



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
TINGKAT KEMELEKAN KESEHATAN PASIEN DI
KLINIK DOKTER KELUARGA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS INDONESIA KIARA, DKI JAKARTA
TAHUN 2012**

TESIS

**KARINA SAMARIA SANTOSA
1006747044**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
TINGKAT KEMELEKAN KESEHATAN PASIEN DI
KLINIK DOKTER KELUARGA FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS INDONESIA KIARA, DKI JAKARTA
TAHUN 2012**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

**KARINA SAMARIA SANTOSA
1006747044**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
JULI 2012**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Karina Samaria Santosa

NPM : 1006747044

Mahasiswa Program : Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 12 Juli 2012



Karina Samaria Santosa

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Karina Samaria Santosa

NPM : 1006747044

Tanda Tangan : 

Tanggal : 12 Juli 2012

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Karina Samaria
NPM : 1006747044
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, DrPH ()
Penguji dalam : Dr.dr. Sabarinah B. Prasetyo, MSc ()
Penguji dalam : Dr.drs. Tri Krianto, MKes ()
Penguji luar : Dr.Ir. Bambang Setiaji, SKM, MKes ()
Penguji luar : dr. Dian Kusumadewi, MGizi ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas anugerah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini tidak dapat terlaksana dengan baik tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Prof. dr. Hadi Pratomo, MPH, DrPH selaku dosen pembimbing yang dengan sabar telah meluangkan waktu untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Dr.dr. Sabarinah B. Prasetyo, MSc selaku penguji yang dengan sabar dan teliti telah membimbing penulis dalam proses penyusunan tesis ini.
3. Dr.drs. Tri Krianto, MKes selaku penguji dari FKM UI; Dr. Ir. Bambang Setiaji, SKM, MKes selaku penguji dari Pusat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; yang telah memberikan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberi saran demi perbaikan tesis ini.
4. dr. Dian Kusumadewi, MGizi selaku Kepala Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara yang telah berkenan memberi kesempatan kepada penulis untuk belajar banyak hal dan melakukan penelitian di klinik ini dan berkenan meluangkan waktu, tenaga, serta pikiran untuk memberi saran dalam perbaikan tesis ini sebagai penguji; dr. Apriani Oendari beserta segenap staf KDK FKUI Kiara yang telah membantu penulis selama proses penelitian.
5. Seluruh dosen khususnya di Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku yang telah membagi ilmu yang berharga serta menjadi inspirasi bagi penulis.
6. Paul Geary, MD dan Donda Panggabean dari MedGo yang telah mendukung penulis dalam melaksanakan studi di bidang kesehatan masyarakat.

7. Papa, Mama, Babe, Tante serta kakak dan adik tersayang yang telah mendoakan dan mendukung penulis dalam menyelesaikan masa pendidikan.
8. Suamiku dan anakku tersayang, Kristiyan dan Joel, yang menjadi senantiasa sumber semangat dan inspirasi.
9. Rekan – rekan Promkes angkatan 2010 (Yuli, Ade, Bu Dhe, Nisa, Giri, Leny, Gita, Sarma, Iyen, Pudji, Ratu, Erdi, Cucu, Ali, Nissa, Melva dan Faisal) untuk masa-masa yang indah bersama berjuang menyelesaikan pendidikan.
10. Rekan-rekan satu bimbingan (Hani, Cinta, Maryam, Sandhy, Sri) yang telah berkenan memberikan banyak saran kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu.

Kiranya Tuhan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu dan pelayanan kesehatan. *Soli Deo Gloria*

Depok, 12 Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Karina Samaria Santosa
NPM : 1006747044
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media atau memformatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 12 Juli 2012

Yang menyatakan



(Karina Samaria Santosa)

ABSTRAK

Nama : Karina Samaria Santosa
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) Kiara dan faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan tersebut. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan disain *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan 27,4% responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi dan 72,6% memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah. Faktor yang paling berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan adalah akses informasi kesehatan. Terdapat peranan informasi kesehatan dari pendekatan kedokteran keluarga KDK FKUI Kiara pada tingkat kemelekan kesehatan pasien. Diperlukan upaya peningkatan kemelekan kesehatan pasien melalui peningkatan akses informasi kesehatan.

Kata Kunci: kemelekan kesehatan, kedokteran keluarga, akses informasi kesehatan

ABSTRACT

Name : Karina Samaria Santosa
Study Program : Public Health
Title : Factors Influencing Patient's Health Literacy in Kiara
Family Medicine Clinic of Medical Faculty University of
Indonesia, Jakarta 2012

The objective of this study was to assess patient's health literacy level in Kiara Family Medicine Clinic of Medical Faculty University of Indonesia and its determinants. This was a quantitative research with cross sectional design. The results showed that 27,4% respondent had high health literacy level and 72,6% respondents had low health literacy level. The most dominant influencing factor of health literacy was accessibility to health information. Health information by family medicine approach by Kiara Family Medicine Clinic had a role in patient's health literacy. More efforts are needed in promoting patient's health literacy through improving health information access.

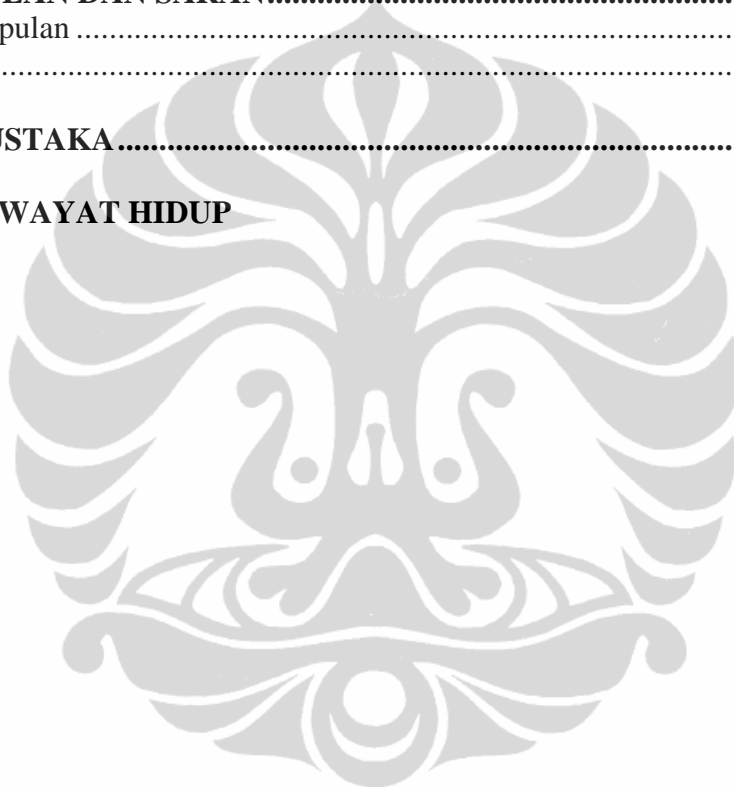
Key words: health literacy, family medicine, health information access

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Permasalahan.....	8
1.3 Pertanyaan Penelitian	9
1.4 Tujuan Penelitian.....	10
1.5 Manfaat Penelitian.....	10
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	11
2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Kemelekan Kesehatan	12
2.1.1 Pengertian Kemelekan Kesehatan.....	12
2.1.2 Dimensi Kemelekan Kesehatan	16
2.1.3 Model Kemelekan Kesehatan	18
2.1.4 Faktor-faktor yang Dapat Mempengaruhi Kemelekan Kesehatan.....	19
2.1.4.1 Usia	19
2.1.4.2 Bahasa	19
2.1.4.3 Etnis	20
2.1.4.4 Jenis Kelamin	21
2.1.4.5 Pendidikan.....	22
2.1.4.6 Pekerjaan	23
2.1.4.7 Pendapatan	23
2.1.4.8 Akses Pelayanan Kesehatan	23
2.1.4.9 Akses Informasi Kesehatan.....	24
2.1.5 Dampak Kemelekan Kesehatan	25
2.1.5.1 Dampak terhadap Kesehatan	25
2.1.5.2 Dampak terhadap Biaya Pelayanan Kesehatan	29
2.1.6 Pengukuran Kemelekan Kesehatan.....	29
2.2 Kedokteran Keluarga.....	33
2.2.1 Pendekatan dalam Kedokteran Keluarga.....	33
2.2.2 Pelayanan di Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara	35
2.3 Tinjauan Beberapa Penelitian Terdahulu Mengenai Kemelekan Kesehatan.....	37
2.4 Kerangka Teori.....	41
3. KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS ...	42
3.1 Kerangka Konsep	42

3.2	Definisi Operasional.....	43
3.2.1	Definisi Operasional Istilah	43
3.2.2	Definisi Operasional Variabel.....	44
3.3	Hipotesis	50
4.	METODE PENELITIAN	51
4.1	Disain Penelitian	51
4.2	Tempat dan Waktu Penelitian	51
4.3	Variabel Penelitian	51
4.3.1	Variabel Bebas.....	51
4.3.2	Variabel Terikat	51
4.4	Populasi dan Sampel.....	51
4.4.1	Kriteria Inklusi.....	52
4.4.2	Kriteria Eksklusi	52
4.5	Besar Sampel.....	52
4.6	Cara Pengambilan Sampel	53
4.7	Cara Pengumpulan Data	54
4.8	Instrumen Pengumpulan Data	54
4.9	Reliabilitas dan Validitas Instrumen.....	55
4.10	Pengolahan Data.....	56
4.11	Analisis Data	57
4.11.1	Analisis Univariat.....	57
4.11.2	Analisis Bivariat.....	57
4.11.3	Analisis Multivariat	57
4.12	Asumsi Penelitian.....	58
5.	HASIL PENELITIAN.....	59
5.1	Gambaran Umum Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara	59
5.2	Gambaran Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden	60
5.3	Gambaran Responden Berdasarkan Usia, Bahasa, Etnis, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Akses Pelayanan Kesehatan dan Akses Informasi Kesehatan.....	62
5.3.1	Usia	62
5.3.2	Bahasa	64
5.3.3	Etnis	64
5.3.4	Jenis Kelamin	65
5.3.5	Tingkat Pendidikan.....	66
5.3.6	Lama Pendidikan	67
5.3.7	Status Pekerjaan.....	69
5.3.8	Pendapatan	69
5.3.9	Akses Pelayanan Kesehatan	70
5.3.10	Akses Informasi Kesehatan.....	73
5.4	Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan.....	79
5.5	Faktor yang Paling Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan.....	83

6. PEMBAHASAN.....	85
6.1 Keterbatasan Penelitian	85
6.2 Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara Tahun 2012.....	85
6.3 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan.....	86
6.4 Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan.....	93
6.5 Hubungan Akses Informasi Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan.....	93
7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
7.1 Kesimpulan	103
7.2 Saran	103
DAFTAR PUSTAKA.....	107
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

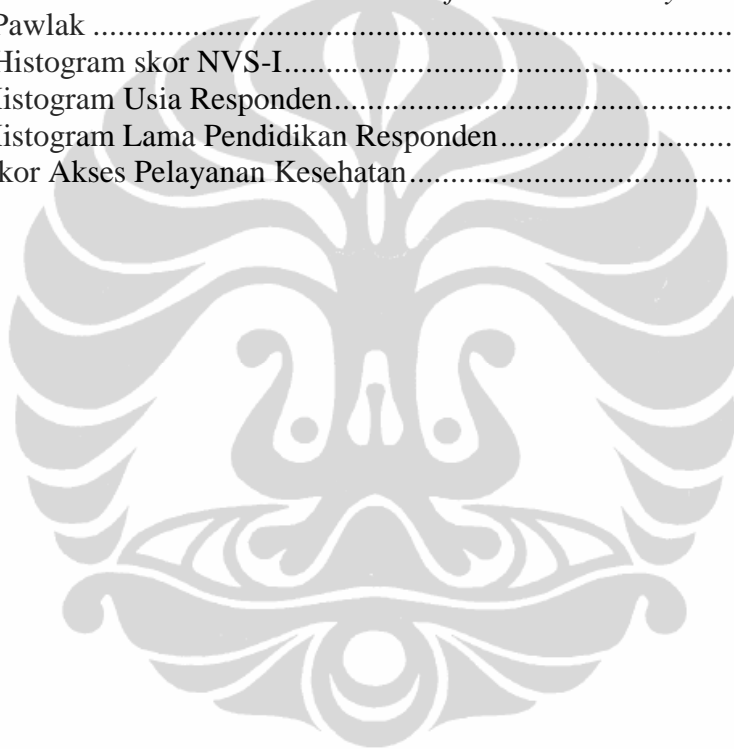


DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Contoh kemampuan kemelekan kesehatan.....	15
Tabel 5.1	Tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara Tahun 2012	59
Tabel 5.2	Skor Total NVS-I Responden	61
Tabel 5.3	Distribusi Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden berdasarkan Kategori Tinggi dan Rendah	62
Tabel 5.4	Distribusi Responden berdasarkan Kelompok Usia.....	63
Tabel 5.5	Distribusi Responden berdasarkan Bahasa yang Digunakan dalam Percakapan Sehari-hari.....	64
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Etnis	64
Tabel 5.7	Distribusi Responden berdasarkan Etnis Mayoritas dan Minoritas.....	65
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	65
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	66
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tingkat Pendidikan Tinggi dan Rendah.....	67
Tabel 5.11	Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pendidikan	68
Tabel 5.12	Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan	69
Tabel 5.13	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	69
Tabel 5.14	Distribusi Responden Berdasarkan Respon Mengenai Akses Pelayanan Kesehatan.....	70
Tabel 5.15	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Akses Pelayanan Kesehatan.....	72
Tabel 5.16	Berbagai Media Informasi yang Digunakan Responden dan Frekuensi Penggunaannya.....	73
Tabel 5.17	Informasi yang Paling Sering Dicari Responden.....	74
Tabel 5.18	Distribusi Responden Berdasarkan Penerimaan Informasi Kesehatan dalam Sebulan Terakhir.....	74
Tabel 5.19	Distribusi Responden Berdasarkan Akses Informasi Kesehatan dalam Sebulan Terakhir.....	76
Tabel 5.20	Saat Mendapat Informasi Kesehatan dari Tenaga Kesehatan KDK FKUI Kiara.....	77
Tabel 5.21	Letak Poster di KDK FKUI Kiara.....	77
Tabel 5.22	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Akses Informasi Kesehatan.....	78
Tabel 5.23	Hubungan antara Faktor Sosiodemografi, Akses Pelayanan Kesehatan dan Akses Informasi Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden	79
Tabel 5.24	Skor Akses Informasi Kesehatan pada Responden yang Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI dan yang Tidak Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI Kiara	82
Tabel 5.25	Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tingkat Kemelekan Kesehatan	83

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Area Intervensi Potensial dalam Kemelekan Kesehatan	14
Gambar 2.2 Dimensi kemelekan kesehatan menurut NAAL.....	17
Gambar 2.3 Dimensi kemelekan kesehatan menurut Nutbeam	18
Gambar 2.4 Model <i>Determinants of Health Literacy</i> dari Pawlak.....	19
Gambar 2.5 Kerangka Teori Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien berdasarkan Modifikasi Model <i>Determinants of Health Literacy</i> dari Pawlak	41
Gambar 5.1 Histogram skor NVS-I.....	61
Gambar 5.2 Histogram Usia Responden.....	62
Gambar 5.3 Histogram Lama Pendidikan Responden.....	67
Gambar 5.4 Skor Akses Pelayanan Kesehatan.....	72



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner
Lampiran 2	<i>Newest Vital Sign</i> adaptasi Indonesia (NVS-I)
Lampiran 3	<i>Newest Vital Sign</i> orisinal



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Health literacy atau kemelekan kesehatan merupakan sebuah tingkat kemampuan seseorang untuk mendapatkan, memproses dan memahami informasi serta pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan (Institute of Medicine, 2004). *National Assessment of Adults Literacy* di Amerika Serikat mendefinisikan kemelekan kesehatan sebagai kemampuan menggunakan informasi kesehatan untuk dapat digunakan di tengah masyarakat dalam mencapai tujuan, serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya (White, 2008).

Kemelekan kesehatan melibatkan kemampuan untuk menggunakan dan menginterpretasikan teks, dokumen dan angka-angka secara efektif (Weiss, 2005). Kemampuan ini diantaranya adalah kemampuan membaca label obat, brosur informasi kesehatan, *informed consent*, memahami informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan baik secara tertulis maupun lisan, serta kemampuan untuk melakukan petunjuk atau prosedur pengobatan (White, 2008).

Dewasa ini, peran kemelekan kesehatan makin penting dalam bidang promosi kesehatan karena sangat berperan dalam pemberdayaan masyarakat. Kemelekan kesehatan yang tinggi akan membuat masyarakat memiliki kontrol yang lebih besar atas kesehatan mereka serta memampukan masyarakat untuk menggunakan informasi kesehatan dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mereka (Nutbeam, 2008 dalam Peerson & Margo, 2009).

Dalam sistim pelayanan kesehatan yang berlangsung saat ini, pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah akan menghadapi lebih banyak tantangan dalam mengakses dan menggunakan sistem pelayanan kesehatan. Kesulitan itu dikarenakan mereka tidak mampu mengisi formulir-formulir yang diperlukan dalam prosedur kesehatan, misalnya formulir asuransi kesehatan.

Mereka dapat menandatangani dokumen yang sebenarnya tidak dimengerti isinya. Banyak pasien juga mengeluhkan bahwa petugas kesehatan menjelaskan kondisi kesehatan mereka dalam kata-kata yang tidak dapat mereka mengerti. Selain itu, pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang buruk mungkin tidak mengetahui kapan harus datang kembali untuk pemeriksaan lanjutan (Safeer & Keenan, 2005).

Disamping hal-hal diatas, kemelekan kesehatan yang rendah dapat membuat seseorang salah mengikuti petunjuk yang tertera pada resep atau kemasan obat, sehingga mereka mengkonsumsi obat-obatan dengan cara, jumlah dan waktu yang tidak tepat. Akibat dari hal ini adalah ketidakpatuhan berobat yang berujung pada perburukan kondisi penyakit atau timbulnya efek samping. Contohnya adalah penelitian yang dilakukan Feinberg School of Medicine di Chicago, Amerika Serikat. Data yang dihasilkan adalah 85,5% responden tidak mengkonsumsi obat sesuai petunjuk dokter (Wolf et al, 2007; Barclay, 2011).

Pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah juga lebih buruk dalam menangani penyakit kronis. Penanggulangan penyakit kronis memerlukan pemahaman pasien yang mencukupi mengenai penyakit tersebut, kemampuan mengatur diri (*self-management*), kepatuhan dalam mengkonsumsi berbagai obat serta modifikasi diet dan gaya hidup. Kemampuan-kemampuan ini berkaitan dengan tingkat kemelekan kesehatan (Williams, Baker, Parker dan Nurss, 1998). Penelitian yang dilakukan Schillinger et al (2002) menunjukkan bahwa penderita diabetes yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah memiliki kontrol gula darah yang buruk dan tingkat komplikasi yang lebih tinggi. Selain itu, hasil penelitian Williams, Baker, Honig, Lee dan Nowlan (1998) menyatakan pasien asma yang tingkat kemelekan kesehatannya rendah tidak menggunakan *inhaler* mereka dengan cara yang benar.

Penelitian-penelitian selama 20 tahun terakhir menunjukkan bahwa pasien yang memiliki masalah kemelekan kesehatan cenderung lebih berisiko untuk dirawat di rumah sakit sehingga memiliki pengeluaran untuk perawatan kesehatan yang lebih tinggi, kurang menggunakan pelayanan kesehatan preventif dan

Universitas Indonesia

memiliki perilaku kesehatan berisiko (Chew, 2004; Wallace, 2006). Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) menyatakan bahwa kemelekan kesehatan yang rendah berhubungan dengan peningkatan insidensi perilaku merokok serta penurunan insidensi perilaku menyusui.

Sampai saat ini kemelekan kesehatan masih menjadi masalah baik di negara maju maupun berkembang. Di Amerika Serikat, kurang lebih setengah orang dewasa memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang kurang (Safeer & Keenan, 2005). Survei yang dilakukan di Kanada pada tahun 2003 memberikan hasil sekitar 60% penduduk dewasa di sana tidak memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang cukup (Canadian Council on Learning, 2008). Penelitian di Belgrade, Serbia menunjukkan hasil 41% responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang kurang (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic & Marinkovic, 2009), sedangkan hasil sebuah survei nasional di Taiwan pada tahun 2003 menyatakan 30,3% penduduk tidak memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang cukup (Lee, Tsai, Tsai dan Kuo , 2010). Studi serupa di Turki memberikan hasil 71,9 % responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah (Odzemir et al, 2010).

Di Indonesia, data mengenai tingkat kemelekan kesehatan masyarakat masih terbatas. Meski demikian, terdapat fakta-fakta yang menggambarkan kondisi yang terkait dengan kemelekan kesehatan yang rendah. Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia tahun 2011 adalah 0,617. Nilai ini membuat Indonesia berada di peringkat ke-124 dari 187 negara dan berada di bawah nilai rata-rata daerah Asia Timur dan Pasifik (UNDP, 2011). Penelitian yang dilakukan Nurjanto (1995) di Surakarta menunjukkan bahwa pasien dan keluarga yang berpendidikan SLTP kebawah kurang memahami isi maupun kegunaan *informed consent*. Studi di RSUD Dr Moewardi Surakarta menyatakan 59% penderita diabetes melitus memiliki kontrol gula darah yang buruk dan hal ini berhubungan dengan kepatuhan dalam berdiit (Pratikowati, 2002). Data ketidakpatuhan berobat penderita TB paru di Jawa Timur dan NTB pada tahun 2004 memperlihatkan angka yang cukup signifikan dan hal ini tentu berpengaruh pada peningkatan

Universitas Indonesia

Multiple Drug Resistance (MDR)- TB (Hutapea, 2006; Erawatyningsih, Purwanta & Subekti, 2009). Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2001 menunjukkan 34,6% responden menggunakan obat bebas tidak sesuai dengan aturan dan indikasi (Supardi & Rahami, 2006).

Prevalensi perilaku berisiko juga masih cukup besar. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi perilaku kurang makan buah dan sayur sebesar 93,6%; kurang aktivitas fisik 48,2%, dan perilaku hidup bersih dan sehat hanya sebesar 38,7%. Prevalensi nasional perilaku merokok setiap hari tercatat sebesar 23,7 % dan 85,4% merokok di dalam rumah. Prevalensi perilaku merokok ini meningkat menjadi 28,2% di tahun 2010 (Riskesdas, 2010).

Melihat luasnya dampak kemelekan kesehatan, beberapa penelitian telah mencoba melihat faktor-faktor yang mempengaruhi kemelekan kesehatan. Penelitian Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010) di Turki menemukan bahwa usia, pendidikan, keadaan ekonomi, serta jenis kelamin merupakan faktor sosiodemografi yang berhubungan dengan kemelekan kesehatan di sana. Penelitian Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic et al (2009) di Serbia menyatakan bahwa karakteristik demografik yang berpengaruh adalah usia dan tingkat pendidikan. Hasil penelitian Lee, Tsai, Tsai dan Kuo (2010) di Taiwan menunjukkan usia, pendidikan dan pendapatan berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan. Hasil *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) di Amerika Serikat menyatakan bahwa usia tua, pendidikan rendah, disparitas etnis, hambatan dalam akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan merupakan faktor yang berhubungan dengan kemelekan kesehatan yang rendah.

Berkaitan dengan faktor-faktor tersebut, Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) menjelaskan bahwa usia mempengaruhi kemampuan berpikir yang dibutuhkan untuk membaca dan memahami informasi kesehatan. Bahasa dapat mempengaruhi kemelekan kesehatan karena perbedaan bahasa atau ketidakmampuan memakai bahasa nasional dapat menghalangi penghantaran dan

Universitas Indonesia

penerimaan informasi kesehatan (Singleton & Krause, 2009; Andrulis & Brach, 2007). Etnis dan jenis kelamin berkaitan dengan aspek sosial budaya kesehatan. Aspek ini mempengaruhi pola pemberian dan penerimaan pelayanan kesehatan (Singleton & Krause, 2009; Andrulis & Brach, 2007; Buvinic et al, 2006) serta berkaitan dengan adanya kesenjangan antar kelompok dalam kesempatan mengakses informasi dan pelayanan kesehatan (American College of Physicians, 2010; Buvinic et al, 2006).

Faktor lainnya yaitu pendidikan membentuk keahlian yang diperlukan untuk pembelajaran kesehatan serta mempengaruhi pekerjaan dan pendapatan seseorang (Canadian Council on Learning, 2008). Pekerjaan mempengaruhi kemampuan ekonomi sehingga menentukan pula kemampuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan mendapatkan sumber-sumber informasi kesehatan. Pendapatan mempengaruhi kemampuan untuk mendapatkan pendidikan dan pelayanan kesehatan sehingga pada akhirnya mempengaruhi tingkat kemampuan dalam memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan (Pawlak, 2005; Simmich, 2009). Akses pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan dari penyedia layanan kesehatan (White, 2008), sedangkan akses seseorang kepada media informasi kesehatan menjadi salah satu faktor yang menentukan karena merupakan alat penyebaran informasi kesehatan (Pawlak, 2005).

Untuk dapat mengetahui tingkat kemelekan kesehatan masyarakat, perlu dilakukan penilaian atau pengukuran. Pengukuran kemelekan kesehatan perlu dilakukan untuk mengetahui luasnya masalah kemelekan kesehatan (Rootman & El-Bihbety, 2008). Walaupun kemelekan kesehatan merupakan konsep yang kompleks dan multidimensi, para peneliti telah mengembangkan beberapa instrumen untuk menilai tingkat kemelekan kesehatan. Instrumen yang ada saat ini hanya mengukur kemelekan kesehatan dalam kemampuan baca, hitung, dan pemahaman pesan kesehatan. Namun pengukuran kemampuan ini merupakan langkah awal dalam penilaian kemelekan kesehatan (Ozdemir, Alper, Uncu dan

Universitas Indonesia

Bilgel, 2009; Fransen, Van Schaik, Twickler & Essink Bot, 2011). Salah satu instrumen untuk mengukur tingkat kemelekan kesehatan adalah perangkat *Newest Vital Sign* (NVS) yang dikembangkan oleh Weiss et al pada tahun 2005.

NVS merupakan alat skrining atau penapisan untuk pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah dan hanya membutuhkan waktu 3 menit untuk melakukannya. Tes tingkat kemelekan kesehatan menggunakan NVS dilakukan dengan memberikan responden sebuah label nutrisi es krim. Setelah itu responden diminta untuk menjawab enam pertanyaan yang jawabannya diambil dari informasi yang tertera pada label nutrisi es krim tersebut. Pertanyaan dalam NVS menguji kemampuan pemahaman bacaan dan berhitung. Setiap jawaban yang benar mendapat skor satu. Jumlah skor kurang dari empat mengindikasikan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah (Weiss et al, 2005; Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2009).

NVS dikembangkan karena melihat perlunya penilaian tingkat kemelekan kesehatan pasien yang dapat dilakukan dengan cepat dan akurat dalam pelayanan kesehatan. Tingkat kemelekan kesehatan dianggap sama pentingnya dengan tanda-tanda vital pasien yang lain sehingga pengukurannya pun disarankan dilakukan bersamaan dengan pengukuran tanda-tanda vital pasien (Weiss et al, 2005; Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore, 2010; Pfizer, 2011). Pemahaman mengenai tingkat kemelekan kesehatan pasien diperlukan oleh para petugas kesehatan di setiap pelayanan kesehatan sehingga dapat memberi pendekatan dan bentuk informasi serta edukasi kesehatan yang dapat dimengerti oleh pasien sesuai tingkat kemelekan kesehatannya (Pan, Su & Chen, 2010). Petugas kesehatan sering keliru dalam memperkirakan tingkat kemelekan kesehatan pasiennya sehingga akhirnya komunikasi kesehatan tidak berjalan dengan baik (Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore, 2010). Apalagi pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah sering merasa malu untuk bertanya, memperjelas informasi kesehatan atau mengulang instruksi serta mengakui keterbatasan mereka kepada petugas kesehatan (Safeer & Keenan, 2005; Parker, 2000).

Universitas Indonesia

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia adalah pelayanan kedokteran keluarga. Unsur komunikasi dan edukasi kesehatan ini sangat diutamakan dalam pelayanan ini, sehingga kedokteran keluarga memiliki tempat yang penting dalam penanganan masalah kemelekan kesehatan. Pelayanan kedokteran keluarga memiliki ciri-ciri utama yaitu sebagai pelayanan kesehatan primer yang langsung berhubungan dengan masyarakat, bersifat holistik (melihat secara biopsikososial) dan komprehensif (promotif-preventif-kuratif-rehabilitatif), berkesinambungan serta menekankan keluarga sebagai unit sasaran pelayanan kesehatan daripada perorangan (Lubis, 2008). Ciri-ciri tersebut membuat pelayanan dokter keluarga memegang peran yang penting dalam peningkatan kemelekan kesehatan masyarakat. Pendekatan yang beranjak dari konteks lokal masyarakat, dilakukan melalui pendidikan keluarga dan partisipasi masyarakat, memperhatikan faktor sosial budaya serta dilakukan secara berkesinambungan telah terbukti menjadi intervensi yang efektif dalam menangani masalah kemelekan kesehatan (Jahan, 2000).

