

## BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Komunikasi

#### 2.1.1 Definisi

Komunikasi berasal dari bahasa latin yaitu *communicatio* atau *communicatus* atau *communicare* yang berarti berbagi atau menjadi milik bersama (Riswandi, 2009). Menurut Effendy dalam Saefullah (2007) dalam bahasa Inggris komunikasi berasal dari *communication* dan dalam bahasa Belanda berasal dari kata *communicate* yang berarti sama. Sama yang dimaksudkan adalah sama dalam makna. Jelasnya komunikasi akan berlangsung apabila penyampai dan penerima mempunyai kesamaan dalam makna. Keduanya harus menggunakan bahasa yang sama sehingga mengerti makna yang dipercakapan. Setiap bahasa memiliki makna yang berbeda-beda, apabila penerima dan penyampai menggunakan bahasa yang berbeda maka komunikasi tidak akan berjalan dengan efektif dan akan menimbulkan kesalahan dalam menerima makna informasi. Menurut Komaruddin dalam KKI (2009) komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi dari penyampai kepada penerima melalui cara tertentu sehingga penerima mengerti apa yang dimaksud oleh penyampai.

#### 2.1.2 Komponen Dasar Komunikasi

Komponen-komponen komunikasi terdiri dari: penyampai informasi (*source*), media atau saluran yang dipakai (*channel*) untuk menyampaikan informasi dan penerima informasi (*receiver*). Selain itu dalam komunikasi juga terdapat hal-hal yang dapat menghambat proses penyampaian informasi yang disebut hambatan (*noise*) dan hal-hal yang dapat memperlancarnya yang disebut umpan balik (*feed back*) (KKI, 2009). *Source* adalah individu atau sumber yang menyampaikan informasi. *Source* yang dimaksud bisa berupa individu ataupun sebuah organisasi seperti redaksi surat kabar, *station* televisi dan lain-lain (Saefullah, 2007).

*Channel* adalah saluran atau media tempat berjalannya informasi dari source kepada receiver. *Channel* yang banyak digunakan dapat berupa surat kabar, internet, televisi dan lain-lain (Saefullah, 2007). *Channel* dapat tidak

digunakan dalam kondisi tertentu yaitu seperti komunikasi yang berjalan secara langsung atau tatap muka (KKI, 2009).

*Receiver* adalah penerima informasi. *Receiver* bertanggung jawab dalam menerima informasi dengan berkonsentrasi ketika informasi sedang diberikan sehingga *receiver* bisa memberikan *feed back* kepada *source*. Dalam komunikasi peran *source* dan *receiver* bergantian sepanjang proses komunikasi berlangsung (KKI, 2009). *Receiver* bisa berupa individu atau sekelompok orang seperti para pendengar radio, para penonton seminar dan lain-lain (Saefullah, 2007).

*Feedback* adalah tanggapan dari *receiver* atas informasi yang telah disampaikan oleh *source*. *Noise* adalah gangguan atau hambatan yang muncul ketika komunikasi sedang berlangsung. *Noise* dapat mempengaruhi keefektivitasan proses komunikasi. *Noise* dapat berupa perbedaan bahasa, hambatan mekanis, prasangka, kepentingan dan lain-lain (Adhani, 2014).

### **2.1.3 Proses Komunikasi**

Proses penyampaian informasi dari guru kepada murid mengenai materi pembelajaran merupakan salah satu contoh proses komunikasi dimana terjadi penyampaian informasi dari *source* (guru) kepada *receiver* (murid) dengan tujuan informasi (materi pembelajaran) dapat diterima dan dimengerti oleh murid.

*Noise* yang bisa dalam proses komunikasi antara guru dan murid ini bisa berupa penggunaan istilah atau bahasa yang digunakan oleh guru yang murid tidak bisa memahai makna dari istilah tersebut. *Noise* ini dapat dihindari dengan pemilihan istilah oleh guru yang sesuai dengan tingkat pemahaman murid. Sedangkan *feedback* dari murid sebagai *receiver* dapat berupa mengganggu, memperhatikan dengan serius, memotong pembicaraan dengan bertanya, diam dan lain sebagainya.

