

**ANALISIS DAN EVALUASI CAPAIAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN EMPATI
MAHASISWA KEDOKTERAN DALAM PROGRAM PEMBENTUKAN DAN
PENGEMBANGAN KARAKTER DOKTER (P2KD): A MIXED METHOD STUDY**

***THE ANALYSIS AND EVALUATION OF EFFECTIVE COMMUNICATION AND
EMPATHY OF UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS IN THE DOCTOR
CHARACTER BUILDING AND DEVELOPMENT PROGRAM (P2KD): A MIXED
METHOD STUDY***

KHAERIAH AMRU

C012212013



**PROGRAM MAGISTER ILMU PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN
KESEHATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS DAN EVALUASI CAPAIAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN EMPATI
MAHASISWA KEDOKTERAN DALAM PROGRAM PEMBENTUKAN DAN
PENGEMBANGAN KARAKTER DOKTER (P2KD): A MIXED METHOD STUDY
THE ANALYSIS AND EVALUATION OF EFFECTIVE COMMUNICATION AND
EMPATHY OF UNDERGRADUATE MEDICAL STUDENTS IN CHARACTER
DEVELOPMENT COURSE: A MIXED METHOD STUDY**

KHAERIAH AMRU

C012212013



**PROGRAM MAGISTER ILMU PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN
KESEHATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

**ANALISIS DAN EVALUASI CAPAIAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN EMPATI
MAHASISWA KEDOKTERAN DALAM PROGRAM PEMBENTUKAN DAN
PENGEMBANGAN KARAKTER DOKTER (P2KD): A *MIXED METHOD STUDY***

Tesis sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister Program Studi
Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan

Disusun dan diajukan oleh:

KHAERIAH AMRU

Kepada

PROGRAM MAGISTER ILMU PENDIDIKAN KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023

TESIS

ANALISIS DAN EVALUASI CAPAIAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN EMPATI MAHASISWA KEDOKTERAN DALAM PROGRAM PEMBENTUKAN DAN PENGEMBANGAN KARAKTER DOKTER (P2KD): A MIXED METHOD STUDY

Yang disusun dan diajukan oleh

KHAERIAH AMRU

C012212013

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam
rangka penyelesaian Studi Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan
Program Magister Universitas Hasanuddin
pada tanggal 14 Juli 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



dr. Firdaus Hamid, Ph.D., Sp.MK(K)
NIP. 19771231 200212 1 002

Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.S.Psi, MA
NIP. 19810725 202012 1 004

Pt. Ketua Program Studi
Ilmu Pendidikan Kedokteran
dan Kesehatan Program Magister,

Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,



dr. Firdaus Hamid, Ph.D., Sp.MK(K)
NIP. 19771231 200212 1 002



Prof. Dr. dr. Haerani Rasyid, M.Kes, Sp.PD-KGH., Sp.GK
NIP. 19680530 199603 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, tesis berjudul "Analisis dan Evaluasi Capaian Komunikasi Efektif dan Empati Mahasiswa Kedokteran dalam Mata Kuliah Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter: *A Mixed Mthod Study*" adalah benar karya saya dengan arahan dari komisi pembimbing (dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK sebagai Pembimbing Utama dan Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi, MA sebagai Pembimbing Pendamping). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan di *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism* sebagai artikel dengan judul "*The Association of "First 1000 Days Of Life" Training Program On Communication Skill And Empathy Of Undergraduate Medical Students: A Cross-Sectional Study*"

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 13 Juli 2023



KHAERIAH AMRU

UCAPAN TERIMA KASIH

Alhamdulillahirabbilalamin puji syukur kehadiran Allah swt. berkat limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis dan Evaluasi Capaian Komunikasi Efektif dan Empati Mahasiswa Kedokteran dalam Mata Kuliah Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter: *A Mixed Mthod Study*” ini sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan. Peneliti berharap tesis ini dapat memberi banyak manfaat khususnya dalam bidang pendidikan kedokteran dan kesehatan, walaupun penulis menyadari tesis ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu penulis sangat terbuka dengan adanya umpan balik, kritik dan saran yang bermanfaat bagi tesis ini agar dapat memberi manfaat bagi banyak orang.

Penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak dalam penyelesaiannya. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuannya. Ucapan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya dari penulis kepada bapak **dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK** selaku penasihat akademik sekaligus pembimbing utama dalam penulisan tesis ini, juga kepada **Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi., M.A** dan **dr. Asty Amalia Nurhadi, M.MedEd** selaku pembimbing pendamping atas waktu, pikiran, semangat, dorongan serta bimbingan yang sangat besar telah diberikan kepada penulis.

Pada kesempatan ini, penulis juga ingin menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak terutama kepada:

1. Dekan dan para Wakil Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Tim penguji Prof. dr. Budu, Ph.D, Sp.M(K), M.Med.Ed.; Dr. dr. Nasrudin Andi Mappaware, SpOG(K), MARS, M.Sc.; dan Dr. dr. Berti Julian Nelwan, DFM, M.Kes., Sp.PA atas waktu, masukan dan arahan yang telah diberikan kepada penulis.
3. Seluruh staf dosen Program Magister Ilmu Pendidikan Kedokteran dan Kesehatan yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan serta pengalaman yang sangat berharga bagi penulis.
4. Seluruh staf Departemen Pendidikan Kedokteran dan Fakultas Kedokteran Unhas yang telah membantu penulis selama menjalani pendidikan.

5. Andi Ratih Radiah Iskandar dan Siti Adani Ayundi sebagai rekan bimbingan sekaligus sahabat penulis atas kerjasama dan bantuan selama menempuh pendidikan dan penyusunan tesis ini.
6. Dr. dr. Irawaty Djaharuddin, Sp.P(K), dr. Dimas Bayu, Sp.PD-KHOM dan dr. M. Irfan Kamaruddin, Sp.M, M.Kes yang selalu memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis selama pendidikan dan penyusunan tesis ini.
7. Segenap mahasiswa angkatan pertama IPKK atas kebersamaan menjalani pendidikan dan dukungan serta dinamika selama menjalani perkuliahan.
8. Para partisipan yang telah bersedia ikut serta dalam penelitian tesis ini dan membagikan pengalaman dan persepsinya secara terbuka tentang kegiatan pembelajaran di komunitas atas waktu dan tenaga yang diluangkan selama proses pengambilan data penelitian ini.

Akhirnya, secara khusus ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada kedua orang tercinta, atas semua do'a, pengorbanan dan motivasi yang tidak ternilai diberikan kepada penulis.

Penulis,

KHAERIAH AMRU

ABSTRAK

KHAERIAH AMRU. **ANALISIS DAN EVALUASI CAPAIAN KOMUNIKASI EFEKTIF DAN EMPATI MAHASISWA KEDOKTERAN DALAM PROGRAM PEMBENTUKAN DAN PENGEMBANGAN KARAKTER DOKTER (P2KD): A MIXED METHOD STUDY** (dibimbing oleh dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK, Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi, MA)

Keterampilan komunikasi dan berempati merupakan salah satu area kompetensi yang wajib dikuasai oleh lulusan kedokteran, salah satu mata kuliah dalam program sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yaitu Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter (P2KD) memiliki tujuan pembelajaran salah satunya untuk memberikan pelatihan keterampilan komunikasi dan empati kepada mahasiswa kedokteran. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kemampuan komunikasi, tingkat kemampuan empati dan persepsi evaluasi mata kuliah P2KD. Penelitian ini merupakan penelitian Mix Method, diawali dengan pengumpulan data kuantitatif melalui pengisian kuesioner dilanjutkan dengan pengumpulan data kualitatif melalui pertanyaan terbuka dan Focused Group Discussion (FGD), melibatkan mahasiswa program sarjana kedokteran semester 6 pada tahun ajaran 2021/2022, sebanyak 176 mahasiswa terlibat sebagai responden untuk pengumpulan data kuantitatif dan 12 mahasiswa sebagai informan dalam pengumpulan data kualitatif. Penelitian ini dianalisis secara deskriptif menggunakan aplikasi SPSS untuk data kuantitatif dan analisis tematik *framework* menggunakan Ms Excel dan aplikasi MAXQDA untuk data kualitatif. Berdasarkan hasil penelitian di atas, dapat disimpulkan bahwa tingkat kemampuan komunikasi mahasiswa kedokteran yang telah mengikuti mata kuliah P2KD didominasi oleh kategori *very good*. Tingkat kemampuan empati mahasiswa kedokteran yang telah mengikuti mata kuliah P2KD didominasi oleh kategori rendah. Persepsi evaluasi terhadap mata kuliah P2KD didapatkan persepsi positif dan persepsi negatif, persepsi positif antara lain mata kuliah ini memberikan kesempatan mahasiswa untuk meningkatkan karakter dan soft skill serta memberikan pengalaman belajar yang positif, sedangkan persepsi negatif antara lain mata kuliah ini belum terorganisir dengan baik, metode asesmen / evaluasi mata kuliah yang tidak berkelanjutan, kurangnya peran dosen pembimbing dalam pendampingan, serta website yang tidak *user friendly*.

