



UNIVERSITAS INDONESIA

**KOMUNIKASI DOKTER DENGAN SIKAP KONKORDANSI
PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU,
HIPERTENSI, DAN ASMA
DI RSUD KOTA MATARAM**

TESIS

**ITA PATRIANI
1006746104**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**KOMUNIKASI DOKTER DENGAN SIKAP
KONKORDANSI PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU,
HIPERTENSI, DAN ASMA
DI RSUD KOTA MATARAM**

Tesis ini diajukan sebagai

Salah satu syarat untuk mendapatkan gelar

MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Oleh:

ITA PATRIANI

1006746104

**PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

2012

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ita Patriani

NPM : 1006746104

Tanda tangan



Tanggal : 30 April 2012

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Ita Patriani
NPM : 1006746104
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Tahun Akademik : 2010/2012

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

**KOMUNIKASI DOKTER DENGAN SIKAP
KONKORDANSI PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU,
HIPERTENSI, DAN ASMA
DI RSUD KOTA MATARAM**

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

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 30 April 2012



(Ita Patriani)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**KOMUNIKASI DOKTER DENGAN SIKAP
KONKORDANSI PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU,
HIPERTENSI, DAN ASMA
DI RSUD KOTA MATARAM**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 30 April 2012



Dr. dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS
Pembimbing Akademik

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Ita Patriani

NPM : 1006746104

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Judul Tesis : Komunikasi Dokter Dengan Sikap Konkordansi Pada Pasien Tuberkulosis Paru, Hipertensi dan Asma di RSUD Kota Mataram

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian prasyarat yang diperlukan untuk memperoleh gelar Megister pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing Dr.dra.Dumilah Ayuningtyas, MARS (.....)

Penguji Dalam Prof. dr. Amal C. Sjaaf, SKM, DrPH (.....)

Penguji Luar Dr. Budi Hartono, SE, MARS (.....)

Penguji Luar Amila Megraini, SE, MBA (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 30 April 2012

KATA PENGANTAR

Maha Besar Allah yang telah memberikan karunia yang besar pada setiap hamba-Nya. Ucapan syukur saya panjatkan pada Allah SWT, karena hanya berkat pertolongan dan ridho-Nya akhirnya saya dapat menyelesaikan penelitian ini.

Penelitian ini tidak lepas dari kesalahan atau kekurangan, baik secara konteks maupun konten, sehingga peneliti memohon maaf sebesar-besarnya dan membuka diri untuk saran dan kritik untuk penelitian ini. Peneliti juga berharap akan ada penelitian sejenis dan lebih baik dari penelitian ini untuk mengembangkan keilmuan mengenai konkordansi yang masih cukup minim di Indonesia.

Patut kiranya saya sampaikan bahwa penelitian ini terselesaikan berkat dorongan, bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang tidak mungkin saya sebutkan satu persatu. Tapi pada kesempatan ini saya ingin sampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada:

1. Allah SWT, Pemberi pertolongan yang tak terkira, yang selalu ada untuk hamba-Nya. Yang Maha Pemberi Rahmat. Yang Maha Pembuat Rencana Terindah untuk setiap hamba-Nya.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan, bantuan, petunjuk, koreksi, saran, semangat dan tak lupa untuk mengingatkan di sela kesibukannya hingga terselesaikannya penelitian ini, terima kasih untuk inspirasinya, Ibu adalah seorang sosok dosen ideal dan terbaik, semoga Allah SWT senantiasa membalas kebaikan Ibu. Amin Ya Robbal Alamin.
4. Pimpinan dan seluruh pengajar Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Program Pascasarjana Universitas Indonesia yang telah memberikan pengetahuan dan bimbingannya selama pendidikan berlangsung.

5. Staf Administrasi Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia khususnya mbak Ratih Oktarina, mbak Anggun Nabila, mbak Sita dan mbak Amel yang telah membantu kami demi kelancaran penyelesaian pendidikan.
6. Direktur, jajaran manajemen, dan seluruh karyawan/karyawati RSUD Kota Mataram yang telah membantu dalam kelancaran penelitian ini.
7. Ayaho (Samudya Aria Kusuma ST. MM) suamiku tercinta yang telah memberikan semangat, bantuan, dan support dalam bentuk moril maupun materil.
8. ZeeQu (Sahashika Tazilasya Bijen Aria) Putri pemberi inspirasi dan membuatku tetap semangat untuk berjuang, Alhamdulillah
9. H. Suprpto S.Sos dan Hj Tri Astuti kedua orang tua yang selalu berdoa siang malam untuk anak-anaknya dan memberikan semangat agar senantiasa melakukan yang terbaik dan menjadi sukses.
10. Kakak dan adik-adikku yang telah membantu dan memberikan spirit.
11. Tak lupa kepada semua para sahabat sesama peserta program pendidikan E-Learning dan rekan lainnya yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu serta semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.

Kepada mereka semua ini, saya haturkan doa kepada Allah SWT agar segala kebaikan yang telah diberikan, akan dibalas dengan berlipat ganda oleh Allah SWT.

Depok, 30 April 2012

Penulis,

Ita Patriani

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

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

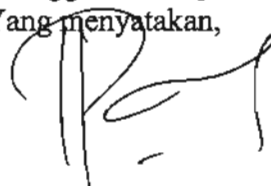
Nama : Ita Patriani
NPM : 1006746104
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

**KOMUNIKASI DOKTER DENGAN SIKAP
KONKORDANSI PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU,
HIPERTENSI, DAN ASMA
DI RSUD KOTA MATARAM**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini berarti Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 30 April 2012
Yang menyatakan,



(Ita Patriani)

ABSTRAK

Nama : Ita Patriani

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

Judul : Komunikasi Dokter Dengan Sikap Konkordansi Pada Pasien Tuberkulosis Paru, Hipertensi dan Asma di RSUD Kota Mataram

Kepatuhan (*compliance*), aderensi (*adherency*), dan konkordansi (*concordance*) adalah faktor yang sangat penting dalam upaya penanganan penyakit kronik TB Paru, hipertensi, asma. Mengingat pengobatan penyakit kronik membutuhkan tidak hanya ketersediaan obat dan petugas kesehatan yaitu dokter, tetapi juga ketiga faktor tersebut. Untuk mewujudkan sikap konkordansi dibutuhkan komunikasi efektif antara dokter dan pasien. Komunikasi yang terjalin baik akan meningkatkan pemahaman dan motivasi dalam diri pasien untuk mengikuti nasehat dari dokter. Penelitian ini dilakukan karena tingginya angka penderita dan angka kegagalan berobat (*drop out*) pasien tuberkulosis paru, hipertensi, asma di RSUD Kota Mataram. Melalui penelitian ini dapat dilihat adanya hubungan komunikasi dokter, dan karakteristik pasien dengan sikap konkordansi. Penelitian dengan desain *cross sectional* ini dilakukan terhadap 174 responden. Pendidikan, pengeluaran, dan komunikasi merupakan variabel yang berhubungan dengan sikap konkordansi pada pasien TB, hipertensi dan asma. Sebagai saran untuk tindak lanjut adalah peningkatan fasilitas ruangan sehingga pasien dan dokter merasa nyaman untuk berkomunikasi, penyelenggaraan program pengembangan kemampuan komunikasi dokter, dan survei secara berkala tentang proses komunikasi dokter-pasien.

Kata Kunci : Sikap Konkordansi, Tuberkulosis Paru, Hipertensi, Asma, Komunikasi Dokter

ABSTRACT

Name : Ita Patriani

Study Program: Hospital Administration Study

Title : Concordance Attitude of Doctors Communication toward the patients of Lung Tuberculosis, Hypertension, and Asthma at Mataram City General Hospital

Compliance, adherence, and concordance are crucial factors in the handling of chronic diseases like lung tuberculosis, hypertension, and asthma. Regarding as the therapy of chronic diseases is not only needed drugs supply and health staff that is doctor, but also the three of factors as mentioned above. To accomplish a concordance attitude is needed an effective communication between doctor and patient. Well established communication may increase the understanding and motivation of patients to comply the doctor's advice. This study was conducted because high prevalence rate and drop-out rate of the patients of lung tuberculosis, hypertension, and asthma at Mataram City General Hospital. This study showed that doctor communication and characteristics of patients related to the concordance attitude. Cross sectional design was employed in this study with 174 respondents. Education, expenses, and communication were variables that related to the concordance attitude on the patients of lung tuberculosis, hypertension, and asthma. It is recommended to maintain room facilities so that patient and doctor feel comfortable to communicate and to conduct a doctor communication skill development program as well as a regular survey of patient-doctor communication process.

Keywords : Concordance attitude, lung tuberculosis, hypertension, asthma, doctor communication

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	viii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Penyakit Tuberkulosis Paru	11
2.2 Penyakit Hipertensi	16
2.3 Penyakit Asma	18
2.4 Perilaku Konsumen	19
2.5 Prilaku Kesehatan	20
2.6 Komunikasi	27

BAB III	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	
3.1	Sejarah Pendirian RSUD Kota Mataram	38
3.2	Visi, Misi, Motto RSUD Kota Mataram	38
3.3	Pelayanan Kesehatan yang tersedia	39
3.4	Ketenagaan RSUD Kota Mataram	40
BAB IV	KERANGKA KONSEP	
4.1	Kerangka Teori	42
4.2	Kerangka Konsep	42
4.3	Definisi Operasional	44
BAB V	METODE PENELITIAN	
5.1	Desain Penelitian	46
5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	46
5.3	Populasi dan Teknik Pengambilan Sampel	46
5.4	Cara Pengumpulan Data	47
5.5	Instrumen Pengumpulan Data	48
5.6	Pengolahan Data	48
5.7	Analisis Data	49
BAB VI	HASIL	
6.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	50
6.2	Analisis Univariat	53
6.3	Analisis Bivariat	57
6.4	Analisis Multivariat	63
BAB VII	PEMBAHASAN	
7.1	Keterbatasan Penelitian	65
7.2	Konkordansi	65
7.3	Hubungan antara Jenis kelamin dengan Sikap Konkordansi ..	67
7.4	Hubungan antara Umur dengan Sikap Konkordansi	67
7.5	Hubungan antara Pendidikan dengan Sikap Konkordansi	68

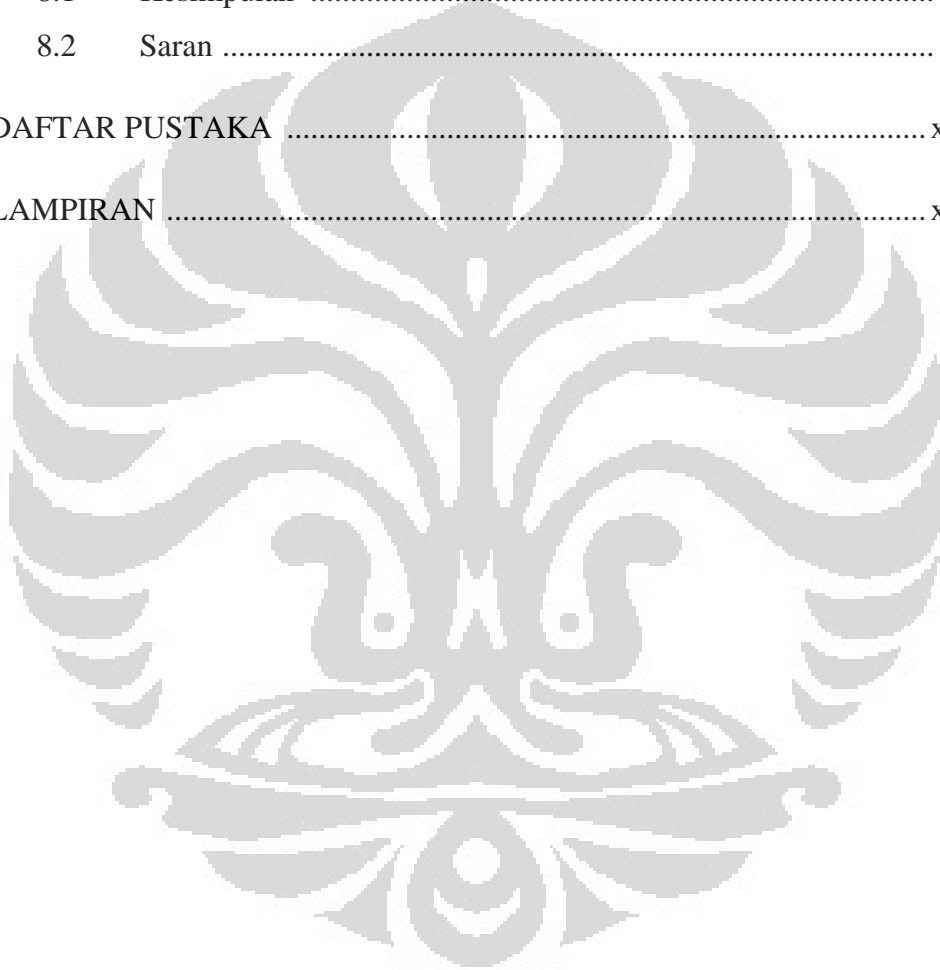
7.6	Hubungan antara Pendidikan dengan Sikap Konkordansi	68
7.7	Hubungan antara Pengeluaran dengan Sikap Konkordinasi	69
7.8	Hubungan antara Cara Pembayaran dengan Sikap Konkordansi ..	69
7.9	Hubungan antara Komunikasi Efektif dengan Konkordansi...	70
7.10	Variabel yang Paling Mempengaruhi Sikap Konkordansi	71

BAB VIII KESIMPULAN

8.1	Kesimpulan	73
8.2	Saran	74

DAFTAR PUSTAKA	xvi
----------------------	-----

LAMPIRAN	xix
----------------	-----



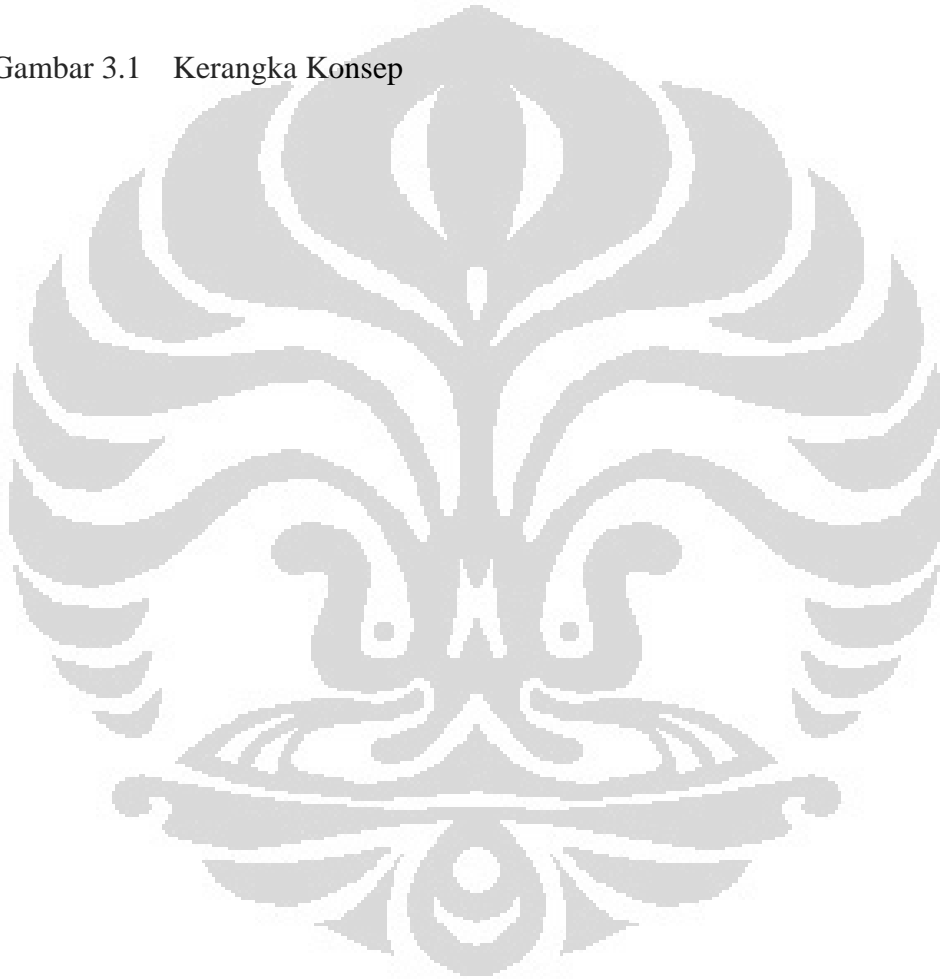
DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Angka Prevalensi, Insidensi dan Kematian Indonesia	2
Tabel 1.2	Data Pasien tuberculosis Paru RSUD Kota Mataram 2011	6
Tabel 1.3	Data Pasien Asma RSUD Kota Mataram 2011	6
Tabel 1.4	Data Pasien Hipertensi RSUD Kota Mataram 2011	7
Tabel 1.5	Data Pasien Gagal berobat TB Paru, Asma, Hipertensi di RSUD Kota Mataram 2011	8
Tabel 2.2	Klasifikasi menurut <i>The Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, Treatment of High Preassure (JNC-VI)</i>	16
Tabel 3.4	Tabel Data Ketenagakerjaan RSUD Kota Mataram tahun 2011	39
Tabel 4.1	Definisi Operasional	43
Tabel 6.1	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (1)	49
Tabel 6.2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (2)	51
Tabel 6.3	Distribusi Karakteristik Pascin TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	52
Tabel 6.4	Distribusi Responden berdasarkan Komunikasi Pada Pascin TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	54
Tabel 6.5	Distribusi Responden berdasarkan Sikap Konkordansi Pada Pascin TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	55
Tabel 6.6	Distribusi Pasien Menurut Jenis Kelamin dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	55

Tabel 6.7	Distribusi Pasien Menurut Umur dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	56
Tabel 6.8	Distribusi Pasien Menurut Tingkat Pendidikan dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	57
Tabel 6.9	Distribusi Pasien Menurut Pengeluaran Per-Bulan dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	57
Tabel 6.10	Distribusi Pasien Menurut Jenis Pekerjaan dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	58
Tabel 6.11	Distribusi Pasien Menurut Cara Pembayaran dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	59
Tabel 6.12	Distribusi Pasien Menurut Komunikasi dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012	60
Tabel 6.13	Analisis Multivariat	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	<i>Case Detection Rate</i> Indonesia 2000-2010	2
Gambar 2.1	Asumsi Determinan Perilaku Manusia	24
Gambar 2.2	Gambar Model Proses Komunikasi	27
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	32



DAFTAR SINGKATAN

TB	Tuberkulosis
BTA	Batang Tahan Asam
CDR	Crude Death Rate
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
DOTS	Directly Observed Treatment Short
PMO	Pengawas Minum Obat
DOT	Directly Observed Treatment
HRZE	INH, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol
Ig E	Imunoglobulin E

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lebih dari satu abad yang lalu kuman penyebab penyakit Tuberkulosis yaitu *Mycobacterium tuberculosis* ditemukan, namun hingga kini penyakit ini tetap menjadi masalah kesehatan di Indonesia maupun di beberapa negara lain di dunia. Kuman Tuberkulosis (TB) telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia (sekitar 2,2 milyar), diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB dunia, terjadi pada negara-negara berkembang. Kematian wanita karena TB lebih banyak daripada kematian karena hamil, nifas persalinan dan 75% pasien TB adalah kelompok usia produktif (15-50 tahun). Kematian tersebut dapat dicegah atau dikurangi melalui pemberian imunisasi BCG pada bayi dan pengobatan yang tepat dan teratur untuk menyembuhkan orang yang sudah sakit.

Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia atau WHO pada tahun 2007 jumlah penderita Tuberkulosis di Indonesia sekitar 528 ribu atau berada di posisi tiga di dunia setelah India dan Cina. Laporan WHO pada tahun 2009, mencatat peringkat Indonesia menurun ke posisi lima dengan jumlah penderita TBC sebesar 429 ribu orang. Lima negara dengan jumlah terbesar kasus insiden pada tahun 2009 adalah India, Cina, Afrika Selatan, Nigeria dan Indonesia (WHO Global Tuberculosis Control, 2010).

Berdasarkan Global Tuberculosis Control tahun 2009 (data tahun 2007) angka prevalensi semua tipe kasus TB, insidensi semua tipe kasus TB dan Kasus baru TB Paru Batang Tahan Asam. Pada tahun 2007 prevalensi semua tipe TB sebesar 244 per 100.000 penduduk atau sekitar 565.614 kasus semua tipe TB, insidensi semua tipe TB sebesar 228 per 100.000 penduduk atau sekitar 528.063 kasus semua tipe TB, insidensi kasus baru TB BTA positif sebesar 102 per 100.000 penduduk atau sekitar 236.029 kasus baru TB Paru BTA Positif sedangkan kematian TB 39 per 100.000 penduduk atau 250 orang per hari (WHO Global Tuberculosis Control, 2010).