### **2.1.4 Prinsip-prinsip dalam Komunikasi**

Di antara beberapa pakar komunikasi ada yang menggunakan istilah lain untuk menggantikan istilah komunikasi seperti asumsi-asumsi komunikasi, karakteristik-karakteristik komunikasi dan lain sebagainya. Namun secara garis

besar mempunyai dasar yang sama yaitu penjabaran lebih luas dari hakikat dan definisi komunikasi (Mulyana, 2008).

1. Komunikasi merupakan proses simbolik.

*Animal symbolicum* adalah sebutan lain dari manusia yang mempunyai arti makhluk yang membutuhkan lambang. Istilah inilah yang membedakan manusia dari hewan dan merupakan keunggulan manusia atas makhluk lainnya. Lambang atau simbol meliputi kata-kata (verbal), perilaku (non verbal), dan objek yang digunakan untuk menunjuk sesuatu yang lainnya berdasarkan kesepakatan sekelompok orang (Riswandi, 2009).

Menurut Mulyana (2008) lambang memiliki beberapa sifat antara lain:

- Lambang bersifat sembarangan, sewenang-wenang dan manasuka. Sesuatu apapun itu bisa dijadikan lambang bergantung pada kesepakatan bersama. Contoh dari sifat lambang ini salah satunya adalah penggunaan lambang pohon beringin untuk partai Golkar dan lambang matahari untuk Partai Amanat Nasional. Partai Golkar dan PAN tentunya memilih lambang-lambang tersebut untuk dijadikan lambang partai mereka melalui diskusi dan kesepakatan bersama.
- Lambang sebenarnya tidak memiliki makna, manusialah yang memberi makna. Misalnya penggunaan huruf A dalam penilaian ujian mahasiswa. Secara alami huruf A tidak memiliki makna namun perguruan tinggi mengartikan huruf A sebagai pencapaian yang tinggi terhadap prestasi mahasiswa.
- Lambang itu bervariasi. Lambang bervariasi dari suatu waktu ke waktu lain dan dari suatu budaya ke budaya lain. Contoh yang dapat diambil dari sifat lambang yang bervariasi dari suatu waktu ke waktu lain salah satunya adalah penggunaan panggilan *Bung* pada zaman revolusi. Pada zaman revolusi panggilan bung berkonotasi positif yang menunjukkan kesamaan derajat, namun kini panggilan Bung tidak populer lagi selain digunakan pada acara olahraga oleh pembawa acara dengan nara sumbernya.

2. Segala perilaku mempunyai potensi komunikasi.

Perilaku berpotensi menjadi komunikasi apabila seseorang memberi makna pada perilaku orang lain atau perilaku sendiri sehingga tidak bisa dikatakan bahwa semua perilaku adalah komunikasi. Misalnya seseorang yang sedang berdiam diri dapat diartikan sebagai setuju. Selain itu diam juga dapat diartikan sebagai malu, ragu-ragu, segan, tidak peduli dan sebagainya.

3. Komunikasi berlangsung dalam setiap tingkat kesengajaan.

Komunikasi dapat dilakukan secara sengaja seperti ketika menyampaikan pidato maupun secara tidak sengaja seperti ketika seseorang berpidato dengan suara terputus. Kesengajaan bukanlah syarat untuk berkomunikasi. Seperti penjelasan pada poin ke dua bahwa setiap perilaku memiliki potensi komunikasi. Perilaku yang dimaksud pun tidak terbatas pada perilaku yang disengaja saja. Perilaku seseorang yang tidak sengaja pun tidak menutup kemungkinan untuk ditafsirkan orang lain sebagai komunikasi.

4. Komunikasi terjadi dalam konteks ruang dan waktu.

Ruang dan waktu mempengaruhi makna dari suatu komunikasi. Misal, dari segi waktu, telepon yang berdering pada tengah malam akan memiliki arti yang berbeda ketika berdering pada siang hari. Berderingnya telepon pada malam hari dapat memiliki makna bahwa pesan yang disampaikan adalah pesan yang sangat penting. Dari segi ruang, memakai pakaian yang tidak sopan atau tertawa terbahak-bahak saat berada di pemakaman akan memiliki makna yang lain ketika dilakukan pada pesta. Perilaku tertawa terbahak-bahak dan memakai pakaian yang mencolok pada pemakaman bisa dipresepsikan orang lain sebagai perilaku tidak sopan atau menghina saat di pemakaman.