Kata kunci: Komunikasi, Empati, Evaluasi program

ABSTRACT

KHAERIAH AMRU. THE ANALYSIS AND EVALUATION OF THE ACHIEVEMENT OF EFFECTIVE COMMUNICATION AND EMPATHY OF MEDICAL STUDENTS IN THE DOCTOR CHARACTER BUILDING AND DEVELOPMENT PROGRAM (P2KD): A MIXED METHOD STUDY (guided by dr. Firdaus Hamid, Ph.D, Sp.MK, Dr. Ichlas Nanang Afandi, S.Psi, MA)

Communication skills and empathy are one of the competency areas that must be mastered by medical graduates, one of the courses in the undergraduate medical program at the Faculty of Medicine, Hasanuddin University, namely Doctor Character Building and Development (P2KD) has learning objectives, one of which is to provide communication skills and empathy training to medical students. This study aims to determine the level of communication skills, the level of empathy ability and perception evaluation of P2KD courses. This research is a Mix Method research, starting with quantitative data collection through filling out questionnaires followed by qualitative data collection through open questions and Focused Group Discussion (FGD), involving 6th semester undergraduate medical students in the 2021/2022 academic year, as many as 176 students were involved as respondents for quantitative data collection and 12 students as informants in qualitative data collection. This research was analyzed descriptively using SPSS application for quantitative data and thematic analysis framework using Ms Excel and MAXQDA application for qualitative data. Based on the results of the research above, it can be concluded that the level of communication skills of medical students who have taken the P2KD course is dominated by the very good category. The level of empathy ability of medical students who have taken P2KD courses is dominated by the low category. The evaluation perception of the P2KD course obtained a positive perspective and a negative perspective, a positive perspective, among others, this course provides opportunities for students to improve character and soft skills and provide a positive learning experience, while negative perspectives include that this course has not been well organized, the assessment / evaluation method of the course is not sustainable, the lack of role of supervisors in mentoring, as well as websites that are not user friendly.

Keywords: Communication, Empathy, Program evaluation

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA.....	v
UCAPAN TERIMA KASIH.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.5. Keaslian Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Telaah Pustaka	7
2.2 Kerangka Teori	23
2.3 Kerangka Konsep	23
BAB III. METODE PENELITIAN	24
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	24
3.2 Tempat dan waktu penelitian	25
3.3 Subjek penelitian.....	25
3.4. Kriteria Inklusi Dan Eksklusi.....	26
3.5. Definisi Operasional	26
3.6. Instrumen penelitian.....	27
3.7. Cara analisis data	29
3.8. Etika penelitian.....	33
3.9. Keterbatasan Penelitian	33
3.10. Jalannya Penelitian.....	34
3.11. Rencana kerja	35

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	36
4.1 HASIL PENELITIAN.....	36
4.1.1 Komunikasi	36
4.1.2 Empati.....	37
4.1.3. Evaluasi Program.....	40
4.1.4. Persepsi Terhadap Program P2KD	42
4.1.5 <i>FINAL INTEGRATION</i>	60
4.2. PEMBAHASAN	60
4.2.1. KOMUNIKASI EFEKTIF.....	60
4.2.2. EMPATI.....	62
4.2.3. EVALUASI PROGRAM.....	63
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	73
5.1. Kesimpulan	73
5.2. Saran	73
DAFTAR PUSTAKA.....	75
LAMPIRAN.....	79

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Definisi operasional.....	26
Tabel 2. Gann Chart	35
Tabel 3. Tingkat komunikasi berdasarkan kategori	36
Tabel 4. Analisis item MAV-ABIM Questionnaire.....	36
Tabel 5. Tingkat empati berdasarkan kategori.....	37
Tabel 6. Analisis item JSE-S Questionnaire	38
Tabel 7. Hasil Kuesioner Evaluasi Program	40
Tabel 8. Persepsi positif data kualitatif (pertanyaan terbuka).....	42
Tabel 9. Persepsi negatif data kualitatif (pertanyaan terbuka).....	44
Tabel 10 Persepsi positif data kualitatif (FGD)	50
Tabel 11 Persepsi negatif data kualitatif (FGD)	52
Tabel 12 Integrasi data kualitatif persepsi positif	58
Tabel 13 Integrasi data kualitatif persepsi negatif.....	59
Tabel 14 Integrasi data kuantitatif dan kualitatif.....	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Ilustrasi 1000 hari pertama kehidupan.....	17
Gambar 2. Grafik Perkembangan Otak, Fungsi Indera, Berbicara dan Fungsi Kognitif Tinggi	19
Gambar 3. Kerangka intervensi morbiditas ibu hamil	20
Gambar 4. Penerapan Kierkpatrick.....	22
Gambar 5. Bagan Kerangka Teori	23
Gambar 6. Bagan kerangka konsep	23
Gambar 7. Alur Penelitian	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Pertanyaan Terbuka.....	79
Lampiran 2 Protokol FGD	80
Lampiran 3 Surat Rekomendasi Etik	84
Lampiran 4 Informed Consent Pengumpulan data kuantitatif dan pengisian kuesioner pertanyaan terbuka	85
Lampiran 5 Informed Consent FGD.....	86
Lampiran 6 Hasil analisis data kualitatif pertanyaan terbuka.....	87
Lampiran 7 Hasil analisis data kualitatif <i>Focused Group Discussion</i>	118
Lampiran 8 Dokumentasi	146
Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup	148

BAB I.

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu (maternal mortality rate) merupakan jumlah kematian ibu akibat dari proses kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan yang dijadikan indikator derajat kesehatan perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu target global Sustainable Development Goals (SDGs) dalam menurunkan angka kematian ibu menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Menurut WHO (2019) Angka Kematian Ibu di dunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup (ASEAN Secretariat, 2020). Menurut Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Angka Kematian Ibu di Indonesia meningkat dari 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2007 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007-2012. Angka Kematian Ibu mengalami penurunan pada tahun 2012-2015 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dan jumlah kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019 yaitu sebanyak 4.221 kasus (Kemenkes RI, 2019).

Laporan kinerja kesehatan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2021, Pencapaian kinerja sasaran dilakukan dengan strategi meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan serta mengendalikan penyakit. Terdapat 3 indikator dalam mengukur capaian kinerja kesehatan, Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi dan Prevalensi Balita Stunting. Berdasarkan 3 indikator ini, angka kematian ibu yang belum mencapai target kinerja tinggi. Selain itu dilaporkan perbandingan capaian kinerja AKI menurun setiap tahunnya dari 2019-2021, yang artinya AKI di Sulawesi Selatan meningkat setiap tahunnya. Berdasarkan Rekapitulasi Data Kabupaten/Kota menunjukkan jumlah kasus kematian ibu di Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2021 sebanyak 195 kasus dan mengalami peningkatan sebanyak 62 kasus dari tahun sebelumnya (tahun 2020 = 133 kasus). Peningkatan jumlah

kasus kematian ibu ini tidak terlepas dari berbagai faktor yang mempengaruhinya, antara lain status kesehatan ibu dan kesiapan untuk hamil, pemeriksaan antenatal (masa kehamilan), pertolongan persalinan dan perawatan segera setelah persalinan, serta faktor sosial budaya. Terbatasnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, terutama bagi ibu hamil di Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) juga turut mempengaruhi peningkatan kasus kematian ibu. Kondisi pandemi covid-19 selama 2 (dua) tahun ini juga turut berperan dalam penurunan intensitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Sebagian masyarakat takut untuk memeriksakan kehamilannya di fasilitas pelayanan kesehatan sehingga tidak dapat dilakukan deteksi dini jika ada resiko tinggi pada ibu hamil. Selain itu tenaga kesehatan di Puskesmas termasuk bidan menjalankan peran ganda selama masa pandemi sehingga pelayanan KIA tidak optimal. (Laporan Kinerja Kesehatan Dinkes SulSel, 2021).