Tabel 1
Angka Prevalensi, Insidensi dan Kematian, Indonesia, 1990 dan 2009

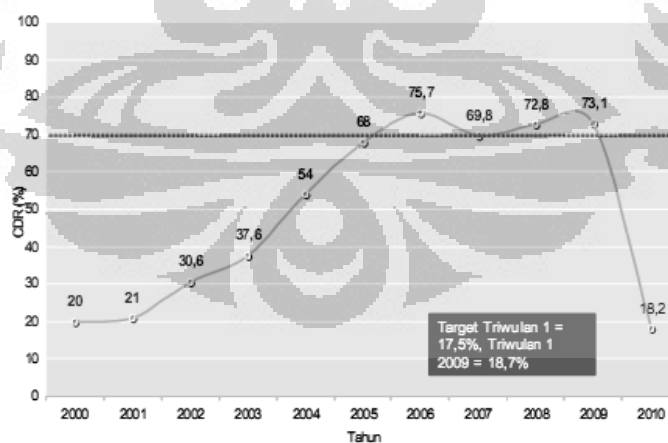
Kasus TB	1990			2009		
	Per tahun	Per 100.000 penduduk	Per hari	Per tahun	Per 100.000 penduduk	Per hari
Insidensi semua Tipe TB	626.867	343	1.717	528.063	228	1.447
Prevalensi Semua Tipe TB	809.592	443	2.218	565.614	244	1.550
Insidensi Kasus Baru TB Paru BTA Pos	282.090	154	773	236.029	102	647
Kematian	168.956	92	463	91.369	39	250

Sumber : Global Report TB, WHO, 2009 (data tahun 2007)

Pada Global Report WHO (2010), didapatkan data untuk TB Indonesia, total seluruh kasus TB tahun 2009 sebanyak 294.731 kasus, dengan jumlah 169.213 adalah kasus TB baru BTA positif, 108.616 adalah kasus TB BTA negatif, 11.215 adalah kasus TB Extra Paru, 3.709 adalah kasus TB kambuh, dan 1.978 adalah kasus pengobatan ulang diluar kasus kambuh (*retreatment, relaps*).

Gambar 1.1

Case Detection Rate, Indonesia, 2000-2010 (Tw-1)



Sumber : Laporan Subdit TB Depkes RI, 2000-2010 (Tw-1)
 Catatan : Insiden BTA Positif = 100 per 100.000 penduduk

Crude Death Rate atau CDR adalah jumlah total kematian untuk penduduk di wilayah geografis tertentu dibagi dengan jumlah penduduk untuk wilayah

geografis yang sama (untuk periode waktu yang ditentukan, biasanya satu tahun) dan dikalikan dengan 100.000. Peningkatan CDR penemuan kasus baru TB Paru BTA positif terjadi sejak tahun 2001 ke 2006 sedangkan pada tahun 2007 terjadi penurunan dari 2006 sebesar 5,9%. Pada tahun 2008 terjadi peningkatan kembali sebesar 3% dan pada tahun 2010 triwulan I terjadi penurunan sebesar 0,5% dibandingkan dengan tahun 2009 triwulan I sedangkan bila dibandingkan dengan target triwulan I (17,5%) telah mencapai target.

Untuk mengatasi masalah ini pemerintah telah menyediakan panduan obat anti tuberkulosis (OAT) yang efektif membunuh kuman TB dalam jangka waktu enam bulan serta penerapan pengawasan menelan obat yang dikenal dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short*). Prinsip DOTS adalah mendekatkan pelayanan pengobatan kepada penderita agar secara langsung dapat mengawasi keteraturan penderita menelan obat dan melakukan pelacakan bila penderita tidak datang mengambil obat sesuai waktu yang ditetapkan (Depkes RI, 2005).

Selain penyakit TB, penyakit hipertensi juga membutuhkan penanganan yang serius. Hal ini dikarenakan tanda-tanda penyakitnya sulit dideteksi oleh si penderita. Hipertensi adalah gangguan pada sistem peredaran darah yang mengganggu kesehatan masyarakat. Umumnya terjadi pada manusia berusia setengah baya (> 40 tahun). Namun banyak yang tidak menyadari bahwa mereka menderita hipertensi akibat gejalanya tidak nyata. Sekitar 1,8 %-28,6% penduduk dewasa penderita hipertensi. Prevalensi hipertensi di seluruh dunia diperkirakan mencapai 15-20% (Depkes, 2006).

Prevalensi hipertensi lebih besar ditemukan pada pria, daerah perkotaan, daerah pantai dan orang gemuk. Pada usia setengah baya dan muda hipertensi lebih banyak menyerang pria daripada wanita. Pada golongan umur 55-64 tahun penderita hipertensi pada pria dan wanita sama banyak. Pada usia 65 tahun ke atas penderita hipertensi wanita lebih banyak dibandingkan dengan pria (Depkes, 2006). Berdasarkan hasil berbagai studi kriteria hipertensi yang disepakati oleh para ahli adalah TDS \geq 140 mmHg atau TDD \geq 90 mmHg (MacMahon, 1999; WHO, 1996; Brown dan Haydock, 2000).

Diagnosis hipertensi ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Anamnesis meliputi keluhan yang sering dialami, lama hipertensi, ukuran tekanan darah selama ini, riwayat pengobatan dan kepatuhan berobat, gaya hidup, riwayat penyakit penyerta dan riwayat keluarga. Pemeriksaan fisik terdiri dari pengukuran tekanan darah, pemeriksaan umum dan pemeriksaan khusus organ (Zulkhair, 2000).

Asma merupakan penyakit gangguan inflamasi kronis saluran pernafasan yang dihubungkan dengan hiperesponsif, keterbatasan aliran udara yang *reversible* dan gejala pernafasan yang meliputi bunyi nafas *wheezing*, *dyspnoe*, batuk, dada merasa sesak, *tachpnoe* dan *tachycardia*. Penatalaksanaan asma didasarkan pada tingkat penyakit dan kemunduran dari *spasme* jalan nafas. Tujuan umum dari penatalaksanaan asma adalah mencegah asma menjadi kronik atau bertambah buruk, mempertahankan tingkat aktivitas normal, mempertahankan fungsi paru pada tingkat normal atau mendekati normal, meminimalkan efek samping dari pemberian obat-obatan dan pasien merasa puas dengan pengobatan asma (Sudoyo, 2006).

Namun masih banyak ditemukan hambatan dalam usaha menurunkan prevalensi dan insiden penyakit tuberkulosis, hipertensi dan asma. Semua hambatan ini menyebabkan kegagalan dalam pengobatan dan pemberantasan tuberkulosis, hipertensi, dan asma. Penyakit ini memerlukan kerjasama antara pasien dan dokter agar pengobatan yang dilakukan membawa hasil yang baik. Beberapa faktor yang dijadikan alasan penderita untuk tidak teratur berobat adalah faktor jarak yang jauh dari rumah menuju tempat pelayanan kesehatan, kesibukan kerja, biaya transportasi yang mahal, sudah merasa sembuh, tidak puas dengan pelayanan petugas kesehatan serta kurangnya pengetahuan akan pentingnya pengobatan. Kurang optimalnya penanganan pengobatan disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor yang disebabkan oleh pasien, faktor dari pelayanan kesehatan dan faktor dari petugas kesehatan. Untuk keberhasilan pengobatan selain tersedianya obat dan petugas kesehatan yaitu dokter, diperlukan pula kepatuhan dari pasien untuk menjalankan pengobatan sesuai aturan secara teratur (Benson J, 2005).

Kepatuhan (*compliance*), aderensi (*adherency*) dan konkordansi (*concordance*) sering digunakan pada penyakit-penyakit kronik seperti : TB paru, gangguan mental dan neurologi seperti depresi dan epilepsi, ketergantungan bahan tertentu seperti rokok dan narkotika, hipertensi, asma dan terapi pengobatan paliatif kanker. Kepatuhan (*compliance*) pasien merupakan tingkah laku pasien untuk mengikuti segala anjuran yang disarankan oleh dokter atau petugas kesehatan. Aderensi (*adherence*) merupakan komitmen pasien pada pengobatan yang telah ditentukan. Sedangkan, konkordansi (*concordance*) adalah suatu bentuk kerjasama antara dokter dan pasien dalam melakukan tindakan pengobatan (Cushing, 2007).

Konkordansi terjadi melalui suatu proses yang memungkinkan adanya kepatuhan yang timbul dari kerjasama/kemitraan atau berbagi pendapat untuk membuat suatu keputusan. Pada konkordansi terdapat tiga faktor yang berperan penting di dalamnya yaitu kepatuhan, kemitraan, dan berbagi pendapat untuk membuat keputusan pengobatan (Cushing A dan Metcalfe R, 2007). Adanya persetujuan antara pasien dan dokter, yang dicapai setelah ada komunikasi dengan respek kepercayaan dan kebijaksanaan dari pasien dalam menentukan apakah obat dimakan dan bila obat dimakan dan dapat membuat keputusan terbaik. Konkordansi berarti bahwa keduanya baik pasien dan dokter ada dalam satu keselarasan atau harmoni dengan apa yang terjadi saat konsultasi (Benson, 2005).

Pada penelitian konkordansi antara rekam medis dan interview 40 orang pasien berobat jalan di California mendapatkan hasil konkordansi meliputi keluhan utama, mengerti tentang diagnosis penyakit, obat-obatan dan rencana pengobatan adalah sangat baik (Ramsell J.W, 1986). Di negara maju seperti Amerika Serikat, tingkat kepatuhan berobat penderita penyakit kronis diperkirakan hanya sekitar 50% sementara negara-negara berkembang seperti China 43%, Gambia 27%, ini berarti separuh dari pasien TB paru tidak berobat secara komplet dan teratur. Sementara di Indonesia sendiri kepatuhan pengobatan cenderung rendah.

Di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram terdapat cukup tinggi kasus pasien yang menderita penyakit TB, hipertensi dan asma sebagaimana tampak dari data di bawah ini. Berikut adalah data pasien penyakit TB, hipertensi dan asma di

RSUD Kota Mataram. Jumlah total pasien TB baik rawat inap dan rawat jalan pada tahun 2011 dari bulan Januari sampai dengan September adalah 74 orang. Untuk pasien hipertensi berjumlah 417, sedangkan pasien asma berjumlah 69.

Tabel 1.2
Data Pasien Tuberculosis Paru RSUD Kota Mataram 2011

	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	TOTAL
JANUARI	4	4	8
FEBRUARI	2	4	6
MARET	4	1	5
APRIL	4	3	7
MEI	4	5	9
JUNI	3	4	7
JULI	8	11	19
AGUSTUS	2	6	8
SEPTEMBER	-	5	5
TOTAL			74

Sumber : Rekam Medis RSUD Kota Mataram.

Dari tabel diatas rata-rata pasien TB setiap bulannya adalah 8,2. Pasien terbanyak ada pada bulan Juli yaitu total 19 pasien dan paling sedikit yaitu pada bulan Maret sebanyak lima orang. Total pasien TB dari Januari sampai September 2011 sebanyak 74 orang.

Tabel 1.3
Data Pasien Asma RSUD Kota Mataram 2011

	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	TOTAL
JANUARI	4	2	6
FEBRUARI	2	2	4
MARET	2	4	6
APRIL	4	5	9
MEI	3	3	6
JUNI	6	3	9
JULI	11	1	12
AGUSTUS	7	3	10
SEPTEMBER	7	-	7
TOTAL			69

Sumber : Rekam Medis RSUD Kota Mataram

Total pasien asma dari Januari sampai September 2011 sebanyak 69 orang. Dari tabel diatas rata-rata pasien asma setiap bulannya adalah 7,6. Pasien terbanyak ada pada bulan Juli yaitu total 12 pasien dan paling sedikit yaitu pada bulan Februari sebanyak 4 orang.

Tabel 1.4
Data Pasien Hipertensi RSUD Kota Mataram 2011

	RAWAT JALAN	RAWAT INAP	JUMLAH
JANUARI	25	3	28
FEBRUARI	17	2	19
MARET	20	4	24
APRIL	16	2	18
MEI	11	3	14
JUNI	48	1	49
JULI	106	3	109
AGUSTUS	53	3	56
SEPTEMBER	99	1	100
TOTAL			417

Sumber : Rekam Medis RSUD Kota Mataram

Dari tabel diatas rata-rata pasien hipertensi setiap bulannya adalah 46,3. Pasien terbanyak ada pada bulan Juli yaitu total 109 pasien dan paling sedikit yaitu pada bulan Mei sebanyak 14 orang. Total pasien hipertensi dari Januari sampai September 2011 sebanyak 417 orang.

Tabel 1.5
Data Pasien Gagal berobat TB Paru, Asma, Hipertensi di RSUD Kota Mataram 2011

	Jumlah Pasien Gagal berobat TB Paru, Asma, Hipertensi di RSUD Kota Mataram
JANUARI	8
FEBRUARI	9
MARET	4
APRIL	8
MEI	4
JUNI	9
JULI	19
AGUSTUS	16
SEPTEMBER	10
TOTAL	87

Sumber : Rekam Medis RSUD Kota Mataram

Penyakit-penyakit tersebut membutuhkan penanganan yang serius baik oleh dokter maupun pasien itu sendiri. Konkordansi sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan dan pengendalian supaya tidak bertambah parah. Adanya kerjasama antara pasien dan dokter diharapkan dapat mempermudah penanganan penyakit. Komunikasi yang terjalin dengan baik membuat pasien dapat mengerti dan timbul motivasi dalam diri untuk mengikuti nasihat dari dokter. Melalui komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien akan meningkatkan sikap konkordansi pasien tuberkulosis paru, hipertensi, dan asma sehingga berimplikasi pada peningkatan kunjungan pasien rawat jalan di RSUD Kota Mataram. Dalam penelitian ini pasien penyakit TB, hipertensi dan asma di RSUD ingin dilihat seberapa besar hubungan komunikasi dengan tingkat konkordansi pada pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Dari latar belakang tersebut terlihat bahwa tuberkulosis, hipertensi dan asma masih menjadi masalah yang mengkhawatirkan dunia termasuk Indonesia terutama daerah Nusa Tenggara Barat. Di RSUD Kota Mataram angka penderita dan angka kegagalan berobat (*drop out*) pasien tuberkulosis paru, asma, dan hipertensi cukup tinggi. Apabila penanganan tidak dilakukan dengan optimal maka akan mengakibatkan banyak kematian. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menanggulangi penyakit ini, namun penyakit ini sulit diatasi karena penderita gagal berobat. Banyak faktor yang mempengaruhi konkordansi pasien, antara lain komunikasi dokter sehingga berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan, namun belum pernah dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara keduanya dengan karakteristik pasien. Oleh karena itu rumusan masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya hubungan komunikasi dokter dengan sikap konkordansi pada pasien Tuberkulosis paru, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram.

Pertanyaan Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan penelitian berikut ini:

1. Bagaimana kecenderungan sikap konkordansi penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi dan Asma dalam berobat di RSUD Kota Mataram?
2. Bagaimana efektifitas komunikasi yang dilakukan oleh dokter pada pasien penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi dan Asma dalam berobat di RSUD Kota Mataram?
3. Bagaimana hubungan komunikasi antara pasien dan dokter dengan konkordansi pasien TB Paru, Hipertensi dan Asma di RSUD Kota Mataram?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Diketuinya informasi mengenai sikap konkordansi penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi, dan Asma, dan hubungan komunikasi dokter dengan sikap konkordansi pasien TB paru, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketahui kecenderungan sikap konkordansi penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram.
2. Diketahui efektifitas komunikasi yang dilakukan oleh dokter pada pasien penderita Tuberkulosis Paru, Hipertensi, dan Asma dalam berobat di RSUD Kota Mataram.
3. Diketahui hubungan komunikasi dokter dengan konkordansi pasien TB Paru, Asma dan Hipertensi di RSUD Kota Mataram.
4. Diketahui hubungan antara karakteristik pasien dengan sikap konkordansi.

1.4 Manfaat penelitian

Manfaat yang didapatkan dari penelitian ini yaitu :

1. Bagi Rumah Sakit tempat dilakukan penelitian
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dalam peningkatan pelayanan dan mutu rumah sakit melalui komunikasi dokter khususnya yang berkaitan dengan tingkat konkordansi penderita Tuberkulosis Paru, Asma, Hipertensi dalam berobat.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data awal dan data lanjutan bagi peneliti yang ingin melakukan penelitian lebih lanjut dengan kasus yang sama

3. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi program studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.

1.5 Ruang lingkup penelitian

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui tingkat konkordansi penderita Tuberkulosis paru, Asma, Hipertensi, dan hubungan komunikasi antara dokter dan pasien dengan konkordansi pasien TB Paru, Asma, Hipertensi di RSUD Kota Mataram. Penderita yang dijadikan sasaran penelitian adalah penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi, dan Asma di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram, Nusa Tenggara Barat tahun 2011 dan 2012.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Tuberkulosis Paru

Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sebagian besar kuman TBC menyerang paru-paru tetapi juga dapat menyerang organ tubuh lainnya (Depkes RI, 2002).

Mycobacterium tuberculosis berbentuk batang lurus dan lengkung, berukuran 0,2-0,5 x 2-5 μ (micron), bersifat tahan asam karena sifatnya dapat menahan warna karbol fuksin walaupun dicuci dengan larutan asam alcohol. Sifat asam ini disebabkan dinding kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang mengandung lipid (60%) yang berupa asam lemak mikolat. Sifat lain dari kuman ini adalah pertumbuhan yang lama dan terjadi secara *aerob obligate* sehingga mudah berkembang di daerah paru yang banyak mengandung oksigen. Kuman yang dikeluarkan oleh penderita sebagian akan mati bila terkena sinar matahari, akan tetapi bila berada di lingkungan yang lembab dan terlindung dari sinar matahari, kuman dapat hidup dalam beberapa jam sampai beberapa bulan.

2.1.1 Cara Penularan Penyakit Tuberkulosis Paru

Penularan kuman TB ke tubuh penderita adalah melalui saluran pernafasan. Seseorang akan tertular oleh kuman ini bila ia menghirup udara yang mengandung *droplet nuclei* yang berisi kuman TB yang berasal dari penderita TB BTA positif masuk ke dalam paru karena kontak langsung. Dari paru, kuman TB tersebut dapat menyebar ke organ lainnya melalui saluran limfa (limfogen), melalui saluran darah (hematogen), melalui sistem pernafasan atau menyebar miliar langsung ke organ tubuh lain. Daya penularan dari seseorang penderita *tuberculosis* ditentukan oleh banyaknya kuman yang terdapat dalam paru penderita. Kemungkinan seseorang terinfeksi TB dan menjadi sakit ditentukan oleh konsentrasi droplet per volume udara dan kandungan kuman TB dalam droplet, dan lamanya menghirup udara tersebut, serta patogenesis kuman dan daya tahan tubuh orang tersebut (Depkes RI, 2002).

Sebagian besar orang yang terinfeksi (80-90%) belum tentu menjadi sakit *tuberculosis* paru untuk sementara waktu kuman yang ada di dalam tubuh mereka bisa berada dalam keadaan *dormant* (tertidur) dan keberadaan kuman dormant tersebut dapat diketahui dengan tes, kemudian mereka bisa menjadi sakit dalam waktu 3-6 bulan setelah terinfeksi (Depkes RI, 2002).

2.1.2 Gejala-gejala Tuberkulosis

Gejala TB pada orang dewasa umumnya penderita mengalami batuk dan berdahak terus-menerus selama 3 minggu atau lebih, batuk darah atau pernah batuk darah. Adapun gejala-gejala lain dari TB pada orang dewasa adalah sesak nafas dan nyeri dada, badan lemah, nafsu makan dan berat badan menurun, rasa kurang enak badan (*malaise*), berkeringat malam, walaupun tanpa kegiatan, demam meriang lebih dari sebulan (Depkes RI, 2005).

Pada anak gejala umum *tuberculosis* seperti berat badan turun selama 3 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas dan berat badan tidak naik dalam waktu 1 bulan walau mendapatkan penanganan gizi yang baik, gagal tumbuh dan berat badan tidak naik seperti semestinya, demam berulang dan mungkin disertai keringat malam, pembesaran kelenjar limfa tetapi tidak sakit di sekitar leher, ketiak dan lipatan paha, diare berulang yang tidak sembuh dengan pengobatan diare, benjolan di abdomen dan tanda cairan dalam abdomen (Depkes RI, 2005).

2.1.3 Klasifikasi Tuberkulosis

Ada empat hal yang perlu diperhatikan dalam menentukan definisi kasus yaitu: (Depkes, 2005)

1. Organ tubuh yang sakit; paru atau ekstra paru
2. Hasil pemeriksaan dahak secara mikroskopik : Batang Tahan Asam positif atau BTA negatif
3. Riwayat pengobatan sebelumnya : baru atau sudah pernah diobati
4. Tingkat keparahan penyakit : ringan atau berat.

Tujuan penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita penting dilakukan untuk menetapkan panduan OAT yang sama dan dilakukan sebelum pengobatan dilakukan.

Dalam program pemberantasan penyakit Tuberkulosis paru ada dua macam klasifikasi:

1. Tuberkulosis paru, adalah *tuberculosis* yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk *pleura* (selaput paru) bentuk yang paling sering dijumpai sekitar 80% dari semua penderita.
2. Tuberkulosis ekstra paru, merupakan *tuberculosis* yang menyerang orang di tubuh bagian lain selain paru, yaitu: pleura, kelenjar limfa, persendian, tulang belakang, saluran kencing, susunan saraf dan perut.

