

1. PULPITIS
2. COMMUNICATION

IKK  
TPK 01/03  
Kri  
P

**TESIS**

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP  
PERILAKU KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PULPITIS  
DI POLI GIGI PUSKESMAS PUCANG SEWU  
KOTA SURABAYA**



MILIK  
PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA

**DEWI KRISTIANA**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2002**

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP  
PERILAKU KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PULPITIS  
DI POLI GIGI PUSKESMAS PUCANG SEWU  
KOTA SURABAYA**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister  
Dalam Program Studi Perilaku dan Promosi Kesehatan  
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya

Oleh :

**DEWI KRISTIANA**

NIM 090013908M



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2002**

Lembar Pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 11 Oktober 2002

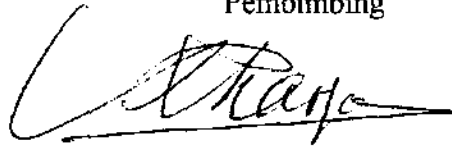
Oleh

Pembimbing Ketua



Prof. Dr. Rika S. Triyoga, dr., SKM  
NIP. 130359280

Pembimbing



Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH  
NIP. 130610104

Mengetahui  
Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Program Pascasarjana Universitas Airlangga



Prof. Dr. H. R. Sudibjo H.P., dr., DTM  
NIP. 130359279

Telah Diuji

Pada Tanggal : 11 Oktober 2002

---

**PANITIA PENGUJI TESIS**

**Ketua** : Dr. Windhu Purnomo, dr., MS

**Anggota** : Prof. Dr. Rika S. Triyoga, dr., SKM

Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., MPH

Andy Asan, Drs., BSc., DHE

Dr. Latief Mooduto, drg., MS, Sp. KG

## UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama saya panjatkan puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang atas segala rahmat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat diselesaikan, sebagai salah satu persyaratan dalam mengikuti pendidikan dalam Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Tesis ini dapat diselesaikan berkat pengarahan, bimbingan dan dorongan serta bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, saya sampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Rika S. Triyoga, dr., SKM selaku pembimbing utama yang penuh perhatian, ketelitian, dorongan, bimbingan serta saran dalam penyelesaian tesis ini
2. Bapak Dr. Rachmat Hargono, dr., MS, MPH selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan serta bimbingan, dorongan semangat dan saran
3. Bapak Bob Soebijantoro, drg., M.Sc selaku Dekan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember
4. Bapak Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Direktur Pasca Sarjana Universitas Airlangga
5. Bapak Prof. Dr. H.R. Soedibjo HP, dr., DTM selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
6. Bapak Andi Asan, Drs., BSc., DHE dan bapak Dr. Latief M., drg., MS., Sp.KG dengan penuh kesabaran dan ketulusan telah memberikan pengarahan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini
7. Bapak Dr. Windhu Purnomo dr., MS selaku konsultan statistik yang telah memberikan pengarahan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini
8. Bapak Mohammad Zaenal Fatah, Drs., MS., MKes., selaku instruktur yang telah memberikan pengarahan dalam penyelesaian penyusunan tesis ini

9. Ibu Meli dr., Kepala Puskesmas Pucang Sewu, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas tempat penelitian di poli gigi sampai penyelesaian tesis ini.
10. Ibu Yuki drg., serta perawat giginya, yang telah memberikan kesempatan, bantuan dan fasilitas sampai penyelesaian tesis ini.
11. Suami tercinta, anakku tersayang Dhila, ibunda Hj. Soenarto sekeluarga dan bapak Hadi Soedarjanto drg., atas do'a, dorongan dan dukungan moril selama mengikuti pendidikan sampai selesai dalam penyusunan tesis ini
12. Semua pihak yang telah membantu kelancaran penelitian yang tidak dapat kami sebut satu persatu

Dari semua yang saya tempuh ternyata “ betapa kaya ilmu yang dimiliki olehNya, sementara ilmu yang kita miliki ibarat setetes air di samudra lautan.” Akhirnya semoga jasa baik yang telah diberikan oleh semua pihak mendapat rahmat dan balasan dari Allah Yang maha Esa dan Maha Pemurah. Semoga apa yang telah saya persembahkan dapat bermanfaat baik bagi penulis dan pengembangan ilmu pengetahuan umat manusia. Amin ya Robbal Alamin.