WHO mendefinisikan kematian ibu sebagai kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan, terlepas dari lama dan lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang terkait dengan atau diperparah oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan dari penyebab yang tidak disengaja atau insidental. Beberapa faktor yang berkontribusi pada kematian ibu dan bayi, antara lain cakupan pemeriksaan antenatal yang belum memuaskan, tidak terdeteksinya risiko kehamilan sejak dini, sudahkah diterapkan persalinan yang bersih dan aman, apakah persalinan didampingi oleh tenaga terampil, sudahkah perilaku hidup sehat dalam keluarga, akses terhadap pelayanan kesehatan dan Keluarga Berencana, tingkat pendidikan/pengetahuan ibu dan keluarga yang berkorelasi dengan strata ekonomi lemah, capaian imunisasi bayi, ASI eksklusif, dll. Faktor-faktor ini bisa dioptimalkan melalui program edukasi kepada ibu hamil dan keluarganya. Upaya inilah yang paling mungkin kita lakukan sebagai mahasiswa kedokteran.

Beberapa penelitian telah menjelaskan komunikasi dan empati dapat meningkatkan *outcome* pasien dan membantu dokter mendapatkan gejala dan menentukan diagnosis dengan akurat. Berdasarkan hal ini, maka mahasiswa kedokteran perlu untuk menerapkan keterampilan komunikasi yang baik dan memberikan empati dalam berinteraksi dengan pasien. (Archer & Meyer, 2021) Pada penelitian lain juga menunjukkan bahwa komunikasi yang baik meningkatkan

keterampilan anamnesis yang mengarah pada diagnosis yang akurat. Kepatuhan pasien terhadap rencana perawatannya dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang mereka terima juga berhubungan langsung dengan komunikasi yang baik, sehingga sangat penting bagi para profesional medis untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk menjalankan tugas profesional mereka sepenuhnya. (Ramasamy et al., 2014) Kompetensi keterampilan komunikasi ini dapat diajarkan dan dipelajari dalam lingkungan belajar yang efektif. Keterampilan komunikasi ini penting untuk perawatan kesehatan yang aman dan efektif untuk meningkatkan hasil yang lebih baik dalam sistem perawatan kesehatan. Keterampilan komunikasi yang baik lebih mungkin membuat pasien puas dengan perawatan yang mereka terima. Mahasiswa diharapkan untuk terlibat aktif dan dilatih dalam komunikasi oleh dosen khususnya dalam kompetensi klinis seperti cara berempati, memberi konseling, dan menunjukkan dukungan kepada pasien. . Banyak kurikulum kedokteran saat ini yang kurang memperhatikan untuk mengajarkan keterampilan komunikasi, meskipun literatur menunjukkan bahwa kesalahan komunikasi dapat menyebabkan masalah besar dalam sistem perawatan kesehatan. (Ramasamy R., 2014). Dokter yang mengekspresikan empati dalam pertemuan pasien dengan bertindak dengan cara yang hangat, ramah dan meyakinkan tampaknya lebih efektif dalam mencapai kepuasan dan pemulihan pasien. Empati sangat penting untuk hasil perawatan kesehatan yang lebih baik sebagai bagian dari gaya komunikasi yang hangat dan ramah. Pelatihan komunikasi merupakan metode pengajaran yang efektif untuk meningkatkan keterampilan komunikasi teknis serta empati sebagai keterampilan komunikasi. (Vogel et al., 2018)

Universitas Hasanuddin melakukan berbagai inovasi dalam upaya mencapai target SDGs 3 utamanya dalam bidang kesehatan yaitu dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi. Mahasiswa Kedokteran sebagai cikal bakal seorang dokter, yang sejak awal harus membiasakan diri berempati, peka terhadap masalah kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, melatih diri dalam kegiatan-kegiatan kemanusiaan dan sosial. Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dalam Mata Kuliah Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter, mengembangkan Program 1000 hari pertama kehidupan yang merupakan salah satu upaya Universitas untuk mencapai target SDGs dan turut berpartisipasi dalam upaya pencapaian kinerja kesehatan yaitu menurunkan Angka Kematian

Ibu. Oleh karena itu, upaya yang dapat dilakukan mahasiswa kedokteran yaitu melalui program edukasi ibu hamil dan keluarganya, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis persepsi mahasiswa terhadap Program Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter (P2KD) dan mengidentifikasi kemampuan berempati mahasiswa kedokteran dalam melakukan komunikasi terhadap pasien sebagai salah satu area kompetensi yang harus dicapai lulusan dokter pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin.

1.2. Rumusan Masalah

1. Bagaimana tingkat kemampuan berkomunikasi mahasiswa kedokteran pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin?
2. Bagaimana tingkat kemampuan berempati mahasiswa kedokteran dalam melakukan komunikasi terhadap pasien pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin?
3. Bagaimana persepsi mahasiswa terhadap program P2KD (Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter) dalam hal ini yang dimaksud adalah program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengevaluasi program 1000 hari pertama kehidupan dan mengidentifikasi kemampuan berempati mahasiswa kedokteran dalam melakukan komunikasi terhadap pasien sebagai salah satu area kompetensi yang harus dicapai lulusan dokter pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui kemampuan berkomunikasi mahasiswa kedokteran pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

2. Mengetahui kemampuan berempati mahasiswa kedokteran dalam melakukan komunikasi terhadap pasien pada program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
3. Menganalisis persepsi mahasiswa terhadap program P2KD (Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter) dalam hal ini yang dimaksud adalah program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Ilmiah

Menambah khazanah ilmu pengetahuan dan menjadi sumber bacaan bagi peneliti berikutnya khususnya mengenai evaluasi program dan terkait keterampilan komunikasi dan sikap empati pada mahasiswa kedokteran.

1.4.2. Manfaat Praktis

Bagi peneliti merupakan pengalaman berharga dalam melakukan penelitian sehingga dapat memperluas wawasan keilmuan terutama tentang evaluasi program dan perlunya mahasiswa kedokteran mempelajari keterampilan komunikasi yang baik dan sikap empati dalam berinteraksi dengan pasien.

1.4.3. Manfaat Bagi Masyarakat

Manfaat Penelitian bagi masyarakat diharapkan hasil penelitian dapat menambah wawasan dan pengetahuan agar program 1000 hari pertama kehidupan dapat dilaksanakan efektif sehingga masyarakat dapat merasakan manfaatnya serta agar mahasiswa kedokteran dapat mengetahui kemampuan berkomunikasi mereka dan sikap empati mereka terhadap pasien sehingga menjadi bahan bagi mahasiswa kedokteran untuk meningkatkan kapabilitas diri.

1.5. Keaslian Penelitian

Hasil penelusuran studi literatur yang telah dilakukan menunjukkan belum adanya penelitian yang sama seperti yang akan peneliti lakukan. Penelitian ini mempelajari terkait mengetahui persepsi mahasiswa kedokteran terhadap program 1000 hari pertama kehidupan dalam mata kuliah P2KD serta mengetahui kemampuan berempati mahasiswa kedokteran dalam melakukan komunikasi terhadap pasien sebagai salah satu area kompetensi yang harus dicapai lulusan dokter pada

program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin Sebelumnya telah terdapat beberapa penelitian terkait hal ini. Namun aspek novel dari penelitian ini adalah persepsi mahasiswa kedokteran terhadap program P2KD serta identifikasi kemampuan komunikasi dan berempati mereka setelah mengikuti program 1000 hari pertama kehidupan yang diselenggarakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, dimana belum ada publikasi *mixed method* sebelumnya terkait hal tersebut.

