

## ***Effective Communication for Doctor-Patient Narrative Inquiry on TBC*** (Komunikasi Efektif Dokter-Pasien untuk Investigasi TBC dengan *Narrative Inquiry*)

Musli Ariani<sup>1</sup>, Agung Tjahjo Nugroho<sup>2\*</sup>, Arief Rijadi<sup>3</sup>, Bonanza Vidya Rashmi Nugroho<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Pendidikan Bahasa Inggris FKIP Universitas Jember

<sup>2</sup>Jurusan Fisika, FMIPA Universitas Jember

<sup>3</sup>Jurusan Pendidikan Bahasa Bahasa dan Sastra Indonesia FKIP Universitas Jember

<sup>4</sup>UPTD PUSKESMAS Srengat Blitar

\*E-mail: [agungtnugroho@unej.ac.id](mailto:agungtnugroho@unej.ac.id)

### **ABSTRAK**

Pengabdian Kepada Masyarakat dilaksanakan dalam bentuk *workshop* komunikasi efektif kepada dokter *internship* yang bertugas di UPTD Puskesmas Srengat, Kabupaten Blitar untuk investigasi TBC dengan *narrative inquiry*. *Workshop* dilakukan karena belum tercapainya target jumlah capaian investigasi kontak TBC. *Workshop* dilakukan dengan metode *Four-Step Training* (FST). Empat tahap FST termasuk didalamnya pengenalan materi komunikasi efektif dan *narrative inquiry*, FGD mengenai kendala dan alternatif solusi komunikasi, praktik komunikasi terbatas dengan teman sejawat, dan refleksi. Dampak pengabdian kepada masyarakat terlihat dari bertambahnya capaian investigasi kontak TBC yang disebabkan dokter *internship* melaksanakan *follow through* program. Dokter *internship* melaksanakan norma standar dalam komunikasi dokter-pasien, mereka mengembangkan metode komunikasi dengan mengaplikasikan pengetahuan dan pemahaman tentang *conversational maxims* dan menggunakan dalam *narrative inquiry* untuk investigasi TBC.

**Kata kunci** : Komunikasi dokter-pasien, TBC, *narrative inquiry*

### **ABSTRACT**

*The community service aims at training the internship medical doctor on effective communication for doctor-patient narrative inquiry on TBC. This workshop was held due to need for the achievement on TBC contact investigation. Four-step training was conducted including exposure to effective communication and narrative inquiry, focus group discussion on problems and alternative solutions, peer doctor-patient communication practice, and reflection. The results of the current community service reveal that the achievement on TBC investigation rises due to the internship medical doctors willingness to do the follow through of the program. They have initially followed the standard norms of doctor-patient communication, and even improve their method of communication by utilizing their knowledge and understanding of the conversational maxims and use it in the narrative inquiry on TBC.*

**Keywords** : Doctor-patient communication, TBC, *narrative inquiry*

### **PENDAHULUAN**

Tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi menular yang memiliki tingkat mortalitas tinggi di seluruh dunia. Sebelum pandemi COVID-19 merebak, TBC menjadi penyebab utama beberapa kematian yang disebabkan oleh agen tunggal yang terinfeksi TBC. Tingkat kematian akibat TBC lebih tinggi dari tingkat kematian dari HIV atau AIDS [1]. Secara global, jumlah penderita terdiagnosa TBC meningkat dalam dua tahun terakhir, setelah mencapai puncak 7,1 juta jiwa pada tahun 2019, kemudian menurun pada periode 2020, dan kembali meningkat pada tahun 2021 berlanjut sampai 2022 [2]. Pada tahun 2022, diperkirakan terdapat 1 juta penderita TBC di Indonesia. Hanya 45 % dari perkiraan atau 443.235 kasus yang tercatat dengan mortalitas mencapai 150 ribu kematian meningkat 60 % dibanding 93 ribu kematian akibat TBC pada tahun 2000. Sementara itu, sisa 55 % dari perkiraan 1 juta kasus

tidak terdeteksi dan tercatat sehingga diperkirakan berada dimana saja yang dapat membahayakan agen TBC dan orang-orang yang berinteraksi. Oleh sebab itu, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menargetkan mulai Januari tahun 2023 pemeriksaan TBC harus mencapai 60.000 kasus per bulannya. Upaya ini dilakukan untuk mendukung eliminasi TBC tahun 2030[3].

Unit Pelayanan Terpadu (UPT) Puskesmas Srengat Kabupaten Blitar belum memenuhi target tersebut. Capaian kasus TBC yang ditemukan dan diobati hanya 18 % (28 orang) serta hanya 65 % (445 orang) orang terduga TBC mendapatkan pelayanan TBC sesuai standar [4]. Untuk meningkatkan pelayanan penanganan TBC, Puskesmas Srengat mengaplikasikan program TOSSTBC (Temukan Obati Sampai Sembuh TBC), Gerakan untuk Temukan Tuberkulosis, Obati Sampai Sembuh telah digalakkan [5], [6]. Program TOSS dijalankan dengan memberdayakan kader dari lintas sektoral agar dapat menjangkau seluruh wilayah dan segala lapisan masyarakat. Akan tetapi program ini memiliki banyak hambatan. Banyak kader kesulitan mengumpulkan data penderita TBC.

Kader kesulitan menggali informasi dasar tentang TBC yang dapat digunakan untuk menentukan kebijakan penanganan kasus TBC. Kendala muncul karena kemampuan komunikasi efektif dalam relasi kader dan masyarakat yang belum berjalan dengan baik. Kader dipilih berdasar domisili. Kader biasanya sudah mengenal dan dikenal oleh kelompok masyarakat terduga terpapar TBC, akan tetapi relasi keduanya tidak cukup dekat, sehingga informasi atau data yang bersifat sangat pribadi sukar tergali. Secara umum, orang tidak ingin diketahui tentang perilaku tidak sehat dan rendahnya tingkat kebersihan yang dimiliki. Pertanyaan langsung yang berhubungan dengan TBC akan menutup seluruh informasi yang diperlukan. Untuk itu diperlukan sebuah strategi yang tepat untuk menggali data pada situasi dan kondisi ini. Strategi komunikasi yang efektif dengan pendekatan *narrative inquiry* diaplikasikan dalam pengabdian sebagai solusi.

Metode *narrative inquiry* pertama kali digunakan Connelly and Calandinin untuk mengeksplorasi persepsi dan cerita pribadi guru[7], [8]. Metode ini tangguh untuk menggali informasi yang sensitif karena: Manusia cenderung mudah untuk diajak bercerita tentang diri sendiri; Data dapat tergali dengan dalam; Partisipan memberi data refleksi diri secara suka rela; Dapat mengungkap kejadian sebenarnya; dan partisipan memiliki hak dan keleluasaan untuk mengungkapkan data [9]. *Narrative inquiry* dapat digunakan untuk memahami dan mempresentasikan data yang diekstrak dari cerita pengalaman hidup partisipan [10]. Keragaman cara mendeskripsikan pengalaman hidup dan eksplorasi makna dari cerita yang dipaparkan membuat *narrative inquiry* dapat mengungkap data yang teredam atau tersembunyi [11]. Metode ini juga telah diaplikasikan menggunakan *story-telling* sehingga cerita atau data partisipan dapat diakses oleh pengamat yang lebih luas [12]. Metode ini juga telah digunakan untuk mengeksplorasi perspektif partisipan ketika akses *interview* dan data secara langsung memiliki banyak hambatan, seperti saat Guthrie mengeksplorasi perspektif orang tua terhadap pelajar yang memiliki kemampuan khusus [13]. *Narrative inquiry* dapat menanggulangi permasalahan relasi antara pencari data dan partisipan sebagai sumber data, seperti dikemukakan oleh Wang [14]. Dengan metode ini pencari data dapat memiliki cara pandang dari sisi partisipan walaupun tidak memiliki relasi yang cukup dekat.