Pelayanan dokter keluarga telah mulai dikembangkan di Indonesia, salah satunya adalah klinik dokter keluarga yang bernaung di bawah Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) Kiara yang beralamat di Jakarta Pusat ini memulai pelayanan kesehatan dengan pendekatan kedokteran keluarga sejak tahun 1987. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diantaranya adalah pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga, kegawatdaruratan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana. KDK FKUI Kiara juga melakukan kunjungan rumah dan pembinaan keluarga, serta mendukung program kesehatan yang diprakarsai masyarakat seperti posyandu dan olah raga bersama. Selain itu, KDK FKUI Kiara juga mengadakan penyuluhan kesehatan masyarakat dan pembinaan untuk para kader kesehatan secara rutin (Kusumadewi, 2012).

Lima penyakit terbanyak yang dihadapi KDK FKUI Kiara pada tahun 2011 adalah hipertensi, infeksi saluran pernapasan, diabetes, tuberkulosis, dan sindrom

Universitas Indonesia

dispepsia. Masalah gizi yang paling banyak dihadapi adalah obesitas yaitu 75,7% dari seluruh masalah gizi (Kusumadewi, 2012). Di klinik ini, penyakit kronis memiliki proporsi yang cukup besar. Penanganannya membutuhkan kemampuan *self-management* yang berkaitan erat dengan kemelekan kesehatan pasien. Masalah obesitas yang berkaitan dengan perilaku hidup sehat juga berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan.

Menurut Adams et al (2009), langkah awal bagi dokter keluarga dalam meningkatkan kemelekan kesehatan pasien adalah dengan mengenali tingkat kemelekan kesehatan pasien, terutama pasien yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah. Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, agar dapat melakukan fungsi dan cirinya dengan efektif, dalam pelayanan dokter keluarga diperlukan pemahaman mengenai tingkat kemelekan kesehatan pasien serta mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhinya (Safeer & Keenan, 2005; Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore, 2010; Parker, 2000). Faktor-faktor yang menjadi determinan tingkat kemelekan kesehatan perlu diketahui agar dapat dilakukan intervensi yang sesuai (Ng & Omariba, 2010).

Data mengenai tingkat kemelekan kesehatan pasien pada pelayanan kedokteran keluarga di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara serta faktor-faktor yang berhubungan masih terbatas. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui besarnya proporsi tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara serta faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan tersebut.

1.2 Rumusan Permasalahan

Tingkat kemelekan kesehatan yang rendah berdampak buruk pada perilaku kesehatan dan keadaan kesehatan. Data mengenai tingkat kemelekan kesehatan di Indonesia masih terbatas namun gambaran besarnya dapat dinyatakan oleh IPM Indonesia karena kesehatan merupakan salah satu dimensi di dalamnya. IPM Indonesia tahun 2011 sebesar 0,617 dan nilai ini berada di bawah rata-rata

Universitas Indonesia

regional. Intervensi untuk masalah kemelekan kesehatan ini bersentuhan erat dengan pelayanan kedokteran keluarga. Pemahaman mengenai tingkat kemelekan kesehatan pasien serta faktor-faktor yang berhubungan dengan hal tersebut diperlukan untuk dapat melakukan intervensi yang sesuai. Penelitian untuk mengetahui proporsi tingkat kemelekan kesehatan serta faktor-faktor yang berhubungan dalam konteks pelayanan kedokteran keluarga di Indonesia masih terbatas. Salah satu pelayanan kesehatan yang melakukan pendekatan kedokteran keluarga adalah Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta. Dengan demikian masalah pada penelitian ini adalah faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah proporsi tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Kedokteran Keluarga Fakultas Dokter Universitas Indonesia Kiara tahun 2012?
2. Apakah terdapat hubungan faktor sosiodemografi (usia, bahasa, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan), akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan responden dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012?
3. Faktor manakah yang paling berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diketuainya proporsi tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012 serta faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya proporsi tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012.
2. Diketuainya hubungan antara faktor sosiodemografi (usia, bahasa, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan), akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan responden dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012.
3. Diketuainya faktor yang paling berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam upaya edukasi dan komunikasi efektif kepada pasien serta pengembangan kebijakan dan program promosi kesehatan bagi para pasien.

1.5.2 Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi ilmiah , menjadi bahan referensi bagi penelitian-penelitian lebih lanjut terkait kemelekan kesehatan dan memberikan masukan bagi pengembangan baik pendidikan maupun profesi promosi kesehatan.

1.5.3 Bagi Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi mengenai peran kedokteran keluarga sebagai salah satu bagian dari kedokteran komunitas terhadap kemelekan kesehatan pasien sehingga dapat disusun program yang tepat dan disediakan sumber daya yang sesuai.

1.5.4 Bagi Kementerian Kesehatan RI

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi mengenai kemampuan masyarakat dalam mengakses serta memahami informasi kesehatan sehingga dapat disusun program yang tepat dan disediakan sumber daya yang sesuai.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Kemelekan kesehatan merupakan konsep yang luas serta diperlukan baik oleh tenaga kesehatan maupun pasien di seluruh pelayanan kesehatan. Ruang lingkup dalam penelitian ini adalah mengenai pengukuran tingkat kemelekan kesehatan serta faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan tersebut. Penelitian ini secara khusus dilakukan pada pasien selaku penerima informasi dan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan dalam penelitian ini adalah pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga yaitu di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kemelekan Kesehatan

2.1.1 Pengertian kemelekan kesehatan

Istilah *health literacy* atau kemelekan kesehatan pertama kali digunakan pada tahun 1974 dalam sebuah diskusi mengenai adanya standar minimum pendidikan kesehatan di tiap tingkat sekolah (Ratzan, 2001). Terdapat berbagai definisi untuk kemelekan kesehatan dan sampai sekarang konsep ini masih terus berkembang. *Joint Committee on National Health Education Standards* (1995) mendefinisikan kemelekan kesehatan sebagai kapasitas individu untuk mendapatkan, mengartikan, memahami informasi dan pelayanan kesehatan dasar serta kompetensi untuk menggunakan informasi dan pelayanan tersebut untuk meningkatkan kesehatan.

National Assessment of Adults Literacy di Amerika Serikat memakai definisi kemelekan kesehatan yaitu kemampuan untuk menggunakan informasi kesehatan yang tertulis dan tercetak untuk dapat digunakan di tengah masyarakat dalam mencapai tujuan, serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya. Kemampuan ini meliputi kemampuan membaca label obat, brosur informasi kesehatan, *informed consent*, memahami informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan serta kemampuan untuk melakukan petunjuk serta prosedur pengobatan (White, 2008).

Definisi-definisi tersebut di atas menggambarkan kemelekan kesehatan secara fungsional, yaitu menekankan pada kemampuan masyarakat untuk mengakses, memahami dan menggunakan informasi kesehatan dalam konteks pelayanan kesehatan. Selain definisi secara fungsional tersebut, berkembang pula konsep kemelekan kesehatan yang lebih luas. Institute of Medicine (IOM), sebuah organisasi independen di Amerika Serikat yang dibentuk untuk memberikan nasihat dan

informasi kepada para pembuat kebijakan kesehatan dan masyarakat, memakai definisi kemelekan kesehatan yaitu tingkat dimana individu memiliki kemampuan untuk mendapatkan, memproses serta memahami informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan (Institute of Medicine, 2004). IOM melengkapi definisi ini dengan menyatakan bahwa kemelekan kesehatan tidak saja relevan bagi individu yang membutuhkan informasi kesehatan, melainkan juga terkait dengan tenaga kesehatan, sistem kesehatan, sistem pendidikan, bahkan sistem masyarakat (Gillis, 2009).

World Health Organization dalam *Health Promotion Glossary* mengambil definisi kemelekan kesehatan yaitu kemampuan kognitif dan sosial yang menentukan motivasi dan kemampuan individu untuk mendapatkan akses, memahami dan menggunakan informasi dalam cara-cara yang meningkatkan dan mempertahankan kesehatan yang baik. Dengan meningkatkan akses dan kapasitas masyarakat untuk mendapatkan dan menggunakan informasi kesehatan dengan efektif, kemelekan kesehatan berperan dalam pemberdayaan (WHO, 1998).

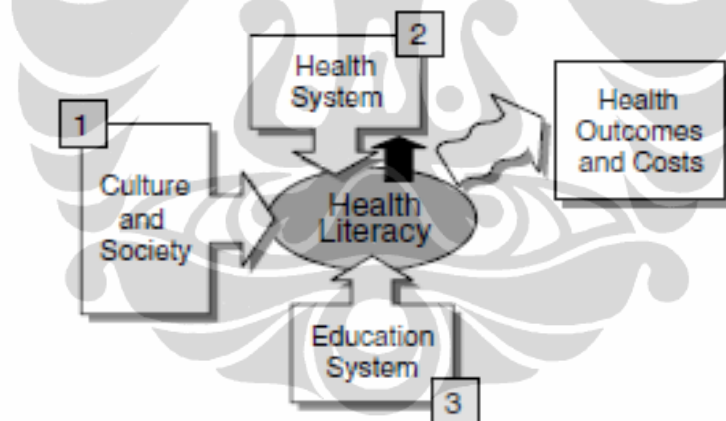
Kickbush, Wait dan Maag (2005) dalam *Navigating Health: The Role of Health Literacy* juga menekankan mengenai konteks luas kemelekan kesehatan serta aspek pemberdayaan masyarakat yang kuat. Konsep kemelekan kesehatan yang mereka ajukan adalah kemampuan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat dalam konteks keseharian, baik di rumah, komunitas, tempat kerja, pelayanan kesehatan, perdagangan, dan arena politik. Mereka menyatakan kemelekan kesehatan merupakan strategi pemberdayaan yang sangat penting untuk meningkatkan kontrol masyarakat atas kesehatan mereka, meningkatkan kemampuan masyarakat dalam mencari informasi dan kemampuan untuk bertanggung-jawab.

Canadian Public Health Association (CPHA) Expert Panel on Health Literacy mencoba merangkum semua elemen pada konsep-konsep sebelumnya dalam pengertian kemelekan kesehatan sebagai kemampuan untuk mengakses, memahami, mengevaluasi dan mengkomunikasikan informasi sebagai cara untuk menjaga dan

Universitas Indonesia

meningkatkan kesehatan dalam berbagai keadaan di sepanjang hidup. Masyarakat yang tidak melek kesehatan berisiko untuk membuat keputusan yang salah, kondisi kesehatan masyarakat dapat memburuk dan masyarakat dapat tersesat dalam kompleksitas sistem kesehatan (Rootman & El-Bihbety, 2008; Canadian Council on Learning, 2008).

Kemelekan kesehatan melibatkan kemampuan individu dalam hal mendengarkan, menulis, membaca, berbicara, berhitung serta pengetahuan budaya dan konseptual. Kemampuan individu ini berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan, sistem pendidikan serta berbagai faktor sosial budaya di tempat tinggal, tempat kerja dan masyarakat. Area-area inilah yang dapat menjadi titik intervensi dalam kemelekan kesehatan yang pada akhirnya akan mempengaruhi status kesehatan serta biaya kesehatan (Institute of Medicine, 2004).



Gambar 2.1 Area Intervensi Potensial dalam Kemelekan Kesehatan

Sumber: Institute of Medicine, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, hal.34, (2004)

Kemampuan-kemampuan dalam kemelekan kesehatan meliputi membaca, menulis, berhitung, berbicara, mendengarkan, menggunakan teknologi, membuat jejaring (*networking*) dan kemampuan seperti mengajukan keluhan serta melakukan

advokasi (Institute of Medicine, 2004). Tabel 2.1 memaparkan beberapa contoh kemampuan yang diperlukan beserta konteksnya.

Tabel 2.1 Contoh kemampuan kemelekan kesehatan

Sasaran kesehatan	Contoh kemampuan yang diperlukan
Meningkatkan dan menjaga kesehatan serta mencegah penyakit	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca dan mengikuti pedoman olah raga • Membaca, memahami, dan membuat keputusan berdasarkan label makanan dan produk • Menemukan informasi kesehatan di internet atau buku
Memahami, menginterpretasi, dan menganalisis informasi kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Menganalisis sebuah iklan obat • Menentukan dampak kesehatan dari sebuah berita di koran tentang masalah kesehatan • Menentukan situs kesehatan yang berisi informasi akurat
Mengaplikasikan informasi kesehatan pada berbagai situasi	<ul style="list-style-type: none"> • Membaca dan mengaplikasikan informasi kesehatan mengenai perawatan anak dan lansia
Navigasi sistem pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengisi formulir asuransi kesehatan • Memahami tulisan mengenai hak dan kewajiban pasien • Dapat mencari jalan di tengah keramaian rumah sakit
Berpartisipasi aktif dalam pertemuan dengan tenaga kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Meminta klarifikasi dan mengajukan pertanyaan • Membuat keputusan yang tepat berdasarkan informasi yang diterima • Bertindak sebagai mitra dengan tenaga kesehatan untuk mendiskusikan dan menjalankan pengobatan yang tepat.
Memahami dan memberikan persetujuan	<ul style="list-style-type: none"> • Memahami dokumen <i>informed consent</i> sebelum prosedur pengobatan
Memahami dan melakukan advokasi untuk hak-hak	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan advokasi untuk pihak lain seperti lansia atau penderita cacat mental agar mereka dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan • Meminta hak sebagai pasien untuk mengakses informasi

Sumber: Institute of Medicine, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, hal. 42, (2004)-telah diolah kembali

2.1.2 Dimensi kemelekan kesehatan

Terdapat beberapa pembagian dimensi kemelekan kesehatan. *National Assessment of Adult Literacy* membagi kemelekan kesehatan menjadi:

1. *Prose literacy*, yaitu pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk mencari, memahami dan menggunakan informasi dari bacaan (rangkaiannya kalimat dalam paragraf). Contohnya adalah mengumpulkan informasi kesehatan dari surat kabar dan brosur.
2. *Document literacy*, merujuk pada pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk mencari, memahami dan menggunakan teks dalam berbagai format (daftar, baris, kolom, matriks, dan grafik). Contohnya adalah mengisi formulir asuransi kesehatan, mempelajari bagan atau grafik dalam bahan-bahan kesehatan, mencari lokasi fasilitas kesehatan di peta atau menentukan dosis yang tepat pada label obat.
3. *Quantitative literacy*, merupakan pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk melakukan penghitungan, menggunakan informasi dan angka dalam bahan-bahan tercetak. Contoh kemampuan ini adalah membandingkan biaya asuransi kesehatan, menghitung informasi gizi dalam label makanan, menentukan waktu minum obat atau menyesuaikan dosis obat jika terjadi perubahan kondisi (White, 2008).



Gambar 2.2 Dimensi kemelekan kesehatan menurut NAAL

Sumber: White, *Assessing the Nation's Health Literacy*, (2008)

Universitas Indonesia

Nutbeam (2000) mengklasifikasi kemelekan kesehatan menjadi tiga tingkatan yaitu:

1. Kemelekan kesehatan fungsional (*basic/functional literacy*)

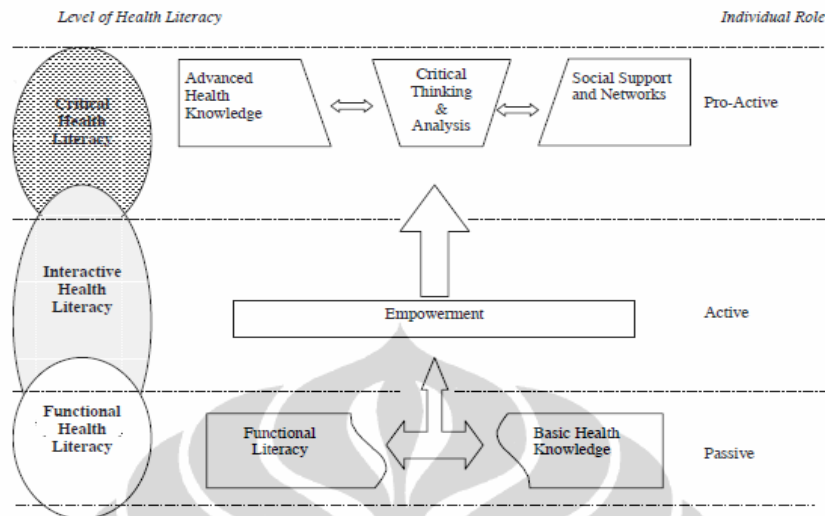
Tingkat ini merujuk pada kemampuan dasar dalam membaca dan menulis yang diperlukan seseorang dalam keseharian, misalnya kemampuan membaca bahan-bahan pendidikan kesehatan.

2. Kemelekan kesehatan interaktif (*interactive literacy*)

Kemampuan berpikir dan sosial yang lebih maju, digunakan untuk mengambil sari informasi dan mengartikan berbagai bentuk komunikasi serta mengaplikasikan informasi tersebut. Contohnya adalah program pendidikan kesehatan di sekolah.

3. Kemelekan kesehatan kritis (*critical literacy*)

Kemampuan untuk menganalisis informasi secara kritis dan menggunakan informasi ini untuk bertindak secara politik dan organisasi dalam mengontrol determinan-determinan kesehatan dari aspek sosial, ekonomi, dan lingkungan. Contohnya adalah program pemberdayaan masyarakat.



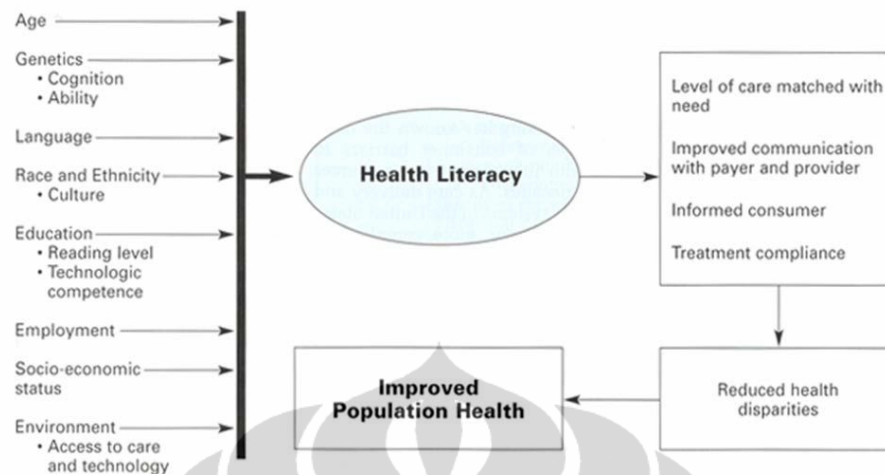
Gambar 2.3 Dimensi kemelekan kesehatan menurut Nutbeam

Sumber: Kickbush, *Improving Health Literacy-a key for enabling good health in Europe*, Europe Health Forum Gastein, (2004)

2.1.3 Model Kemelekan Kesehatan

Terdapat beberapa model yang dikembangkan untuk menjelaskan perihal kemelekan kesehatan, diantaranya adalah model *Determinants of Health Literacy* dari Pawlak.

Dalam model ini, Pawlak (2005) mengajukan determinan-determinan yang dapat mempengaruhi kemelekan kesehatan yaitu usia, genetik, bahasa, ras dan etnis, pendidikan, pekerjaan, status sosio-ekonomi dan faktor lingkungan (akses pelayanan kesehatan dan teknologi informasi). Selain dipengaruhi oleh faktor-faktor tersebut, kemelekan kesehatan itu sendiri juga merupakan determinan untuk kesehatan populasi.



Gambar 2.4 Model *Determinants of Health Literacy* dari Pawlak

Sumber: Pawlak, *Economic Considerations of Health Literacy*, Nurs Econ, 23(4), 173-180, (2005)

2.1.4 Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kemelekan kesehatan

2.1.4.1 Usia

Kemelekan kesehatan dapat menurun seiring dengan bertambahnya usia. Keadaan ini dapat dikarenakan penurunan kemampuan berpikir, rentang waktu yang lama sejak pendidikan terakhir dan penurunan kemampuan sensoris (Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore, 2010). Penurunan kemampuan berpikir ini dapat mempengaruhi kemampuan dalam membaca dan memahami informasi (Ng & Omariba, 2010).

2.1.4.2 Bahasa

Kemelekan kesehatan membutuhkan kemampuan untuk dapat membaca dan menulis dalam bahasa nasional, berhitung, berpikir kritis dan membuat keputusan. Bahasa serta budaya yang melatarbelakangi bahasa tersebut berpengaruh dalam cara seseorang mendapat dan mengaplikasikan kemampuan ini. Seseorang perlu mengenal atau familiar dengan istilah-istilah yang digunakan dalam sistem kesehatan di negaranya.

Dalam sistem kesehatan saat ini, seseorang harus dapat membaca berbagai hal, misalnya buku atau brosur pendidikan kesehatan, instruksi minum obat, formulir asuransi, tagihan pengobatan, informasi gizi, dan *informed consent*. Jika bahasa utama yang seseorang gunakan sehari-hari bukanlah bahasa nasional (bahasa resmi yang dipakai di negaranya), maka ia akan mengalami kesulitan dalam memahami informasi kesehatan. Kendala bahasa juga akan dialami saat mendengarkan dan berbicara dengan petugas kesehatan (Singleton & Krause, 2009; Andrulis & Brach, 2007).

2.1.4.3 Etnis

Berbagai penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa etnis tertentu, khususnya yang minoritas dalam suatu populasi, memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang lebih rendah. Keadaan ini dapat berhubungan dengan ketidakseimbangan sosial dan ekonomi secara historis maupun saat ini, dan berbagai diskriminasi yang masih terjadi. Tempat pemukiman yang terpisah, kurangnya akses pendidikan, dan berbagai hambatan dalam kesempatan ekonomi menjadi beberapa faktor yang menyebabkan disparitas ini.

Tenaga kesehatan juga dapat menjadi tidak peka terhadap keragaman budaya pasien-pasien yang dihadapi. Salah satu hal yang dapat menjadi penghalang adalah adanya persepsi atau stigma petugas kesehatan terhadap etnis-etnis tertentu. Baik disadari ataupun tidak, stigma ini dapat menyebabkan diskriminasi dalam pemberian pelayanan kesehatan dan informasi kesehatan. Masyarakat dengan berbagai latar belakang etnis juga dapat memiliki hambatan komunikasi kesehatan karena merasa petugas kesehatan tidak mengetahui pengobatan tradisional dan budaya-budaya terkait kesehatan yang ada pada komunitas mereka (American College of Physicians, 2010).

Budaya yang dimiliki berbagai etnis berpengaruh dalam kepercayaan kesehatan, konsep mengenai sehat dan sakit, dan cara menginterpretasi pesan-pesan kesehatan. Budaya juga akan mempengaruhi pola pencarian pelayanan kesehatan dan

Universitas Indonesia

cara berkomunikasi dengan petugas kesehatan. Contohnya, latar belakang budaya dapat mempengaruhi apakah seseorang akan memilih berkonsultasi dengan dokter atau perawat, dengan petugas kesehatan pria atau wanita. Ada budaya yang memiliki cara berkomunikasi terbuka, tetapi ada pula yang memilih cara berkomunikasi yang menghindari konfrontasi sehingga pasien akan bersikap setuju atau paham dengan informasi dari petugas kesehatan walaupun sebenarnya mereka belum tentu mengerti. Seseorang yang berasal dari budaya yang tidak memakai sendok akan bingung dalam memahami takaran obat yang memakai istilah 'sendok teh' (Singleton & Krause, 2009; Andrulic & Brach, 2007).

2.1.4.4 Jenis kelamin

Jenis kelamin menyatakan perbedaan pria dan wanita secara biologis, namun sebenarnya yang berperan sebagai determinan kemelekan kesehatan adalah karakteristik, peran, tanggung-jawab dan atribut antara pria dan wanita yang dibangun secara sosial yang dikenal dengan istilah gender (WHO, 2012).

Buvinic et al (2006) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan gender dalam hal risiko kesehatan yaitu (1) perbedaan biologis dan fisiologis antara pria dan wanita, (2) perbedaan umur harapan hidup, (3) perbedaan akses wanita dalam memperoleh mekanisme perlindungan sosial (asuransi kesehatan dan sosial), (4) norma budaya, kepercayaan religius, dan aturan keluarga serta perilaku yang menentukan peran-peran serta posisi pria dan wanita dalam masyarakat, (5) perbedaan gender dalam tingkat pendidikan, (6) perbedaan pendapatan antara pria dan wanita; dan (7) interaksi antara etnis, pendapatan, dan gender.

Rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan pada wanita ditemukan di banyak daerah. Di India, Thailand, dan negara-negara Amerika Latin, wanita kurang menggunakan pelayanan kesehatan dan kurang mendapatkan perawatan kesehatan dibanding pria. Faktor-faktor yang mempengaruhi hal ini adalah (1) faktor pelayanan, misalnya jarak, biaya, kesesuaian pelayanan kesehatan; (2) faktor pengguna, yang meliputi keterbatasan wanita dalam mobilitasnya, pendapatan wanita yang lebih

Universitas Indonesia

rendah, serta keterbatasan dalam memperoleh informasi kesehatan; (3) faktor institusional, meliputi kontrol pria atas pengambilan keputusan, anggaran serta fasilitas kesehatan (Buvinic et al, 2006).

Pengaruh sosial dan budaya tersebut pada akhirnya berpengaruh pada kemelekan kesehatan. Penelitian di Amerika, Serbia dan Turki menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara wanita dengan tingkat kemelekan kesehatan yang lebih rendah (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic, 2009; Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2010; Schillinger, 2002). Odzemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010) menyatakan bahwa kesenjangan ini berhubungan dengan kesenjangan pendidikan yang diperoleh antara pria dan wanita. Perbedaan dalam kesempatan memperoleh pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi tingkat kemelekan kesehatan.

2.1.4.5 Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi kemelekan kesehatan secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menguasai berbagai bidang dan juga mempengaruhi kemampuan dalam mengumpulkan serta menginterpretasikan berbagai informasi, termasuk informasi yang terkait kesehatan. Kemampuan-kemampuan ini pada akhirnya akan mempengaruhi preferensi seseorang serta pilihan-pilihan perilaku dan gaya hidupnya. Selain berdampak pada pembentukan pengetahuan kesehatan, pendidikan juga membentuk keahlian atau kompetensi yang dibutuhkan untuk pembelajaran kesehatan (misalnya kemampuan membaca berbagai sumber informasi kesehatan, kemampuan menggunakan internet).

Secara tidak langsung, pendidikan dapat mempengaruhi pekerjaan serta pendapatan seseorang sehingga pada akhirnya juga mempengaruhi tingkat kemelekan kesehatan (Canadian Council on Learning, 2008).

Satu hal yang perlu diingat adalah tingkat pendidikan tidak dapat menjadi satu-satunya tolak ukur untuk tingkat kemelekan kesehatan seseorang. Tingkat

Universitas Indonesia

pendidikan mengukur lamanya seseorang mengikuti pendidikan, tetapi tidak selalu dapat mengukur seberapa banyak yang dipelajari di sekolah. Terlebih lagi kualitas sekolah yang berbeda-beda antar sekolah dan antar daerah. Salah satu contohnya adalah hasil *National Assessment of Adult Literacy* di Amerika Serikat menunjukkan dari 52 % responden yang telah menyelesaikan sekolah menengah atas memiliki kemelekan kesehatan yang rendah (Weiss, 2007; White, 2008; Gillis, 2009).

2.1.4.6 Pekerjaan

Status pekerjaan mempengaruhi kemampuan ekonomi seseorang, sehingga menentukan pula kemampuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan mendapatkan sumber-sumber informasi kesehatan lainnya. Selain itu, dengan bekerja maka lebih besar kemungkinan bagi seseorang untuk mendapatkan jaminan kesehatan dari tempatnya bekerja. Hal ini akan makin memperbesar aksesnya untuk mendapat informasi dan pelayanan kesehatan. Menurut Ng & Omariba (2010), dengan bekerja maka seseorang akan lebih terlibat dalam kegiatan-kegiatan membaca, menulis, berhitung dalam konteks pekerjaannya. Hal ini akan makin membentuk dan meningkatkan kemampuannya dalam memahami istilah, angka, teks dalam konteks kesehatan.

2.1.4.7 Pendapatan

Faktor ekonomi mempengaruhi dalam kemampuan untuk mendapatkan pendidikan dan pelayanan kesehatan, sehingga pada akhirnya mempengaruhi tingkat kemampuan dalam memperoleh, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan (Pawlak, 2005; Simmich, 2009). Penelitian yang dilakukan di berbagai negara menunjukkan keterkaitan antara pendapatan yang rendah dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah pula (Ng & Omariba, 2010; Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic, 2009; Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2010).

2.1.4.8 Akses pelayanan kesehatan

Forsyth et al (2008) mengemukakan bahwa akses kepada pelayanan kesehatan bergantung pada lokasi pelayanan, sarana transportasi yang tersedia untuk mencapai

Universitas Indonesia

pelayanan kesehatan, dan adanya asuransi atau jaminan kesehatan. Akses ini juga dipengaruhi oleh tingkat pendapatan.

Akses pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan informasi kesehatan. Penelitian kemelekan kesehatan skala nasional di Amerika pada tahun 2003 (*National Assessment of Adult Literacy*) menunjukkan keterkaitan antara salah satu bagian akses pelayanan kesehatan yaitu asuransi kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan. Sebanyak 53% penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah (White, 2008). Penelitian oleh Bains dan Egede (2011) juga menunjukkan hasil bahwa pada orang-orang yang tidak memiliki jaminan kesehatan terdapat proporsi tingkat kemelekan kesehatan rendah yang lebih besar.