BAB II.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Telaah Pustaka

2.1.1. Keterampilan komunikasi dan sikap empati sebagai bagian dari kompetensi capaian lulusan

2.1.1.1. Keterampilan Komunikasi

a. Pentingnya keterampilan komunikasi

Pelatihan keterampilan komunikasi merupakan salah satu komponen penting dari pendidikan kedokteran. Komunikasi adalah proses dimana suatu makna disampaikan untuk menciptakan pemahaman bersama. (Jahan et al., 2014) Komunikasi bertujuan agar dapat orang berinteraksi, berbagi pengetahuan atau pengalaman dengan orang lain, termasuk mendengarkan dan memahami dengan penuh semangat dan rasa hormat serta mengungkapkan pandangan dan gagasan serta menyampaikan informasi kepada orang lain dengan cara yang jelas. Ada bukti bahwa komunikasi yang baik meningkatkan keterampilan anamnesis yang mengarah pada diagnosis yang akurat. Kepatuhan pasien terhadap rencana perawatannya dan kepuasan pasien terhadap perawatan yang mereka terima juga berhubungan langsung dengan komunikasi yang baik, sehingga sangat penting bagi para profesional medis untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik untuk menjalankan tugas profesional mereka sepenuhnya. Sekitar 80% pekerjaan dokter melibatkan komunikasi seperti berbicara, mendengarkan dan menulis. Tapi apa yang kita dengar seperti nada suara, kejernihan vokal, dan ekspresi hanya menyampaikan 40% dari pesan. Ekspresi wajah, postur tubuh, kontak mata, sentuhan, dan gerak tubuh dapat menyampaikan 50% pesan dan kata-kata hanya dapat menyampaikan 10% pesan. Jadi dokter harus memprioritaskan cara komunikasinya sesuai dengan situasi dan orangnya. Ini hanya dapat dicapai dengan pelatihan sebelumnya. Tempat kerja seperti perguruan tinggi kedokteran dan rumah sakit umumnya menyaksikan lima jenis hubungan komunikasi: kolaboratif, negosiasi, persaingan, konflik, dan tanpa pengakuan. Sebuah studi oleh Marteau et al. telah menunjukkan tingkat kepercayaan yang meningkat di antara siswa yang menjalani pelatihan keterampilan komunikasi, dan mereka lebih produktif selama

praktik klinis mereka. Selain itu, komunikasi yang tidak memadai oleh dokter menyebabkan kesusahan di antara pasien dan keluarga mereka. Persepsi pasien saat ini tentang dokter yang baik didasarkan pada keterampilan verbal dan non-verbal yang baik, atribut pribadi yang mudah didekati, dan akhirnya pengetahuan tentang subjek mereka. (Ramasamy et al., 2014)

Di dalam standar proses yang ada dalam SN-Dikti menjadi dasar kebijakan Merdeka Belajar-Kampus Merdeka di Perguruan Tinggi. Mahasiswa mendapat kesempatan untuk mendapatkan pengalaman belajar di luar program studinya dan diorientasikan untuk mendapatkan keterampilan abad 21 yang diperlukan di era Industri 4.0 antara lain komunikasi, kolaborasi, berpikir kritis, berpikir kreatif, juga logika komputasi dan kepedulian. (Kedokteran Indonesia, 2019) Kompetensi berdasarkan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) adalah akumulasi kemampuan seseorang dalam melaksanakan suatu deskripsi kerja secara terukur melalui penilaian yang terstruktur, mencakup aspek kemandirian dan tanggung jawab individu pada bidang kerjanya. Kompetensi seorang dokter didefinisikan sebagai totalitas pengetahuan, keterampilan, dan perilaku serta kualitas personal yang esensial untuk seseorang dapat melakukan praktik kedokteran. Lebih lanjut kompetensi juga digambarkan sebagai pemanfaatan dan penerapan melalui pembiasaan secara tepat terkait **kemampuan komunikasi**, pengetahuan, keterampilan teknis, penalaran klinis, emosi, nilai-nilai dan refleksi dalam praktik sehari-hari untuk kepentingan individu, keluarga, komunitas dan masyarakat yang dilayani. Kompetensi merupakan prasyarat untuk seorang dokter agar dapat melaksanakan tugas dan tanggungjawab. Selain itu, kompetensi merupakan kemampuan dokter yang dapat diobservasi, serta mengintegrasikan berbagai aspek potensi kemampuan secara tepat sesuai dengan situasi dan kondisi. Di dalam SKDI 2019, komunikasi termasuk dalam area kompetensi ketiga dari sembilan area kompetensi yang harus dicapai oleh lulusan pendidikan dokter, yaitu kompetensi melakukan komunikasi efektif (Kedokteran Indonesia, 2019)

Definisi komunikasi efektif yaitu kemampuan membangun hubungan, menggali informasi, menerima dan bertukar informasi, bernegosiasi serta persuasi secara verbal dan non-verbal; menunjukkan

empati kepada pasien, anggota keluarga, masyarakat dan sejawat, dalam tatanan keragaman budaya lokal dan regional. (Kedokteran Indonesia, 2019) Pengembangan keterampilan komunikasi yang efektif merupakan bagian penting untuk menjadi seorang dokter yang baik; dengan pengajaran yang tepat, keterampilan ini dapat diperoleh dan dipertahankan. Mengintegrasikan komunikasi dengan keterampilan klinis lainnya dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemecahan masalah medis, membantu mereka dalam praktik kehidupan nyata. Mewawancarai pasien nyata dalam praktik nyata telah terbukti bermanfaat untuk mempelajari keterampilan komunikasi dan memahami penyakit pasien. (Jahan et al., 2014) Komunikasi yang efektif adalah landasan pengobatan yang berpusat pada pasien dan perilaku empati, yang mengarah ke hubungan dokter pasien yang bermanfaat. Ini berkontribusi pada efek terapeutik positif dan hasil dan kepuasan pasien yang lebih baik, sehingga meningkatkan kualitas sistem perawatan kesehatan secara keseluruhan. (Taveira-Gomes et al., 2016)

b. Komunikasi efektif sebagai capaian pembelajaran

Capaian pembelajaran komunikasi efektif dalam tahap akademik:

1. Berkomunikasi dengan jelas, efektif, dan sensitif serta menunjukkan empati terhadap reaksi saat berkomunikasi dengan *civitas academica* dan masyarakat umum.
2. Menguasai konsep komunikasi efektif pada pasien dengan masalah mental atau keterbatasan fisik.
3. Menguasai cara penyampaian informasi yang terkait kesehatan (termasuk berita buruk, *informed consent*) dan melakukan konseling dengan cara yang santun, baik dan benar.
4. Menguasai konsep komunikasi dengan kepekaan terhadap aspek biopsikososiokultural dan spiritual.
5. Menguasai konsep komunikasi secara efektif dan berempati terhadap massa dalam upaya meningkatkan status kesehatan komunitas dan masyarakat.
6. Menguasai tata cara pemberian informasi yang relevan kepada penegak hukum, perusahaan asuransi kesehatan, media massa dan pihak lainnya jika diperlukan.

7. Menguasai konsep dan keterampilan advokasi dengan pihak terkait dalam rangka pemecahan masalah kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.
8. Menguasai konsep dan keterampilan dalam kemitraan dan menggerakkan masyarakat dalam pemecahan masalah kesehatan.
9. Menerapkan keterampilan sosial dalam berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain.