Komunikasi yang efektif diperlukan untuk melakukan *narrative inquiry* agar cerita bisa mengalir dari masyarakat yang terdiagnosis TBC, yang memiliki gejala TBC, dan masyarakat sehat yang tinggal di lingkungan penderita TBC. Komunikasi efektif bermakna komunikasi antar interlocutor yang dilakukan sesuai dengan tujuan komunikasi. Dalam konteks komunikasi dokter dan pasien atau dokter dan masyarakat, komunikasi ditujukan untuk mengetahui informasi kondisi kesehatan pasien atau kondisi kesehatan masyarakat dan untuk memberikan pendidikan mengenai pemeliharaan kesehatan agar terhindar dari sakit dan pendidikan mengenai proses penyembuhan dari sakit. Akan tetapi pada kenyataannya, komunikasi tidak

selalu berjalan lancar karena kesalahan kecil yang dibuat oleh interlocutor akan menyebabkan komunikasi terkendala. Apabila terjadi kesalahan yang fatal dalam berkomunikasi, maka komunikasi tidak efektif karena terjadi kesalahpahaman antara interlocutor dalam sebuah percakapan.

Komunikasi yang efektif dilakukan dengan panduan prinsip komunikasi yang sesuai dengan kebutuhan komunikasi. Ada empat prinsip sederhana yang dapat digunakan sebagai panduan komunikasi efektif dalam melakukan *narrative inquiry* yaitu *Grice's Maxims of Conversation* yang tercantum dalam prinsip kooperatif (*the cooperative principle*). Prinsip komunikasi efektif ini terdiri dari empat *maxim*: *maxim of quality*, *maxim of quantity*, *maxim of relation*, dan *maxim of manner* [15], [16]. Keempat *maxim* pada dasarnya telah menjadi bagian intuitif dalam diri setiap individu saat melakukan komunikasi. Agar sebuah relasi terjaga dan tidak timbul kesalahpahaman antara para interlocutor atau pelaku percakapan, keempat *maxim* secara intuitif dijaga dan dipatuhi. Seorang pasien memberikan informasi yang benar (*maxim of quality*) agar dokter dapat memberikan diagnosis yang benar. Demikian juga sebaliknya, dokter juga harus memberikan informasi yang benar kepada pasien dan masyarakat (*maxim of quality*) agar pasien dapat memahami kondisi kesehatannya dengan baik dan tidak melakukan hal-hal yang membahayakan kesehatannya. Seorang dokter menanyakan hal-hal yang relevan (*maxim of relation*) kaitannya dengan topik apabila berbicara dengan pasien sehingga mendapatkan informasi yang sesuai kebutuhan. Seorang dokter memberikan informasi yang cukup kepada pasien (*maxim of quantity*), sehingga pasien dapat memahami kondisi kesehatannya dan mengetahui apa yang harus dilakukan untuk sembuh atau untuk mencegah dirinya dari sakit. Dokter melakukan percakapan dengan pasien dengan cara yang jelas, singkat dan berterima kasih (*maxim of manner*). Selanjutnya, sebuah bentuk komunikasi terkait dengan konteks siapa yang terlibat di dalam komunikasi, dimana dan kapan itu terjadi. Dengan demikian, di dalam prinsip kooperatif, seorang *interlocutor* perlu memahami mengenai konteks tersebut.

Selain prinsip kooperatif sebagai *guide* untuk melakukan komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien atau dokter dan masyarakat, maka implikasi dari *maxim-maxim* di dalam prinsip kooperatif menekankan pada pemahaman terhadap latar belakang siapa interlocutor yang terlibat di dalam sebuah komunikasi, terjadi dimana, dan kapan secara spesifik komunikasi berlangsung [17]. Dokter *internship* bertugas di sebuah puskesmas di desa dengan latar belakang masyarakat berbahasa Jawa sementara dokter tidak memahami bahasa tersebut. Perbedaan bahasa mungkin akan bisa diatasi dengan penggunaan bahasa nasional. Akan tetapi, ada saat dimana pasien tidak dapat mengungkapkan apa yang ingin disampaikan dengan menggunakan Bahasa Indonesia dan lebih nyaman menggunakan Bahasa Jawa. Satu faktor perbedaan ini dapat menciptakan kendala dalam berkomunikasi. Ada beberapa latar belakang lain yang secara potensial dapat mengganggu kelancaran dan efektifitas komunikasi yaitu latar belakang sosiokultur, pendidikan, politik, ekonomi, ideologi, dan *power relation*. Dokter berkomunikasi dengan pasien atau masyarakat, dengan latar belakang beragam. Mengingat konteks komunikasi sangat beragam, maka perlu pemilihan pendekatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada. Pendekatan berkomunikasi antara dokter dan pasien ada beberapa diantaranya adalah pendekatan *shared decision making* [18], *motivational interviewing* [19], pendekatan pedagogis [20] dan pendekatan *patient centered communication* [21], [22].

Kaitannya dengan permasalahan relasi dan kemampuan berkomunikasi kader dengan masyarakat untuk pengumpulan data untuk menggali informasi TBC dari masyarakat terduga terjangkit dan terpapar TBC, maka pengabdian kepada masyarakat dilaksanakan dengan tujuan untuk memperkenalkan komunikasi efektif antara dokter dan pasien (masyarakat), dokter dan kader (wakil nakes untuk masyarakat) tentang pendekatan *narrative inquiry* untuk data TBC. Kegiatan dilakukan dengan menyelenggarakan pendidikan kepada masyarakat dalam bentuk *workshop*. Pendidikan dilakukan pada dokter *internship* UPT Puskesmas Srengat yang memiliki tanggung jawab membina kader TBC Kecamatan Srengat, Kabupaten Blitar, Jawa Timur.

---

## METODE PELAKSANAAN KEGIATAN

### A. Lokasi dan Partisipan Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan di UPT Puskesmas Srengat, Jl Mastrip No. 16 Srengat, Kecamatan Srengat, Kabupaten Blitar, Jawa Timur 66152. Pelatihan Komunikasi Efektif dengan *Narrative Inquiry* ini dilakukan terhadap Dokter *Internship* Puskesmas Srengat sebagai dokter yang mengumpulkan data TBC secara langsung dari masyarakat dan sebagai fasilitator kader TBC yang melatih para kader TBC untuk dapat mengumpulkan data TBC secara langsung dari masyarakat. *Workshop* terdiri dari empat pertemuan (16 April, 28 Mei, 2 Juni, 7 Juni 2022) dan dilakukan via *Zoom Meeting*, dengan durasi 2 jam tiap pertemuan.

### B. Metode Pelaksanaan Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan *workshop* dilakukan secara daring. Mode daring membuat waktu pelaksanaan lebih fleksibel dan tidak banyak mengganggu tugas dan tanggung jawab partisipan sebagai dokter di UPT Puskesmas Srengat. Secara garis besar kegiatan pengabdian dilakukan dalam empat tahapan.

