

## Artikel Penelitian Asli

# Metodologi Simulasi Pasien dan Role Play untuk Pelatihan Keterampilan Komunikasi di Sarjana Program Medis: Uji Coba Crossover Acak

Silas Taylor<sup>1</sup>, Samantha Bobba<sup>2</sup>, Sophie Roome<sup>3</sup>, Marrwah Ahmadzai<sup>4</sup>, Daniel Tran<sup>5</sup>,  
Dominic Vickers<sup>6</sup>, Mominah Bhatti<sup>6</sup>, Dinuksha De Silva<sup>7</sup>, Lauren Dunstan<sup>8</sup>, Ryan Falconer<sup>6</sup>,  
Harleen Kaur<sup>9</sup>, Jed Kitson<sup>10</sup>, Jamie Patel<sup>11</sup>, Boaz Shulruf<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kedokteran UNSW, UNSW Australia, Sydney, <sup>2</sup>Departemen Oftalmologi, Rumah Sakit Westmead, Westmead, <sup>3</sup>Obat Perawatan Intensif, Lismore  
Rumah Sakit Pangkalan, Lismore, <sup>4</sup>Departemen Ortopedi, Rumah Sakit Canberra, Canberra, <sup>5</sup>Departemen Medis, Rujukan Pedesaan Wagga Wagga  
Rumah Sakit, Wagga Wagga, <sup>6</sup>Departemen Darurat, Rumah Sakit Prince of Wales, Randwick, <sup>7</sup>Departemen Bedah Plastik dan Rekonstruksi,  
Rumah Sakit Royal North Shore, St Leonards, <sup>8</sup>Departemen Gastroenterologi, Rumah Sakit Bankstown-Lidcombe, Bankstown, <sup>9</sup>Departemen Paliatif  
Perawatan, Rumah Sakit Pelabuhan Coffs, Pelabuhan Coffs, <sup>10</sup>Departemen Rehabilitasi dan Perawatan Lanjut Usia, Rumah Sakit Hornsby Ku-Ring-Gai, Hornsby, <sup>11</sup>Departemen  
Kedokteran Umum, Rumah Sakit Port Macquarie Base, Port Macquarie, Australia

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pendidik memanfaatkan pasien nyata, pasien simulasi (SP), dan permainan peran siswa (RP) dalam pelatihan keterampilan komunikasi (CST) dalam kurikulum kedokteran. Modalitas yang dipilih mungkin lebih bergantung pada ketersediaan sumber daya daripada tahap pendidikan dan kebutuhan siswa. Dalam penelitian ini, kami menetapkan untuk menentukan apakah program SP sukarelawan yang murah menawarkan keuntungan pendidikan dibandingkan dengan RP untuk CST pada mahasiswa kedokteran praklinis. **Metode:** Siswa dan SP melawan berpartisipasi dalam interaksi di dua kursus. Siswa yang dialokasikan untuk interaksi SP dalam satu mata pelajaran berpartisipasi dalam RP di mata pelajaran lain dan sebaliknya. Rekaman audio interaksi dibuat, dan ini dinilai berdasarkan deskriptor kriteria dalam Panduan Pengamatan Referensi Calgary–Cambridge yang dimodifikasi. **Hasil:** Skor uji t independen yang membandingkan peringkat kelompok RP dan SP menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara metodologi. **Diskusi:** Studi ini menunjukkan bahwa SP sukarelawan tidak lebih unggul dari RP, ketika digunakan dalam CST yang ditargetkan pada siswa praklinis. Temuan ini konsisten dengan literatur yang ada, namun kami menyarankan bahwa sangat penting untuk mempertimbangkan tujuan CST yang lebih luas dan kebutuhan pemangku kepentingan. Akibatnya, mungkin bermanfaat untuk menggunakan metode campuran CST dalam program medis.

**Kata kunci:** Kompetensi klinis, keterampilan klinis, komunikasi, kurikulum, simulasi pasien, bermain peran, pendidikan kedokteran sarjana

## Latar belakang

Komunikasi yang efektif merupakan pusat interaksi pasien-dokter,[1] dan pada akhirnya dalam proses dan hasil terapeutik.[2] Akibatnya, program keterampilan komunikasi

pelatihan (CST) mapan sebagai komponen penting dari kurikulum medis secara global, [3-6] didasarkan pada premis bahwa keterampilan komunikasi tidak bawaan melainkan dapat dipelajari dan ditingkatkan.[7,8] Metode didaktik tradisional CST sudah ketinggalan zaman, dan pendekatan interaktif untuk CST sekarang disukai.[4,6,9,10] Program medis biasanya mengandalkan berbagai kombinasi pasien nyata, aktor pasien ( dalam arti luas), dan permainan peran siswa (RP) dalam

Akses artikel ini secara online	
Kode Respon Cepat: 	Situs web: <a href="http://www.educationforhealth.net">www.educationforhealth.net</a>
	DOI: 10.4103/efh.Efh_295_16

Alamat korespondensi: Dr. Silas

Taylor, Kedokteran UNSW, UNSW Australia, Sydney, NSW 2052, Australia.

Email: [silas.taylor@unsw.edu.au](mailto:silas.taylor@unsw.edu.au)

Ini adalah jurnal akses terbuka, dan artikel didistribusikan di bawah ketentuan Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, yang memungkinkan orang lain untuk remix, tweak, dan membangun di atas karya non-komersial, selama kredit yang sesuai diberikan dan kreasi baru dilisensikan dengan persyaratan yang sama.