5. Keefektifan komunikasi berbanding lurus dengan kemiripan latar belakang.

Yang dimaksud komunikasi efektif adalah komunikasi yang menghasilkan harapan peserta komunikasi. Contoh, pedagang yang menawarkan dagangannya di pasar dianggap sudah melakukan komunikasi

efektif apabila pembeli membeli barang yang dijual, sesuai harapan pedagang, dan pembeli merasa puas dengan barang yang telah dibelinya.

Persamaan dalam beberapa hal seperti agama, ras (suku), bahasa, tingkat pendidikan atau tingkat ekonomi akan mendorong orang-orang untuk saling tertarik. Persamaan dalam hal-hal tersebut kemudian akan mendorong komunikasi efektif.

Seorang warga negara Indonesia yang memiliki pasangan warga negara Amerika harus berusaha lebih keras untuk dapat berkomunikasi dengan aktif. Perbedaan sosial budaya, agama, dan bahasa bisa mempersulit mereka dalam berkomunikasi efektif karena makna dari pesan verbal maupun non verbal berbeda terkait budaya, bahasa maupun agama sehingga dibutuhkan kesediaan untuk saling menerima dan memahami perbedaan.

#### 6. Komunikasi bersifat ireversibel.

Maksud dari prinsip ini adalah bahwa pesan yang telah disampaikan pada *receiver* tidak dapat ditarik kembali apalagi menghilangkan efek pesan tersebut sama sekali. Hal ini akan lebih terlihat apabila pesan yang disampaikan adalah pesan yang bersifat menyinggung perasaan orang lain.

#### 2.1.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Komunikasi.

Menurut Ristica *et al.* (2015) komunikasi dipengaruhi oleh beberapa hal yang dapat membuat komunikasi menjadi lancar ataupun yang akan menghambat komunikasi. Faktor-faktor tersebut antara lain:

##### 1. Latar belakang budaya

Seseorang akan menginterpretasikan makna dari suatu pesan sesuai dengan latar belakang budaya orang tersebut. Semakin sama latar belakang budaya antar peserta komunikasi akan semakin efektif komunikasi.

##### 2. Ikatan dengan kelompok atau grup

Ketika seseorang terikat dengan suatu grup atau kelompok tertentu maka seseorang tersebut akan mulai mengembangkan kesetiaan dan

menerima norma dan nilai yang telah diterapkan dalam kelompok tersebut. Norma dan nilai inilah yang nantinya akan mempengaruhi seseorang dalam mengamati pesan.

### 3. Harapan

Harapan merupakan kepercayaan akan sesuatu yang diinginkan akan terwujud. Apabila komunikasi sesuai dengan harapan peserta komunikasi maka komunikasi akan berjalan dengan lancar. Namun apabila komunikasi tidak sesuai dengan yang diharapkan maka komunikasi akan terhambat bahkan putus.

### 4. Pendidikan

Proses penerimaan ataupun pesan sangat dipengaruhi oleh derajat pendidikan formal maupun non formal dari peserta komunikasi. Semakin tinggi pendidikan yang didapat oleh seseorang maka semakin rumit sudut pandang dalam berkomunikasi. Misalnya, seorang yang lulus SD akan kurang pengetahuannya ketika membicarakan keluarga berencana dibandingkan dengan bidan yang mendalami bidang tersebut.

#### **2.1.6 Komunikasi dalam Profesi Dokter**

Komunikasi dalam praktik kedokteran bisa diterapkan salah satunya dalam komunikasi dokter-pasien. Komunikasi dokter-pasien ini sangat berperan penting dalam proses penyembuhan penyakit yang diderita pasien. Menurut Silverman dalam KKI (2008) komunikasi efektif dokter-pasien dikatakan lengkap apabila pemberi pesan mendapat umpan balik dari penerima pesan yang menandakan bahwa penerima pesan memahami apa yang disampaikan oleh pemberi pesan. Menurut Boediardjo (2009) komunikasi efektif merupakan komunikasi dengan kesetaraan dan dilandasi dengan empati. Keberhasilan komunikasi dokter pasien umumnya menghasilkan kepuasan dan kenyamanan antar dua belah pihak baik itu dokter maupun pasien.