Fakultas kedokteran menjabarkan capaian pembelajaran lulusan menjadi capaian pembelajaran yang lebih spesifik pada Ilmu-ilmu klinik, termasuk keterampilan klinik yang berkaitan dengan prosedur diagnostik, prosedur praktik, keterampilan komunikasi, pencegahan dan pengobatan penyakit, promosi kesehatan, rehabilitasi, penalaran klinik dan pemecahan masalah kesehatan. Keterampilan komunikasi termasuk dalam kompetensi 4 untuk dokter umum yaitu: (Kedokteran Indonesia, 2019)

1. Menyelenggarakan komunikasi lisan maupun tulisan
2. Edukasi, nasihat dan melatih individu dan kelompok mengenai kesehatan
3. Menyusun rencana manajemen kesehatan
4. Konsultasi terapi
5. Komunikasi lisan dan tulisan kepada teman sejawat atau petugas kesehatan lainnya (rujukan dan konsultasi)
6. Merencanakan dan melaksanakan komunikasi, sosialisasi, advokasi, kerjasama dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan

c. Komponen komunikasi efektif

Komponen Komunikasi Berkomunikasi secara efektif dengan pasien melibatkan keterampilan inti dalam bertanya, mendengarkan secara aktif, dan memfasilitasi. Tiga bagian utama dari proses komunikasi yaitu pengirim, pesan, dan penerima. Komunikasi terjadi hanya jika penerima memahami pesan pengirim. Ini membutuhkan partisipasi pengirim dan penerima. (Ramasamy et al., 2014)

d. Jenis komunikasi

1. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal adalah kemampuan untuk menjelaskan dan mempresentasikan ide dalam bahasa yang sederhana kepada

audiens yang beragam, menggunakan gaya dan pendekatan yang tepat, dan memahami pentingnya petunjuk non-verbal dalam komunikasi lisan. Komunikasi lisan membutuhkan latar belakang keterampilan presentasi, kesadaran penonton, presentasi pribadi dan bahasa tubuh. (Ramasamy et al., 2014)

2. Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal adalah kemampuan untuk meningkatkan ekspresi ide dan konsep melalui penggunaan bahasa tubuh, gerak tubuh, ekspresi wajah dan nada suara dan juga penggunaan gambar, ikon dan simbol. Komunikasi non verbal membutuhkan keterampilan latar belakang seperti kesadaran penonton, presentasi personal dan bahasa tubuh. Teknik kunci untuk membuat komunikasi non-verbal lebih efektif. (Ramasamy et al., 2014)

Komunikasi verbal dan non-verbal serta empati memainkan peran penting dalam pertemuan pasien-dokter. Komunikasi dalam pertemuan medis terdiri dari aspek verbal dan non verbal. Jika bentuk-bentuk komunikasi ini tidak konsisten atau kontradiktif, pesan nonverbal cenderung mengesampingkan pesan verbal. Untuk pertemuan pasien-dokter, tanda-tanda non-verbal penting oleh dokter, yang memengaruhi pengungkapan detail riwayat pasien dalam konsultasi adalah kontak mata, postur tubuh, nada suara, anggukan kepala, gerakan tubuh, dan posisi postural. Hubungan dapat dideteksi antara beberapa tanda non-verbal ini, kepuasan, beban kerja dokter, riwayat klaim malapraktik dokter, ingatan pasien akan informasi medis, dan kepatuhan dalam menepati janji dan rejimen medis. Selanjutnya, posisi pasien menghadap ke depan ke arah dokter dengan sudut 45 derajat adalah yang terbaik dalam hal frekuensi kontak mata. Beberapa penelitian melaporkan korelasi antara penggunaan catatan seperti komputer atau kertas dan hilangnya kontak mata saat membuat catatan. Hal ini menyebabkan berkurangnya frekuensi bertanya tentang aspek psikososial dalam riwayat medis pasien, berkurangnya respons terhadap aspek emosional yang diberikan oleh pasien, dan berkurangnya pengungkapan detail riwayat oleh pasien. (Vogel et al., 2018)

e. Anamnesis dan Komunikasi

Dokter harus mencoba mengeksplorasi masalah pasien untuk menemukan persepsi biomedis dan informasi latar belakang dan memastikan bahwa

informasi yang dikumpulkan akurat, lengkap, dan dipahami bersama. Selama anamnesis, dokter harus mencoba mengembangkan lingkungan yang mendukung dan hubungan kolaboratif yang berkelanjutan. Keterampilan berikut harus ditunjukkan untuk memastikan kelancaran hubungan dokter-pasien selama anamnesis yaitu empati, keaslian, dan sikap menghormati. (Ramasamy R., dkk, 2014). Untuk menjadi 'dokter yang baik', dokter tidak hanya membutuhkan pengetahuan klinis dan ilmiah, tetapi juga keterampilan komunikasi yang baik untuk memastikan hubungan dokter-pasien yang baik, yang terkait dengan keselamatan pasien dan efisiensi pengobatan yang lebih baik. Pasien harus dilibatkan sebagai mitra dalam proses diagnostik dan pengobatan selanjutnya untuk mendorong mereka bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan untuk meningkatkan kepatuhan dan keterlibatan dalam layanan kesehatan berbasis pasien yang efisien. Merupakan tanggung jawab dokter untuk mendorong proses 'pengambilan keputusan bersama' ini dengan memanfaatkan keterampilan komunikasi yang baik. Menyusul Pernyataan Konsensus Kalamazoo I, ada tujuh rangkaian penting tugas komunikasi yang relevan dengan komunikasi dokter-pasien: (1) membangun hubungan dokter-pasien; (2) membuka diskusi; (3) mengumpulkan informasi; (4) memahami persepsi pasien; (5) berbagi informasi; (6) mencapai kesepakatan tentang masalah dan rencana; dan (7) memberikan penutupan. Kompetensi yang diperlukan untuk penerapan kriteria Kalamazoo dapat diajarkan dalam kurikulum kedokteran. (Graf et al., 2020)

f. Faktor-faktor yang mempengaruhi kapasitas berkomunikasi

Pada penelitian Taveira Gomes I dkk., melaporkan bahwa evaluasi dasar mahasiswa sebelum pelatihan keterampilan komunikasi akan menarik apabila memungkinkan untuk mencari faktor-faktor yang sudah ada sebelumnya seperti jenis kepribadian, jenis kelamin, status sosial ekonomi yang dapat mempengaruhi perolehan kapasitas komunikasi. (Taveira-Gomes et al., 2016) Dokter wanita menunjukkan keterlibatan yang lebih besar dalam komunikasi yang berpusat pada pasien dan waktu konsultasi mereka lebih lama. Pada Skala Empati Dokter Jefferson, mahasiswa kedokteran perempuan mendapat skor yang jauh lebih tinggi daripada mahasiswa kedokteran laki-laki. (Vogel et al., 2018)

g. Penilaian kompetensi komunikasi efektif

Penilaian komunikasi efektif menggunakan kuesioner *Modified Arabic Version ABIM* didalamnya terdapat 10 pernyataan yang dapat dijawab menggunakan skala likert 1-5, untuk mengukur kemampuan orang untuk berkomunikasi secara efektif. Kemampuan berkomunikasi sangat bervariasi, dan terkadang orang yang sama lebih kompeten untuk berkomunikasi dalam satu situasi daripada situasi lainnya. (Warokka et al., 2016)

2.1.1.2. Empati

a. Pentingnya sikap empati dimiliki seorang dokter

Empati merupakan kemampuan untuk memahami pengalaman dan perasaan pasien secara akurat serta menunjukkan pemahaman itu kepada pasien. Menurut pendekatan psikodinamik, perilaku dan berpusat pada orang, memfasilitasi pengembangan hubungan terapeutik dengan pengguna layanan kesehatan, memberikan dasar untuk perubahan terapeutik. Empati pertama kali disebutkan dalam konteks psikoterapi pada 1950-an. Pendekatan yang berpusat pada orang mendefinisikannya sebagai kondisi sementara yang dialami oleh seorang profesional kesehatan dalam upayanya untuk memahami kehidupan pengguna layanan kesehatan tanpa ikatan dengan mereka. (Moudatsou et al., 2020; Ramasamy et al., 2014). Empati juga merupakan proses psikologis yang memungkinkan seseorang mampu memahami perasaan dan perilaku orang lain, serta mengerti situasi dan kondisi emosional orang lain berdasarkan sudut pandang orang tersebut, yang membuat seseorang seperti masuk ke dalam diri orang lain. Empati merupakan salah satu faktor penting dalam perawatan pasien, pendidikan kedokteran, dan profesionalisme, terutama berkaitan dengan beberapa disiplin ilmu medis, sehingga empati perlu dikembangkan dalam berbagai konteks akademik dan budaya. Keterlibatan empati menjadi dasar yang kuat bagi hubungan saling percaya antara dokter pasien. Kendala komunikasi akan berkurang jika terbentuk hubungan saling percaya antara dokter dan pasien, sehingga pasien akan mulai menceritakan kisah penyakitnya tanpa disembunyikan. Hal ini akan mengarah pada diagnosis yang lebih akurat dan kepatuhan pasien yang lebih baik, yang pada akhirnya akan menghasilkan perawatan yang lebih berkualitas. (Lim et al., 2011)