Surabaya, Oktober.2002

Penulis

## RINGKASAN

Tindakan pertama yang dilakukan oleh dokter gigi dan perawat gigi pada penderita pulpitis yang datang ke Puskesmas dalam keadaan akut yaitu dengan melakukan pengobatan sementara untuk menghilangkan rasa sakit, setelah itu penderita dipulangkan dan dipesan datang lagi untuk mendapatkan perawatan selanjutnya hingga perawatan paripurna atau sembuh.

Penderita pulpitis didalam melakukan perawatan hingga paripurna atau hingga tumpatan tetap di Puskesmas memerlukan kunjungan berulang kali, tetapi kenyataannya pada saat ini mereka lebih senang apabila dilakukan pencabutan atau tidak datang lagi apabila keluhan rasa sakitnya hilang. Keberhasilan perawatan dapat tercapai apabila didukung dengan kepatuhan berobat dari penderita pulpitis untuk melakukan perawatan secara paripurna.

Komunikasi terapeutik merupakan proses penyampaian pesan atau nasehat untuk mendukung upaya penyembuhan. Melalui komunikasi terapeutik penderita disetiap kunjungan berobat, diharapkan mampu untuk mengatasi masalahnya, membantu meningkatkan kesadaran bahwa pulpitis bisa sembuh apabila penderita pulpitis patuh berobat hingga perawatan selesai.

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis pengaruh komunikasi terapeutik terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat. Manfaat yang diperoleh adalah merupakan bahan masukan dalam melaksanakan intervensi untuk program selanjutnya di bidang promosi dan pendidikan kesehatan gigi dan mulut.

Jenis penelitian eksperimental semu. Populasi adalah penderita pulpitis baru yang datang ke Puskesmas Pucang Sewu dengan kriteria: bersedia menjadi subyek penelitian, dengan diagnosis pulpitis pada satu gigi permanen, mendapatkan perawatan endodontik, mempunyai lama pendidikan minimal enam tahun. Pengambilan sampel secara *random*. Jumlah sampel adalah 30 orang, terbagi menjadi 15 orang kelompok perlakuan dan 15 orang kelompok kontrol. Pengambilan data dengan mengisi kuesioner pengetahuan, sikap dan nilai kepatuhan. Variabel penelitian yaitu variabel bebas: komunikasi terapeutik; variabel terikat: pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat; variabel perancu: karakteristik penderita pulpitis, jarak, biaya, waktu perawatan dan dukungan keluarga, pengalaman sakit pulpitis. Kelompok perlakuan diberi intervensi komunikasi terapeutik dan *booklet*, sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberi *booklet*.

Pengolah data dengan komputer paket program statistik. Pada tahap awal dilakukan uji homogenitas antara kedua sampel, kemudian *uji pre* dan *post test* menggunakan uji *t* 2 sampel berpasangan untuk pengetahuan dan sikap tentang pulpitis, uji *t* 2 sampel bebas untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik terhadap pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dan regresi ganda untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap terhadap kepatuhan berobat, dengan tingkat kemaknaan  $\alpha=0,05$ .

Analisis hasil penelitian pada kelompok perlakuan diperoleh ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik  $p = 0,000$ , ada perbedaan

sikap sebelum dan sesudah komunikasi terapeutik  $p = 0,000$ , sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh ada perbedaan pengetahuan penderita pulpitis tentang pulpitis sebelum dan sesudah mendapat *booklet*  $p=0,02$ , tetapi tidak ada perbedaan sikap penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah mendapat *booklet*  $p=0,0551$ . Analisis hasil penelitian untuk pengaruh komunikasi terapeutik terhadap pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat diperoleh ada perbedaan pengetahuan penderita pulpitis tentang pulpitis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol  $p=0,000$ , ada perbedaan sikap penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol  $p=0,000$  dan ada perbedaan bobot kepatuhan berobat penderita pulpitis antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol  $p=0,000$ .