Dokter dapat dengan mudah mempengaruhi sikap dan perilaku pasiennya melalui komunikasi dokter-pasien. Hal ini dikarenakan dokter memiliki posisi

yang lebih tinggi dari pasien dan kemampuan dokter berinteraksi secara individual. Posisi dokter yang lebih tinggi daripada pasien dikarenakan dokter memiliki keahlian tentang penyakit yang diderita (Soetjiningsih, 2008). Namun menurut Arianto (2013) pola komunikasi seperti yang telah disebutkan sebelumnya sudah saatnya diubah menjadi setara antara pasien dan dokter.

Efektivitas komunikasi antara dokter dan pasien akan berdampak pada kesehatan, kenyamanan, kepuasan pada pasien, penurunan resiko malpraktik serta perselisihan atau sengketa antara dokter dan pasien. Sengketa medis antara dokter dan pasien sebagian besar disebabkan oleh kesenjangan persepsi antara dokter dan pasien. Pasien dan keluarga merasa kurang puas dengan proses atau hasil pengobatan yang telah dilakukan sedangkan dokter dan pihak rumah sakit merasa sudah melakukan pengobatan secara optimal

Terdapat dua bentuk komunikasi dokter-pasien yaitu komunikasi verbal dan non verbal. Komunikasi verbal berupa komunikasi yang disampaikan melalui kata-kata, sedangkan komunikasi non verbal merupakan komunikasi yang disampaikan tanpa melalui kata-kata. Komunikasi non verbal dapat berupa isyarat, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan nada suara. Komunikasi non verbal ini dapat membantu kelancaran dari proses komunikasi efektif dokter-pasien maupun dapat menghambatnya. Selain menerima pesan verbal yang disampaikan pasien sudah sewajibnya dokter juga bisa membaca pesan non verbal yang disampaikan pasien. Seorang perlu membaca makna dari nada suara maupun bahasa tubuh pasien dikarenakan tidak semua pasien mampu mengungkapkan perasaannya melalui verbal atau kata-kata (Soetjiningsih, 2008).

Menurut Ong *et al* dalam Arianto (2013) komunikasi dokter pasien mempunyai beberapa tujuan yaitu menciptakan hubungan interpersonal yang baik, pertukaran informasi dan pengambilan keputusan medis. Tujuan pertama yaitu menciptakan hubungan interpersonal yang baik. Untuk mencapai tujuan ini seorang dokter perlu untuk ramah kepada pasien, berperilaku sopan dan empatik serta bersikap akrab kepada pasien. Kepuasan dan kepatuhan pasien terhadap pengobatan akan tercapai bila dokter dapat menciptakan hubungan interpersonal yang baik. Tujuan kedua dari komunikasi dokter-pasien adalah pertukaran

informasi. Tujuan ini akan tercapai bila dokter mendapatkan informasi dari pasien untuk menegakkan diagnosis dan rencana perawatan serta pasien mendapatkan informasi tentang penyakit yang dialaminya meliputi etiologi, gejala, metode diagnosis, pilihan pengobatan yang tersedia beserta dengan efek sampingnya. Tujuan ketiga yaitu pengambilan keputusan medis. Dalam mengambil keputusan medis peranan yang dibutuhkan tidak hanya dokter saja, keputusan pasien juga memiliki peranan yang penting. Hal ini dikarenakan pasienlah yang memahami riwayat penyakit mereka serta faktor-faktor sosial dan psikologis yang berperan. Kunci sukses dalam pengambilan keputusan medis adalah mengakui bahwa pasien juga ahli. Dokter perlu membangun suasana dimana pasien merasa bahwa pendapat mereka dihargai dan dibutuhkan.