1. Kegiatan pengenalan materi Komunikasi Efektif dan *Narrative Inquiry*
2. Kegiatan *focus group discussion* penelusuran kendala dan alternatif solusi komunikasi dokter-pasien dan kader-masyarakat
3. Kegiatan praktik terbatas (skala mikro) implementasi komunikasi efektif dengan *narrative inquiry*
4. Kegiatan refleksi dan tindak lanjut praktik terbatas komunikasi efektif dengan *narrative inquiry*

### C. Metode Pengumpulan dan Analisis Data

Pengumpulan data dan analisis data dilakukan berdasarkan instrumen yang digunakan dalam empat kegiatan berikut :

1. *Focus group interview*.  
Kegiatan ini dilakukan untuk menggali dan menemukan kendala, hambatan atau tantangan yang dihadapi dokter atau kader pada saat berkomunikasi dengan masyarakat. Data dikumpulkan dalam bentuk *field note*. Catatan-catatan hasil *interview* dikumpulkan dan dianalisa.
2. Observasi praktik terbatas  
Diberikan tiga situasi yang harus dihadapi dokter ketika berkomunikasi dengan masyarakat. Situasi tersebut dipraktikkan, dalam praktik terbatas. Kemampuan dokter dalam berkomunikasi efektif diamati dan dicatat. Kegiatan ini dilakukan untuk menggali *skill* komunikasi.
3. *Interview* untuk refleksi kegiatan pengabdian  
Refleksi peserta pelatihan ditampung dan dievaluasi. Data yang terkumpul dianalisa untuk melihat kekuatan, kelemahan, peluang dan hambatan yang ada, sehingga dapat disusun kegiatan yang tepat sebagai tindak lanjut pengabdian yang dilakukan.
4. *Project* kegiatan tindak lanjut (*follow through*)  
Data hasil kegiatan proyek dalam bentuk *narrative inquiry form and guide* yang didesain oleh dokter peserta pelatihan. Produk dari pelatihan akan dievaluasi dan dianalisa untuk melihat kesiapan dokter untuk menerapkan dan melatih komunikasi efektif pada kader TBC di kecamatan Srengat.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil

#### 1. Focus Group Discussion (FGD)

*Field note* dari FGD menggambarkan hambatan atau kendala yang dihadapi dokter atau kader pada saat berkomunikasi dengan masyarakat terduga terjangkit TBC. Terdapat tiga responden yang memberikan pandangan kondisi yang dihadapi. Dari data yang terkumpul, kendala komunikasi dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu: kendala komunikasi dokter dengan pasien atau masyarakat, kendala komunikasi dokter dengan kader TBC, dan kendala komunikasi kader dengan masyarakat. Kendala dan hambatan dan hambatan dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1.** Kendala dan Hambatan Komunikasi Antara Dokter-Kader-Masyarakat Terduga atau Terjangkit TBC

Kode	Kendala dan Hambatan Komunikasi
<b>Dokter-Pasien</b>	
DPS1	Pasien tidak hadir saat pemeriksaan
DPS2	Pasien tidak kooperatif saat pemeriksaan
DPR1	Pasien tidak mau terbuka tentang kondisinya atau gejala yang dialami
DPR2	Pasien berbohong
DPB1	Kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi rendah
DPB2	Pasien tidak datang untuk kontrol
<b>Dokter-Masyarakat</b>	
DMB1	Prasangka buruk masyarakat terhadap TBC
DMB2	Persepsi atau Pengalaman buruk masyarakat terhadap pelayanan fasilitas kesehatan
DMS1	Pengalaman buruk masyarakat mengenai perlakuan masyarakat umum kepada penderita atau penyintas TBC
DMS2	Rasa takut akan dikucilkan oleh lingkungannya
DMR1	Rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan
DMR2	Keterbatasan waktu dan tenaga nakes dalam menjangkau masyarakat
<b>Kader-Masyarakat</b>	
KMB1	Konflik kepentingan pribadi antara kader dan masyarakat sasaran
KMB2	Rasa segan kader untuk melakukan <i>face threatening act</i> pada orang yang dia kenal
KMS1	Kader tidak terlatih untuk melakukan <i>anamnesis</i> yang terarah
KMS2	Kader tidak terlatih untuk memberikan pertanyaan terbuka
KMR1	Kader belum benar-benar memahami apakah itu TBC, gejala, dan pencegahannya
KMR2	Kader fokus pada beberapa gejala saja, sehingga banyak gejala lain yang lolos dari penapisan

Untuk memudahkan analisa data maka ragam kendala dan hambatan berkomunikasi tersebut digolongkan menjadi tiga jenis yaitu : kendala dan hambatan yang berkaitan dengan perilaku (*attitude*), kendala dan hambatan yang disebabkan oleh persepsi, dan kendala dan hambatan yang disebabkan keterbatasan keterampilan dan pengetahuan. Hasil klasifikasi diperlihatkan pada tabel 2. Dari tabel 2 diketahui jika penyebab kendala dan hambatan dalam komunikasi TBC terbagi rata antara perilaku, persepsi dan ketrampilan atau pengetahuan. Kendala perilaku didominasi pada hubungan komunikasi dokter dengan pasien. Sementara itu stigma dan persepsi masyarakat tentang TBC menjadi kendala dalam komunikasi dokter atau kader dengan masyarakat TBC. Stigma yang melekat pada TBC erat hubungannya dengan mekanisme penularan dan perilaku penderita [23]. Sehingga tidak mengherankan jika persepsi masyarakat tentang TBC kurang bagus. Dari responden yang memiliki pengetahuan bagus tentang TBC, sebagian besar masih menganggap TBC adalah penyakit memalukan[24], [25]. Persepsi negatif TBC juga dikenal dibelahan dunia lain seperti Malaysia [26], Pakistan [27] dan Kenya [28]. Sementara itu keterampilan komunikasi dokter dan kader masih perlu ditingkatkan,

terlihat dari kendala yang terrefleksi dalam *interview* memperlihatkan banyak data yang dihimpun oleh dokter ataupun kader TBC belum sesuai dengan kondisi sebenarnya karena berbagai alasan seperti pasien berbohong atau masyarakat enggan terbuka dengan keadaan yang sebenarnya. TBC menjadi sebuah topik kesehatan yang sensitif.

**Tabel 2.** Klasifikasi Kendala dan Hambatan Komunikasi Dokter atau Kader dengan Pasien atau Masyarakat TBC

Jenis Kendala dan Hambatan dalam Berkomunikasi		
Perilaku	Persepsi	Ketrampilan dan Pengetahuan
DPS1: Pasien tidak hadir saat pemeriksaan	DMB1: Prasangka buruk masyarakat terhadap TBC	DPR1: Pasien tidak mau terbuka tentang kondisinya/gejala yang dialami
DPS2: Pasien tidak kooperatif saat pemeriksaan	DMB2: Persepsi/Pengalaman buruk masyarakat terhadap pelayanan fasilitas kesehatan	DPR2: Pasien berbohong
DPB1: Kepatuhan pasien dalam menjalankan terapi rendah	DMS1: Pengalaman buruk masyarakat mengenai perlakuan masyarakat umum kepada penderita/penyintas TBC	KMS1: Kader tidak terlatih untuk melakukan anamnesis yang terarah
DPB2: Pasien tidak datang untuk kontrol	DMS2: Rasa takut akan dikucilkan oleh lingkungannya	KMS2: Kader tidak terlatih untuk memberikan pertanyaan terbuka
DMR2: Keterbatasan waktu dan tenaga nakes dalam menjangkau masyarakat	DMR1: Rendahnya kepercayaan masyarakat terhadap tenaga kesehatan	KMR1 Kader belum benar-benar memahami apakah itu TBC, gejalanya, dan pencegahannya
KMB1: Konflik kepentingan pribadi antara kader dan masyarakat sasaran	KMB2: Rasa segan kader untuk melakukan face threatening act pada orang yang dia kenal	KMR2: Kader terlalu fokus pada beberapa gejala saja, sehingga banyak gejala lain yang lolos dari penapisan

