

BAB II KERANGKA KONSEPTUAL

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian ini melakukan tinjauan pustaka terhadap sebelas penelitian terdahulu yang relevan dengan fokus kajian, yaitu komunikasi kesehatan, komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan, serta komunikasi dalam konteks layanan publik dan sistem jaminan kesehatan. Tinjauan pustaka ini bertujuan untuk memetakan fokus penelitian, kerangka konseptual, pendekatan metodologis, serta temuan utama dari penelitian sebelumnya, sekaligus mengidentifikasi kesenjangan penelitian atau *research gap* yang masih terbuka untuk dikaji lebih lanjut.

Secara umum, penelitian terdahulu menunjukkan bahwa komunikasi pelayanan kesehatan tidak dapat dipahami semata-mata sebagai proses penyampaian informasi antara tenaga kesehatan dan pasien, melainkan sebagai proses sosial yang dipengaruhi oleh lingkungan komunikasi, struktur pelayanan, kondisi organisasi, serta karakteristik sosial masyarakat.

Penelitian pertama adalah sebuah *qualitative synthesis* yang mengkaji komunikasi klinis digital antara tenaga kesehatan dan pasien (Liu et al., 2026). Studi ini menunjukkan bahwa kualitas komunikasi, baik dalam pengumpulan informasi, pengelolaan emosi, maupun edukasi pasien sangat dipengaruhi oleh konteks interaksi dan sistem pelayanan. Meskipun berfokus pada komunikasi digital, penelitian ini relevan karena menegaskan bahwa komunikasi pelayanan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh keterampilan individu, melainkan oleh lingkungan komunikasi yang melingkupinya.

Penelitian kedua adalah sebuah studi yang mengkaji hubungan antara komunikasi kesehatan dan motivasi pasien menggunakan *Socio-Ecological Model* (Menigistu & Gessese, 2026). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemahaman dan kepatuhan pasien dibentuk oleh interaksi faktor interpersonal, sosial, dan kelembagaan. Studi ini memperlihatkan bahwa komunikasi kesehatan merupakan proses kompleks yang tertanam dalam konteks sosial dan institusional.

Penelitian ketiga adalah sebuah studi dengan pendekatan kualitatif yang secara khusus mengkaji komunikasi kesehatan interpersonal di wilayah pedesaan (Weijuan et al., 2025). Studi ini menemukan bahwa pemahaman masyarakat terhadap layanan kesehatan dibentuk oleh interaksi antara komunikasi tatap muka, lingkungan sosial komunitas, serta konteks kebijakan kesehatan. Penelitian ini relevan karena sama-sama berada dalam konteks pedesaan dan pelayanan kesehatan primer, namun belum secara spesifik mengkaji sistem jaminan kesehatan nasional seperti BPJS atau proses komunikasi pelayanan di Puskesmas Indonesia.

Penelitian keempat adalah sebuah *scoping review* yang menyoroti peran komunikasi interprofesional dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit (Wahyuningsih & Firmanda, 2025). Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif berkontribusi pada keselamatan dan kepuasan pasien, meskipun hambatan struktural seperti hierarki profesi masih sering muncul. Namun, fokus penelitian ini berada pada komunikasi antar tenaga kesehatan di rumah sakit, bukan pada komunikasi langsung antara petugas dan pasien di pelayanan kesehatan primer.

Penelitian kelima adalah sebuah *systematic review* yang mengkaji komunikasi antara petugas dengan pasien pada proses pemulangan rawat inap (Gultom & Basabih, 2025). Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang tidak terstruktur meningkatkan risiko kesalahpahaman pasien, sementara komunikasi yang jelas dan adaptif dapat meningkatkan pemahaman. Konteks penelitian ini berada pada rumah sakit dan fase discharge, sehingga berbeda dengan komunikasi pelayanan rutin di Puskesmas.

Penelitian keenam adalah sebuah penelitian terkait komunikasi interpersonal dalam supervisi klinis keperawatan (Da Cunha et al., 2026). Penelitian ini menegaskan bahwa komunikasi merupakan hal relasional yang dipengaruhi oleh beban kerja, struktur organisasi, dan relasi kekuasaan. Meskipun fokusnya bukan pelayanan langsung kepada pasien, temuan ini relevan untuk memahami komunikasi kesehatan sebagai pola yang dibentuk oleh sistem organisasi.

Penelitian ketujuh adalah sebuah kajian terkait proses komunikasi antara dokter dengan pasien dalam layanan *telemedicine* (Nguyen A. D. et al., 2024). Studi ini menunjukkan bahwa kualitas komunikasi memengaruhi pemahaman, rasa aman, dan keterlibatan pasien, khususnya dalam konteks keterbatasan isyarat nonverbal. Meskipun media komunikasi yang dikaji berbeda, penelitian ini memperkuat pandangan bahwa komunikasi pelayanan selalu dipengaruhi oleh kesiapan sistem dan pengguna layanan.

Penelitian kedelapan adalah sebuah analisis komunikasi layanan publik jarak jauh dalam konteks perlindungan anak (Lwin et al., 2025). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas komunikasi memengaruhi rasa percaya dan keterlibatan pengguna layanan. Studi ini relevan sebagai pembanding lintas sektor yang menegaskan bahwa komunikasi pelayanan publik dipengaruhi oleh konteks sosial dan kelembagaan.

Penelitian kesembilan adalah sebuah studi yang memperkenalkan konsep *communication work*, yaitu komunikasi sebagai kerja tambahan yang harus dilakukan individu ketika berhadapan dengan sistem layanan yang kompleks (Turnbull et al., 2025). Studi ini menegaskan bahwa komunikasi tidak hanya berupa pertukaran informasi, tetapi juga beban sosial dan emosional yang dipengaruhi oleh posisi dan kerentanan sosial subjek.

Penelitian kesepuluh adalah sebuah studi yang membahas pelayanan BPJS Kesehatan di Indonesia dengan fokus pada kualitas pelayanan dan penanganan keluhan peserta (Putri et al., 2026). Studi ini menunjukkan bahwa pelayanan BPJS relatif baik, namun masih menghadapi tantangan dalam akses dan pemahaman informasi. Meskipun relevan secara konteks kebijakan, penelitian ini belum secara spesifik mengkaji proses komunikasi interpersonal dalam interaksi harian di Puskesmas.

Penelitian terakhir atau kesebelas yang dijadikan acuan adalah sebuah *integrative review* yang mengembangkan kerangka peningkatan komunikasi antara klinisi dengan pasien dan menegaskan bahwa komunikasi verbal dan nonverbal memiliki peran penting dalam membentuk pengalaman pasien (Danaher et al.,

2023). Studi ini memperkuat komunikasi sebagai elemen kunci kualitas pelayanan kesehatan, meskipun konteksnya berada pada sistem layanan di negara maju.

Kesebelas penelitian tersebut dirangkum secara sistematis dalam Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu untuk memperlihatkan fokus kajian, konsep utama, metode penelitian, serta persamaan dan perbedaannya dengan penelitian yang dilakukan.