Menurut Ha *et al.* (2010) dewasa ini dalam mencapai tujuan komunikasi dokter-pasien tidaklah mudah. Terdapat masalah-masalah yang bermunculan yang dapat menghambat pencapaian tujuan komunikasi dokter pasien. Masalah yang sering kali muncul seperti keterampilan komunikasi dokter yang terus menurun. Penurunan keterampilan komunikasi ini cenderung dimulai saat mahasiswa kedokteran menjalani masa pendidikan mereka dan dokter magang yang kerja lembur cenderung kehilangan fokus mereka pada perawatan pasien. Selain itu, kekejaman emosi dan fisik saat pelatihan dokter ketika masa residen maupun *intership* akan menekan rasa empati, penggantian teknik dan prosedur dalam berbicara serta bisa berakhir pada penghinaan terhadap pasien. Masalah lain yang bisa muncul adalah perilaku menghindar dokter. Ada laporan bahwa dokter menghindari diskusi emosional dan efek sosial dari masalah pasien karena hal tersebut bisa menekan dokter ketika mereka tidak bisa menangani masalah itu atau mereka tidak mempunyai waktu yang cukup untuk menyelesaikannya. Hal ini cenderung akan mempengaruhi emosional dokter dan cenderung akan meningkatkan tekanan pada pasien. Perilaku menghindar ini akan menyebabkan pasien tidak ingin untuk memecahkan masalahnya yang nantinya akan berakhir dengan penundaan dan berdampak negatif pada penyembuhan.



### 2.1.7 Tahap-tahap Komunikasi Dokter-Pasien

Menurut Silvermann *et al*, dalam Budiastuti (2012) komunikasi dokter-pasien mempunyai beberapa tahapan meliputi:

1. Memulai wawancara (*initiating the session*)

Pada tahap ini seorang dokter memerlukan beberapa keterampilan agar tujuan dari tahap ini dapat tercapai. Keterampilan yang diperlukan antara lain: persiapan, membangun hubungan baik dengan pasien, mengidentifikasi alasan kunjungan dan menyusun agenda wawancara.

2. Mengumpulkan informasi (*gathering information*)

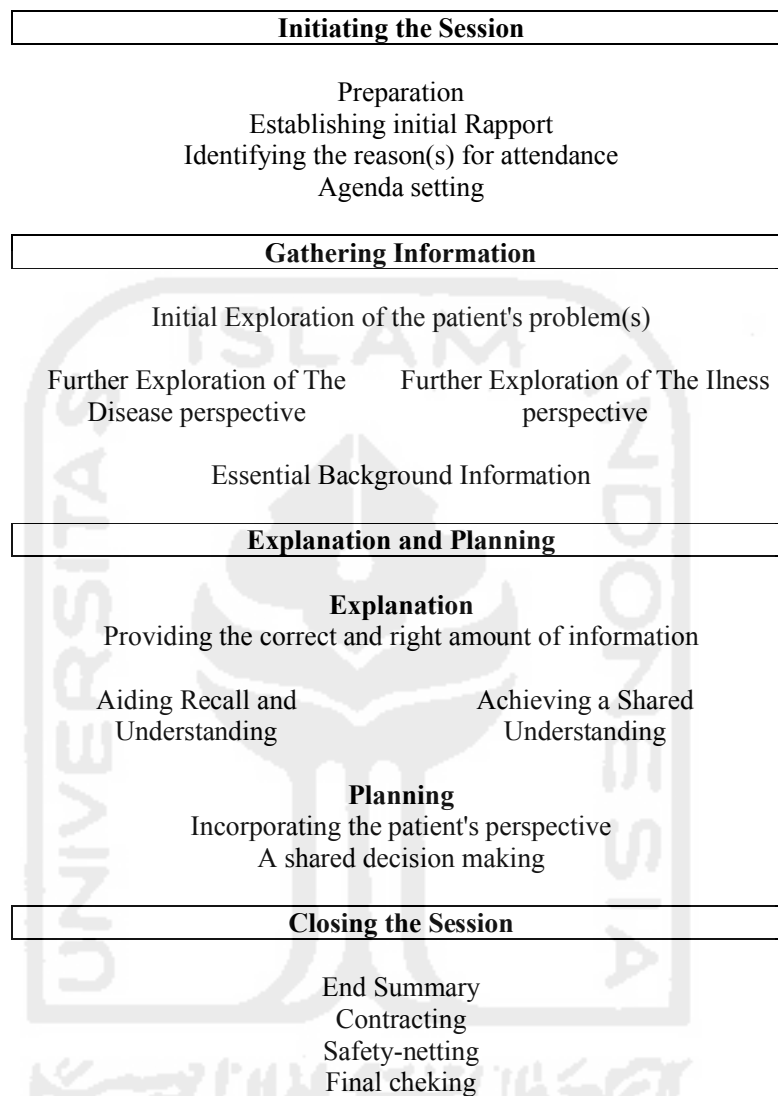
Nama lain dari tahapan komunikasi dokter-pasien ini adalah anamnesis. Salah satu tujuan dilakukannya anamnesis adalah agar dokter mendapatkan data biofisik atau riwayat penyakit sehingga dapat membantu dokter dalam proses penegakan diagnosis. Dalam melakukan anamnesis lengkap dan akurat diperlukan adanya pertanyaan yang sistematis. Pertanyaan sistematis ini dapat berpedoman pada empat pokok pikiran (*The Fundamental Four*) yang meliputi: riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat kesehatan keluarga dan riwayat sosial ekonomi.

