ULIL ALBAB : Jurnal Ilmiah Multidisiplin
Vol.5, No.11, Oktober 2026

Model Komunikasi untuk Meningkatkan Pemahaman Peserta MCU (*Medical-Check Up*): Studi Kualitatif di Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu

Mety Munahari[1], Nining Handayani[2], Yen Efawati[3]
[1,2,3]Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya Bandung, Indonesia
E-mail: metymunahari@gmail.com[1]

Article History:
Received: 01 Oktober 2026
Revised: 10 Oktober 2026
Accepted: 12 Oktober 2026

Keywords: *komunikasi dokter-pasien; medical check-up; model komunikasi; preferensi pasien; pengambilan keputusan bersama; pelayanan berpusat pada pasien.*

Abstract: *Komunikasi dokter-pasien merupakan aspek penting dalam pelayanan kesehatan, terutama ketika keterbatasan informasi dan pengetahuan medis memengaruhi kemampuan pasien untuk memahami hasil pemeriksaan dan menentukan keputusan terkait kesehatannya. Dalam konteks medical check-up (MCU), efektivitas komunikasi tidak hanya ditentukan oleh kejelasan informasi, tetapi juga oleh kesesuaian pendekatan komunikasi dengan kebutuhan, tingkat pemahaman, dan preferensi keterlibatan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi model komunikasi dokter-pasien yang paling sesuai berdasarkan penilaian peserta MCU. Penelitian menggunakan pendekatan deskriptif melalui survei terhadap 35 peserta MCU. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner dan dianalisis secara deskriptif untuk membandingkan penilaian responden terhadap lima model komunikasi dokter-pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh model komunikasi memperoleh penilaian positif, meskipun terdapat perbedaan tingkat preferensi. Model paternalistik memperoleh penilaian tertinggi, diikuti oleh model deliberatif yang menekankan penghormatan terhadap otoritas dokter. Sementara itu, model interpretatif berbasis pengambilan keputusan bersama dan model informatif yang berpusat pada pasien juga memperoleh penilaian positif, sedangkan model interpretatif yang menekankan pemberdayaan pasien menempati posisi terendah. Temuan ini menunjukkan bahwa peserta MCU cenderung menghargai komunikasi yang memberikan ruang bagi arahan dan pertimbangan profesional dokter, tanpa sepenuhnya mengesampingkan keterlibatan pasien. Penelitian ini menyoroti pentingnya pendekatan komunikasi yang adaptif dengan mempertimbangkan keseimbangan antara otoritas profesional dokter, kebutuhan informasi, dan preferensi keterlibatan pasien dalam memahami hasil pemeriksaan kesehatan.*

PENDAHULUAN

Medical check-up (MCU) adalah evaluasi medis rutin terhadap kesehatan seseorang untuk mendeteksi abnormalitas dan faktor risiko penyakit (Krogsbøll et al., 2019). Tujuannya adalah untuk memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan seseorang berdasarkan hasil pemeriksaan dan penilaian tenaga kesehatan. Informasi yang dihasilkan dari pemeriksaan MCU tidak hanya berfungsi sebagai hasil pemeriksaan, tetapi juga menjadi dasar bagi peserta untuk memahami kondisi kesehatannya dan menentukan tindakan kesehatan selanjutnya. Namun, dalam pelaksanaannya, pemahaman peserta terhadap informasi dan hasil pemeriksaan MCU tidak selalu optimal. Peserta dapat mengalami kesulitan dalam memahami istilah medis, menginterpretasikan hasil pemeriksaan, maupun memahami hubungan antara hasil pemeriksaan dengan rekomendasi kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (Berkman et al., 2011). Kondisi tersebut menjadi persoalan karena hasil pemeriksaan yang telah disampaikan kepada peserta belum tentu menghasilkan pemahaman dan penerimaan yang sama dengan maksud tenaga kesehatan yang menyampaikannya (Street et al., 2009).

Salah satu karakteristik pelayanan kesehatan yang dapat menjelaskan fenomena di atas adalah sifatnya sebagai *credence service* (Dulleck & Kerschbamer, 2006). *Credence service* menggambarkan kondisi ketika pasien memiliki keterbatasan dalam mengevaluasi kebutuhan dan ketepatan layanan medis yang diterimanya, bahkan setelah pelayanan diberikan. Dalam kondisi tersebut, asimetri informasi antara tenaga kesehatan dan pasien menyebabkan penilaian terhadap kualitas pelayanan tidak sepenuhnya didasarkan pada aspek teknis, melainkan juga pada pengalaman dan proses pelayanan yang dapat diamati pasien (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Karakteristik tersebut menjadi relevan dalam pelayanan MCU karena peserta menerima informasi mengenai kondisi kesehatannya berdasarkan hasil pemeriksaan yang mengandung aspek medis dan teknis yang tidak selalu dapat dipahami atau dievaluasi secara mandiri.