Empati merupakan faktor yang penting untuk menunjang terjalinnya hubungan yang positif antara tenaga medis dan pasien. Pada dasarnya, setiap pasien ingin tenaga medis yang merawatnya mengerti akan penyakit yang dideritanya. Empati tenaga medis terhadap pasien serta kesadaran pasien akan perhatian dan kepedulian yang tenaga medisnya berikan, diharapkan dapat meningkatkan hasil klinik yang lebih baik. Mahasiswa kedokteran sebagai calon tenaga medis seharusnya memiliki empati yang tinggi. (Warokka et al., 2016)

Dokter yang mengekspresikan empati dalam pertemuan pasien dengan bertindak dengan cara yang hangat, ramah dan meyakinkan tampaknya lebih efektif dalam mencapai kepuasan dan pemulihan pasien. Empati sangat penting untuk hasil perawatan kesehatan yang lebih baik sebagai bagian dari gaya komunikasi yang hangat dan ramah. Pelatihan komunikasi merupakan metode pengajaran yang efektif untuk meningkatkan keterampilan komunikasi teknis serta empati sebagai keterampilan komunikasi. (Vogel et al., 2018) Empati bermanfaat untuk menumbuhkan rasa kepedulian dan rasa iba yang kemudian memunculkan perilaku menolong. Setiap individu mempunyai kemampuan yang berbeda dalam berempati. Empati secara alami muncul sejak bayi, akan tetapi belum dijamin dengan pasti bahwa kemampuan empati tersebut akan terus menerus berkembang dengan baik. Kemampuan untuk berempati masih dapat dikembangkan atau ditingkatkan. (Gayanti et al., 2018)

Komunikasi empatik diterima secara luas sebagai komponen penting dari hubungan dokter-pasien yang sukses. Dokter medis yang kompeten dalam keterampilan komunikasi empatik dapat mengartikulasikan pemahaman mereka tentang apa yang pasien katakan dan rasakan, dan mengomunikasikan pemahaman ini kepada pasien mereka. Penelitian telah menunjukkan bahwa jenis komunikasi ini bermanfaat bagi pasien dengan meningkatkan hasil fisik dan psikososial mereka. (Archer & Meyer, 2021)

b. Dimensi dalam berempati

Konsep empati kontemporer bersifat multidimensi dan terdiri dari aspek afektif, kognitif, dan perilaku. Sepanjang sejarah, perkembangan dan integrasi konsep ini berkembang sepanjang tiga periode waktu yang berbeda. Hingga akhir tahun 1950-an, dimensi kognitif paling lazim. Dari

tahun 1960 dan seterusnya, penekanan diberikan pada dimensi afektif, sedangkan sejak tahun 1970, empati telah didefinisikan dalam segala dimensinya; yaitu, aspek perilaku telah ditambahkan ke dalam praktik sehari-hari para profesional perawatan kesehatan. Dimensi afektif terdiri dari konsep kepedulian dan penerimaan yang tulus dan tanpa syarat dari pengguna layanan kesehatan (kesesuaian). *Caring* mengacu pada bantuan dan dukungan sebagai produk sampingan dari interaksi emosional. Konsep penerimaan tanpa syarat yang penuh dan tulus mengacu pada persetujuan 'yang lain' dan konsensus antara orang-orang, tanpa prasangka atau stereotip. Dimensi kognitif berkaitan dengan kepekaan interpersonal dan kemampuan untuk memahami posisi orang lain (pengambilan persepsi). Sensitivitas interpersonal berarti memahami situasi orang lain secara objektif. Ini adalah proses mendalam untuk mengenal seseorang, berdasarkan isyarat verbal dan non-verbal. Kemampuan untuk memahami situasi orang lain mengacu pada fleksibilitas dan pemahaman objektif dari sudut pandang orang lain (berjalan di posisi mereka, memahami cara mereka tampil secara kognitif, emosional, dan mental). Altruisme dan hubungan terapeutik keduanya termasuk dalam dimensi perilaku yang mengembangkan empati ke dalam praktik. Altruisme adalah perilaku yang diarahkan secara sosial yang ditujukan untuk menghilangkan kesulitan, masalah, dan rasa sakit yang terkait dengannya. Simpati, empati, dan kasih sayang adalah istilah yang terkait erat yang sering digunakan secara bergantian. (Moudatsou et al., 2020)

Komunikasi empatik klinis melibatkan aspek afektif dan kognitif. Aspek afektif mengacu pada perasaan dan sensasi dalam menanggapi emosi orang lain, sedangkan aspek kognitif mengacu pada mengidentifikasi dan mengkomunikasikan emosi orang lain. Yang terakhir diyakini mencakup keterampilan yang dapat diajar. Pengajaran empati merupakan bagian dari banyak kurikulum medis secara global, tetapi cara penyajiannya berbeda sesuai dengan konteks, sumber daya, dan faktor lainnya. (Archer & Meyer, 2021) Definisi empati dalam perawatan pasien menurut Hojat diartikan sebagai sifat yang didominasi aspek kognitif (dibandingkan afektif atau emosional), yang melibatkan pemahaman (bukan perasaan) terhadap pengalaman, perhatian dan persepsi pasien,

dikombinasikan dengan kemampuan untuk mengomunikasikan pemahaman tersebut, serta keinginan untuk membantu pasien. (Lim et al., 2011)

c. Penilaian empati

Skala penilaian yang berbeda untuk profesional dan pengguna pasien. Salah satu alat terpenting untuk penilaian kuantitatif empati adalah *Jefferson Scale of Empathy (JSE)* yang awalnya digunakan untuk mengevaluasi empati pada mahasiswa kedokteran. Selanjutnya, penggunaannya juga diperluas ke kelompok profesional lainnya, misalnya dokter, profesional kesehatan pada umumnya dan mahasiswa dari profesi kesehatan lainnya. Skala Jefferson telah digunakan di banyak negara, seperti Amerika Serikat, Polandia, Korea, Italia, Jepang dan telah dibakukan validitas dan reliabilitasnya. Ini dikelola sendiri dan diselesaikan oleh dokter dan profesional kesehatan lainnya yang memberikan perawatan kepada pasien dalam pengaturan klinis. Selain itu, mahasiswa kedokteran, keperawatan, dan ilmu perawatan kesehatan lainnya juga dapat menyelesaikannya. Skala mencakup 20 pertanyaan dan skor keseluruhan berkisar dari dua puluh hingga seratus empat puluh; skor yang lebih tinggi menunjukkan hubungan empatik yang lebih baik dalam perawatan medis dan terapeutik. Lebih khusus lagi, untuk pasien, *Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)* adalah kuesioner yang dirancang untuk penilaian kuantitatif empati pada pasien. Ini bisa sangat berguna dalam pengaturan praktik untuk mendukung proses pengambilan keputusan, membantu keputusan pilihan karir, melanjutkan pendidikan, dan kebutuhan pengawasan di bidang kepedulian sosial. (Hojat et al., 2002; Moudatsou et al., 2020)

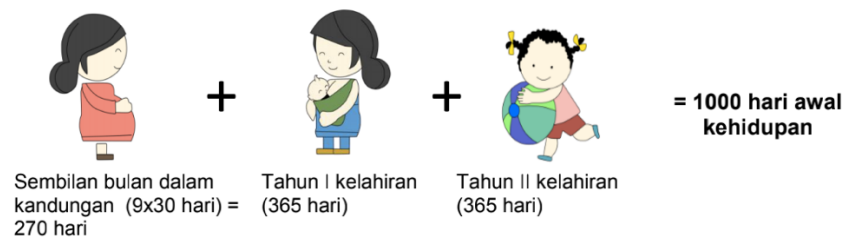
d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Empati