Tipe penderita ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe penderita yaitu (Depkes, 2005):

1. Kasus baru, adalah penderita baru BTA positif yang belum pernah menelan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) atau pernah menelannya kurang dari 1 bulan (30 dosis harian).
2. Kambuh (*relaps*): adalah penderita BTA positif yang sudah dinyatakan sembuh, tetapi akan datang lagi dan pada pemeriksaan dahak memberikan hasil BTA positif.
3. Pindahan (*transfer*) adalah penderita yang sedang mendapat pengobatan di suatu kabupaten lain dan kemudian pindah berobat ke kabupaten ini.
4. Setelah lalai (pengobatan setelah *default/ drop out*) adalah penderita yang sudah berobat paling kurang satu bulan, dan berhenti dua bulan atau lebih, kemudian datang lagi berobat, penderita tersebut kembali dengan hasil pemeriksaan dahak BTA positif.
5. Lain-lain
 - Gagal adalah ; penderita BTA positif yang masih tetap positif atau kembali menjadi positif pada akhir bulan ke 5 (satu bulan sebelum akhir pengobatan) atau lebih, atau ; penderita dengan hasil BTA negatif rontgen positif menjadi BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan.
 - Kasus kronis adalah penderita dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif pada akhir bulan ke-2 pengobatan.

2.1.4 Pengobatan Tuberkulosis

Sesuai dengan sifat kuman TB, untuk memperoleh efektifitas pengobatan, maka prinsip-prinsip yang dipakai adalah (Depkes, 2005):

- Menghindari penggunaan monoterapi. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Hal ini untuk mencegah timbulnya kekebalan terhadap OAT.
- Untuk menjamin kepatuhan penderita dalam menelan obat, pengobatan dilakukan dengan pengawasan langsung (DOT = *Directly Observed Treatment*) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- Pengobatan TB diberikan dalam dua tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.
 - a. Tahap Intensif
 - Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.
 - Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
 - Sebagian besar penderita TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.
 - b. Tahap Lanjutan
 - Pada tahap lanjutan penderita mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
 - Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten (*dormant*) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan

2.1.5 Paduan OAT Yang Digunakan Di Indonesia

Paduan pengobatan yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan TB oleh Pemerintah Indonesia (Depkes, 1997):

a. Kategori 1 (2HRZE/4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari INH, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol diberikan setiap hari selama 2 bulan. Kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari HR diberikan tiga kali dalam seminggu selama 4 bulan.

Obat ini diberikan untuk:

- Penderita baru TB Paru BTA Positif.
- Penderita baru TB Paru BTA negatif rontgen positif yang “sakit berat”
- Penderita TB Ekstra Paru berat

b. Kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama 3 bulan, yang terdiri dari 2 bulan dengan HRZES setiap hari. Dilanjutkan 1 bulan dengan HRZE setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama 5 bulan dengan HRE yang diberikan tiga kali dalam seminggu.

Obat ini diberikan untuk penderita TB paru BTA(+) yang sebelumnya pernah diobati, yaitu:

- Penderita kambuh (*relaps*)
- Penderita gagal (*failure*)
- Penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*).

c. Kategori 3 (2HRZ/4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari HRZ diberikan setiap hari selama 2 bulan (2HRZ), diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari HR selama 4 bulan diberikan 3 kali seminggu.

Obat ini diberikan untuk:

- Penderita baru BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan,
- Penderita TB ekstra paru ringan.

d. OAT Sisipan (HRZE)

Bila pada akhir tahap intensif pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2,

hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

2.2 Penyakit Hipertensi

Hipertensi adalah keadaan dimana tekanan darah terhadap dinding-dinding arteri dipompa dari jantung ke jaringan. Tekanan darah berubah-ubah setiap hari sesuai dengan situasi. Tekanan darah akan meningkat dalam keadaan gembira, cemas atau sewaktu melakukan aktifitas fisik. Setelah situasi itu berlalu tekanan darah akan kembali menjadi normal. Apabila tekanan darah tetap tinggi maka disebut sebagai hipertensi atau darah tinggi (Hull, 1996).

Hipertensi adalah penyakit kronik akibat desakan darah yang berlebihan dan hampir konstan pada arteri. Tekanan dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah. Hipertensi berkaitan dengan meningkatnya tekanan darah arterial sistemik, baik diastolik ataupun keduanya secara terus menerus (Hull, 1996). Hipertensi merupakan suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang adalah ≥ 140 mmHg (tekanan sistolik) dan atau ≤ 90 mmHg (tekanan diastolik) (*Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, Treatment of High Preassure VII*, 2003).

2.2.1 Klasifikasi Hipertensi

Tekanan sistolik dan diastolik dapat bervariasi pada tingkat individu. Namun hasil pengukuran tekanan darah yang sama atau lebih dari 140/90 mmHg adalah hipertensi (WHO, 1999 dan JNC, 2003). Hipertensi menurut WHO-ISH tahun 1999 dapat dilihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1
Klasifikasi hipertensi menurut WHO-ISH tahun 1999

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	<80
Normal	<130	<85
Normal tinggi	130-139	85-89
Grade 1 Hypertension	140-159	90-99
Sub group : Borderline	140-149	90-94
Grade 2 Hypertension	160-179	100-109
Grade 3	≥ 180	≥ 110
Isolated Systolic Hypertension	≥ 140	< 90
Sub group : Borderline	140-149	< 90

Sumber : WHO – ISH Tahun 1999

Tabel 2.2
Klasifikasi menurut *The Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, Treatment of High Preassure (JNC-VI)*

Kategori	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Normal tinggi	130-139	85-89
Hipertensi		
Tingkat 1	140-159	90-99
Tingkat 2	160-179	100-109
Tingkat 3	≥ 180	≥ 110

Sumber : JNC - VI

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 golongan, hipertensi esensial atau primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi esensial merupakan tipe yang paling umum yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya (*idiopatik*). Kurang lebih 90% penderita tergolong hipertensi esensial sedangkan 10% tergolong hipertensi sekunder. Sedangkan hipertensi sekunder memiliki atribut patologis. Penyebab umum hipertensi sekunder adalah

kelainan ginjal (penyempitan arteri ginjal/penyakit parenkim ginjal), kelenjar endokrin, berbagai obat, disfungsi organ, tumor dan kehamilan hipertensi, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid) penyakit kelenjar adrenal (*hiperaldosteronisme*) (Depkes, 2006).

2.3 Penyakit Asma

Asma merupakan penyakit gangguan inflamasi kronis saluran pernafasan yang dihubungkan dengan hiperesponsif, keterbatasan aliran udara yang *reversible* dan gejala pernafasan yang meliputi bunyi nafas *wheezing*, *dyspnoe*, batuk, dada merasa sesak, *tachpnoe* dan *tachycardia* (Sudoyo. AW, 2006).

Asma merupakan inflamasi kronik saluran nafas. Berbagai sel inflamasi berperan terutama sel mast, eosinofil, sel limfosit T, makrofag, neutrofil dan sel epitel. Faktor lingkungan dan berbagai faktor lainnya berperan sebagai penyebab atau pencetus inflamasi saluran pernafasan pada penderita asma. Inflamasi dapat ditemukan pada berbagai bentuk asma seperti asma alergi, asma non alergi, asma kerja dan asma yang dicetuskan aspirin. Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor penjamu (*host factor*) dan faktor lingkungan. Faktor penjamu disini termasuk genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma, yaitu *genetic asma*, asma alergi, hiperaktivitas bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan mempengaruhi individu dengan kecenderungan asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya *eksaserbasi* atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap. Termasuk faktor lingkungan adalah allergen, sensitifitas lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, infeksi pernafasan (virus), diet, status sosioekonomi dan besarnya keluarga (PDPI, 2006).

Pada pasien asma akan mengalami gangguan obstruktif jalan nafas sebagai akibat dari *bronkhokontriksi* saluran pernafasan. Obstruksi merupakan gangguan saluran nafas baik struktural maupun fungsional yang menimbulkan perlambatan arus respirasi, yang akan ditunjukkan dari hasil pemeriksaan faal paru akan mengalami perubahan-perubahan pada nilai volume ekspirasi paksa detik pertama (VEP 1) < 80% nilai prediksidan VEP/KVP < 75% (PDPI, 2006).

Penyebab yang paling umum pada penyakit asma adalah hipersensitifitas bronkiolus terhadap benda-benda asing di udara. Pada pasien yang lebih muda, di

bawah usia 30 tahun sekitar 70% asma disebabkan oleh hipersensitifitas alergi, terutama alergi terhadap serbuk sari tanaman. Pada pasien yang lebih tua penyebabnya yaitu hipersensitif terhadap bahan iritan non alergi di udara seperti kabut/debu, infeksi saluran nafas, kecemasan, perubahan cuaca, makanan, obat atau ekspresi emosi yang berlebihan. Reaksi alergi yang terjadi akan merangsang pembentukan sejumlah antibodi Imunoglobulin E abnormal dalam jumlah besar dan antibodi ini menyebabkan reaksi alergi jika mereka bereaksi dengan antigen spesifiknya.

Pasien asma biasanya dapat melakukan inspirasi dengan baik dan adekuat tetapi sukar sekali melakukan ekspirasi maksimum, sehingga keadaan ini dapat menimbulkan kekuarangan udara dan muncul gejala dispnea. Kapasitas fungsional dan volume residu paru menjadi sangat meningkat selama serangan asma akibat kesukaran mengeluarkan udara ekspirasi dari paru-paru. Resistensi jalan nafas meningkat, hiperinflasi pulmoner dan ketidakseimbangan ventilasi dan perfusi. Apabila keadaan ini tidak segera ditangani akan terjadi gagal nafas yang merupakan konsekuensi dari peningkatan kerja pernafasan, inefisiensi pertukaran gas dan kelelahan otot-otot pernafasan (Sudoyo AW, 2006).

Menurut Faisal Yunus (2006) ada tujuh langkah penatalaksanaan asma, yaitu:

1. Pendidikan atau edukasi pada penderita dan keluarganya sehingga mengetahui karakteristik asma yang diderita
2. Menentukan klasifikasi asma untuk menentukan jenis obat dan dosisnya
3. Menghindari faktor pencetus yang bersifat beragam pada masing-masing penderita
4. Pemberian obat yang optimal
5. Mengatasi lebih dini kemungkinan meningkatnya serangan
6. Mengontrol secara berkala untuk evaluasi
7. Meningkatkan kebugaran dengan olahraga yang dianjurkan, seperti renang, serta senam asma (Yunus, 2006).

2.4 Perilaku Konsumen

Perilaku konsumen merupakan tindakan yang langsung terlibat dalam mendapatkan, mengkonsumsi, dan menghabiskan produk dan jasa, termasuk

proses keputusan yang mendahului dan menyusuli tindakan ini. Pemahaman terhadap perilaku konsumen merupakan hal yang sangat penting untuk pencapaian tujuan pemasaran.

Menurut Kotler dan Armstrong (2003) perilaku konsumen adalah perilaku pembelian konsumen akhir-individu dan rumah tangga-yang membeli barang atau jasa untuk konsumsi pribadi. Mowen (1998) mengatakan bahwa perilaku konsumen adalah studi unit-unit pembuat keputusan dan proses pembuatan keputusan yang terlibat dalam menerima, menggunakan dan penentuan barang, jasa dan ide.

American Marketing Association menyatakan bahwa perilaku konsumen merupakan interaksi dinamis antara afeksi dan kognisi, perilaku, dan lingkungannya dimana manusia melakukan kegiatan pertukaran dalam hidup mereka (Setiadi, 2003).

Menurut William J. Stanton (1981) yang dikutip oleh Mangkunegara (2005), dorongan sosial budaya dan psikologi yang mempengaruhi perilaku membeli konsumen. Faktor sosial budaya terdiri dari faktor budaya, tingkat sosial, kelompok panutan, dan keluarga. Sedangkan kekuatan psikologis terdiri dari pengalaman belajar, kepribadian, sikap dan keyakinan, gambaran diri (*self-concept*).

2.5 Perilaku Kesehatan

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respons (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Notoadmodjo (2003), hal-hal yang berhubungan dengan peningkatan jumlah kunjungan adalah perilaku masyarakat dalam memanfaatkan kembali fasilitas kesehatan. Beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat adalah usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, sumber daya keluarga, penghasilan, asuransi, daya beli masyarakat, pengetahuan, harga pelayanan, informasi mengenai

pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, ketersediaan fasilitas kesehatan (Green, 1980).

Perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok, antara lain (Notoadmodjo, 2003) :

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan
3. Perilaku kesehatan lingkungan.

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku terjadi diawali dengan adanya pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini dan sebagainya. Sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Menurut Becker (1979) yang dikutip Notoatmodjo (1993) bahwa klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan adalah :

- a. Perilaku Kesehatan (*Health Behaviour*), yaitu hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kesehatan perorangan, memilih makanan, sanitasi dan sebagainya.
- b. Perilaku Sakit (*Illness Behaviour*), yaitu segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit, termasuk juga kemampuan atau kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit dan usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku Peran Sakit (*The Sick Role Behaviour*), yaitu segala tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini di samping berpengaruh terhadap kesehatan atau kesakitannya sendiri juga berpengaruh terhadap orang lain.

Menurut "Health Belief Model" (Becker, 1974,1979) dalam Notoatmodjo (1993), bahwa perilaku kesehatan ditentukan oleh beberapa faktor yaitu :

- a. Kerentanan yang dirasakan terhadap satu masalah kesehatan

Bila orang merasa yakin bahwa dirinya dan keluarganya rentan akan suatu penyakit kemudian merasa khawatir dan terancam kesehatannya oleh penyakit tersebut maka ia akan terdorong untuk melakukan tindakan pencegahan terhadap penyakit tersebut.

b. Keseriusan yang dirasakan terhadap satu masalah kesehatan

Bila seseorang merasa betapa serius masalah kesehatan yang ia hadapi baik yang ia rasakan sendiri ataupun orang lain lalu terdorong untuk melakukan atau mencari bantuan tindakan pencegahan dan pengobatan.

c. Manfaat minus rintangan yang dirasakan

Jika seseorang merasa yakin akan manfaat minus rintangan yang dirasakan akan efektif untuk melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan maka orang tersebut akan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan penyakit yang diderita. Jika orang tersebut benar-benar yakin terhadap kerentanan, keseriusan dan manfaat tindakan pencegahan dan pengobatan penyakit maka masalah rintangan atau biaya tidak lagi menjadi rintangan.

d. Isyarat atau tanda-tanda untuk bertindak

Untuk mendapatkan keyakinan tentang kerentanan, keseriusan dan manfaat tindakan maka diperlukan dukungan dari berbagai pihak. Bila pesan-pesan tersebut sampai, diterima dan diyakini oleh yang berkepentingan/sasaran maka mereka akan melakukan tindakan pencegahan dan pengobatan.

e. Variabel demografi

Variable ini meliputi: umur, jenis kelamin, ras, etnik dan sebagainya. Orang-orang dari kelompok: usia lanjut (umur), wanita/pria (jenis kelamin), tidak menikah atau cerai (status perkawinan), orang yang hidup sendiri (status tempat tinggal), pengangguran (status pekerjaan), tingkat pendidikan dan pendapatan yang lebih tinggi ternyata lebih banyak melaporkan gejala-gejala yang dirasakan.

f. Variabel sosio psikologik

Variabel ini meliputi: kepribadian, kelas sosial, tekanan kelompok. Banyak diantara variabel ini merupakan unsur penting dalam proses komunikasi. Serangkaian studi yang dilakukan Becker dan Maiman (1975) menunjukkan

bahwa perilaku patuh pasien terkait dengan komunikasi dalam hubungan pasien profesional kesehatan.

g. Variabel struktural/Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan dengan panca indranya terhadap objek tertentu. Pengetahuan memiliki 6 (enam) tingkatan:

a. Tahu

Adalah suatu proses mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Mengingat kembali sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang masuk. Tahu dianggap tingkatan pengetahuan yang paling rendah karena sebatas mengingat rangsangan yang diterima oleh panca indra.

b. Memahami

Sebagai kemampuan untuk menjelaskan sesuatu tentang obyek yang diketahui dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham tentang suatu obyek atau materi dapat menjelaskan, menyimpulkan mengenai obyek yang telah dipelajari.

c. Aplikasi

Suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada keadaan atau kondisi yang sebenarnya. Orang dapat menggunakan alat dan sebagainya pada situasi yang berbeda.

d. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur yang sama.

e. Sintesis

Kemampuan untuk menggabungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

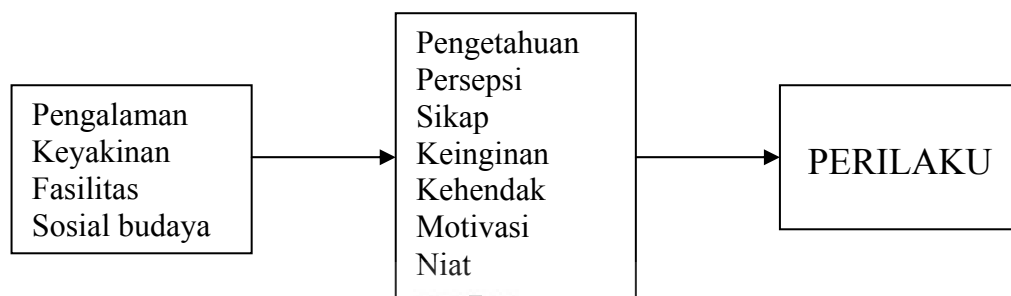
f. Evaluasi

Kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian berdasarkan suatu kriteria tertentu atau menggunakan kriteria standar yang sudah ada.

Variabel struktural yang meliputi pengetahuan tentang penyakit, pengalaman kontak dengan penyakit dan sebagainya cenderung meningkatkan kepekaan dan kewaspadaan terhadap gejala-gejala dan keseriusan penyakit serta mendukung pengambilan keputusan. Pengetahuan merupakan hal yang sangat penting untuk menentukan keputusan atau tindakan seseorang.



Bagan 2.1 Asumsi Determinan Perilaku Manusia



Sumber: Notoatmodjo, 1993. dalam buku *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*

Notoadmodjo (1993), mengungkapkan bahwa perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Namun dikatakan juga bahwa gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor lainnya seperti pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya. Maka proses terbentuknya manusia dapat diilustrasikan dalam bagan 2.1.

2.5.1 *Compliance, Adherensi dan Concordance*

2.5.1.1 *Compliance* (Kepatuhan)

Compliance dapat diartikan sebagai sejauh mana perilaku pasien dengan resep yang direkomendasikan oleh dokter. Namun dalam *compliance* tidak ada keterlibatan pasien dalam membuat suatu keputusan pengobatan (NCCSDO, 2005).

2.5.1.2 *Adherency (Adherensi)*

Adherence diartikan sejauh mana perilaku pasien setuju dengan resep yang telah direkomendasikan. Keterlibatan penderita dalam penyembuhan dirinya, bukan hanya sekedar patuh. Dengan meningkatnya *adherence* penderita, diharapkan tidak timbul resistensi obat yang dapat merugikan penderita itu sendiri maupun lingkungan, kambuh maupun kematian. Adherensi berhubungan dengan perilaku penderita untuk mengikuti anjuran dokter atau petugas kesehatan secara konsisten (NCCSDO, 2005).

Kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita dalam mengambil suatu tindakan untuk pengobatan seperti diet, kebiasaan hidup sehat, ketepatan berobat (Secket, dkk, 1985). Trostle (1988) menyatakan bahwa kepatuhan adalah tingkat perilaku penderita dalam pengobatan, diet atau melakukan gaya hidup yang sesuai dengan kesehatan.

Walau memiliki arti sama, adherensi berbeda dengan kepatuhan. Dalam penatalaksanaan pengobatan merupakan tanggung jawab bersama dokter dan penderita. Sedangkan pada istilah kepatuhan, berhasil tidaknya suatu pengobatan cenderung mengarah pada pasien; bila pengobatan gagal, penderita disalahkan karena tidak mematuhi anjuran dokter.

2.5.1.3 Concordance (Konkordansi)

Konkordansi sesuai dengan kamus bahasa Inggris berarti suatu persetujuan dan harmoni antara sesama orang atau benda, tidak berarti benar atau akurat. Konkordansi secara definisi adalah proses yang berfokus pada konsultasi dimana dokter dan pasien setuju membuat keputusan terhadap proses pengobatan yang menggabungkan masing-masing pandangan, salah satunya dalam pemberian resep dan pengambilan obat berdasarkan pada *partnership* (NCCSDO, 2005). Ini adalah bentuk suatu persetujuan yang dicapai setelah negosiasi antara seorang pasien dan profesi kesehatan yang mempunyai kaitan secara kepercayaan dan harapan daripada pasien dalam menentukan apakah, bila dan kenapa obat diambil (Cushing A and Metcalfe R, 2007).

Adanya persetujuan antara pasien dan dokter, yang dicapai setelah ada komunikasi dengan *respect* kepercayaan dan kebijaksanaan dari pasien dalam menentukan apakah obat dimakan dan bila obat dimakan dan dapat membuat keputusan terbaik. Konkordansi berarti bahwa keduanya baik pasien dan dokter ada dalam satu keselarasan atau harmoni dengan apa yang terjadi saat konsultasi (Benson J, 2005).

Dengan adanya *compliance* sebagai tahapan awal pasien terhadap dokter diharapkan tercipta suatu perilaku kepatuhan pasien terhadap anjuran dokternya, disertai pemahaman tentang penyakitnya, sehingga ia mengikuti anjuran dokter

secara konsisten (*adherensi*) terhadap pengobatan dan menghasilkan suatu konkordansi dalam mengoptimalkan pengobatan penyakit TB paru.