Dokter dan kader memiliki solusi jika terjadi hambatan dan kendala komunikasi dengan pasien atau masyarakat. Variasi solusi yang dilakukan disarikan dari *field note interview* FGD dapat dilihat pada tabel 3. Penyuluhan dan destigmatisasi yang melibatkan ahli kesehatan dan tokoh masyarakat dilakukan untuk mengurangi persepsi negatif penyakit TBC. Peningkatan pengetahuan masyarakat terhadap TBC dapat mengurangi stigma negatif TBC [23]. Walaupun demikian, tingkat pengetahuan masyarakat tidak selalu selaras dengan persepsi masyarakat terhadap TBC [25]. Masyarakat yang memiliki pendidikan bagus masih banyak yang berpandangan negatif terhadap penyakit TBC. TBC masih banyak dianggap sebagai penyakit memalukan, sehingga komunikasi dokter dan kader dengan masyarakat TBC banyak terkendala. Komunikasi dokter dengan pasien sudah banyak diteliti. Banyak pasien yang kecewa dan mengadukan pelayanan kesehatan hanya dikarenakan komunikasi yang baik gagal berjalan. Walaupun demikian, banyak dokter yang percaya diri dengan kemampuan berkomunikasi dengan pasien [29]. Hasil penelitian mendukung data pada tabel 2. Dokter dan kader mengubah strategi bertanya menjadi pertanyaan terbuka jika komunikasi tidak berjalan sesuai harapan. Strategi tersebut bagus akan tetapi bukan merupakan satu-satunya jalan mengatasi masalah. Sehingga tidak mengherankan jika capaian layanan baku TBC di puskesmas Srengat masih rendah. Relasi dokter dengan pasien bisa berjalan lebih sehat jika perspektif pasien atau masyarakat diperhitungkan. Layanan kesehatan dapat lebih mudah dilaksanakan ketika terjadi mekanisme berbagi informasi dalam komunikasi dokter-pasien [30]. Strategi komunikasi efektif ini tidak hanya sekedar modifikasi bentuk pertanyaan, tetapi mengharapkan keterlibatan lebih dalam pasien atau masyarakat TBC dalam komunikasi.

Tabel 3. Solusi yang dilakukan oleh Dokter atau Kader pada saat terjadi hambatan komunikasi TBC.

Kode	Solusi pada Kendala dan Hambatan Komunikasi
<b>Dokter-Pasien</b>	
DPR1s	Menggunakan pertanyaan terbuka untuk menggali informasi
DPR2s	Membandingkan jawaban pasien dengan hasil pemeriksaan fisik untuk memastikan pasien tidak berbohong
DPB1s	Melibatkan pasien dalam menyusun strategi pemeriksaan dan terapi sehingga pasien tidak merasa disuruh atau dipaksa
<b>Dokter-Masyarakat</b>	
DMR1s	Melakukan penyuluhan dan meluruskan hoax yang beredar mengenai TBC ke masyarakat (sekolah, kantor pemerintahan, TTU, media sosial)
DMS1s	Bekerja sama dengan nakes lain dan stakeholder untuk memperbaiki pelayanan pada fasilitas kesehatan
DMB1s	Berkoordinasi dengan kader dan tokoh masyarakat untuk melakukan destigmatisasi penyintas TBC di masyarakat
<b>Kader-Masyarakat</b>	
KMB1	Menggunakan pertanyaan terbuka saat melakukan tanya jawab dengan masyarakat
KMB2	Memberikan penyuluhan khusus untuk kader
KMS1	Mendampingi kader saat awal penerjunan kader baru
KMS2	Sebisa mungkin mempersiapkan lebih dari satu kader di setiap desa, agar dapat melakukan delegasi tugas dan bisa melakukan manuver saat terjadi konflik

Komunikasi efektif dengan *narrative inquiry* diaplikasikan untuk mengembangkan kemampuan komunikasi efektif dokter dengan pasien atau masyarakat TBC. Komunikasi efektif telah terjadi jika terpenuhinya tiga hal yaitu : Pertama, meluangkan waktu dalam artian dokter atau kader bersiap dan siap untuk menyapa masyarakat dan menghargai kebersamaan sebagai saat yang sangat berharga untuk kedua belah pihak. Kedua, siap untuk bertanya yang memiliki makna mencari tahu siapa lawan bicara, mencari tahu detail identitas lawan bicara dengan pertanyaan yang sistematis. Ketiga, belajar untuk mendengar sekaligus mendengar untuk mempelajari. Komunikasi efektif dengan *narrative inquiry* diaplikasikan dalam praktik terbatas komunikasi efektif.

## 2. Praktik Terbatas Komunikasi Efektif

Praktik terbatas komunikasi efektif dilakukan oleh tiga dokter *internship* Puskesmas Srengat, Kabupaten Biltar. Tiga skenario diberikan dan dua orang dokter yang dipilih akan berperan sebagai dokter dan masyarakat, sedangkan dokter tersisa sebagai pengamat.

### a) Skenario P1: *Healthy people live in endemic area*

Dalam kegiatan ini dr.R berperan sebagai dokter dengan kode D1, dr.S berperan sebagai masyarakat P1, dan dr.B sebagai pengamat. Praktik terbatas berjalan sebagai berikut :

D1 - "Assalamualaikum, selamat pagi. Benar ini rumah Ny. X? Permissi nggih. Kami dari Puskesmas X mau tanya-tanya sebentar. Apakah sedang sibuk?"

P1 - "Oh iya waalaikumsalam silakan masuk."

D1 - "Perkenalkan, saya dr A, dan ini Bu Bidan dan kader" (mempersilahkan bidan dan kader untuk memperkenalkan dirinya sendiri)

P1 - "Oh iya..."

D1 - "Apakah Ibu pernah mendengar tentang TBC? Jika iya apa yang ibu ketahui tentang TBC?"

P1 - "pernah sih.. itu yang batuk-batuk kan..."

D1 - "Jadi... TBC adalah [penjelasan], dan gejalanya antara lain [contoh gejala]. Sekiranya apakah ibu atau orang di rumah ibu ada yang mengalami gejala seperti yang sudah disebutkan?"

P1 - "Tidak ada sih... saya sehat-sehat saja"

D1 - "Bu, kami izin lanjut bertanya sambil melakukan pemeriksaan ya."

P1 - "Silahkan..."

- D1 - "Bu, ini nanti kita sediakan pot dahak untuk pemeriksaan. Hasilnya nanti bisa disampaikan ke kader untuk diperiksa di puskesmas. Atau panjenengan sampaikan sendiri ke puskesmas juga boleh. Apakah bersedia?"
- P1 - "Saya kan tidak kenapa-kenapa. Kenapa harus periksa juga?"
- D1 - "Di daerah kita ini tingkat TBC-nya tinggi, Bu.. jadi walaupun tidak bergejala lebih aman kalau diperiksa. Kalau ternyata hasilnya negatif ya bagus."
- P1 - "Wah suami saya sedang ndak di rumah. Ini bayarnya berapa? Saya ndak berani."
- D1 - "Jangan khawatir, Bu. Pemeriksaan ini semuanya gratis. Tidak dipungut biaya sama sekali."
- P1 - "Gitu ya... ya sudah kalau gitu."
- D1 - "Nanti kalau misalnya ada pertanyaan lagi monggo bisa disampaikan ke kader."
- P1 - "Oke nanti saya wasap saja."
- D1 - "Terima kasih atas waktunya. Saya pamit dulu ya."