Untuk mengetahui pengaruh pengetahuan, sikap terhadap kepatuhan maka menggunakan uji regresi ganda, diperoleh ada pengaruh pengetahuan, sikap terhadap kepatuhan berobat.

Sebagai kesimpulan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat. Saran yang disampaikan adalah penderita gigi yang datang ke poli gigi maka perlu dilakukan komunikasi terapeutik, agar tercapai perawatan gigi hingga paripurna atau sembuh.



## ABSTRACT

Treatment for patients with pulpitis should be given completely or until the filling becomes fixed. In Community Health Center setting, such treatment requires the patient to visit the health center several visits. In fact, the patients have been satisfied only of having their tooth extracted, and, if the pain has already disappeared, they are unwilling to come again. A successful treatment may be obtained if it is supported by the patient's compliance for having a complete treatment

By means of therapeutic communication given anytime the patient makes his/her visit, the patient is expected to be able to solve the problems by increasing awareness that pulpitis may be healed if there is compliance with the treatment until it is completed. The objective of this study was to analyze the influence of therapeutic communication on the improvement of knowledge, attitude, and compliance with treatment.

This study was an experimental study. Population was pulpitis patients visiting Pucang Sewu Community Health Center with criteria as follows: willing to participate in this study, diagnosed as having pulpitis in one permanent tooth, having endodontic treatment, and The duration of education was minimally six years. Samples were taken in random. Total sample was 30 individuals, divided into 15 individuals in treatment group who received intervention presenting as therapeutic communication and booklets, and 15 individuals in control group who received booklets only. Data were taken by using questionnaire on knowledge, attitude, and compliance.

Data were processed using computerized statistics program. First, homogeneity test was done to both samples. Results analysis in treatment group using paired t test revealed difference in knowledge and attitude before and after therapeutic communication, each with  $p = 0.000$ ; while control group revealed difference in pulpitis patients' knowledge on pulpitis before and after being given with booklets ( $p = 0.02$ ). However, there was no difference in pulpitis patients' attitude on pulpitis before and after being given with booklet ( $p = 0.0551$ ). Results analysis on the influence of therapeutic communication on knowledge, attitude, and compliance between treatment and control groups, using independent t test, revealed difference in pulpitis patients' knowledge and attitude on pulpitis, as well as difference in pulpitis patients' compliance with treatment between treatment and control groups, each with  $p = 0.000$ . To identify the influence of knowledge and attitude on compliance, an analysis using multiple regression test was done, revealing that knowledge and attitude had influence on the compliance with treatment.

In conclusion, therapeutic communication may improve knowledge, attitude, and compliance with treatment.

**Keywords:** *therapeutic communication, pulpitis patients, knowledge, attitude, compliance with treatment*

## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan.....	i
Sampul Dalam .....	ii
Prasyarat Gelar.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Daftar Panitia Ujian .....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Ringkasan .....	viii
Abstrak .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Identifikasi masalah.....	8
1.3 Rumusan Masalah.....	10
1.4 Tujuan Penelitian.....	10
1.4.1 Tujuan Umum.....	10
1.4.2 Tujuan Khusus.....	10
1.5 Manfaat .....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Komunikasi Terapeutik.....	12
2.1.1 Pengertian komunikasi.....	12
2.1.2 Pengertian dan Tujuan Komunikasi Terapeutik .....	13
2.1.3 Berbagai Komponen Komunikasi Terapeutik .....	14
2.1.4 Efektivitas Komunikasi Terapeutik .....	17
2.1.5 Berbagai Teknik Komunikasi Terapeutik .....	19
2.2 Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.....	22
2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	22
2.2.2 Metode dan Alat Bantu Pendidikan Kesehatan .....	23
2.2.3 Pengertian Perilaku Kesehatan .....	25
2.2.4 Domain Perilaku Kesehatan .....	26
2.2.5 Perubahan Perilaku .....	27
2.2.5.1 Teori Green.....	28
2.2.5.2 Teori Snehendu B. Kar.....	28
2.2.5.3 Teori WHO.....	29
2.2.5.4 Teori Difusi Inovasi ( <i>Diffusion of Innovation</i> ).....	30
2.2.5.5 Teori Aksi Beralasan ( <i>Theory of Reasoned Action</i> ) dan Teori Perilaku Terencana ( <i>Theory of Planned Behavior</i> ).....	31
2.2.5.6 Model Komunikasi / Persuasi ( <i>Communication / Persuasion Model</i> )...	32
2.2.5.7 Model Bertahap ( <i>Transtheoretic Model</i> ) .....	33
2.2.5.8 Model Kepercayaan Kesehatan ( <i>Health Belief Model</i> ).....	33