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi perkembangan dan pemeliharaan empati pada mahasiswa kedokteran adalah usia, jenis kelamin, kesejahteraan psikologis, budaya, serta berbagai aspek pendidikan kedokteran seperti pengalaman klinis, kurikulum pendidikan, dan keterampilan komunikasi. (Lim et al., 2011) Banyak kesulitan dalam penerapan empati dalam praktik klinis. Persentase profesional kesehatan yang relatif tinggi, sekitar 70%, merasa sulit untuk mengembangkan empati dengan pengguna layanan kesehatan mereka. Usia, refleksi diri, penilaian,

dan ekspresi emosi dikaitkan dengan empati pekerja sosial perempuan. Pekerja sosial memiliki skor empati yang lebih tinggi setiap kali mereka memiliki pengalaman kerja sebelumnya. Selain itu, ada penelitian yang mendukung bahwa menjadi perempuan dikaitkan dengan tingkat empati yang lebih tinggi. Empati berkorelasi positif dengan kemampuan reflektif dan kecerdasan emosional baik pada pekerja sosial profesional maupun mahasiswa pekerja sosial. Kurangnya empati—atau rendahnya tingkat empati—bergantung pada beberapa alasan. Yang paling penting adalah banyaknya pengguna perawatan kesehatan yang harus dihadapi oleh para profesional, kurangnya waktu yang memadai, fokus pada terapi, budaya dominan di sekolah kedokteran, dan kurangnya pelatihan empati. Alasan lebih lanjut, rasa superioritas dari profesional kesehatan, dan ketakutan akan pelanggaran batas. Tekanan waktu, kecemasan, kurangnya kesadaran diri, dan kurangnya pelatihan yang tepat, serta status sosial ekonomi yang berbeda, semua hal di atas juga tidak mendukung empati. Menurut pandangan ilmiah dari bidang Kedokteran, empati dapat dipelajari dan sekolah Kedokteran harus mendidik siswanya dalam hal ini. Banyak penelitian telah menunjukkan perlunya para profesional masa depan untuk menerima pelatihan untuk meningkatkan keterampilan empati mereka. Dalam studi kualitatif, para profesional kesehatan membuat saran mengenai peningkatan empati. Saran ini mencakup intervensi pendidikan yang lebih holistik dalam perilaku yang penting bagi kebutuhan pasien, dengan penekanan pada pengembangan pribadi, pelatihan profesional, dan program pengawasan, daripada pendidikan dalam keterampilan perilaku dan komunikasi. (Moudatsou et al., 2020)

2.1.2. Program 1000 hari pertama kehidupan

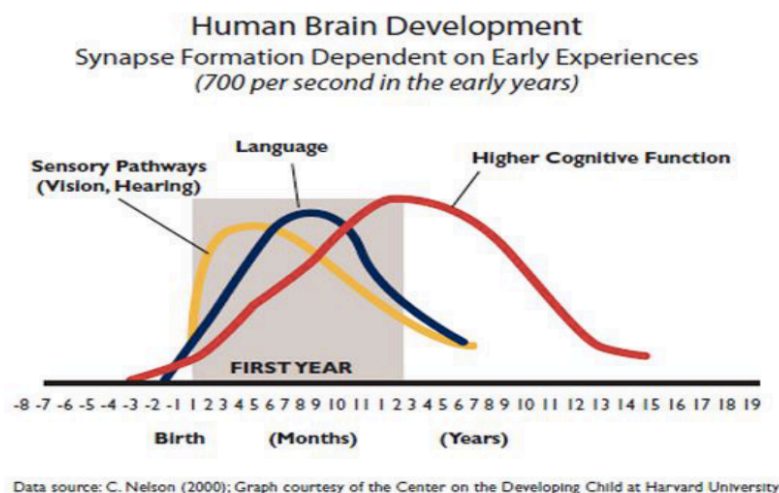
Program ini merupakan pendampingan seorang mahasiswa pada ibu hamil sepanjang kehamilannya – kelahiran bayi – hingga bayi berumur 2 tahun. Dalam hitungannya 1000 hari adalah:



Gambar 1. Ilustrasi 1000 hari pertama kehidupan

Mengapa 1000 hari pertama kehidupan penting? Berdasarkan banyak penelitian, para ahli menyimpulkan bahwa periode 1000 hari adalah periode emas yang dimulai sejak saat konsepsi, pertumbuhan janin dalam rahim, hingga ulang tahun ke 2 kehidupannya, yang akan menentukan kualitas kesehatan pada kehidupan selanjutnya. Bukan hanya kesehatan secara lahiriah, lebih dari itu, kesehatan jiwa dan emosi, bahkan kecerdasan/ intelektualnya. Hal ini berarti nutrisi selama periode emas ini sangat menentukan, ibarat kita membangun sebuah rumah yang kokoh dan indah, maka seharusnya bahan yang digunakan harus berkualitas, terencana dan terpantau dengan baik. Para ahli menemukan setidaknya ada 50 jenis zat yang mempengaruhi fungsi otak selama 1000 hari awal kehidupan ini. Kegagalan dalam asupan nutrisi pada periode ini akan mempunyai efek jangka panjang dan sulit, bahkan tidak dapat diubah lagi, seperti kerentanan terhadap penyakit infeksi, kemungkinan menderita penyakit degeneratif (hipertensi, jantung, stroke, diabetes dll), bahkan kanker dan kelainan jiwa. Pemenuhan gizi yang optimal, lingkungan pertumbuhan yang kondusif pada masa janin dan bayi, dan imunisasi selama periode ini akan memberi kesempatan hidup lebih lama, lebih sehat, lebih produktif dengan kualitas yang lebih baik, serta risiko yang lebih rendah terhadap penyakit degeneratif. (Chalid M. T., 2014)

Gambar II.2 menunjukkan pentingnya periode 1000 hari awal kehidupan pada perkembangan otak mulai fase janin dan bayi hingga 2 tahun, perannya dalam pembentukan “otak sosial”, belajar keterampilan fisik, belajar berbicara, belajar tentang benar dan salah, perannya pada kualitas kesehatan jangka panjang hingga pada skala yang lebih luas, berpengaruh secara sosial ekonomi pada kemiskinan/kemakmuran. (Chalid M. T., 2014)



Gambar 2. *Grafik Perkembangan Otak, Fungsi Indera, Berbicara dan Fungsi Kognitif Tinggi*

Kekurangan gizi pada awal kehidupan anak akan berdampak pada kualitas sumberdaya manusia. Anak yang kurang gizi akan lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) dan pada masa selanjutnya akan tumbuh lebih pendek (*stunting*) yang berpengaruh terhadap perkembangan kognitifnya. Hal ini tentunya akan berpengaruh pada keberhasilan pendidikan, yang berakibat pada menurunnya produktivitas saat usia dewasanya. Selain itu, gizi kurang/buruk merupakan penyebab dasar kematian bayi dan anak. Karenanya, yang harus disadari secara sungguh-sungguh adalah jika terjadi kegagalan pertumbuhan (*growth faltering*), meski gangguan pertumbuhan fisik anak masih dapat diperbaiki di kemudian hari dengan peningkatan asupan gizi yang baik, namun tidak demikian dengan perkembangan kecerdasannya. Fakta-fakta ilmiah lainnya menunjukkan bahwa kekurangan gizi yang dialami ibu hamil yang kemudian berlanjut hingga anak berusia 2 tahun akan mengakibatkan penurunan tingkat kecerdasan anak. Sayangnya, periode emas inilah yang seringkali kurang mendapat perhatian keluarga, baik karena kurangnya pengetahuan maupun luputnya skala prioritas yang harus dipenuhi. (Chalid M. T., 2014)