Untuk cetak ulang hubungi: [reprints@medknow.com](mailto:reprints@medknow.com)

**Cara mengutip artikel ini:** Taylor S, Bobba S, Roome S, Ahmadzai M, Tran D, Vickers D, dkk. Metodologi pasien dan permainan peran yang disimulasikan untuk pelatihan keterampilan komunikasi dalam program kedokteran sarjana: Uji coba silang acak. Pendidikan Kesehatan 2018;31:10-6.

pengajaran keterampilan komunikasi.[11,12] Campuran ini tergantung pada faktor-faktor seperti tahap pendidikan dan kebutuhan siswa, seimbang dengan sumber daya manusia dan keuangan fakultas.

Sementara tampaknya menarik sebagai sumber daya yang tersedia dan bebas biaya di rumah sakit pendidikan, penggunaan pasien nyata untuk CST terbatas, terutama pada tahap awal pelatihan sarjana. Hal ini disebabkan oleh faktor-faktor seperti tingkat keparahan dan dampak akibat penyakit pada kesediaan untuk berpartisipasi, pergantian pasien yang tinggi, dan sistem rumah sakit yang terlalu terbebani.

Juga sulit bagi guru untuk fokus secara andal pada keterampilan komunikasi tertentu di lingkungan rumah sakit.[13] RP, di mana mitra pelatihan mengganti peran "dokter" dan "sabar", siap diterapkan dan dipraktikkan secara luas. Ketika dilakukan dengan benar, itu dapat berhasil digunakan oleh rekan sejawat untuk CST dan bermanfaat secara pendidikan.[14,15] Namun, itu dapat tidak disukai oleh siswa[16] dan mungkin tidak disukai oleh sebagian besar pelajar.[17] Untuk fakultas, memiliki daya tarik menjadi pendekatan murah untuk CST, karena "pelatih" dan pelajar adalah satu dan sama, hanya bertukar peran.[18]

Program pasien simulasi (SPPs) menawarkan pendekatan alternatif untuk CST. [6,19-21] Barrows[19] mendefinisikan SP sebagai "orang baik yang memainkan peran pasien dengan tujuan siswa mempelajari keterampilan klinis dalam keadaan terkendali."

Metodologi khusus bervariasi, kadang-kadang dengan cara yang penting, tetapi umumnya SP diberi pengarahan tentang peran pasien mereka dan memainkan peran itu dalam interaksi dengan siswa.[20] SP juga bisa sering

memberikan umpan balik pada kinerja siswa. [14,19] Baik siswa dan fakultas cenderung menyukai pendekatan seperti itu karena menghadapkan siswa kepada orang-orang yang tidak dikenal, yang memberikan interaksi yang realistis, tidak memihak, dan elemen emosional yang benar-benar intens.[17] Namun, program semacam itu bisa mahal.[12,22] Misalnya, SP aktor medis profesional yang terlatih dibayar per jam lebih dari AUD80 (sekitar EUR55, USD60).

Akibatnya, menjalankan program SP penuh dengan SP aktor adalah usaha yang signifikan dan akan meningkatkan beban keuangan fakultas.[22-25] Ker *et al.* [22] mengusulkan perekrutan SP sukarela dari mahasiswa kedokteran sebagai alternatif yang lebih sederhana secara finansial untuk mempertahankan SPP.

Penelitian tentang sikap dan persepsi siswa terhadap berbagai metodologi CST [6,10,12,26] menunjukkan beberapa hasil yang pasti.

Sampai saat ini, penelitian telah secara langsung membandingkan SP (penelitian yang dikutip bervariasi dalam penggunaan aktor dan tingkat pelatihan) dengan RP siswa dan telah menunjukkan bahwa SP dan RP sebanding sebagai alat pengajaran untuk keterampilan komunikasi tertentu, tetapi tidak ada yang lebih unggul dari yang lain. [14,27-30] Lane dan Rollnick[15] mencatat perlunya lebih banyak lagi

studi yang dirancang dengan baik untuk membandingkan SP dan RP secara objektif untuk CST. Bosse *dkk.* [14] menemukan mahasiswa kedokteran pada istilah pediatrik menghargai pendekatan RP dan SP untuk CST, tetapi RP itu lebih unggul daripada SP dalam hal menumbuhkan empati pada siswa untuk perspektif pasien karena RP memaksa siswa untuk mengadopsi peran pasien. Bosse *dkk.* [31] selanjutnya melaporkan bahwa RP

juga secara signifikan lebih hemat biaya. Mengingat implikasi sumber daya untuk program CST, data lebih lanjut mengenai pendekatan yang optimal mungkin memiliki dampak yang signifikan dalam mengarahkan pilihan metodologi yang digunakan untuk CST dalam kurikulum medis.