2.3 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis .....	34
2.4 Peran Komunikasi Terapeutik dalam Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis.....	37
2.5 Pulpitis .....	38
2.5.1 Etiologi pulpitis .....	40
2.5.2 Klasifikasi Pulpitis.....	41
2.5.3 Diagnosis pulpitis .....	42
2.5.4 Perawatan pulpitis di puskesmas .....	43
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
3.1 Kerangka Konseptual.....	47
3.2 Hipotesis Penelitian .....	49
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>50</b>
4.1 Rancangan Penelitian.....	50
4.2 Tempat Penelitian .....	51
4.3 Populasi, sampel dan Besar Sampel .....	51
4.3.1 Populasi.....	51
4.3.2 Sampel.....	51
4.3.3 Besar Sampel .....	52
4.3.4 Teknik Penarikan Sampel .....	52
4.4 Alur Penelitian.....	54
4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	55
4.5.1 Variabel Penelitian.....	55
4.5.2 Definisi Operasional .....	56
4.6 Pengumpulan Data .....	61
4.7 Instrumen Penelitian .....	62
4.8 Pengolahan data.....	63
4.9 Analisis Data .....	63
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
5.1 Hasil Penelitian.....	65
5.1.1 Situasi Wilayah Penelitian .....	65
5.1.1.1 Geografi.....	65
5.1.1.2 Demografi.....	65
5.1.1.3 Pelayanan Kesehatan.....	66
5.1.2 Karakteristik Penderita Pulpitis .....	66
5.1.2.1 Umur .....	66
5.1.2.2 Lama Pendidikan .....	67
5.1.2.3 Jenis kelamin .....	68
5.1.2.4 Pekerjaan .....	69
5.1.2.5 Pengalaman Sakit Pulpitis .....	69
5.1.3 Beberapa Faktor Lain.....	70
5.1.3.1 Dukungan keluarga .....	70
5.1.3.2 Biaya Perawatan .....	71
5.1.3.3 Jarak .....	71
5.1.3.3 Waktu perawatan .....	72
5.1.4 Pengetahuan Penderita Pulpitis tentang Penyakit Pulpitis .....	73

5.1.5 Sikap Penderita Pulpitis terhadap Penyakit Pulpitis .....	74
5.1.6 Kepatuhan Berobat penderita Pulpitis .....	75
5.1.7 Respons Penderita Pulpitis .....	75
5.2 Analisis data .....	76
5.2.1 Perbedaan Pengetahuan Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan .....	77
5.2.2 Perbedaan Sikap Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan.....	78
5.2.3 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Pulpitis pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol .....	79
5.2.4 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis .....	79
5.2.5 Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan.....	80
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>81</b>
6.1 Karakteristik Penderita Pulpitis .....	81
6.2 Beberapa Faktor Lain (dukungan keluarga, biaya, jarak dan waktu perawatan).....	83
6.3 Komunikasi Terapeutik .....	85
6.4 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Pengetahuan Penderita Pulpitis .....	88
6.5 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Sikap Penderita Pulpitis.....	90
6.6 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis.....	92
6.7 Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan .....	95
6.8 Keterbatasan Penelitian .....	96
<b>BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>98</b>
7.1 Simpulan .....	97
7.2 Saran .....	97
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>101</b>