2.1.4.9 Akses informasi kesehatan

Teknologi informasi merupakan alat penyebaran informasi kesehatan sehingga akses seseorang kepada teknologi informasi menjadi salah satu faktor yang menentukan kemelekan kesehatannya (Pawlak, 2005). Hal ini makin nyata seiring perkembangan teknologi informasi yang pesat. Misalnya, makin banyak informasi kesehatan yang tersedia melalui internet (McRay, 2005).

National Assessment of Adult Literacy memberikan data yaitu lebih banyak penduduk yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah yang melaporkan bahwa mereka tidak mendapat informasi kesehatan dari sumber informasi tercetak atau tertulis dibandingkan mereka yang tingkat kemelekan kesehatannya lebih tinggi. Penelitian yang sama juga menyatakan bahwa 80% penduduk yang kemelekan kesehatannya sangat rendah menyatakan bahwa mereka tidak mendapat informasi dari internet (White, 2008).

Speros (2005) dalam analisisnya mengenai konsep kemelekan kesehatan menyatakan bahwa faktor yang mendahului (anteseden) kemelekan kesehatan adalah literasi (melek huruf) dan pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan. Dalam penjeleasan lebih lanjut, ia mengungkapkan bahwa melek huruf merupakan sebuah

Universitas Indonesia

kemampuan meta-kognitif yang melibatkan kemampuan membaca, memahami dan berhitung. Untuk melengkapi kemampuan tersebut harus ada pengalaman kesehatan dimana individu terpapar oleh bahasa atau istilah kesehatan serta sebuah kerangka kognitif yang membuat informasi kesehatan yang diterimanya terlihat logis.

White (2008) juga mengungkapkan hal yang sama yaitu bahwa kemelekan kesehatan meliputi kemampuan melek huruf yang ditambah dengan pengetahuan mengenai istilah dan singkatan dalam dunia kesehatan. Kemelekan kesehatan membutuhkan familiaritas dengan struktur dan jenis informasi kesehatan (misalnya brosur untuk pasien). Paparan terhadap informasi kesehatan ini membentuk sebuah kemampuan yang baru atau lebih canggih dibanding kemampuan melek huruf secara umum. Semua hal ini menunjukkan bahwa akses informasi kesehatan menjadi faktor yang sangat penting dalam pembentukan kemampuan kemelekan kesehatan.

2.1.5 Dampak kemelekan kesehatan

2.1.5.1 Dampak terhadap kesehatan

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kemelekan kesehatan merupakan salah satu prediktor terkuat untuk kesehatan seseorang. Tingkat kemelekan kesehatan yang rendah berhubungan dengan kurangnya pengetahuan mengenai tindakan kesehatan yang bersifat pencegahan, perawatan diri dan pengobatan. Pengetahuan yang kurang ini bervariasi mulai dari pengetahuan tentang demam pada anak hingga keadaan yang kronis seperti hipertensi dan diabetes. Beberapa contohnya adalah pasien asma kurang mengetahui bagaimana cara menggunakan *inhaler*, pasien diabetes kurang mengetahui gejala hipoglikemia, pasien hipertensi tidak mengetahui bahwa penurunan berat badan dan olahraga dapat membantu mengontrol hipertensi dan para ibu yang tidak tahu bagaimana membaca termometer (Weiss, 2007; Williams, Baker, Parker dan Nurss, 1998).

Orang yang memiliki keterbatasan kemelekan kesehatan juga kurang menunjukkan perilaku-perilaku yang sehat, misalnya lebih banyak yang merokok

Universitas Indonesia

termasuk saat hamil, lebih banyak yang tidak menyusui, dan lebih banyak yang tidak rutin datang ke pelayanan kesehatan anak (Weiss, 2007).

Selain itu, kemelekan kesehatan yang rendah membuat seseorang lebih berisiko untuk mengalami kesalahan pengobatan. Hasil penelitian Wolf et al (2007) menunjukkan bahwa kemelekan kesehatan yang rendah berdampak pada kemampuan seseorang untuk membaca dan memahami instruksi minum obat dan peringatan pada label obat. Keadaan ini dapat makin menyulitkan jika pasien meminum beberapa jenis obat. Hal ini akan membuat pasien berisiko menjalani pengobatan yang kurang (*under-treatment*) atau berlebihan (*over-treatment*) dan pasien juga berpotensi mengalami bahaya efek samping obat .

Baker et al (2002) dalam penelitiannya mengenai hubungan kemelekan kesehatan dengan risiko dirawat di rumah sakit menyatakan bahwa individu yang memiliki kemelekan kesehatan rendah lebih cenderung dirawat di rumah sakit dibandingkan dengan orang yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi. Mereka juga memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk dirawat inap lebih dari sekali.

Penelitian Schillinger et al (2002) menambahkan data dengan membuktikan bahwa kemelekan kesehatan yang rendah pada pasien diabetes berhubungan dengan kontrol gula darah yang buruk dan tingkat komplikasi yang tinggi. Hal ini dapat dikarenakan kemelekan kesehatan yang rendah membuat pasien kurang dapat mengenali tanda dan gejala diabetes sehingga terlambat mencari perawatan. Pengobatan diabetes membutuhkan kemampuan pasien dalam perawatan diri (*self-management*) seperti kemampuan memantau gula darah, mengatur konsumsi obat, menjaga kebersihan dan kesehatan kaki, menjaga pola makan dan berolah raga. Kemampuan ini berkaitan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien.

Peningkatan kemelekan kesehatan dianggap menjadi salah satu tindakan penting dalam menangani masalah-masalah kesehatan (ECOSOC, 2010). Beberapa studi yang telah dilakukan dapat menjadi contoh nyata. Penelitian Gillis (2009)

Universitas Indonesia

menyatakan manfaat penerapan konsep kemelekan kesehatan dalam meningkatkan perilaku pemberian ASI. Kalichman, Cherry dan Kain dalam penelitian mereka di tahun 2005 menunjukkan bahwa penderita HIV yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah memiliki *viral load* yang lebih tinggi, hitung sel CD4 yang lebih rendah, tidak patuh mengkonsumsi antiretroviral, dan lebih sering dirawat di rumah sakit. Penelitian Kumphitak et al (2007) membuktikan bahwa peningkatan kemelekan kesehatan terbukti meningkatkan pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik pada penderita HIV/AIDS di Thailand (ECOSOC, 2010). Seperti yang telah dipaparkan sebelumnya, kemelekan kesehatan berkaitan erat dengan penanganan diri (*self-management*) yang diperlukan dalam berbagai penyakit kronis (Williams, Baker, Parker dan Nurss, 1998). Kemelekan kesehatan juga berperan dalam membentuk gaya hidup sehat dan perilaku preventif lainnya (Shah et al, 2010; Bennet et al, 2009)

Paparan di atas berkaitan dengan masalah kesehatan masyarakat yang dihadapi banyak negara saat ini, diantaranya adalah pencapaian *Millenium Development Goals* dan beban penyakit tidak menular yang makin meningkat. Tingginya angka kematian ibu dan bayi, penularan HIV, dan peningkatan prevalensi penyakit tidak menular dihadapi oleh banyak negara, termasuk di Indonesia (ECOSOC, 2010).

Prevalensi penyakit tidak menular saat ini lebih tinggi dari penyakit menular, masalah kesehatan ibu dan bayi serta masalah nutrisi. Di dunia, Sekitar 18 juta orang meninggal tiap tahun karena penyakit kardiovaskuler, dengan faktor predisposisi diabetes dan hipertensi. WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2025, jumlah penderita diabetes di dunia akan membengkak menjadi 300 juta orang dan Indonesia akan menempati peringkat ke-5 dunia dengan estimasi jumlah penderita 12, 4 juta orang. Masalah obesitas juga makin meningkat. Keadaan ini terjadi baik di negara maju maupun berkembang (Suyono, 2006; ECOSOC, 2010). Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 memberi data angka kematian ibu

sebesar 228/100.000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi 34/1000 kelahiran hidup (Depkes RI, 2008).

Selain hal-hal yang dijelaskan di atas, kemelekan kesehatan juga diperlukan dalam tuntutan sistem kesehatan saat ini. Tanggung jawab individu dalam pengelolaan penyakit dan kesehatannya makin diperlukan dalam masyarakat modern. Akses informasi dan pengetahuan mengenai kesehatan dan penyakit makin memegang peranan penting, dan masyarakat diharapkan dapat menggunakan pengetahuan dan informasi ini untuk dapat menjaga kesehatannya. Individu juga makin dituntut untuk memahami hak dan tanggung-jawabnya dalam sistem kesehatan. Peran aktif masyarakat ini memerlukan kemelekan kesehatan yang baik (Fransen, Van Schaik, Twickler dan Essink Bot, 2011; Institute of Medicine, 2004).

Tuntutan kemampuan membaca, menulis, dan berhitung makin meningkat dalam kompleksitas sistem kesehatan dan kemajuan ilmu pengetahuan serta teknologi saat ini. Tiap hari, seseorang harus membuat keputusan dan mengambil tindakan untuk diri mereka, keluarga, dan masyarakat. Tindakan ini tidak hanya dilakukan di klinik atau rumah sakit, melainkan juga di rumah, sekolah, tempat kerja, dan di forum masyarakat. Di pelayanan kesehatan, seseorang diharapkan dapat memahami bahan bacaan kesehatan, *informed consent*, serta formulir asuransi. Di rumah, para orang tua harus menentukan dosis obat bebas yang tepat sesuai umur dan berat badan anak mereka. Di tempat kerja, seseorang harus memikirkan kesehatan dan keselamatan kerja. Saat membeli makanan, para konsumen diharapkan dapat memahami informasi gizi yang tercantum di label nutrisi. Di lingkungan, banyak tanda-tanda peringatan keselamatan dan kesehatan yang harus dipahami masyarakat (Institute of Medicine, 2004).

Saat ini, internet menjadi salah satu sumber utama informasi kesehatan. Internet dapat menjadi berdampak baik bagi pemahaman kesehatan, namun sama seperti media lain, terdapat bahaya bahwa tersedia informasi yang salah atau berkualitas rendah di internet karena informasi di internet tidak tersaring. Kemelekan

Universitas Indonesia

kesehatan diperlukan untuk dapat menggunakan internet dengan efektif dan mengakses informasi kesehatan yang tersedia (Christmann, 2005).

2.1.5.2 Dampak terhadap biaya pelayanan kesehatan

Kombinasi dari keadaan-keadaan yang diakibatkan oleh kemelekan kesehatan yang rendah diantaranya kesalahan pengobatan, perawatan di rumah sakit yang lebih sering dan lebih lama, penggunaan unit gawat darurat yang lebih banyak, dan tingkat penyakit yang lebih tinggi, diperkirakan menyebabkan beban tambahan dalam sistem kesehatan di Amerika Serikat antara 50-73 milyar dollar Amerika per tahun (Weiss, 2007).

Orang yang tingkat kemelekan kesehatannya rendah 1,5 kali lebih sering datang ke dokter dan tiga kali lebih banyak mendapat resep obat dibandingkan orang yang tingkat kemelekan kesehatannya lebih tinggi (Center for Health Care Strategies, n.d). Penduduk dengan kemelekan kesehatan yang rendah diperkirakan membutuhkan biaya kesehatan tahunan empat kali lebih besar dibandingkan populasi umum (Pawlak, 2005).

2.1.6 Pengukuran kemelekan kesehatan

Dalam rangka mengetahui tingkat kemelekan kesehatan masyarakat, dampak dan efektifitas intervensi kesehatan yang dilakukan, diperlukan pengukuran tingkat kemelekan kesehatan yang tepat. Pengukuran kemelekan kesehatan yang baik dapat memfasilitasi pengembangan cara-cara yang efektif untuk menangani kemelekan kesehatan yang rendah dan meningkatkan status kesehatan individu maupun masyarakat (Fransen, Van Schaik, Twickler dan Essink Bot, 2011). Walaupun kemelekan kesehatan merupakan konsep yang kompleks dan multidimensi, para peneliti telah mengembangkan beberapa instrumen terstandarisasi untuk mengukur tingkat kemelekan kesehatan.(Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2010). Instrumen-instrumen pengukuran yang ada saat ini mengukur kemelekan kesehatan secara

fungsional yaitu kemampuan untuk membaca, berhitung dan memahami informasi kesehatan. Instrumen yang paling sering digunakan diantaranya adalah:

a. *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM)

REALM adalah sebuah instrumen berisi 66 istilah kesehatan untuk menguji kemampuan dalam membaca dan mengucapkan istilah-istilah kesehatan yang sering digunakan. Istilah-istilah ini disusun dengan urutan tingkat kesulitan yang makin meningkat. Nilai 0-44 menunjukkan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah, nilai 45-60 menunjukkan kemelekan kesehatan marginal, dan nilai 61-66 menyatakan tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Tes yang membutuhkan waktu sekitar 3-6 menit ini tidak menguji pemahaman bacaan dan kemampuan berhitung (DeWalt & Pignone, 2008; Departement of Health AIDS Institute, 2012).

b. *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA)

Instrumen ini terdiri dari dua bagian. Pada bagian pertama, responden diberi sebuah informasi medis (misalnya instruksi minum obat atau persiapan untuk sebuah prosedur diagnostik). Responden diminta untuk membaca informasi tersebut dan kemudian menjawab pertanyaan-pertanyaan yang menguji pemahaman mereka atas informasi yang disediakan. Pada bagian kedua, dengan memakai metode *Cloze*, responden diberikan bacaan tentang topik medis dengan beberapa kata dikosongkan. Responden harus mengisi bagian-bagian yang kosong itu dengan memilih kata yang paling tepat pada pilihan berganda. Pertanyaan untuk menguji pemahaman bacaan sebanyak 50 buah dan untuk menguji kemampuan berhitung sebanyak 17 buah. Nilai 0-59 menunjukkan kemelekan kesehatan yang kurang, nilai 60-74 menyatakan kemelekan kesehatan marginal, dan nilai 75-100 menunjukkan kemelekan kesehatan yang tinggi.

Oleh karena tes ini membutuhkan waktu sekitar 20-25 menit, dikembangkan versi pendek dari TOFHLA yaitu *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). S-TOFHLA menggunakan 36 pertanyaan dari versi lengkapnya, tidak menguji kemampuan menggunakan angka dan membutuhkan waktu sekitar 7-12

Universitas Indonesia

menit. Nilai 0-53 menyatakan kemelekan kesehatan rendah, nilai 54-66 menunjukkan kemelekan kesehatan marginal, dan nilai 67-100 menyatakan kemelekan kesehatan yang tinggi (DeWalt & Pignone, 2008; Departement of Health AIDS Institute, 2012).

c. *Newest Vital Sign* (NVS)

NVS dikembangkan sebagai alat skrining/penapisan untuk mengetahui pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah. Penelitian Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) mengenai penggunaan NVS dalam pelayanan primer memberikan kesimpulan bahwa NVS merupakan instrumen yang akurat, obyektif, mudah dilakukan, dan hanya membutuhkan waktu sekitar 3 menit.

Tes tingkat kemelekan kesehatan menggunakan NVS dilakukan dengan memberikan responden sebuah label nutrisi es krim. Setelah itu responden diminta untuk menjawab enam pertanyaan yang jawabannya diambil dari informasi gizi yang tertera pada label nutrisi es krim tersebut. Pertanyaan dalam NVS memerlukan kemampuan pemahaman bacaan dan berhitung, dan kemampuan ini berhubungan dengan pemahaman informasi kesehatan. Setiap jawaban yang benar mendapat skor 1. Jumlah skor < 4 mengindikasikan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah. (Weiss et al, 2005; Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2009).

Dasar dari penggunaan instrumen ini adalah kemampuan pasien untuk membaca dan menganalisis label nutrisi sebanding dengan kemampuan untuk dapat memahami dan mengikuti petunjuk medis. Kemampuan ini meliputi pemahaman dan pemakaian kata (*prose literacy*), angka (*numeracy*), dan teks (*documents literacy*). Baik dalam membaca label nutrisi ataupun mengikuti petunjuk pengobatan, pasien perlu mengingat angka-angka dan membuat perhitungan matematis, mengidentifikasi dan memperhatikan berbagai bahan yang dapat berbahaya bagi mereka dan membuat keputusan berdasarkan informasi yang diberikan.

Beberapa contoh perbandingannya adalah:

- Pasien telah dijadwalkan untuk tes darah dan diinstruksikan secara tertulis untuk berpuasa semalam sebelum tes dilakukan. Kemampuan untuk mengikuti instruksi

Universitas Indonesia

ini termasuk *prose literacy*. Pasien memerlukan kemampuan ini untuk membaca label nutrisi dan menentukan apakah ada bahan makanan yang dapat membuatnya alergi.

- Pasien diberikan resep untuk obat yang harus dimakan dalam dosis tertentu sebanyak dua kali sehari. Kemampuan untuk dapat mengkonsumsi obat ini dengan tepat termasuk *numeracy*. Pasien memerlukan kemampuan yang sama untuk menghitung berapa banyak kalori yang ada dalam satu porsi es krim.
- Pasien diminta untuk memakai alat pengukur kadar gula darah (glucose meter) 30 menit sebelum makan dan sebelum tidur. Jika angka yang tertera lebih dari 200, ia harus menghubungi dokter. Kemampuan untuk mengikuti instruksi ini termasuk dalam *document literacy*. Pasien juga memerlukan kemampuan ini untuk mengidentifikasi jumlah lemak jenuh dalam makanan dan pengaruhnya terhadap diet harian (Pfizer, 2011).

Penggunaan label nutrisi untuk mengukur kemelekan kesehatan juga memiliki nilai tambah karena nutrisi merupakan bagian penting dalam penanganan kesehatan untuk berbagai penyakit kronis. Selain itu, informasi gizi dalam label nutrisi juga perlu dipahami masyarakat dalam mencapai kebiasaan makan yang baik (Weiss et al, 2005).

Walaupun instrumen-instrumen pengukuran yang ada saat ini belum dapat mengukur seluruh aspek dari kemelekan kesehatan, namun instrumen-instrumen ini merupakan langkah awal dalam mengetahui tingkat kemelekan kesehatan masyarakat serta prevalensi kemelekan kesehatan yang rendah pada berbagai macam populasi (Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2010; Fransen, Van Schaik, Twickler dan Essink Bot, 2011; Davis & Wolf, 2004).

2.2 Kedokteran keluarga

2.2.1 Pendekatan dalam kedokteran keluarga

Pelayanan kedokteran keluarga memiliki ciri-ciri utama yaitu sebagai kesehatan lini pertama yang bekerja dalam komunitas, langsung berhubungan dengan masyarakat, bersifat holistik (melihat latar belakang sosial budaya masyarakat) dan komprehensif (promotif-preventif-kuratif-rehabilitatif), berkesinambungan, mengutamakan hubungan pasien-dokter serta menekankan keluarga sebagai unit sasaran pelayanan kesehatan daripada perorangan (Lubis, 2008; Wonodirekso & Pattiradjawane, 2010).

Dalam pedoman Standar Profesi Dokter Keluarga. Pelayanan dokter keluarga melakukan anamnesis dengan *patient-centered approach* dalam memperoleh keluhan utama pasien, kekhawatiran dan harapannya mengenai keluhan tersebut, serta keterangan untuk penegakkan diagnosis. Pemeriksaan fisik dilakukan secara holistik dan bila perlu menganjurkan pemeriksaan penunjang yang rasional, efektif dan efisien. Pengobatan dan tindakan medis yang diberikan harus rasional dan berdasarkan tanda bukti yang sah dan terkini (*evidence-based*) demi kepentingan pasien. Dokter keluarga juga melaksanakan konseling terhadap perasaan dan persepsi pasien dan keluarganya untuk membantu mereka menentukan pilihan penatalaksanaan yang terbaik. Bila dinilai bahwa penatalaksanaan pasien akan lebih baik bila ada partisipasi keluarga, maka dokter keluarga menawarkan pembinaan keluarga (Trisna et al, 2006).

Lebih lanjut lagi, pelayanan yang disediakan dokter keluarga memandang pasien sebagai seorang manusia seutuhnya yang terdiri dari fisik, mental, sosial dan spiritual, serta merupakan bagian dari lingkungan fisik dan sosialnya. Pelayanan dokter keluarga juga mendayagunakan segala sumber di sekitar kehidupan pasien untuk meningkatkan keadaan kesehatan pasien dan keluarganya. Sebagai standar perilaku terhadap pasien, pelayanan dokter keluarga menyediakan kesempatan pada pasien untuk menyampaikan kekhawatiran dan masalah kesehatannya, serta

Universitas Indonesia

memberikan kesempatan pada pasien untuk memperoleh penjelasan yang dibutuhkan untuk dapat memutuskan pemilihan penatalaksanaan yang akan dilaksanakannya.

Dokter keluarga memberikan informasi mengenai tujuan, kepentingan, keuntungan, risiko yang berhubungan dalam hal pemeriksaan, konsultasi, rujukan, pengobatan, tindakan dan sebagainya dengan sejas-jelasnya sehingga memungkinkan pasien untuk dapat memutuskan segala yang akan dilakukan secara puas dan terinformasi (*informed patient*). Waktu yang disediakan untuk konsultasi harus cukup bagi pasien untuk dapat menyampaikan keluhan dan keinginan, cukup untuk dokter menjelaskan apa yang diperolehnya dari pemeriksaan, serta cukup untuk menumbuhkan partisipasi pasien dalam melaksanakan penatalaksanaan yang dipilihnya. Komunikasi ini dilakukan dengan efektif dan berlandaskan rasa saling percaya (Trisna et al, 2006). Ciri-ciri ini membuat pelayanan dokter keluarga memegang peran yang penting dalam peningkatan kemelekan kesehatan masyarakat.

Intervensi dalam masalah kemelekan kesehatan dapat dibagi menjadi dua kategori: (1) intervensi yang diarahkan pada individu dalam situasi klinis dan (2) tindakan yang berfokus pada komunitas (ECOSOC, 2010). Pelayanan kesehatan dengan pendekatan kedokteran keluarga dapat menyentuh kedua hal itu. Rootman dan El-Bihbety (2008) mengajukan upaya intervensi dalam konteks pelayanan kesehatan yang menekankan pada unsur pendidikan dan komunikasi kesehatan yang peka terhadap karakteristik individu, sensitif terhadap nilai-nilai budaya serta bersifat berkesinambungan. Selain itu, perlu dilakukan juga intervensi dalam konteks keluarga. Contohnya dengan program-program untuk meningkatkan kemelekan kesehatan para orangtua akan dapat berdampak pada kesehatan keluarga dan perkembangan anak-anak yang merupakan generasi penerus. Pendekatan-pendekatan ini dapat dilakukan dalam konteks kedokteran keluarga.

Pendekatan yang beranjak dari konteks lokal masyarakat, dilakukan melalui pendidikan keluarga dan partisipasi masyarakat, memperhatikan faktor sosial budaya

serta dilakukan secara berkesinambungan telah terbukti menjadi intervensi yang efektif dalam menangani masalah kemelekan kesehatan (Jahan, 2000).

Menambahkan paparan di atas, Wonodirekso & Pattiradjawane (2010) menyatakan bahwa pelayanan kedokteran keluarga memenuhi kriteria yang diperlukan oleh pelayanan primer dalam menghadapi tantangan pelayanan kesehatan. Tantangan yang dimaksud adalah (1) Tuntutan *Millenium Development Goals* (MDGs) yang mana tiga dari delapan tujuannya terkait langsung dengan pelayanan kesehatan; (2) Transisi epidemiologis dan *triple burden of diseases*. Penyakit yang disebabkan gaya hidup dan perilaku meningkat pesat terutama di negara berkembang dan merupakan 20-25% beban global seluruh penyakit. Ditambah lagi saat ini negara berkembang menghadapi tiga beban penyakit sekaligus yaitu penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit kesehatan jiwa atau akibat perilaku sosial.

Dalam menjawab tantangan tersebut diperlukan pelayanan kesehatan yang mampu menjembatani kebutuhan-kebutuhan sosial, memberikan pelayanan individual yang holistik, komprehensif, serta *cost-effective*. Kriteria ini dipenuhi oleh pelayanan dokter keluarga yang bersifat umum, berkesinambungan, komprehensif, terkoordinasi, kolaboratif, berorientasi keluarga, berorientasi komunitas, sadar biaya, mutu, etika, dan hukum, dan dapat diaudit dan akuntabel (Wonodirekso&Pattiradjawane, 2010).

2.2.2 Pelayanan di Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara

Klinik di daerah Jakarta Pusat ini didirikan pada tahun 1956 di bawah Departemen Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan komunitas. Pada awalnya program di Klinik Kiara didasarkan pada enam pelayanan kesehatan dasar yaitu pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, kesehatan lingkungan (studi kasus), promosi kesehatan, pencegahan penyakit menular, serta pencatatan dan pelaporan penyakit. Sejak tahun 1987, Klinik

Kiara mengimplementasikan pendekatan kedokteran keluarga dalam pelayanan kesehatan primer sehingga menjadi Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara.

Seperti pendekatan pelayanan dokter keluarga yang telah dipaparkan sebelumnya, klinik ini menjalankan pendekatan yang holistik, komprehensif, terintegrasi dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan diberikan baik di dalam klinik maupun di luar klinik. Pelayanan yang diberikan di dalam klinik adalah pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan dokter keluarga; pelayanan kegawatdaruratan medis; kesehatan ibu dan anak; keluarga berencana; pemeriksaan laboratorium; farmasi; *medical check-up*; penyuluhan kesehatan mingguan dengan pasien; diskusi kesehatan bulanan dengan para kader. Pelayanan di luar klinik adalah mendukung pelayanan posyandu setempat; mendukung program olah raga masyarakat; kunjungan rumah; pembinaan keluarga; dan pelayanan kedokteran okupasi.

Di klinik ini rekam medis diatur per keluarga. Dalam rekam medis terdapat data mengenai pohon keluarga (genogram) serta latar belakang sosial budaya pasien dan keluarga. Rekam medis tidak hanya mencatat keluhan, perjalanan penyakit, diagnosis dan penatalaksanaan saja, melainkan juga mencatat hal-hal seperti kekhawatiran dan harapan pasien mengenai keluhannya. Upaya pembinaan keluarga dilakukan untuk pasien yang membutuhkan penatalaksanaan khusus; pasien penyakit kronis dan membutuhkan perawatan jangka panjang; serta pasien yang membutuhkan pendampingan keluarga. Pembinaan ini diberikan atas persetujuan atau permintaan pasien dan dilakukan oleh tim. Contoh kasusnya adalah penyakit kronis degeneratif seperti hipertensi, diabetes mellitus; penyakit infeksi seperti tuberkulosis, HIV/AIDS, skabies; pasien yang sakit tahap akhir; pasien lanjut usia yang memiliki banyak penyakit penyerta; anak dengan gangguan nutrisi dan masalah tumbuh kembang; serta jika tidak ada orang yang dapat merawat pasien.

Sebagai bagian dari institusi pendidikan, klinik ini juga melaksanakan tridarma perguruan tinggi yaitu pendidikan, pelayanan, dan penelitian. Klinik ini

Universitas Indonesia

merupakan wadah pendidikan bagi mahasiswa kedokteran, peserta didik spesialisasi kesehatan paru-paru (pulmonologi) dan kedokteran okupasi. Visi Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara adalah menjadi klinik layanan primer yang berkualitas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai prinsip kedokteran keluarga, pendidikan bagi mahasiswa fakultas kedokteran undergraduate maupun postgraduate, dan penelitian baik di dalam lingkungan klinik, departemen, tingkat fakultas maupun universitas. Bagian dari misi klinik ini adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat sesuai pendekatan kedokteran keluarga, menjadi salah satu lahan pendidikan dan penelitian yang berkualitas, serta membentuk sumber daya manusia yang berkualitas sesuai konsep kedokteran keluarga pada tingkat layanan primer (Kusumadewi, 2012).

2.3 Tinjauan beberapa penelitian terdahulu mengenai kemelekan kesehatan Penelitian kemelekan kesehatan pada orang dewasa di Turki

Di tahun 2010, Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel melakukan penelitian untuk menilai tingkat kemelekan kesehatan pada 456 pasien di sebuah klinik dokter keluarga Turki. Penilaian dilakukan dengan menggunakan REALM dan NVS yang diterjemahkan ke dalam bahasa Turki melalui proses *translation-back translation*. Penelitian ini juga mengumpulkan karakteristik demografik pasien. Hasil skor REALM menunjukkan 2,7% memiliki skor rendah, 38,6 % mendapat skor marginal dan 58,7% memperoleh skor tinggi. Hasil skor NVS menunjukkan sebanyak 28,1% yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi.

Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel menyatakan bahwa responden mendapat skor yang lebih baik pada tes REALM dan lebih buruk pada NVS dapat dikarenakan adanya pengujian kemampuan berhitung pada NVS. Hal ini juga dapat dikarenakan para responden tidak terbiasa membaca label nutrisi. Mereka menyarankan agar hal ini harus diingat saat pemberian resep, yaitu agar tenaga kesehatan tidak bergantung pada label intruksi pengobatan karena besar kemungkinan para pasien tidak mengerti

Universitas Indonesia

isinya. Pada penelitian ini ditemukan bahwa jenis kelamin perempuan, pendidikan rendah, usia tua dan keadaan ekonomi yang buruk berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan yang lebih rendah. Pendidikan merupakan faktor yang paling mempengaruhi tingkat kemelekan kesehatan. Responden penelitian ini ditemukan memiliki kemampuan membaca dan kosa kata yang lebih baik dibandingkan kemampuan berhitung.