2.6 Komunikasi

2.6.1 Pengertian komunikasi

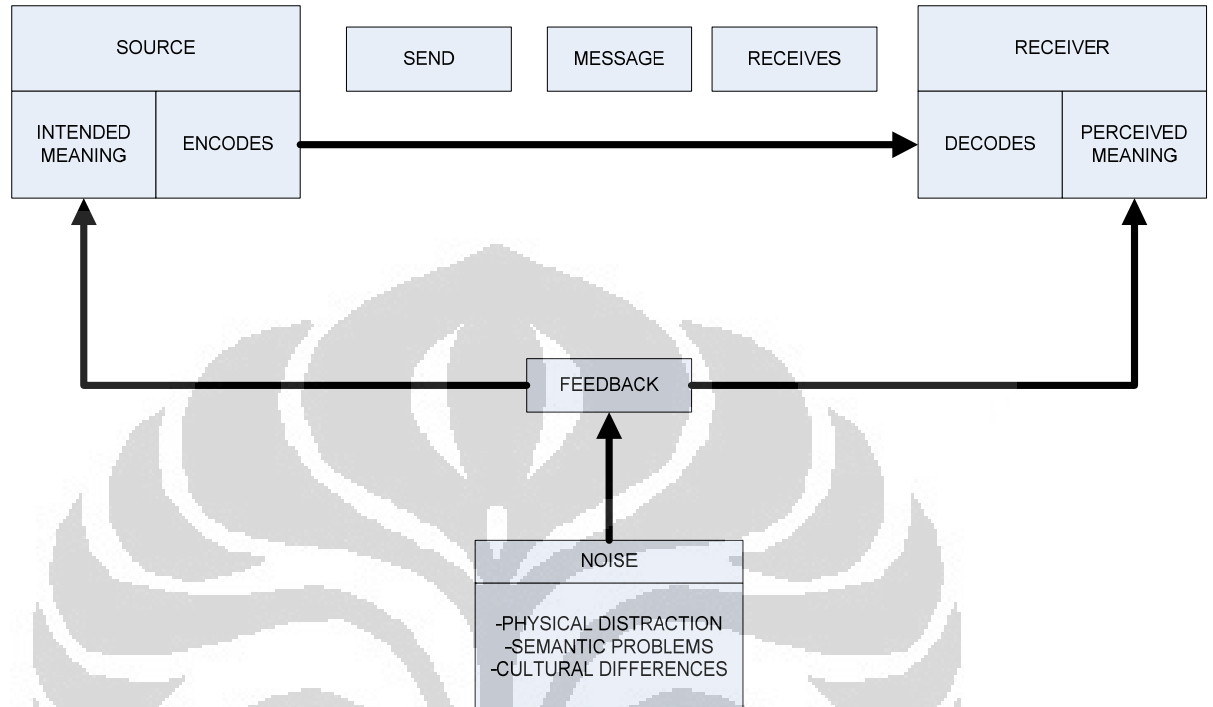
Pengertian komunikasi dapat digolongkan menjadi tiga pengertian utama komunikasi, yaitu pengertian secara etimologis, terminologis, dan paradigmatik (Tommy, 2009).

1. Secara etimologis, komunikasi dipelajari menurut asal-usul kata, yaitu komunikasi berasal dari bahasa latin '*communicatio*' dan perkataan ini bersumber pada kata '*comminis*' yang berarti sama makna mengenai sesuatu hal yang dikomunikasikan
2. Secara terminologis, komunikasi berarti proses penyampaian suatu pernyataan oleh seseorang kepada orang lain.
3. Secara paradigmatik, komunikasi berarti pola yang meliputi sejumlah komponen berkorelasi satu sama lain secara fungsional untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Contohnya : kuliah, ceramah dll.

Menurut Everett M. Rogers bersama D.Lawrence Kincaid (1981) yang dikutip Cangara (2006), komunikasi adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih membentuk atau melakukan pertukaran informasi dengan satu sama lainnya, yang pada gilirannya akan tiba pada saling pengertian mendalam, yaitu jika kedua belah pihak, si pengirim dan si penerima informasi dapat memahaminya. Hal ini tidak berarti bahwa kedua belah pihak harus menyetujui sesuatu gagasan tersebut (Widjaja, 2000).

2.6.2 Proses Komunikasi

Model proses komunikasi digambarkan Schermerhorn, Hunt & Osborn (1994) sebagai berikut:



Sumber : Schermerhorn, Hunt & Osborn (1994)

Sumber (*source*) atau kadang disebut juga pengirim pesan adalah orang yang menyampaikan pemikiran atau informasi yang dimilikinya. Pengirim pesan bertanggung jawab dalam menerjemahkan ide atau pemikiran (*encoding*) menjadi sesuatu yang berarti, dapat berupa pesan verbal, tulisan, dan atau non verbal, atau kombinasi dari ketiganya. Pesan ini dikomunikasikan melalui saluran (*channel*) yang sesuai dengan kebutuhan.

Pesan diterima oleh penerima pesan (*receiver*). Penerima akan menerjemahkan pesan tersebut (*decoding*) berdasarkan batasan pengertian yang dimilikinya. Dengan demikian dapat saja terjadi kesenjangan antara yang dimaksud oleh pengirim pesan dengan yang dimengerti oleh penerima pesan yang disebabkan kemungkinan hadirnya penghambat (*noise*). Penghambat dalam pengertian ini bisa diakibatkan oleh perbedaan sudut pandang, pengetahuan atau pengalaman, perbedaan budaya, masalah bahasa, dan lainnya. Pada saat menyampaikan pesan, pengirim perlu memastikan apakah pesan telah diterima

dengan baik. Sementara penerima pesan perlu berkonsentrasi agar pesan diterima dengan baik dan memberikan umpan balik (*feedback*) kepada pengirim. Umpan balik penting sebagai proses klarifikasi untuk memastikan tidak terjadi salah interpretasi.

2.6.3 Komunikasi di Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI No.1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang pedoman organisasi Rumah Sakit di lingkungan departemen kesehatan bahwa rumah sakit merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan rawat inap dan rawat jalan yang memberikan pelayanan kesehatan jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri dari observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, cedera dan melahirkan. Rumah sakit merupakan salah satu institusi tempat terjadinya komunikasi kesehatan. Dokter sebagai salah satu bagian dari masyarakat rumah sakit yang berperan utama memberikan pelayanan medis kepada pasiennya harus melakukan proses komunikasi yang efektif agar tujuan pelayanan medisnya tercapai (Azwar, 1996).

Keberhasilan dalam menyampaikan informasi sangatlah ditentukan oleh sifat dan mutu informasi yang diterima dan ini pada gilirannya ditentukan oleh sifat dan mutu hubungan diantara pribadi yang terlibat. Orang cenderung mengalami kepuasan pribadi dalam hal ini pasien ketika mereka berhubungan dengan teman, keluarga, dan orang-orang lain yang mereka kenal baik, yakni dengan orang-orang yang mereka rasa aman dalam hal ini termasuk dengan dokter untuk itu dokter harus menciptakan rasa percaya pasien padanya. Mereka merasa tidak perlu menguatkirkan cara mereka berhubungan dengan orang-orang tersebut. Mereka dapat berbicara dengan jujur dan terbuka, dan membuat lelucon hal-hal yang serius, begitu juga hubungan antara dokter dengan pasien.

Bagi penyedia layanan kesehatan dalam hal ini adalah dokter, yang dikatakan pelayanan berkualitas adalah kesempurnaan teknis yang diberi serta karakteristik interaksi dokter pasien. Kualitas teknik yang baik berupa melakukan tindakan yang benar dengan benar, untuk melakukannya dengan benar membutuhkan ketrampilan, pembuatan keputusan, dan tindakan tepat waktu. Kualitas interaksi dokter pasien tergantung pada beberapa elemen dalam

hubungannya yaitu kualitas komunikasi, kemampuan dokter untuk menjaga kepercayaan pasien, dan kemampuan dokter untuk mengobati pasien dengan perhatian, empati, kejujuran dan sensitivitas.

2.6.4 Komunikasi dokter dan pasien

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia Komunikasi dokter dan pasien adalah hubungan yang berlangsung antara dokter/dokter gigi dengan pasiennya selama proses pemeriksaan/pengobatan/perawatan yang terjadi di ruang praktik perorangan, poliklinik, rumah sakit, dan puskesmas dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

Menurut Kurzt (1998), dalam dunia kedokteran ada dua pendekatan komunikasi yang digunakan:

- 1) *Disease centered communication style* atau *doctor centered communication style*.

Komunikasi berdasarkan kepentingan dokter dalam usaha menegakkan diagnosis, termasuk penyelidikan dan penalaran klinik mengenai tanda dan gejala-gejala.

- 2) *Illness centered communication style* atau *patient centered communication style*.

Komunikasi berdasarkan apa yang dirasakan pasien tentang penyakitnya yang secara individu merupakan pengalaman unik. Di sini termasuk pendapat pasien, kekhawatirannya, harapannya, apa yang menjadi kepentingannya serta apa yang dipikirkannya.

Dengan kemampuan dokter memahami harapan, kepentingan, kecemasan, serta kebutuhan pasien, *patient centered communication style* sebenarnya tidak memerlukan waktu lebih lama dari pada *doctor centered communication style*.

Adapun fungsi komunikasi antarpribadi ialah berusaha meningkatkan hubungan insani (*human relation*), menghindari dan mengatasi konflik-konflik pribadi, mengurangi ketidakpastian sesuatu, serta berbagi pengetahuan dan pengalaman dengan orang lain. Melalui komunikasi antar pribadi, dokter dapat berusaha membina hubungan yang baik sehingga menghindari dan mengatasi terjadinya konflik-konflik di antara dokter-pasien (Cangara, 2006).

Komunikasi antarpribadi yang efektif menurut William Gudykunst (1991: 23 dalam Liliweri 2007), mengemukakan, ada beberapa aspek yang berkaitan dengan komunikasi antar pribadi yang efektif, yaitu kemampuan untuk :

- 1) Memisahkan secara jelas cara-cara mendeskripsi, menginterpretasi dan mengevaluasi pesan.
- 2) Menggunakan umpan balik
- 3) Mendengarkan secara efektif
- 4) Bermetakomunikasi

Menurut Billi J. Walstroom (1992 : 133, dalam Liliweri 2007), efektifitas komunikasi antar pribadi ditentukan oleh :

- 1) Menghormati pribadi orang lain
- 2) Mendengarkan dengan senang hati
- 3) Mendengarkan tanpa menilai
- 4) Keterbukaan terhadap perubahan dan keragaman
- 5) Empati
- 6) Bersikap tegas
- 7) Kompetensi komunikasi

DeVito menyatakan ada lima pendekatan humanistik untuk efektifitas antar pribadi yaitu (Devito, 2011) :

- 1) Keterbukaan

Keterbukaan adalah adanya kesediaan untuk membuka diri. Keterbukaan seseorang dalam komunikasi ditunjukkan oleh adanya pengungkapan informasi mengenai diri pribadi, kesediaan untuk bereaksi secara jujur atas pesan yang disampaikan orang lain, adanya “kepemilikan” dari perasaan dan pikiran, adanya kebebasan mengungkapkan perasaan dan pikiran, serta adanya tanggung jawab terhadap pengungkapan tersebut.

- 2) Empati

Empati adalah kemampuan seseorang untuk “mengetahui” apa yang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang lain itu, melalui kacamata orang lain itu atau merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya.

3) Sikap mendukung

Sikap mendukung adalah suatu sikap yang (1) deskriptif, bukan evaluatif (2) spontan bukan strategik, dan (3) proposional bukan sangat yakin.

4) Sikap positif

Sikap positif dalam komunikasi antar pribadi ada dua cara: (1) menyatakan sikap positif dan (2) secara positif mendorong orang yang menjadi teman kita berinteraksi. Komunikasi antar pribadi terbina jika orang memiliki sikap positif terhadap diri mereka sendiri, disamping itu perasaan positif dalam komunikasi juga penting untuk interaksi yang efektif.

5) Kesetaraan

Setara artinya, harus ada pengakuan diam-diam kedua pihak sama-sama bernilai dan berharga, dan bahwa masing-masing pihak mempunyai sesuatu yang penting untuk disumbangkan. Menurut istilah Carl Roger, kesetaraan meminta kita untuk memberikan “penghargaan positif tak bersyarat” kepada orang lain.

2.6.5 Komunikasi efektif dokter dan pasien

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006) komunikasi efektif dokter dan pasien adalah pengembangan hubungan dokter-pasien secara efektif yang berlangsung secara efisien, dengan tujuan utama penyampaian informasi atau pemberian penjelasan yang diperlukan dalam rangka membangun kerja sama antara dokter dengan pasien. Komunikasi yang dilakukan secara verbal dan non-verbal menghasilkan pemahaman pasien terhadap keadaan kesehatannya, peluang dan kendalanya, sehingga dapat bersama-sama dokter mencari alternatif untuk mengatasi permasalahannya.

Betapapun hebatnya seorang dokter, kesuksesan mendapatkan hasil diagnosa yang benar tidak akan didapat tanpa penguasaan ketrampilan dalam berkomunikasi yang efektif. Kemampuan dokter menyampaikan informasi dengan baik, kemampuan menjadi pendengar yang baik, kemampuan atau ketrampilan menggunakan media lain merupakan bagian penting dalam melaksanakan komunikasi yang efektif. Tidak mudah bagi dokter untuk menggali keterangan dari pasien karena memang tidak bisa diperoleh begitu saja. Perlu dibangun

hubungan saling percaya yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing. Dengan terbangunnya hubungan saling percaya, pasien akan memberikan keterangan yang benar dan lengkap sehingga dapat membantu dokter dalam mendiagnosis penyakit pasien secara baik dan memberi obat yang tepat bagi pasien.

Komunikasi yang baik menurut konsil kedokteran Indonesia adalah bila berlangsung dalam kedudukan setara (tidak superior-inferior) sangat diperlukan agar pasien mau/dapat menceritakan sakit/keluhan yang dialaminya secara jujur dan jelas. Komunikasi efektif mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan tentang rencana tindakan selanjutnya, sedangkan komunikasi tidak efektif akan mengundang masalah.

Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan dokter. Opini yang menyatakan bahwa mengembangkan komunikasi dengan pasien hanya akan menyita waktu dokter, tampaknya harus diluruskan. Sebenarnya bila dokter dapat membangun hubungan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, banyak hal-hal negatif dapat dihindari. Dokter dapat mengetahui dengan baik kondisi pasien dan keluarganya dan pasien pun percaya sepenuhnya kepada dokter. Kondisi ini amat berpengaruh pada proses penyembuhan pasien selanjutnya.

Pasien merasa tenang dan aman ditangani oleh dokter sehingga akan patuh menjalankan petunjuk dan nasihat dokter karena yakin bahwa semua yang dilakukan adalah untuk kepentingan dirinya. Pasien percaya bahwa dokter tersebut dapat membantu menyelesaikan masalah kesehatannya. Untuk sampai pada tahap tersebut, diperlukan berbagai pemahaman seperti pemanfaatan jenis komunikasi (lisan, tulisan/verbal, non-verbal), menjadi pendengar yang baik (*active listener*), adanya penghambat proses komunikasi (*noise*), pemilihan alat penyampai pikiran atau informasi yang tepat (*channel*), dan mengenal mengekspresikan perasaan dan emosi.

Secara ringkas Konsil Kedokteran Indonesia membagi 6 (enam) hal penting yang diperhatikan agar efektif dalam berkomunikasi dengan pasien, yaitu:

- 1) Materi Informasi apa yang disampaikan

- a) Tujuan anamnesis dan pemeriksaan fisik (kemungkinan rasa tidak nyaman/sakit saat pemeriksaan).
 - b) Kondisi saat ini dan berbagai kemungkinan diagnosis.
 - c) Berbagai tindakan medis yang akan dilakukan untuk menentukan diagnosis, termasuk manfaat, risiko, serta kemungkinan efek samping/komplikasi.
 - d) Hasil dan interpretasi dari tindakan medis yang telah dilakukan untuk menegakkan diagnosis.
 - e) Diagnosis, jenis atau tipe.
 - f) Pilihan tindakan medis untuk tujuan terapi (kekurangan dan kelebihan masing masing cara).
 - g) Prognosis.
 - h) Dukungan (*support*) yang tersedia.
- 2) Siapa yang diberi informasi
- a) Pasien, apabila dia menghendaki dan kondisinya memungkinkan.
 - b) Keluarganya atau orang lain yang ditunjuk oleh pasien.
 - c) Keluarganya atau pihak lain yang menjadi wali/pengampu dan bertanggung jawab atas pasien kalau kondisi pasien tidak memungkinkan untuk berkomunikasi sendiri secara langsung
- 3) Berapa banyak atau sejauh mana
- a) Untuk pasien: sebanyak yang pasien kehendaki, yang dokter merasa perlu untuk disampaikan, dengan memperhatikan kesiapan mental pasien.
 - b) Untuk keluarga: sebanyak yang pasien/keluarga kehendaki dan sebanyak yang dokter perlukan agar dapat menentukan tindakan selanjutnya.
- 4) Kapan menyampaikan informasi segera, jika kondisi dan situasinya memungkinkan.
- 5) Di mana menyampaikannya
- a) Di ruang praktik dokter.
 - b) Di bangsal, ruangan tempat pasien dirawat.
 - c) Di ruang diskusi.

d) Di tempat lain yang pantas, atas persetujuan bersama, pasien/keluarga dan dokter.

6) Bagaimana menyampaikannya

a) Informasi penting sebaiknya dikomunikasikan secara langsung, tidak melalui *telephone*, juga tidak diberikan dalam bentuk tulisan yang dikirim melalui pos, *faximile*, sms, internet.

b) Persiapan meliputi:

- o materi yang akan disampaikan (bila diagnosis, tindakan medis, prognosis sudah disepakati oleh tim);
- o ruangan yang nyaman, memperhatikan privasi, tidak mengganggu orang lalu lalang, suara gaduh dari tv/radio, telepon;
- o waktu yang cukup;
- o mengetahui orang yang akan hadir (sebaiknya pasien ditemani oleh keluarga/orang yang ditunjuk; bila hanya keluarga yang hadir sebaiknya lebih dari satu orang).

c) Jajaki sejauh mana pengertian pasien/keluarga tentang hal yang akan dibicarakan.

d) Tanyakan kepada pasien/keluarga, sejauh mana informasi yang diinginkan dan amati kesiapan pasien/keluarga menerima informasi yang akan diberikan.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia Komunikasi efektif dokter dan pasien adalah pengembangan hubungan dokter-pasien secara efektif yang berlangsung secara efisien, dengan tujuan utama penyampaian informasi atau pemberian penjelasan yang diperlukan dalam rangka membangun kerja sama antara dokter dengan pasien (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006)

Kurtz (1998) menyatakan bahwa komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya ingin sembuh). Atas dasar kebutuhan pasien, dokter melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien.

2.6.6 Hak dan kewajiban dalam profesi kedokteran.

Hak dan kewajiban dokter dan pasien dalam undang-undang no 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran menuliskan:

Hak dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran:

- 1) Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standart profesi dan standar prosedur operasional
- 2) Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional
- 3) Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- 4) Menerima imbalan jasa.

Kewajiban dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran

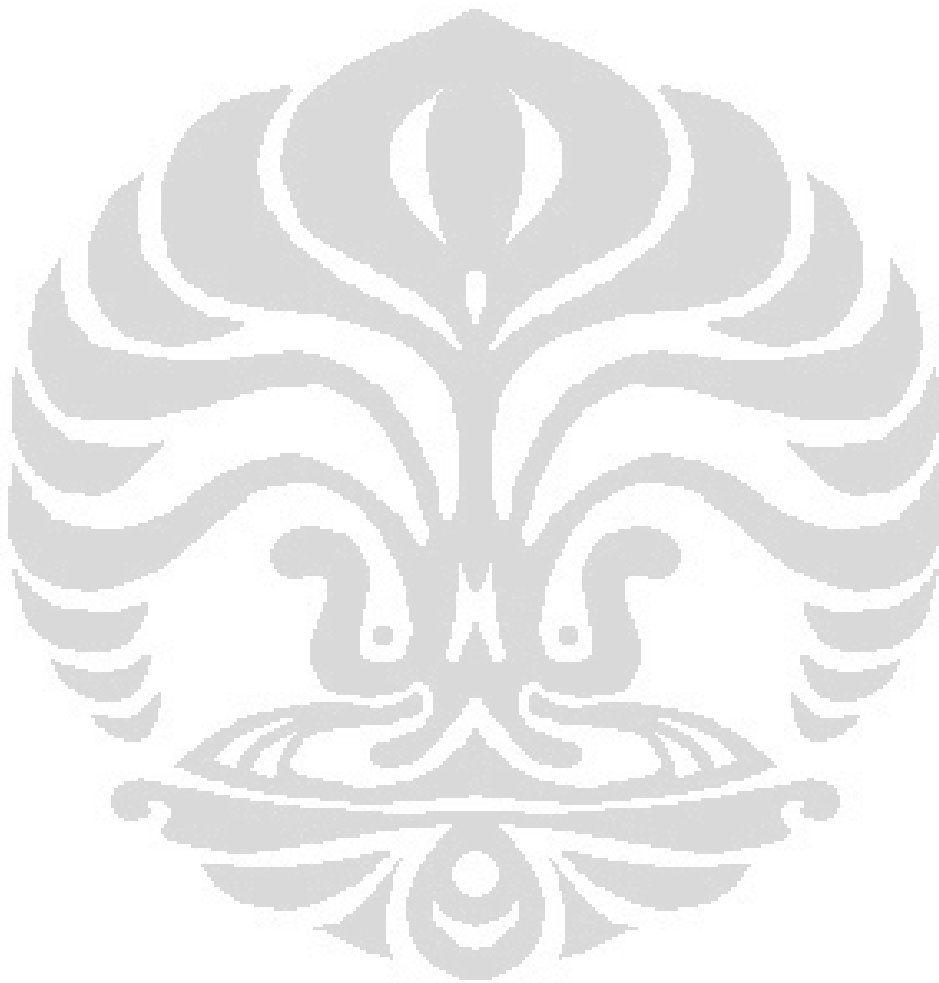
- 1) Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien
- 2) Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan
- 3) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia
- 4) Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- 5) Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Hak pasien dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran

- 1) Mendapatkan penjelasan secara lengkap tentang tindakan medis sebagaimana dimaksud dalam pasal 45 ayat (3)
- 2) Meminta pendapat dokter atau dokter gigi lain
- 3) Mendapatkan pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis
- 4) Menolak tindakan medis; dan
- 5) Mendapatkan isi rekam medis.