Dalam usaha membangun komunikasi tersebut, kemampuan pasien dalam memahami informasi kesehatan dan kepercayaannya terhadap sumber informasi menjadi aspek yang perlu diperhatikan (Berkman et al., 2011; Street et al., 2009). Literasi kesehatan berkaitan dengan kemampuan individu untuk mengakses, memahami, menilai, dan menggunakan informasi kesehatan dalam pengambilan keputusan (Nutbeam, 2000). Perbedaan kemampuan tersebut dapat memengaruhi bagaimana peserta MCU memahami hasil pemeriksaan, menafsirkan rekomendasi medis, dan menentukan tindakan kesehatan selanjutnya. Kondisi ini semakin relevan ketika peserta pelayanan kesehatan memiliki karakteristik sosial, pendidikan, dan pengalaman kesehatan yang beragam, sehingga pendekatan komunikasi yang seragam belum tentu dapat memenuhi kebutuhan informasi setiap individu (Schillinger et al., 2021).

Karakteristik *credence service* juga berkaitan dengan persoalan kepercayaan pasien terhadap tenaga kesehatan. Ketimpangan informasi memberikan posisi yang lebih dominan kepada penyedia layanan dalam menentukan jenis pemeriksaan maupun tindakan medis. Dalam literatur ekonomi layanan, kondisi tersebut dapat membuka kemungkinan terjadinya *overtreatment*, yaitu pemberian layanan atau tindakan yang melebihi kebutuhan pasien, ketika penyedia layanan memiliki informasi yang lebih lengkap mengenai kebutuhan medis dibandingkan pasien (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Meskipun demikian, adanya asimetri informasi tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa tenaga kesehatan melakukan *overtreatment*. Persoalan utamanya terletak pada keterbatasan pasien dalam mengevaluasi keputusan medis dan pentingnya kepercayaan dalam hubungan antara pasien dan penyedia layanan.

Kondisi tersebut memiliki implikasi terhadap komunikasi kesehatan karena kemampuan penerima dalam memahami informasi menentukan sejauh mana pesan yang disampaikan dapat diterima dan dimaknai sesuai dengan tujuan komunikasi (Street et al., 2009). Oleh karena itu,

komunikasi kesehatan tidak hanya berkaitan dengan kemampuan pasien dalam mengakses dan memahami informasi, tetapi juga dengan kemampuan tenaga kesehatan dalam menyesuaikan komunikasi terhadap kebutuhan dan tingkat pemahaman pasien (Schillinger et al., 2021). Armstrong et al. (2021) menekankan pentingnya komunikasi yang berpusat pada pasien melalui kemampuan klinisi untuk mengidentifikasi agenda pasien, melakukan *active listening*, menunjukkan empati dan respek, serta memberikan penjelasan yang mudah dipahami. Komunikasi juga perlu mempertimbangkan hambatan komunikasi serta pemahaman, nilai, dan ekspektasi pasien.

LANDASAN TEORI

Informasi Asimetris

Sektor jasa memiliki dimensi kualitas yang dapat dinilai melalui aspek teknis dan persepsi pengguna layanan. Zeithaml (1988) membedakan kualitas objektif, yang berkaitan dengan karakteristik teknis atau keunggulan suatu produk, dengan *perceived quality*, yaitu penilaian subjektif konsumen terhadap keunggulan atau superioritas produk secara keseluruhan. Dalam pelayanan kesehatan, penilaian pasien cenderung lebih mudah terbentuk melalui aspek pelayanan yang dapat mereka amati dan alami secara langsung, sementara kualitas teknis tindakan medis tidak selalu dapat dievaluasi secara mandiri. Donabedian (1988) menjelaskan bahwa kualitas pelayanan kesehatan perlu dinilai melalui struktur, proses, dan hasil pelayanan, sehingga kepuasan pasien tidak dapat digunakan sebagai satu-satunya ukuran kualitas teknis layanan.

Oleh karena itu, pelayanan kesehatan memiliki karakteristik *credence service*, yakni layanan yang kualitas dan ketepatannya sulit dievaluasi oleh pengguna bahkan setelah pelayanan diterima (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Karakteristik ini muncul karena tenaga kesehatan memiliki pengetahuan klinis dan informasi teknis yang lebih luas dibandingkan pasien. Akibatnya, pasien dapat mengalami kesulitan dalam memastikan apakah pemeriksaan, diagnosis, atau rekomendasi medis yang diterimanya telah sesuai dengan kebutuhan kesehatannya. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa informasi asimetris merupakan karakteristik penting dalam hubungan antara pasien dan penyedia pelayanan kesehatan.

Menurut Dulleck dan Kerschbamer (2006), layanan kesehatan dapat dipahami melalui konsep *credence goods* karena terdapat ketimpangan informasi antara penyedia layanan dan konsumen mengenai kebutuhan serta ketepatan tindakan yang diberikan. Dalam perspektif hubungan prinsipal–agen, pasien dapat diposisikan sebagai prinsipal yang mengharapkan pelayanan sesuai dengan kepentingan kesehatannya, sedangkan tenaga kesehatan berperan sebagai agen yang memiliki keahlian dan informasi lebih lengkap untuk menentukan tindakan medis. Ketimpangan tersebut menimbulkan kebutuhan terhadap hubungan kepercayaan, transparansi informasi, dan komunikasi yang memungkinkan pasien memahami pertimbangan klinis yang mendasari pelayanan (Street et al., 2009).