Penelitian di Belgrade, Serbia mengenai kemelekan kesehatan fungsional pada pasien pelayanan kesehatan primer

Penelitian ini dilakukan oleh Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, dan Marinkovic pada tahun 2008 dengan melibatkan 120 pasien di dua pusat pelayanan kesehatan primer. Penelitian ini merupakan *pilot study* yang mengawali keseluruhan penelitian mengenai kemelekan kesehatan di semua pusat pelayanan kesehatan primer di Belgrade. Tujuan penelitian ini adalah menilai tingkat kemelekan kesehatan pasien serta hubungannya dengan variabel sosio-demografi, persepsi diri mengenai kesehatan dan adanya penyakit kronis. Instrumen yang digunakan adalah TOFHLA yang diterjemahkan ke dalam bahasa Serbia serta kuesioner yang berisi 11 pertanyaan mengenai karakteristik sosio-demografi, persepsi diri mengenai kesehatan, penggunaan pelayanan kesehatan dan keadaan kesehatan. Hasil yang didapatkan adalah 41 % responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah dan marginal, sedangkan 59% responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Dari analisis multivariat didapatkan bahwa usia, tingkat pendidikan, dan adanya penyakit kronis berhubungan secara signifikan dengan kemelekan kesehatan.

Survei nasional mengenai kemelekan kesehatan, status kesehatan, dan penggunaan pelayanan kesehatan pada penduduk dewasa Taiwan

Survei nasional ini dilakukan di Taiwan pada tahun 2008 dengan sampel sebanyak 1492 penduduk dewasa. Tingkat kemelekan kesehatan diukur dengan

Universitas Indonesia

menggunakan *Mandarin Health Literacy Scale* (MHLS) yang terdiri dari 33 soal pemahaman teks terkait kesehatan dan 17 soal yang menguji kemampuan berhitung. Hasil penelitian ini adalah 30% penduduk dewasa memiliki kemelekan kesehatan yang rendah. Mereka cenderung berusia tua, mengenyam masa pendidikan yang lebih singkat, memiliki pendapatan yang lebih rendah, dan tinggal di daerah yang masih jarang penduduknya. Kemelekan kesehatan yang rendah ditemukan berhubungan dengan kesehatan mental yang buruk. Penelitian ini tidak menemukan hubungan antara kemelekan kesehatan dengan penggunaan pelayanan kesehatan (Lee et al, 2010).

National Assessment of Adult Literacy (NAAL) di Amerika Serikat

NAAL yang dilaksanakan pada tahun 2003 merupakan sebuah pemeriksaan literasi (kemelekan) nasional dalam skala besar yang mengandung komponen pengukuran kemelekan kesehatan. Dalam penelitian ini, kemelekan kesehatan diukur dengan menggunakan 28 tugas kemelekan kesehatan yang didisain untuk mengetahui kemampuan responden dalam mencari dan memahami informasi kesehatan. Hasilnya adalah 38% penduduk dewasa di Amerika Serikat memiliki kemelekan kesehatan yang terbatas. Karakteristik yang ditemukan penduduk dengan keterbatasan kemelekan kesehatan adalah kurang memiliki kemampuan dasar dalam membaca, memiliki tingkat pendidikan yang rendah, dan kurang mampu berbahasa Inggris. Mereka juga melaporkan kesehatan yang lebih buruk, tidak mendapat informasi kesehatan dari internet, memiliki satu atau lebih kecacatan, tidak memiliki asuransi kesehatan, kurang melakukan tindakan kesehatan preventif, merupakan ras dan etnis minoritas, berusia lebih tua, atau merupakan narapidana (White, 2008).

Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) di Kanada

ALL merupakan sebuah survei skala besar yang dilakukan di tahun 2003 dengan responden sebanyak 23.038 orang dewasa di seluruh Kanada. Survei ini

Universitas Indonesia

mengukur *prose literacy*, *document literacy*, *numeracy*, kemampuan memecahkan masalah, serta penggunaan teknologi informasi dan komunikasi di berbagai bidang dan salah satu komponennya adalah kesehatan (Statistics Canada, 2005).

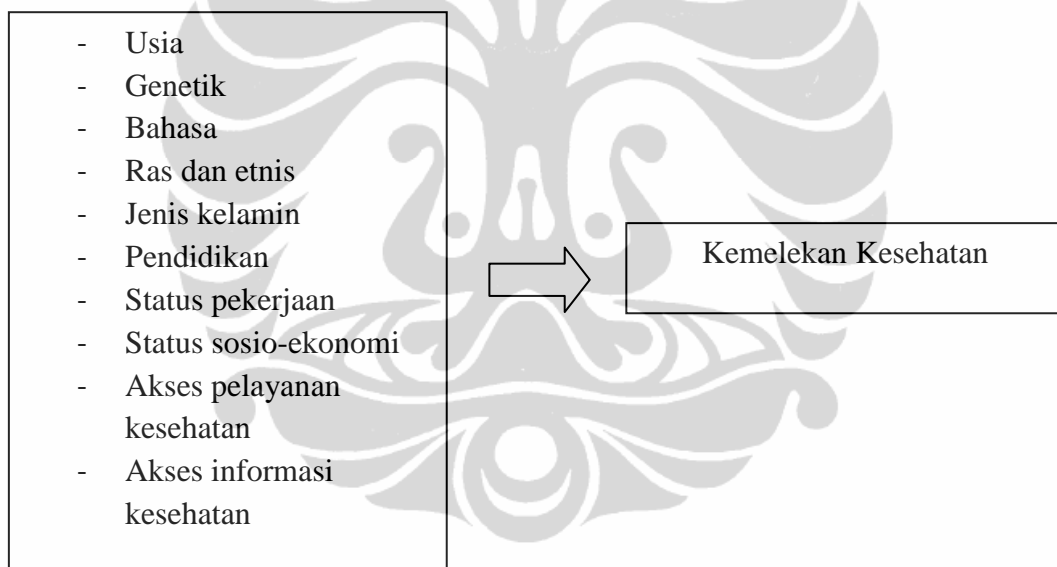
Hasil survei ini menyatakan 60% penduduk Kanada tidak memiliki kemampuan yang cukup untuk mendapat, memahami, dan bertindak atas informasi dan pelayanan kesehatan dasar dan membuat keputusan terkait kesehatan sendiri. Kelompok yang paling rentan adalah para manula (usia lebih atau sama dengan 66 tahun), imigran (khususnya yang tidak bisa berbahasa Perancis atau Inggris), dan mereka yang tidak memiliki pekerjaan. Analisis survei menunjukkan bahwa kebiasaan membaca serta tingkat pendidikan merupakan faktor terkuat yang mempengaruhi kemelekan kesehatan (Canadian Council on Learning, 2008).

Ng dan Omariba (2010) menggunakan data survei ini untuk meneliti secara khusus mengenai perbandingan kemelekan kesehatan di kalangan imigran dan non-imigran. Hasil yang didapatkan adalah terdapat kelompok non-imigran memiliki proporsi kemelekan kesehatan yang lebih besar dibanding kelompok imigran. Imigran yang datang ke Kanada di usia 12 tahun atau lebih memiliki kemelekan kesehatan yang lebih rendah dibandingkan dengan yang datang sebelum usia 12 tahun. Beberapa variabel yang berhubungan dengan kemelekan kesehatan yang tinggi adalah berusia < 65 tahun, memiliki kebiasaan baca-tulis di rumah dan tempat kerja, berstatus sebagai murid, memiliki tingkat pendidikan SMA atau lebih, memiliki ibu yang berpendidikan SMA atau lebih, mengikuti pelatihan atau seminar, dan memiliki pendapatan yang tinggi.

2.4 Kerangka teori

Kerangka teori yang melandasi penelitian ini menggunakan model *Determinants of Health Literacy* dari Pawlak (2005). Dalam model ini, determinan yang dianggap dapat mempengaruhi kemelekan kesehatan adalah usia, genetik, bahasa, ras dan etnis, pendidikan, pekerjaan, status sosioekonomi, dan lingkungan yaitu akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan.

Selain itu, terdapat beberapa hasil penelitian yang menyatakan jenis kelamin sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kemelekan kesehatan. Dengan demikian, maka kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini mengalami modifikasi seperti dalam Gambar 2.5.



Gambar 2.5 Kerangka Teori Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien Berdasarkan Modifikasi Model *Determinants of Health Literacy* dari Pawlak

BAB 3

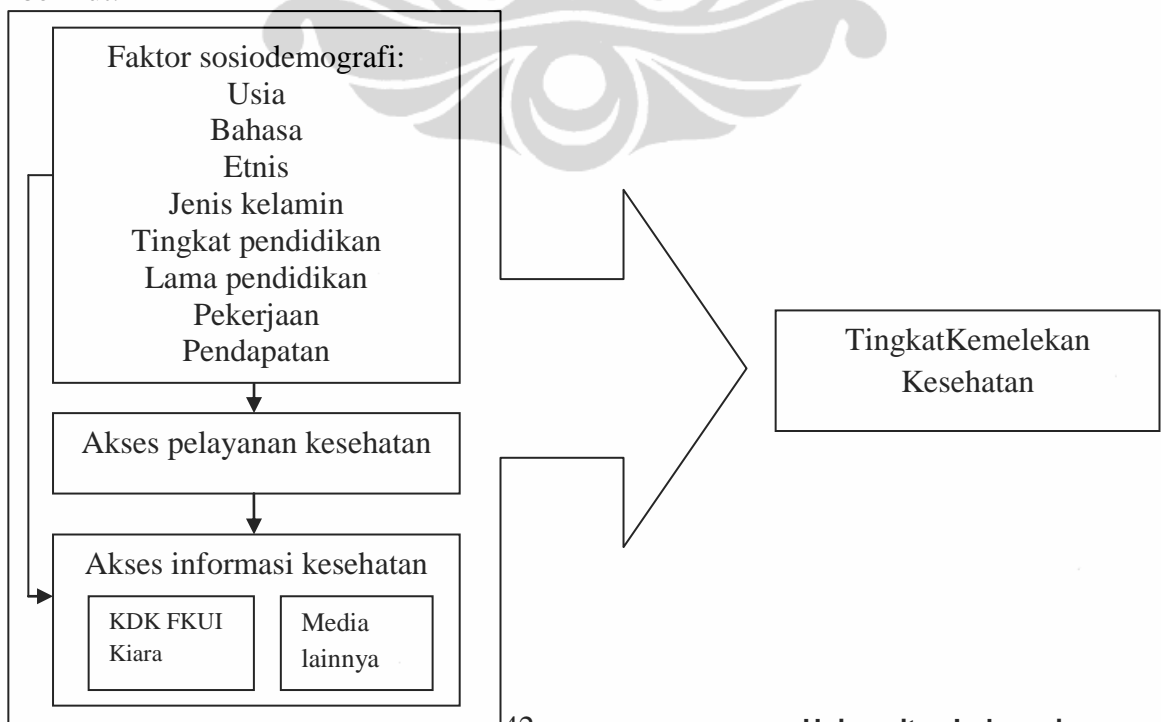
KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori penelitian, variabel-variabel independen yang akan diteliti adalah usia, bahasa, etnis, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan. Peneliti meniadakan variabel genetik dari kerangka teori oleh karena variabel ini memerlukan pemeriksaan lanjut yang lebih kompleks.

Peneliti juga membagi variabel pendidikan menjadi dua komponen yaitu tingkat pendidikan dan lama pendidikan. Faktor sosiodemografi merupakan faktor yang dapat mempengaruhi akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan. Akses pelayanan kesehatan juga mempengaruhi akses informasi kesehatan yang didapatkan dari penyedia layanan kesehatan. Akses informasi kesehatan dalam penelitian ini adalah informasi dari KDK FKUI Kiara dan dari media informasi lainnya

Dengan demikian, kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut:



3.2 Definisi Operasional

3.2.1 Definisi Operasional Istilah

Istilah	Definisi
Kemelekan kesehatan	Kemampuan untuk menggunakan informasi kesehatan untuk dapat digunakan di tengah masyarakat dalam mencapai tujuan, serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya, misalnya kemampuan membaca label obat, brosur informasi kesehatan, <i>informed consent</i> ; memahami informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan; serta kemampuan untuk melakukan petunjuk serta prosedur pengobatan.
Klinik Dokter Keluarga	Pelayanan kesehatan yang memiliki ciri-ciri utama yaitu sebagai kesehatan lini pertama yang bekerja dalam komunitas, langsung berhubungan dengan masyarakat, bersifat holistik (melihat latar belakang sosial budaya masyarakat) dan komprehensif (promotif-preventif-kuratif-rehabilitatif), berkesinambungan, mengutamakan hubungan pasien-dokter serta menekankan keluarga sebagai unit sasaran pelayanan kesehatan daripada perorangan.
Pelayanan kesehatan	Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan dalam penelitian ini adalah pelayanan di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta.
Informasi kesehatan	Pengetahuan mengenai aspek-aspek kesehatan dan pelayanan kesehatan yaitu mengenai pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan kebijakan-kebijakan kesehatan.

	total, serat makanan, gula, protein, komposisi, minyak kacang.				
2. Usia	Lama hidup responden pada saat penelitian yang dinyatakan dalam tahun, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 3	Wawancara	Usia	Rasio
3. Bahasa	Bahasa utama yang digunakan responden sehari-hari, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 6	Wawancara	0 = bahasa Indonesia 1 = selain bahasa Indonesia	Nominal
4. Etnis	Suku bangsa responden dilihat dari garis keturunan ayah, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 5	Wawancara	Suku bangsa	Nominal
5. Jenis kelamin	Karakteristik responden yang dilihat berdasarkan pengamatan ciri-ciri seks sekunder, dibedakan menjadi laki-laki atau perempuan.	Kuesioner ID 1	Pengamatan	0 = laki-laki 1 = perempuan	Nominal

6.	Tingkat pendidikan	Tingkat sekolah formal tertinggi yang pernah diselesaikan responden, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 7	Wawancara	0 = Tinggi (\geq SLTP) 1 = < SLTP	Ordinal
7.	Lama pendidikan	Lama sekolah formal yang pernah diselesaikan responden dalam tahun, menurut pengakuan responden	Kuesioner ID 8	Wawancara	tahun	Rasio
8.	Pekerjaan	Kegiatan yang dilakukan atau tidak dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 9	Wawancara	0 = bekerja 1 = tidak bekerja	Ordinal
9.	Pendapatan	Jumlah rata-rata per bulan uang penghasilan dari seluruh anggota keluarga responden dalam rupiah, menurut pengakuan responden.	Kuesioner ID 11	Wawancara	0 = tinggi (\geq UMR) 1 = rendah (\leq UMR)	Ordinal
10.	Akses pelayanan kesehatan	Persepsi responden mengenai kondisi untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang dinilai dari jarak (satu pertanyaan),	Kuesioner AP 1,2,3,4,5	Wawancara . Untuk pertanyaan AP 1,3,5, jawaban 'sangat setuju' mendapat skor 4, 'setuju'	0 = mudah (skor akses \geq median total skor akses seluruh)	Ordinal

<p>ketersediaan sarana transportasi (satu pertanyaan), keterjangkauan biaya transportasi (satu pertanyaan), keterjangkauan biaya pengobatan (satu pertanyaan), dan ketersediaan tenaga kesehatan (satu pertanyaan).</p>	<p>mendapat skor 3, 'tidak setuju' mendapat skor 2, 'sangat tidak setuju' mendapat skor 1.</p> <p>Untuk pertanyaan AP 2 dan 4, jawaban 'sangat setuju' mendapat skor 1, 'setuju' mendapat skor 2, 'tidak setuju' mendapat skor 3, 'sangat tidak setuju' mendapat skor 4.</p> <p>Range skor adalah 0 sampai 20.</p> <p>Keseluruhan skor jawaban responden akan dijumlahkan. Skor ini akan dibandingkan dengan median total skor seluruh responden. Jika skor \geq median, maka akan dikategorikan akses mudah.</p>	<p>responden)</p> <p>1 = sulit (skor akses < median total skor akses seluruh responden).</p>
---	--	---

				Jika skor < median, maka akan dikategorikan akses sulit. Tidak dilakukan pembobotan pertanyaan.		
11. Akses informasi kesehatan	Persepsi responden mengenai kondisi untuk mendapat informasi kesehatan dari berbagai sumber yang dinilai dari banyaknya jenis sumber informasi kesehatan yang didapatkan (satu pertanyaan), frekuensi mendapat informasi kesehatan dari sumber-sumber tersebut (satu pertanyaan), dan penerimaan atau akseptabilitas informasi kesehatan yang didapatkan (dua pertanyaan)	Kuesioner AI 5,8,9,10	Wawancara Jawaban dan skor: - 'tidak', 'tidak pernah' = 0 - 'ya', 'sangat jarang' = 1 - 'jarang' = 2 - 'sering' = 3 - 'sangat sering' = 4 Range skor adalah 0 sampai 91. Keseluruhan skor jawaban responden akan dijumlahkan. Skor ini akan dibandingkan dengan median skor seluruh responden. Jika \geq median	0 = mudah (skor akses \geq median skor akses seluruh responden) 1 = sulit (skor akses < median skor akses seluruh responden).	Ordinal	

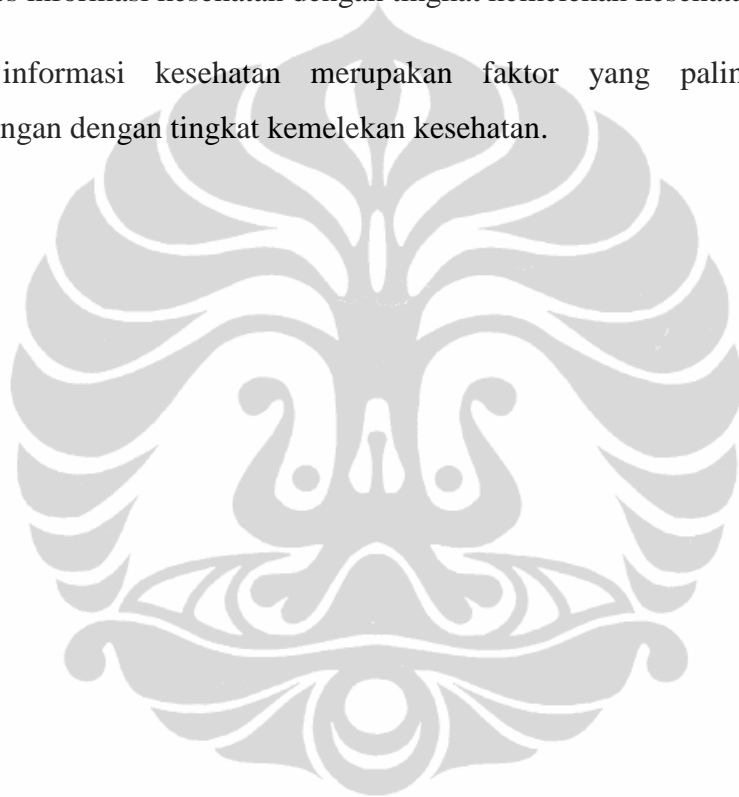
skor seluruh responden , maka akan dikategorikan akses mudah. Jika $<$ median skor seluruh responden, maka akan dikategorikan akses sulit. Tidak dilakukan pembobotan pertanyaan.



3.3 Hipotesis

Berdasarkan uraian latar belakang, tinjauan pustaka, kerangka konsep, serta analisis konsep Speros (2005) dan hasil penelitian White (2008) maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi, akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan.
2. Akses informasi kesehatan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan tingkat kemelekan kesehatan.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Disain Penelitian

Disain penelitian yang digunakan adalah potong lintang (*cross-sectional*). Data primer dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara dan pengamatan kepada responden yang terpilih sebagai sampel.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini adalah Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, Jakarta Pusat selama bulan Juni 2012.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (Independen)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, bahasa, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan responden.

4.3.2 Variabel Terikat (Dependen)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat kemelekan kesehatan responden.

4.4 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang berobat ke Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, Jakarta Pusat selama periode penelitian. Sampel penelitian adalah bagian dari populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, sampai terpenuhi jumlah sampel yang diinginkan.

4.4.1 Kriteria Inklusi

- Pasien berusia ≥ 17 tahun
- Pasien menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian dengan memberikan *informed consent*.

4.4.2 Kriteria Eksklusi

- Pasien tidak dapat membaca instrumen penelitian
- Pasien terlalu sakit untuk ikut serta dalam penelitian
- Pasien memiliki gangguan kognitif

4.5 Besar Sampel

Penghitungan besar sampel minimal dalam penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesis beda proporsi:

$$n = \frac{\left(z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

n = besar sampel minimal

$Z_{1-\alpha/2}$ = nilai Z berdasarkan tingkat kesalahan 5%

$Z_{1-\beta}$ = nilai Z berdasarkan kekuatan uji 90%

P_1 = proporsi responden yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi pada kelompok pertama

P_2 = proporsi responden yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi pada kelompok kedua

Dari penelitian yang sudah ada sebelumnya, didapatkan besar sampel penelitian adalah sebagai berikut:

No.	Variabel	P1	P2	n	Sumber
1.	Usia	69,8	18,2	18	Jovic-Vranes, et al., 2009
2.	Bahasa	59,6	29,1	56	Schillinger, et al., 2002
3.	Etnis	73,3	44,3	59	Schillinger, et al., 2002
4.	Jenis kelamin	75	40,8	43	Jovic-Vranes, et al., 2009
5.	Tingkat Pendidikan	69,1	23,8	24	Schillinger, et al., 2002
6.	Pekerjaan	86,4	39,3	21	Jovic-Vranes, et al., 2009
7.	Pendapatan	75,9	46,4	54	Schillinger, et al., 2002
8.	Akses pelayanan kesehatan	77,6	46,7	53	Bains &Egede, 2011
9.	Akses informasi kesehatan	20,1	45,9	67	OECD, 2005

Jumlah sampel terbesar adalah 67 orang responden. Penghitungan jumlah sampel ini adalah untuk satu kelompok yaitu kelompok tingkat kemelekan kesehatan tinggi. Untuk menghitung jumlah sampel secara keseluruhan, jumlah ini dikalikan dua sehingga jumlah total sampel minimal yang dibutuhkan adalah 134 orang responden.

4.6 Cara Pengambilan Sampel

Cara pemilihan sampel penelitian adalah dengan teknik *consecutive sampling* berdasarkan urutan datang pasien sampai terpenuhi besar sampel minimal.

4.7 Cara Pengumpulan Data

Data primer mengenai determinan tingkat kemelekan kesehatan dikumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengamatan. Data mengenai tingkat kemelekan kesehatan diambil dengan menggunakan instrumen *Newest Vital Sign (NVS)* yang diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia. Data akan dikumpulkan sendiri oleh peneliti yang merupakan mahasiswa pascasarjana ilmu kesehatan masyarakat kekhususan promosi kesehatan dengan latar belakang pendidikan kedokteran umum.

4.8 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pertama adalah kuesioner mengenai determinan tingkat kemelekan kesehatan. Instrumen kedua adalah *Newest Vital Sign (NVS)* yang diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia. Penerjemahan dilakukan dengan proses *translation and back-translation* dengan langkah-langkah sebagai berikut : (Fransen, Van Schaik, Twickler & Essink Bot, 2011; Geisenger, 1994)

1. Instrumen NVS diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh dua orang penerjemah asal Indonesia yang fasih berbahasa Inggris dan memiliki latar belakang epidemiologis atau klinis.
2. NVS versi bahasa Indonesia diterjemahkan kembali ke dalam bahasa Inggris oleh dua orang asing yang memiliki bahasa ibu yaitu bahasa Inggris (*native English speaker*) dan lancar berbahasa Indonesia. Penerjemah ini tidak diberi tahu mengenai versi asli NVS.
3. Hasil terjemahan ditinjau dan dibandingkan dengan versi asli.
4. Dilakukan uji coba kepada 10 orang berbahasa Indonesia dengan latar belakang yang beragam. Pertanyaan-pertanyaan di bawah ini akan ditanyakan:
 - a. Apakah Bapak/Ibu mengerti kata-kata dalam setiap pertanyaan?
 - b. Apakah Bapak/Ibu mengerti maksud dari pertanyaan?
 - c. Apakah Bapak/Ibu memiliki saran agar pertanyaan bisa lebih jelas?
 - d. Apakah terdapat pertanyaan yang membuat Bapak/Ibu merasa tidak nyaman?

5. Berdasarkan hasil *pretest*, dilakukan penyesuaian dengan tetap berusaha mempertahankan instrumen semirip mungkin dengan versi asli.

Kedua instrumen ini diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu.

NVS merupakan instrumen pengukuran kemelekan kesehatan yang dibuat dengan tujuan untuk dapat melakukan skrining kemelekan kesehatan secara cepat dan akurat dalam pelayanan kesehatan primer. Pada saat pembuatannya, NVS diuji melalui perbandingan dengan instrumen *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) yang menjadi standar referensi. Pada NVS terdapat enam pertanyaan, tiap jawaban yang benar akan mendapat nilai 1. Responden yang mendapat nilai ≥ 4 pada tes NVS sebanding dengan tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi pada TOFHLA (nilai TOFHLA >74). Nilai < 4 mengindikasikan kemelekan kesehatan yang rendah. (Weiss et al, 2005).

4.9 Reliabilitas dan Validitas Instrumen

Validitas instrumen dilakukan dengan *face validity* yaitu pengamatan instrumen secara sepintas dan penentuan apakah bagian-bagian dalam instrumen mengukur apa yang ingin diukur. *Face validity* meliputi pembacaan bagian-bagian instrumen dan penilaian hubungan tiap bagian dengan definisi yang akan diukur (Di Iorio, 2005). Uji reliabilitas instrumen dilakukan pada 30 pasien yang memenuhi kriteria sampel di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kayu Putih, Jakarta Timur.

Oleh karena pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen NVS menggunakan contoh bahan makanan es krim, peneliti mencoba membawa sebuah contoh wadah es krim dengan maksud untuk memberikan gambaran lebih jelas kepada responden dalam uji coba ini. Ternyata cara ini tidak membantu karena ada anggapan peneliti mencoba menawarkan sebuah produk es krim sehingga pasien menolak menjadi responden (walaupun peneliti sudah memperkenalkan diri dan menjelaskan maksud penelitian). Peneliti mendapati bahwa walaupun tanpa contoh produk, seluruh responden uji coba sudah cukup mengenal bahan makanan es krim beserta berbagai bentuk wadahnya.

Data uji coba diolah menggunakan perangkat lunak statistik dengan melihat nilai *Cronbach's Alpha* dan nilai *r* dalam *corrected item-total correlation*. Uji reliabilitas NVS versi Indonesia (NVS-I) menunjukkan hasil nilai *Cronbach's alpha* 0,8 (di atas 0,6) dan nilai *r* masing-masing pertanyaan lebih dari nilai *r* tabel (0,361). Dengan demikian pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen ini dapat dianggap reliabel. Pada uji instrumen kedua yang mengukur faktor-faktor yang dapat berhubungan dengan kemelekan kesehatan, pertanyaan-pertanyaan mengenai akses informasi kesehatan memiliki nilai *Cronbach's alpha* 0,859 (di atas 0,6) dan nilai *r* masing-masing pertanyaan lebih dari nilai *r* tabel (0,361).

Pertanyaan-pertanyaan mengenai akses pelayanan kesehatan memiliki nilai *Cronbach's alpha* 0,233 (di bawah 0,6) dan nilai *r* pertanyaan-pertanyaannya kurang dari nilai *r* tabel (0,361). Menurut Spector (1992) dalam Di Iorio (2005), berbagai penelitian menunjukkan bahwa pertanyaan dengan pilihan respon jawaban yang sedikit memiliki reliabilitas yang lebih rendah dibandingkan dengan pertanyaan yang menyediakan lebih banyak pilihan respon jawaban. Oleh karena itu, peneliti mengubah pilihan respon jawaban pertanyaan akses pelayanan kesehatan. Pertanyaan sebelumnya hanya menyediakan pilihan dikotomi (jauh-dekat, terjangkau-mahal, mudah-sulit). Peneliti mengubahnya menjadi *Likert-type scale* dengan empat pilihan respon jawaban (sangat setuju-setuju-tidak setuju-sangat tidak setuju).

4.10 Pengolahan Data

Tahap pengolahan data yang akan dilakukan adalah (Hastono, 2007):

- Pengeditan (*editing*) : melakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan, relevansi dan konsistensi jawaban.
- Pengkodean (*coding*) : mengubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka untuk memudahkan saat analisis dan pemasukan (*entry*) data.
- Pemrosesan (*processing*) : memasukkan (*entry*) data dari kuesioner ke paket program komputer.

- Pembersihan (*cleaning*) : melakukan pemeriksaan kembali data yang sudah dimasukkan untuk mengetahui data yang hilang, variasi data, dan konsistensi data

4.11 Analisis Data

4.11.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat gambaran data secara deskriptif. Data yang digunakan merupakan data katagorik dan numerik. Untuk data katagorik, yang dilihat adalah frekuensi dan persentase atau proporsi dari masing-masing variabel. Untuk data numerik, yang dilihat adalah nilai rata-rata, median, standar deviasi, dan nilai maksimal-minimal dari masing-masing variabel (Hastono, 2007; Dahlan, 2009).

4.11.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel, yaitu hubungan antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Untuk kepentingan analisis, seluruh variabel dibuat menjadi katagorik. Uji yang digunakan adalah uji kai kuadrat (*chi square*) . Batas kemaknaan yang digunakan adalah $\alpha = 0,05$ (Hastono, 2007; Dahlan, 2009).