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No.	Peneliti	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Research Gap
1	Liu et al. (2026)	Menganalisis komunikasi klinis digital antara pasien dan tenaga kesehatan.	<i>Qualitative synthesis</i> terhadap 97 penelitian menggunakan <i>thematic synthesis</i> .	Komunikasi digital dipengaruhi kemampuan membangun hubungan, edukasi, dan pengumpulan informasi. Dikembangkan model ICE-T Digital Clinical Communication.	Belum mengkaji implementasi komunikasi pelayanan BPJS secara tatap muka di FKTP menggunakan HCE Framework.
2	Menigistu & Gessese (2026)	Menganalisis hubungan komunikasi kesehatan dan motivasi pasien HIV.	Kualitatif melalui wawancara mendalam dan FGD terhadap 21 partisipan.	Komunikasi yang mendukung otonomi dan emosional meningkatkan kepatuhan pasien.	Belum mengkaji komunikasi pelayanan BPJS antara petugas dan peserta di FKTP menggunakan HCE Framework.
3	Wahyuningsih & Firmanda (2025)	Mengkaji komunikasi interprofesional dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.	<i>Scoping review</i> .	Komunikasi antarprofesi meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan, tetapi terhambat hierarki organisasi.	Fokus pada komunikasi antar tenaga kesehatan, bukan komunikasi petugas-peserta BPJS di FKTP.
4	Gultom & Basabih (2025)	Mengidentifikasi strategi komunikasi efektif saat pemulangan	<i>Systematic review</i> .	Strategi <i>teach-back</i> dan komunikasi terstruktur meningkatkan	Berfokus pada proses <i>discharge</i> rumah sakit, belum mengkaji komunikasi

		pasien rawat inap.		pemahaman pasien.	pelayanan BPJS di FKTP.
5	Da Cunha et al. (2026)	Menganalisis komunikasi interpersonal dalam supervisi klinis keperawatan.	Kualitatif deskriptif melalui wawancara terhadap 23 supervisor klinik.	Komunikasi efektif dipengaruhi hubungan interpersonal, beban kerja, waktu, dan dukungan organisasi.	Berfokus pada pendidikan klinik, bukan komunikasi pelayanan BPJS di Puskesmas.
6	Nguyen et al. (2024)	Menganalisis komunikasi dalam konsultasi telemedicine.	Kualitatif melalui wawancara terhadap dokter umum dan pasien.	Literasi kesehatan, literasi digital, dan <i>rapport</i> menentukan keberhasilan telemedicine.	Berfokus pada komunikasi digital, belum mengkaji komunikasi tatap muka pelayanan BPJS di FKTP.
7	Turnbull et al. (2025)	Menganalisis pengalaman komunikasi pekerja migran penderita kanker.	Kualitatif melalui wawancara semi-terstruktur terhadap 22 partisipan.	Komunikasi dipengaruhi faktor emosional, sosial, identitas, dan koordinasi layanan.	Berfokus pada pasien kanker migran menggunakan ITC, bukan komunikasi pelayanan BPJS dengan HCE Framework.
8	Putri et al. (2026)	Menganalisis kualitas pelayanan BPJS dalam menangani keluhan peserta.	Kualitatif melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi.	Kualitas pelayanan tergolong baik, namun masih terdapat kendala akses informasi dan layanan digital.	Menitikberatkan kualitas pelayanan, belum mengkaji implementasi komunikasi pelayanan BPJS menggunakan HCE Framework.
9	Lwin et al. (2025)	Menganalisis komunikasi jarak jauh dalam layanan perlindungan anak.	Kualitatif melalui wawancara terhadap 47 partisipan.	Komunikasi jarak jauh meningkatkan <i>engagement</i> apabila disesuaikan dengan kebutuhan pengguna layanan.	Berfokus pada layanan perlindungan anak dan komunikasi daring, bukan pelayanan BPJS di FKTP.
10	Kong et al. (2025)	Menganalisis perilaku komunikasi	<i>Consensual Qualitative Research</i>	Komunikasi kesehatan dipengaruhi	Menggunakan Ecological Systems Theory pada lansia

		kesehatan lansia di pedesaan.	melalui wawancara terhadap 30 partisipan.	faktor individu, sosial, organisasi, dan kebijakan.	di Tiongkok, belum mengkaji komunikasi pelayanan BPJS menggunakan HCE Framework.
11	Danaher et al. (2023)	Mengembangkan kerangka komunikasi klinisi-pasien.	<i>Integrative review.</i>	Komunikasi verbal dan nonverbal berpengaruh terhadap pengalaman serta kepuasan pasien.	Menghasilkan kerangka konseptual, belum mengkaji implementasi komunikasi pelayanan BPJS di FKTP secara empiris.

Berdasarkan tinjauan terhadap sebelas penelitian terdahulu, terdapat beberapa temuan utama. Pertama, seluruh penelitian menunjukkan bahwa komunikasi memiliki peran sentral dalam pelayanan kesehatan, karena memengaruhi pemahaman, keterlibatan, kepatuhan, dan pengalaman pengguna layanan kesehatan (Danaher et al., 2023; Gultom & Basabih, 2025; Liu et al., 2026). Temuan tersebut menegaskan bahwa kualitas komunikasi menjadi salah satu faktor penting dalam efektivitas pelayanan kesehatan, baik pada konteks layanan tatap muka maupun layanan berbasis teknologi.

Kedua, sebagian besar penelitian masih memandang komunikasi kesehatan terutama sebagai proses interpersonal atau kompetensi individual tenaga kesehatan. Dalam banyak studi, faktor sosial, organisasi, serta kebijakan institusional umumnya hanya diposisikan sebagai latar belakang penelitian dan belum dianalisis secara sistematis sebagai bagian yang secara langsung membentuk praktik komunikasi pelayanan kesehatan (Da Cunha et al., 2026; Turnbull et al., 2025).

Ketiga, sebagian besar penelitian dilakukan dalam konteks rumah sakit, layanan spesialis, atau sistem kesehatan di negara maju. Kajian mengenai komunikasi pelayanan kesehatan primer, khususnya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) di wilayah pedesaan Indonesia, masih relatif terbatas (Wahyuningsih & Firmanda, 2025; Weijuan et al., 2025). Padahal, konteks

pelayanan kesehatan di wilayah pedesaan memiliki karakteristik sosial, budaya, geografis, dan kelembagaan yang berbeda dibandingkan konteks perkotaan, sehingga berpotensi menghasilkan dinamika komunikasi yang berbeda pula.

Berdasarkan sintesis tersebut, penelitian ini mengidentifikasi tiga kesenjangan utama (*research gap*). Pertama, kesenjangan konteks layanan, yaitu masih terbatasnya penelitian yang mengkaji komunikasi pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, khususnya Puskesmas di wilayah pedesaan dan pedalaman Indonesia. Kedua, kesenjangan level analisis komunikasi, yaitu penelitian sebelumnya cenderung memandang komunikasi sebagai kemampuan personal tenaga kesehatan dan belum banyak menganalisis komunikasi sebagai hasil interaksi sistemik yang dibentuk oleh komunitas, struktur organisasi, lingkungan sosial, serta kebijakan pelayanan kesehatan. Ketiga, kesenjangan fokus BPJS Kesehatan, yaitu penelitian mengenai BPJS Kesehatan masih lebih banyak berfokus pada kualitas pelayanan, kepuasan peserta, atau sosialisasi program, sementara proses komunikasi interpersonal dalam interaksi pelayanan sehari-hari antara tenaga kesehatan dan peserta BPJS belum banyak dikaji secara mendalam.