Pengambil keputusan perlu mempertimbangkan biaya intervensi pendidikan terhadap harapan pemangku kepentingan, termasuk siswa, pendidik, dan masyarakat. Hal ini mencakup harapan tentang pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang akan diperoleh dengan andal oleh siswa yang lulus di akhir pendidikan mereka, dan dengan demikian pada saat memasuki dunia kerja, sehingga mereka mampu memberikan perawatan pasien berkualitas tinggi.[3,12],32]

Sementara SPP sering melibatkan aktor berbayar, kami mulai membuat program murah dengan hasil pendidikan CST yang baik untuk mahasiswa kedokteran praklinis. SPP kami melibatkan orang-orang lokal yang menjadi sukarelawan sebagai SP, menghadirkan pusat keterampilan klinis kami untuk memainkan peran pasien senyawa mungkin tanpa pelatihan khusus, seperti yang didukung oleh Ker *et al.* [22] Dengan demikian, SPP sukarelawan kami adalah contoh "beasiswa yang melibatkan masyarakat" di mana kami terlibat dalam kemitraan yang saling menguntungkan dengan masyarakat.[33] sejalan dengan universitas secara global yang bekerja untuk mengembangkan hubungan yang lebih besar dan lebih produktif dengan komunitas mereka.[33,34] Untuk mendukung SP kami, kami menyediakan skenario kasus pasien dan dokumentasi lain jauh sebelum sesi dan membantu melawan kami memahami cara memainkan peran yang dijelaskan. Tutor mendiskusikan skenario dengan SP

sebelum setiap sesi serta memberikan umpan balik mengenai kualitas peran pasien yang dimainkan oleh relawan SP setelah setiap sesi. Namun, kami tidak memiliki sumber daya yang tersedia untuk pelatihan SP skala penuh.[35]

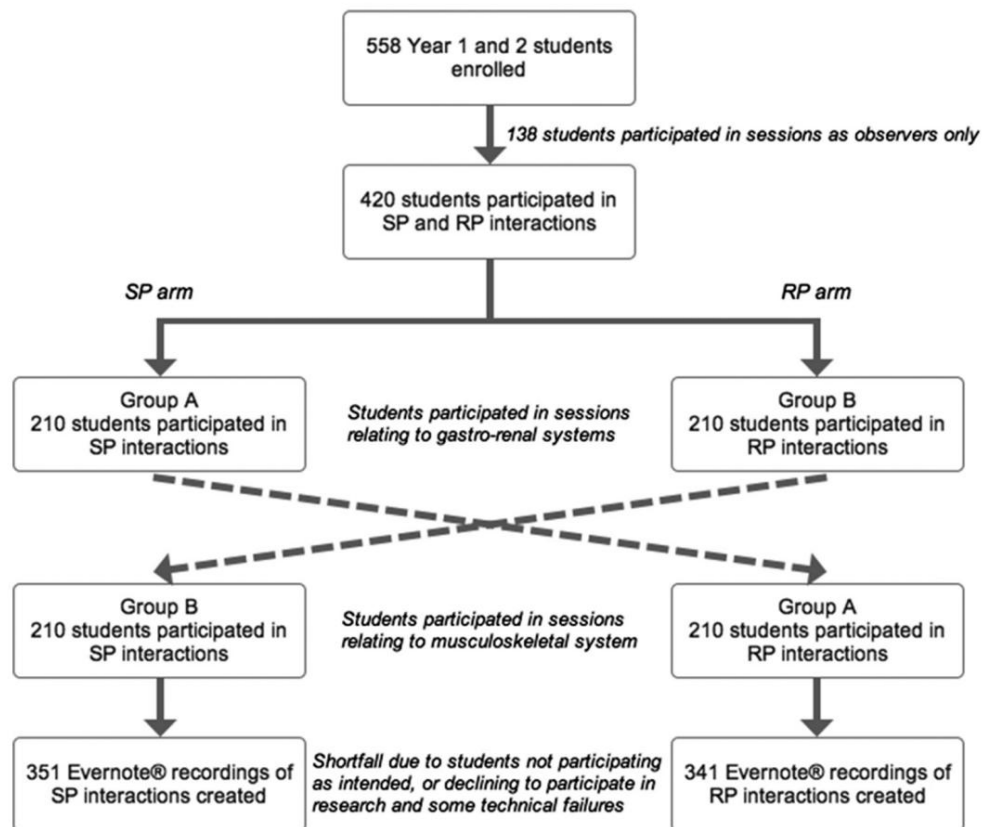
Akibatnya, dalam penelitian ini, kami menetapkan untuk menentukan apakah metodologi SP kami, sebagai bagian dari SPP *sukarelawan* baru, menawarkan keuntungan pendidikan dibandingkan dengan metodologi RP yang ada untuk CST pada mahasiswa kedokteran praklinis. Sejauh pengetahuan kami, ini adalah studi pertama dari jenisnya di program kedokteran sarjana Australia.

## Metode

### Intervensi

Gambar 1 mengilustrasikan bahwa pendaftaran terpadu tahun pertama dan kedua mahasiswa kedokteran sarjana ( $n = 558$ ) ditugaskan ke dalam dua kelompok studi. Kami menjelaskan studi persilangan antara dua mata kuliah yang berkaitan dengan sistem organ. Sesi CST di samping konten kursus lainnya, yang tetap identik untuk kedua kelompok dan termasuk kuliah, pembelajaran kelompok skenario, [36] dan pengajaran sampling tempat tidur di rumah sakit umum.