Komunikasi

Secara etimologis, komunikasi berkaitan dengan upaya membangun dan berbagi makna antara individu yang terlibat dalam proses pertukaran pesan. Griffin et al. (2019) mendefinisikan komunikasi sebagai proses relasional dalam menciptakan dan menginterpretasikan pesan yang menimbulkan respons. Definisi tersebut menunjukkan bahwa komunikasi tidak terbatas pada penyampaian informasi dari pengirim kepada penerima, tetapi melibatkan proses pembentukan makna melalui interaksi. Dalam pelayanan kesehatan, pemahaman bersama menjadi penting karena informasi medis yang disampaikan oleh tenaga kesehatan belum tentu dipahami pasien sesuai dengan maksud penyampaiannya (Street et al., 2009).

Model Komunikasi Klinisi–Pasien

Komunikasi klinisi–pasien merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan karena tidak hanya berkaitan dengan penyampaian informasi medis, tetapi juga mencakup kemampuan klinisi memahami kebutuhan dan kondisi pasien, membangun hubungan yang saling menghargai, serta mendukung pasien dalam memahami dan menentukan pilihan terkait pelayanan kesehatan. Tseng et al. (2026) menjelaskan bahwa kompetensi literasi kesehatan klinisi berperan dalam membentuk komunikasi yang efektif karena memungkinkan klinisi mengenali kebutuhan pasien, mendukung pemahaman pasien, serta memfasilitasi kepercayaan dan pengambilan keputusan bersama. Dalam kerangka kompetensi klinisi yang digunakan dalam penelitian tersebut, terdapat empat dimensi utama, yaitu *concept and assessment*, *empathy and acceptance*, *communication and interaction*, serta *medical information and decision-making*.

Untuk mengidentifikasi bagaimana pasien memaknai komunikasi yang baik, Tseng et al. (2026) menggunakan *Q methodology*, yaitu pendekatan yang memungkinkan peneliti mengidentifikasi pola perspektif subjektif melalui pengurutan pernyataan dan analisis faktor-Q. Penelitian tersebut melibatkan 42 pasien yang menyelesaikan proses Q-sorting menggunakan 44 pernyataan mengenai kompetensi literasi kesehatan dokter. Hasil analisis mengidentifikasi lima perspektif komunikasi yang menjelaskan 50,88% variasi dalam pola pandangan peserta. Kelima perspektif tersebut adalah *Paternalistic Model–Physician-Dependent, Interpretive Model–Self-Empowered, Interpretive Model–Shared Decision-Making, Informative Model–Patient-Centered*, dan *Deliberative Model–Physician-Respecting* (Tseng et al., 2026).

Kelima model tersebut menggambarkan perbedaan preferensi pasien mengenai otoritas klinisi, otonomi pasien, penyampaian informasi medis, hubungan interpersonal, serta keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Secara konseptual, klasifikasi tersebut berkaitan dengan empat model hubungan dokter–pasien yang sebelumnya diperkenalkan oleh Emanuel dan Emanuel (1992), yakni paternalistic, informative, interpretive, dan deliberative. Namun, model Tseng et al. (2026) merupakan klasifikasi empiris berdasarkan perspektif pasien dan tidak dapat disamakan secara langsung dengan empat model normatif tersebut.

Dalam penelitian ini, 44 pernyataan yang digunakan oleh Tseng et al. (2026) dijadikan dasar untuk mengembangkan pengukuran persepsi peserta MCU terhadap komunikasi dokter–pasien. Pengelompokan pernyataan ke dalam lima model komunikasi dilakukan sebagai operasionalisasi instrumen penelitian. Dengan demikian, pengelompokan tersebut perlu dibedakan dari hasil Q-factor analysis pada penelitian Tseng et al. dan harus didukung oleh prosedur pengembangan, validasi isi, serta pemeriksaan struktur pengukuran yang sesuai. Berikut tabel sesuai pemetaan butir yang Anda berikan. Nomor butir dipertahankan, tetapi sumbernya diperjelas.

Tabel 1. Model Komunikasi Klinisi–Pasien

Model komunikasi klinisi–pasien	Butir pengukuran
Paternalistic–Physician Dependent	3, 6, 16, 24
Interpretive–Self Empowered	33, 35, 39, 40, 42, 43, 44
Interpretive–Shared Decision Making	1, 2, 4, 5, 26, 36, 37, 41
Informative–Patient Centered	12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 27, 28, 29 (tidak valid), 30, 31, 38
Deliberative–Physician Respecting	7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 25, 32, 34

Sumber: Tseng et al. (2026)