Untuk menjawab kesenjangan tersebut, penelitian ini menggunakan *Health Communication Environment (HCE) Framework* yang dikembangkan oleh Schiavo (2014) sebagai kerangka konseptual utama. Kerangka ini memandang komunikasi kesehatan sebagai hasil interaksi dinamis antara karakteristik komunitas, lingkungan sosial, kebijakan kesehatan, serta perilaku dan layanan yang direkomendasikan (Schiavo, 2014). Dengan pendekatan tersebut, komunikasi pelayanan kesehatan dipahami tidak hanya sebagai proses pertukaran pesan antarindividu, tetapi sebagai praktik sosial yang dibentuk oleh lingkungan komunikasi yang melingkupinya. Oleh karena itu, *HCE Framework* dipandang relevan untuk menganalisis praktik komunikasi pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai yang berada dalam konteks wilayah pedesaan dengan keterbatasan sumber daya, kompleksitas prosedur layanan, serta beban pelayanan yang tinggi.

Berdasarkan *research gap* dan kerangka konseptual tersebut, kebaruan atau *novelty* penelitian ini terletak pada tiga aspek utama. Pertama, penelitian ini secara

spesifik mengkaji praktik komunikasi pelayanan BPJS di fasilitas kesehatan tingkat pertama wilayah pedesaan, yaitu Puskesmas Sandai di Kabupaten Ketapang, Kalimantan Barat. Kedua, penelitian ini menggunakan *Health Communication Environment (HCE) Framework* untuk menganalisis komunikasi pelayanan kesehatan sebagai proses yang dipengaruhi oleh interaksi antara komunitas, sosial, organisasi, dan kebijakan kesehatan, bukan semata-mata sebagai keterampilan individual. Ketiga, penelitian ini menelaah makna yang dibangun peserta BPJS melalui pengalaman interaksi mereka dalam pelayanan sehari-hari, sehingga memberikan pemahaman empiris yang lebih mendalam tentang komunikasi pelayanan dalam sistem JKN.

2.2 Teori/Konsep

2.2.1 *Health Communication Environment (HCE) Framework*

Health Communication Environment (HCE) Framework merupakan kerangka teoretis yang dibangun di atas proposisi fundamental bahwa komunikasi kesehatan tidak pernah berlangsung dalam ruang hampa, melainkan selalu terjadi dalam dan dibentuk oleh lingkungan yang kompleks (Schiavo, 2014). Dalam kerangka ini dijelaskan bahwa kegagalan komunikasi kesehatan termasuk kegagalan peserta memahami prosedur layanan atau petugas menyampaikan informasi secara efektif, sering kali bukan disebabkan oleh ketidakmampuan individu, melainkan oleh ketidaksesuaian antara pesan, sistem pelayanan, dan konteks lingkungan penerima pesan.

Kajian mengenai *ecology of health communication* menunjukkan bahwa pendekatan ekologi memberikan kerangka analisis yang lebih komprehensif dibandingkan model komunikasi linear tradisional karena mampu menjelaskan hubungan antara faktor individu, organisasi, komunitas, dan kebijakan secara simultan (Yabe, 2022). Selain itu, penelitian terbaru juga menunjukkan bahwa pendekatan ekologis relevan digunakan dalam konteks pelayanan kesehatan primer, khususnya untuk memahami tantangan komunikasi pada masyarakat rural dan kelompok dengan keterbatasan akses layanan kesehatan (Williamson et al., 2025).

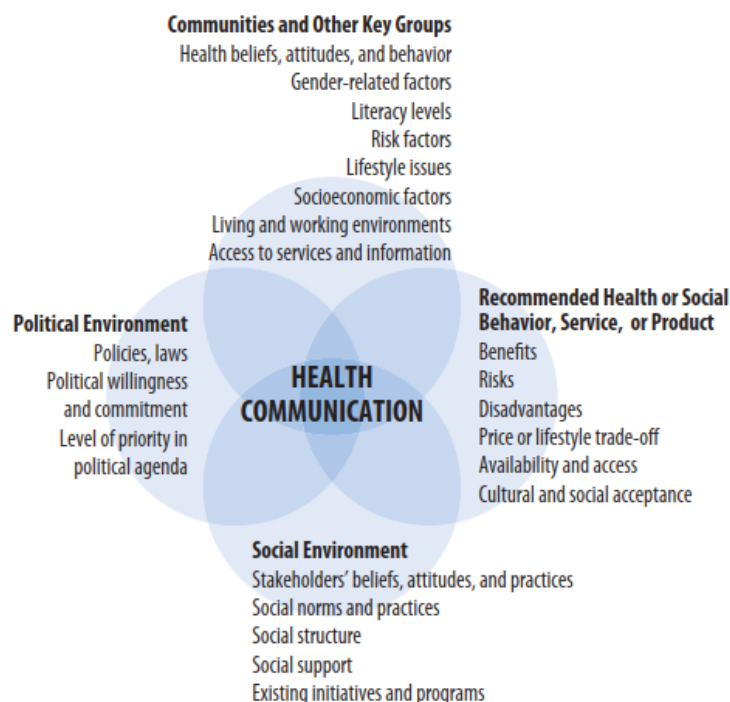
Selain dipengaruhi oleh aspek struktural dan organisasi, komunikasi kesehatan juga sangat dipengaruhi oleh konteks sosial budaya masyarakat. Budaya membentuk cara individu memahami konsep sehat dan sakit, memaknai risiko penyakit, menentukan kepada siapa informasi kesehatan dipercaya, serta memengaruhi cara masyarakat merespons anjuran tenaga kesehatan. Nilai-nilai sosial, norma, kebiasaan, bahasa, dan kepercayaan yang berkembang dalam suatu komunitas dapat menjadi faktor yang mendukung maupun menghambat efektivitas komunikasi kesehatan. Oleh karena itu, pesan kesehatan yang efektif tidak hanya bergantung pada kejelasan informasi, tetapi juga pada kesesuaiannya dengan karakteristik budaya masyarakat yang menjadi sasaran komunikasi (Kreuter & McClure, 2004).

Dalam perspektif Kreuter & McClure (2004), faktor budaya tidak dipandang sebagai variabel yang berdiri sendiri, melainkan sebagai bagian dari lingkungan komunikasi yang membentuk proses pertukaran informasi kesehatan. Nilai budaya, norma sosial, pola interaksi masyarakat, serta kepercayaan terhadap institusi kesehatan memengaruhi bagaimana individu menerima, menafsirkan, dan memanfaatkan informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Dengan demikian, efektivitas komunikasi kesehatan tidak hanya ditentukan oleh kemampuan komunikator dalam menyampaikan pesan, tetapi juga oleh kemampuan sistem pelayanan kesehatan dalam menyesuaikan strategi komunikasi dengan konteks sosial budaya masyarakat. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip HCE yang memandang komunikasi kesehatan sebagai hasil interaksi antara karakteristik komunitas, lingkungan sosial, kebijakan, dan praktik pelayanan kesehatan (Schiavo, 2014).