Dalam kursus (gastrorenal) pertama, sebagian dari kelompok awalnya berpartisipasi dalam sesi CST melalui RP sementara kelompok kedua berpartisipasi dalam sesi CST dengan SP sukarelawan kami (anggap SP sukarelawan digunakan selama penelitian ini). Pada perjalanan berikutnya (muskuloskeletal), paparan RP atau SP dibalik, sehingga secara keseluruhan, kelompok RP dan SP keduanya



**Gambar 1:** Diagram alir partisipasi siswa dan pengumpulan data dalam studi silang di dua mata kuliah terkait sistem organ

terdiri dari ukuran sampel potensial  $n = 420$ . Sesi RP dan SP terjadi secara terpisah satu sama lain, tetapi selama keduanya, setiap peserta pelatihan berinteraksi dengan setidaknya satu mitra pelatihan selama 15 menit, di bawah pengawasan seorang tutor. Semua siswa berpartisipasi dalam sesi sebagai pengamat ( $n = 558$ ), tetapi tidak semua dapat berpartisipasi dalam interaksi karena perbedaan antara ukuran kelompok dan ketersediaan SP. Hingga 840 rekaman diharapkan secara total. Wawancara siswa dengan mitra pelatihan direkam secara audio menggunakan aplikasi Evernote® di iPads® dan rekaman ini hanya dapat diidentifikasi sebagai SP atau RP – tidak ada fitur pengenalan lain yang dipertahankan (selain suara).

Rekaman kemudian diunduh dengan kode non-identifikasi yang diterapkan pada tahap ini, dan kemudian, diunggah ulang ke situs Moodle® yang aman, dan dibagi secara acak (menggunakan Microsoft Excel®) ke dalam kelompok-kelompok untuk dinilai secara online. Dengan mengikuti protokol yang dijelaskan, penilai tidak mengetahui interaksi yang dinilai, serta informasi pengenalan lainnya tentang peserta, kecuali suara.

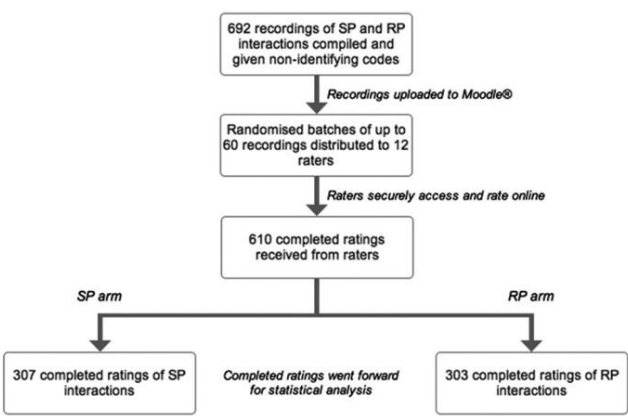
Persetujuan etik untuk penelitian ini diberikan oleh komite etik yang relevan (Ref: HC15018). Semua peserta memberikan persetujuan sebelum mengambil bagian.

Skenario yang digunakan dalam interaksi yang terkait dengan tema kursus dan didasarkan pada presentasi yang khas atau biasa dan kondisi umum. Skenario termasuk informasi biomedis dan masalah pasien di latar depan terkait dengan ini, seperti yang digambarkan

oleh Kurtz dan Silverman. [8,37] Masalah pasien disimpan ke tingkat pelatihan yang sesuai, seperti tujuan pembelajaran, yang difokuskan pada keterampilan komunikasi generik, bukan ketajaman klinis atau akurasi. RP dilakukan oleh pasangan mahasiswa. Semua siswa secara acak dipasangkan dan diberi waktu persiapan untuk membiasakan diri dengan skenario mereka sendiri, sebelum bekerja sama, dan bertukar peran dokter (D) dan pasien (P). Dalam kedua metode SP dan RP, umpan balik diberikan kepada siswa dalam peran dokter oleh tutor, yang secara langsung mengamati interaksi.

Untuk evaluasi objektif keterampilan komunikasi, penilai dipilih dari siswa senior yang terlatih dalam CST. Seperti yang diilustrasikan dalam Gambar 2, 12 penilai mengakses rekaman yang dialokasikan secara online dan masing-masing menilai hingga 60 rekaman terhadap 24 deskriptor dari versi yang dimodifikasi khusus dari Panduan Pengamatan Referensi Calgary-Cambridge [Gambar 3],[2,8] dibuat sebagai instrumen survei online. Modifikasi panduan diperlukan agar siswa hanya dinilai berdasarkan kriteria dan deskriptor tahap pelatihan yang sesuai (Memulai Sesi, Mengumpulkan Informasi, Menyediakan Struktur, Membangun Hubungan), serta dibandingkan hanya deskriptor yang dapat dinilai dari rekaman audio interaksi.

Untuk setiap deskriptor, setiap kriteria dinilai sebagai "Tercatat" (Ya atau Tidak), dan jika "Ya" maka Frekuensi juga dicatat sebagai berikut: "Di atas" tingkat yang diharapkan (skor = 3); "Pada" tingkat yang diharapkan (skor = 2); "Di bawah" yang diharapkan



Gambar 2: Flowchart pengolahan data

level (skor = 1), dan “tidak dicatat” (skor = 0). Jumlah skor per domain dan jumlah total skor dihitung per setiap kelompok siswa, SP, atau RP.

Hasil

Selama dua kursus, dua puluh dua SP sukarelawan berpartisipasi dalam penelitian ini. SP berusia 23 hingga 79 tahun (usia rata-rata = 63,3, median = 65,5) dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan (16/22 = 73%). Pemain peran siswa (RP) berusia 17 hingga 34 (usia rata-rata = 19,7, median = 20,0), dan pemisahan gender adalah laki-laki (46%) dan perempuan (54%).

Selama penelitian, beberapa siswa tidak berpartisipasi sebagaimana dimaksud atau menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian, dan ada beberapa kegagalan teknis, misalnya file audio kosong. Dari 840 kemungkinan rekaman yang diharapkan secara total, 692 rekaman sukses interaksi siswa-siswa (RP, *n* = 341) atau interaksi siswa-SP (SP, *n* = 351) dibuat dan maju untuk penilaian. Dari ini, 610 peringkat lengkap interaksi diterima (RP = 303; SP = 307) dan dimasukkan dalam analisis.