Kewajiban pasien dalam menerima pelayanan pada praktek kedokteran

- 1) Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya
- 2) Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter dan dokter gigi
- 3) Mematuhi ketentuan yang berlaku di sarana pelayanan kesehatan; dan
- 4) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.



BAB 3

GAMBARAN UMUM

RSUD KOTA MATARAM

3.1 Sejarah Pendirian Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram

Sejalan dengan perkembangan dan kemajuan pembangunan Kota Mataram serta tujuan yang ingin dicapai yaitu peningkatan derajat kesehatan, kemudian disusun rencana untuk membangun Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram yang disahkan secara hukum oleh Notaris Akte Tanggal : 10 Oktober 2005 No : 30, 31, 32 dan 33 terletak di Jalan Bung Karno No.3 Pagutan mataram Nusa Tenggara Barat merupakan Rumah Sakit Pemerintah Type C. RSUD Kota Mataram dibangun diatas lahan 2 Ha dengan 2 lantai dan memiliki 98 Tempat Tidur

3.2 Visi, Misi, dan Motto RSUD Kota Mataram

3.2.1. Visi

Mewujudkan Rumah Sakit Unggulan di wilayah kota Mataram dan sekitarnya yang profesional dalam melayani semua lapisan masyarakat

3.2.2. Misi

- Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau
- Meningkatkan SDM yang profesional sesuai standar pelayanan
- Meningkatkan kesejahteraan karyawan
- Menjalin kerja sama dengan Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta dan Pihak ketiga.

3.2.3. Motto

Dalam melayani pengunjung (Pasien, pelanggan, keluarga pasien dan tamu) setiap karyawan tidak boleh lupa akan motto Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram yaitu“ SMILE “ yang meupakan singkatan dari (Senyum Mutu Inovatif Lengkap Efisien)

3.3 Pelayanan Kesehatan Yang Tersedia

Pelayanan Medis

- Instalasi Gawat Darurat
- Rawat Jalan yang terdiri dari Poliklinik Mata, Poliklinik Kulit dan Kecantikan, Poliklinik Gigi dan Mulut, Poliklinik Syaraf, Poliklinik Bedah Tulang, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Obstetri dan Ginekologi, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Anak.
- Rawat Inap
- VK dan Nifas
- ICU
- NICU
- Kamar Operasi

Penunjang Medis

- Laboratorium
- Radiologi
- MRI
- USG 4 Dimensi
- IKL
- CSSD
- Farmasi
- Fisioterapi
- Gizi

3.4 Ketenagaan RSUD Kota Mataram

Tabel Data Ketenagakerjaan RSUD Kota Mataram tahun 2011

No	Kualifikasi	PNS	Non PNS	Jumlah
1	MPH	-	-	-
2	Magister Kesehatan	1	-	1
3	Dokter Spesialis	6	-	6
4	Dokter Umum	20	-	20
5	Dokter Gigi	3	-	3
6	Sarjana Keperawatan	3	-	3
7	Akademi Keperawatan	44	-	44
8	Sekolah Perawat Kesehatan	8	-	8
9	D-IV Bidan	1	-	1
10	Akademi Kebidanan	16	-	16
11	Bidan	1	-	1
12	Apoteker	2	-	2
13	D-III Farmasi	3	-	3
14	SMF	3	-	3
15	SKM	3	-	3
16	STTL	1	-	1
17	AKL / APK	2	-	2
18	SPPH	-	-	-
19	S-1 Biologi	2	-	2
20	AAK	3	-	3
21	SMAK	2	-	2
22	S-1 GIZI	-	-	-
23	AKZI	5	-	5
24	SPAG	-	-	-
25	AKG	4	-	4
26	SPRG	-	-	-
27	D-III PEREKAM MEDIS	3	-	3
28	D-III REFRAKSI OPSI	1	-	1
29	D-III RADIOLOGI	2	-	2

30	D-III ANESTESI	1	-	1
31	S-2 Umum	-	-	-
32	S-1 Umum	12	-	12
33	D-III Umum	4	-	4
34	D-III Teknik	1	-	1
35	D-1 Teknik Transp. Darah	1	-	1
36	SMA	4	-	4
37	SMK	8	-	8
38	SMP	-	-	-
39	SD	-	-	-
40	PRAMUHUSADA	-	20	20
41	Verifikator Askes	-	1	1
42	Transporter	-	6	6
43	Tenaga Pemberi informasi	-	2	2
44	Kurir Obat	-	3	3
45	Tenaga Humas	-	1	1
46	Teknisi	-	3	3
	TOTAL	170	36	206

BAB 4

KERANGKA KONSEP

4.1. Kerangka Teori

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku terbentuk diawali oleh adanya pengalaman seseorang serta faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik tersebut diketahui, dipersepsikan, diyakini, dan sebagainya, sehingga menimbulkan motivasi, niat untuk bertindak, dan akhirnya terjadilah perwujudan niat tersebut yang berupa perilaku.

Menurut Konsil Kedokteran Indonesia (2006) Komunikasi efektif dokter dan pasien adalah pengembangan hubungan dokter-pasien secara efektif yang berlangsung secara efisien, dengan tujuan utama penyampaian informasi atau pemberian penjelasan yang diperlukan dalam rangka membangun kerja sama antara dokter dengan pasien. Sedangkan konkordansi (*concordance*) adalah suatu bentuk kerjasama antara dokter dan pasien dalam melakukan tindakan pengobatan (Cushing A dan Metcalfe R, 2007).

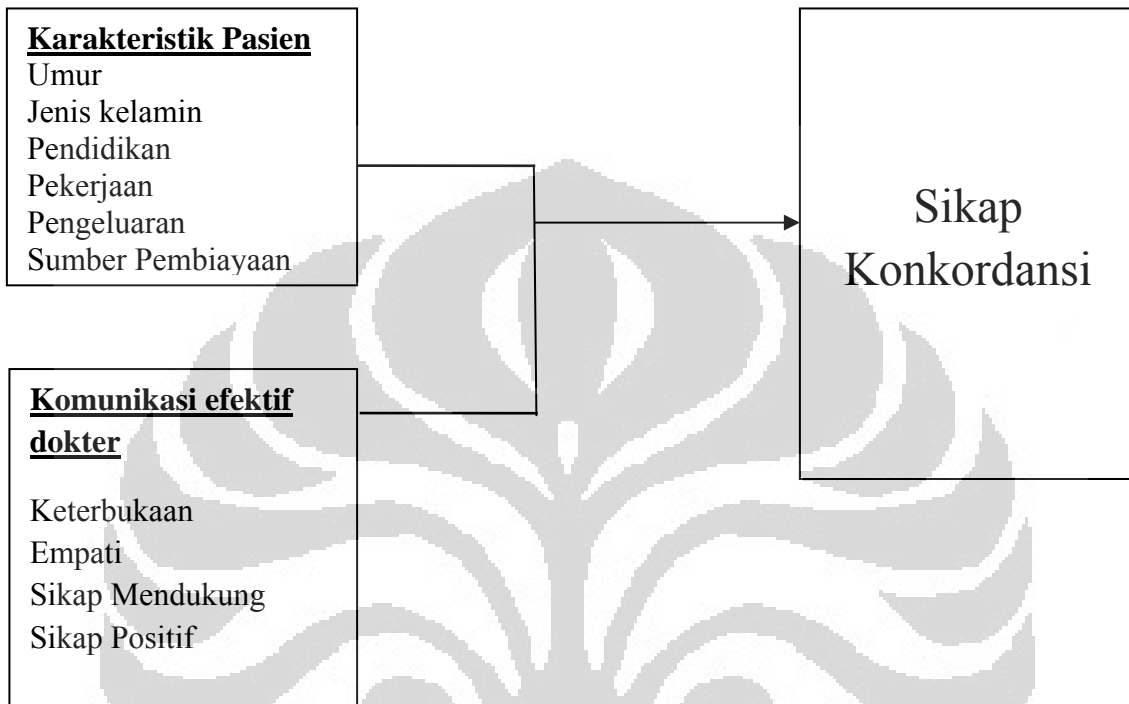
Macam-macam teori komunikasi antar pribadi :

1. Teori Devito : keterbukaan, empati, sikap mendukung, sikap positif, dan kesetaraan
2. Teori William : memisahkan secara jelas cara-cara mendeskripsi. Menginterpretasi dan mengevaluasi pesan, menggunakan umpan balik, mendengarkan secara efektif, *bermetakomunikasi* (Lestari, 2010).
3. Teori Billi : menghormati pribadi orang lain, mendengarkan dengan senang hati, mendengarkan tanpa menilai, keterbukaan terhadap perubahan dan keragaman, empati, bersikap tegas, kompetensi komunikasi (Lestari, 2010).

4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan teori-teori yang sudah dijabarkan pada bab sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian komunikasi dokter dengan sikap konkordansi pada pasien tuberkulosis paru, hipertensi dan asma di RSUD Kota Mataram.

Gambar 3.1
Kerangka Konsep
Komunikasi Dokter-Pasien dengan Sikap Konkordansi



Penelitian ini ingin melihat hubungan komunikasi efektif dengan sikap konkordansi pasien dengan melihat juga faktor-faktor individu pasien yang menyertai dalam mendukung sikap konkordansi. Variabel independen dalam penelitian ini yang diteliti adalah karakteristik pasien yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengeluaran, sumber pembiayaan, dan komunikasi efektif dokter yang meliputi keterbukaan, empati, sikap mendukung, sikap positif, sedangkan variabel dependennya adalah sikap konkordansi.

4.3 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	PENGUKURAN		
				ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Sikap Konkordansi	tingkatan pengobatan yang paling tinggi, karena telah adanya kesamaan dan saling menghargai diantara dokter dan pasien. Jadi pada konkordansi terdiri atas 3 faktor didalamnya yaitu: kepatuhan, partnership dan berbagi (<i>sharing</i>) untuk membuat keputusan pengobatan	Wawancara	Kuesioner	1. Tidak 2. Ya	Ordinal
2	Umur	Masa hidup responden dihitung menurut ulang tahun terakhir	Wawancara	Kuesioner	1. ≤ 30 thn 2. > 30 thn	Nominal
3	Jenis Kelamin	Keadaan tubuh responden yang membedakan secara fisik	Wawancara	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir responden	Wawancara	Kuesioner	1. \leq SLTA 2. $>$ SLTA	Ordinal
5	Pekerjaan	Status pekerjaan responden saat penelitian berlangsung	Wawancara	Kuesioner	1. Formal 2. Non-formal	Nominal
6	Pengeluaran	Jumlah rata-rata pengeluaran kepala keluarga responden setiap bulannya	Wawancara	Kuesioner	1. ≤ 2 juta 2. > 2 juta	Nominal

7	Sumber biaya perawatan	Sumber dana untuk biaya perawatan yang dijalani oleh responden/keluarga responden	Wawancara	Kuesioner	1. Pribadi 2. Pihak ketiga	Nominal
8	Komunikasi efektif	Sebuah proses interaksi komunikasi yang menyebabkan tercapainya rasa aman dengan terapi medis yang diberikan dokter kepada pasien, ditandai dengan adanya proses yang interaktif antara dokter dan pasien dimana terjadinya penyampaian informasi yang timbal balik secara efektif baik secara verbal maupun non-verbal meliputi unsur keterbukaan, empati dan sikap mendukung.	Wawancara	Kuesioner	1. Efektif 2. Kurang efektif	Ordinal

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1. Desain Penelitian

Tahap pertama dari penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel dependen dan independen diobservasi sekaligus pada saat yang sama. Pada penelitian ini setiap subjek hanya di observasi sebanyak satu kali saja dan diukur menurut keadaan pada saat diobservasi.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD Kota Mataram. Lokasi penelitian akan dilakukan pada poliklinik penyakit dalam dan ruang rawat inap, lama waktu penelitian 3 bulan dari bulan Desember 2011 – Februari 2012.

5.3. Populasi dan Sampel Penelitian

5.3.1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua pasien penderita tuberculosis paru hipertensi dan asma yang berumur lebih dari 18 tahun.

5.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari pasien di RS pada saat penelitian dilakukan, dengan kriteria Inklusi sebagai berikut:

1. Responden adalah pasien yang berusia diatas 18 tahun.
2. Responden adalah pasien rawat jalan/inap RS yang berobat di poliklinik penyakit dalam dan rawat inap di RSUD Kota Mataram
3. Responden bersedia menjawab pertanyaan yang ada di kuesioner.
4. Responden berdomisili di Mataram.
5. Responden sudah berobat lebih dari dua kali.

5.3.3. Ukuran Sampel

Dalam penelitian ini jumlah sampel yang akan diambil dihitung berdasarkan rumus sampel untuk uji hipotesis satu sampel dengan pengujian dua sisi (Lameshow, S. et.al, 1997). :

$$n = \frac{\{(Z_{1-\alpha/2}\sqrt{P_0(1-P_0)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_a(1-P_a)}\}^2}{(P_a - P_0)^2}$$

$$\alpha = 5\%$$

$$1-\beta = 20\%$$

$$\text{Power} = 1-\beta = 90\%$$

$$P_0 = 0,15 (15\%)$$

$$P_a = 0,25 \text{ (} P_a \text{ lebih besar 10\% dari } P_0 \text{)}$$

Dari hasil perhitungan dengan menggunakan rumus di atas maka didapatkan jumlah sampel sebesar: $n = 158$.

Untuk mengantisipasi kehilangan responden pada saat penelitian, maka ditambahkan 10% sampel. Sehingga jumlah responden yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 174 orang.

5.3.4. Teknik Penarikan Sampel

Pasien yang menjadi responden setiap poli dengan menggunakan metode *purposive sampling* (Notoadmodjo, 2005), dengan memilih responden dari pasien yang berobat di rawat jalan dan rawat inap dan memenuhi syarat kriteria inklusi sampai jumlah sampel yang dibutuhkan tercukupi.

5.4. Cara Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan data primer, data diperoleh dari wawancara berdasarkan kuesioner dengan responden yaitu kelompok pasien rawat jalan dan rawat inap.

Dalam melakukan wawancara, peneliti dibantu oleh dua orang enumerator yang telah diberikan pelatihan singkat oleh peneliti mengenai cara melakukan wawancara dan telah diberikan penjelasan mengenai isi kuesioner.

5.5. Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari responden terpilih dilakukan melalui wawancara langsung dengan responden. Instrumen pengumpulan data berupa kuesioner yang merupakan modifikasi dan telah disesuaikan dengan tujuan penelitian.

5.6. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara bertahap yaitu:

1. Editing data

Melakukan pengecekan isian kuesioner untuk mengetahui kelengkapan, yaitu semua pertanyaan sudah terisi jawabannya dengan jelas dan lengkap. Apabila terdapat kesalahan atau ketidaklengkapan dalam proses pengisian dapat segera diperbaiki.

2. Coding data

Memindahkan atau merubah data dari kuesioner yang berbentuk huruf atau kalimat menjadi data yang berbentuk angka dengan menggunakan kode tertentu agar mudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entri data.

Adapun kode yang dimaksud adalah responden dengan kode 1 sampai 174; komunikasi efektif dan sikap konkordansi dengan kode 1 sampai 4.

3. Entri data

Setelah data diedit dan diberi kode, maka data tersebut diproses dengan cara mengentri dari kuesioner ke komputer. Data pendukung seperti informasi responden dientri sesuai dengan kode atau angka. Sedangkan untuk data komunikasi efektif dan konkordansi yang dimasukan adalah jumlah skor.

4. *Cleaning* data

Data yang telah dimasukkan di komputer di cek kembali untuk mengetahui apakah ada kesalahan yang mungkin dilakukan pada saat memasukkan data ke komputer dengan tabel distribusi frekuensi.

5.7. Analisis Data

Analisis Data Penelitian dilakukan dengan cara:

1. Analisis Univariat

Bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Dalam analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel.

2. Analisis Bivariat

Tujuan analisis ini adalah untuk melihat beda proporsi dan hubungan antara masing variabel independen dan variabel dependen, sekaligus untuk melakukan identifikasi variabel yang bermakna (Hastono, 2007).

Analisis bivariat dimaksudkan untuk melihat korelasi atau hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan *Uji Chi Square*.

3. Analisis Multivariat

Analisis Multivariat dimaksudkan untuk melihat besar dan eratnya hubungan antara variabel independen dan variabel dependen serta untuk mengetahui variabel mana yang paling erat hubungannya. Analisis multivariat yang digunakan adalah Uji regresi logistik ganda (*multiple logistic regression*) dengan model prediksi. Analisis regresi logistik adalah salah satu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisa hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagori yang bersifat dikotom. Proses awal dalam analisis multivariat adalah melakukan seleksi bivariat pada masing-masing variabel independen dan variabel dependen. Variabel yang dapat lolos dalam seleksi bivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat memiliki nilai signifikan $\leq 0,25$.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk menilai sejauhmana ketepatan alat ukur dalam mengukur suatu data, sementara uji reliabilitas dilakukan untuk menilai sejauh mana alat ukur yang digunakan dapat memberikan hasil yang tetap konsisten bila dilakukan pengukuran berulang. Dalam penelitian ini, dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap alat ukur/pertanyaan yang digunakan untuk menilai keterbukaan, empati, dan sikap responden terkait variable komunikasi efektif, seperti tampak pada tabel 6.1.

Tabel 6.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (1)

No.	Variabel	Pertanyaan	Corrected item total correlation
1	Keterbukaan	1. Penjelasan dokter	0,696
		2. Nasihat dokter	0,725
		3. Bahasa yang digunakan oleh dokter mudah dimengerti	0,638
		4. Rasa nyaman yang dialami oleh pasien	0,505
		5. Penjelasan akan manfaat pengobatan	0,302
		6. Ketidakterus terangan pasien menjawab pertanyaan dokter	0,557
		7. Pasien sulit mengerti pertanyaan dokter	0,355
n=20	r tabel = 0,444	Alpha Cronbach = 0,762	
2	Empati	1. Pasien merasa diterima dengan baik oleh dokter	0,901
		2. Dokter memberikan jawaban yang baik	0,814
		3. Dokter sibuk menulis saat pasien berbicara	0,462
		4. Dokter memberikan perhatian penuh kepada pasien	0,901
		5. Dokter menanyakan persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan	0,773
		6. Dokter meminta ijin sebelum melakukan tindakan	0,814
		7. Dokter terburu-buru saat konsultasi	0,755
n=20	r tabel = 0,444	Alpha Cronbach = 0,918	

3	Sikap Mendukung	1. Saat pasien bicara, dokter memotong pembicaraan	0,718
		2. Dokter menyalahkan pasien atas penyakit yang dialami	0,757
		3. Dokter melakukan pengulangan untuk kata-kata penting	0,263
		4. Dokter memberikan penjelasan yang dimengerti pasien	0,693
		5. Dokter menguatkan pasien dan memberi solusi pengobatan	0,656
		6. Pasien secara aktif bertanya kepada dokter	0,627
		7. Pasien menyetujui cara pengobatan yang dilakukan dokter	0,323
n=20		r tabel = 0,444	Alpha Cronbach = 0,818

Dari tabel di atas, terlihat bahwa alat ukur yang digunakan untuk menilai variabel empati semuanya mempunyai nilai r hitung $>$ r tabel (0,444). Artinya, ketujuh pertanyaan yang dipakai untuk mengukur empati adalah valid. Dari hasil uji juga diperoleh nilai r alpha (0,918) lebih besar dibandingkan dengan nilai tabel, ketujuh pertanyaan terkait empati dinyatakan *reliable*.

Sedangkan, hasil uji terhadap pertanyaan-pertanyaan terkait keterbukaan dan sikap mendukung ditemukan adanya nilai r hitung yang lebih kecil dari pada r tabel (0,444), artinya pertanyaan-pertanyaan tersebut tidak valid sehingga harus dikeluarkan dari penelitian. Setelah pertanyaan-pertanyaan tersebut dikeluarkan, kemudian kembali dilakukan uji validitas terhadap pertanyaan lainnya, diperoleh hasil seperti pada tabel 6.2..

Tabel 6.2 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas (2)

No.	Variabel	Pertanyaan	Corrected item total correlation
1	Keterbukaan	1. Penjelasan dokter	0,574
		2. Nasihat dokter	0,716
		3. Bahasa yang digunakan oleh dokter mudah dimengerti	0,525
		4. Rasa nyaman yang dialami oleh pasien	0,692
		5. Ketidakterusterangan pasien menjawab pertanyaan dokter	0,651
n=20	r tabel = 0,444	Alpha Cronbach = 0,789	
2	Sikap Mendukung	1. Saat pasien bicara, dokter memotong pembicaraan	0,702
		2. Dokter menyalahkan pasien atas penyakit yang dialami	0,691
		3. Dokter memberikan penjelasan yang dimengerti pasien	0,763
		4. Dokter menguatkan pasien dan memberi solusi pengobatan	0,664
		5. Pasien secara aktif bertanya kepada dokter	0,642
n=20	r tabel = 0,444	Alpha Cronbach = 0,847	

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat, bahwa setelah beberapa pertanyaan dengan nilai r hitung > r tabel dikeluarkan, maka diperoleh masing-masing 5 pertanyaan lainnya valid dan reliabel.