Keunggulan HCE *Framework* dibandingkan model komunikasi kesehatan lainnya terletak pada kemampuannya memadukan perspektif individu dan struktural dalam satu kerangka analisis. Model komunikasi kesehatan tradisional cenderung terfokus pada pesan, saluran, atau perilaku individu, baik petugas maupun pasien. HCE *Framework* melampaui reduksionisme ini dengan menempatkan interaksi komunikasi individual dalam konteks empat dimensi

lingkungan yang bekerja secara simultan dan saling memengaruhi, sehingga menghasilkan analisis yang lebih holistik dan mampu mengidentifikasi hambatan komunikasi yang bersifat struktural (Schiavo, 2014).

HCE *Framework* terdiri dari empat dimensi utama yang saling berinteraksi. Untuk mempermudah pemahaman mengenai hubungan antardimensi dalam kerangka ini, Gambar 2.1 menyajikan visualisasi HCE *Framework*.



Gambar 2.1 Kerangka HCE

Sumber: Olahan Berdasarkan Kerangka HCE (Schiavo, 2014)

Berdasarkan Gambar 2.1, komunikasi kesehatan berada di pusat interaksi empat dimensi utama yang saling beririsan (*overlapping*) dan memengaruhi secara simultan. Visualisasi berbentuk empat lingkaran yang saling bertumpang tindih menegaskan bahwa tidak ada satu dimensi pun yang bekerja secara terpisah. Keempat dimensi tersebut adalah: (1) komunitas dan kelompok kunci, (2) lingkungan sosial, (3) lingkungan kebijakan, dan (4) perilaku serta layanan yang direkomendasikan.

Dimensi pertama HCE adalah komunitas dan kelompok kunci (*communities and key groups*). Dimensi ini ditampilkan pada bagian atas diagram dan mencakup berbagai karakteristik populasi sasaran. Dimensi ini didefinisikan sebagai totalitas karakteristik populasi yang menjadi sasaran atau pengguna layanan kesehatan, yang mencakup tingkat literasi kesehatan, latar belakang budaya dan sosioekonomis, pengalaman sebelumnya dengan sistem kesehatan, kepercayaan dan nilai yang dianut, serta kebutuhan informasi spesifik yang mereka miliki (Schiavo, 2014). Pemahaman mendalam tentang siapa komunitas sasaran merupakan prasyarat mutlak bagi perancangan komunikasi kesehatan yang efektif dan kontekstual.

Dalam penelitian ini, dimensi *communities and key groups* dipahami sebagai karakteristik peserta BPJS sebagai penerima layanan kesehatan. Fokus analisis pada dimensi ini diarahkan pada tingkat literasi kesehatan, pengalaman menggunakan BPJS, kebutuhan informasi, latar belakang pendidikan, usia, pekerjaan, serta pemahaman peserta terhadap prosedur pelayanan. Dengan demikian, dimensi ini menitikberatkan pada karakteristik individu atau kelompok sasaran komunikasi, bukan pada lingkungan sosial tempat komunikasi berlangsung. Dalam konteks pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai, implementasi dimensi ini tercermin pada kemampuan peserta memahami alur administrasi, persyaratan pelayanan, maupun informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan.

Dimensi kedua HCE adalah lingkungan sosial (*social environment*). Dimensi ini berada pada bagian bawah diagram dan memperlihatkan faktor sosial yang membentuk respons terhadap komunikasi dan didefinisikan sebagai norma, nilai, pola komunikasi informal, serta kondisi sosial, budaya, dan geografis yang berkembang dan berlaku dalam suatu komunitas, yang secara kolektif memengaruhi bagaimana individu mengakses, menerima, dan merespons informasi kesehatan (Schiavo, 2014). Lingkungan sosial bukan sekadar latar belakang pasif bagi proses komunikasi, melainkan kekuatan aktif yang membentuk makna dan respons terhadap pesan kesehatan.

Berbeda dengan dimensi *communities and key groups* yang berfokus pada karakteristik individu atau kelompok sasaran, dimensi *social environment*

menitikberatkan pada kondisi sosial yang membentuk proses komunikasi kesehatan. Indikator dalam dimensi ini meliputi norma sosial, nilai budaya, kebiasaan masyarakat, pola komunikasi, dukungan keluarga, pengaruh tokoh masyarakat, serta relasi antara peserta dan tenaga kesehatan. Dalam konteks pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai, dimensi ini dapat terlihat, misalnya, ketika peserta enggan bertanya karena budaya menghormati tenaga kesehatan, lebih mempercayai informasi dari keluarga atau tetangga dibandingkan petugas, atau dipengaruhi oleh kebiasaan masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan.

Dimensi ketiga HCE adalah lingkungan kebijakan (*political environment*). Dimensi ini ditampilkan pada sisi kiri diagram dan mencakup aspek struktural seperti keseluruhan regulasi, kebijakan, standar operasional prosedur, dan sistem kelembagaan yang menentukan bagaimana layanan kesehatan diselenggarakan, siapa yang berhak mengaksesnya, dengan prosedur seperti apa, dan dengan mekanisme pertanggungjawaban yang bagaimana (Schiavo, 2014). Lingkungan kebijakan tidak hanya membingkai prosedur teknis layanan, tetapi juga menentukan konten, alur, dan batasan komunikasi yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam interaksi dengan peserta.

Dimensi keempat HCE adalah perilaku dan layanan yang direkomendasikan (*recommended health behaviors and services*). Dimensi ini berada pada sisi kanan diagram dan mencakup standar layanan serta perilaku yang diharapkan dari tenaga kesehatan dalam berinteraksi dengan pasien dan peserta, termasuk standar komunikasi, prosedur pemberian informasi, protokol edukasi pasien, dan panduan perilaku layanan yang diatur oleh institusi maupun regulasi profesi (Schiavo, 2014). Dalam konteks ini, gambar menegaskan bahwa komunikasi kesehatan juga dipengaruhi oleh bagaimana layanan dirancang dan diimplementasikan, termasuk standar operasional, pembagian peran, serta beban kerja tenaga kesehatan.

Kekuatan utama HCE *Framework*, sebagaimana tergambar dalam diagram, terletak pada hubungan saling tumpang tindih antar dimensi yang membentuk suatu sistem komunikasi yang utuh. Area irisan di tengah yang bertuliskan “Health Communication” menggambarkan bahwa komunikasi kesehatan merupakan hasil

interaksi dinamis dari keempat dimensi tersebut, bukan output dari satu faktor tunggal.

Misalnya, kebijakan yang mengharuskan kelengkapan administrasi tertentu (*political environment*) dapat menjadi hambatan bagi individu dengan literasi rendah (*communities and key groups*), terutama jika norma sosial membuat individu tersebut enggan bertanya (*social environment*), sementara petugas memiliki keterbatasan waktu untuk menjelaskan secara rinci (*recommended behaviors and services*). Situasi ini menunjukkan bagaimana kegagalan komunikasi muncul dari interaksi kompleks antar dimensi, bukan semata kesalahan individu.