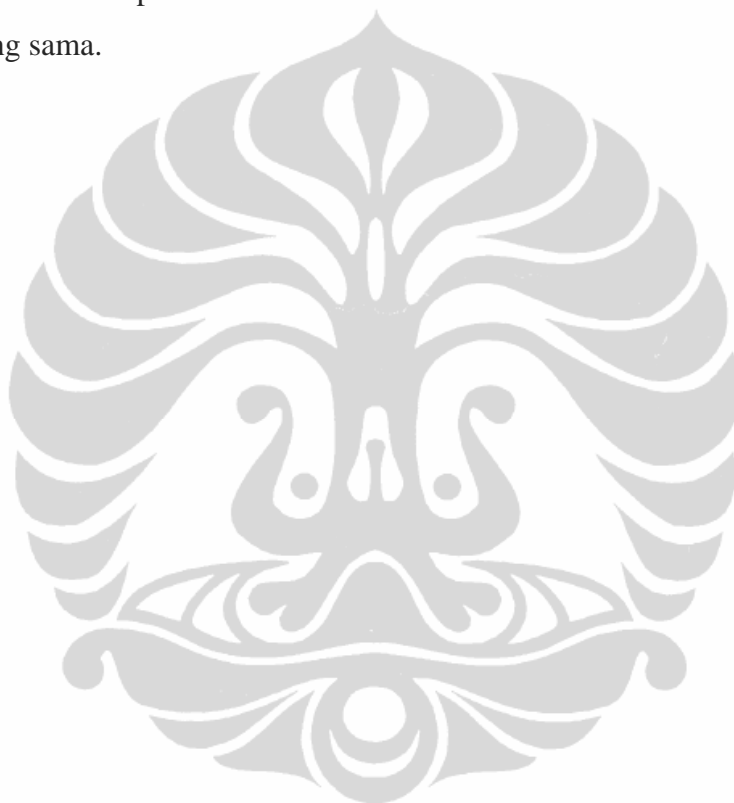
4.11.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan semua variabel independen dengan variabel dependen. Proses analisis ini dilakukan dengan menghubungkan variabel-variabel independen dengan variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Dari analisis ini dapat diketahui variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen. Analisis yang akan digunakan adalah regresi logistik ganda (Hastono, 2007).

4.12 Asumsi Penelitian

Asumsi dalam penelitian ini adalah:

1. Akses pelayanan kesehatan dapat diukur dalam skor. Pernyataan mengenai jarak, sarana transportasi, biaya transportasi, biaya pengobatan, dan ketersediaan petugas kesehatan memiliki bobot yang sama.
2. Akses informasi kesehatan dapat diukur dalam skor. Pertanyaan mengenai sumber informasi kesehatan yang pernah diterima, kemudahan informasi kesehatan untuk dipahami serta reliabilitas informasi kesehatan memiliki bobot yang sama.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara

Klinik Dokter Keluarga Kiara ini terletak di Jl.Kalibaru Timur V Gang Kiara no.110. Klinik ini memiliki tiga ruang pemeriksaan umum, satu klinik gigi, satu ruang untuk pelayanan KB-KIA, satu laboratorium, satu ruang rekam medis, satu ruang farmasi, dua ruang tunggu pasien dan dua ruang diskusi untuk kegiatan akademik. Pelayanan yang diberikan terbagi menjadi pelayanan di dalam klinik dan di luar klinik. Untuk pelayanan di luar klinik, KDK FKUI Kiara menyediakan layanan kunjungan rumah, serta mendukung posyandu dan kegiatan olah raga yang diprakarsai masyarakat.

Tenaga kesehatan di KDK FKUI Kiara dapat dilihat pada Tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1 Tenaga Kesehatan KDK FKUI Kiara Tahun 2012

Jabatan	Latar Belakang	Jumlah
Kepala klinik	Dokter umum	1 orang
	Dokter umum	2 orang
Staf pendidikan, pelayanan dan penelitian	Dokter gigi	1 orang
	Perawat	2 orang
	Perawat gigi	1 orang
	Bidan	1 orang
	Petugas laboratorium	1 orang
	Petugas farmasi	1 orang
	Administrasi	2 orang

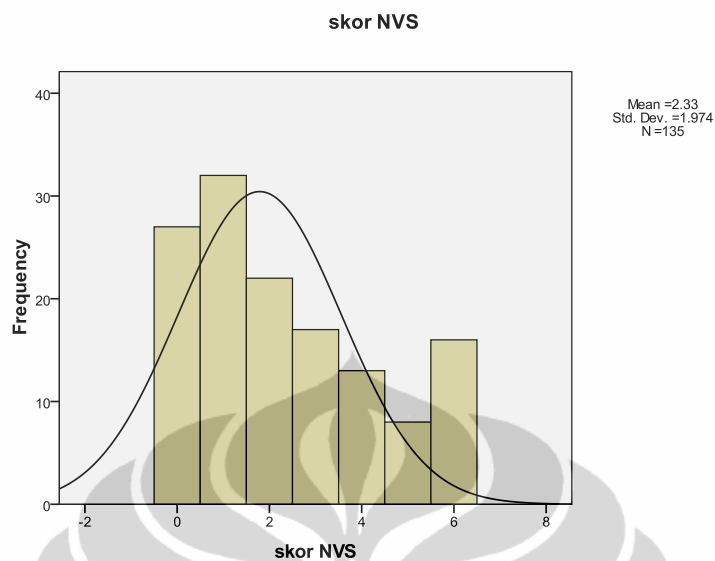
Dalam aspek pemberian informasi kesehatan, KDK FKUI Kiara mengadakan penyuluhan untuk pasien sebanyak dua kali per minggu serta penyuluhan bagi para kader sebanyak sekali per bulan. Saat memberikan pelayanan kesehatan harian serta program *medical check-up* setiap tiga bulan, waktu yang dialokasikan untuk konseling dan edukasi pasien cukup banyak. Hal ini memang menjadi salah satu kebijakan dalam pendekatan kedokteran keluarga. Program *medical check-up* dengan harga terjangkau ini juga menjadi kesempatan untuk menjangkau orang-orang yang sebelumnya tidak menjadi pasien klinik, untuk kepentingan edukasi kesehatan dan *screening* penyakit.

Selain itu, KDK FKUI Kiara juga rutin mengadakan pemeriksaan kesehatan berkala bagi murid taman kanak-kanak di dekat klinik. Kesempatan ini juga menjadi kesempatan memberikan penyuluhan kesehatan bagi para murid disana. Melalui pelayanan *home visit* yang dilakukan bagi para pasien yang tidak dapat pergi ke klinik, terdapat kesempatan untuk konseling dan edukasi pasien beserta keluarganya.

Di klinik juga tersedia brosur-brosur kesehatan yang diletakkan di ruang tunggu serta poster-poster yang terletak di tiga tempat yang cukup strategis yaitu di ruang triase, ruang tunggu pasien, dan ruang pelayanan KB-KIA.

5.2 Gambaran Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden

Pengambilan data dilakukan terhadap 135 orang pasien KDK FKUI Kiara yang memenuhi kriteria sampel. Dari hasil analisis didapatkan rata-rata skor NVS-I pasien KDK FKUI Kiara adalah 2,33 (95% CI: 2,00-2,67), dengan standar deviasi 1,974. Skor NVS-I terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 6. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor NVS-I responden adalah diantara 2,00 sampai dengan 2,67. Distribusi Skor NVS-I responden tercantum dalam Tabel 5.2.



Gambar 5.1 Histogram Skor NVS-I

Tabel 5.2 Skor Total NVS-I Responden

Skor Total	Jumlah	Persentase (%)
0	26	19,3
1	33	24,4
2	22	16,3
3	17	12,6
4	13	9,6
5	8	5,9
6	16	11,9
Jumlah	135	100

Dari tabel di atas terlihat bahwa sebanyak 26 responden (19,3%) tidak dapat menjawab seluruh pertanyaan, sedangkan 16 responden (11,9%) dapat

Universitas Indonesia

menjawab seluruh pertanyaan dengan benar. Skor total responden kemudian dikategorikan menjadi tinggi (nilai skor total ≥ 4) dan rendah (nilai skor total < 4). Tabel berikut menggambarkan distribusi tingkat kemelekan kesehatan responden setelah dikategorikan.

Tabel 5.3 Distribusi Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden Berdasarkan Kategori Tinggi dan Rendah

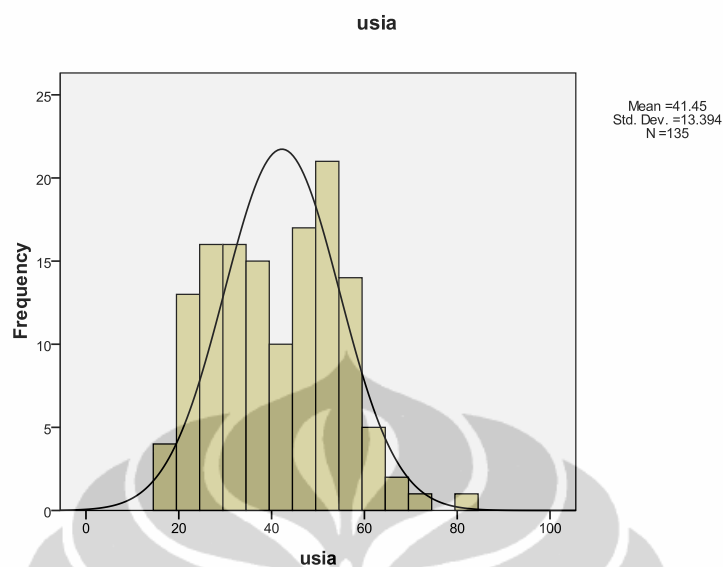
Tingkat Kemelekan Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	37	27,4
Rendah	98	72,6
Jumlah	135	100

Data distribusi tingkat kemelekan kesehatan responden menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah yaitu 98 orang (72,6 %), sedangkan 37 orang responden (27,4 %) memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi.

5.3 Gambaran Responden Berdasarkan Usia, Bahasa, Etnis, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Pendapatan, Akses Pelayanan Kesehatan dan Akses Informasi Kesehatan

5.3.1 Usia

Rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 41,45 tahun (95% CI: 39,17-43,73) dengan standar deviasi 13,394 tahun. Usia termuda adalah 17 tahun dan usia tertua adalah 80 tahun.



Gambar 5.2 Histogram Usia Responden

Untuk kepentingan analisis, usia responden dikelompokkan menjadi beberapa kelompok usia seperti dalam Tabel 5.4

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Usia

Kelompok Usia	Jumlah	Persentase (%)
17 – 25 tahun	20	14,8
26 – 35 tahun	32	23,7
36 – 45 tahun	25	18,5
46 – 55 tahun	38	28,1
56 – 65 tahun	16	11,9
≥ 66 tahun	4	3
Jumlah	135	100

Responden paling banyak berada pada kelompok usia 46 – 55 tahun (28,1 %) dan paling sedikit berada pada kelompok usia ≥ 66 tahun (3%).

5.3.2 Bahasa

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Bahasa yang Digunakan dalam Percakapan Sehari-hari

Bahasa	Jumlah	Persentase (%)
Bahasa Indonesia	123	91,1
Bahasa lain	12	8,9
Jumlah	135	100

Data menunjukkan bahwa sebagian besar responden (91,1%) menggunakan bahasa Indonesia untuk percakapan sehari-hari, sedangkan hanya sebagian kecil (8,9%) yang lebih banyak menggunakan bahasa lain.

5.3.3 Etnis

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Etnis

Etnis	Jumlah	Persentase (%)
Jawa	54	40
Betawi	21	15,6
Sunda	18	13,3
Minang	13	9,6
Tionghoa	11	8,1
Batak	7	5,2
Melayu	4	3,0
Ambon	3	2,2
Bugis	2	1,5
Manado	1	0,7
India	1	0,7
Jumlah	135	100

Distribusi data menunjukkan bahwa pasien KDK FKUI Kiara yang menjadi responden penelitian ini memiliki berbagai macam latar belakang suku. Berdasarkan persentasenya, hampir separuh berasal dari suku Jawa (40%), diikuti dengan suku Betawi (15,6%), Sunda (13,3%), Minang (9,6%) , Tionghoa (8,1%), Batak (5,2%), Melayu (3 %), Ambon (2,2%), Bugis (1,5%), Manado (0,7%), dan keturunan India (0,7%).

Untuk kepentingan analisis, data diatas kemudian dikelompokkan menjadi dua yaitu suku yang jumlahnya mayoritas yaitu suku Jawa dan suku minoritas yaitu suku-suku lainnya. Setelah dikelompokkan, distribusi data adalah seperti Tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Etnis Mayoritas dan Minoritas

Etnis	Jumlah	Persentase (%)
Mayoritas	54	40
Minoritas	81	60
Jumlah	135	100

5.3.4 Jenis Kelamin

Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Pria	39	28,9
Wanita	96	71,1
Jumlah	135	100

Sebanyak 96 pasien (71,1%) yang menjadi responden penelitian ini berjenis kelamin wanita, sedangkan yang berjenis kelamin pria berjumlah 39 orang (28,9%).

5.3.5 Tingkat Pendidikan

Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan ditunjukkan dalam Tabel 5.9 di bawah ini. Pendidikan yang paling banyak ditamatkan responden adalah tamat SMA/ sederajat yaitu sebesar 48,1%.

Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Tamat SD	4	3,0
Tamat SD/ sederajat	13	9,6
Tamat SMP/ sederajat	17	12,6
Tamat SMA/ sederajat	65	48,1
Tamat D1	2	1,5
Tamat D2	1	0,7
Tamat D3	6	4,4
Tamat S1	26	19,3
Tamat S2	1	0,7
Jumlah	135	100

Data di atas kemudian dikelompokkan berdasarkan batasan wajib belajar sembilan tahun menjadi kategori pendidikan tinggi dan rendah. Responden termasuk kategori pendidikan tinggi jika tamat SMP/ sederajat, tamat SMA/ sederajat, dan tamat perguruan tinggi. Sebaliknya, responden masuk ke dalam kategori pendidikan rendah jika tidak menamatkan SD dan tamat SD. Hasil pengelompokkan tersebut dapat dilihat pada Tabel 5.10 di bawah ini.

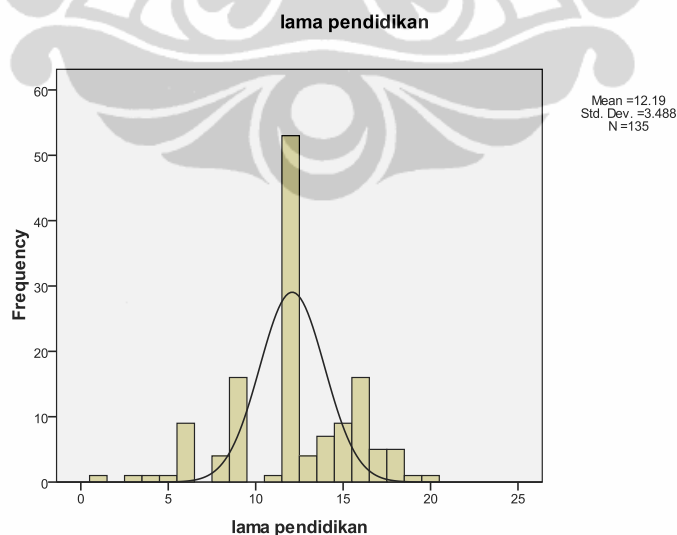
Tabel 5.10 Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Tingkat Pendidikan Tinggi dan Rendah

Tingkat Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi (\geq SMP)	118	87,4
Rendah ($<$ SMP)	17	12,6
Jumlah	135	100

Dari data tersebut tampak bahwa sebagian besar responden telah menyelesaikan wajib belajar sembilan tahun, yaitu sebesar 87,4% responden. Responden yang masih berpendidikan rendah terdapat sebesar 12,6%.

5.3.6 Lama Pendidikan

Dari hasil analisis didapatkan bahwa rata-rata lama pendidikan responden penelitian ini adalah 12,19 tahun dan nilai mediannya adalah 12,00 (95% CI: 11,59-12,78) dengan standar deviasi 3,488. Lama pendidikan tersingkat adalah satu tahun dan lama pendidikan terpanjang adalah 20 tahun.



Gambar 5.3 Histogram Lama Pendidikan Responden

Lama pendidikan tersebut kemudian dikelompokkan menjadi beberapa kelompok untuk kepentingan analisis. Dasar pengelompokan adalah lama pendidikan yang harus ditempuh di masing-masing jenjang pendidikan dasar, menengah dan lanjut. Meski demikian, lama pendidikan tidak sama dengan tingkat pendidikan terakhir yang telah ditamatkan. Misalnya, responden hanya tamat sekolah dasar namun lama pendidikannya lebih dari enam tahun. Contoh lainnya, responden menamatkan S1 namun lama pendidikannya lebih dari 16 tahun oleh karena pada masa kuliah responden tersebut, lama pendidikan di jenjang S1 lebih lama dari 4 tahun. Gambaran pengelompokan ini ditunjukkan dalam Tabel 5.11.

Tabel 5.11 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Pendidikan

Lama Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
1 – 6 tahun	13	9,6
7 – 9 tahun	20	14,8
10 – 12 tahun	54	40
13 – 16 tahun	36	26,7
≥ 17 tahun	12	8,9
Jumlah	135	100

Paling banyak responden mengenyam pendidikan selama 10-12 tahun yaitu sebanyak 40 % . Sebanyak 9,6 % responden menjalani pendidikan selama 1-6 tahun, 14,8% responden menjalani pendidikan selama 7-9 tahun, 26,7 % responden menempuh pendidikan selama 13-16 tahun dan 8,9% responden menjalani pendidikan selama 17 tahun atau lebih.

5.3.7 Status Pekerjaan

Tabel 5.12 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pekerjaan

Status Pekerjaan	Jumlah	Persentase(%)
Bekerja	66	48,9
Tidak	69	51,1
Jumlah	135	100

Jumlah responden yang bekerja hampir sama dengan responden yang tidak bekerja. Terdapat 66 (48,9 %) responden yang bekerja, sedangkan sisanya (51,1%) tidak bekerja.

5.3.8 Pendapatan

Data mengenai tingkat pendapatan responden dibagi menjadi dua kelompok yaitu tinggi dan rendah berdasarkan batasan Upah Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta yaitu sebesar Rp. 1.529.150,00. Pendapatan dianggap tinggi jika sama dengan UMR atau lebih. Pendapatan digolongkan rendah jika dibawah UMR.

Tabel 5.13 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendapatan

Pendapatan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi (\geq UMR)	113	83,7
Rendah ($<$ UMR)	22	16,3
Jumlah	135	100

Sebagian besar responden memiliki pendapatan keluarga di atas atau sama dengan UMR yaitu sebesar 83,7% , sedangkan yang berpendapatan di bawah UMR ada sebanyak 16,3 %.

5.3.9 Akses Pelayanan Kesehatan

Keterjangkauan akses pelayanan kesehatan pada penelitian ini dinilai dari keterjangkauan jarak ke klinik, sarana dan biaya transportasi untuk mencapai ke klinik, biaya pengobatan di klinik, serta ketersediaan petugas kesehatan. Responden diminta memberikan respon atas pernyataan –pernyataan yang dibuat dalam skala Likert. Tabel 5.14 merangkum respon para responden atas pernyataan-pernyataan mengenai akses pelayanan kesehatan.

Tabel 5.14 Distribusi Responden Berdasarkan Respon Mengenai Akses Pelayanan Kesehatan

Pernyataan	Respon								N (%)
	Sangat Setuju		Setuju		Tidak Setuju		Sangat Tidak Setuju		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1 Jarak perjalanan dari rumah Bapak/Ibu ke klinik ini dekat.	42	31,1	80	59,3	12	8,9	1	0,7	135 (100)
2 Sarana transportasi untuk menjangkau klinik ini dari tempat tinggal Bapak/Ibu sulit didapatkan.	0	0	8	5,9	94	69,6	33	24,4	135 (100)
3 Biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk mencapai klinik ini tergolong terjangkau.	40	29,6	95	70,4	0	0	0	0	135 (100)
4 Biaya pengobatan yang harus dikeluarkan di klinik ini tergolong mahal.	0	0	15	11,1	108	80	12	8,9	135 (100)
5 Petugas kesehatan selalu tersedia di tempat.	34	25,2	88	65,2	13	9,6	0	0	135 (100)

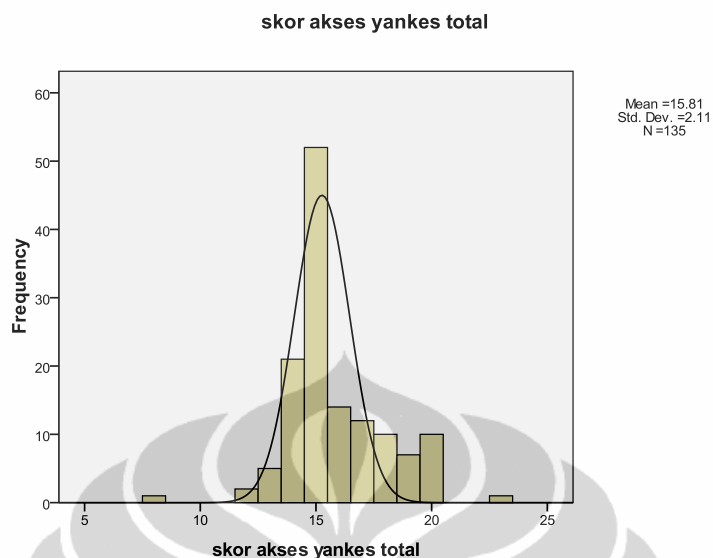
Keterangan: untuk pertanyaan no.1,3,5 skor respon sangat setuju = 4, setuju = 3, tidak setuju = 2, sangat tidak setuju = 1

Untuk pertanyaan no. 2 dan 4 skor respon sangat setuju = 1, setuju = 2, tidak setuju = 3, sangat tidak setuju = 4

Sebagian besar responden (90,4%) menganggap jarak perjalanan dari rumahnya ke KDK FKUI Kiara dekat atau sangat dekat. Sebanyak 94% responden menyatakan ketidaksetujuan jika dikatakan sarana transportasi untuk menjangkau KDK FKUI Kiara sulit. Seluruh responden (100%) menganggap biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk mencapai KDK FKUI Kiara terjangkau. Sebagian besar responden (88,9%) menganggap biaya pengobatan yang harus dikeluarkan di klinik ini tidak tergolong mahal. Sebanyak 90,4% responden menyatakan bahwa petugas kesehatan selalu tersedia di tempat.

Jawaban responden diberi skor berdasarkan responnya. Skor ini kemudian dijumlahkan menjadi skor akses pelayanan kesehatan responden. Nilai rata-rata skor akses pelayanan kesehatan responden adalah 15,81 dan nilai mediannya sebesar 15 (95% CI: 15,46-16,17) dengan standar deviasi 2,11. Nilai skor terendah adalah delapan dan skor tertinggi adalah 23.

Untuk kepentingan analisis, data ini kemudian dikelompokkan menjadi dua dengan batas nilai tengah skor akses pelayanan kesehatan seluruh responden. Oleh karena variabel ini memiliki distribusi data yang tidak normal, maka nilai tengah yang dipakai adalah median. Jika skor akses pelayanan kesehatan responden \geq median skor akses seluruh responden, maka digolongkan ke dalam akses mudah. Jika skor akses pelayanan kesehatan responden $<$ median skor akses seluruh responden, maka dikelompokkan ke dalam akses sulit. Setelah data dikelompokkan, didapatkan distribusi akses pelayanan kesehatan responden seperti dalam Tabel 5.15.



Gambar 5.4 Skor Akses Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.15 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Akses Pelayanan Kesehatan

Akses Pelayanan Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
Mudah	106	78,5
Sulit	29	21,5
Jumlah	135	100

Sebanyak 78,5% responden memiliki akses yang mudah untuk menjangkau pelayanan kesehatan di KDK FKUI Kiara. Sebanyak 21,5% responden tergolong memiliki akses yang sulit.

5.3.10 Akses Informasi Kesehatan

Tabel 5.16 menampilkan berbagai jenis media informasi yang digunakan responden beserta frekuensi penggunaannya. Media informasi yang paling banyak digunakan responden adalah televisi (93,3%). Media informasi yang paling sedikit digunakan adalah radio (21,5%).

Tabel 5.16 Berbagai Media Informasi yang Digunakan Responden dan Frekuensi Penggunaannya

Media Informasi	Frekuensi				
	Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Sering	Sangat sering
Koran/ Surat Kabar	74 (54,8%)	9 (6,7%)	20 (14,8%)	5 (3,7%)	27 (20%)
Majalah	103 (76,3%)	18 (13,3%)	10 (7,4%)	1 (0,7%)	3 (2,2%)
Buku	93 (68,9%)	8 (5,9%)	17 (12,6%)	6 (4,4%)	11 (8,1%)
Radio	106 (78,5%)	2 (1,5%)	2 (1,5%)	2(1,5%)	23 (17%)
Televisi	9 (6,7%)	1 (0,7%)	4 (3%)	6 (4,4%)	115 (85,2%)
Internet	79 (58,5%)	4 (3%)	12 (8,9%)	5 (3,7%)	35 (25,9%)

Responden menggunakan media tersebut untuk mendapat berbagai jenis informasi. Tabel 5.17 menunjukkan jenis informasi yang paling sering dicari oleh responden. Informasi yang paling sering dicari oleh responden adalah berita terkini (58,5%), sedangkan yang paling jarang adalah tentang keuangan (1,5%) dan mode (1,5%).

Tabel 5.17 Informasi yang Paling Sering Dicari Responden

Jenis Informasi	Jumlah	Persentase (%)
Berita terkini	79	58,5%
Hiburan (musik, film, sinetron, infotainment)	73	54,1%
Kesehatan	43	31,9%
Ilmu pengetahuan & teknologi	22	16,3%
Agama	14	10,4%
Olah raga	8	5,9%
Makanan	7	5,2%
Media sosial (<i>facebook, twitter</i>)	6	4,4%
Hobi	3	2,2%
Keuangan	2	1,5%
Mode	2	1,5%

Keterangan: responden dapat menjawab lebih dari satu jawaban

Tabel 5.18 menunjukkan jumlah responden mengaku menerima informasi kesehatan dari berbagai sumber dalam sebulan terakhir ada sebanyak 89,6% , sedangkan yang mengaku tidak menerima informasi kesehatan ada sebanyak 10,4%.

Tabel 5.18 Distribusi Responden Berdasarkan Penerimaan Informasi Kesehatan dalam Sebulan Terakhir

Mendapat Informasi Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
Ya	121	89,6
Tidak	14	10,4
Jumlah	135	100

Universitas Indonesia

Akses informasi kesehatan pada penelitian ini dilihat dari banyaknya jenis sumber informasi kesehatan, frekuensi mendapat informasi kesehatan dari sumber-sumber tersebut, dan penerimaan atau akseptabilitas informasi kesehatan yang didapatkan (kemudahan informasi untuk dimengerti serta reliabilitas informasi) dalam sebulan terakhir. Distribusi data akses informasi kesehatan ditunjukkan dalam Tabel 5.19.

Dari Tabel 5.19 terlihat bahwa yang paling sering menjadi sumber informasi kesehatan adalah keluarga dan teman serta televisi. Meski demikian kedua sumber ini tidak selalu dapat dipercaya oleh responden. Informasi kesehatan yang didapatkan dari KDK FKUI Kiara baik melalui tenaga kesehatan, brosur, maupun poster termasuk dapat dipercaya oleh responden tetapi jarang terakses.

Dari responden yang mendapat informasi kesehatan dari tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara, 73 orang (91,3%) mendapatkannya saat berobat, sembilan orang (11,3%) mendapatkannya saat penyuluhan, tiga orang (3,8%) mendapatkannya saat kunjungan rumah dan seorang (1,3%) mendapatkannya melalui kontak pribadi. Data ini ditampilkan dalam Tabel 5.20.

Tabel 5.21 menunjukkan letak-letak poster di KDK FKUI Kiara yang menjadi sumber informasi kesehatan bagi responden. Poster yang letaknya di ruang tunggu adalah yang paling sering dilihat (73,7%). Letak-letak poster atau spanduk lainnya yang dilihat responden adalah di ruang triase (10,5%), ruang KB-KIA (10,5%), Jalan Kalibaru (10,5%), bagian depan klinik (7,9%), dan di toilet pasien (2,6%).