Uji-t independen dilakukan untuk mengetahui apakah kedua kelompok (RP dan SP) menghasilkan skor yang berbeda. Seperti yang ditunjukkan pada Tabel 1, perbandingan dibuat antara skor siswa pada tugas individu dari versi modifikasi dari

Panduan Pengamatan Referensi Calgary-Cambridge[2,8] serta keseluruhan. Untuk masing-masing dari empat tugas, yaitu, memulai sesi, mengumpulkan informasi, menyediakan struktur, dan membangun hubungan, tidak ada perbedaan antara kedua kelompok yang mencapai signifikansi statistik. Hasil dari semua perbandingan yang dibuat antara kelompok, termasuk secara keseluruhan, menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara metodologi SP dan RP. Dalam hal CST yang diukur dengan penilaian keterampilan komunikasi verbal saja, hasilnya menunjukkan bahwa metode CST yang digunakan (SP atau RP) tidak berdampak pada penilaian kinerja siswa.

Gambar 3: Calgary yang Dimodifikasi Panduan Cambridge untuk medis wawancara proses komunikasi		
Tugas, sub-tugas dan deskriptor (bernomor)	Memulai sesi	Frekuensi yang Diamati
1. Menyapa pasien dengan menyebutkan namanya	Y/T	Di atas/di/di bawah
2. Memperkenalkan diri dan peran	Y/T	Di atas/di/di bawah
3. Identifikasi masalah/masalah pasien dengan pertanyaan pembuka yang sesuai	Y/T	Di atas/di/di bawah
4. Negosiasi agenda wawancara	Y/T	Di atas/di/di bawah
Mengumpulkan informasi		
Eksplorasi masalah pasien		
5. Dorong pasien untuk menceritakan kisah masalahnya	Y/T	Di atas/di/di bawah
6. Tidak menyela atau mengarahkan pernyataan pasien	Y/T	Di atas/di/di bawah
7. Menggunakan teknik bertanya terbuka dan tertutup, mensintesis pertanyaan tertutup dari informasi yang telah dikumpulkan	Y/T	Di atas/di/di bawah
8. Memfasilitasi respon pasien secara verbal misalnya penggunaan dorongan ("ya, saya mengerti", "uhhuh", "lanjutkan"), diam, pengulangan, parafrase, interpretasi	Y/T	Di atas/di/di bawah
9. Mengundang pasien untuk mengklarifikasi/memberikan informasi lebih lanjut	Y/T	Di atas/di/di bawah
10. Menghindari atau menjelaskan jargon secara memadai	Y/T	Di atas/di/di bawah
11. Menetapkan tanggal dan/atau waktu dan urutan acara	Y/T	Di atas/di/di bawah
Keterampilan tambahan untuk memahami perspektif pasien		
12. Menggali keyakinan pasien tentang penyebab masalah yang dibahas	Y/T	Di atas/di/di bawah
13. Menggali kekhawatiran pasien tentang masalah yang didiskusikan	Y/T	Di atas/di/di bawah
14. Mengeksplorasi tujuan pasien untuk konsultasi	Y/T	Di atas/di/di bawah
15. Mengeksplorasi bagaimana masalah yang dibahas mempengaruhi kehidupan pasien	Y/T	Di atas/di/di bawah
16. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan	Y/T	Di atas/di/di bawah
Menyediakan struktur		
Membuat organisasi terbuka		
17. Meringkas informasi pasien yang dikumpulkan di akhir baris pertanyaan tertentu	Y/T	Di atas/di/di bawah
18. Mengonfirmasi pemahaman sebelum melanjutkan	Y/T	Di atas/di/di bawah
Menggunakan transisi dan penunjuk arah	Y/T	Di atas/di/di bawah
Hadir untuk mengalir		
20. Menghadiri manajemen waktu wawancara	Y/T	Di atas/di/di bawah
Membangun hubungan		
Mengembangkan hubungan		
21. Secara terbuka mengakui pandangan, perasaan, atau kesulitan pasien	Y/T	Di atas/di/di bawah
22. Secara terbuka mengakui upaya koping dan perawatan diri yang tepat	Y/T	Di atas/di/di bawah
Melibatkan pasien		
23. Berbagi proses penalaran dengan pasien	Y/T	Di atas/di/di bawah
Menutup sesi		
Memastikan titik penutupan yang tepat		
24. Pemeriksaan terakhir bahwa pasien setuju dengan ringkasan dan menanyakan apakah ada koreksi, pertanyaan, atau item lain untuk didiskusikan	Y/T	Di atas/di/di bawah

Y/T=Ya/Tidak

Tabel 1: Rata-rata jumlah tugas yang dicatat per siswa

Tercatat Calgary Tugas dasar Cambridge	SP atau RP	Signifikan	n	Berarti SD SEM
Memulai sesi	Rp	0,158	303 7,04	1,79 0,103
	SP		307 6,84	1,80 0,103
Mengumpulkan informasi	Rp	0,244	303 18,71	5,08 0,292
	SP		307 18,22	5,02 0,286
Menyediakan struktur	Rp	0,627	303 5,94	2,34 0,134
	SP		307 6,04	2,33 0,133
Membangun hubungan	Rp	0,827	303 2,58	2,18 0,125
	SP		307 2,62	2,11 0,121
Total	Rp	0,398	303 34,29	8,49 0,488
	SP		307 33,71	8,25 0,471