Dengan demikian, HCE *Framework* menyediakan kerangka analisis yang holistik untuk memahami komunikasi kesehatan sebagai fenomena multidimensional. Integrasi antara elemen visual dan konseptual dalam Gambar 2.1 memperjelas bahwa efektivitas komunikasi kesehatan sangat bergantung pada keselarasan antara karakteristik komunitas, konteks sosial, kebijakan yang berlaku, serta praktik layanan yang diterapkan. Pendekatan ini memungkinkan untuk mengidentifikasi sumber hambatan komunikasi secara lebih komprehensif, sekaligus merancang intervensi yang lebih kontekstual dan berkelanjutan.

2.2.2 Komunikasi Interpersonal dalam Pelayanan Kesehatan

Komunikasi interpersonal merupakan fondasi dari seluruh interaksi langsung antara tenaga kesehatan dan pasien dalam konteks pelayanan kesehatan. Komunikasi interpersonal sebagai proses pertukaran pesan antara dua orang atau lebih yang saling memengaruhi dan membangun makna bersama melalui interaksi langsung (West & Turner, 2010). Definisi ini mengandung tiga implikasi penting: pertama, komunikasi interpersonal bersifat transaksional di mana makna tidak sepenuhnya ditentukan oleh pengirim, melainkan dibangun bersama oleh semua pihak yang terlibat. Kedua, komunikasi interpersonal melibatkan pengaruh mutual yang berlangsung secara simultan. Ketiga, konteks hubungan antara komunikator memengaruhi cara pesan diinterpretasikan.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, komunikasi interpersonal memiliki karakteristik khusus yang membedakannya dari komunikasi interpersonal dalam

konteks lain. Sebuah studi mengidentifikasi tiga karakteristik utama: pertama, adanya asimetri pengetahuan yang signifikan antara petugas kesehatan sebagai pemilik pengetahuan klinis dan pasien sebagai penerima layanan; kedua, adanya dimensi afektif yang kuat karena interaksi berlangsung dalam kondisi dimana pasien sering kali rentan secara fisik maupun emosional; dan ketiga, adanya implikasi langsung terhadap keselamatan dan kesehatan dari kualitas komunikasi yang berlangsung (Wolf et al., 2025).

Dalam kajian komunikasi kesehatan, interaksi antara tenaga kesehatan dan pengguna layanan dipahami sebagai proses komunikasi yang memiliki kompleksitas tersendiri karena berkaitan langsung dengan penyampaian informasi kesehatan, pengambilan keputusan, serta pengalaman pelayanan. Komunikasi kesehatan tidak hanya berfokus pada isi pesan yang disampaikan, tetapi juga pada bagaimana proses komunikasi berlangsung dalam konteks hubungan antara penyedia layanan dan penerima layanan (Whaley, 2014). Dengan demikian, komunikasi kesehatan perlu dipahami sebagai proses yang melibatkan pertukaran informasi, pembentukan pemahaman, negosiasi makna, serta pengelolaan hubungan interpersonal dalam lingkungan pelayanan kesehatan. Perspektif ini menegaskan bahwa keberhasilan komunikasi dalam layanan kesehatan tidak hanya bergantung pada kemampuan petugas menyampaikan informasi secara akurat, tetapi juga pada kemampuan memahami kondisi, kebutuhan, dan konteks sosial pengguna layanan.

Komunikasi dalam pelayanan kesehatan mencakup dua dimensi yang saling melengkapi yaitu komunikasi verbal dan nonverbal. Komunikasi verbal mencakup pilihan kata, struktur kalimat, tingkat formalitas bahasa, penggunaan terminologi teknis, dan cara penjelasan disusun. Dalam konteks layanan kesehatan, komunikasi verbal yang efektif membutuhkan kemampuan petugas untuk menerjemahkan bahasa regulasi dan terminologi medis ke dalam bahasa sehari-hari yang dapat dipahami peserta dari berbagai latar belakang.

Komunikasi nonverbal mencakup ekspresi wajah, kontak mata, nada dan kecepatan bicara, postur tubuh, penggunaan ruang, dan sentuhan. Penelitian

konsisten menunjukkan bahwa dalam situasi di mana terdapat ketidakkonsistenan antara pesan verbal dan nonverbal, penerima pesan cenderung mempercayai pesan nonverbal (Gultom & Basabih, 2025). Seorang petugas yang secara verbal menyatakan bersedia membantu namun terus menatap komputer tanpa kontak mata akan mengomunikasikan ketidakpedulian melalui saluran nonverbal yang jauh lebih kuat.

Suatu studi secara spesifik menyoroti peran nada suara dalam komunikasi pelayanan kesehatan. Nada yang bersifat otoriter atau tidak sabar, bahkan tanpa disadari petugas, dapat menghambat pasien untuk bertanya lebih lanjut atau mengungkapkan ketidakpahamannya. Di lingkungan dengan norma sosial yang menghargai kesopanan dan kepatuhan terhadap otoritas medis, seperti komunitas pedesaan Sandai, efek penghambat ini menjadi semakin signifikan (Wahyuningsih & Firmanda, 2025).

Hambatan komunikasi dalam pelayanan kesehatan primer dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kategori utama berdasarkan asal-usulnya. Pertama, hambatan individual yang bersumber dari kemampuan dan kapasitas komunikasi individu petugas atau peserta yang mencakup keterbatasan bahasa, kemampuan menjelaskan, atau kemampuan bertanya. Kedua, hambatan relasional yang muncul dari dinamika hubungan antara petugas dan peserta termasuk ketidaksetaraan kekuasaan, kurangnya kepercayaan, atau stereotipe. Ketiga, hambatan struktural yang bersumber dari sistem, regulasi, dan kondisi kerja seperti beban kerja berlebih, kompleksitas prosedur, atau keterbatasan waktu konsultasi (Wahyuningsih & Firmanda, 2025). Kondisi ini relevan dalam konteks pelayanan kesehatan di wilayah pedesaan, termasuk di Puskesmas Sandai, di mana relasi sosial dan budaya komunikasi masyarakat dapat memengaruhi pola interaksi antara peserta BPJS dan tenaga kesehatan.

Ketiga bentuk hambatan tersebut pada praktiknya sering kali hadir secara bersamaan dan saling memengaruhi. Beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan tenaga kesehatan memiliki waktu komunikasi yang terbatas, sehingga penjelasan diberikan secara singkat dan menggunakan istilah teknis yang sulit dipahami

peserta. Di sisi lain, peserta dengan tingkat literasi kesehatan rendah atau yang merasa sungkan terhadap petugas kesehatan cenderung tidak aktif bertanya meskipun belum memahami informasi yang diterima. Situasi tersebut menyebabkan hambatan komunikasi menjadi semakin kompleks dan berlapis.

Oleh karena itu, komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dipahami semata-mata sebagai persoalan keterampilan individu tenaga kesehatan. Efektivitas komunikasi juga dipengaruhi oleh konteks sosial, budaya, organisasi, dan sistem pelayanan kesehatan yang melingkupinya. Intervensi komunikasi yang hanya berfokus pada peningkatan kemampuan personal petugas tanpa memperhatikan faktor struktural, seperti beban pelayanan dan kompleksitas prosedur, cenderung tidak menghasilkan perubahan yang berkelanjutan (Chu et al., 2026).