Medical check-up

Tes skrining kesehatan atau *medical check-up* (MCU) merupakan pemeriksaan atau prosedur medis yang dapat dilakukan pada individu tanpa gejala untuk mengidentifikasi faktor risiko maupun kemungkinan adanya penyakit tertentu (Givler & Givler, 2023). Pemeriksaan

tersebut bertujuan memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan individu sebagai dasar untuk menentukan kebutuhan pemeriksaan lanjutan, tindakan pencegahan, atau pelayanan medis yang diperlukan. Meskipun demikian, skrining kesehatan dan pemeriksaan kesehatan umum tidak sepenuhnya identik. Skrining biasanya ditujukan untuk mendeteksi kondisi tertentu pada populasi sasaran, sedangkan MCU dapat mencakup serangkaian pemeriksaan yang lebih luas (Krogsbøll et al., 2019). Menurut Givler dan Givler (2023), pelaksanaan skrining kesehatan yang baik perlu mempertimbangkan sejumlah karakteristik berikut:

1. Penyakit yang menjadi sasaran pemeriksaan memiliki prevalensi atau beban kesakitan dan kematian yang bermakna dalam populasi.
2. Penyakit memiliki fase tanpa gejala dan tersedia intervensi dini yang dapat memberikan manfaat dibandingkan penanganan setelah munculnya gejala.
3. Pemeriksaan memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang memadai untuk meminimalkan hasil negatif palsu dan positif palsu.
4. Pemeriksaan relatif aman, mudah diakses, dapat dilaksanakan secara praktis, dan memiliki biaya yang proporsional terhadap manfaatnya.
5. Tersedia tindakan atau pengobatan yang efektif bagi individu dengan hasil pemeriksaan positif.

Prinsip tersebut menunjukkan bahwa kualitas MCU tidak hanya ditentukan oleh pelaksanaan pemeriksaan, tetapi juga oleh ketepatan indikasi, interpretasi hasil, komunikasi risiko, dan tindak lanjut yang diberikan kepada peserta.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain deskriptif dan pengumpulan data secara *cross-sectional*, yaitu pengumpulan data pada satu periode pengamatan untuk menggambarkan karakteristik dan persepsi responden (Creswell & Creswell, 2023; Sekaran & Bougie, 2020). Berdasarkan tingkat keterlibatan peneliti, penelitian ini bersifat nonintervensi dengan keterlibatan minimal, sedangkan unit analisisnya adalah individu, yaitu peserta *medical check-up* (MCU) di Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu. Berdasarkan rentang waktu pengumpulan data, penelitian ini menggunakan pendekatan one-shot study, yakni pengukuran yang dilakukan satu kali terhadap setiap responden tanpa pengamatan berulang (Sekaran & Bougie, 2020).

Populasi penelitian adalah pasien MCU Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu. Penentuan jumlah sampel menggunakan rumus Lemeshow sehingga diperoleh 35 responden (Lemeshow et al., 1990). Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner kepada 35 responden yang dipilih menggunakan teknik *accidental sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel nonprobabilitas berdasarkan kemudahan akses dan kesediaan individu untuk berpartisipasi (Etikan et al., 2016). Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif melalui distribusi frekuensi jawaban responden, rata-rata hitung aritmatika (mean), dan standar deviasi untuk menggambarkan kecenderungan serta variasi respons terhadap setiap indikator pengukuran (Sullivan & Artino, 2013).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Karakteristik Demografi

Jumlah responden minimal yang berhasil dikumpulkan adalah 35 responden dengan mengambil taraf signifikansi 95% dan error 5%. Pengambilan sampel tersebut dilakukan menggunakan *Google Form* dengan teknik sampling *accidental,* yaitu mengambil responden

berdasarkan urutan kuesioner masuk terlebih dahulu. Untuk memastikan kuesioner tersebut valid (seluruhnya terisi), maka diberikan ceklis pada fitur *Google Form* agar responden tidak dapat mengisi pernyataan/pertanyaan berikutnya, tanpa mengisi pernyataan/pertanyaan sebelumnya.

Tabel 2. Karakteristik Demografi Responden

Karakteristik Demografi	Proporsi Terbesar	Persentase
Jenis Kelamin	Perempuan	66%
Tingkat Pendidikan	Diploma	49%
Usia	21-30 tahun	74%

Berdasarkan gambar di atas, dapat terlihat bahwa responden terbayak adalah wanita dengan proporsi sebanyak 66%, dengan tingkat pendidikan Diploma sebanyak 49%, dan usia 21-30 tahun sebanyak 74%.

Uji Kualitas Instrumen

Uji kualitas instrumen yang digunakan pada penelitian ini ada 2, yaitu uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas yang digunakan adalah uji validitas konstruk. Validitas konstruk adalah untuk membuktikan seberapa baik hasil yang diperoleh dari penggunaan ukuran yang sesuai dengan teori dimana pengujian tersebut dirancang (Kuncoro, 2009). Uji validitas konstruk yang digunakan pada penelitian ini adalah *Product Moment* atau *Pearson Correlation.* Hasil uji dikatakan valid apabila r (koefisien korelasi Pearson) hitung > r-tabel atau melihat signifikasi yang harus < 0,05 untuk dapat dinyatakan valid.