SP=Simulasi pasien, RP=Role play, SD=Standar deviasi, SEM: Standar error mean

## Diskusi

Studi ini menunjukkan bahwa SP sukarelawan tidak lebih unggul dari RP mahasiswa, bila digunakan dalam CST yang ditargetkan pada mahasiswa praklinis. Temuan tersebut mendukung penelitian oleh Murphy *et al.*[38] yang menemukan hasil serupa dalam CST untuk siswa fisioterapi, serta studi yang lebih kecil yang dilakukan selama dua dekade terakhir untuk CST tertentu, seperti untuk meningkatkan keterampilan wawancara motivasi. -30] Ini memberikan bukti lebih lanjut yang dicari oleh Lane dan Rollnick [15] dalam tinjauan literatur mereka tentang praktik ini, untuk mengeksplorasi keuntungan dan kerugian dari metodologi CST yang berbeda dalam berbagai konteks dan dengan pelajar yang berbeda.

SPP "skala penuh" sering kali melibatkan aktor profesional, dibayar untuk memainkan peran pasien yang kompleks, dengan pelatihan ekstensif yang diberikan. Ini adalah program intensif sumber daya dan memakan waktu.

Sebagai perbandingan, SPP sukarelawan kami yang murah [22] secara efektif tidak berbeda secara signifikan dengan biaya pelaksanaan RP.

Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa ada manfaat pendidikan tertentu untuk RP, mengenai pemahaman siswa tentang perspektif pasien, [14] yang tidak pernah dapat dicapai dengan metodologi SP, karena siswa tidak memiliki kesempatan untuk memainkan peran pasien.

Meskipun demikian, dan hasil yang disajikan di sini, kami melihat keuntungan lain dari SPP. SPP kami bercita-cita untuk meningkatkan keterampilan komunikasi siswa kami, tetapi juga untuk mencapai hasil lain yang dihargai oleh siswa, seperti manfaat yang dirasakan lebih besar dari interaksi SP dan keterlibatan yang lebih dalam melalui penggambaran peran SP yang realistis dalam interaksi, termasuk intensitas emosional.[17] Hal ini juga menyediakan kontak dengan SPs sebelum praktek dengan pasien nyata, konsisten dengan preferensi dilaporkan siswa. Secara anekdot, siswa menyatakan bahwa umpan balik SP pada kinerja mereka bersifat instruktif dan memberi mereka indikator spesifik di mana mereka dapat bekerja untuk meningkatkan keterampilan komunikasi mereka, sebuah temuan yang didukung dalam literatur.[15]

Oleh karena itu, SP melawan senang berkontribusi pada pendidikan dokter masa depan, dan sebagai penerima layanan kesehatan membawa perspektif penting untuk interaksi dalam program CST.

## Implikasi praktik

Hasil penelitian ini dapat ditafsirkan dalam dua cara yang berbeda. Jika dipertimbangkan dari perspektif pendekatan CST mana yang terbaik untuk mahasiswa kedokteran pra-klinis, satu kesimpulan mungkin adalah bahwa SPP tidak memberikan manfaat tambahan dalam hal hasil pendidikan keterampilan komunikasi, dan dengan demikian tidak menjamin pengeluaran sumber daya apa pun. Namun, jika dipertimbangkan dari perspektif modalitas pendekatan apa yang dapat digunakan untuk memberikan manfaat yang berbeda namun saling melengkapi bagi siswa dalam program CST, maka kami setuju dengan Aper *et al.*[39] yang menemukan bahwa format instruksional campuran berkontribusi pada CST dalam cara yang berbeda. Akibatnya, kami menyarankan masuk akal untuk menyimpulkan dari penelitian ini bahwa penggunaan RP dan SP mungkin produktif di CST, sehingga siswa memperoleh, misalnya, penekanan pada perspektif pasien saat bermain peran, dan kesadaran akan aspek emosional dari interaksi. dengan orang yang berbeda dalam sesi SP. Selain itu, manfaat lebih lanjut dari SPP yang secara aktif merekrut dan melibatkan relawan dapat diperoleh fakultas dari interaksi yang dihasilkan dengan masyarakat setempat.

Keterbatasan penelitian ini termasuk bahwa data kami terbatas pada komunikasi verbal. Aspek komunikasi nonverbal dari konsultasi mungkin menunjukkan perbedaan tetapi tidak terdeteksi di sini. Penelitian lebih lanjut menggunakan perekaman video diperlukan untuk mengatasi keterbatasan ini. Data tidak dianalisis berdasarkan tahun studi siswa, karena mereka bekerja dalam kelompok yang terintegrasi penuh. Kami menerima bahwa beberapa hasil yang menutupi mungkin telah terjadi, tetapi percaya bahwa siswa ini termasuk dalam kategori "siswa junior" yang akan lebih berguna dibandingkan dengan kategori peserta pelatihan lainnya, daripada melakukan perbandingan intrakelompok yang terperinci.

SPP dapat sangat bervariasi dalam cara penerapannya, dan kepada siapa mereka ditargetkan. Program kami melibatkan peserta SP sukarela, sehingga aktor ahli (terlatih dan dibayar) dapat memberikan hasil yang berbeda. Program kami juga berfokus pada CST awal dengan mahasiswa sarjana praklinis; fokus pada CST yang lebih menantang, misalnya, menyampaikan berita buruk atau pengungkapan kesalahan medis, melibatkan lebih banyak pelajar senior dan konten emosional yang meningkat, juga dapat menghasilkan hasil yang berbeda (misalnya, lihat Bell *et al.* [17]). Akhirnya, kami mengadopsi pendekatan kuantitatif untuk menilai perilaku verbal menggunakan Panduan Calgary-Cambridge; penelitian kualitatif akan menghasilkan data yang lebih bernuansa yang dapat membantu ketika membuat keputusan antara metodologi instruksional SP atau RP.