*b) Skenario P2: People with symptoms of the disease*

Dalam kegiatan ini dr.B berperan sebagai dokter dengan kode D2, dr.R berperan sebagai masyarakat yang memiliki gejala TBC P2, dan dr.S sebagai pengamat. Praktik terbatas berjalan sebagai berikut :

- D2 - "Assalamualaikum, Pak... Selamat pagi. Kami dari Puskesmas X. Saya dr B dan ini Bu Bidan dan Kader. Apakah sedang sibuk pak?"
- P2 - "Waalaikumsalam.. Pagi... Ini saya sedang kasih makan ayam.."
- D2 - "Oh begitu... biasanya kerja di mana, Pak?"
- P2 - "Ya di sini-sini saja. Ada peliharaan ayam... kambing... kadang kalau ada yang manggil ya saya bantu-bantu."
- D2 - "Sudah lama tinggal di desa sini Pak? Oh.. asli sini ya. Di sini sama siapa saja pak?"
- P2 - "Sudah dari lahir dok... Keluarga saya semuanya di sini."
- D2 - "Pak, selama beberapa bulan terakhir ini apakah ada keluhan kesehatan?"
- P2 - "Keluhan gimana ya, dok? kalau perasaan saya seh gitu-gitu saja."
- D2 - "Seperti sering batuk... atau keringat dingin di malam hari? atau gejala lainnya juga boleh."
- P2 - "Kalau batuk ya ada batuk. Kayak biasanya orang batuk-batuk."
- D2 - "Oh begitu ya... gejalanya sudah sejak kapan, Pak? Permissi ini sambil sekalian kita periksa boleh, ya?"
- P2 - "Oh iya monggo. Kalau batuk-batuk kadang iya kadang enggak. Ndak nentu saya juga ndak memperhatikan. Sudah lama bertahun-tahun."
- D2 - "Kalau gejala yang keringat dingin sudah sejak kapan, Pak?"
- P2 - "Kalau itu ya kadang-kadang. Kalau capek paling."
- D2 - "Ada keluhan lainnya mungkin? Oh ada? Sudah sejak kapan Pak?"
- P2 - "Sakit perut kadang kalau telat makan atau makan pedes."
- D2 - "Masih enak makan, Pak? Sehari-hari biasanya makan apa saja?"
- P2 - "Masih.. makan ya yang biasanya. Lalapan tahu tempe. Kadang telur. Kadang ayam."
- D2 - "Kalau misalnya kita periksa lebih lanjut di Puskesmas mau nggak pak? Jangan khawatir biayanya gratis 100%"
- P2 - "Waduh diperiksa apa dok? Nanti disuntik? Saya nggak mau."
- D2 - "Ini kan sudah kita bawaan pot kecil. Nanti pot ini diisi dahaknya bapak pas bangun tidur. Misalnya bapak sibuk, ndak papa, potnya bisa ditiptkan ke ibu-ibu kader ini. Bapak punya nomor kontaknya, kan?"
- P2 - "Oh gitu... Iya saya punya telponnya Bu X ini. Tapi hapenya dibawa anak saya. Kenapa saya harus diperiksa dahak dok?"
- D2 - "Daerah sini ini banyak yang TBC pak.... Jadi lebih aman kalau diperiksakan aja sekalian. Kalau misalnya hasilnya bagus ya puji Tuhan. Tapi kalau ternyata butuh pengobatan nanti bisa langsung kita berikan. Jangan khawatir. Obatnya juga gratis sampai sembuh. Semua ditanggung negara."
- P2 - "Oh gitu..."
- D2 - "Bapak tahu tentang TBC?"
- P2 - "Yang orang sakit paru-paru yang batuk-batuk itu kan, dok?"

D2 - "Oh begitu nggih... bagus kalau bapak sudah tahu.... Ya kan penyebarannya lewat droplet gitu ya pak. Kayak kalau kita bicara terus kecipratan. Nah makanya lebih baik kalau diperiksa dulu pak..."

P2 - "Ya sudah.."

D2 - "Oke kalau begitu ini potnya saya tinggal. Selanjutnya bisa kontak lagi dengan ibu kadernya ya."

P2 - "Inggih"

c) Skenario P3: *People diagnosed of contracting the disease*

Dalam kegiatan ini dr.S berperan sebagai dokter dengan kode D3, dr.B berperan sebagai masyarakat yang memiliki gejala TBC P3, dan dr.R sebagai pengamat. Praktik terbatas berjalan sebagai berikut :

D3 - "Assalamualaikum Mbah.... Pagi... Apakah panjenengan sedang sibuk?"

P3 - "Waalaiumsalam... Monggo pinarak... Mboten ini mung nyapu."

D3 - "Perkenalkan saya dr S; dokter baru di sini. Dan ini Bu bidan dan kader. Permissi nggih mbah... di sini saya mau tanya-tanya sambil periksa."

P3 - "Oh inggih... pinarak..."

D3 - "Mbah ada keluhan apa?"

P3 - "Ini nduk... batuk sering.. sampai ndak isa tidur..."

D3 - "Oh sering batuk ya.... sudah sejak kapan? Apakah ada gejala lainnya juga?"

P3 - "sudah lama nduk... wes pas dulu itu... sudah tua nduk.. sudah sakit semua badannya."

D3 - "Itu sudah sempat diobati belum mbah?"

P3 - "Dulu pernah dapat obat.. banyak obatnya. Tapi sudah ndak wes. Sudah sembuh."

D3 - "Dulu ya dapat obatnya? Obatnya dari siapa mbah? Sampai berapa lama minumnya dulu?"

P3 - "Dari puskesmas dulu... sama bu bidan dulu.. lama minumnya nduk."

D3 - "Selain itu sekiranya ada keluhan lain nggak mbah?"

P3 - "Banyak nduk.. namanya orang tua. Badan ini sakit semua... kepala ini sakit... perutnya juga ndak enak. Ini badan sakit-sakit semua kalau capek."

D3 - "Mbah ini sambil diperiksa ya"

P3 - "Monggo..."

D3 - "Mbah kan ini minum obatnya sudah lama ya.... Sekiranya panjenengan kerso ndak kalau dahaknya di-lab-kan di puskesmas."

P3 - "Di lab ambil darahnya ya? Harus ta nduk... Ndak bisa dilihat aja?"

D3 - "Ndak kok ndak sakit periksanya. Besok pagi bagun tidur lepeh dahaknya di pot ini yang sudah saya bawakan. Terus nanti potnya biar diantarkan BU Kader ke Puskesmas."

P3 - "Oh gitu... ini bayar berapa nduk.. anak saya ndak di rumah ini."

D3 - "Jangan khawatir mbah gratis kok semuanya. Misalnya dapet obat nanti obatnya juga gratis."

P3 - "Oh... inggih..."

D3 - "Kerso nggih? Ini potnya saya tinggal di sini. Nanti kalau mau tanya-tanya lagi bisa lewat Bu Kader ya mbah..."

P3 - "inggih... matur suwun nduk wes ditengoki mbah'e..."

D3 - "Monggo."