6.2 Analisis Univariat

6.2.1 Karakteristik Responden

Tabel 6.3. Distribusi Karakteristik Pesein TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	82	45,8
Perempuan	97	54,2
Umur		
≤ 30 tahun	22	12,3
> 30 tahun	157	87,7
Pendidikan		
Tidak sekolah	9	5,1
SD	34	19,1
SLTP	14	7,9
SLTA	55	30,9
D3	14	7,9
S1/S2/S3	52	29,2
Pekerjaan		
Swasta	25	14,1
PNS	77	43,5
TNI/Polri	2	1,1
Petani	7	4,0
Pedagang	15	8,5
Nelayan	1	0,6
Jasa Pariwisata	2	1,1
Lain-lain	48	27,1
Missing	2	
Pengeluaran responden		
≤ 2 juta	103	57,5
> 2 juta	56	31,3
*Missing	20	11,2

Cara Pembayaran Pengobatan		
Biaya sendiri	33	18,4
Askes	102	57,0
Jamkesmas/Jamkesda	39	21,8
Jaminan perusahaan	5	2,8

Distribusi pasien TB, hipertensi, dan asma yang menjadi responden dalam penelitian ini berdasarkan jenis kelamin tersebar merata. Persentase pasien berjenis kelamin laki-laki (45,5%) sebanding dengan persentase pasien perempuan (54,2%). Sementara, jika dikategorikan berdasarkan umur, sebagian besar responden berumur lebih dari 30 tahun (87,7%).

Berdasarkan hasil analisis, dapat dilihat juga distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir seperti tampak pada tabel 6.4. di atas. Sebagian besar responden telah menyelesaikan pendidikan hingga lulus SLTA 30,9%, diikuti oleh lulus S1/S2/S3 sebanyak 29,2%. Hanya sedikit sekali responden yang menyatakan tidak bersekolah (5,1%).

Distribusi jenis pekerjaan didominasi oleh PNS, yaitu 43,5% dari total responden 179 orang. Sementara, 48 orang responden masuk dalam kategori jenis pekerjaan lain-lain. Jika dilihat lebih rinci lagi, sebagian besar responden yang masuk dalam jenis pekerjaan lain-lain adalah kelompok ibu rumah tangga, sebanyak 33 orang. Jenis pekerjaan lainnya antara lain 6 (enam) orang pensiunan, 3 (tiga) orang buruh, 2 (dua) orang guru, 2 (dua) orang BUMN, dan masing-masing 1 (satu) orang kepala desa dan pelajar.

Untuk variabel pengeluaran responden per bulan, diperoleh ada 20 responden yang mewakili 11,2% dari total responden tidak mencantumkan jumlah pengeluaran mereka per bulannya. Dari total 159 responden yang menjawab pertanyaan tentang pengeluaran per bulan, ada 103 responden dengan pengeluaran kurang atau sampai 2 juta rupiah per bulan.

Distribusi cara pembayaran pengobatan didominasi oleh cara pembayaran dengan menggunakan Askes, yakni mencapai 57% atau 102 dari 179 total responden. Sedangkan, distribusi pasien yang berobat dengan

menggunakan Jamkesmas/Jamkesda sebanyak 21,8%, biaya sendiri 18,4% dan jaminan perusahaan 2,8%.

6.2.2 Komunikasi

Penilaian variabel komunikasi efektif dilakukan dengan melihat 3 kategori, yaitu keterbukaan, empati, dan sikap mendukung. Sementara, dalam penelitian ini, ketiga kategori terkait komunikasi efektif tersebut dinilai menggunakan sistem skoring. Sesuai dengan hasil uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan sebelumnya, kategori keterbukaan dan sikap mendukung dinilai dengan menggunakan total skoring terhadap masing-masing 5 pertanyaan terkait kategori tersebut dan kategori empati menggunakan total skoring terhadap 7 pertanyaan terkait empati (tabel 6.4.). Kemudian, total skor dari ketiga kategori tersebut dijumlahkan untuk kemudian dikelompokkan terhadap variabel komunikasi efektif (tabel 6.5.).

Tabel 6.4. Distribusi Keterbukaan, Empati, dan Sikap Mendukung Dokter pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2011

Variabel	Mean	Median	Modus	SD	Min-Maks	95% CI
Keterbukaan	15,66	15,00	15	1,049	14 – 20	15,51 – 15,82
Empati	21,64	21,00	21	1,962	17 – 28	21,35 – 21,93
Sikap mendukung	15,44	15,00	15	1,152	12 – 20	15,27 – 15,61

Hasil analisis didapat rata-rata skor keterbukaan dokter adalah 15,66 dengan standar deviasi 1,049. Skor terkecil adalah 14 dan skor terbesar 20. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor keterbukaan dokter adalah diantara 15,51 sampai dengan 15,82.

Hasil analisis didapat rata-rata skor empati dokter adalah 21,64 dengan standar deviasi 1,962. Skor terkecil adalah 17 dan skor terbesar 28. Dari

hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor empati dokter adalah diantara 21,35 sampai dengan 21,93.

Hasil analisis didapat rata-rata skor sikap mendukung dokter adalah 15,66 dengan standar deviasi 1,152. Skor terkecil adalah 12 dan skor terbesar 20. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata skor sikap mendukung dokter adalah diantara 15,27 sampai dengan 15,61.

Penilaian variabel komunikasi dalam penelitian ini dilakukan dengan melihat 3 kategori, yaitu keterbukaan, empati, dan sikap mendukung dan dinilai menggunakan sistem skoring. Sesuai dengan hasil uji validitas dan reliabilitas yang dilakukan sebelumnya, kategori keterbukaan dan sikap mendukung dinilai dengan menggunakan total skoring terhadap masing-masing 5 pertanyaan terkait kategori tersebut dan kategori empati menggunakan total skoring terhadap 7 pertanyaan terkait empati. Kemudian, total skor dari ke tiga kategori tersebut dijumlahkan untuk kemudian menjadi skor terhadap variabel komunikasi (tabel 6.5.).

Tabel 6.5. Distribusi Responden berdasarkan Komunikasi Pada Pesein TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Komunikasi		
Kurang efektif	117	65,4
Efektif	62	34,6

Hasil analisis univariat diperoleh bahwa sebagian besar responden menilai bahwa komunikasi yang terjalin antara dokter-pasien masih kurang efektif (65,4%).

6.2.3 Konkordansi

Penilaian terhadap variabel konkordansi/kepatuhan pasien berobat, dalam penelitian ini menggunakan modifikasi model LATcon. Dimana, total skor konkordansi dinilai dari total skoring terhadap total 12 pertanyaan

terkait konkordansi. Berdasarkan hasil analisis univariat, diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan (64,8%) seperti dapat dilihat pada tabel 6.7.

Tabel 6.6. Distribusi Responden berdasarkan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Konkordansi		
Tidak	116	64,8
Ya	63	35,2

6.3 Analisis Bivariat

6.3.1 Hubungan Karakteristik Pasien dengan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Tabel 6.7

Distribusi Pasien Menurut Jenis Kelamin dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Jenis Kelamin	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya		n	%	
	n	%	n	%			
Laki-laki	48	58,5	34	41,5	82	100	0,145
Perempuan	68	70,1	29	29,9	97	100	
Jumlah	116	64,8	63	35,2	179	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 29,9% pasien perempuan memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, di antara pasien laki-laki ditemukan 58,5% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil

uji statistik diperoleh nilai $p=0,145$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan sikap konkordansi.

Tabel 6.8.

**Distribusi Pasien Menurut Umur dan Sikap Konkordansi
Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012**

Umur	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%	n	%	
≤ 30 tahun	17	77,3	5	22,7	22	100	0,285
> 30 tahun	99	63,1	58	36,9	157	100	
Jumlah	116	64,8	63	35,2	179	100	

Hasil analisis hubungan antara umur dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 36,9% pasien berumur di atas 30 tahun memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien berumur hingga 30 tahun ditemukan 77,3% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,285$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dan sikap konkordansi.

Tabel 6.9.

**Distribusi Pasien Menurut Tingkat Pendidikan dan Sikap Konkordansi
Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012**

Pendidikan	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%	n	%	
≤SLTA	85	75,9	27	24,1	112	100	0,000
>SLTA	31	47,0	35	53,0	66	100	
Jumlah	116	65,2	62	34,8	178	100	

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 53,0% pasien berpendidikan diploma dan perguruan tinggi memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien dengan pendidikan hingga SLTA ditemukan 75,9% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan sikap konkordansi.

Tabel 6.10.

**Distribusi Pasien Menurut Pengeluaran Per-Bulan dan Sikap Konkordansi
Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012**

Pengeluaran /Bulan	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%	n	%	
≤2juta	77	74,8	26	25,2	103	100	0,000
>2juta	20	35,7	36	64,3	56	100	
Jumlah	97	61,0	62	39,0	159	100	

Hasil analisis hubungan antara pengeluaran per-bulan dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram

diperoleh bahwa sebanyak 64,3% pasien dengan pengeluaran per-bulan mencapai lebih dari 2 juta rupiah memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien dengan pengeluaran per-bulan 2 juta rupiah atau kurang ditemukan 74,8% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara pengeluaran per-bulan dan sikap konkordansi.

Tabel 6.11.

Distribusi Pasien Menurut Jenis Pekerjaan dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Pekerjaan	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya				
	n	%	N	%	n	%	
Non-formal	52	71,2	21	28,8	73	100	0,153
Formal	62	59,6	42	40,4	104	100	
Jumlah	114	64,4	63	35,6	177	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis pekerjaan dan sikap konkordansi pada pasien TB, hipertensi, dan asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 40,4% pasien dengan pekerjaan formal memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien dengan pekerjaan non-formal ditemukan 71,2% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,153$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis pekerjaan dan sikap konkordansi.

Tabel 6.12.

**Distribusi Pasien Menurut Cara Pembayaran dan Sikap Konkordansi
Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012**

Cara Pembayaran	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya		n	%	
	n	%	N	%			
Pribadi	22	66,7	11	33,3	33	100	0,963
Pihak ketiga	94	64,4	52	35,6	146	100	
Jumlah	116	64,8	63	35,2	179	100	

Hasil analisis hubungan antara cara pembayaran dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 35,6% pasien yang biaya pengobatannya dijamin oleh pihak ketiga memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien yang menggunakan biaya pribadi ditemukan 66,7% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,963$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara cara pembayaran dan sikap konkordansi.

6.3.2 Hubungan Komunikasi Dokter-Pasien dengan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Tabel 6.13.

Distribusi Pasien Menurut Komunikasi dan Sikap Konkordansi Pada Pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram Tahun 2012

Komunikasi	Konkordansi				Total		Pvalue
	Tidak		Ya				
	N	%	n	%	N	%	
Kurang efektif	101	86,3	16	13,7	117	100	0,000
Efektif	15	24,2	47	75,8	62	100	
Jumlah	116	64,8	63	35,2	179	100	

Hasil analisis hubungan antara komunikasi dokter-pasien dan sikap konkordansi pada pasien TB, Hipertensi, dan Asma di RSUD Kota Mataram diperoleh bahwa sebanyak 75,8% pasien yang memiliki persepsi bahwa terjadi komunikasi yang efektif antara dokter-pasien memiliki sikap yang konkordansi terhadap pengobatan. Sedangkan, diantara pasien yang menilai komunikasi dokter-pasien kurang efektif, ada 86,3% memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$ maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara komunikasi dokter-pasien dan sikap konkordansi.

6.4 Analisis Multivariat

Tabel 6.14. Diagnostik Multicollinearity

Variabel	Tolerance	VIF
Umur	0,863	1,159
Jenis kelamin	0,837	1,195
Tingkat pendidikan	0,475	2,103
Pekerjaan	0,757	1,321
Pengeluaran per-bulan	0,517	1,935
Cara pembayaran	0,843	1,186
Keterbukaan	0,533	1,875
Empati	0,379	2,641
Sikap mendukung	0,458	2,182

Dalam analisis multivariat, nilai VIF digunakan untuk melihat adanya korelasi antar variabel independen. Salah satu syarat dalam melakukan analisis regresi linier adalah tidak boleh terjadi korelasi antar variabel independen. Jika nilai VIF tidak lebih dari 10, artinya tidak terjadi *multicollinearity*. Dari tabel 6.12 diperoleh nilai VIF masing-masing variabel < 10 dan toleransi $> 0,1$, sehingga dapat disimpulkan tidak terjadi *multicollinearity* antar variabel independen dalam penelitian ini.

6.4.1. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan dengan menggunakan metode *backward*. Metode ini dilakukan dengan menganalisis variabel independen yang lolos dari seleksi bivariat secara serentak. Semua variabel dimasukkan ke dalam model multivariat, tetapi kemudian satu persatu variabel dengan nilai $p \geq 0,1$ dikeluarkan dari model.

Tabel 6.15. Analisis Multivariat

Variabel	B	P value
<i>Constant</i>	12,452	0,000
Umur	0,014	0,301
Jenis kelamin	-0,244	0,436

Tingkat pendidikan	0,280	0,030
Pekerjaan	0,036	0,480
Pengeluaran per-bulan	-3,368E-7	0,044
Cara pembayaran	0,089	0,691
Keterbukaan	0,879	0,000
Empati	0,088	0,438
Sikap mendukung	0,498	0,006

Hasil analisis multivariat pada tabel 6.14 diperoleh bahwa variabel berpengaruh terhadap sikap konkordansi pasien TB, hipertensi, dan asma di RSUD Kota Mataram tahun 2012 adalah variabel pendidikan ($p=0,030$), pengeluaran per-bulan ($p=0,044$), keterbukaan ($p=0,000$), dan sikap mendukung ($p=0,006$). Variabel dominan yang paling mempengaruhi sikap konkordansi pasien adalah keterbukaan dengan $B=0,879$, artinya dengan peningkatan keterbukaan antara dokter-pasien, dapat menaikkan skor konkordansi.

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

7.1.1 Keterbatasan pengumpulan Data

Pelaksanaan pengumpulan data yang menurut rencana selesai dikerjakan dalam waktu 3 minggu diperpanjang menjadi 4 minggu karena jumlah responden sebanyak 174 orang. Hal ini dikarenakan tidak dapat ditebak berapa banyak jumlah pasien yang berkunjung secara pastinya setiap hari. Selain itu tidak sedikit pasien yang menolak untuk di jadikan responden membuat waktu penelitian mundur dari waktu yang direncanakan.

7.2 Konkordansi

Hasil penelitian didapatkan bahwa pasien TB, hipertensi dan asma dengan dokter di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram sebagian besar responden memiliki sikap yang tidak konkordansi terhadap pengobatan. Hal ini terjadi mungkin karena proses pengobatan membutuhkan waktu yang cukup lama dan membutuhkan konsistensi untuk melakukan kontrol berobat secara teratur agar tidak menimbulkan komplikasi yang serius. Pasien cenderung akan bosan dan lupa untuk mematuhi anjuran dan proses pengobatan lain yang telah disepakati karena membutuhkan kedisiplinan dalam menjalankannya.

Pada penelitian dilakukan oleh mahasiswa kedokteran Leeds University School of Medicine selama tahun 2001-2002 (Thistlethwaite, 2003) kepada pasien hipertensi, yaitu tingkat respon yang tinggi: tahun pertama 92,5%; tahun kedua (mulai) 80%; tahun kedua (akhir) 84,5%. Sarafino dalam Smet (1994) bahwa tingkat ketaatan keseluruhan sebesar 60%, begitu pula jika dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sinewe (1997), bahwa penderita TB yang teratur berobat 67% dan yang tidak teratur 33%.

Pada penelitian konkordansi antara rekam medis dan interview 40 orang pasien berobat jalan di California mendapatkan hasil konkordansi meliputi

keluhan utama, mengerti tentang diagnosis penyakit, obat-obatan dan rencana pengobatan adalah sangat baik (Ramsell JW,1986).

Syarat-syarat yang harus terpenuhi untuk suatu konkordansi adalah :

- a) Suatu cara konsultasi yang berbagi secara adil (*a power sharing consulting style*), penyesuaian antara pengetahuan dokter yang diberikan pada penanganan pasien dengan titik berat pada nilai-nilai dan tujuan pasien.
- b) Membuka diskusi pada setiap kesempatan, yang mana diperlukan pandangan pasien sendiri.
- c) informasi yang adekuat untuk membuat keputusan yang mana tergantung pada keduanya berbagi informasi oleh dokter dan pengetahuan kesehatan yang adekuat dari pasien yang diyakini dokter.
- d) diskusi yang adil dan berimbang
- e) waktu yang adekuat. (Greenhalgh,T,2005)

Menurut Sarafino (1990) dan Ley (1992), strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah melalui komunikasi yang baik, efektif dan memuaskan antara petugas kesehatan dengan pasien. Strategi lain adalah pendekatan perilaku seperti penguatan (*reinforcement*), pengelolaan diri, pengingat dan pengawasan. Konkordansi berhubungan dengan suatu proses konsultasi yang diberikan dengan dasar hubungan *partnership*. Adanya persetujuan antara pasien dan profesi petugas kesehatan, yang dicapai setelah ada negosiasi dengan timbulnya rasa kepercayaan dan kebijaksanaan dari pasien dalam menentukan apakah obat dimakan dan bila obat dimakan dan dapat membuat keputusan terbaik (Marinker et al, 1997). Konkordansi berarti bahwa keduanya baik pasien dan dokter ada dalam satu keselarasan atau harmoni dengan apa yang terjadi saat konsultasi (Benson J, 2005).

Konkordansi dari dokter dan pasien mempunyai karakteristik sebagai ”dua set yang kontras” tetapi mempunyai keyakinan tentang sehat yang sama, begitu keyakinan pasien-begitu juga keyakinan dokter. Pasien menyerahkan kepercayaan masalah kesehatannya kepada dokter dan dokter sendiri membangkitkan konkordansi dengan memfasilitasi pasien untuk berperan dalam pengobatannya dan mempunyai harapan, perasaan dan tujuan yang jelas. (Wahl, C., 2004). Konkordansi meliputi semua segi yang ada hubungan dalam manajemen penyakit;

termasuk gender, etnik, umur, keluhan, obat-obatan, kepuasan, akurasi medikal record, dll.

7.3 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Sikap Konkordansi

Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan sikap konkordansi pasien TB, hipertensi dan asma. Artinya baik laki-laki maupun perempuan tidak ada perbedaan dalam sikap konkordansi. Laki-laki bisa saja memiliki sikap konkordansi yang lebih baik dibandingkan perempuan begitu pula sebaliknya.

Dalam penelitian ini proporsi antara responden laki-laki dan perempuan memiliki besaran yang hampir seimbang. Lebih dari setengah responden baik laki-laki maupun perempuan memiliki sikap tidak konkordansi. Menurut Becker (1979) yang dikutip Notoatmodjo (1993) bahwa variabel jenis kelamin mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Perilaku seseorang merupakan suatu refleksi dari berbagai gejala yang mempengaruhinya seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya (Notoadmodjo, 1993).

7.4 Hubungan antara Umur dengan Sikap Konkordansi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara umur dengan sikap konkordansi. Hal ini berarti seseorang yang memiliki umur lebih muda bisa saja memiliki sikap konkordansi yang baik dibandingkan yang lebih tua begitu pula sebaliknya.

Hasil yang didapat berbeda dengan pernyataan yang utarakan oleh Green (1980) dan Notoadmodjo (1993) bahwa umur mempengaruhi sikap dan perilaku kesehatan seseorang. Tingkat umur mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan, hal ini dikarenakan semakin tua seseorang berarti semakin banyak pengalaman dan informasi yang telah dia peroleh. Pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram, umur bukanlah hal yang mempengaruhi sikap konkordansi pasien dalam menjalani proses pengobatan yang membutuhkan disiplin dalam menjalankannya.

7.5 Hubungan antara Pendidikan dengan Sikap Konkordansi

Dari analisis didapatkan hasil adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan sikap konkordansi pasien TB, hipertensi dan asma. Hal ini berarti semakin tinggi pendidikan seseorang, akan semakin baik sikap konkordansinya. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan dibawah dan setara SLTA. Hal ini berbeda dengan pernyataan Green (1980) dan Notoadmodjo (1993) yaitu tingkat pendidikan mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang. Tingkat pendidikan mempengaruhi daya nalar seseorang sehingga dengan daya nalar yang baik akan memudahkan mereka meningkatkan pengetahuan sehingga termotivasi menjadi lebih baik.

Tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki perilaku kesehatan yang baik seperti mematuhi pengobatan yang telah dianjurkan kepadanya. Dalam penelitian ini sebagian besar responden yang tingkat pendidikannya di bawah dan setara SLTA memiliki persentase lebih besar yang memiliki sikap konkordansi dibandingkan dengan responden yang tingkat pendidikannya diatas SLTA. Kejenuhan dalam menjalani proses pengobatan mungkin saja membuat tingkat pendidikan responden berpengaruh dalam menentukan sikap konkordansi.