Dalam penelitian ini, konsep komunikasi interpersonal digunakan untuk memahami bagaimana interaksi langsung antara tenaga kesehatan dan peserta BPJS berlangsung dalam praktik pelayanan sehari-hari di Puskesmas Sandai. Konsep ini menjadi penting karena komunikasi interpersonal merupakan ruang utama tempat peserta menerima informasi layanan, membangun pemahaman terhadap prosedur BPJS, serta membentuk pengalaman dan makna terhadap pelayanan kesehatan yang mereka terima.

2.2.3 Konstruksi Makna dalam Pengalaman Layanan Kesehatan

Konsep konstruksi makna dalam penelitian ini mengacu pada pandangan konstruksionisme sosial (*social constructionism*) yang memandang bahwa pemahaman seseorang terhadap realitas, termasuk layanan kesehatan dan hak-haknya sebagai peserta BPJS, tidak terbentuk secara objektif atau melekat pada individu sejak awal. Sebaliknya, makna dibangun, dinegosiasikan, dan dipertahankan melalui proses interaksi sosial, penggunaan bahasa, serta praktik-praktik komunikasi yang berlangsung dalam kehidupan sehari-hari (Burr, 2015). Dalam perspektif ini, realitas sosial dipahami sebagai hasil dari proses sosial yang terus berkembang. Dengan demikian, pemahaman seseorang terhadap suatu

fenomena selalu dipengaruhi oleh konteks sosial, budaya, dan hubungan interpersonal tempat individu tersebut berada.

Dalam konteks komunikasi kesehatan, pemahaman peserta mengenai prosedur pelayanan BPJS, hak dan kewajibannya, maupun kualitas pelayanan yang diterima bukan merupakan refleksi langsung dari sistem pelayanan kesehatan itu sendiri. Pemahaman tersebut terbentuk melalui proses komunikasi dengan tenaga kesehatan, pengalaman menggunakan layanan kesehatan, pertukaran informasi dengan keluarga, tetangga, maupun masyarakat sekitar, serta dipengaruhi oleh berbagai wacana yang berkembang di lingkungan sosialnya (Burr, 2015; Schiavo, 2014). Oleh karena itu, individu yang menghadapi prosedur pelayanan yang sama dapat membangun interpretasi yang berbeda karena makna selalu dikonstruksikan berdasarkan pengalaman sosial dan interaksi yang mereka alami.

Peserta BPJS tidak memasuki proses pelayanan sebagai individu yang bebas dari pengalaman sebelumnya. Mereka membawa pengetahuan, keyakinan, dan asumsi yang telah terbentuk melalui pengalaman berobat, cerita dari anggota keluarga, informasi dari tetangga, media sosial, maupun berbagai percakapan yang berkembang di masyarakat. Dalam perspektif konstruksionisme sosial, pengetahuan tersebut bukan dipandang sebagai representasi objektif terhadap realitas, melainkan sebagai hasil konstruksi sosial yang terus diperbarui melalui interaksi berikutnya (Burr, 2015). Setiap pengalaman komunikasi baru dapat memperkuat, mengubah, atau bahkan menegosiasikan kembali pemahaman yang telah dimiliki sebelumnya.

Perspektif konstruksionisme sosial memberikan beberapa implikasi penting bagi penelitian komunikasi pelayanan kesehatan. Pertama, makna terhadap pelayanan BPJS bersifat plural karena dibentuk melalui pengalaman sosial yang berbeda pada setiap peserta (Burr, 2015). Kedua, efektivitas komunikasi tidak hanya ditentukan oleh kejelasan informasi yang diberikan tenaga kesehatan, tetapi juga oleh kemampuan kedua belah pihak untuk membangun pemahaman bersama melalui dialog, penyesuaian bahasa, serta sensitivitas terhadap konteks sosial peserta (Schiavo, 2014). Ketiga, konstruksi makna bersifat dinamis karena setiap

pengalaman komunikasi berpotensi mengubah cara peserta memahami pelayanan kesehatan pada interaksi berikutnya (Burr, 2015; West & Turner, 2010). Dengan demikian, setiap interaksi antara tenaga kesehatan dan peserta BPJS menjadi bagian dari proses berkelanjutan dalam membentuk persepsi, kepercayaan, dan pengalaman peserta terhadap sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

2.2.4 Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Sistem Layanan Berjenjang

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan sistem jaminan sosial di bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah Indonesia melalui BPJS Kesehatan. Program ini bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh penduduk melalui mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib.

Dalam kerangka global, JKN merupakan bentuk implementasi komitmen terhadap *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu suatu kondisi dimana setiap individu memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. UHC mencakup tiga dimensi utama, yaitu cakupan populasi, cakupan layanan, dan perlindungan finansial (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022).

Sebagai program jaminan kesehatan sosial terbesar di dunia berdasarkan jumlah peserta, JKN menghadapi tantangan implementasi yang tidak kecil. Di banyak negara dengan karakteristik wilayah rural dan terpencil, implementasi jaminan kesehatan sering kali menghadapi tantangan berupa keterbatasan kapasitas pelayanan, kompleksitas regulasi, serta kesenjangan komunikasi antara sistem kesehatan dan masyarakat (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022). Kondisi ini sangat relevan dengan implementasi JKN di wilayah pedesaan Indonesia, di mana jarak geografis, keterbatasan infrastruktur, dan rendahnya literasi kesehatan menciptakan hambatan akses yang signifikan.

Salah satu karakteristik utama JKN adalah penerapan sistem layanan berjenjang, di mana peserta diwajibkan mengakses layanan melalui Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sebelum dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan

rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Dalam sistem ini, Puskesmas berfungsi sebagai *gatekeeper* yang mengatur alur pelayanan peserta dalam sistem kesehatan. Struktur ini dirancang untuk meningkatkan efisiensi pembiayaan, mengendalikan rujukan, serta memastikan pelayanan kesehatan diberikan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis.

Namun demikian, struktur berjenjang ini menciptakan beban komunikasi yang berat bagi tenaga kesehatan di FKTP. Mereka tidak hanya harus menjelaskan kondisi medis dan rencana penanganan kepada pasien, tetapi juga harus menjelaskan, dan sering kali membela keputusan untuk merujuk atau tidak merujuk ke fasilitas yang lebih tinggi. Dalam banyak kasus, peserta yang mengharapkan dirujuk namun tidak mendapat rujukan memerlukan penjelasan yang memadai dari petugas. Hal ini merupakan sebuah tuntutan yang menambah beban komunikasi tenaga kesehatan di FKTP yang pada dasarnya sudah tinggi. Tekanan beban kerja dan keterbatasan dukungan institusional merupakan hambatan signifikan bagi efektivitas komunikasi tenaga kesehatan dalam memberikan layanan berkualitas (Wahyuningsih & Firmanda, 2025).