Tabel 3. Uji Kualitas Instrumen

Model Komunikasi Klinisi	R hitung	*Cronbach's Alpha*
Paternalistic-Physician Dependent	> 0,334	0,695
Interpretive-Self Empowered	> 0,334	0,905
Interpretive-Shared Decision Making	> 0,334	0,906
*Informative-Patient Centered**	> 0,334	0,899
Deliberative-Physician Respecting	> 0,334	0,945

Butir nomor 10 dieliminasi karena tidak valid

Berdasarkan hasil pengukuran, dapat diketahui bahwa indikator yang digunakan untuk mengukur model komunikasi *paternalistic-physician dependent, interpretative-self empowered, interpretative-shared decision making, informative-patient centered,* dan *deliberative-physician respecting* sudah valid karena mempunyai nilai korelasi terhadap konstruk lebih besar dari 0,334 atau 33,4%. Nilai konstruk adalah nilai total seluruh indikator yang menjelaskan variabel tersebut. Korelasi yang semakin kuat artinya pola pergerakan nilai indikator tersebut relatif sama dengan indikator lainnya yang membentuk suatu variabel. Nilai minimal korelasi indikator terhadap konstruk adalah 33,4%. Apabila nilainya lebih rendah, indikator tersebut tidak valid dan tidak diikutsertakan lagi pada uji reliabilitas. Adapun nilai konstruk tersebut diperoleh dari nilai r tabel dengan tingkat derajat kebebasan 33. Derajat kebebasan diperoleh dengan mengurangi jumlah sampel (n = 35) dengan nilai 2 sehingga nilai r tabel yang dihasilkan adalah 0,334.

Selain itu, keseluruhan item pada setiap variabel yang diteliti sudah reliabel karena mempunyai nilai di atas 0,6 atau 60%. Pengukuran uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan tingkat konsistensi internal Cronbach's Alpha. Nilai ini mencerminkan seberapa konsisten setiap item pernyataan yang digunakan. Kriteria minimal konsistensi yang digunakan adalah 0,6 atau

60%. Semakin tinggi skornya, maka dapat dikatakan semakin konsisten. Melihat skor konsistensinya yang di atas 60%, dapat dikatakan item pernyataan tersebut konsisten. Model komunikasi klinisi-pasien yang mempunyai konsistensi yang baik adalah *deliberative-physician respecting,* sedangkan yang mempunyai nilai konsistensi paling rendah adalah *paternalistic-physician dependent.*

Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif bertujuan untuk melihat gambaran setiap variabel yang diteliti tanpa mengaitkan dari satu variabel dengan variabel lainnya. Analisis statistik deskriptif yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan melihat nilai rata-rata dan standar deviasi.

Tabel 4. Hasil Analisis Deskriptif

Peringkat	Model Komunikasi	Skor	Persen	Diharapkan	Tidak Diharapkan
1	*Paternalistik*	4.39	87,8%	Memberikan informasi dan pelayanan kesehatan yang baik	Mengidentifikasi pasien yang memiliki kemampuan memahami yang rendah
2	*Deliberative-Physician Respecting*	4.38	87,6%	Dokter menjelaskan dengan ramah	Pasien menjelaskan kembali
3	*Interpretative-Shared Decision Making*	4.34	86,8%	Dokter harus menyadari pentingnya mempunyai kemampuan yang baik dalam memberikan pelayanan kepada pasien	Tidak menyukai dokter menggali informasi lebih dalam, terlebih yang tidak relevan
4	*Informative-Patient Centered*	4.32	86,4%	Menghargai privasi pasien	Tidak menyukai sumber informasi berupa tulisan
5	*Interpretative-Self Empowered*	4.25	85%	Dokter memuji pasien yang memahami dan mengikuti penjelasan dokter dengan benar	Dokter terlalu mendorong preferensi tindakan medis berdasarkan keputusan pasien

Pembahasan

Hambatan Komunikasi Klinisi-Pasien di Rumah Sakit Mitra Plumbon

Informasi yang asimetris menjadi salah satu faktor yang dapat menghambat komunikasi klinisi-pasien karena karakteristik sektor kesehatan sebagai credence service, yaitu layanan yang kualitas teknis dan ketepatannya sulit dievaluasi secara mandiri oleh pasien (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Mutu mekanistik penting karena berkaitan dengan karakteristik objektif kualitas pelayanan, namun mutu humanistik juga diperlukan untuk meningkatkan kepuasan pasien. Komunikasi yang baik melibatkan proses relasional dalam menciptakan dan menginterpretasikan pesan agar sesuai dengan maksud penyampai informasi (Griffin et al., 2019). Dalam pelayanan kesehatan, komunikasi yang efektif dapat membantu mengurangi kesenjangan informasi melalui penyampaian penjelasan yang mudah dipahami, keterlibatan pasien, serta pemeriksaan kembali pemahaman terhadap informasi medis (Street et al., 2009).