7.6 Hubungan antara Pekerjaan dengan Sikap Konkordansi

Dari penelitian didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan sikap konkordansi. Jenis pekerjaan responden tidak mempengaruhi sikap konkordansi seseorang. Sebagian besar responden yang berobat memiliki pekerjaan formal dan sebagian memiliki sikap tidak konkordansi. Hal ini dapat terjadi karena responden yang bekerja memiliki kecenderungan untuk tidak patuh dalam berobat karena mereka tidak memiliki waktu yang cukup, namun dapat juga memiliki pengertian bahwa pekerjaan tidak menghalangi mereka untuk berobat. Taylor (1991) dalam Smet (1994) mengatakan bahwa variabel demografis seperti ciri-ciri individu juga digunakan untuk meramalkan ketidaktaatan.

7.7 Hubungan antara Pengeluaran dengan Sikap Konkordansi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan signifikan antara pengeluaran responden dengan sikap konkordansi. Artinya dengan pengeluaran responden yang semakin besar setiap bulannya membuat responden memiliki sikap konkordansi dalam menyikapi penyakitnya.

Salah satu faktor yang mempengaruhi masyarakat untuk datang kembali berobat atau memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah penghasilan (Green (1980) dan Fieldstein (1993)). Pengeluaran seseorang berhubungan erat dengan penghasilan yang dia dapatkan setiap bulannya. Apabila kemampuan untuk memenuhi kebutuhan sudah seimbang dengan pengeluaran bahkan lebih maka keinginan untuk melakukan kontrol berobat akan timbul, namun bila pengeluaran lebih banyak daripada penghasilan yang didapat maka kemungkinan seseorang kembali melakukan pengobatan yang teratur menjadi lebih kecil.

7.8 Hubungan antara Cara Pembayaran dengan Sikap Konkordansi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara cara pembayaran pengobatan responden dengan sikap konkordansi. Sebagian besar responden melakukan pembayaran melalui pihak ketiga, baik dengan Askes, Jamkesmas/Jamkesda maupun jaminan dari perusahaan sehingga responden tidak terlalu terbebani dengan biaya pengobatan. Dengan adanya jaminan dari pihak ketiga dalam mengatasi biaya rumah sakit diharapkan pasien tidak lagi mempertimbangkan masalah biaya kesehatan.

Mengacu pada teori Green yang menyatakan bahwa keikutsertaan dalam asuransi merupakan salah satu faktor pendukung dalam perilaku kesehatan, juga Gani (1981) dalam Syahrial (2001) yang menyatakan bahwa pembayaran dari pihak ketiga berperan dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan. Artinya dengan adanya jaminan pembayaran dari pihak ketiga dapat mendorong seseorang untuk terus melakukan proses pengobatan. Namun dalam penelitian ini ada atau tidaknya jaminan dari pihak ketiga tidak membuat responden memiliki sikap konkordansi. Hal ini terlihat dari hasil yang sebagian besar responden yang pembayaran dari pihak ketiga tidak memiliki sikap konkordansi yang mungkin

karena responden tidak mengeluarkan biaya dalam proses pengobatan sehingga responden tidak patuh dalam berobat.

7.9 Hubungan antara Komunikasi Efektif dengan Konkordansi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan komunikasi efektif dokter-pasien dengan konkordansi /kepatuhan pasien TB, hipertensi, dan asma untuk berobat. Hasil univariat terhadap penilaian variabel komunikasi efektif dilakukan dengan melihat 3 kategori, yaitu keterbukaan, empati, dan sikap mendukung menunjukkan hasil sebagian besar responden menyatakan bahwa komunikasi dilakukan oleh dokter dengan pasien TB, hipertensi dan asma di RSUD Kota Mataram kurang efektif.

Penelitian konkordansi tentang etnik dan personal oleh Richard ,L.S (2008) pada pusat pelayanan masyarakat dan klinik praktek swasta mendapatkan hasil bahwa setelah kunjungan pasien rating kesesuaian pada dokter; kepuasan, kepercayaan dan kecenderungan adherensi 87,6 %. Pengaruh gender pada komunikasi dokter-pasien dan kepuasan pasien juga ada, hanya saja tidak banyak diketahui kenapa mungkin pasien wanita lebih terbuka kepada dokter wanita pada keadaan khusus demikian juga laki-laki lebih terbuka pada dokter laki-laki. Penelitian lain menunjukkan konkordansi yang baik antara rekam medik dan kemampuan mengingat pasien dari indeks komunikasi dokter-pasien seperti keluhan utama, nama, dan jumlah obat yang dikonsumsi dan alasan berobat (Liaw,S.T,1996).

Komunikasi efektif tersebut dapat terlihat dari unsur keterbukaan dokter, dengan adanya keterbukaan dokter yang dirasakan oleh pasien, dapat menimbulkan rasa percaya sehingga pasien akan berkata jujur mengenai apa yang ia rasakan. Hal ini yang membuat informasi atas rasa sakit yang dialami oleh pasien dapat terkomunikasikan dengan baik oleh pasien, sehingga tujuan komunikasi yaitu penerima informasi dapat mengetahui sesuatu yang dia inginkan (Liliweri, 2009). Selain itu unsur empati dan simpati ikut mendukung adanya komunikasi efektif. Rasa empati yang timbul dan ditunjukkan oleh dokter kepada pasien membuat pasien mau memahami penjelasan dan saran dari dokter. Rasa simpati ini timbul karena adanya keadaan yang dibuat dengan penggunaan bahasa

yang mudah dimengerti. Dengan adanya sikap mendukung oleh dokter, pasien merasa mendapatkan motivasi untuk melakukan saran-saran yang diberikan oleh dokter.

Untuk membangun suatu *partnership* dibutuhkan komponen mendengarkan secara aktif pasien dan komunikasi untuk membantu pasien dalam menafsirkan informasi yang penting buat mereka. Pelaksanaan komunikasi berimbang (*shared consulting*) terdiri dari konteks dengan penjelasan dan persetujuan pasien dengan tujuan konsultasi dan memiliki pengetahuan yang *up to date* dari praktek dan lebih luas dalam pelayanan kesehatan. Sedangkan membuat keputusan bersama (*sharing decision*) meliputi mengetahui dengan baik bahwa pasien seorang individual (*understanding*), mendiskusikan penyakit dan opsi pengobatan (*exploring*), memutuskan dengan pasien strategi penatalaksanaan yang terbaik (*deciding*), dan setuju dengan pasien apa yang kemungkinan terjadi (*monitoring*) (Clyne, W., Granby, T., Pictn, C., 2007). Konkordansi menjadi jelas sebagai suatu dimensi yang penting pada relasi dokter-pasien yang merupakan mata rantai adanya ketidak-sesuaian pada penanganan kesehatan. Sebagai suatu konsep, konkordansi paling sering diartikan sebagai suatu kemiripan atau tukar menukar identitas antara dokter-pasien yang berbasis pada atribut demografi seperti; suku, jenis kelamin, umur, kepercayaan pasien, kepuasan pasien, dan manfaat pelayanan.

7.10 Variabel yang Paling Mempengaruhi Sikap Konkordansi

Hasil uji Mutlivariat didapatkan hasil bahwa variabel yang mempengaruhi sikap konkordansi pasien TB, Hipertensi dan Asma di RSUD Kota Mataram adalah variabel tingkat pendidikan responden, pengeluaran per-bulan responden, keterbukaan, dan sikap mendukung. Variabel dominan yang paling mempengaruhi sikap konkordansi pasien adalah keterbukaan, artinya dengan peningkatan keterbukaan antara dokter-pasien, dapat menaikkan skor konkordansi. Menurut Cangara (2006) mengatakan bahwa ada tiga aspek yang harus diketahui oleh komunikator munyangkut pendengarnya, yaitu aspek sosiodemografi, aspek profil psikologis dan aspek karakteristik perilaku pendengarnya. Seseorang mau

menerima sebuah informasi bukan hanya karena isi pesannya saja, tetapi juga oleh semua komponen yang mendukung terjadinya proses komunikasi.

Adanya keterbukaan antara dokter-pasien dapat meningkatkan kepercayaan mengenai proses pengobatan yang akan dan sedang dilakukan. Di RSUD Kota Mataram memiliki dokter yang berpengalaman dalam menangani pasien dengan berbagai latar belakang sosioekonomi, sehingga dalam menangani seorang pasien, dokter memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik dan dapat diterima oleh pasien. Pendapat dan saran yang diberikan oleh dokter dapat diterima oleh pasien karena adanya sikap keterbukaan dan sikap mendukung dari dokter untuk menghadapi dan mengobati penyakit yang diderita oleh pasien. Hal tersebutlah yang menciptakan sikap konkordansi pasien. Selain itu dokter harus mampu menjelaskan dengan baik kondisi pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti, menjelaskan manfaat pengobatan, memberikan nasehat apa yang harus dilakukan selama menjalani pengobatan, sehingga pasien berterusterang, percaya, merasa nyaman menceritakan keluhan kepada dokter, dan timbul sikap konkordansi pasien yang baik di RSUD Kota Mataram

Pada saat komunikasi sudah berjalan dengan baik dan informasi mampu diterima oleh seseorang maka untuk melakukan hal yang berkaitan dengan informasi akan lebih mudah terjadi. Sikap konkordansi dokter-pasien dapat terjalin dengan baik bila sudah ada komunikasi dengan baik, jika hal ini telah terjadi maka keberhasilan tujuan pengobatan dapat tercapai (Benson, 2005).

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan bahwa sebagian penderita tuberkulosis paru, hipertensi, dan asma di RSUD Kota Mataram masih memiliki sikap konkordansi yang kurang terhadap pengobatan. Hal ini dikarenakan belum terjadinya komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien penderita Tuberkulosis paru, Hipertensi dan Asma dalam berobat di RSUD Kota Mataram. Keterbukaan, empati, dan sikap mendukung menjadi faktor yang menentukan terjalannya komunikasi efektif dokter dan pasien.

Dalam penelitian juga didapatkan :

- a. Adanya hubungan antara komunikasi efektif dengan sikap konkordansi, semakin efektif pola komunikasi yang terjadi antara dokter-pasien akan semakin tinggi pula tingkat konkordansi/kepatuhan pasien TB, hipertensi, dan asma untuk berobat.
- b. Karakteristik individu yang memiliki hubungan dengan sikap konkordansi adalah pendidikan dan pengeluaran responden. Sementara jenis kelamin, umur, pekerjaan, dan cara pembayaran responden tidak ada hubungan dengan sikap konkordansi.
- c. Variabel dominan yang paling mempengaruhi sikap konkordansi pasien adalah keterbukaan
- d. Komunikasi efektif dokter yang memiliki hubungan dengan sikap konkordansi adalah keterbukaan dan sikap mendukung. Sementara empati dan sikap positif tidak ada hubungan dengan sikap konkordansi.

8.2 Saran

a. Bagi pihak Rumah Sakit

1. Pemberitahuan secara berkala kepada dokter-dokter bahwa penting melakukan komunikasi yang efektif kepada pasien agar proses pengobatan dan penyembuhan penyakit yang membutuhkan waktu dan konsistensi yang cukup lama dapat membuahkan hasil yang maksimal.
2. Peningkatan fasilitas ruangan sehingga pasien dan dokter merasa nyaman untuk berkomunikasi.
3. Penyelenggaraan program pengembangan kemampuan berkomunikasi dokter sehingga informasi yang disampaikan oleh dokter dapat diserap dengan baik oleh pasien.
4. Pelaksanaan survei secara berkala tentang proses komunikasi dokter-pasien.

b. Bagi dokter

1. Melakukan komunikasi yang efektif secara terus menerus kepada pasien tanpa membedakan cara pembayaran pasien agar proses pengobatan dan penyembuhan penyakit yang membutuhkan waktu dan konsistensi yang cukup lama untuk membuahkan hasil yang maksimal.
2. Dokter harus mampu menjelaskan dengan baik kondisi pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti, menjelaskan manfaat pengobatan, memberikan nasehat apa yang harus dilakukan selama menjalani pengobatan, sehingga pasien berterus terang, percaya, merasa nyaman menceritakan keluhan kepada dokter, dan timbul sikap konkordansi pasien yang baik di RSUD Kota Mataram.

c. Bagi peneliti lain

Perlu dilakukan penelitian sejenis dengan pendekatan kualitatif terhadap tenaga kesehatan dalam hal ini dokter. Hal ini diperlukan karena sikap konkordansi tidak hanya terkait pada pasien tetapi juga tenaga kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan. Penelitian dengan pendekatan berbeda

diharapkan bisa menghasilkan keragaman sikap konkordansi karena penelitian jenis ini masih sangat jarang dilakukan di Indonesia.



DAFTAR PUSTAKA

- Aborigin population, Australia Family Physician* .vol.34, No.10.Oct.2005.
- Arya P, Davies J, Fagan M, Sullivan B, Evans C *Doctor time requirement for patient consultation in genitourinary medicine clinics*, *Genitourin Med* 1994;70:339-340
- Azwar, A. (1996). *Pengantar administrasi kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Benson, J. (2005). *Concordance, an alternative term to 'compliance' in the Aboriginal Population*. *Australian Family Physician* Vol. 34, No. 10.
- Cangara, Hafied. (2006). *Pengantar ilmu komunikasi*, Jakarta: Rajawali Pers
- Cushing, A and Metcalf R. (2007). *Optimizing medicines management: from compliance to concordance*.
- Departemen kesehatan RI. (2006). *Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi*. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Departemen Kesehatan RI.
- Departemen kesehatan RI. (2006). *Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor : 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang pedoman organisasi rumah sakit di lingkungan departemen kesehatan*. Jakarta.
- Depkes RI. (1997). *Pedoman penanggulangan tuberkulosis. Direktorat Jenedral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman*. Jakarta.
- Depkes RI. (2002). *Gerdunas TB, 2000. Partnership: A key factor in the success of national TB programme*. Jakarta.
- Depkes RI. (2005). *Pharmaceutical care untuk penyakit Tuberkulosis*. Jakarta.
- Depkes RI. (2010). *Laporan subdit TB Depkes RI*. Jakarta.
- Devito A Joseph. (2011). *Komunikasi antarmanusia*, edisi kelima. Tangerang: Karisma Publishing Group
- Fieldstein. (1993). *Health Care Economic*. (4th ed.). California: Delmar Publisher Inc.
- Gani, A. (1981). *Demand for health services rural areas of karang anyar regency central java Indonesia*. Disertasi Doctor of Public Health. x + 216 hlm.

- Green, L., et al. (1980). *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. California : Mayfield Publishing Company
- Hastono, Sutanto Priyo. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM-UI.
- Hull, A. (1996). *Penyakit Jantung, Hipertensi dan Nutrisi*. FK-UI/RSCM
- Kurzt, S. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*.
- Konsil Kedokteran Indonesia. (2006). *Manual komunikasi efektif dokter-pasien*.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Dasar-dasar pemasaran*. (Jilid 1 edisi 7). Jakarta: PT.Indeks Kelompok Gramedia.
- Lameshow, et.al. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Liliweri, A. (2009). *Dasar-dasar komunikasi kesehatan*. Cetakan ke-3 Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Mangkunegara, A. (2005). *Perilaku konsumen*. (edisi revisi). Bandung: Graha Ilmu.
- Mowen, J. C. (1998). *Consumer behavior*. (Fifth Editoin). New Jersey: Prentice-Hall.
- NCCSDO. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*.
- Notoadmodjo, S. (1993), *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoatmodjo, S. (1995). *Pengantar ilmu perilaku kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat , Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat
- Notoadmodjo, S. (2003), *Pendidikan dan prilaku kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S. (2005), *Metodologi penelitian kesehatan*, Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2006). *Asma: pedoman diagnosis dan Penatalaksanaan di Indonesia*. Jakarta. Balai Penerbit FKUI
- Peter, P., & Olson, J. (1999). *Consumer behaviour: perilaku konsumen dan strategi pemasaran*. (edisi 4). Jakarta: Erlangga.

- Ramsdell, J.W. (1986). *Concordance of the ambulatory medical record and patients' recollections of aspect of an ambulatory new-patient visit.*
- Schermerhorn, Hunt & Osborn. (1994). *Organizational Behavior*. Eighth Edition.
- Secket, D.L, dkk. (1985). *Clinical epidemiology, a basic science for clinical medicine*. Pedoman Klinik bagian Pulmonologi FKUI. Jakarta.
- Setiadi, N. (2003). *Perilaku konsumen konsep dan implikasi untuk strategi pemasaran dan peneitian pemasaran*. Jakarta: Prenada Media.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Grasindo Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Sudoyo, AW, dkk. (2006). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid II Edisi IV. Jakarta
- Syahrial, Novi. (2001). *Faktor-faktor yang mempengaruhi pasien rawat jalan RS Omni Medical Center Jakarta (RS OMC) terhadap pemilihan tempat bersalin*. Depok: Program Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Thistlethwaite, J. E. ,Raynor, D. K., Knapp, P., (2003). *Medical students' attitudes toward concordance in medicine taking:exploring the impact of an educational intervention*. Education for health, vol 16, No. 3, November 2003, 307-317. Taylor&Francis Health Sciences.
- Tommy, Suprpto. (2009). *Pengantar teori dan manajemen komunikasi*. Yogyakarta: Medpress.
- Trostle, J. (1988) *Medical compliance as an ideology, social science medicine*. Vol. 27, no 12, p 1299-1308.
- WHO-ISH. (1999). *Hypertension Control, Geneva: Report of WHO Expert Commeettee*.
- WHO. (2010). *WHO Global Tuberculosis Control 2010*. Geneva.
- Widjaja, H.A.W. (2000). *Ilmu komunikasi pengantar studi*. edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Yunus, F. (2006). *Penatalaksanaan Asma untuk Pertahankan Kualitas Hidup*. Jakarta

KUESIONER

Petunjuk Pengisian :

(diisi oleh peneliti)

Isilah pertanyaan dibawah ini dengan cara menuliskan jawaban pada pertanyaan yang bertanda titik – titik atau memberi tanda silang (X) pada jawaban yang disediakan.

I. Data Umum

No. Urut Kuesioner :
Nama Pewawancara :
Tanggal Wawancara :

Bulan di Mulai Berobat :
Bulan Terakhir Berobat :

II. Identitas Responden

1. Nama :

2. Umur : Tahun

3. Jenis Kelamin : Laki – laki / Perempuan (coret salah satu)

4. Apa pendidikan terakhir Anda yang sudah diselesaikan?

1. Tidak sekolah

2. SD

3. SLTP

4. SLTA

5. D3

6. S1/S2/S3

5. Apa pekerjaan Anda saat ini?

1. Swasta

2. PNS

3. TNI/Polri

4. Petani

5. Pedagang

6. Nelayan

7. Pengrajin

8. Jasa Pariwisata

9. Lain – lain, sebutkan.....

6. Berapakah pengeluaran Anda setiap bulannya?

Rp

7. Dengan cara apa Anda membayar pengobatan di Rumah Sakit ini? :

1. Biaya sendiri (Umum)

2. Askes

3. Jamkesmas/ Jamkesda

4. Jaminan perusahaan

5. Lain – lain, sebutkan

:.....

Pilihlah jawaban yang sesuai dengan persepsi Bapak/Ibu/Saudara

Keterangan : STS = Sangat Tidak Setuju (1)
 TS = Tidak Setuju (2)
 S = Setuju (3)
 SS = Sangat Setuju (4)

Keterbukaan

No.	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
1	Dokter mampu menjelaskan dengan baik tentang kondisi kesehatan saya saat ini				
2	Dokter memberikan nasehat apa yang harus saya lakukan selama menjalani pengobatan.				
3	Dokter menjelaskan kondisi kesehatan dengan bahasa yang mudah saya mengerti				
4	Saya merasa nyaman untuk menceritakan kepada dokter mengenai keluhan saya				
5	Dokter menjelaskan manfaat pengobatan kepada saya saat konsultasi				
6	Saya tidak berterus terang menjawab pertanyaan yang dokter ajukan karena saya merasa belum percaya dengan dokter				
7	Menurut saya, pertanyaan dokter sulit untuk saya mengerti				

Empati

No.	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
1	Saya merasa diterima dengan baik saat berhadapan dengan dokter				
2	Dokter memberikan jawaban yang baik atas permasalahan saya				
3	Dokter sibuk menulis, saat saya berbicara				

4	Dokter memberikan perhatian penuh saat saya berbicara				
5	Dokter menanyakan terlebih dahulu apakah saya setuju, jika akan melakukan tindakan pengobatan				
6	Dokter selalu meminta izin kepada saya sebelum melakukan tindakan tertentu				
7	saat saya konsultasi dokter selalu terburu-buru				

sikap mendukung

No	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
1	Saat saya bicara dokter memotong pembicaraan saya				
2	Dokter menyalahkan saya atas penyakit yang saya alami				
3	Dokter mengulangi kata-kata yang di anggap penting				
4	Dokter memberikan penjelasan-penjelasan yang bisa saya mengerti				
5	Jika kondisi kesehata saya menurun, dokter menguatkan saya dan memberikan solusi pengobatan				
6	Saya secara aktif bertanya kepada dokter				
7	Saya menyetujui mengenai cara pengobatan yang dilakukan oleh dokter				

sikap positif

No	Pertanyaan	STS	TS	S	SS
1	Dokter selalu mengatakan hal-hal yang menyenangkan, sehingga membuat saya tenang selama menjalani pengobatan				
2	Dokter bersikap sopan dihadapan saya				
3	Dokter membuat saya cemas ketika menjelaskan kondisi saya				
4	Ketika menjelaskan dokter menggunakan bahasa tubuh yang baik				
5	Sikap dokter membuat saya percaya dengan segala proses tindakan pengobatan yang diberikan kepada saya				
6	Penjelasan dokter tidak memberikan pengharapan terhadap kesembuhan penyakit saya				
7	Saya merasa tidak khawatir dengan berbagai proses pemeriksaan yang dianjurkan oleh dokter				

Skala ini terdiri dari 28 item. Skor responden masing-masing item terdiri 4 point yakni sangat tidak setuju (1), Tidak setuju (2), setuju (3) dan sangat setuju (4). Dengan demikian skor maksimum 112. Jika rata-rata nilai skor pada 3-4 berarti cenderung terlaksananya komunikasi efektif.