Kompleksitas prosedur dalam sistem layanan berjenjang termasuk persyaratan dokumen, alur administrasi, dan mekanisme klaim sering kali menjadi sumber utama miskomunikasi dan ketidakpuasan peserta. Ketika peserta tidak memahami mengapa mereka harus melalui prosedur tertentu atau mengapa ada persyaratan dokumen yang harus dipenuhi, mereka cenderung menafsirkan hambatan administratif tersebut sebagai tanda ketidakpedulian sistem atau petugas terhadap kebutuhan mereka (Weijuan et al., 2025).

Implementasi JKN di wilayah pedesaan menghadapi tantangan komunikasi yang berlapis. Pertama, tantangan aksesibilitas informasi di mana umumnya peserta di wilayah terpencil memiliki keterbatasan akses terhadap informasi resmi tentang JKN, sehingga sering kali mengandalkan informasi dari mulut ke mulut yang tidak selalu akurat. Kedua, tantangan literasi di mana kemampuan untuk membaca dan memahami materi komunikasi formal tentang JKN sangat bervariasi di antara peserta pedesaan. Ketiga, tantangan kepercayaan di mana pengalaman historis

dengan sistem kesehatan formal yang tidak selalu memuaskan dapat menciptakan skeptisisme terhadap informasi yang disampaikan oleh petugas (Weijuan et al., 2025).

Selain faktor tersebut, perubahan regulasi yang dinamis dalam sistem JKN juga menjadi tantangan tersendiri dalam komunikasi pelayanan kesehatan. Sejak diterapkan pada tahun 2014, berbagai kebijakan dan prosedur pelayanan BPJS mengalami perubahan secara bertahap. Perubahan tersebut sering kali menuntut tenaga kesehatan di FKTP untuk menyesuaikan cara penyampaian informasi kepada peserta, sekaligus membantu masyarakat memahami perubahan prosedur pelayanan yang berlaku. Dalam situasi tertentu, tenaga kesehatan bahkan menjadi pihak pertama yang harus menjelaskan perubahan kebijakan kepada peserta di tengah keterbatasan sosialisasi dan tingginya beban pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

2.2.5 Puskesmas sebagai FKTP di Wilayah Pedesaan

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, Puskesmas ditetapkan sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat yang mengutamakan upaya promotif dan preventif, dengan tidak mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif. Dalam hierarki sistem kesehatan Indonesia, Puskesmas menempati posisi yang sangat strategis sebagai penghubung antara kebijakan pembiayaan kesehatan nasional dan pelayanan di tingkat masyarakat.

Dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), fungsi Puskesmas mengalami ekspansi yang signifikan. Selain menjalankan fungsi klinisnya, Puskesmas kini juga berfungsi sebagai titik administratif kepesertaan BPJS yaitu sebagai tempat peserta mendaftarkan diri, memperbarui data, mengurus surat rujukan, dan menyelesaikan berbagai urusan administratif terkait kepesertaan. Ekspansi fungsi ini menempatkan tenaga kesehatan dalam peran ganda yang

menuntut untuk menjadi klinisi sekaligus sebagai administrator dan komunikator kebijakan JKN.

Efektivitas pelayanan kesehatan primer dalam konteks jaminan kesehatan universal tidak hanya bergantung pada kompetensi klinis tenaga kesehatan, tetapi juga pada kemampuan mereka menerjemahkan kebijakan menjadi layanan yang dapat dipahami dan diakses secara efektif oleh masyarakat. Kemampuan ini pada dasarnya adalah kemampuan komunikasi yang merupakan kompetensi kritis yang sering tidak mendapat perhatian yang cukup dalam pelatihan tenaga kesehatan (World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022).

Pelayanan kesehatan di wilayah pedesaan memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan wilayah perkotaan. Keterbatasan infrastruktur transportasi membuat akses ke fasilitas kesehatan membutuhkan waktu dan biaya yang signifikan bagi sebagian peserta. Keterbatasan tenaga kesehatan, baik dari sisi jumlah maupun spesialisasi, menciptakan beban kerja yang tidak proporsional pada tenaga kesehatan yang ada. Keterbatasan akses informasi membuat peserta pedesaan lebih bergantung pada komunikasi langsung dengan petugas sebagai sumber utama informasi tentang layanan kesehatan (Weijuan et al., 2025).

Kondisi ini menciptakan paradoks di mana di satu sisi, peserta pedesaan lebih membutuhkan komunikasi yang berkualitas karena memiliki lebih sedikit sumber informasi alternatif dan di sisi lain, kapasitas fasilitas kesehatan di pedesaan untuk menyediakan komunikasi berkualitas justru lebih terbatas karena beban kerja yang tinggi dan sumber daya yang minim. Paradoks ini menjadikan kualitas komunikasi sebagai persoalan kesetaraan akses layanan, bukan sekadar persoalan kepuasan pasien (Williamson et al., 2025).

Karakteristik sosial komunitas pedesaan juga membentuk dinamika komunikasi yang khas. Dalam komunitas rural, relasi personal antara petugas kesehatan dan warga memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas dan keterbukaan komunikasi. Petugas yang dikenal dan dipercaya oleh komunitas akan lebih mudah menyampaikan informasi kesehatan yang diterima dengan terbuka, sementara petugas yang dianggap orang luar atau tidak memahami kondisi

komunitas akan menghadapi hambatan kepercayaan yang signifikan (Weijuan et al., 2025).

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Sandai yang berlokasi di Kecamatan Sandai, Kabupaten Ketapang, Kalimantan Barat. Puskesmas Sandai merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) rawat inap yang melayani masyarakat di 13 desa dengan jumlah penduduk sebanyak 17.802 jiwa (Badan Pusat Statistik Kabupaten Ketapang, 2026). Sebagai penyedia layanan kesehatan primer di wilayah tersebut, Puskesmas Sandai berperan dalam penyelenggaraan berbagai layanan kesehatan, termasuk pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Puskesmas Sandai dipilih sebagai lokasi penelitian karena karakteristiknya merepresentasikan konteks pelayanan kesehatan primer di wilayah pedesaan, khususnya dalam pelaksanaan layanan BPJS Kesehatan di tingkat fasilitas kesehatan dasar. Selain itu, posisi Puskesmas Sandai sebagai fasilitas kesehatan utama di Kecamatan Sandai menjadikan lokasi ini relevan untuk memahami praktik komunikasi pelayanan kesehatan berdasarkan perspektif kerangka HCE yang digunakan.

2.3 Kerangka Pemikiran

Penelitian ini berdasarkan integrasi antara *Health Communication Environment* (HCE) *Framework* sebagai landasan analitis utama, komunikasi interpersonal sebagai fokus pengamatan pada tingkat interaksi, serta perspektif konstruktivisme untuk memahami pembentukan makna pelayanan BPJS dalam pengalaman peserta di Puskesmas Sandai.

Penelitian ini berangkat dari praktik komunikasi pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di wilayah pedesaan, yang dipahami sebagai bagian dari sistem layanan kesehatan yang kompleks. Praktik komunikasi tersebut tidak diposisikan sebagai fenomena individual semata, melainkan sebagai hasil interaksi antara berbagai faktor, termasuk karakteristik komunitas, norma sosial, struktur kebijakan, serta kondisi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, komunikasi pelayanan kesehatan tidak dipandang semata-mata

sebagai proses penyampaian informasi antarindividu, tetapi sebagai proses sosial yang berlangsung dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang lebih luas.