Hasil analisis deskriptif mengidentifikasi sejumlah permasalahan pada model komunikasi klinisi-pasien berdasarkan indikator dengan nilai rata-rata terendah. Pada model paternalistik, indikator yang mendapatkan penilaian terendah adalah “kemampuan dokter dalam mengenali tanda-tanda atau kondisi yang menunjukkan pasien memiliki kemampuan yang rendah dalam memahami informasi kesehatan sehingga dokter dapat menyesuaikan cara memberikan penjelasan”. Dokter mungkin sudah merasa memberikan penjelasan yang jelas sehingga menganggap pasien

memahami walaupun pasien tersebut belum memahami. Hambatan komunikasi yang muncul adalah dokter tidak selalu menyadari bahwa pasien kurang memahami informasi yang disampaikan. Grossman Liu et al. (2022) menunjukkan bahwa penggunaan singkatan dan akronim medis dapat membatasi pemahaman pasien terhadap informasi kesehatan, sedangkan penyampaian istilah secara lebih lengkap dapat meningkatkan pemahaman terhadap sejumlah informasi medis. Temuan tersebut menegaskan pentingnya kemampuan dokter dalam mengenali keterbatasan pemahaman pasien dan menyesuaikan bahasa yang digunakan selama komunikasi klinis.

Pada model interpretative-self empowered, indikator yang mendapatkan penilaian terendah adalah "dokter mendorong pasien menyampaikan pilihan atau preferensinya tentang tindakan medis yang akan diterima". Pada model ini, posisi pasien lebih kuat sebagai pihak yang memiliki otonomi untuk menentukan pilihan sendiri, namun pasien tidak selalu mempunyai pengetahuan medis yang memadai karena sifat layanan kesehatan sebagai credence service (Dulleck & Kerschbamer, 2006). Dalam kondisi tersebut, dokter tetap memiliki tanggung jawab profesional untuk memberikan informasi, pertimbangan, dan rekomendasi medis yang diperlukan, sekaligus memberikan ruang kepada pasien untuk menyampaikan pilihan atau preferensinya. Emanuel dan Emanuel (1992) menjelaskan bahwa model interpretatif menempatkan dokter sebagai pihak yang membantu pasien memahami nilai dan preferensinya agar keputusan medis dapat disesuaikan dengan kepentingan pasien. Dengan demikian, pemberian ruang kepada pasien untuk menentukan pilihan bukan berarti dokter melepaskan tanggung jawab profesional, melainkan mengupayakan keputusan medis berdasarkan bukti klinis dengan tetap menghormati otonomi pasien.

Model interpretative-shared decision making merupakan salah satu model komunikasi yang mendapatkan skor tertinggi, selain model paternalistik. Indikator yang mendapatkan penilaian terendah adalah "dokter menanyakan dan memastikan informasi penting pasien seperti riwayat penyakit, obat, pola makan". Padahal, dalam shared decision-making, informasi mengenai kondisi medis pasien perlu dilengkapi dengan pengalaman, kebutuhan, nilai, serta preferensi pasien agar pilihan tindakan dapat dipertimbangkan berdasarkan kondisi pasien secara menyeluruh. Stacey et al. (2024) menunjukkan bahwa penggunaan alat bantu pengambilan keputusan dapat meningkatkan pengetahuan pasien, memperjelas persepsi terhadap manfaat dan risiko pilihan pelayanan kesehatan, serta meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. Apabila dokter tidak memperoleh informasi tersebut secara memadai, komunikasi dapat lebih berfokus pada kondisi medis dan rekomendasi dokter daripada kebutuhan individual pasien, termasuk aktivitas, kebiasaan, dan preferensi yang memengaruhi keputusan kesehatannya.



Cochrane

Hambatan pada model keempat, yaitu informative-patient centered, adalah "dokter memberikan bahan atau sumber informasi yang tulisannya mudah dibaca dan dipahami oleh pasien". Selama ini, Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu lebih banyak memberikan informasi tertulis dalam bentuk infografis, sedangkan penggunaan video edukasi masih terbatas. Kondisi tersebut menunjukkan perlunya pengembangan media edukasi yang disesuaikan dengan tingkat literasi kesehatan dan kebutuhan informasi peserta MCU. Agency for Healthcare Research and Quality (2024) menekankan pentingnya penggunaan bahasa sederhana, materi visual, serta penyajian informasi yang mudah dipahami untuk mendukung literasi kesehatan pasien. Oleh karena itu, video edukasi dapat dipertimbangkan sebagai media pelengkap infografis, terutama untuk menjelaskan prosedur pemeriksaan, interpretasi hasil, dan rekomendasi tindak lanjut. Penggunaan video tidak dengan sendirinya menjamin pemahaman yang lebih baik, sehingga kesesuaian media dengan kebutuhan pasien tetap perlu dievaluasi.