Tabel 5.19 Distribusi Responden Berdasarkan Akses Informasi Kesehatan dalam Sebulan Terakhir

Sumber informasi kesehatan	Frekuensi					Mudah dimengerti*	Dapat dipercaya*
	Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Sering	Sangat sering		
Koran/ Surat Kabar	111 (82,2%)	3 (2,2%)	5 (3,7%)	15 (11,1%)	1 (0,7%)	19 (79,2%)	14 (58,3%)
Majalah	121 (89,6%)	2 (1,5%)	8 (5,9%)	4 (3%)	0 (0%)	13 (92,9%)	12 (85,7%)
Buku	127 (94,1%)	0 (0%)	6 (4,4%)	2 (1,5%)	0 (0%)	8 (100%)	7 (87,5%)
Brosur kesehatan di KDK Kiara	106 (78,5%)	21 (15,6%)	6 (4,4%)	2 (1,5%)	0 (0%)	28 (96,6%)	28 (96,6%)
Brosur kesehatan dari tempat lain	116 (85,9%)	10 (7,4%)	7 (5,2%)	2 (1,5%)	0 (0%)	16 (84,2%)	13 (68,4%)
Poster kesehatan di KDK Kiara	97 (71,9%)	31 (23%)	5 (3,7%)	2 (1,5%)	0 (0%)	33 (86,8%)	37 (97,4%)
Poster kesehatan dari tempat lain	112 (83 %)	4 (3%)	10 (7,4%)	9 (6,7%)	0 (0%)	20 (86,9%)	19 (82,6%)
Radio	121 (89,6%)	3 (2,2%)	5 (3,7%)	5 (3,7%)	1 (0,7%)	9 (64,3%)	7 (50%)
Televisi	71 (52,6%)	7 (5,2%)	26 (19,3%)	30 (22,2%)	1 (0,7%)	59 (92,2%)	43 (67,2%)
Internet	96 (71,1%)	3 (2,2%)	13 (9,6%)	18 (13,3%)	5 (3,7%)	31 (79,5%)	23 (58,9%)
Keluarga dan teman	68 (50,4%)	10 (7,4%)	21 (15,6%)	36 (26,7%)	0 (0%)	61 (91,1%)	45 (67,2%)
Tenaga kesehatan di KDK Kiara	55 (40,7%)	59 (43,7%)	15 (11,1%)	6 (4,4%)	0 (0%)	78 (97,5%)	79 (98,8%)
Tenaga kesehatan dari tempat lain	103 (76,3%)	20 (14,8%)	9 (6,7%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	31 (96,9%)	29 (90,6%)

Keterangan: Skor untuk masing-masing sumber informasi: pernah menerima informasi kesehatan = 1, tidak pernah menerima = 0; mudah dimengerti = 1, tidak mudah dimengerti = 0; dapat dipercaya = 1, tidak dapat dipercaya = 0.

*Denominatornya adalah jumlah responden yang mendapatkan akses dari sumber informasi tersebut

Tabel 5.20 Saat Mendapat Informasi Kesehatan dari Tenaga Kesehatan
KDK FKUI Kiara

Saat Mendapat Informasi Kesehatan dari Tenaga Kesehatan KDK FKUI Kiara	Jumlah	Persentase (%)
Saat berobat	73	91,3%
Saat penyuluhan	9	11,3%
Home visit	3	3,8%
Kontak pribadi	1	1,3%

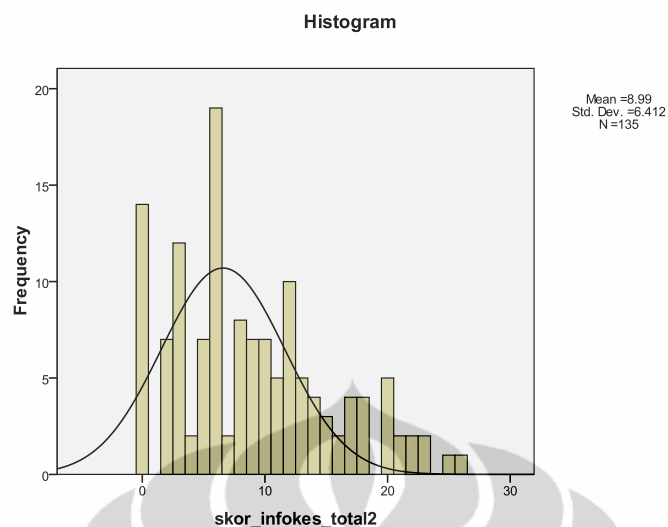
Keterangan: responden dapat menjawab lebih dari satu jawaban

Tabel 5.21 Letak Poster di KDK FKUI Kiara

Letak Poster di KDK FKUI Kiara	Jumlah	Persentase (%)
Ruang tunggu	28	73,7
Ruang triase	4	10,5
Ruang KB-KIA	4	10,5
Bagian depan klinik	3	7,9
Jalan Kalibaru	4	10,5
Toilet pasien	1	2,6

Keterangan: responden dapat menjawab lebih dari satu jawaban

Jawaban responden atas pertanyaan-pertanyaan mengenai akses informasi kesehatan (Tabel 5.19) diberi skor berdasarkan responnya. Skor ini kemudian dijumlahkan menjadi skor akses informasi kesehatan. Nilai rata-rata skor akses informasi kesehatan responden adalah 8,99 dan nilai mediannya adalah 8,00 (95% CI: 7,90-10,08) dengan standar deviasi sebesar 6,412. Skor yang terendah adalah nol, sedangkan yang tertinggi adalah 26.



Gambar 5.5 Histogram Skor Akses Informasi Kesehatan

Untuk kepentingan analisis, data ini kemudian dikelompokkan menjadi dua dengan batas nilai tengah. Oleh karena variabel ini memiliki distribusi data yang tidak normal, maka nilai tengah yang dipakai adalah median. Jika skor akses informasi kesehatan responden \geq median skor akses seluruh responden, maka digolongkan ke dalam akses tinggi. Jika skor akses informasi kesehatan responden $<$ median skor akses seluruh responden, maka dikelompokkan ke dalam akses rendah. Setelah data dikelompokkan, didapatkan distribusi akses informasi kesehatan responden seperti dalam Tabel 5.22.

Tabel 5.22 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Akses Informasi Kesehatan

Akses Informasi Kesehatan	Jumlah	Persentase (%)
Tinggi	72	53,3
Rendah	63	46,7
Jumlah	135	100

5.4 Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan

Hasil analisis bivariat antara usia, bahasa, etnis, jenis kelamin, pendidikan, status pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan dapat dilihat dalam Tabel 5.23.

Tabel 5.23 Hubungan antara Faktor Sosiodemografi, Akses Pelayanan Kesehatan dan Akses Informasi Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Responden

Variabel	Tingkat Kemelekan Kesehatan				OR (95% CI)	p value	
	Tinggi		Rendah				
	n	%	N	%			
Usia	17 – 25 tahun	7	35	13	65	0,457	
	26 – 35 tahun	11	34,4	21	65,6		
	36 – 45 tahun	5	20	20	80		
	46 – 55 tahun	11	28,9	27	71,1		
	≥ 56 tahun	3	15	17	85		
Bahasa Sehari-hari	Bahasa Indonesia	35	28,5	88	71,5	1,989 (0,415-9,539)	0,511
	Bahasa lain	2	16,7	10	83,3		
Etnis	Mayoritas	18	33,3	36	66,7	1,632 (0,760-3,504)	0,288
	Minoritas	19	3,5	62	76,5		
Jenis Kelamin	Pria	6	15,4	33	84,6	0,381 (0,145-1,005)	0,075
	Wanita	31	32,3	65	67,7		
Tingkat Pendidikan	Tinggi (≥SMP/ sederajat)	37	31,9	81	68,6		0,003
	Rendah (<SMP/ sederajat)	0	0	17	100		
Lama Pendidikan	≥ 13 tahun	24	50	24	50	5,692 (2,515-12,886)	0,0005
	1-12 tahun	13	14,9	74	85,1		
Pekerjaan	Bekerja	20	30,3	46	69,7	1,330 (0,623-2,840)	0,586
	Tidak bekerja	17	24,6	52	75,4		
Pendapatan	Tinggi (≥ UMR)	37	32,7	76	67,3		0,004
	Rendah (< UMR)	0	0	22	100		
Akses Pelayanan Kesehatan	Mudah	28	26,4	78	73,6	0,798 (0,325-1,957)	0,795
	Sulit	9	31	20	69		
Akses Informasi Kesehatan	Tinggi	32	44,4	40	55,6	8,518 (3,246-22,355)	0,0005
	Rendah	5	7,9	58	92,1		

Faktor Sosiodemografi

Tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi terdapat pada 7 (35%) responden berusia 17-25 tahun, 11 (34,4%) responden usia 26-35 tahun, 5 (20%) responden usia 36-45 tahun, 11 (28,9%) responden usia 46-55 tahun dan 3 (15%) responden yang berusia 46 tahun ke atas. Hasil uji statistik tidak menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat kemelekan kesehatan ($p=0,457$).

Sebanyak 35 (28,5%) responden yang menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa utama dalam percakapan sehari-hari memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi, sedangkan di antara responden yang menggunakan bahasa lain untuk percakapan sehari-hari terdapat 2 (16,7%) orang yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p = 0,511$ yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara bahasa percakapan sehari-hari dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Di antara responden dengan latar belakang etnis mayoritas, terdapat 18 (33,3%) responden yang memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi. Pada responden dengan latar belakang etnis minoritas, terdapat 19 (3,5%) responden yang memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi. Uji statistik menghasilkan nilai $p=0,288$ yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara latar belakang etnis dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan tingkat kemelekan kesehatan responden menunjukkan bahwa sebanyak 6 (15,4 %) pria memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi. Responden wanita yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi ada sebanyak 31 (32,3 %) orang. Uji statistik menghasilkan nilai $p=0,075$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Dari kelompok responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, terdapat 37 (31,9%) orang yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Di antara responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah, tidak ada yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Hasil uji statistik

menunjukkan nilai $p = 0,003$ yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kemelekan kesehatan responden.

Tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi terdapat 13 (14,9%) responden yang menempuh lama pendidikan 1 – 12 tahun, sedangkan pada kelompok responden yang telah menjalani masa pendidikan selama 13 tahun atau lebih terdapat 24 orang (50%) yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara lama pendidikan dengan tingkat kemelekan kesehatan ($p=0,0005$).

Sebanyak 20 (30,3%) responden yang bekerja memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Di antara responden yang tidak bekerja, terdapat 17 (24,6%) orang yang memiliki kemelekan kesehatan tinggi. Nilai $p=0,586$ menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status bekerja dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Hasil analisis hubungan antara pendapatan dengan tingkat kemelekan kesehatan responden menunjukkan bahwa sebanyak 37 (32,7 %) responden yang berpendapatan tinggi memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi. Pada responden berpendapatan rendah tidak didapatkan responden yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan tinggi. Uji statistik menghasilkan nilai $p=0,004$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pendapatan dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Faktor akses pelayanan kesehatan

Hasil analisis hubungan antara akses pelayanan kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan responden menunjukkan bahwa pada responden yang memiliki akses yang mudah, terdapat 28 (26,4%) orang yang memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi. Di antara responden yang aksesnya sulit, terdapat 9 (31%) orang yang memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi. Uji statistik menghasilkan nilai $p=0,795$ yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara akses pelayanan kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Faktor akses informasi kesehatan

Pada kelompok responden yang memiliki akses informasi kesehatan yang tinggi, terdapat 32 (44,4%) orang yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Pada kelompok responden yang memiliki akses informasi kesehatan yang rendah, terdapat 5 (7,9%) yang tingkat kemelekan kesehatannya tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p= 0,0005$ yang berarti bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara akses informasi kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan responden.

Perbandingan skor akses informasi kesehatan antara kelompok responden yang mendapat informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara dengan yang tidak mendapatkannya ditunjukkan dalam tabel 5.24. Responden digolongkan ke dalam kelompok yang menerima informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara jika pernah menerima informasi kesehatan dari satu atau lebih bentuk informasi yang disediakan di KDK FKUI Kiara (brosur, poster, tenaga kesehatan).

Tabel 5.24 Skor Akses Informasi Kesehatan pada Responden yang Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI Kiara dan yang Tidak Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI Kiara

Skor Akses Informasi Kesehatan	Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI Kiara	Tidak Mendapat Informasi Kesehatan dari KDK FKUI Kiara
	N = 91	N = 41
Mean	11,35	4,11
Median	11	3
SD	6,032	3,978

Dari tabel di atas terlihat bahwa nilai tengah skor akses informasi kesehatan ditemukan lebih besar pada kelompok yang mendapat informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara.

5.5 Faktor yang Paling Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan

Untuk melihat faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat kemelekan kesehatan, dilakukan analisis multivariat yang melihat hubungan variabel-variabel independen dengan variabel dependen secara bersamaan. Analisis ini dilakukan dalam beberapa langkah. Pertama, dilakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Untuk mewakili faktor pendidikan, variabel tingkat pendidikan dan lama pendidikan tidak dapat dimasukkan bersama-sama ke dalam analisis multivariat karena dapat menyebabkan kolinearitas. Oleh karena itu, peneliti memilih variabel lama pendidikan untuk mewakili faktor pendidikan tersebut.

Variabel yang hasil uji bivariatnya mempunyai nilai $p < 0,25$ diikutsertakan ke dalam model multivariat. Hasil seleksi bivariat mengikutsertakan variabel usia ($p = 0,04$), lama pendidikan ($p = 0,0005$), suku ($p=0,164$), jenis kelamin ($p=0,123$), status pekerjaan ($p=0,195$) dan akses informasi kesehatan ($p = 0,001$). Selanjutnya dilakukan analisis multivariat terhadap variabel-variabel ini. Variabel yang memiliki nilai $p > 0,05$ dikeluarkan dari model multivariat secara bertahap, mulai dari variabel yang nilai p -nya terbesar. Jika pengeluaran variabel dari model menyebabkan perubahan $OR > 10\%$, maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Setelah melalui tahapan tersebut didapatkan model terakhir seperti dalam Tabel 5.25.

Tabel 5.25 Faktor yang Paling Berpengaruh terhadap Tingkat Kemelekan Kesehatan

Variabel	Nilai p	OR (95% CI)
Akses informasi kesehatan	0,0005	7,230 (2,378-21,985)
Lama pendidikan	0,0005	5,887 (2,217-15,634)
Usia	0,054	2,589 (0,982-6,828)
Etnis	0,141	2,101 (0,781-5,648)
Status pekerjaan	0,324	1,643 (0,613-4,405)
Jenis kelamin	0,116	0,370 (0,107-1,280)

Universitas Indonesia

Dari model multivariat terakhir didapatkan bahwa variabel yang berhubungan bermakna dengan tingkat kemelekan kesehatan adalah akses informasi kesehatan ($p = 0,0005$) dan lama pendidikan ($p = 0,0005$). Variabel yang paling dominan adalah akses informasi kesehatan dengan $OR=7,230$. Artinya, individu yang akses informasi kesehatannya tinggi mendapat peluang untuk memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi tujuh kali lebih besar dibanding individu yang akses informasi kesehatannya rendah.



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, pengukuran kemelekan kesehatan yang dilakukan dalam penelitian ini hanya dilakukan untuk kemelekan kesehatan fungsional yaitu kemampuan pemahaman istilah dan teks (*print literacy*) dan kemampuan berhitung (*numeracy*). Penelitian ini tidak mengukur kemelekan kesehatan komunikatif (*communicative health literacy*) dan kemelekan kesehatan kritis (*critical health literacy*). Kedua, pelaksanaan penelitian ini terlokalisasi di satu klinik pelayanan kedokteran keluarga dan memakai teknik *non-probability sampling* yaitu *consecutive sampling* sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisir untuk pasien di pelayanan kesehatan yang lain atau di daerah yang lain.

Keterbatasan ketiga, peneliti tidak dapat melakukan validasi perbandingan instrumen pengukuran tingkat kemelekan kesehatan NVS versi Indonesia yang digunakan dengan instrumen baku karena belum tersedia instrumen pengukuran kemelekan kesehatan yang menjadi *gold standard* di Indonesia. Keempat, terdapat pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen yang membutuhkan *memory recall* sehingga dapat menyebabkan *recall bias*.

6.2 Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara Tahun 2012

Pengukuran kemelekan kesehatan baru pertama kali dilakukan di klinik ini. Hasil yang didapatkan dengan menggunakan kuesioner *Newest Vital Sign* (NVS) yang diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia menunjukkan hanya 27,4% responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi dan 72,6 % responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah.

Besarnya proporsi kemelekan kesehatan rendah ini sama dengan hasil penelitian di Turki yang juga dilakukan terhadap pasien klinik kedokteran keluarga dan menggunakan instrumen NVS versi bahasa Turki, yaitu 28,1 % responden memiliki kemelekan kesehatan tinggi dan 71,9% memiliki kemelekan kesehatan yang rendah (Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel, 2010). Penelitian serupa di Amerika Serikat yang dilakukan oleh Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) di lima pelayanan kesehatan primer (dua klinik dokter keluarga di daerah sub-urban, satu klinik dokter keluarga di daerah rural, dan sebuah klinik kesehatan komunitas perkotaan) juga menunjukkan lebih banyak responden yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah (51,9%) dibandingkan kemelekan kesehatan tinggi (48,1%). Di Belanda, Fransen, Van Schaik, Twickler dan Essink Bot (2011) menggunakan instrumen NVS yang diadaptasi ke dalam bahasa Belanda untuk mengukur kemelekan kesehatan pasien penyakit jantung koroner dan diabetes melitus tipe 2. Sebanyak 20,1 % responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi dan 79,9% responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang rendah.

6.3 Hubungan Faktor Sosiodemografi dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan

Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan usia tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan tingkat kemelekan kesehatan responden. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010), Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic et al (2009), Lee, Tsai, Tsai dan Kuo (2010), dan Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) yang menunjukkan usia memiliki hubungan bermakna dengan tingkat kemelekan kesehatan. Walaupun secara statistik tidak bermakna, namun jika melihat distribusi tingkat kemelekan kesehatan di antara masing-masing kelompok usia, pada kelompok usia ≥ 56 tahun proporsi tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi adalah yang paling kecil (15%) dibandingkan kelompok usia yang lebih muda.

Keadaan ini serupa dengan hasil analisis *International Literacy and Life Skills Survey* (ILLS) tahun 2003 di Kanada. Analisis determinan kemelekan kesehatan yang dilakukan pada sampel berusia 16-65 tahun menunjukkan bahwa usia bukan merupakan determinan yang berpengaruh terhadap kemelekan kesehatan seseorang. Akan tetapi, saat dilakukan analisis terpisah untuk sampel berusia lanjut (≥ 66 tahun), usia memiliki efek negatif terhadap kemelekan kesehatan. Artinya, pada kelompok usia lansia, semakin tua usia maka kemelekan kesehatan semakin rendah (Canadian Council on Learning, 2008).

Terdapat hal yang menarik dari analisis ILLS tersebut. Pada kelompok usia lansia, individu yang memiliki kebiasaan membaca sehari-hari memiliki skor kemelekan kesehatan 52% lebih tinggi dari nilai rata-rata kelompok usianya. Hasil ini menunjukkan bahwa penurunan fungsi berpikir yang berhubungan dengan usia lanjut dapat diperlambat dengan proses belajar yang terus-menerus (*continued learning*). Walaupun seseorang berusia lanjut, jika ia terlibat dalam proses belajar hari demi hari dan memiliki kebiasaan mengakses informasi terutama dengan cara membaca, maka ia dapat memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi (Canadian Council on Learning, 2008).

Paparan di atas dapat menjadi pertimbangan untuk program edukasi dan konseling kesehatan khusus untuk pasien usia lanjut di KDK Kiara. Ditambah lagi jika dilihat dari distribusi responden, hampir separuh responden berada di kelompok pra lansia dan lansia (28,1% berusia 46-55 tahun, 11,9% berusia 56-65 tahun, 3% berusia ≥ 66 tahun).

Bahasa

Hasil analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara bahasa yang digunakan dalam percakapan sehari-hari dengan tingkat kemelekan kesehatan. Keadaan ini berbeda dengan hasil penelitian Schillinger et al (2003) pada pasien pelayanan kesehatan primer di San Fransisco yang menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna pada tingkat kemelekan kesehatan pasien yang berbahasa Inggris dengan yang berbahasa Spanyol. Tingkat

Universitas Indonesia

kemelekan kesehatan yang rendah lebih banyak ditemukan pada pasien yang berbahasa Spanyol.

Satu hal yang dapat menjadi alasan tidak adanya perbedaan bermakna pada sampel penelitian ini adalah walaupun dalam percakapan sehari-hari lebih banyak menggunakan bahasa lain, individu tersebut tetap memiliki kemampuan berbahasa Indonesia yang tidak berbeda dengan responden yang menggunakan bahasa Indonesia sebagai bahasa utama.

Etnis

Pada penelitian ini, uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara etnis dengan tingkat kemelekan kesehatan. Hasil ini berbeda dengan hasil *National Assessment of Adult Literacy* tahun 2003 di Amerika Serikat dan *International Adult Literacy and Skills Survey* tahun 2003 di Kanada yang menunjukkan bahwa kemelekan kesehatan yang rendah lebih banyak terdapat pada etnis minoritas. Keadaan ini dihubungkan dengan diskriminasi sosial dan ekonomi, serta diskriminasi dalam akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan (American College of Physicians, 2010). Hasil penelitian ini dapat menunjukkan bahwa pada responden penelitian, tidak terdapat disparitas ini.

Jenis Kelamin

Hasil uji statistik hubungan antara variabel jenis kelamin dengan tingkat kemelekan kesehatan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna. Meski demikian, proporsi tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi lebih besar pada wanita (32,3%) dibanding pria (15,4%). Keadaan ini sama hasil penelitian Shah, West, Bremmeyr dan Savoy-Moore (2010) di Amerika Serikat yang menunjukkan lebih banyak wanita yang memiliki kemelekan kesehatan yang tinggi (63,2%) dibanding pria (47,5%). Hasil yang serupa juga didapat pada survei nasional kemelekan kesehatan di Taiwan tahun 2008 dimana proporsi kemelekan kesehatan yang tinggi pada wanita (70,3%) lebih besar dibandingkan pada pria (69,2%)

Universitas Indonesia

walaupun juga tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik (Lee, Tsai, Tsai dan Kuo , 2010). Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic (2009) di Belgrade , Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010) di Turki, dan Schillinger et al (2002) di San Fransisco yang menunjukkan bahwa jenis kelamin merupakan faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan tingkat kemelekan kesehatan dan wanita memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang lebih rendah dibanding pria.

Hasil penelitian ini dapat disebabkan pengaruh dari faktor lain misalnya pendidikan dan akses informasi kesehatan. Penelitian Ali et al (2007) mengenai hubungan pendidikan gender dan perilaku pencarian kesehatan (*health seeking behaviour*) di Pakistan menyatakan bahwa pendidikan lebih besar pengaruhnya dibanding gender. Hal yang sama diungkapkan oleh Lawson (2004) bahwa tanpa memandang jenis kelamin, peningkatan tingkat pendidikan mempunyai hubungan positif dengan perilaku pencarian kesehatan. Selain itu, hasil ini juga dapat menunjukkan bahwa pada pasien di KDK Kiara tidak terdapat diskriminasi gender dalam kesempatan memperoleh pendidikan serta informasi kesehatan yang dapat mempengaruhi tingkat kemelekan kesehatan.

Pendidikan

Tingkat pendidikan dan lama pendidikan berhubungan dengan kemelekan kesehatan pasien, yaitu makin tinggi tingkat pendidikan maka makin tinggi tingkat kemelekan kesehatannya. Hasil ini sama dengan yang ditemukan dalam penelitian - penelitian kemelekan kesehatan sebelumnya. Penelitian Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010) di Turki, *National Assessment of Adult Literacy* di Amerika Serikat (White, 2008), penelitian Schillinger et al (2002) pada pasien diabetes melitus tipe 2 di San Francisco, penelitian Bains dan Egede (2011) di Amerika Serikat, dan *International Literacy and Life Skills Survey* di Kanada (Canadian Council on Learning, 2008) menunjukkan bahwa responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi memiliki kemelekan kesehatan yang lebih tinggi pula. Penelitian Lee, Tsai, Tsai dan Kuo (2010) di Taiwan dan Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic (2009) di Belgrade juga

Universitas Indonesia

menemukan bahwa lama pendidikan berbanding positif dengan kemelekan kesehatan seseorang.

Jika melihat hasil penelitian ini, maka program wajib belajar 12 tahun yang tengah dicanangkan pemerintah dapat turut meningkatkan kemelekan kesehatan masyarakat. Satu hal yang tetap perlu diingat adalah walaupun tingkat pendidikan yang telah dicapai dan lama pendidikan yang telah ditempuh berkaitan erat dengan kemelekan kesehatan seseorang, status pendidikan seseorang tidak selalu mencerminkan tingkat kemelekan kesehatannya. Pada sampel penelitian ini, 87,4% telah menyelesaikan wajib belajar 9 tahun dan 74,7% telah menamatkan SMA dan jenjang perguruan tinggi. Meski demikian, hanya 27,4% yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Hal ini perlu diingat oleh tenaga kesehatan saat berkomunikasi dengan pasien. walaupun tingkat pendidikan pasien cukup tinggi, belum tentu pasien tersebut memiliki pemahaman yang baik terhadap informasi kesehatan yang diberikan.

Keadaan tersebut juga didapati di negara maju seperti Amerika Serikat (Weiss, 2007; White, 2008; Gillis, 2009). Hal ini menjadi salah satu alasan dikembangkannya berbagai instrumen untuk menilai tingkat kemelekan kesehatan pasien. Weiss et al (2005) menyusun instrumen NVS dengan maksud mengembangkan alat skrining untuk mendeteksi kemelekan kesehatan yang rendah yang dapat diaplikasikan secara cepat dan akurat pada pelayanan kesehatan. Aplikasi instrumen penilaian kemelekan kesehatan perlu dipertimbangkan dalam pelayanan kesehatan.

Pendidikan berperan dalam pembentukan pengetahuan serta ketrampilan yang berhubungan dengan kesehatan. Pendidikan dapat mempengaruhi preferensi, perilaku serta gaya hidup seseorang yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kesehatannya. Pendidikan juga meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengumpulkan dan menginterpretasikan informasi kesehatan. Lebih lanjut lagi, pendidikan dapat membentuk kemampuan seseorang untuk selalu menambah atau memperbaharui pengetahuan kesehatan yang telah dimilikinya melalui proses pembelajaran berkelanjutan (*Canadian Council on Learning, 2008*).

Universitas Indonesia

Tingkat kemelekan kesehatan yang dimiliki saat ini merupakan hasil dari proses pembelajaran individu sejak masa kecilnya. Jenjang pendidikan sekolah dasar, sekolah menengah pertama, sekolah menengah atas, dan jenjang universitas menjadi kesempatan untuk meningkatkan kemelekan kesehatan. Pendidikan kesehatan harus dimulai sejak masa kanak-kanak dan terus bertambah secara berkelanjutan (Institute of Medicine, 2004). Oleh karena itu, perlu ada kurikulum pendidikan kesehatan di setiap jenjang pendidikan. Joint Committee on National Health Standards (1995) membuat sebuah standar pendidikan kesehatan nasional di Amerika Serikat yang menjelaskan pengetahuan serta keahlian yang diperlukan untuk kemelekan kesehatan. Standar ini menggambarkan seseorang yang melek kesehatan sebagai seorang yang berpikir kritis, dapat memecahkan masalah, warga negara yang produktif, pembelajar, dan komunikator yang efektif.

Standar pendidikan nasional yang dibuat tersebut memiliki tujuan: (1) para murid dapat memahami konsep yang berhubungan dengan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit; (2) para murid dapat mendemonstrasikan kemampuan untuk mengakses informasi kesehatan yang valid serta produk dan pelayanan yang meningkatkan kesehatan; (3) para murid dapat mendemonstrasikan kemampuan untuk mempraktikkan perilaku yang meningkatkan kesehatan dan mengurangi risiko kesehatan; (4) para murid dapat menganalisis pengaruh budaya, media, teknologi, dan faktor-faktor lain terhadap kesehatan; (5) para murid dapat mendemonstrasikan kemampuan komunikasi interpersonal untuk meningkatkan kesehatan; (6) para murid dapat mendemonstrasikan kemampuan advokasi untuk kesehatan pribadi, keluarga, dan komunitas (Joint Committee on National Health Standards, 1995).

Tujuan yang disebutkan di atas kemudian dijabarkan ke dalam kurikulum pendidikan kesehatan di setiap tingkatan pendidikan mulai dari sekolah dasar hingga sekolah menengah atas. Kurikulum pendidikan kesehatan ini sangat penting untuk dimasukkan ke dalam pendidikan secara umum karena murid yang memiliki pengetahuan serta kemampuan untuk memelihara kesehatannya akan

memiliki keadaan kesehatan dan produktivitas yang baik. Hal ini akan berdampak pada indeks pembangunan manusia di suatu negara.

Pekerjaan

Status bekerja tidak ditemukan memiliki hubungan yang bermakna dengan kemelekan kesehatan pasien dalam penelitian ini. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic (2009) yang menyatakan bahwa kemelekan kesehatan yang tinggi lebih banyak ditemukan pada orang yang bekerja. Hasil dalam penelitian ini dapat disebabkan pengaruh variabel lain seperti pendidikan dan pendapatan. Misalnya, walaupun pasien tidak bekerja, namun tingkat pendidikannya tergolong tinggi dan pendapatan keluarganya (dari anggota keluarga lain yang bekerja) mencukupi.

Pendapatan

Dari analisis bivariat, variabel pendapatan memiliki hubungan yang bermakna dengan kemelekan kesehatan pasien. Namun setelah tahap analisis multivariat, pendapatan tidak memiliki hubungan bermakna dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien pada penelitian ini.

Hasil dari penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Ozdemir, Alper, Uncu dan Bilgel (2010), Ng & Omariba (2010), Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic dan Marinkovic (2009) dan Lee, Tsai, Tsai dan Kuo (2010) yang menyatakan bahwa keadaan ekonomi yang baik berhubungan dengan kemelekan kesehatan yang tinggi, dan sebaliknya keadaan ekonomi yang buruk berhubungan dengan kemelekan kesehatan yang rendah.

Menurut peneliti, variabel pendapatan sebaiknya dilakukan dengan lebih akurat. Pendapatan yang ditanyakan dalam penelitian ini adalah pendapatan keluarga per bulan yang dibandingkan dengan Upah Minimum Regional DKI Jakarta. Peneliti tidak mempertimbangkan faktor-faktor seperti jumlah orang yang harus dinafkahi dalam satu keluarga dibandingkan dengan pendapatan keluarga serta membandingkannya dengan pendapatan per kapita.