3. Penjelasan dan perencanaan (*explanation and planning*)

Penjelasan yang dimaksud dalam tahap ini adalah bahwa dokter mampu untuk memberikan informasi yang tepat dan akurat sedangkan perencanaan yang ingin dicapai pada tahap ini adalah bahwa dokter dapat membuat keputusan bersama dengan pasien.

4. Menutup wawancara (*closing session*)

Pada tahapan ini seorang dokter memerlukan beberapa keterampilan yaitu membuat ringkasan, membuat kesepakatan, pengamanaan terhadap hal yang tidak diharapkan, pengecekan terakhir.



Gambar 1. Tahap-Tahap Komunikasi Dokter Pasien  
Sumber: Budiastuti (2012)

## 2.2 Profesionalisme

### 2.2.1 Definisi

Profesionalisme berasal dari kata profesi yang berarti jabatan atau pekerjaan yang menuntut keahlian dari para anggotanya. Profesi tidak bisa dilakukan oleh sembarang orang. Orang yang menjalankan suatu profesi harus

mempunyai keahlian khusus dan memiliki kemampuan yang didapat dari pendidikan khusus bagi profesi tersebut (Musriadi, 2016). Menurut Mueller (2008) profesi adalah sebuah sebutan yang membutuhkan pengetahuan khusus dan keterampilan yang panjang dan intensif. Tujuan dan perilaku yang mencerminkan suatu profesi merupakan profesionalisme. Profesionalisme merupakan sebuah konsep abstrak yang akan diketahui setelah seseorang melihat langsung bentuk-bentuk profesionalisme daripada membaca definisi khusus tentang profesionalisme (Mueller, 2008). Menurut Arnold dan Stern dalam Mueller (2008) definisi dari profesionalisme dapat muncul melalui landasan kerangka kerja yang kuat yang terdiri dari kompetensi klinis, keterampilan komunikasi dan pemahaman yang baik tentang etika dan hukum kedokteran.

### **2.2.2 Profesionalisme dalam Kedokteran**

Profesionalisme dalam kedokteran merupakan kebiasaan yang mengandung nilai-nilai, perilaku, keterampilan dan pengetahuan yang harus diterapkan sehari-hari dalam praktik klinis dengan pasien. Profesionalisme inilah yang perlu dimiliki oleh setiap dokter untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai bentuk tanggung jawab profesinya (Kusumawati, 2011).

Menurut Sastroasmoro dalam Sadikin (2008) bentuk-bentuk profesionalisme kedokteran meliputi kompetensi, etika, altruisme, akuntabilitas dan kolegialitas. Menurut *American Medical Colleges (AAMC)* dalam "*Learning Objectives for Medical Student Education*" seorang dokter diharuskan untuk memiliki bentuk-bentuk profesionalisme seperti altruistik, berpengetahuan, terampil dan patuh. Menurut Arnold dan Stern dalam Mueller (2008) sifat yang menjadi ciri khas dari profesionalisme adalah akuntabilitas, altruisme, unggul dan humanisme. Akuntabilitas dapat digambarkan seperti dokter hendaknya dapat mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dibuat, serta menerima konsekuensinya. Altruisme adalah perhatian terhadap kesejahteraan orang lain tanpa memperhatikan diri sendiri. Dokter senantiasa terus belajar untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuannya merupakan sifat unggul seorang dokter. Humanisme yang dimaksud dalam profesionalisme dokter adalah rasa