### 3. Refleksi Kegiatan Pengabdian

Dalam praktik komunikasi terbatas dokter-pasien yang diperankan oleh sesama dokter partisipan dalam kegiatan ini terdapat beberapa catatan refleksi. Pertama, dokter secara umum telah melakukan komunikasi sesuai dengan kebutuhan komunikasi dokter-pasien. Penggunaan bahasa yang sopan dan mudah dipahami dan penggunaan intonasi yang baik serta volume suara dapat didengar dengan baik. Apabila menemukan masyarakat kategori P1 yang kooperatif seperti yg diperankan oleh dr.S maka, komunikasi dr.R telah memenuhi standar komunikasi efektif dengan ukuran pemerolehan capaian target informasi. Sebaliknya apabila P1 kurang atau tidak kooperatif, dalam arti melanggar prinsip-prinsip komunikasi (*maxim* dalam *The Cooperative Principle*) maka dokter perlu mengadaptasi atau meningkatkan keterampilan penggunaan *maxim* dalam melakukan *narrative inquiry*.

Kedua, dokter telah melakukan *pathing* atau kalimat pengait dalam membuka percakapan dengan baik dengan cara melontarkan pertanyaan atau pernyataan umum

kaitannya dengan konteks aktivitas sehari-hari pasien atau masyarakat seperti dengan P2. Dalam konteks ini, keterampilan dokter dalam meyakinkan P2 untuk mau diperiksa TBC, sangat bagus meski harus melakukan hingga lebih dari 10 *turn-taking* dalam percakapan tersebut. Dokter memahami kekhawatiran P2 akan biaya pemeriksaan dan proses pemeriksaan itu sendiri. Sehingga info kepada P2 akan fasilitas kesehatan yang bisa digunakan secara gratis dapat diterima sebagai bentuk upaya memotivasi P2 akan pentingnya memeriksa TBC dan melakukan pengobatan apabila terdiagnosa. Dalam percakapan ini nampak bahwa masih diperlukan skill untuk adaptasi penggunaan *maxim* dalam *The Cooperative Principle* kaitannya dengan keterampilan melakukan *narrative inquiry*. Membiarkan masyarakat berkumpul dalam group dan membagi cerita mereka sehari-hari akan dapat menjaring informasi dengan hanya sedikit pertanyaan dan dengan cerita yang mengalir sendiri dari para P target.

Yang terakhir, percakapan dokter-D3 ini berjalan lancar dengan target P3 yg telah terdiagnosa terjangkau TBC mau melakukan pemeriksaan. Dokter cukup sopan dan menggunakan bahasa yang dipahami oleh P3. Tantangan berikutnya adalah meyakinkan P3 untuk benar benar datang dan mau meminum obat dalam jangka tertentu tanpa putus. Hal ini memerlukan kegigihan para dokter dan kader dalam melakukan komunikasi yang efektif dan memahami kapan mereka memberikan informasi yang benar dan kapan mereka menyembunyikan informasi yang diperlukan oleh dokter atau mengetahui kapan mereka berbohong. Keterampilan memahami dan menggunakan *maxim* dalam berkomunikasi tidak hanya dilakukan oleh dokter tetapi dokter juga harus berlatih dan memahami apakah lawan bicara P1, P2, atau P3 sedang melanggar *maxim - maxim* dalam *The Cooperative Principle*. Hal ini tidak cukup dilakukan dengan melakukan tanya-jawab model ini. Kombinasi pemanfaatan mengenai *maxim-maxim* dalam *The Cooperative Principle* dan *narrative inquiry* dapat membantu dokter atau kader mendapatkan informasi sesuai dengan keadaan P target yang sesungguhnya.

#### 4. Project Kegiatan Tindak Lanjut

Kegiatan tindak lanjut diberikan pada peserta pengabdian untuk menyiapkan *narrative inquiry form and guide*. Hasil *project* tindak lanjut yang disiapkan oleh dokter peserta pelatihan disajikan pada tabel 4. Dari tabel 4 menunjukkan peserta pelatihan telah berhasil menyiapkan *narrative inquiry form and guide* yang memenuhi syarat komunikasi efektif. Empat komponen dalam pelaksanaan *narrative inquiry* [31] sudah tampak dalam *form* yang disiapkan oleh dokter *internship* Puskesmas Srengat.

**Tabel 4.** Hasil Kegiatan Tindak Lanjut: *Narrative Inquiry Form and Guide*

---

1. <i>Preparation</i>
a. Melakukan persiapan untuk melakukan komunikasi
- Memperhatikan kontak mata, bahasa tubuh, nada bicara, tata kalimat
b. Menciptakan situasi yang nyaman untuk kedua belah pihak
- Siapkan lokasi yang nyaman: atur posisi duduk yang dan jarak yang sopan dan nyaman
- Empati: pahami kondisi pasien ( <i>put yourself in their shoes</i> )
- Bangun rasa solidaritas: Bangun kesan bahwa percakapan ini didasari demi kebaikan bersama
c. Mengenali orang yang akan diajak bicara: identitas, latar belakang, pekerjaan, posisinya di masyarakat, dst
d. Memberikan penjelasan ringkas mengenai TBC
e. Memberi kesempatan bertanya pada P target

---

2. <i>Main Narrative</i>
a. Dokter meminta P target untuk bercerita mengenai keluhan kesehatannya, apa yang mereka ketahui tentang TBC, dan kekhawatiran yang mereka pikirkan dan rasakan kaitannya dengan kesehatan mereka
b. Dokter menjadi pendengar yang baik
c. Dokter mencatat hal penting selama mendengarkan cerita P

---

---

### 3. Questioning

Menanyakan cerita P target yang belum difahami atau yang belum jelas

- Meminta penjelasan detail untuk informasi kaitannya dengan symptoms yang belum muncul dalam cerita P target, detail lingkungan P target, dan faktor resiko TBC

---

### 4. Wrap up

- a. Dokter menyatakan simpulan dari cerita P dan meminta konfirmasi pada P akan apa yg telah difahami oleh dokter
  - b. Analisis hasil *inquiry* dilakukan di luar konteks percakapan dengan P target
    - Apakah jawaban sesuai dengan pertanyaan atau sudah melenceng?
    - Apakah informasi yang dibutuhkan sudah didapatkan?
    - Apakah informasi tersebut benar atau tidak?
    - Apakah terjadi perbedaan persepsi atau salah paham?
    - Apakah benar-benar paham atau asal menjawab?
    - Membuat rangkuman
- 

## B. Perubahan Sikap Pengetahuan dan Keterampilan

Percakapan medis antara kader atau dokter dengan masyarakat yang terduga terjangkit TBC memiliki konten yang sensitif. Penderita TBC mendapat dan merasakan stigma sosial negatif [32]. Percakapan yang tidak tepat sangat mungkin dapat mengarah pada sebuah tindakan yang tidak menyenangkan yang sering disebut dengan istilah *face threatening act* [33], [34] karena mengancam *image* dari lawan bicara. *Positive politeness strategy* seringkali diaplikasikan untuk mengatasi kondisi ini [35]. Kader memperlihatkan ketertarikan, apresiasi dan familiaritas pada masyarakat. Akan tetapi strategi ini tidak selalu berhasil. Kegagalan memaksa kader harus mengubah strategi seperti dengan melibatkan tokoh masyarakat atau tenaga kesehatan, atau menghentikan komunikasi yang berimplikasi data TBC di masyarakat tidak tergal dengan baik.