Agency for Healthcare Research and Quality
Model kelima, yaitu deliberative-physician respecting, menunjukkan bahwa salah satu hambatan terbesar komunikasi klinisi-pasien adalah "dokter meminta pasien menjelaskan kembali dengan kata-katanya sendiri, informasi yang telah diberikan atau menunjukkan kembali cara yang telah diajarkan untuk memastikan pasien benar-benar memahaminya". Rendahnya penilaian pada indikator ini dapat menunjukkan bahwa praktik memastikan pemahaman melalui permintaan kepada pasien untuk menjelaskan kembali informasi yang diterima belum dirasakan secara optimal. Salah satu kemungkinan yang dapat menjelaskan kondisi tersebut adalah teknik komunikasi semacam ini belum menjadi kebiasaan dalam interaksi klinis dan dapat menimbulkan ketidaknyamanan apabila pasien memaknainya sebagai bentuk pengujian terhadap kemampuan memahami informasi. Teknik tersebut dikenal sebagai teach-back, yaitu strategi komunikasi yang meminta pasien menjelaskan kembali informasi menggunakan kata-katanya sendiri untuk memastikan kejelasan penjelasan tenaga kesehatan. Talevski et al. (2020), melalui systematic review, menunjukkan bahwa teach-back dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan perawatan diri pasien dalam berbagai konteks pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penerapannya perlu dilakukan melalui pendekatan yang tidak menghakimi agar pasien memahami bahwa pengulangan informasi bertujuan mengevaluasi kejelasan komunikasi dokter, bukan menguji kemampuan pasien.

Model Komunikasi Klinisi-Pasien Paling Efektif di Rumah Sakit Mitra Plumbon

Kelima model komunikasi klinisi-pasien memperoleh skor yang relatif tinggi, yaitu antara 4,25 hingga 4,39 atau setara dengan 85,0%–87,8%. Model Paternalistik memperoleh skor tertinggi sebesar 4,39 (87,8%), diikuti oleh *Deliberative-Physician Respecting* sebesar 4,38 (87,6%), *Interpretative-Shared Decision Making* sebesar 4,34 (86,8%), *Informative-Patient Centered* sebesar 4,32 (86,4%), dan *Interpretative-Self Empowered* sebesar 4,25 (85,0%). Temuan ini menunjukkan bahwa responden tidak mempersepsikan komunikasi klinisi-pasien hanya berdasarkan satu pola komunikasi, tetapi menunjukkan kecenderungan yang relatif kuat terhadap kelima model. Meskipun demikian, terdapat kecenderungan yang sedikit lebih tinggi pada model Paternalistik dan *Deliberative-Physician Respecting*. Selisih skor antara kedua model tersebut dengan model terendah juga relatif kecil, yaitu hanya 0,14 poin sehingga perbedaan tersebut lebih tepat dipahami sebagai kecenderungan relatif daripada dominasi mutlak suatu model.

Secara konseptual, temuan tersebut dapat dipahami melalui perbedaan kebutuhan pasien terhadap otoritas klinisi dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Emanuel dan Emanuel (1992) menjelaskan bahwa hubungan dokter-pasien dapat terbentuk melalui berbagai pola komunikasi yang mencerminkan perbedaan kedudukan dokter dan pasien dalam menentukan pilihan medis. Oleh karena itu, tingginya skor model paternalistik tidak selalu menunjukkan penolakan terhadap keterlibatan pasien, tetapi dapat mencerminkan kebutuhan terhadap arahan dokter dalam memahami informasi medis yang kompleks. Namun, temuan penelitian ini masih menunjukkan kecenderungan penilaian responden dan belum membuktikan bahwa model paternalistik lebih efektif dalam meningkatkan pemahaman peserta MCU dibandingkan model komunikasi lainnya.

Upaya Penerapan Komunikasi Klinisi-Pasien di Rumah Sakit Mitra Plumbon

Model komunikasi klinisi-pasien dengan kecenderungan penilaian tertinggi adalah model paternalistik, yang menunjukkan bahwa keterbatasan pengetahuan medis dapat mendorong pasien

untuk lebih mengandalkan penjelasan dan rekomendasi dokter dibandingkan penilaiannya sendiri. Meskipun demikian, penerapan shared decision-making tetap penting untuk menghormati otonomi pasien dan memastikan keputusan kesehatan sesuai dengan kebutuhan serta preferensinya (Stacey et al., 2024). Setiap model yang diteliti mempunyai kelemahannya masing-masing. Oleh karena itu, upaya komunikasi klinisi-pasien yang sebaiknya dilakukan oleh Rumah Sakit Mitra Plumbon Indramayu adalah sebagai berikut:

Tabel 5. Upaya Membangun Komunikasi Klinisi-Pasien yang Efektif

Model Komunikasi	Permasalahan	Setelah
Paternalistic-Physician Dependent	Mengidentifikasi pasien yang memiliki kemampuan memahami yang rendah	1. Kurangi penggunaan jargon, maksimal hanya 2 jargon. 2. Kenali bahasa tubuh pasien, apabila diam atau mata kosong, maka dokter harus menjelaskan lebih lama dan sederhana. 3. Baca profil pasien sebelum memberikan konsultasi: usia, jenis kelamin, atau tingkat pendidikan
Deliberative-Physician Respecting	Pasien menjelaskan kembali	*Set the right environment*: 1. Kurangi faktor-faktor penganggu (seperti menonaktifkan/*silence* telepon) 2. Dokter menyampaikan instruksi secara bertahap 3. Dengarkan 3-5 kalimat tanpa adanya interupsi (umumnya sekitar 30 detik)
Interpretative-Shared Decision Making	Tidak menyukai dokter menggali informasi lebih dalam, terlebih yang tidak relevan	1. Baca profil dan riwayat pasien sehingga dapat menentukan informasi yang dibutuhkan untuk menggali informasi pasien. 2. Hindari pertanyaan yang tidak relevan.
Informative-Patient Centered	Tidak menyukai sumber informasi berupa tulisan	Kurangi infografis yang mengandung banyak tulisan. Perbanyak gambar dan video.
Interpretative-Self Empowered	Dokter terlalu mendorong preferensi tindakan medis berdasarkan keputusan pasien	1. Jelaskan manfaat dan risiko dari konsekuensi pilihan yang dipilih pasien. 2. Tanyakan alasan pasien memilih tindakan tersebut 3. Berikan rekomendasi dan alasan yang kuat bahwa tindakan tertentu cocok untuk pasien. 4. Jelaskan seluruh potensi biaya yang timbul agar pasien dapat menentukan pilihan

KESIMPULAN

Kelima model komunikasi klinisi-pasien memiliki skor yang relatif tinggi, dengan model Paternalistik memperoleh skor tertinggi sebesar 4,39 (87,8%), diikuti *Deliberative-Physician Respecting* sebesar 4,38 (87,6%), *Interpretative-Shared Decision Making* sebesar 4,34 (86,8%), *Informative-Patient Centered* sebesar 4,32 (86,4%), dan *Interpretative-Self Empowered* sebesar 4,25 (85,0%). Temuan ini menunjukkan bahwa komunikasi yang dipersepsikan baik oleh peserta MCU tidak hanya berorientasi pada kemandirian pasien, tetapi juga menempatkan kompetensi, arahan, dan pertimbangan profesional dokter sebagai bagian penting dalam komunikasi klinisi-pasien. Kedekatan skor antara model Paternalistik dan *Deliberative-Physician Respecting* juga menunjukkan kecenderungan kuat terhadap komunikasi yang memberikan kepercayaan dan penghormatan terhadap peran profesional dokter, namun tetap disertai kebutuhan akan informasi yang jelas dan keterlibatan pasien dalam memahami kondisi kesehatannya. Adapun beberapa faktor hambatan komunikasi klinisi-pasien adalah kemampuan dokter di Rumah Sakit Mitra Plumbon

Indramayu adalah terlalu sering menggunakan jargon medis, otonomi keputusan medis terlalu bergantung pada pilihan pasien, menggali informasi yang terkadang tidak relevan dengan penyakit pasien, memberikan informasi medis yang terlalu banyak dalam bentuk infografis, dan meminta pasien menjelaskan kembali informasi medis tersebut namun dengan sikap menguji pengetahuan bukan konfirmasi pemahaman.

DAFTAR REFERENSI

Armstrong, M. J., Weisbrod, N. J., & Bylund, C. L. (2021). Strategies to improve clinician-patient communication experiences for patients with neurologic conditions. *Neurology: Clinical Practice, 11*(6), e896–e900. https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000001091

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97–107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Brach, C. (Ed.). (2024). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit* (3rd ed.; AHRQ Publication No. 23-0075). Agency for Healthcare Research and Quality. https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/toolkit.html

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (6th ed., International student ed.). SAGE Publications.

Dulleck, U., & Kerschbamer, R. (2006). On doctors, mechanics, and computer specialists: The economics of credence goods. *Journal of Economic Literature, 44*(1), 5–42. https://doi.org/10.1257/002205106776162717

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA, 267*(16), 2221–2226. https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1–4. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11

Griffin, E. A., Ledbetter, A., & Sparks, G. G. (2019). *A first look at communication theory* (10th ed.). McGraw-Hill Education.

Grossman Liu, L., Russell, D., Reading Turchioe, M., Myers, A. C., Vawdrey, D. K., & Masterson Creber, R. M. (2022). Effect of expansion of abbreviations and acronyms on patient comprehension of their health records: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 5*(5), e2212320. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.12320

Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., & Gøtzsche, P. C. (2019). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019*(1), CD009009. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub3

Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Jr., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Schillinger, D., Duran, N. D., McNamara, D. S., Crossley, S. A., Balyan, R., & Karter, A. J. (2021). Precision communication: Physicians' linguistic adaptation to patients' health literacy. *Science Advances, 7*(51), eabj2836. https://doi.org/10.1126/sciadv.abj2836

Sekaran, U., & Bougie, R. (2020). *Research methods for business: A skill-building approach* (8th ed.). John Wiley & Sons.

Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor,

A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., . . . Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024*(1), CD001431. https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling, 74*(3), 295–301. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015

Sullivan, G. M., & Artino, A. R., Jr. (2013). Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal of Graduate Medical Education, 5*(4), 541–542. https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE, 15*(4), e0231350. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350