Universitas Indonesia

6.4 Hubungan Akses Pelayanan Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan

Uji statistik pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara akses pelayanan kesehatan yang sulit dan yang rendah. Hasil ini berbeda dengan hasil *National Assessment of Adult Literacy* tahun 2003 (White, 2008) dan penelitian Bains dan Egede (2011). Jika dilihat dari gambaran distribusi responden berdasarkan respon mengenai akses pelayanan kesehatan (Tabel 5.14), sebagian besar responden memang tidak mengalami kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan di KDK FKUI Kiara.

Pawlak (2005) menyatakan bahwa akses pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapat, memproses dan memahami informasi kesehatan dari tenaga kesehatan sehingga pada akhirnya mempengaruhi kemelekan kesehatan. Berkenaan dengan hal ini, akses pelayanan kesehatan pada penelitian ini juga dapat menjadi tidak berhubungan bermakna dengan tingkat kemelekan kesehatan karena pengaruh penerimaan informasi kesehatan dari sumber-sumber lain yang intensitasnya lebih besar dibandingkan penerimaan informasi kesehatan dari tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara. Seseorang dapat terpapar informasi kesehatan dari media seperti televisi, koran, internet, atau keluarga dan teman-teman hampir setiap hari, sedangkan frekuensi kunjungannya ke pelayanan kesehatan frekuensinya lebih jarang.

6.5 Hubungan Akses Informasi Kesehatan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan

Akses informasi kesehatan merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kemelekan kesehatan pasien KDK FKUI Kiara. Besarnya pengaruh akses informasi kesehatan terhadap kemelekan kesehatan pasien di KDK FKUI Kiara sejalan dengan hasil dari *National Assessment of Adult Literacy* tahun 2003 di Amerika Serikat yaitu lebih banyak penduduk dengan tingkat kemelekan kesehatan rendah yang melaporkan bahwa mereka tidak mendapat informasi

kesehatan dari sumber informasi tercetak atau tertulis dibandingkan mereka yang tingkat kemelekan kesehatannya lebih tinggi (White, 2008).

Nutbeam (2000) mengemukakan bahwa peningkatan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan serta kapasitas mereka dalam menggunakannya secara efektif sangat krusial dalam masalah kemelekan kesehatan. Keputusan-keputusan kesehatan yang baik memerlukan informasi kesehatan yang komprehensif, dapat diakses serta sesuai dengan kebutuhan dan latar belakang sosial budaya individu (Ishikawa & Kiuschi, 2010).

Jika melihat pola responden dalam penggunaan media informasi, informasi kesehatan menempati urutan ketiga dalam informasi yang paling sering dicari oleh responden, setelah berita terkini dan hiburan. Media informasi yang paling banyak digunakan adalah televisi, koran, dan internet. Hal ini dapat menjadi pertimbangan untuk memasukkan pesan-pesan promosi kesehatan melalui media-media tersebut. Sebagian besar responden (89,6%) mengaku mendapatkan informasi kesehatan dalam sebulan terakhir. Informasi kesehatan ini didapatkan dari berbagai sumber. Responden paling sering mendapatkan informasi kesehatan dari keluarga dan teman serta dari televisi.

Sebanyak 68 (50,4%) responden mendapatkan informasi kesehatan dari keluarga dan teman mereka. Sekitar separuh dari responden ini mengatakan frekuensinya cukup sering. Keluarga dan teman merupakan lingkungan terdekat pasien. Komunikasi yang terjalin secara intens menyebabkan informasi yang didapat dari keluarga dan teman termasuk sering didapat, termasuk dalam hal kesehatan. Informasi kesehatan yang didapatkan dari keluarga atau teman juga termasuk mudah dimengerti oleh para responden karena disampaikan dalam bahasa atau istilah awam. Meski demikian, hanya 33,3% responden yang menganggap informasi dari keluarga atau teman dapat dipercaya. Hal ini dapat dikarenakan informasi kesehatan dari keluarga atau teman belum tentu berasal dari sumber ahli kesehatan yang dapat dipercaya. Seringkali informasi kesehatan yang diberikan bersifat pengalaman, sedangkan pengalaman merupakan hal yang subyektif.

Kondisi di atas menjadi penting dalam pendekatan kedokteran keluarga yang dilakukan KDK FKUI Kiara. Kedokteran keluarga menekankan keluarga sebagai unit sosiologis yang menyediakan dukungan untuk individu didalamnya dan juga menekankan pentingnya peran keluarga dalam hubungan sebab-akibat kesehatan individu. Edukasi yang diberikan kepada keluarga-keluarga binaan dapat membuat seluruh anggota keluarga makin melek kesehatan sehingga dapat menjadi makin selektif dalam pemberian maupun penerimaan informasi kesehatan.

Informasi kesehatan juga sering didapatkan responden dari televisi. Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa televisi dapat menjadi media informasi kesehatan yang berdampak besar. Collins et al (2003) dalam Primack, Wickett, Kraemer dan Zickmund (2010) melakukan sebuah survei nasional pada remaja di Amerika Serikat mengenai sebuah episode dalam serial TV populer yang menggambarkan penggunaan kondom. Mereka menemukan bahwa 20% penonton remaja membicarakan episode tersebut dengan orang dewasa dan 10% berdiskusi dengan orang tua mereka mengenai keefektifan kondom. Saphiro et al (2003) dalam Primack, Wickett, Kraemer dan Zickmund (2010) melakukan sebuah studi mengenai pengaruh paparan serial opera sabun mengenai pencegahan AIDS 'SIDA dans la Cite' pada 2150 orang penduduk di daerah Pantai Ivory yang dipilih secara acak sebagai sampel. Hasil dari penelitian ini adalah 65% sampel telah menonton setidaknya satu episode serial ini dan orang yang telah menonton 10 episode atau lebih memiliki kecenderungan lebih tinggi untuk menggunakan kondom dalam hubungan seksual terakhir yang mereka lakukan.

Primack, Wickett, Kraemer dan Zickmund (2010) juga melakukan sebuah penelitian kualitatif pada murid setingkat SMP di Pittsburgh, Amerika Serikat, mengenai akseptabilitas dan keefektifan sebuah kurikulum kemelekkan kesehatan dengan menggunakan cuplikan program-program televisi populer. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan cuplikan program televisi yang populer dapat berkontribusi pada pendidikan kesehatan tanpa mengabaikan keakuratan informasi kesehatan yang diberikan. Metode ini dapat menjadi jembatan untuk memotivasi

Universitas Indonesia

para murid dan menyediakan konteks untuk materi pelajaran yang berkaitan dengan kesehatan.

Jika dilihat dari Tabel 5.19, sebagian besar responden yang mendapat informasi kesehatan dari televisi merasa bahwa informasi yang didapatnya mudah dimengerti. Meski demikian, tidak semuanya merasa bahwa informasi kesehatan dari televisi dapat dipercaya. Hal ini dapat disebabkan informasi kesehatan yang saat ini ditayangkan di televisi banyak yang bersifat komersial atau bukan dari narasumber ahli kesehatan. Jika televisi menayangkan informasi kesehatan yang bertujuan untuk mengedukasi masyarakat dan menampilkan sumber-sumber yang kompeten, maka akan berdampak meningkatkan penerimaan atas informasi yang didapatkan.

Sebanyak 61 (45,2%) responden menggunakan koran sebagai salah satu media informasi, namun hanya 17,8% responden yang mendapatkan informasi kesehatan dari koran. Hal ini dapat disebabkan tidak semua koran yang dibaca responden menyediakan rubrik kesehatan, atau rubrik kesehatan tersebut tidak muncul secara rutin, dapat juga karena rubrik tersebut tidak disajikan secara menarik. Selain itu, hal ini dapat dikarenakan minat responden untuk mencari informasi kesehatan dari koran masih lebih rendah dibanding minat terhadap rubrik-rubrik lainnya.

Sebanyak 14,1% responden merasa informasi kesehatan yang diterimanya dari koran mudah dimengerti, namun hanya 10,4% responden yang merasa informasi tersebut dapat dipercaya. Hal ini dapat dikarenakan isi informasi kesehatan di koran banyak yang bersifat komersial atau narasumber informasi tidak diungkapkan dengan jelas. Koran dapat menjadi media informasi yang efektif dalam menyebarkan informasi kesehatan karena distribusinya luas, frekuensi terbitnya sering, dan harganya relatif terjangkau. Jika seseorang berlangganan koran, maka ia berpeluang untuk mendapatkan informasi yang baru hampir tiap hari. Sebuah rubrik kesehatan yang muncul rutin, dikemas dengan menarik dan dalam bahasa yang mudah dimengerti orang awam, serta bersifat

edukatif dan berasal dari narasumber yang ahli di bidangnya dapat meningkatkan peran koran dalam akses informasi kesehatan.

Selain media informasi yang telah disebutkan, internet juga cukup banyak digunakan oleh responden. Seiring perkembangan teknologi informasi, internet memiliki peran yang penting dalam penyebaran informasi kesehatan (McRay, 2005).

National Assessment of Adult Literacy juga menyatakan bahwa 80% penduduk yang kemelekan kesehatannya sangat rendah menyatakan bahwa mereka tidak mendapat informasi dari internet (White, 2008). Melek internet dapat menjadi faktor yang menunjang kemelekan kesehatan seseorang. Internet menawarkan akses informasi kesehatan yang bersifat universal dan terbaru, serta makin tak terhalang tempat dan waktu. Forum-forum berisi topik kesehatan spesifik dapat menyediakan dukungan sosial dalam komunitas virtual (Christmann, 2005).

Di sisi lain, sama seperti media lain, terdapat kemungkinan informasi kesehatan yang didapatkan di internet adalah salah, berkualitas rendah, atau terlalu rumit bagi sang pengguna karena informasi di internet dapat ditulis oleh siapa saja dan tidak disaring. Internet dapat dianggap sebagai sumber informasi *pull-information* dan bukan *push-information*. Sumber *pull-information* membutuhkan proses pencarian dan pemilihan informasi secara aktif oleh pengguna untuk memilih informasi yang ia perlukan di antara sekumpulan besar informasi. *Push-information* menawarkan informasi yang sudah diseleksi oleh pengerja media sehingga pengguna menerima informasi secara pasif, misalnya televisi dan media cetak. Oleh karena itu, masyarakat harus mengetahui cara menggunakan dan mengolah informasi kesehatan yang didapatkan dari internet. Peningkatan akses untuk menggunakan komputer dan internet, adanya program pendidikan yang mengajarkan penggunaan internet secara baik dan benar, serta kemampuan untuk menyaring informasi kesehatan dari internet akan dapat menunjang kemelekan kesehatan seseorang (Christmann, 2005).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 39 (28,9%) responden yang mendapatkan informasi kesehatan melalui internet, sebanyak 31 (23%) responden

yang dapat memahami isinya dan hanya 23(17%) yang menyatakan informasi tersebut dapat dipercaya. Hal ini menandakan perlunya pembuatan serta sosialisasi situs (*website*) yang berisi informasi kesehatan berkualitas, mudah dipahami, dan dapat dipercaya oleh masyarakat umum. Christmann (2005) menyarankan situs kesehatan berisi tiga hal: (1) informasi kesehatan (dibuat dengan bahasa yang sederhana, disertai pesan-pesan kesehatan non-teks seperti video, gambar, audio untuk mengakomodasi pengguna yang gaya belajarnya berbeda-beda; (2) informasi praktis mengenai sistem kesehatan (misalnya peta yang menunjukkan rumah sakit, praktek dokter, kegiatan promosi kesehatan di lokasi tertentu); (3) bagian interaktif (forum, ruang diskusi bertema spesifik).

Dari hasil dalam Tabel 5.19, tampak bahwa responden menganggap informasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan mudah dimengerti dan dapat dipercaya. Dari 80 (59,3%) responden yang mendapat informasi kesehatan dari tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara, 78 (57,8%) responden merasa informasi yang diterima mudah dimengerti dan 79 (58,5%) responden mempercayai informasi yang didapatkan. Selain itu, dari 32 (23,7%) responden yang mendapat informasi dari tenaga kesehatan di tempat lain, 31 (23%) orang merasa informasi tersebut mudah dimengerti dan 29 (21,5%) orang merasa informasi tersebut dapat dipercaya. Hal ini menunjukkan tenaga kesehatan memiliki tempat krusial dalam pemberian informasi kesehatan. Responden menganggap tenaga kesehatan adalah orang yang telah secara khusus belajar mengenai ilmu kesehatan sehingga mempercayai informasi yang diberikan.

Menilik hasil lain dari Tabel 5.19, sebanyak 80 (40,7%) responden mendapat informasi kesehatan dari tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara, namun 59 (43,7%) responden mengaku frekuensinya sangat jarang. Hal ini dikarenakan pertemuan dengan petugas kesehatan yang dilakukan hanya pada saat responden merasa memerlukan tenaga kesehatan, misalnya pada saat sakit. Pada Tabel 5.20 memang tampak informasi kesehatan paling banyak didapatkan saat berobat (91,3%). Responden yang mendapatkannya saat penyuluhan hanya 9 orang, saat *home visit* sebanyak 3 orang, dan melalui kontak pribadi sebanyak 1 orang.

Dari data tersebut terlihat bahwa saat pasien berobat merupakan saat yang penting dalam pemberian informasi kesehatan. Ishikawa et al (2009) dalam Ishikawa & Kiuchi (2010) menyatakan bahwa kemelekan kesehatan pasien, khususnya dalam aspek komunikatif, berhubungan dengan proses komunikasi dengan tenaga kesehatan saat berkonsultasi. Jika melihat bahwa tenaga kesehatan merupakan sumber informasi yang dipercaya dan dipahami oleh responden, maka perlu dipertimbangkan upaya-upaya proaktif dalam edukasi pasien. Misalnya, tenaga kesehatan KDK FKUI Kiara lebih banyak melakukan penyuluhan di luar klinik dan memberikan undangan kepada keluarga-keluarga yang menjadi binaan KDK FKUI Kiara, tokoh-tokoh komunitas, serta tetap terbuka untuk umum. *Home visit* juga dapat lebih sering dilakukan kepada keluarga-keluarga binaan dalam konteks promosi kesehatan, selain untuk melayani pasien-pasien yang tidak dapat pergi ke klinik untuk berobat atau tidak mempunyai keluarga untuk membantu merawat.

Selain tenaga kesehatan, bahan-bahan edukasi kesehatan seperti brosur dan poster yang ada di KDK FKUI Kiara juga menjadi sumber informasi kesehatan. Sebanyak 21,5% responden mendapatkan informasi kesehatan dari brosur di KDK FKUI Kiara dan sebagian besar menganggap informasi yang ada didalamnya mudah dimengerti dan dapat dipercaya. Sejumlah 28,1% responden mendapatkan informasi kesehatan dari poster di KDK FKUI Kiara, 24,4% responden merasa informasi tersebut mudah dimengerti dan 27,4% menganggap informasi tersebut dapat dipercaya. Poster yang paling banyak dilihat adalah yang terletak di ruang tunggu, diikuti dengan ruang triase, KB-KIA, bagian depan klinik, Jalan Kalibaru, dan toilet pasien.

Data di atas menunjukkan bahwa jumlah responden yang membaca brosur, poster yang disediakan di KDK FKUI Kiara masih sedikit. Pemanfaatan brosur dan poster ini perlu ditingkatkan karena melihat responden yang telah memanfaatkan media ini merasa mendapat informasi kesehatan yang mudah dimengerti dan dapat dipercaya. Beberapa cara dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan pemanfaatan brosur dan poster di KDK FKUI Kiara, antara lain:

Universitas Indonesia

(1) pembuatan brosur dan poster dengan format dan desain yang lebih menarik atau *eye-catching*; (2) penempatan brosur di tempat yang lebih terlihat (misalnya di dekat pintu masuk klinik atau di dekat loket pembayaran) yang disertai dengan tanda yang mempersilahkan pengunjung klinik untuk mengambil; (3) penggantian brosur dan poster yang dipasang secara berkala agar pengunjung yang sering datang dapat melihat informasi-informasi yang baru; (4) himbauan dari tenaga kesehatan kepada para pengunjung klinik untuk membaca poster dan brosur yang disediakan; (5)

Ruang tunggu menjadi tempat yang paling strategis untuk memasang informasi kesehatan dalam bentuk poster karena merupakan ruangan yang selalu dilewati pengunjung klinik, pengunjung klinik memiliki waktu lebih lama untuk membaca sambil menunggu giliran berobat serta bentuk ruangan yang memungkinkan pemasangan poster yang berukuran besar. Jalan Kalibaru yang menjadi salah satu jalan besar yang dilewati untuk menuju ke klinik juga merupakan sebuah lokasi yang strategis untuk memasang informasi kesehatan. Terlebih lagi informasi yang dipasang di lokasi ini akan dapat menjangkau masyarakat di luar pengunjung klinik.

Televisi sebagai media informasi yang paling banyak digunakan oleh responden dapat menandakan bahwa para pasien ini lebih tertarik dan terbiasa dengan media yang bersifat audiovisual. Hal ini dapat menjadi pertimbangan bagi KDK FKUI Kiara untuk menyediakan media promosi kesehatan yang bersifat audiovisual.

Pada Tabel 5.24 nampak bahwa nilai tengah skor akses informasi kesehatan pada responden yang mendapat informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara lebih besar dibandingkan dengan yang tidak mendapat informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara. Hasil ini dapat menyatakan adanya peranan komunikasi dan edukasi kesehatan dalam pendekatan kedokteran keluarga yang dilakukan oleh KDK FKUI Kiara terhadap kemelekan kesehatan para pasiennya.

Partnership for Clear Health Communication Steering Committee (2003) menyatakan bahwa komunikasi kesehatan yang efektif antara pasien dengan

tenaga kesehatan merupakan bagian dari langkah dasar dan awal dalam peningkatan kemelekan kesehatan. Langkah ini memberi dampak yang besar dan segera. Kesadaran tenaga kesehatan akan tingkat kemelekan kesehatan pasien akan membantu dalam menghindari atau menjembatani jurang informasi yang dapat timbul antara tenaga kesehatan dan pasien. Untuk mengetahui tingkat kemelekan kesehatan pasien, tenaga kesehatan dapat melakukan tes kemelekan kesehatan seperti NVS atau melalui pengamatan sikap pasien.

Beberapa tanda-tanda pasien kemungkinan memiliki kemelekan kesehatan yang rendah adalah: (1) membawa teman atau keluarga yang dapat membantu membaca atau ikut mendengarkan, (2) mengamati perilaku pasien lain pada situasi yang sama dan meniru tingkat laku mereka, (3) salah mengisi formulir pendaftaran atau formulir lainnya, (4) membuat alasan-alasan seperti “Saya akan membaca ini di rumah” atau “Saya tidak bisa membaca ini sekarang, saya lupa membawa kacamata”, (5) menjauhkan diri saat penjelasan dari tenaga kesehatan, (6) melupakan jadwal pertemuan dengan tenaga kesehatan, dan (7) tidak patuh atau salah mengikuti instruksi pengobatan (*Partnership for Clear Health Communication Steering Committee*, 2003; Safer & Keenan, 2005).

Dalam membantu pasien dengan tingkat kemelekan kesehatan yang rendah, tenaga kesehatan dapat melakukan beberapa hal, diantaranya: (1) menciptakan suasana yang membuat pasien merasa nyaman dan tidak malu, (2) menggunakan bahasa awam, (3) menggunakan gambar dalam penjelasan kepada pasien, (4) tidak membebani pasien dengan informasi yang terlalu banyak pada sekali pertemuan, (5) menggunakan metode “*teach-back*” yaitu meminta pasien mengulang atau menjelaskan kembali informasi yang telah diberikan (*Partnership for Clear Health Communication Steering Committee*, 2003; Safer & Keenan, 2005).

Prinsip-prinsip pemberian informasi yang telah dipaparkan sejalan dengan nilai-nilai sentral kedokteran keluarga, diantaranya yaitu: (1) pelayanan yang berpusat pada pasien dan mementingkan hubungan dokter pasien, (2) pendekatan holistik terhadap pasien dan masalah-masalahnya bukan hanya secara fisik namun

juga melihat dari sisi sosial dan psikologis, (3) penekanan pada aspek preventif , (4) pelayanan kepada pasien tidak hanya di luar ruang konsultasi namun juga pada situasi lainnya (Gan, Azwar & Wonodirekso, 2004).

Kondisi lain yang perlu menjadi perhatian adalah hasil dalam Tabel 5.18 yang menunjukkan bahwa sebanyak 10,4% responden tidak merasa mendapatkan informasi kesehatan walaupun mereka datang ke KDK FKUI Kiara. Hal ini memang dapat disebabkan oleh faktor penelitian yaitu responden merupakan pasien baru, pada saat diwawancara responden belum berkonsultasi dengan petugas kesehatan, atau responden belum sempat membaca atau melihat informasi kesehatan dalam bentuk brosur dan poster di KDK Kiara. Namun, hal ini juga dapat disebabkan responden memang tidak merasa mendapatkan informasi kesehatan saat berkonsultasi dengan tenaga kesehatan atau responden tidak tertarik dengan informasi kesehatan yang disediakan. Keadaan ini dapat diperbaiki dengan peningkatan komunikasi dan edukasi kesehatan oleh petugas kesehatan di KDK FKUI Kiara serta mengefektifkan media informasi kesehatan yang ada di KDK FKUI Kiara.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

1. Persentase tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012 adalah sebanyak 37 orang responden (27,4 %) memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi, sedangkan 98 orang (72,6 %) responden memiliki tingkat kemelekan kesehatan rendah.
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara akses informasi kesehatan dan lama pendidikan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012. Tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, bahasa, etnis, jenis kelamin, pekerjaan, pendapatan dan akses pelayanan kesehatan dengan tingkat kemelekan kesehatan pasien.
3. Akses informasi kesehatan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan terhadap tingkat kemelekan kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara tahun 2012. Informasi kesehatan yang didapatkan dari KDK FKUI Kiara memiliki peranan dalam tingkat kemelekan kesehatan pasien.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta

- Mengingat bahwa keluarga dan teman merupakan sumber yang paling sering menjadi sumber informasi kesehatan, maka dapat dipertimbangkan adanya sebuah program edukasi kesehatan dalam bentuk dukungan kelompok sebaya serta memperbanyak *home visit* kepada keluarga-keluarga binaan dalam konteks pendidikan kesehatan.

- Melihat hasil penelitian bahwa persentase tingkat kemelekan kesehatan rendah lebih besar pada usia pra-lansia dan lansia , adanya program pendampingan untuk pasien berusia lanjut, misalnya dalam bentuk kelompok pendukung (*support group*) yang salah satu aktivitasnya memasukkan kegiatan baca-tulis dapat menolong pasien pada kelompok usia tersebut.
- Melihat pentingnya peran pendidikan terhadap kemelekan kesehatan, disarankan KDK FKUI Kiara dapat melakukan advokasi kepada pihak sekolah yang bekerja sama dengan KDK Kiara untuk menggalakkan kebiasaan membaca dan memasukkan pendidikan kesehatan dalam kurikulum pendidikan sekolah sesuai umur dan jenjang pendidikan.
- Melihat bahwa kegiatan membaca sehari-hari dapat meningkatkan kemelekan kesehatan, maka penyuluhan mengenai pentingnya kebiasaan membaca sehari-hari kepada pasien dapat meningkatkan kemelekan kesehatan pasien.
- Mengingat pentingnya peran akses informasi kesehatan pada tingkat kemelekan kesehatan, maka peningkatan pemberian informasi kesehatan yang jelas dan sederhana kepada pasien dengan metode-metode yang membantu pasien memahami informasi (penggunaan gambar, meminta pasien untuk mengulangi informasi kesehatan yang diberikan untuk mengetahui sejauh mana pemahaman pasien) akan dapat meningkatkan kemelekan kesehatan pasien.
- Dari hasil penelitian bahwa informasi kesehatan dari KDK FKUI Kiara merupakan sumber informasi yang paling mudah dimengerti dan dapat dipercaya namun masih tergolong jarang diakses oleh responden, disarankan adanya lebih banyak penyuluhan-penyuluhan di luar klinik dengan mengundang keluarga-keluarga binaan, tokoh-tokoh komunitas serta terbuka untuk umum. Selain itu, pembuatan brosur dan poster kesehatan dengan format yang menarik serta yang diperbaharui dalam jangka waktu berkala di tempat-tempat yang strategis, terutama di ruang tunggu pasien dapat meningkatkan akses informasi kesehatan pasien.

Universitas Indonesia

- Melihat bahwa media audiovisual seperti televisi merupakan media yang paling sering digunakan responden, disarankan adanya informasi kesehatan dalam bentuk audiovisual di KDK FKUI Kiara.

7.2.2 Bagi Ilmu Pengetahuan

- Dengan melihat keterbatasan dalam penelitian ini, disarankan adanya penelitian lebih lanjut mengenai pembuatan instrumen pengukuran kemelekan kesehatan yang lebih komprehensif dan sesuai keadaan sosial budaya di Indonesia (mengukur aspek fungsional, komunikatif/interaktif, dan aspek kritis). Materi dalam instrumen ini juga dapat disesuaikan dengan materi program-program promosi kesehatan di Indonesia. Selain itu, perlu diadakan penelitian mengenai adanya faktor-faktor lain yang juga dapat berpengaruh terhadap kemelekan kesehatan.
- Melihat pengalaman uji coba instrumen pada penelitian ini, tidak disarankan menggunakan contoh produk bahan makanan dalam penelitian dengan menggunakan instrumen *Newest Vital Sign* karena dapat menimbulkan kesalahpahaman mengenai maksud penelitian.
- Melihat peran serta dampak kemelekan kesehatan, maka kemampuan menilai kemelekan kesehatan serta meningkatkan kemelekan kesehatan perlu menjadi kompetensi para pendidik kesehatan.
- Melihat pentingnya peran akses informasi kesehatan terhadap tingkat kemelekan kesehatan, disarankan adanya penelitian lebih lanjut mengenai sejauh mana pengetahuan tenaga kesehatan akan tingkat kemelekan kesehatan pasien mempengaruhi gaya komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien. Selain itu, diperlukan juga penelitian mengenai tingkat kesulitan berbagai bentuk media informasi kesehatan yang tersedia saat ini jika dibandingkan dengan kemampuan pemahaman atau kemampuan baca pasien.

7.2.3 Bagi Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FKUI

- Melihat peran dan dampak kemelekan kesehatan, maka hal ini perlu dipertimbangkan memperkenalkan masalah kemelekan kesehatan dalam pendidikan atau pelatihan dokter keluarga.
- Melihat makin meningkatnya peran internet dalam akses informasi kesehatan, perlu dipertimbangkan dilakukan identifikasi dan sosialisasi situs- situs-situs kesehatan yang berisi informasi terpercaya bagi masyarakat awam.