MODIFIKASI LATcon Scale

Sikap Konkordansi

Berilah tanda cek (√) pada kolom jawaban yang disediakan.

Keterangan : STS = Sangat Tidak Setuju

TS = Tidak Setuju

S = Setuju

SS = Sangat Setuju

Pernyataan	STS	TS	S	SS
1. Konsultasi antara dokter dan pasien adalah sebagai suatu proses bertukar pikiran yang saling mengisi satu sama lain.				
2. Dokter harus menghargai keyakinan pribadi pasien mereka dan bagaimana mereka mengatasi.				
3. Obat bermanfaat bila pasien menginginkannya dan bisa diperoleh.				
4. Ketika dokter memberi resep, pasien akan membeli obat.				
5. Dokter harus memberikan kesempatan pasien untuk bicara tentang pendapatnya mengenai penyakitnya sendiri dan bagaimana cara mengobatinya.				
6. Suatu kerjasama yang baik antara pasien dan dokter akan menghasilkan kesehatan yang lebih baik				
7. Sasaran dalam konsultasi antara dokter-pasien adalah adanya persetujuan tentang manfaat pengobatan				
8. Dokter harus tanggap pada apa yang diinginkan pasien,yang dibutuhkan dan				

<p>kemungkinan-kemungkinan yang terjadi.</p> <p>9. Dokter membantu pasien untuk membuat persetujuan pilihan sebagai kemungkinan tentang kegunaan dan resiko pengobatan yang lain.</p> <p>10. Selama konsultasi dokter-pasien, ada keputusan dari pasien yang sangat penting.</p> <p>11. Dokter harus lebih sensitif mengenai bagaimana pasien bereaksi terhadap informasi yang mereka berikan.</p> <p>12. Dokter mencoba untuk mempelajari tentang keyakinan yang dipegang pasien mengenai pengobatannya.</p>				
---	--	--	--	--

Skala ini terdiri dari 12 item. Skor responden masing-masing item terdiri 4 point yakni sangat tidak setuju (1), Tidak setuju (2), setuju (3) dan sangat setuju (4). Dengan demikian skor maksimum 48. Jika rata-rata nilai skor pada 3-4 berarti cenderung setuju dengan konsep konkordansi.

LAMPIRAN

I. Uji Validitas dan Reliabilitas a. Keterbukaan

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.762	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	18.10	3.568	.696	.681
A2	18.10	4.305	.725	.711
A3	18.15	4.661	.638	.737
A4	18.10	4.200	.505	.729
A5	18.30	4.326	.302	.772
A6_edit	18.20	3.326	.557	.723
A7_edit	18.25	4.092	.355	.766

Setelah pertanyaan no. 5 dan 7 dikeluarkan dari analisis

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.789	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
A1	12.25	1.987	.574	.749
A2	12.25	2.408	.716	.734
A3	12.30	2.747	.525	.787
A4	12.25	2.092	.692	.711
A6_edit	12.35	1.503	.651	.757

b. Empati

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.918	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B1	18.35	3.818	.901	.895
B2	18.40	3.621	.814	.898
B3_edit	18.45	3.945	.462	.940
B4	18.35	3.818	.901	.895
B5	18.35	3.503	.773	.903
B6	18.40	3.621	.814	.898
B7_edit	18.40	3.726	.733	.907

c. Sikap mendukung

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.818	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1_edit	18.20	3.326	.718	.769
C2_edit	18.05	2.892	.757	.753
C3	18.30	4.221	.263	.830
C4	18.15	3.608	.693	.782
C5	18.25	2.934	.656	.777
C6	18.35	2.766	.627	.792
C7	18.20	4.168	.323	.826

Setelah pertanyaan no. 3 dan 7 dikeluarkan dari analisis

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.847	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1_edit	12.20	2.800	.702	.812
C2_edit	12.05	2.471	.691	.807
C4	12.15	2.976	.763	.816
C5	12.25	2.408	.664	.816
C6	12.35	2.239	.642	.834

II. Univariat

kel_umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= 30tahun	22	12.3	12.3	12.3
> 30 tahun	157	87.7	87.7	100.0
Total	179	100.0	100.0	

jenis kelaminresponen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	82	45.8	45.8	45.8
Perempuan	97	54.2	54.2	100.0
Total	179	100.0	100.0	

pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sekolah	9	5.0	5.1	5.1
SD	34	19.0	19.1	24.2
SLTP	14	7.8	7.9	32.0
SLTA	55	30.7	30.9	62.9
D3	14	7.8	7.9	70.8
S1/S2/S3	52	29.1	29.2	100.0
Total	178	99.4	100.0	
Missing System	1	.6		
Total	179	100.0		

kel_didik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <= SLTA	112	62.6	62.9	62.9
>SLTA	66	36.9	37.1	100.0
Total	178	99.4	100.0	
Missing System	1	.6		
Total	179	100.0		

cara pembayaran pengobatan di RS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Biaya sendiri (Umum)	33	18.4	18.4	18.4
Askes	102	57.0	57.0	75.4
Jamkesmas/Jamkesda	39	21.8	21.8	97.2
Jaminan Perusahaan	5	2.8	2.8	100.0
Total	179	100.0	100.0	

cara_bayar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pribadi	33	18.4	18.4	18.4
Pihak ketiga	146	81.6	81.6	100.0
Total	179	100.0	100.0	

pekerjaan responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Swasta	25	14.0	14.1	14.1
PNS	77	43.0	43.5	57.6
TNI/Polri	2	1.1	1.1	58.8

	Petani	7	3.9	4.0	62.7
	Pedagang	15	8.4	8.5	71.2
	Nelayan	1	.6	.6	71.8
	Jasa Pariwisata	2	1.1	1.1	72.9
	lain-lain	48	26.8	27.1	100.0
	Total	177	98.9	100.0	
Missing	System	2	1.1		
Total		179	100.0		

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non-formal	73	40.8	41.2	41.2
	Formal	104	58.1	58.8	100.0
	Total	177	98.9	100.0	
Missing	System	2	1.1		
Total		179	100.0		

kel_pengeluaran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 2juta	103	57.5	64.8	64.8
	> 2juta	56	31.3	35.2	100.0
	Total	159	88.8	100.0	
Missing	System	20	11.2		
Total		179	100.0		

III. Bivariat

Crosstab

	konkordans		Total
	tidak	iya	
kel_umur <= 30tahun Count	17	5	22
% within kel_umur	77.3%	22.7%	100.0%

> 30 tahun	Count	99	58	157
	% within kel_umur	63.1%	36.9%	100.0%
Total	Count	116	63	179
	% within kel_umur	64.8%	35.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.710 ^a	1	.191		
Continuity Correction ^b	1.143	1	.285		
Likelihood Ratio	1.818	1	.178		
Fisher's Exact Test				.238	.142
Linear-by-Linear Association	1.700	1	.192		
N of Valid Cases ^b	179				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,74.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kel_umur (<= 30tahun / > 30 tahun)	1.992	.698	5.684
For cohort konkordans = tidak	1.225	.948	1.583
For cohort konkordans = iya	.615	.277	1.365
N of Valid Cases	179		

jenis kelaminresponen * konkordans Crosstabulation

			konkordans		Total
			Tidak	iya	
jenis kelaminresponen	Laki-laki	Count	48	34	82
		% within jenis kelaminresponen	58.5%	41.5%	100.0%

Perempuan	Count	68	29	97
	% within jenis kelaminresponen	70.1%	29.9%	100.0%
Total	Count	116	63	179
	% within jenis kelaminresponen	64.8%	35.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.606 ^a	1	.106		
Continuity Correction ^b	2.124	1	.145		
Likelihood Ratio	2.604	1	.107		
Fisher's Exact Test				.118	.073
Linear-by-Linear Association	2.592	1	.107		
N of Valid Cases ^b	179				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,86.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for jenis kelaminresponen (Laki-laki / Perempuan)	.602	.325	1.117
For cohort konkordans = tidak	.835	.668	1.044
For cohort konkordans = iya	1.387	.931	2.066
N of Valid Cases	179		

Crosstab

		konkordans		Total	
		tidak	iya		
pekerjaan	Non-formal	Count	52	21	73
		% within pekerjaan	71.2%	28.8%	100.0%
Formal	Count	62	42	104	

	% within pekerjaan	59.6%	40.4%	100.0%
Total	Count	114	63	177
	% within pekerjaan	64.4%	35.6%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.525 ^a	1	.112	.151	.076
Continuity Correction ^b	2.044	1	.153		
Likelihood Ratio	2.557	1	.110		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2.511	1	.113		
N of Valid Cases ^b	177				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,98.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for pekerjaan (Non-formal / Formal)	1.677	.884	3.183
For cohort konkordans = tidak	1.195	.964	1.482
For cohort konkordans = iya	.712	.463	1.095
N of Valid Cases	177		

Crosstab

		konkordans		Total
		tidak	iya	
kel_didik <= SLTA	Count	85	27	112
	% within kel_didik	75.9%	24.1%	100.0%
>SLTA	Count	31	35	66
	% within kel_didik	47.0%	53.0%	100.0%

Total	Count	116	62	178
	% within kel_didik	65.2%	34.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	15.305 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	14.057	1	.000		
Likelihood Ratio	15.147	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	15.219	1	.000		
N of Valid Cases ^b	178				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kel_didik (<= SLTA / >SLTA)	3.554	1.857	6.801
For cohort konkordans = tidak	1.616	1.225	2.131
For cohort konkordans = iya	.455	.305	.678
N of Valid Cases	178		

Crosstab

		Konkordans		Total
		tidak	iya	
kel_pengeluaran <= 2juta	Count	77	26	103
	% within kel_pengeluaran	74.8%	25.2%	100.0%
> 2juta	Count	20	36	56

	% within kel_pengeluaran	35.7%	64.3%	100.0%
Total	Count	97	62	159
	% within kel_pengeluaran	61.0%	39.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	23.246 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	21.634	1	.000		
Likelihood Ratio	23.269	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	23.100	1	.000		
N of Valid Cases ^b	159				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,84.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for kel_pengeluaran (<= 2juta / > 2juta)	5.331	2.635	10.784
For cohort konkordans = tidak	2.093	1.447	3.027
For cohort konkordans = iya	.393	.267	.577
N of Valid Cases	159		

Crosstab

		konkordans		Total	
		tidak	iya		
cara_bayar	Pribadi	Count	22	11	33
		% within cara_bayar	66.7%	33.3%	100.0%
Pihak ketiga		Count	94	52	146
		% within cara_bayar	64.4%	35.6%	100.0%

Total	Count	116	63	179
	% within cara_bayar	64.8%	35.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.062 ^a	1	.804		
Continuity Correction ^b	.002	1	.963		
Likelihood Ratio	.062	1	.803		
Fisher's Exact Test				.843	.487
Linear-by-Linear Association	.061	1	.805		
N of Valid Cases ^b	179				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for cara_bayar (Pribadi / Pihak ketiga)	1.106	.498	2.460
For cohort konkordans = tidak	1.035	.791	1.356
For cohort konkordans = iya	.936	.551	1.589
N of Valid Cases	179		

Crosstab

			konkordans		Total
			tidak	iya	
komunikasi kurang efektif	Count	101	16	117	
	% within komunikasi	86.3%	13.7%	100.0%	
efektif	Count	15	47	62	
	% within komunikasi	24.2%	75.8%	100.0%	
Total	Count	116	63	179	

Crosstab

			konkordans		Total
			tidak	iya	
komunikasi kurang efektif	Count	101	16	117	
	% within komunikasi	86.3%	13.7%	100.0%	
efektif	Count	15	47	62	
	% within komunikasi	24.2%	75.8%	100.0%	
Total	Count	116	63	179	
	% within komunikasi	64.8%	35.2%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	68.589 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	65.892	1	.000		
Likelihood Ratio	70.235	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	68.205	1	.000		
N of Valid Cases ^b	179				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,82.

b. Computed only for a 2x2 table

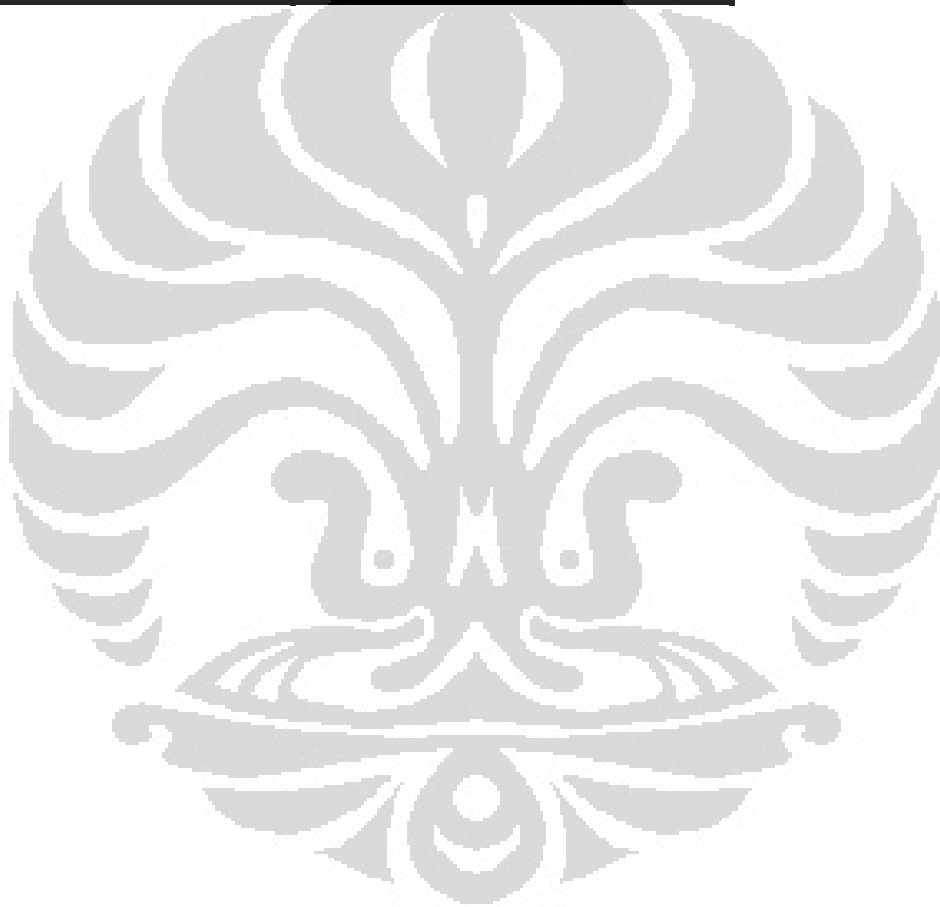
Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for komunikasi (kurang efektif / efektif)	19.779	9.023	43.357
For cohort konkordans = tidak	3.568	2.283	5.576
For cohort konkordans = iya	.180	.112	.291

xxx

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for komunikasi (kurang efektif / efektif)	19.779	9.023	43.357
For cohort konkordans = tidak	3.568	2.283	5.576
For cohort konkordans = iya	.180	.112	.291
N of Valid Cases	179		



IV. Multivariat

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	sikap_mendukung, cara pembayaran pengobatan di RS, jenis kelaminresponden, umur responden, pekerjaan responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendiikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati ^a		Enter
2		. cara pembayaran pengobatan di RS	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= ,100).
3		. pekerjaan responden	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= ,100).
4		. jenis kelaminresponden	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= ,100).
5		. empati	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= ,100).
6		. umur responden	Backward (criterion: Probability of F-to-remove >= ,100).

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: konkordansi

Model Summary^g

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.643 ^a	.413	.377	1.793	
2	.642 ^b	.412	.381	1.788	
3	.641 ^c	.410	.383	1.785	
4	.639 ^d	.409	.385	1.782	
5	.638 ^e	.406	.387	1.779	
6	.633 ^f	.400	.385	1.782	1.975

a. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, cara pembayaran pengobatan di RS, jenis kelaminresponden, umur responden, pekerjaan responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati

b. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, jenis kelaminresponden, umur responden, pekerjaan responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati

c. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, jenis kelaminresponden, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati

d. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati

e. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden

f. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden

g. Dependent Variable: konkordansi

ANOVA^g

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	334.875	9	37.208	11.570	.000 ^a
	Residual	475.967	148	3.216		
	Total	810.842	157			
2	Regression	334.364	8	41.796	13.070	.000 ^b
	Residual	476.477	149	3.198		
	Total	810.842	157			
3	Regression	332.668	7	47.524	14.908	.000 ^c
	Residual	478.173	150	3.188		

	Total	810.842	157			
4	Regression	331.449	6	55.242	17.400	.000 ^d
	Residual	479.393	151	3.175		
	Total	810.842	157			
5	Regression	329.547	5	65.909	20.815	.000 ^e
	Residual	481.295	152	3.166		
	Total	810.842	157			
6	Regression	324.721	4	81.180	25.550	.000 ^f
	Residual	486.120	153	3.177		
	Total	810.842	157			

- a. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, cara pembayaran pengobatan di RS, jenis kelaminresponden, umur responden, pekerjaan responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati
- b. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, jenis kelaminresponden, umur responden, pekerjaan responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati
- c. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, jenis kelaminresponden, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati
- d. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden, empati
- e. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, umur responden, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden
- f. Predictors: (Constant), sikap_mendukung, pengeluaran responden per bulan, keterbukaan, pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden
- g. Dependent Variable: konkordansi

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	12.452	2.951		4.219	.000			
	umur responden	.014	.013	.070	1.039	.301	.863	1.159	
	jenis kelaminresponen	-.244	.312	-.054	-.781	.436	.837	1.195	
	pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden	.280	.128	.200	2.192	.030	.475	2.103	
	pekerjaan responden	.036	.051	.051	.708	.480	.757	1.321	
	pengeluaran responden per bulan	-3.368E-7	.000	-.178	-2.029	.044	.517	1.935	
	cara pembayaran pengobatan di RS	.089	.223	.027	.399	.691	.843	1.186	
	keterbukaan	.879	.182	.417	4.836	.000	.533	1.875	
	empati	.088	.113	.080	.778	.438	.379	2.641	
	sikap_mendukung	.498	.180	.257	2.762	.006	.458	2.182	
	2	(Constant)	12.702	2.875		4.417	.000		
		umur responden	.014	.013	.070	1.038	.301	.863	1.159
jenis kelaminresponen		-.247	.311	-.054	-.792	.429	.837	1.195	
pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden		.266	.122	.190	2.175	.031	.518	1.932	
pekerjaan responden		.037	.051	.053	.728	.468	.758	1.319	
pengeluaran responden per bulan		-3.329E-7	.000	-.176	-2.015	.046	.519	1.928	
keterbukaan		.871	.180	.413	4.836	.000	.540	1.850	
empati		.086	.113	.078	.764	.446	.379	2.637	
sikap_mendukung		.509	.178	.262	2.861	.005	.469	2.134	
3		(Constant)	12.810	2.867		4.468	.000		

	umur responden	.014	.013	.072	1.062	.290	.863	1.158
	jenis kelaminresponden	-.185	.299	-.041	-.618	.537	.904	1.106
	pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden	.240	.117	.172	2.055	.042	.563	1.776
	pengeluaran responden per bulan	-3.377E-7	.000	-.178	-2.049	.042	.520	1.925
	keterbukaan empati sikap_mendukung	.867	.180	.411	4.822	.000	.541	1.848
		.093	.112	.084	.827	.410	.382	2.619
		.508	.178	.262	2.857	.005	.469	2.134
4	(Constant)	12.371	2.772		4.462	.000		
	umur responden	.016	.013	.081	1.232	.220	.908	1.101
	pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden	.244	.117	.174	2.094	.038	.565	1.771
	pengeluaran responden per bulan	-3.243E-7	.000	-.171	-1.989	.049	.529	1.891
	keterbukaan empati sikap_mendukung	.867	.179	.411	4.832	.000	.541	1.848
		.086	.112	.078	.774	.440	.385	2.597
		.519	.176	.267	2.940	.004	.473	2.113
5	(Constant)	12.114	2.749		4.407	.000		
	umur responden	.016	.013	.081	1.235	.219	.908	1.101
	pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden	.230	.115	.164	1.999	.047	.579	1.726
	pengeluaran responden per bulan	-3.051E-7	.000	-.161	-1.896	.060	.541	1.848
	keterbukaan empati sikap_mendukung	.930	.160	.441	5.830	.000	.682	1.466
		.593	.147	.306	4.024	.000	.676	1.480
6	(Constant)	13.714	2.428		5.648	.000		

pendidikan terakhir yang telah diselesaikan responden	.214	.114	.153	1.871	.063	.586	1.705
pengeluaran responden per bulan	-2.912E-7	.000	-.154	-1.811	.072	.544	1.839
keterbukaan	.906	.159	.430	5.712	.000	.693	1.444
sikap_mendukung	.566	.146	.292	3.875	.000	.692	1.446

a. Dependent Variable: konkordansi