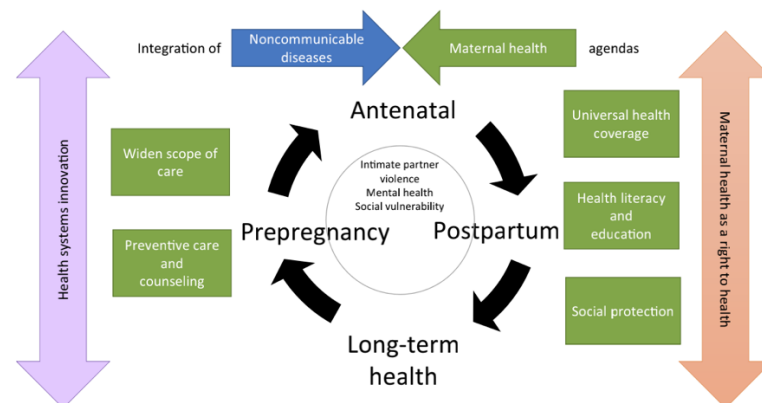
Program ini dilaksanakan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin sejak semester ketiga dimana mahasiswa diminta untuk mencari sendiri ibu yang akan mereka dampingi selama 1000 hari pertama kehidupan anaknya. Kemudian mahasiswa diminta untuk melakukan pendampingan dengan ibu sampai pada semester keenam. Pada semester keenam program ini dibebankan 2 SKS agar mahasiswa dapat melaporkan hasil pendampingan ibu, ketentuan mengenai program ini masuk dalam mata kuliah Pembentukan dan Pengembangan Karakter Dokter (P2KD) dengan ketentuan program ini diatur dalam rencana pembelajaran semester mata kuliah P2KD sebagai berikut:

- Minggu 1-2 : Mahasiswa mencari ibu damping yang sesuai dengan kriteria pada modul pada puskesmas terdekat dan melakukan informed consent. (telah dilakukan sejak semester 3)
- Minggu 3: Mahasiswa melakukan wawancara kepada ibu damping mengenai keluarga dan lingkungan rumahnya
- Minggu 4-10: Mahasiswa melakukan wawancara kepada ibu damping mengenai kehamilan dan persalinannya

- Minggu 11-15: Mahasiswa melakukan wawancara kepada ibu damping mengenai keadaan bayi sejak baru lahir hingga berusia 24 bulan.
- Minggu 16: Seminar hasil

2.1.3 Kompetensi mahasiswa kedokteran dalam menurunkan angka kematian ibu

Fokus berkelanjutan pada kesehatan ibu dalam beberapa tahun terakhir telah menghasilkan kemajuan yang signifikan dalam meningkatkan kesehatan ibu, khususnya dengan pengurangan kematian ibu di seluruh dunia. Sementara masih banyak pekerjaan yang tersisa, negara-negara sekarang perlu melampaui kelangsungan hidup, dengan tujuan membangun layanan kesehatan terpadu yang dapat memaksimalkan kesehatan, kesejahteraan, dan potensi perempuan sepanjang hidup mereka. Beberapa tahun terakhir telah terlihat banyak negara berpenghasilan rendah bergerak melalui "transisi kebidanan," pergeseran bertahap dari pola kematian ibu yang tinggi ke kematian ibu yang rendah, dan dari dominasi penyebab obstetri langsung dari kematian ibu ke peningkatan proporsi kematian ibu. penyebab tidak langsung, penyebab tidak menular, dan penuaan populasi ibu. Berikut terdapat kerangka dalam melakukan intervensi terhadap penurunan angka kematian ibu (Gambar) (Firoz T., dkk., 2018)



Gambar 3. Kerangka intervensi morbiditas ibu hamil

Intervensi yang dapat dilakukan untuk menurunkan angka kematian ibu terbagi atas tiga tahap, yaitu tahap sebelum kehamilan, saat kehamilan (antenatal) dan setelah persalinan. Pada tahap sebelum kehamilan, tahap ini sangat penting untuk

memengaruhi kesehatan, nutrisi dan kesiapan kelahiran yang optimal, intervensi yang dapat dilakukan untuk menekan angka kematian ibu yang pertama, menanyakan kesiapan kehamilan dengan mendampingi wanita agar lebih hati-hati dalam merencanakan kehamilan, mengedukasi Wanita mengenai jenis-jenis kontrasepsi dan efek samping yang dapat ditimbulkan untuk setiap jenis kontrasepsi. dan yang kedua melakukan konseling prakehamilan bagi Wanita dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya. Pada tahap antenatal, intervensi yang dapat dilakukan dengan melakukan ANC (*antenatal care*) rutin, termasuk penilaian kesehatan umum dan pengambilan riwayat kesehatan ibu, hal ini dapat memenuhi secara efektif kebutuhan kesehatan ibu yang komprehensif, dapat memberikan peluang untuk memberikan pelayanan terpadu kepada ibu. Pada tahap akhir, tahap perawatan pascapersalinan, intervensi yang dapat dilakukan yaitu Kunjungan nifas juga menawarkan kesempatan untuk menyaring kondisi kesehatan mental, seperti depresi pascapersalinan. Rekomendasi WHO untuk perawatan pascapersalinan wanita menyoroti dukungan psikososial oleh orang yang terlatih untuk pencegahan depresi pascapersalinan di antara wanita yang berisiko tinggi mengalami kondisi ini. Intervensi psikososial dan psikologis telah terbukti secara signifikan mengurangi jumlah wanita berisiko yang terus berkembang depresi pascapersalinan. Intervensi termasuk penyediaan kunjungan rumah postpartum intensif dan profesional, dukungan sebaya berbasis telepon, dan psikoterapi interpersonal. Konseling dan intervensi juga diperlukan untuk mengatasi masalah seperti pasangan yang tidak mendukung, atau keluarga yang mengatasi dampak atau hasil kehamilan (Firoz T., dkk., 2018)

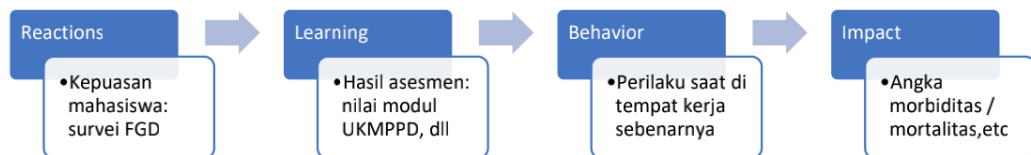
2.1.4. Evaluasi program

Evaluasi program menitikberatkan pada kesesuaian pelaksanaan program dengan tujuan yang telah ditentukan dan kemungkinan terjadinya konsekuensi yang tidak diharapkan (Lovato dan Patterson, 2019). Tujuan evaluasi program antara lain untuk menetapkan efektivitas suatu program, mengoptimalkan luaran, efisiensi dan kualitas pelayanan kesehatan. Suatu evaluasi program dapat dilakukan dengan mengkaji struktur suatu program, aktivitas, organisasi dan lingkungan social politis yang relevan, pencapaian tujuan program, dampak program dan biaya atau investasi yang diperlukan. Program yang dimaksud dapat mencakup kurikulum, mata kuliah, sesi, fasilitas layanan untuk mahasiswa, kegiatan tertentu,

panduan, dan kebijakan dalam pendidikan kedokteran dan profesi kesehatan (Lovato dan Patterson, 2019).

Hierarki Kirkpatrick terdiri dari 4 tingkat evaluasi yaitu (Kirkpatrick DL, dan Kirkpatrick JD, 2006):

- Level 1: Reaksi, untuk menjawab pertanyaan tentang kepuasan peserta program terhadap program yang diikuti
- Level 2: Learning, untuk menjawab ada tidaknya perubahan sikap peserta program, peningkatan pengetahuan dan keterampilan sebagai dampak mengikuti program pembelajaran.
- Level 3: Behavior, untuk menjawab pertanyaan sejauh mana terjadinya perubahan pada perilaku profesi kesehatan/aplikasi hasil pembelajaran/performa dan praktik setelah mengikuti program.
- Level 4: impact/dampak, untuk menjawab kaitan hasil akhir/luaran pelayanan kesehatan dengan keberadaan peserta mengikuti program tersebut.



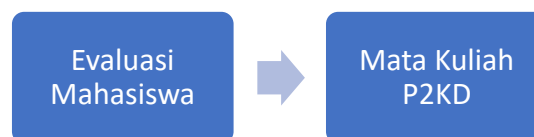
Gambar 4. Penerapan Kierkpatrick

2.2 Kerangka Teori



Gambar 5. *Bagan Kerangka Teori*

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 6. *Bagan kerangka konsep*