Dokter Puskesmas Srengat sebagai Pembina Kader TBC harus dapat meningkatkan kemampuan komunikasi efektif kader-masyarakat yang terduga terjangkit TBC. Untuk itu kemampuan komunikasi efektif dokter-masyarakat juga harus baik. Pelatihan yang dilakukan dalam bentuk pengabdian kepada masyarakat memperlihatkan ketergantungan pada pertanyaan tertutup yang dilakukan dokter untuk menggali informasi berkurang, variasi bentuk pertanyaan meningkat. Selain itu dokter menjadi pendengar yang baik dalam konteks komunikasi dokter-masyarakat terduga terjangkit TBC. Dokter memahami dan dapat mengaplikasikan *Cooperative Principle* dalam komunikasi; dan dokter memiliki keterampilan melatih kader kesehatan untuk berkomunikasi efektif pada masyarakat. Perubahan sikap pengetahuan dan ketrampilan komunikasi dokter dapat disarikan sebagai berikut :

- Sikap : Dalam berkomunikasi dokter peserta pelatihan terpancut lebih percaya diri, positif, terbuka untuk adaptasi terhadap pasien atau masyarakat dari berbagai latar belakang sosiokultural, ekonomi dan pendidikan.
- Pengetahuan : Dokter peserta pelatihan memahami dan dapat mengaplikasikan *The Cooperative Principle* dalam komunikasi efektif dokter-masyarakat.
- Keterampilan: Dokter peserta pelatihan mampu menyiapkan *narrative inquiry form dan guide* penggunaan *form*; Dokter juga memiliki keterampilan melatih kader kesehatan untuk melakukan komunikasi efektif pada masyarakat.

## C. Kendala yang Dihadapi

1. Covid 19 menyebar ke seluruh dunia, tidak terkecuali daerah yang menjadi lokasi pelaksanaan kegiatan pengabdian. Prosedur kesehatan harus dilakukan dengan ketat agar keamanan dan keselamatan dapat terjaga. Untuk mengatasi keterbatasan ini, kegiatan pengabdian dilakukan secara daring menggunakan *zoom*. Kegiatan pelatihan dan kegiatan pembelajaran mikro dilakukan secara daring, sehingga tidak melanggar prosedur kesehatan yang ditetapkan pemerintah.

2. Dokter sebagai peserta pelatihan dan dosen sebagai instruktur dan pelaksana kegiatan pengabdian memiliki kewajiban yang tidak dapat ditinggalkan karena menyangkut pada pelayanan pada masyarakat. Untuk menanggulangi hal ini, kegiatan pelatihan difokuskan pada dokter *internship* yang bertanggung jawab membina kader TBC. Selanjutnya dokter *internship* yang melatih dan mengembangkan kemampuan komunikasi efektif kader TBC dengan masyarakat. Waktu pelaksanaan disesuaikan dengan jadwal kegiatan peserta pelatihan.

#### **D. Dampak**

Setelah mendapat pelatihan komunikasi efektif, tiga dokter *internship* menyelenggarakan kegiatan Bimbingan Teknologi (BIMTEK) Kader TBC Kecamatan Srengat, Kabupaten Blitar, Jawa Timur, dalam bentuk pelatihan komunikasi efektif untuk Kader TBC. Berbekal pengetahuan dan ketrampilan berkomunikasi dengan efektif kader TBC Kecamatan Srengat Kembali terjun melakukan kegiatan penelusuran dan penemuan masyarakat terjangkit TBC. capaian kader TBC dalam menemukan masyarakat yang terduga menderita TBC dan mendapat layanan pemeriksaan diagnostic baku diperlihatkan pada tabel 5.

**Tabel 5.** Terduga TBC yang Mendapatkan Pemeriksaan Diagnostik Baku

No.	Desa	Periode		Total
		Sebelum	Sesudah	
1	Bagelenan	0	3	3
2	Dandong	0	8	8
3	Dermodayan	4	1	5
4	Kandangan	0	1	1
5	Karanggayam	5	17	22
6	Kauman	5	1	6
7	Kendalrejo	2	5	7
8	Kerjen	0	0	0
9	Maron	3	0	3
10	Ngaglik	11	1	12
11	Pakisrejo	0	0	0
12	Purwokerto	1	1	2
13	Selokajang	10	15	25
14	Srengat	9	8	17
15	Togogan	2	5	7
16	Wonorejo	2	2	4
<b>Total</b>		54	68	112

Tabel 5 menunjukkan jumlah total terduga penderita TBC yang mendapat layanan diagnostik baku setelah kegiatan BIMTEK selama periode Juni-Juli lebih besar dibanding periode sebelum kegiatan BIMTEK antara April-Mei 2022. Terjadi peningkatan pelayanan sebesar 25%, dari yang semula 54 orang naik menjadi 68 pada periode berikutnya. Sebaran penemuan terduga kasus TBC juga meningkat. Setelah pelaksanaan BIMTEK, 7 dari 14 Desa di Kecamatan Srengat menyumbang peningkatan penemuan terduga TBC yang mendapat layanan baku, sementara 4 desa tidak mengalami peningkatan dimana ke empat desa ini tercatat hanya menyumbang 6 data dari total 112 data. Sementara itu hanya 3 desa memperlihatkan penurunan data. Kegiatan pengabdian dalam bentuk pelatihan komunikasi efektif dengan *narrative inquiry* berdampak pada peningkatan masyarakat yang terduga TBC mendapat pelayanan baku. Selain peningkatan jumlah yang cukup besar juga terdapat peningkatan penyebaran masyarakat yang terlayani.

## SIMPULAN

Pengabdian kepada masyarakat ini telah dilaksanakan dengan hasil yang memberikan potensi pengembangan kompetensi komunikasi efektif dan pelaksanaan *narrative inquiry* berkelanjutan. *Workshop* dilakukan sebagai upaya untuk bisa lebih dekat dengan masyarakat agar bisa mendapatkan informasi kaitannya dengan capaian TBC di wilayah Kecamatan Srengat. Kegiatan pengabdian ini, selain menghasilkan daftar kendala komunikasi dokter-pasien, dokter-masyarakat, dan kader-masyarakat, juga dihasilkan daftar alternatif solusi yang dapat dilakukan dalam konteks sosiokultur masyarakat setempat. Praktek terbatas telah memberikan kesempatan bagi dokter untuk melatih diri dalam berkomunikasi dengan pasien atau masyarakat dalam skala terbatas. Kegiatan ini membuka cakrawala pandang para dokter akan pentingnya pemahaman mengenai prinsip-prinsip komunikasi yang efektif dan pemahaman mengenai *narrative inquiry*. Seseorang yang terdiagnosis TBC (P3) belum tentu mau datang ke Puskesmas untuk diperiksa dan berobat, apalagi seseorang yang berada dalam kategori terdeteksi gejala TBC (P2) dan orang sehat tinggal di lingkungan endemi TBC (P1). Dengan demikian, perlu usaha untuk dapat menggali informasi dari masyarakat kaitannya dengan capaian TBC, agar bisa dilakukan penanganan yang optimal. Oleh karena itu, *follow through* dari kegiatan ini adalah kegiatan bimbingan dan pendampingan kepada kader oleh para dokter telah mengikuti *workshop* ini. Hasil dari kegiatan ini adalah daftar capaian TBC masyarakat terduga terjangkau TBC yang mendapat pelayanan kesehatan baku di Kecamatan Srengat meningkat.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada kepala UPTD PUSKESMAS Srengat beserta tenaga kesehatan dan staf Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, dan Kelompok Riset dan Pengabdian Masyarakat *Applied Pragmatics*, FKIP Universitas Jember, yang telah membantu pelaksanaan kegiatan pengabdian ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO, "Global report on infection prevention and control," 2022.
- [2] WHO, "Global Tuberculosis Report 2022," 2022.
- [3] KEMENKES, "Melalui Kegiatan INA-TME ke 4, MENKES BUDI Minta 90% Penderita TBC Terdeteksi di Tahun 2024,"  
<http://p2p.kemkes.go.id/melalui-ina-time-2022-ke-4-menkes-budi-minta-90-penderita-tbc-dapat-terdeteksi-di-tahun-2024/>
- [4] UPT Puskesmas Srengat, "Rencana Usulan Kegiatan Puskesmas Srengat 2022," Blitar, 2021.
- [5] Kemenkes RI, "Apa itu TOSS TBC dan Kenali Gejala TBC," Direktorat Promosi kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, 2019.  
<https://promkes.kemkes.go.id/apa-itu-toss-tbc-dan-kenali-gejala-tbc>
- [6] Gabriel, Yehezkiel, Juliana, and Monica, "Penanggulangan TBC di Indonesia melalui Gerakan TOSS TBC," *Jurnal Kesehatan Prima*, vol. 15, no. 1, pp. 57–67, 2021.
- [7] A. M. Phelan, "Review: Shaping a Professional Identity: Stories of Education Practice. (Connelly & Clandinin)," Althouse Press, vol. 184, no. 1992, 1999.
- [8] F. M. Connelly and D. J. Clandinin, "Stories of Experience and Narrative Inquiry," *Educational Researcher*, vol. 19, no. 5, 1990, doi: 10.3102/0013189X019005002.
- [9] J. W. Creswell, "Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research," *Educational Research*, vol. 4. 2012.

