UNIVERSITAS
GADJAH MADA
**Pengembangan Model Komunikasi Risiko pada Profesi Dokter dalam Situasi Wabah di Masyarakat dengan
Budaya Hierarkis dan Komunal**
Nurul Qomariyah, Prof. Mora Claramita, dr., MHPE., Ph.D., Sp.KKLP; Prof. dr. Rr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, M.M
Universitas Gadjah Mada, 2026 | Diunduh dari http://etd.repository.ugm.ac.id/

INTISARI

Latar Belakang: Komunikasi risiko merupakan komponen penting dalam penanggulangan wabah penyakit menular. Efektivitasnya memerlukan dialog, kepercayaan, dan keterlibatan masyarakat. Namun, masih terbatas pemahaman mengenai bagaimana hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat berkembang hingga membentuk ketiga hal tersebut dalam konteks budaya hierarkis dan komunal. Penelitian ini bertujuan mengembangkan model komunikasi risiko bagi dokter layanan primer dalam konteks tersebut.

Metode: Penelitian menggunakan desain *sequential exploratory* dalam tiga tahap. Tahap pertama berupa *scoping review* untuk mengidentifikasi praktik komunikasi risiko. Tahap kedua menggunakan *grounded theory* Strauss dan Corbin untuk mengeksplorasi pengalaman 30 partisipan, terdiri atas dokter layanan primer, kader kesehatan, dan pemangku kepentingan lintas sektor selama pandemi COVID-19 di Daerah Istimewa Yogyakarta. Tahap ketiga melakukan validasi dan penyempurnaan model melalui telaah pakar dan *focus group discussion* dengan 13 dokter layanan primer dari berbagai provinsi di Indonesia.

Hasil: *Scoping review* menunjukkan bahwa komunikasi risiko dipengaruhi oleh strategi komunikasi, peran budaya, dan kapasitas tenaga kesehatan, tetapi belum banyak menjelaskan interaksi ketiga aspek tersebut dalam membentuk hubungan, dialog, kepercayaan, dan keterlibatan masyarakat. Penelitian kualitatif menunjukkan bahwa komunikasi risiko berkembang sebagai proses relasional melalui Hadir, Relasi, Empati, Kepercayaan, dan Aksi Kolektif. Temuan ini menghasilkan Model HAREKA (*Hadir–Relasi–Empati–Kepercayaan–Aksi Kolektif*). Validasi menunjukkan kesesuaian model dengan pengalaman praktik dokter layanan primer dan menghasilkan model akhir yang menempatkan ruang dialog sebagai elemen sentral dalam proses yang dinamis dan berulang.

Kesimpulan: HAREKA menjelaskan bagaimana hubungan antara tenaga kesehatan dan masyarakat berkembang hingga membentuk dialog, kepercayaan, dan aksi kolektif dalam komunikasi risiko. Model ini dapat menjadi landasan pengembangan praktik dan kesiapsiagaan komunikasi risiko di pelayanan kesehatan primer.

Kata kunci: komunikasi risiko; layanan primer; budaya hierarkis dan komunal; kepercayaan; aksi kolektif.

UNIVERSITAS
GADJAH MADA
**Pengembangan Model Komunikasi Risiko pada Profesi Dokter dalam Situasi Wabah di Masyarakat dengan
Budaya Hierarkis dan Komunal**
Nurul Qomariyah, Prof. Mora Claramita, dr., MHPE., Ph.D., Sp.KKLP; Prof. dr. Rr. Titi Savitri Prihatiningsih, MA, M.M
Universitas Gadjah Mada, 2026 | Diunduh dari http://etd.repository.ugm.ac.id/

ABSTRACT

Background: *Risk communication is an essential component of infectious disease outbreak response. Its effectiveness requires dialogue, trust, and community engagement. However, there remains limited understanding of how relationships between health professionals and communities develop to foster these elements within hierarchical and communal cultural contexts. This study aimed to develop a risk communication model for primary care physicians in such contexts.*

Methods: *This study used a three-stage sequential exploratory design. The first stage consisted of a scoping review to identify risk communication practices. The second stage used Strauss and Corbin's grounded theory approach to explore the experiences of 30 participants, including primary care physicians, community health volunteers, and cross-sector stakeholders involved in the COVID-19 pandemic response in the Special Region of Yogyakarta, Indonesia. The third stage involved model validation and refinement through expert review and focus group discussions with 13 primary care physicians from different provinces in Indonesia.*

Results: *The scoping review showed that risk communication is influenced by communication strategies, cultural factors, and health professionals' capacity; however, existing studies have provided limited explanation of how these aspects interact in developing relationships, dialogue, trust, and community engagement. The qualitative study showed that risk communication develops as a relational process through Presence, Relationship, Empathy, Trust, and Collective Action. These findings informed the development of the HAREKA Model (Hadir–Relasi–Empati–Kepercayaan–Aksi Kolektif; Presence–Relationship–Empathy–Trust–Collective Action). Validation demonstrated the model's consistency with primary care physicians' practical experiences and resulted in a refined model that positions dialogue as a central element within a dynamic and iterative process.*

Conclusion: *HAREKA explains how relationships between health professionals and communities develop to foster dialogue, trust, and collective action in risk communication. The model may provide a foundation for strengthening risk communication practice and preparedness in primary health care.*

Keywords: *risk communication; primary care; hierarchical and communal culture; trust; collective action.*