perikemanusiaan yang meliputi rasa hormat (*respect*), rasa kasih (*compassion*), empati, serta kehormatan dan integritas (*honor and integrity*). Kompetensi artinya dokter harus berpengetahuan luas dan juga terampil. Etika artinya dalam setiap praktiknya dokter harus sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia. Bentuk-bentuk profesionalisme dari beberapa organisasi yang sudah diungkapkan tadi belum tentu unggul satu dari yang lain, sebaliknya bentuk-bentuk profesionalisme tersebut sama atau setara antara satu sama lain (Mueller, 2008).

Profesionalisme dokter dalam praktik klinisnya dapat digambarkan dengan tindakan diagnostik maupun terapi yang sesuai dengan indikasi, atas izin pasien (*informed consent*), sesuai dengan bukti klinis (*evidence based medicine*), berdasarkan pilihan yang dikehendaki pasien, *quality of life* pasien dan faktor-faktor humaniora seperti sosial, budaya ekonomi serta agama (Boediardja, 2009).

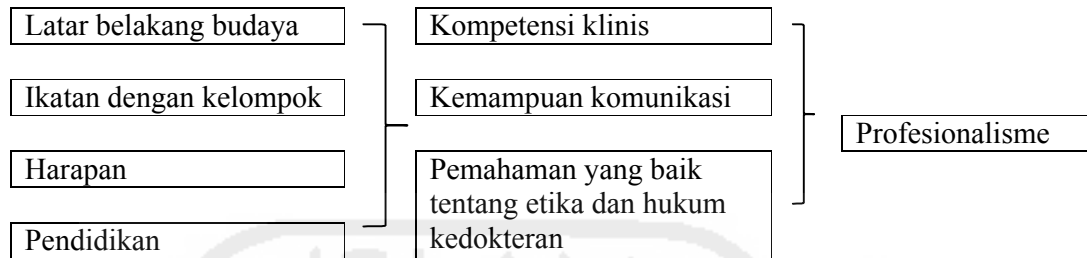
### **2.3 Objective Structured Clinical Examination (OSCE)**

OSCE adalah salah satu metode penilain kompetensi mahasiswa kedokteran yang diperkenalkan oleh Harde dan Gleeson tahun 1975. OSCE adalah suatu penilaian kompetensi secara terencana objektif dan terstruktur. OSCE dikatakan objektif karena semua peserta diuji dengan instrumen yang sama dan dikatakan terstruktur karena menggunakan daftar cek (*check list*) dan skala nilai (*rating scale*) (Kurniasih, 2014). OSCE merupakan salah satu penilaian keterampilan klinis yang mengukur keterampilan mahasiswa pada tingkat mendemostrasikan. Dalam OSCE mahasiswa diuji untuk setiap komponen keterampilan pada ruang-ruang yang disebut dengan stasion. Selama ujian peserta akan berkeliling dari satu stasion ke stasion berikutnya dengan durasi waktu yang telah ditentukan. Setiap stasion dalam OSCE dibuat semirip mungkin dengan kondisi klinis nyata. Peserta akan diobservasi secara langsung oleh penguji (Widyandana *et al*, 2015). Menurut Harden, Liley dan Patricio (2016) penilaian dalam OSCE tidak hanya sebatas pada pengetahuan mahasiswa tapi juga keterampilan klinis mereka dan juga bagaimana mahasiswa dapat mengaplikasikan pengetahuan mereka dalam praktik.

FK UII menerapkan penilaian OSCE berdasarkan yang telah ditetapkan oleh PNUKMPPD dimana dalam OSCE terdapat beberapa kompetensi yang akan dinilai. Kompetensi yang dinilai tersebut meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, melakukan prosedur klinis atau interpretasi data yang menunjang diagnosis, menentukan diagnosis atau diagnosis banding, tatalaksana farmakoterapi, tatalaksana nonfarmakoterapi, komunikasi efektif dan perilaku profesional (PNUKMPPD, 2014).

