto M. Evaluasi klinis satu tahun pada tumpatan resin komposit kelas VI. *Maj. Ked. Gigi (Dent J)* 2002; 35(3):120–1.
4. Ariadi BSS, Moerdiati S, Poerwoleksono DE, Shomad A, Kabat S. Tinjauan yuridis di dalam perjanjian penyembuhan. *Jurnal Penelitian Universitas Airlangga* 1989; 5(2):20–22.
5. Santosa LM. Komunikasi interpersonal antara Dokter gigi dan pasien di ruang praktek. *Majalah Kedokteran Gigi* 1998; 31(4):137.
6. Rakhmat J. Psikologi komunikasi. Edisi II. Bandung: CV Remaja Karya; 1986. h. 16, 61–86, 100–14.
7. Azwar A. Sebagai guru besar tetap pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta. 1977. h. 2.
8. Azwar A. Pengantar administrasi kesehatan. Edisi I. Jakarta: Binarupa Aksara; 1996. h. 35–40.
9. Mc Mahon R, Barton E, Piot M. Manajemen pelayanan kesehatan primer. Poppy Kumala. Jakarta: Penerbit buku Kedokteran EGC; 1995. h. 44.

10. Trihono, Analisis Rumusan Rencana Intervensi Monitoring Evaluasi (APRIME). Pedoman manajemen Puskesmas. Proyek kesehatan keluarga dan gizi. DEPKES RI. 2002. h. 54–57.
11. Kristina D. Peran komunikasi terapeutik dalam perilaku kepatuhan berobat pasien gigi di Puskesmas. *Maj. Ked. Gigi (Dent. J)* 2003; 36(4):147–150.
12. Bender IB. The optimum placement site of the electrode in electric pulp testing of the 12 anterior teeth. in *Dental review* 1990; 2(1):14.
13. Pollock RM, Levenson MD. The endodontic emergency. *Practical Method of Management in Dental review* 1990; 2(1):17.
14. Cailleleau JG, Ludington JR. Using the electric pulp tester with gloves a simplified approach in *Dental review* 1990; 2(1):18.
15. Haroen ER. Pengaruh kualitas nyeri gigi akut terhadap derajat kecemasan pasien. *Majalah Kedokteran Gigi* 2002; 35(3):129.
16. Mc Daniel TF. Are patients willing to reveal health history information?. in *Dental review* 1995; 7(5):19–20.
17. Runkat J. A new paradigm of the solving on surgically TMJ dysfunction. *Majalah Kedokteran Gigi* 2002; 35(3):120–1.
18. Delcanho R. Temporomandibular disorder screening assesment. in *Dental review* 1996; 8(1):10.
19. Soenartyo H. Tatalaksana nyeri wajah karena kelainan fungsi temporomandibular joint. *Majalah Kedokteran Gigi* 2004; 37(1):33–37.
20. Widodo T. Paradigma baru perawatan endodontik. *Majalah Kedokteran Gigi* 2002; 35(3):134–5.
21. Savitri D. Exfoliative cheilitis. Suatu laporan kasus. *Maj. Ked. Gigi (Dent J)* 1996; 29(4):120.
22. Soeprpto. Periode habituasi pemakaian geligi tiruan lengkap. *Majalah Kedokteran Gigi (Dent. J)* 1999; 32(2):57–59.
23. Januar P. Konsep pasien tentang kepuasan terhadap perawatan gigi. *Maj. Ked. Gigi (Dent J)* 2001; 34(3a):341–6.
24. Reisine S, Locker D. Social, psychological and economic impact of oral onditions and treatments. In: Cohen LK, Gift HC, editors. *Desease prevention and oral health promotion*. Copenhagen: Federation Dentaire International; 1995. p. 34–35.
25. Januar P. Pengaruh ciri perseorangan pasien terhadap interaksi dengan tenaga kesehatan gigi, kepuasan dan ketaatan berobat pada perawatan gigi di Puskesmas. Disertasi. Surabaya: Pascasarjana Universitas Airlangga; 1996. h. 5.
26. Milgrom P, Weinstein P, Golletz D, Leroux B, Domoto P. Pain management in children. in *Dental review* 1995; 7(5):26.