## Kesimpulan

Dalam penelitian besar yang dilakukan dengan hati-hati ini, data yang disajikan untuk CST yang ditargetkan pada siswa praklinis menunjukkan bahwa metode pengajaran SP sukarelawan dan RP sebaya sama-sama manjur. Pengembang kurikulum didorong untuk mempertimbangkan



konteks dan tujuan CST, dan kebutuhan pemangku kepentingan. Untuk keuntungan pendidikan maksimal, mungkin bermanfaat untuk menggunakan metode campuran CST dalam program medis, dengan penelitian lebih lanjut membantu memandu pengembangan kurikulum CST.

Ucapan Terima Kasih

Penulis ingin mengucapkan terima kasih atas kontribusi yang tak ternilai dari orang-orang berikut: Dr. Renee Lim untuk desain Program SP dan kegiatan pembelajaran terkait; Ms Kiran Thwaites untuk administrasi semua kegiatan pembelajaran sebagaimana dimaksud dalam teks; Suzanne Mobbs untuk pembuatan Panduan Calgary-Cambridge online khusus untuk memfasilitasi penilaian interaksi dan penanganan awal data yang dihasilkan.

Penelitian ini tidak menerima hibah khusus dari lembaga pendanaan di sektor publik, komersial, atau nirlaba. Para penulis menyatakan bahwa mereka tidak memiliki kepentingan yang bersaing.

Dukungan finansial dan sponsor

Nol.

Konflik kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan.

Referensi

1.Maguire P, Pitceathly C. Keterampilan komunikasi utama dan cara mendapatkannya. BMJ 2002;325:697y700.

2.Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Keterampilan Berkomunikasi dengan Pasien. Oxford: Radcliffe; 2005.

3.von Fragstein M, Silverman J, CushingA, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, dkk. Pernyataan konsensus Inggris tentang isi kurikulum komunikasi dalam pendidikan kedokteran sarjana. Med Educ 2008;42:1100y7.

4.Hargie O, Boohan M, McCoy M, Murphy P. Tren terkini dalam pelatihan keterampilan komunikasi di sekolah kedokteran Inggris. Med Teach 2010;32:385y91.

5.Hausberg MC, Hergert A, Kröger C, Bullinger M, Rose M, Andreas S, dkk. Meningkatkan keterampilan komunikasi mahasiswa kedokteran: Pengembangan dan evaluasi program pelatihan sarjana. BMC Med Pendidikan 2012;12:16.

6.May W, Park JH, Lee JP. Sebuah tinjauan sepuluh tahun literatur tentang penggunaan pasien standar dalam pengajaran dan pembelajaran: 1996-2005. Med Teach 2009;31:487y92.

7. Silverman JD, Draper J, Kurtz SM. Ketidakmanusiawian kedokteran. Keterampilan interpersonal dan komunikasi dapat diajarkan. BMJ 1995;310:527.

8. Kurtz SM, Silverman JD. Panduan Pengamatan Referensi CalgaryCambridge: Sebuah bantuan untuk mendefinisikan kurikulum dan mengatur pengajaran dalam program pelatihan komunikasi. Med Educ 1996;30:83y9.

9.Aspegren K. BEME guide no 2: Belajar mengajar keterampilan komunikasi kedokteranyreview dengan grading kualitas artikel. Med Teach 1999;21:563y70.

10.Rees C, Sheard C, McPherson A. Pandangan dan pengalaman mahasiswa kedokteran tentang metode pengajaran dan pembelajaran keterampilan komunikasi. Jumlah Pendidikan Pasien 2004;54:119y21.

11.Diemers AD, Dolmans DH, Van Santen M, Van Luijk SJ,

Janssen-NoordmanAM, ScherpbierAJ, dkk. Persepsi siswa tentang pertemuan awal pasien dalam kurikulum PBL: Evaluasi pertama dari pengalaman Maastricht. Med Teach 2007;29:135y42.

12.Koponen J, Pyörälä E, Isotalus P. Membandingkan tiga metode experiential learning dan pengaruhnya terhadap sikap mahasiswa kedokteran terhadap pembelajaran keterampilan komunikasi. Med Teach 2012;34:e198y207.

13.Schaufelberger M, Frey P, Woermann U, Schnabel K, Barth J. Manfaat pelatihan keterampilan komunikasi setelah paparan pasien nyata. Clin Teach 2012;9:85y8.

14.Bosse HM, Schultz JH, Nikel M, Lutz T, MöltnerA, JungerJ, dkk. Pengaruh penggunaan pasien standar atau permainan peran rekan pada peringkat pelatihan komunikasi sarjana: Uji coba terkontrol secara acak. Jumlah Pendidikan Pasien 2012;87:300y6.

15.Lane C, Rollnick S. Penggunaan simulasi pasien dan permainan peran dalam pelatihan keterampilan komunikasi: Tinjauan literatur hingga Agustus 2005. Patient Educ Counts 2007;67:13y20.

16.FertlemanC, GibbsJ, Eisen S. Video meningkatkan permainan peran untuk mengajarkan keterampilan komunikasi. Med Educ 2005;39:1155y6.