Dalam kerangka analisis, *Health Communication Environment (HCE) Framework* digunakan untuk menjelaskan bagaimana empat dimensi utama, yaitu komunitas dan kelompok kunci, lingkungan sosial, lingkungan kebijakan, serta *recommended behaviors and services*, secara simultan membentuk dinamika komunikasi pelayanan kesehatan. Keempat dimensi tersebut tidak bekerja secara terpisah, melainkan saling berinteraksi dalam membentuk praktik komunikasi yang berlangsung di tingkat pelayanan primer.

Keempat dimensi dalam *HCE Framework* menjadi dasar dalam penyusunan indikator penelitian. Setiap dimensi diterjemahkan ke dalam aspek-aspek operasional yang digunakan sebagai pedoman observasi dan wawancara. Dimensi *communities and key groups* diturunkan menjadi indikator yang berkaitan dengan karakteristik peserta, tingkat literasi kesehatan, pengalaman menggunakan layanan BPJS, serta kebutuhan informasi. Dimensi *social environment* dioperasionalkan melalui indikator norma sosial, nilai budaya, kebiasaan masyarakat, serta pengaruh lingkungan sosial terhadap komunikasi pelayanan. Dimensi *political environment* diterjemahkan ke dalam indikator yang berkaitan dengan kebijakan BPJS, prosedur pelayanan, standar operasional, dan sistem administrasi pelayanan kesehatan. Adapun dimensi *recommended behaviors and services* dioperasionalkan melalui indikator mengenai praktik komunikasi tenaga kesehatan, cara penyampaian informasi, kualitas interaksi, serta standar pelayanan yang diterapkan. Seluruh indikator tersebut disusun berdasarkan konsep-konsep yang dikembangkan oleh Schiavo (2014) dan selanjutnya disesuaikan dengan konteks pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai.

Pada tingkat operasional, analisis difokuskan pada komunikasi interpersonal yang berlangsung dalam interaksi langsung antara tenaga kesehatan dan peserta BPJS di Puskesmas Sandai, baik pada layanan administrasi maupun pelayanan medis. Komunikasi interpersonal dalam penelitian ini dipahami sebagai

ruang di mana berbagai dimensi dalam HCE *Framework* berinteraksi dan termanifestasi dalam cara berkomunikasi sehari-hari.

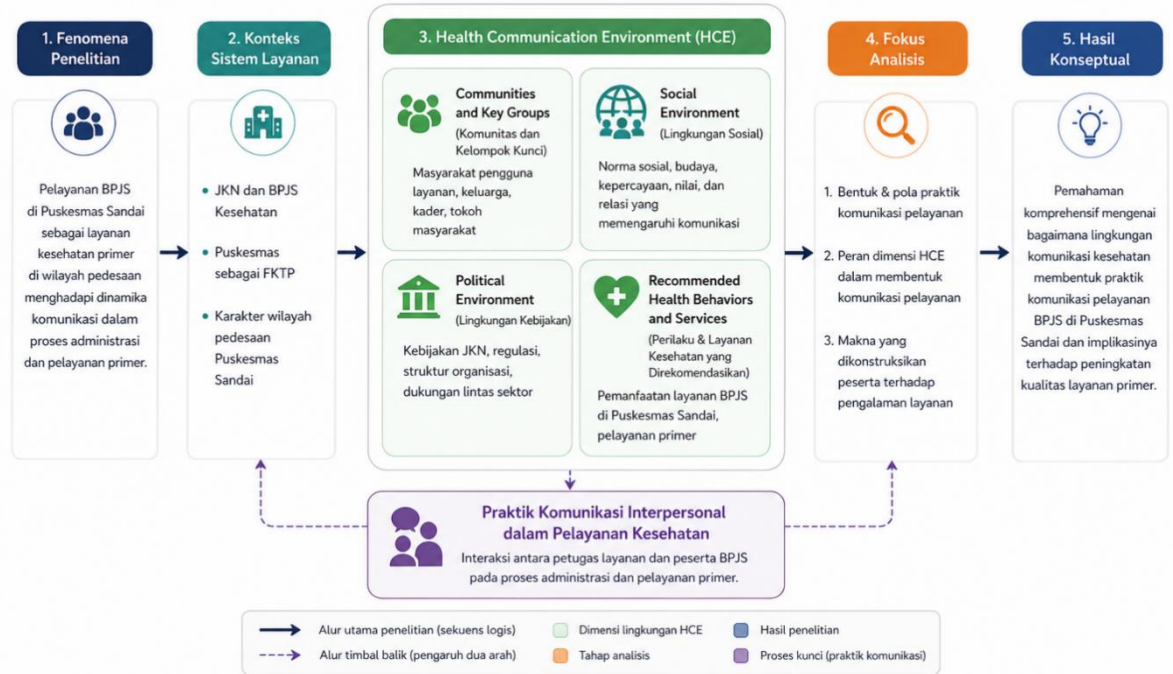
Hasil dari proses komunikasi tersebut kemudian dilihat melalui perspektif konstruktivisme, yaitu bagaimana makna pelayanan BPJS dibentuk dan dinegosiasikan melalui interaksi antara peserta dan tenaga kesehatan, serta dipengaruhi oleh konteks sosial dan sistem pelayanan yang melingkupinya. Dalam perspektif ini, makna tidak dipahami sebagai sesuatu yang melekat secara langsung pada sistem layanan, melainkan sebagai hasil konstruksi sosial yang terbentuk melalui proses komunikasi yang berulang.

Berdasarkan kerangka analisis tersebut, penelitian ini menghasilkan dua kontribusi utama. Secara analitis, penelitian ini menghasilkan peta titik rawan miskomunikasi dalam alur pelayanan BPJS di Puskesmas Sandai yang mengidentifikasi momen, aktor, dan kondisi yang berpotensi menimbulkan hambatan komunikasi. Secara praktis, penelitian ini juga menghasilkan rekomendasi pola komunikasi berbasis dimensi HCE yang kontekstual untuk pelayanan kesehatan di wilayah pedesaan.

Secara keseluruhan, kerangka pemikiran ini menempatkan komunikasi pelayanan BPJS sebagai proses sosial yang dibentuk oleh interaksi antara aktor, lingkungan sosial, serta struktur kebijakan, yang pada akhirnya memengaruhi bagaimana makna layanan kesehatan dikonstruksikan dalam praktik komunikasi sehari-hari, khususnya di Puskesmas Sandai. Secara skematis, kerangka pemikiran penelitian HCE yang disajikan sebagai basis penelitian ini disajikan dalam Gambar 2.2.

Kerangka Pemikiran Penelitian

Pendekatan *Health Communication Environment* (HCE) – Schiavo (2014)



Gambar 2.2 Kerangka Pemikiran Penelitian

Sumber: Kerangka Pemikiran Penelitian berdasarkan Kerangka HCE (Schiavo, 2014)

UMN
UNIVERSITAS
MULTIMEDIA
NUSANTARA