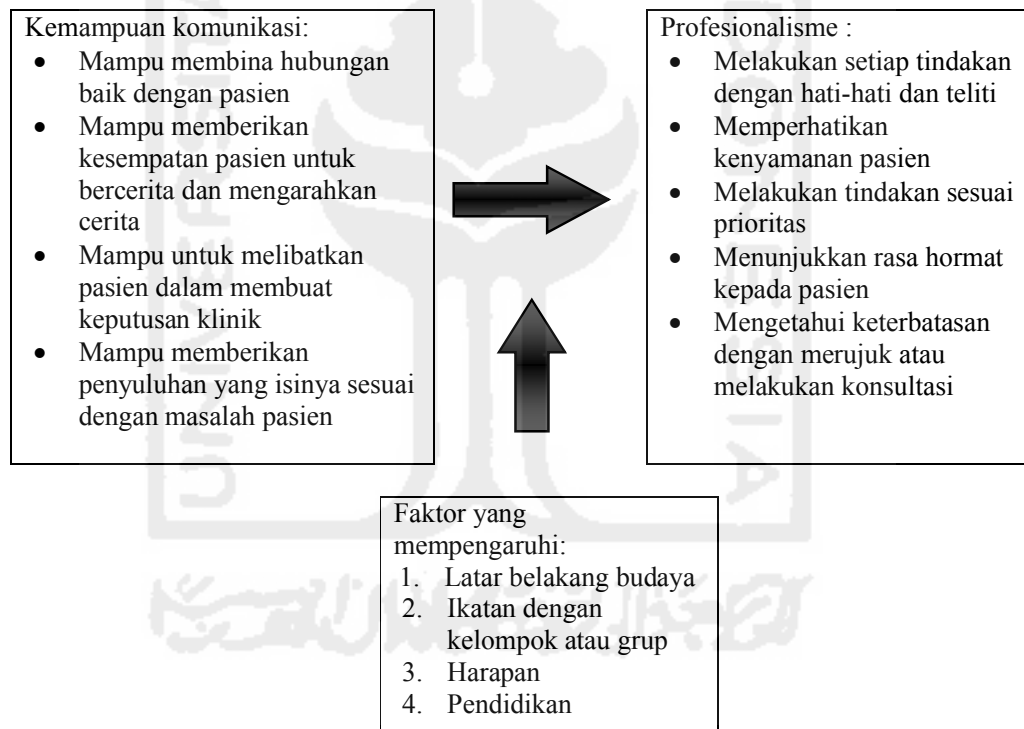
Penilaian skor OSCE yang tercantum dalam daftar cek memiliki skala nilai 0 sampai 3 untuk setiap kompetensi. Untuk kompetensi komunikasi efektif peserta memperoleh nilai 3 apabila ia mampu membina hubungan baik dengan pasien secara verbal maupun non verbal, mampu memberikan kesempatan pasien untuk bercerita dan mengarahkan cerita, mampu untuk melibatkan pasien dalam membuat keputusan klinis dan mampu memberikan penyuluhan yang isinya sesuai dengan masalah pasien. Apabila mahasiswa tidak melakukan semua poin tersebut maka skor yang didapatkan adalah 0, apabila mahasiswa melakukan 1-2 poin maka skor yang didapatkan adalah 1 dan apabila mahasiswa melakukan 3 poin maka skor yang didapatkan adalah 2. Untuk kompetensi perilaku profesional peserta memperoleh skor 3 apabila melakukan setiap tindakan dengan hati-hati dan teliti sehingga tidak membahayakan pasien dan diri sendiri, memperhatikan kenyamanan pasien, melakukan tindakan sesuai prioritas, menunjukkan rasa hormat kepada pasien dan mengetahui keterbatasan dengan merujuk atau melakukan konsultasi. Apabila mahasiswa tidak melakukan semua poin tersebut maka skor yang didapatkan adalah 0, apabila mahasiswa melakukan 1-2 point maka skor yang didapatkan adalah 1 dan apabila mahasiswa melakukan 3 poin maka skor yang didapatkan adalah 2 (PNUKMPPD, 2014).

## 2.4 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

## 2.5 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3. Kerangka Konsep Penelitian

## 2.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi terhadap profesionalisme mahasiswa FK UII angkatan 2012 dalam OSCE.