17.Bell SK, Pascucci R, Fancy K, Coleman K, Zurakowski D, Meyer EC, dkk. Nilai pendidikan aktor improvisasi untuk mengajarkan keterampilan komunikasi dan relasional: Perspektif pelajar interprofessional, fakultas, dan aktor. Jumlah Pendidikan Pasien 2014;96:381y8.

18.Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Keterampilan Komunikasi Belajar Mengajar di Kedokteran. Abingdon: Pers Medis Radcliffe; 2005.

19.Barrows HS. Gambaran umum tentang penggunaan pasien standar untuk mengajar dan mengevaluasi keterampilan klinis. AAMC. Acad Med 1993;68:443y51.

20.Cleland JA, Abe K, Rethans J. Penggunaan pasien simulasi dalam pendidikan kedokteran: Panduan AMEE No 421. Med Teach 2009;31:477y86.

21.WellerJM, Nestel D, Marshall SD, Brooks PM, Conn JJ. Simulasi dalam pengajaran dan pembelajaran klinis. Med J Aust 2012;196:594.

22.Ker JS, Dowie A, Dowell J, Dewar G, Dent JA, Ramsay J, dkk. Dua belas tip untuk mengembangkan dan memelihara bank pasien yang disimulasikan. Med Teach 2005;27:4y9.

23.Jones RF, Korn D. Tentang biaya pendidikan mahasiswa kedokteran.Acad Med 1997;72:200y10.

24.Rein MF, Randolph WJ, JG Pendek, Coolidge KG, Coates ML, Carey RM, dkk. Mendefinisikan biaya pendidikan mahasiswa kedokteran sarjana di University of Virginia. Acad Med 1997;72:218y27.

25.Calvert MJ, Freemantle N. Pendidikan kedokteran sarjana yang hemat biaya? JR Soc Med 2009;102:46y8.

26.Clever SL, Dudas RA, Solomon BS, Yeh HC, Levine D, BertramA, dkk. Persepsi mahasiswa kedokteran dan fakultas tentang pasien rawat jalan sukarela versus pasien simulasi dalam pelatihan keterampilan komunikasi. Acad Med 2011;86:1437y42.

27.Bosse HM, Nikel M, Huwendiek S, Jünger J, Schultz JH, Nikendei C, dkk. Peer role-play dan pasien standar dalam pelatihan komunikasi: Sebuah studi perbandingan pada perspektif siswa pada penerimaan, realisme, dan efek yang dirasakan. BMC Med Pendidikan 2010;10:27.

28. Papadakis MA, CroughanYMinihane M, Fromm LJ, Wilkie HA, ErnsterVL. Perbandingan dua metode untuk mengajarkan teknik berhenti merokok kepada mahasiswa kedokteran. Acad Med 1997;72:725y7.

29.Mounsey AL, Bovbjerg V, White L, Gazewood J. Apakah siswa mengembangkan keterampilan wawancara motivasi yang lebih baik melalui permainan peran dengan pasien standar atau dengan rekan siswa? Med Educ 2006;40:775y80.

30.Lane C, Hood K, Rollnick S. Mengajar wawancara motivasi: Menggunakan permainan peran sama efektifnya dengan menggunakan pasien simulasi. pendidikan kedokteran

- 2008;42:637-44.
31. Bosse HM, Nikel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Efektivitas biaya dari permainan peran rekan dan pasien standar dalam pelatihan komunikasi sarjana. *BMC Med Pendidikan* 2015;15:183.
32. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Apakah pendidikan kedokteran berbasis simulasi dengan praktik yang disengaja menghasilkan hasil yang lebih baik daripada pendidikan klinis tradisional? Sebuah tinjauan komparatif meta-analitik dari bukti. *Acad Med* 2011;86:706-11.
33. Goldstein AO, Bearman RS. Keterlibatan masyarakat di sekolah kedokteran AS dan Kanada. *Praktik Pendidikan Adv Med* 2011;2:43-9.
34. Szilagyi PG, Shone LP, Dozier AM, Newton GL, Green T, Bennett NM, *dkk.* Mengevaluasi keterlibatan masyarakat di pusat medis akademik. *Acad Med* 2014;89:585-95.
35. Smith CM, O'Byrne CC, Nestel D. Simulasi metodologi pasien dan penilaian. Dalam: Nestel D, Bearman M, editor. *Metodologi Pasien Simulasi*. Edisi pertama. Chichester, Inggris: John Wiley & Sons, Ltd.; 2014. hal. 85-92.
36. McNeil HP, Hughes CS, Toohey SM, Dowton SB. Program pendidikan kedokteran berbasis hasil inovatif yang dibangun di atas prinsip-prinsip pembelajaran orang dewasa. *Med Teach* 2006;28:527-34.
37. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Menikahi konten dan proses dalam pengajaran metode klinis: Meningkatkan panduan Calgary-Cambridge. *Acad Med* 2003;78:802-9.
38. Murphy S, Imam B, MacIntyre DL. Pasien standar versus pasien sukarelawan untuk praktik wawancara siswa terapi fisik: Sebuah studi percontohan. *Kaleng Fisioterapi* 2015;67:378-84.
39. Aperi L, Reniers J, Koole S, Valcke M, Derese A. Dampak dari tiga format pelatihan konsultasi alternatif pada efikasi diri dan keterampilan konsultasi mahasiswa kedokteran. *Med Teach* 2012;34:e500-7.