- [10] L. A. Pino Gavidia and J. Adu, "Critical Narrative Inquiry: An Examination of a Methodological Approach," *Int J Qual Methods*, vol. 21, 2022, doi: 10.1177/16094069221081594.
- [11] G. Barkhuizen and S. Consoli, "Pushing the edge in narrative inquiry," *System*, vol. 102, 2021. doi: 10.1016/j.system.2021.102656.
- [12] P. R. Golombek and K. E. Johnson, "Recurrent restorying through language teacher narrative inquiry," *System*, vol. 102, 2021, doi: 10.1016/j.system.2021.102601.
- [13] K. Guthrie, "(Re)fractional narrative inquiry: A methodological adaptation for exploring stories," *Method Innov*, vol. 15, no. 1, pp. 3–15, Mar. 2022, doi: 10.1177/20597991221077902.
- [14] C. C. Wang and S. K. Geale, "The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research," *International Journal of Nursing Sciences*, vol. 2, no. 2. Chinese Nursing Association, pp. 195–198, Jun. 01, 2015. doi: 10.1016/j.ijnss.2015.04.014.
- [15] T. Burge and P. Grice, "Studies in the Way of Words.," *Philos Rev*, vol. 101, no. 3, 1992, doi: 10.2307/2186059.
- [16] D. E. Over and P. Grice, "Studies in the Way of Words.," *Philos Q*, vol. 40, no. 160, 1990, doi: 10.2307/2219730.
- [17] A. M. R. Moore, K. L.; Dalley, A. F.; Agur, Moore Clinically Oriented Anatomy EIGHTH EDITION, vol. 282, no. 15. 2018.
- [18] G. Elwyn et al., "Shared decision making: A model for clinical practice," *Journal of General Internal Medicine*, vol. 27, no. 10. 2012. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
- [19] M. Zolezzi, B. Paravattil, and T. El-Gaili, "Using motivational interviewing techniques to inform decision-making for COVID-19 vaccination," *International Journal of Clinical Pharmacy*, vol. 43, no. 6. 2021. doi: 10.1007/s11096-021-01334-y.
- [20] T. Dornan, S. Roy Bentley, and M. Kelly, "Medical teachers' discursive positioning of doctors in relation to patients," *Med Educ*, vol. 54, no. 7, 2020, doi: 10.1111/medu.14074.
- [21] C. Naughton, "Patient-Centered Communication," *Pharmacy*, vol. 6, no. 1, 2018, doi: 10.3390/pharmacy6010018.
- [22] V. Y. Siebinga, E. M. Driever, A. M. Stiggelbout, and P. L. P. Brand, "Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction – A cross-sectional analysis," *Patient Educ Couns*, vol. 105, no. 7, 2022, doi: 10.1016/j.pec.2022.03.012.
- [23] A. Hasudungan, I. Sri, and M. Wulandari, "Hubungan Pengetahuan Penderita TBC Terhadap Stigma Penyakitnya di Wilayah Kerja Puskesmas Parongpong Kecamatan Parongpong Kabupaten Bandung Barat," *Chmk Nursing Scientific Journal*, vol. 4, no. 1, pp. 171–177, 2020.
- [24] M. S. Hidayah, "Hubungan Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Dengan Pencegahan Penularan Tuberkulosis Paru Pasien Tuberkulosis Paru," *Rumah Sakit Khusus Paru-Paru*, 2020.
- [25] Y. Media, "Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Masyarakat Tentang Penyakit Tuberkulosis (Tb) Paru Di Kecamatan Sungai Tarab, Kabupaten Tanah Datar Propinsi Sumatera Barat," *Media Litbang Kesehatan*, vol. 21, no. 3, 2011.
- [26] N. Balakrishnan, E. M. M. Monoto, N. M. Tohit, and A. A. Wahab, "Knowledge and perception of treatment among tuberculosis patients attending primary care clinics in Malaysia," *J Infect Dev Ctries*, vol. 15, no. 8, 2021, doi: 10.3855/jidc.12891.
- [27] S. M. Ali et al., "Community knowledge about tuberculosis and perception about tuberculosis-associated stigma in pakistan," *Societies*, vol. 9, no. 1, 2019, doi: 10.3390/soc9010009.
- [28] G. W. Mbutia, C. O. Olungah, and T. G. Ondicho, "Knowledge and perceptions of tuberculosis among patients in a pastoralist community in Kenya: A qualitative study," *Pan African Medical Journal*, vol. 30, 2018, doi: 10.11604/pamj.2018.30.287.14836.

- [29] J. F. Ha and N. Longnecker, "Doctor-patient communication: A review," *Ochsner Journal*, vol. 10, no. 1. pp. 38–43, 2010. doi: 10.3329/jbcps.v32i2.26036.
- [30] R. McCabe and P. G. T. Healey, "Miscommunication in Doctor–Patient Communication," *Top Cogn Sci*, vol. 10, no. 2, pp. 409–424, Apr. 2018, doi: 10.1111/tops.12337.
- [31] D. Clandinin, *Handbook of Narrative Inquiry: Mapping a Methodology*. 2012. doi: 10.4135/9781452226552.
- [32] X. Chen et al., "The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China," *Sci Rep*, vol. 11, no. 1, p. 24236, Dec. 2021, doi: 10.1038/s41598-021-03811-w.
- [33] J. Svobodová, "Political dialogue as room for verbal aggression," *Bohemistyka*, no. 4, 2020, doi: 10.14746/bo.2020.4.3.
- [34] L. Zorrón Cheng Tao Pu et al., "Video consultations during the coronavirus disease 2019 pandemic are associated with high satisfaction for both doctors and patients," *JGH Open*, vol. 5, no. 5, 2021, doi: 10.1002/jgh3.12547.
- [35] P. Brown and S. C. Levinson, *Politeness: Some Universals in Language Usage (Studies in Interactional Sociolinguistics 4)*. New York: Cambridge University Press, 1987. doi: 10.2307/3587263.