7.2.4 Bagi Kementerian Kesehatan

- Dari hasil penelitian bahwa televisi, koran dan internet merupakan media informasi yang paling sering digunakan, maka perlu dipertimbangkan lebih banyak pesan promosi kesehatan yang disebarluaskan melalui media televisi, koran, dan internet. Selain itu, perlu dipertimbangkan pembuatan situs kesehatan resmi bagi masyarakat awam yang berisi informasi kesehatan dengan bahasa dan cara mengakses yang mudah dimengerti.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, R.J. et al. (2009). Health Literacy: a new concept for general practice? *Australian Family Physician*, 38 (3), 144-147.
- Al Sayah, F., Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.
- Ali F. et al. (2006). Relation of gender education and health seeking behaviour of the general population regarding psychiatric illness. *J Pak Med Assoc*, 56(9), 421-422
- American College of Physicians. (2010). *Racial and Ethnic Disparities in Health Care, Updated 2010*. Philadelphia: American College of Physicians
- Andrulis, D.P., Brach, C. (2007). Integrating Literacy, Culture, and Language to Improve Health Care Quality for Diverse Populations. *Am J Health Behav.*, 31(Suppl.1), S122-133.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2007). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Author
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Author
- Bains, S., Egede, L. (2011, Dec 30). Association of Health Literacy with Complementary and Alternative medicine use: A Cross-sectional study in Adult Primary Care Patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(138). February 8, 2012. <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/138>.
- Baker, D.W. et al. (2002). Functional Health Literacy and The Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees. *Am J Public Health*, 92, 1278-1283.
- Barclay, L. (2011). *Limited Literacy May Reduce Prescription Adherence*, Medscape Medical News. Maret 8, 2012. <http://www.medscape.net>
- Bennet, I.M. et al. (2009). The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-rated Health Status and Preventive Health Behaviour in Older Adults. *Ann Fam Med*, 7(3), 204-211

- Brown, A.F. et al. (2004). Socioeconomic Position and Health among Persons with Diabetes Mellitus: A Conceptual Framework and Review of The Literature. *Epidemiologic Reviews*, 26, 63-77
- Buvinic, M. et al. (2006). 'Gender Differentials in Health.' In Jamison, D.T. et al (Ed.) *.Disease Control Priorities in Developing Countries 2nd ed .*, New York: Oxford University Press.
- Canadian Council on Learning. (2008). *Health Literacy in Canada: a Healthy Understanding*. Maret 20, 2012. Canadian Council on Learning. <http://www.ccl-cca.ca>
- Centers of Disease Control and Prevention. (2009) *What We Know About Health Literacy*. Juni 4, 2011. <http://www.cdc.gov/health-marketing/resources.htm>.
- Center of Health Care Strategies. (n.d.). *Health Literacy Fact Sheets*. Mei 23, 2011. <http://www.chcs.org>
- Chew, LD. (2004). The Impact of Low Health Literacy on Diabetes Outcomes. *Diabetes Voice*, 49(3), 30-32.
- Christmann, S. (2005). *Health Literacy and Internet*. Februari 8, 2012. EuroHealthNet. http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/pu_8.pdf
- Dahlan, S. (2010). *Langkah-langkah Membuat Proposal Penelitian*. Jakarta: Sagung Seto
- Davis, T.C., Wolf, M.S. (2004). Health Literacy: Implications for Family Medicine. *Family Medicine*, 36(8), 595-598.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2008*. Jakarta: Author
- Departement of Health AIDS Institute. (2012). *Health Literacy Screening Tools*. Januari 24, 2012. <http://www.hivguidelines.org/wp-content/uploads/Health-Literacy-Screening-Tools.pdf>
- DeWalt, D., Pignone, M. (2008), *Identifying Low Health Literacy*. Januari 24, 2012. <http://www.nchealthliteracy.org>
- Di Iorio, C.K. (2005). *Measurement in Health Behaviour*. Jossey-Bass, San Fransisco

- Economic and Social Council (ECOSOC). (2010). Health Literacy and the Millenium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) Regional Meeting Backgroud Paper (Abstracted). *Journal of Health Communication*, 15(S2), 211-223.
- Erawatyningasih, E., Purwanta & Subekti, H. (2009). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan berobat pada penderita tuberkulosis paru. *Berita Masyarakat Kedokteran*, 25(3), 117-124.
- Forsyth et al. (2008). *Key Questions: Healthcare Access. Version 1.0*. Maret 20, 2012. University of Minnesota. <http://www.designforhealth.net>
- Fransen, M.P., Van Schaik, T.M., Twickler, T.B. & Essink Bot, M.L. (2011). Applicability of Internationally Available Health Literacy Measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 16(S3), 134-149
- Gan, G.L., Azwar, A. & Wonodirekso, S. (2004). *A Primer on Family Medicine Practice*. Singapore International Foundation, Singapura.
- Gillis, D.E. (2009, Mei). *Exploring Dimensions of Health Literacy: A case study of Interventions to Promote and Support Breastfeeding*. Diserahkan kepada University of Nottingham untuk meraih gelar Doktor dalam Filosofi, Kanada.
- Geisenger, K.F. (1994). Cross-cultural Normative Assessment: Translation and Adaptation Issues Influencing The Normative Interpretation of Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hutapea, T.P. (2009). *Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis*. Maret 8, 2012. <http://www.jurnalrespirologi.org>
- Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The Institute of Medicine & The National Academies Press
- Ishikawa, H., Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1-5

- Jahan, R.A. (2000). Promoting health literacy: a case study in the prevention of diarrhoeal disease from Bangladesh. *Health Promotion International*, 15(4), 285-291.
- Joint Committee on National Health Education Standards. (1995). *National Health Education Standards: Achieving Health Literacy*. American Cancer Society, New York
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490-495.
- Kickbush, I. (2004). Improving health literacy in European Union: towards a Europe of informed and active health citizen. In *Improving Health Literacy-a key for enabling good health in Europe*. Europe Health Forum Gastein 2004.
- Kickbush I., Wait S. & Maag, D. (2005). *Navigating Health : The Role of Health Literacy*. Mei 23, 2011. Alliance for Health and Future, International Longevity Centre.
- Kusumadewi, D. (2012). *Kiara Family Medicine Clinic*. Jakarta: Author.
- Lawson, D. (2004). *Determinants of Health Seeking Behaviour in Uganda-Is it Just Income and User Fees That Are Important?* Juni 29, 2012. <http://www.sed.man.ac.uk>
- Lee, S.D., Tsai, T.I., Tsai, Y.W. & Kuo, K.N (2010). Health Literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*, 10, 614.
- Lubis, F. (2008). Dokter Keluarga sebagai Tulang Punggung dalam Sistem Pelayanan Kesehatan. *Majalah Kedokteran Indonesia* , 58(2), 27-34
- Lurie, N. (2008). *Estimating and Mapping Health Literacy in the State of Missouri, Report created for the Missouri Foundation for Health*. St. Louis, MO
- Marmot, M., Wilkinson, R.G. (2006). *Social determinants of Health*. Oxford University Press, New York.
- McRay, A.T. (2005). Application of Information Technology: Promoting Health Literacy. *J Am Med Inform Assoc.*, 12, 152-163.

Universitas Indonesia

- National Academy of Sciences. (2012). *About the IOM*. Maret 20, 2012. <http://www.iom.edu>
- Ng, E., Omariba, DW. (2010). *Health Literacy and Immigrants in Canada: Determinants and Effects on Health Outcomes*, Canadian Council on Learning, Canada.
- Nurjanto, L. (1995). *Pemahaman Informed Consent oleh Keluarga Pasien dan Para Dokter di RS Panti Waluyo Surakarta*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy as a Public Health Goal: a Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2005). *Learning a Living, First Result of The Adult Literacy and Life Skills Survey*. Maret 22, 2012. <http://www.oecd.org/dataoecd/15/18/37425753.pdf>
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y. & Bilgel, N. (2010). Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477
- Paasche-Orlow, M.K., Wolf, M.S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav*, 31 (Suppl 1):S19-S26
- Pan, F.C., Su, C.L., Chen, C.H. (2010). Development of a Health Literacy Scale for Chinese-Speaking Adults in Taiwan. *International Journal of Biological and Life Science*, 6(3),150-156.
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
- Partnership for Clear Health Communication Steering Committee. (2003). *Eradicating Low Health Literacy: The First Public Health Movement of The 21st Century*. Februari, 24, 2012. <http://clearhealthcommunication.com>
- Pawlak, R. (2005). Economic Considerations of Health Literacy. *Nurs.Econ*, 23(4),173-180
- Peerson, A., Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24(3), 285-296

- Pfizer. (2011). *Implementation Guide for The Newest Vital Sign*. Januari, 24, 2012. <http://www.pfizerhealthliteracy.com>
- Pratikowati, Y. (2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien dalam berdiit kaitannya dengan pengendalian kadar gula darah pada penderita diabetes mellitus di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Maret 8, 2012. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. <http://www/fkm.undip.ac.id>.
- Primack, B.A., Wickett, D.J., Kraemer, K.L. & Zickmund, S. (2010). Teaching Health Literacy Using Popular Television Programming: A Qualitative Pilot Study. *American Journal of Health Education*, 41(2):147-154.
- Ratzan, S.C. (2001). Health Literacy: Communication for the public good, *Health Promotion International*, 16(2), 207-214
- Rootman, I. (2008) *Health Literacy and Inequities: Canadian Experience*. Kanada: Health and Learning Knowledge Center.
- Rootman, I., El-Bihbety, D.G. (2008). *A Vision for a Health Literate Canada: Report of The Expert Panel on Health Literacy*. Canada: Canada Public Health Association.
- Safeer, R.S., Keenan, J. (2005). Health Literacy: The Gap between Physicians and Patients. *Am Fam Physician*, 72(3), 463-468.
- Schilinger, D, et al. (2002). Association of Health Literacy with Diabetes Outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.
- Shah, L.C., West P., Bremmeyr, K. & Savoy-Moore, R.T. (2010). Health Literacy Instrument in Family Medicine: The “Newest Vital Sign” Ease of Use and Correlates. *J Am Board Fam Med*, 23, 195-203.
- Simmich, L. (2009). *Health Literacy and Immigrant Populations*. Ottawa: Public Health Agency of Canada and Metropolis Canada.
- Singleton, K., Krause, E. (2009). Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3), manuskrip 4. Maret 20, 2012. <http://www.nursingworld.org>
- Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640.

- Statistics Canada. (2005). *Building on our competencies: Canadian result of the International Adult Literacy and Skills Survey*. Ottawa: Minister of Industry.
- Supardi, S., Rahami. (2006). Penggunaan obat yang sesuai dengan aturan dalam pengobatan sendiri keluhan demam, sakit kepala, batuk dan flu (Hasil analisis lanjut Survei Kesehatan Tumah Tangga (SKRT) 2001). *Jurnal Kedokteran Yarsi*, 14(1), 66-69
- Suyono, S. (2006). Diabetes Melitus di Indonesia. Dalam *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III Edisi IV*. Jakarta: Pusat Penerbitan Departemen IPD FKUI
- Trisna, D.V. et al. (2006). *Standar Profesi Dokter Keluarga*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia
- UNDP. (2012). Human Development Reports 2011. Maret 22, 2012. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/IDN.html>
- Wallace, L. (2006). Patients Health Literacy Skills: The Missing Demographic Variable in Primary Care Research. *Ann Fam Med*, 4, 85-86
- Weiss, B.D. et al. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514-522.
- Weiss, B.D. (2007). *Health Literacy and Patient's Safety: Help Patients Understand, Manual for Clinicians 2nd edition*. Chicago: American Medical Association Foundation.
- White, S. (2008). *Assessing the Nation's Health Literacy*. American Medical Association Foundation, Amerika Serikat.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Honig, E.G., Lee, T.M. & Nowlan, A. (1998). Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*, 114(4), 1008-1015
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M. & Nurss, J. (1998). Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. *Arch Intern Med*, 158, 166-172.
- Wolf, M.S. et al, (2007). 'To err is human: Patient misinterpretations of prescription drug label instructions', *Patient Education and Counseling*, 67, 293-300.

Wonodirekso, S., Pattiradjawane, D. (2010). Peran Depkes dalam Pemberdayaan, Pendayagunaan, dan Pengembangan Karir Dokter Layanan Primer dalam rangka Mencapai Target 'MDGs'. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 60(3), 101-106.

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva:Division of Health Promotion, Education and Communication.

World Health Organization. (2012). 'What do we mean by 'sex' and 'gender'', *Gender, Woman and Health*. Maret 22, 2012.

<http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html>



Universitas Indonesia

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN

(INFORMED CONSENT)

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEMELEKAN
KESEHATAN PASIEN DI KLINIK DOKTER KELUARGA FAKULTAS
KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA KIARA, DKI JAKARTA TAHUN 2012**

Kepada Yth. Bapak/Ibu

Selamat Pagi/Siang/Sore,

Bersama ini saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk ikut serta dalam menjawab pertanyaan yang ada di daftar pertanyaan sebagai bahan penelitian di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pasien memahami informasi kesehatan yang didapat, baik dari petugas kesehatan maupun sumber lainnya. Penelitian ini juga ingin mengetahui hal-hal yang dapat mempengaruhi pemahaman tersebut. Dengan ikut serta dalam penelitian ini, Bapak/Ibu akan sangat menolong untuk mengetahui cara agar pasien dapat memperoleh informasi kesehatan yang baik dan mudah dimengerti, sehingga dapat memelihara kesehatannya. Dengan demikian, diharapkan Bapak/ Ibu sebagai pasien juga dapat memetik manfaat dari penelitian ini.

Penelitian ini bersifat sukarela. Selama mengikuti penelitian, Bapak/Ibu dapat memutuskan untuk berhenti kapan saja. Keputusan Bapak/Ibu untuk menolak ikut serta atau berhenti tidak akan mempengaruhi perawatan yang akan diberikan serta tidak akan mempengaruhi hubungan antara Bapak/Ibu dengan petugas kesehatan. Jika memutuskan untuk ikut serta dalam penelitian, Bapak/Ibu akan diminta untuk menjawab beberapa pertanyaan dari daftar pertanyaan yang membutuhkan waktu sekitar 10 menit. Kerahasiaan jawaban Bapak/Ibu sangat terjaga, oleh karena itu sangat diharapkan jawaban yang diberikan adalah yang sebenarnya. Sebagai ucapan terima kasih atas keikutsertaan dan waktu yang Bapak/Ibu berikan, Bapak/Ibu akan mendapat sebuah mug/gelas.

Semua hal yang berhubungan dengan penelitian ini dapat ditanyakan kepada:

dr.Karina Samaria (081220827174)

Atas bantuan dan kerjasama yang diberikan, saya ucapkan terima kasih.

Saya menyatakan, bahwa saya telah membaca pernyataan diatas dan saya bersedia untuk menjadi responden.

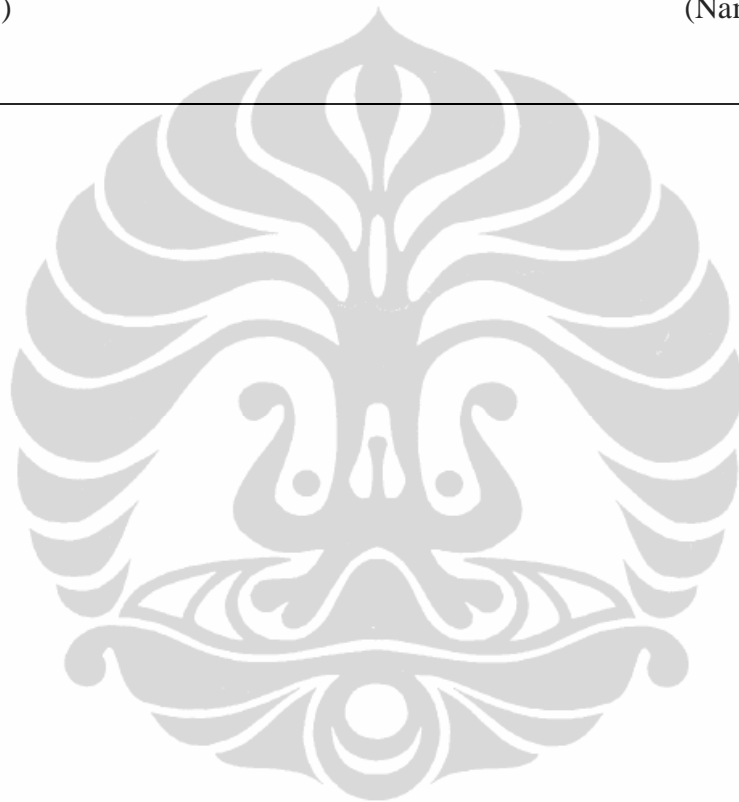
Saksi,

Jakarta,.....

Tanda tangan

.....
(Nama Jelas)

.....
(Nama Jelas)



Tanggal :

No. Responden

KUESIONER PENELITIAN

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT KEMELEKAN KESEHATAN PASIEN DI KLINIK
DOKTER KELUARGA FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS INDONESIA KIARA,
DKI JAKARTA TAHUN 2012**

ID	IDENTIFIKASI RESPONDEN
----	------------------------

ID 1 Jenis kelamin : 0. Laki-laki

1. Perempuan

ID 2 Siapakah nama Bapak/Ibu?

ID 3 Berapakah usia Bapak/Ibu saat ini?.....

ID 4 Dimanakah alamat tempat tinggal Bapak/Ibu?.....

ID 5 Apakah suku Bapak/Ibu jika dilihat dari garis keturunan ayah?.....

ID 6 Apakah bahasa yang paling banyak Bapak/Ibu gunakan dalam percakapan sehari-hari?

0. Bahasa Indonesia

1. Bahasa lainnya:

ID 7 Apakah tingkat pendidikan terakhir Bapak/Ibu?

ID 8 Berapakah lama pendidikan yang telah dijalani Bapak/Ibu? tahun.

ID 9 Apakah Bapak/Ibu bekerja?

0. Ya

1. Tidak

ID 10 Jika ya, apakah pekerjaan Bapak/Ibu?

ID 11 Berapakah rata-rata penghasilan per bulan keluarga Bapak/Ibu?

Rp.

AP	AKSES PELAYANAN KESEHATAN
----	---------------------------

		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
AP 1	Jarak perjalanan dari rumah Bapak/Ibu ke klinik ini dekat.	4	3	2	1
AP 2	Sarana transportasi untuk menjangkau klinik ini dari tempat tinggal Bapak/Ibu sulit didapatkan.	1	2	3	4
AP 3	Biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk mencapai klinik ini tergolong terjangkau.	4	3	2	1
AP 4	Biaya pengobatan yang harus dikeluarkan di klinik ini tergolong mahal.	1	2	3	4
AP 5	Petugas kesehatan selalu tersedia di tempat.	4	3	2	1

AI	AKSES INFORMASI KESEHATAN
----	---------------------------

AI 1 Apa saja media informasi yang Bapak/Ibu gunakan selama sebulan terakhir?

<ul style="list-style-type: none"> • Koran/ Surat Kabar • Majalah • Buku 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Ya</th> <th style="width: 50%;">Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Ya	Tidak	1	0	1	0	1	0	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Televisi • Internet 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Ya</th> <th style="width: 50%;">Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table>	Ya	Tidak	1	0	1	0	1	0
Ya	Tidak																		
1	0																		
1	0																		
1	0																		
Ya	Tidak																		
1	0																		
1	0																		
1	0																		

AI 2 Seberapa sering Bapak/Ibu menggunakannya dalam sebulan terakhir?

	Sangat Sering (tiap hari)	Sering (4-6 kali/minggu)	Jarang (2-3 kali/minggu)	Sangat Jarang (1 kali/minggu)	Tidak pernah
• Koran/ Surat Kabar	4	3	2	1	0
• Majalah	4	3	2	1	0
• Buku	4	3	2	1	0
• Radio	4	3	2	1	0
• Televisi	4	3	2	1	0
• Internet	4	3	2	1	0

AI 3 Informasi apa yang paling sering Bapak/Ibu cari dari media-media informasi tersebut dalam sebulan terakhir?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berita terkini | <input type="checkbox"/> Makanan |
| <input type="checkbox"/> Agama | <input type="checkbox"/> Olah raga |
| <input type="checkbox"/> Politik | <input type="checkbox"/> Hobi |
| <input type="checkbox"/> Kesehatan | <input type="checkbox"/> Lainnya: |
| <input type="checkbox"/> Infotainment / dunia hiburan | |

AI 4 Dalam sebulan terakhir, apakah Bapak/Ibu mendapatkan informasi kesehatan, yaitu mengenai pola makan yang baik, olah raga, pencegahan dan pengobatan penyakit yang diderita atau penyakit lainnya, serta program-program kesehatan?

0.Ya

1.Tidak

AI 5 Jika Ya, dari sumber informasi apa saja Bapak/Ibu mendapatkan informasi kesehatan?

- Koran/ Surat Kabar
- Majalah
- Buku
- Brosur kesehatan di KDK Kiara
- Brosur kesehatan di tempat lain, yaitu:
- Poster kesehatan di KDK Kiara(jika 'ya', tanya AI 6)
- Poster kesehatan di tempat lain, yaitu:.....
- Radio
- Televisi
- Internet
- Keluarga dan teman
- Tenaga kesehatan di KDK Kiara (jika 'ya', tanya AI 7)
- Tenaga kesehatan di tempat lain, yaitu:.....

	Ya	Tidak
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0
	1	0

AI 6 Dimana saja letak poster kesehatan yang Bapak/Ibu lihat di KDK Kiara?

1..... 3.....

2..... 4.....

AI 7 Pada saat apa Bapak/Ibu mendapatkan informasi kesehatan dari tenaga kesehatan di KDK Kiara?

(boleh lebih dari 1 jawaban)

1.Saat berobat

2.Saat penyuluhan

3. Lainnya:.....

AI 8 Seberapa sering Bapak/Ibu mendapat informasi kesehatan dari sumber-sumber tersebut dalam sebulan terakhir?

	Sangat sering	Sering	Jarang	Sangat jarang	Tidak pernah
• Koran/ Surat Kabar	4	3	2	1	0
• Majalah	4	3	2	1	0
• Buku	4	3	2	1	0
• Brosur kesehatan di KDK Kiara	4	3	2	1	0
• Brosur kesehatan di tempat lain	4	3	2	1	0
• Poster kesehatan di KDK Kiara	4	3	2	1	0
• Poster kesehatan di tempat lain	4	3	2	1	0
• Radio	4	3	2	1	0
• Televisi	4	3	2	1	0
• Internet	4	3	2	1	0
• Keluarga dan teman	4	3	2	1	0
• Tenaga kesehatan di KDK Kiara	4	3	2	1	0
• Tenaga kesehatan di tempat lain	4	3	2	1	0

AI 9 Apakah informasi kesehatan yang Bapak/Ibu terima dari sumber-sumber tersebut mudah dimengerti?

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
• Koran/ Surat Kabar	1	0	• Radio	1	0
• Majalah	1	0	• Televisi	1	0
• Buku	1	0	• Internet	1	0
• Brosur kesehatan di KDK Kiara	1	0	• Keluarga dan teman	1	0
• Brosur kesehatan di tempat lain	1	0	• Tenaga kesehatan di KDK Kiara	1	0
• Poster kesehatan di KDK Kiara	1	0	• Tenaga kesehatan di tempat lain	1	0
• Poster kesehatan di tempat lain	1	0			

AI 10 Apakah menurut Bapak/Ibu informasi kesehatan yang Bapak/Ibu terima dari sumber-sumber tersebut dapat dipercaya?

	Ya	Tidak		Ya	Tidak
• Koran/ Surat Kabar	1	0	• Radio	1	0
• Majalah	1	0	• Televisi	1	0
• Buku	1	0	• Internet	1	0
• Brosur kesehatan di KDK Kiara	1	0	• Keluarga dan teman	1	0
• Brosur kesehatan di tempat lain	1	0	• Tenaga kesehatan di KDK Kiara	1	0
• Poster kesehatan di KDK Kiara	1	0	• Tenaga kesehatan di tempat lain	1	0
• Poster kesehatan di tempat lain	1	0			

Informasi Nilai Gizi

Takaran Saji	½ cangkir
Jumlah sajian per kemasan	4

Jumlah per sajian

Kalori total	250	Kalori dari Lemak	120
			%AKG*
Lemak total	13g		20%
Lemak jenuh	9g		40%
Kolesterol	28mg		12%
Natrium	55mg		2%
Karbohidrat total	30g		12%
Serat makanan	2g		
Gula	23g		
Protein	4g		8%

*Persen Angka kecukupan Gizi (AKG) berdasarkan kebutuhan energi 2000 kkal. Kebutuhan energi anda mungkin lebih tinggi atau lebih rendah.

Komposisi: Krim, Susu skim, Gula cair, Air, Kuning telur, Gula palem, Lemak susu, Minyak kacang, Gula, Mentega, Garam, Ekstrak rumput laut, Ekstrak vanili

Lembar Penilaian untuk Tanda Vital Terbaru (*Newest Vital Sign*)

Pertanyaan dan Jawaban

BACAKAN KEPADA SUBYEK:

Informasi ini terdapat di bagian belakang wadah es krim.

1. Jika anda memakan seluruh isi wadah, berapa kalori yang akan anda makan?

Jawaban: 1,000 adalah satu-satunya jawaban yang benar

2. Jika anda diijinkan untuk memakan 60 gram karbohidrat untuk camilan, berapa banyak es krim yang dapat anda makan?

Jawaban: Jawaban berikut ini benar: 1 cangkir (atau jumlah berapapun hingga 1 cangkir), setengah wadah.

Catatan: Jika pasien menjawab "dua sajian (porsi)", tanyakan "Seberapa banyak es krim tersebut jika anda memasukkannya ke dalam cangkir?"

3. Dokter anda menasihatkan anda untuk mengurangi jumlah lemak jenuh dalam makanan anda. Seandainya anda biasanya memakan 42 g lemak jenuh setiap hari, yang termasuk didalamnya anda memakan satu takaran saji (porsi) es krim. Jika anda berhenti memakan es krim, berapa gram lemak jenuh yang sekarang anda konsumsi tiap hari?

Jawaban: 33 adalah satu-satunya jawaban yang benar

4. Seandainya anda membutuhkan kalori sebanyak 2,500 dalam sehari. Jika anda memakan satu takaran saji (porsi) es krim, berapa persen kebutuhan kalori yang terpenuhi dari es krim yang anda makan ?

Jawaban: 10% adalah satu-satunya jawaban yang benar

BACAKAN KEPADA SUBYEK:

Umpama anda alergi terhadap zat-zat berikut: antibiotik penisilin, kacang, sarung tangan lateks, dan sengatan lebah.

5. Apakah aman untuk anda jika memakan es krim ini?

Jawaban: tidak

6. (Tanyakan hanya jika pasien menjawab "tidak" untuk pertanyaan no.5):
Mengapa tidak?

Jawaban: Karena mengandung minyak kacang

Jumlah jawaban yang benar:

JAWABAN BENAR?

ya	tidak

Interpretasi:

Nilai 0-1 menyatakan kecenderungan tinggi ($\geq 50\%$) kemelekan kesehatan yang terbatas

Nilai 2-3 mengindikasikan kemungkinan kemelekan kesehatan yang terbatas

Nilai 4-6 hampir selalu mengindikasikan kemelekan kesehatan yang cukup

Nutrition Facts			
Serving Size		½ cup	
Servings per container		4	
Amount per serving			
Calories	250	Fat Cal	120
			%DV
Total Fat	13g		20%
Sat Fat	9g		40%
Cholesterol	28mg		12%
Sodium	55mg		2%
Total Carbohydrate	30g		12%
Dietary Fiber	2g		
Sugars	23g		
Protein	4g		8%
*Percentage Daily Values (DV) are based on a 2,000 calorie diet. Your daily values may be higher or lower depending on your calorie needs.			
Ingredients: Cream, Skim Milk, Liquid Sugar, Water, Egg Yolks, Brown Sugar, Milkfat, Peanut Oil, Sugar, Butter, Salt, Carrageenan, Vanilla Extract.			

Score Sheet for the Newest Vital Sign Questions and Answers

READ TO SUBJECT:

This information is on the back of a container of a pint of ice cream.

1. If you eat the entire container, how many calories will you eat?
Answer: 1,000 is the only correct answer

2. If you are allowed to eat 60 grams of carbohydrates as a snack, how much ice cream could you have?
Answer: Any of the following is correct: 1 cup (or any amount up to 1 cup), half the container. Note: If patient answers "two servings," ask "How much ice cream would that be if you were to measure it into a bowl?"

3. Your doctor advises you to reduce the amount of saturated fat in your diet. You usually have 42 g of saturated fat each day, which includes one serving of ice cream. If you stop eating ice cream, how many grams of saturated fat would you be consuming each day?
Answer: 33 is the only correct answer

4. If you usually eat 2,500 calories in a day, what percentage of your daily value of calories will you be eating if you eat one serving?
Answer: 10% is the only correct answer

READ TO SUBJECT:

Pretend that you are allergic to the following substances: penicillin, peanuts, latex gloves, and bee stings.

5. Is it safe for you to eat this ice cream?
Answer: No

6. (Ask only if the patient responds "no" to question 5): Why not?
Answer: Because it has peanut oil.

ANSWER CORRECT?

yes	no
Number of correct answers:	

Interpretation

Score of 0-1 suggests high likelihood (50% or more) of limited literacy.

Score of 2-3 indicates the possibility of limited literacy.

Score of 4-6 almost always indicates adequate literacy.

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 4494 /H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian, menggunakan data & wawancara*

14 Mei 2012

Kepada Yth.
DR. dr. Astrid B. Sulistomo, MPH, SpOK
Kepala Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas
Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Jl. Pegangsaan Timur Raya, No.16
Jakarta

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Karina Samaria
NPM : 1006747044
Thn. Angkatan : 2010/2011
Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Promosi Kesehatan

Untuk melakukan penelitian, menggunakan data dan wawancara, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan tesis dengan judul, *"Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara, DKI Jakarta Tahun 2012"*.

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku dinomor telp. (021) 7863475.

Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI

Wakil Dekan,


Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH

NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Koordinator Administrasi dan Keuangan IKK FKUI
 - Kepala Klinik Dokter Keluarga FKUI Kayu Putih
 - Kepala Klinik Dokter Keluarga FKUI Kiara
 - Pembimbing tesis
- Faktor-faktor... Karina Samaria Santosa, FKM UI, 2012.



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Salemba Raya No. 6, Jakarta Pusat

Pos Box 1358 Jakarta 10430

Kampus Salemba Telp. 31930371, 31930373, 3922977, 3927360, 3912477, 3153236, Fax. : 31930372, 3157288, e-mail : office@fk.ui.ac.id

Nomor : 214/H2.F1.D/IKK/PPM.00.00/2011

Jakarta, 4 Juni 2012

Lamp : -

Hal : Surat Jawaban Permohonan

Izin Penelitian, Menggunakan Data & Wawancara

Di KDK Kiara FKUI

Kepada Yth.
Dekan FKM
Universitas Indonesia
Di tempat

Dengan hormat,

Berdasarkan surat No. 44454/H2.F10/PPM.00.00/2012 pada tanggal 23 Mei 2012 perihal permohonan Izin Penelitian, Menggunakan Data & Wawancara di Puskesmas KDK Kiara dengan judul "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Kemelekan Kesehatan Pasien di Klinik Dokter Keluarga Kiara Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, DKI Jakarta Tahun 2012" yang akan dilakukan oleh Sdri. Karina Samaria, pada dasarnya Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas FKUI tidak berkeberatan dengan kegiatan penelitian yang akan dilaksanakan di KDK Kiara kami.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Dr. dr. Astrid W. Sulistomo, MPH, SpOk
NIP. 19520909 198003 2 001

Tembusan :

- Yang bersangkutan
- Arsip

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Karina Samaria Santosa
Tempat, Tanggal Lahir : Semarang, 06 Oktober 1983
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat Rumah : Jl. Walang Baru Blok V no.1 RT 015/RW 015
Jakarta Utara 14260
E-mail : karina.samaria@yahoo.com
Riwayat Pendidikan : Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran
(2001 – 2008)
Riwayat Pekerjaan : *Study Coordinator* Penelitian
Subdivisi Hematologi Onkologi Medik
SMF Ilmu Penyakit Dalam
RS Hasan Sadikin Bandung
(2008 – 2011)