**DAFTAR TABEL**

		Halaman
Tabel 1.1	Data kunjungan pasien pulpitis dan perawatan yang dilakukan di Puskesmas Jagir dan Puskesmas Pucang Sewu bulan Desember 2001-Januari 2002	4
Tabel 2.1	Panduan kegiatan komunikasi terapeutik	18
Tabel 2.2	Karies gigi: Tindakan pencegahan dalam kedokteran gigi oleh perseorangan, masyarakat dan dokter gigi.	44
Tabel 4.1	Variabel, Definisi Operasional, Pengukuran, Skala	56
Tabel 5.1	Distribusi Umur Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	67
Tabel 5.2	Distribusi Lama Pendidikan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	68
Tabel 5.3	Distribusi Jenis Kelamin Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	68
Tabel 5.4	Distribusi Pekerjaan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	69
Tabel 5.5	Distribusi Pengalaman Responden Sakit Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	69
Tabel 5.6	Distribusi Dukungan Keluarga Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	70
Tabel 5.7	Distribusi Pendapat Responden tentang Biaya Perawatan yang Dikeluarkan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	71

Tabel 5.8	Distribusi Pendapat Responden tentang Jarak yang Ditempuh pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	72
Tabel 5.9	Distribusi Pendapat Responden tentang Waktu Perawatan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	72
Tabel 5.10	Distribusi Pengetahuan Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	73
Tabel 5.11	Distribusi Sikap Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	74
Tabel 5.12	Distribusi Kepatuhan Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	75
Tabel 5.13	Distribusi Respons Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002	76
Tabel 5.14	Pengetahuan Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan	77
Tabel 5.15	Sikap Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan	78
Tabel 5.16	Rekapitulasi uji beda pengetahuan dan sikap setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.	79
Tabel 5.17	Bobot Kepatuhan Responden Sebelum dan Sesudah Perlakuan	79
Tabel 5.18	Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan	80

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman	
Gambar 2.1	Komponen Dasar Komunikasi dengan Umpan Balik	16
Gambar 2.2	Teori Difusi Inovasi	31
Gambar 2.3	Teori Perilaku Terencana	32
Gambar 3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	47

**DAFTAR LAMPIRAN**

		Halaman
Lampiran 1	Lembar pernyataan berperan serta dalam penelitian	106
Lampiran 2	Daftar tilik respons penderita pulpitis	107
Lampiran 3	Kuesioner karakteristik penderita pulpitis, pengetahuan, sikap	113
Lampiran 4	Daftar tilik pengalaman sakit pulpitis	119
Lampiran 5	Daftar tilik kepatuhan berobat	120
Lampiran 6	Print out hasil analisis statistik	121
Lampiran 7	Peta wilayah Puskesmas Pucang Sewu Surabaya	170
Lampiran 8	Hasil wawancara dengan penderita yang datang ke Puskesmas Pucang Sewu Surabaya	171
Lampiran 9	Foto hasil kegiatan	176
Lampiran 10	Surat permohonan ijin melaksanakan penelitian	179
Lampiran 11	<i>Booklet</i>	181



# **BAB I PENDAHULUAN**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tujuan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010 mengacu pada Undang-Undang R.I No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang, agar terwujud derajat masyarakat yang optimal melalui terciptanya kesehatan masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal diseluruh wilayah Republik Indonesia (Departemen Kesehatan RI, 2000).

Masalah kesehatan gigi di Indonesia sampai saat ini masih perlu mendapatkan perhatian mengingat berbagai upaya peningkatan dan usaha untuk mengatasi masalah kesehatan gigi dan mulut belum menunjukkan hasil yang nyata bila diukur dengan indikator kesehatan gigi masyarakat, yaitu prevalensi karies gigi dan penyakit periodontal. Saat ini prevalensi penyakit gigi dan mulut penduduk Indonesia masih cukup tinggi dan menunjukkan kecenderungan terus meningkat. Prevalensi karies pada usia dewasa naik dari 77% menjadi 87% di daerah perkotaan dan prevalensi penyakit periodontal naik dari 69% menjadi 87% (Departemen Kesehatan RI, 1999). Laporan dari Profil kesehatan gigi dan mulut di Indonesia pada Pelita VI bahwa prevalensi karies gigi laki-laki 90,05%, sedangkan perempuan 91,67%.



Penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit masyarakat yang diderita oleh 90% penduduk Indonesia (Survei Kesehatan Rumah Tangga, 1995 dalam Departemen Kesehatan RI, 1999), yang mempunyai sifat “progresif”, bila tidak dirawat atau diobati akan makin parah, dan bersifat “*irreversible*” yaitu jaringan rusak tidak dapat sembuh kembali. Hal demikian terjadi apabila keluhan yang masih dini tidak diperhatikan. Biasanya masyarakat ingin datang ke poli gigi Puskesmas untuk melakukan perawatan apabila gigi mereka dalam keadaan akut yaitu dengan keluhan spontan, rasa sakit dirasakan menjalar kemana-mana dan keadaan umum penderita kelihatan lesu. Hal demikian merupakan gambaran klinis penderita pulpitis yaitu proses karies atau kerusakan gigi yang sudah sampai pulpa gigi dalam jaringan saluran akar, yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti kuman, jamur, virus atau faktor lain seperti mekanis, termis, kimia dan radiasi (Grossman, 1988).

Apabila pulpitis tidak segera dirawat, maka pulpa lambat laun akan mati dan membusuk, dan proses radang akan menjalar terus sampai ke tulang alveol, proses ini bersifat kronis. Pada ujung akar akan timbul sebuah kantong yang berisikan nanah dan bakteri, kantong ini disebut dengan granuloma. Bakteri atau nanah yang berisi bakteri pada granuloma dapat masuk ke dalam aliran darah sehingga terbawa ke bagian lain dari tubuh. Penyebaran bakteri ke daerah lain akan menimbulkan penyakit seperti pada mata, hidung, jantung, persendian, sakit kepala, penyakit pada saluran pencernaan. Keadaan ini disebut dengan fokal infeksi ( Tarigan , 1992).

Pulpitis merupakan salah satu dari penyakit pulpa atau kelainan pulpa. Departemen Kesehatan RI (2000) penyakit pulpa dan periapikal dengan kode 1502 terdiri dari hiperemi pulpa, pulpitis, nekrosis, degenerasi pulpa, periodontitis apikalis,

abses periapikal akut berasal dari pulpa. Jadi diagnosis pulpitis di Puskesmas dalam Laporan Bulanan 1 masuk di dalam kode 1502.

Hasil pelaporan kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di kota Surabaya sampai tribulan III tahun 2001 penyakit pulpa dan jaringan periapikal menduduki urutan pertama, yaitu penyakit pulpa dan jaringan periapikal 35,72%, gingivitis dan penyakit periodontal 34,59%, penyakit rongga mulut, kelenjar ludah dan rahang 16,24 %, karies gigi 8,99 %, gangguan gigi dan jaringan lainnya 4,45 %.

Perawatan untuk pulpitis yaitu dengan melakukan perawatan endodontik, dimana tujuan perawatan endodontik ialah mempertahankan kedudukan gigi selamanya di dalam rahang agar dapat berfungsi lagi (Akbar, 1987). Puskesmas sebagai pelayanan *simple care* yaitu suatu pelayanan profesional sederhana atau pelayanan medik gigi dasar umum, dapat melakukan perawatan endodontik (Departemen Kesehatan RI, 2000). Perawatan endodontik di Puskesmas yaitu dengan cara melakukan mumifikasi. Dalam perawatan mumifikasi ini, penderita tidak datang hanya satu kali saja, tetapi datang untuk melakukan perawatan hingga paripurna atau hingga tumpatan tetap, biasanya datang minimal lima kali.

Tindakan pertama yang dilakukan oleh dokter gigi dan perawat gigi pada penderita pulpitis yaitu hanya melakukan pengobatan sementara untuk menghilangkan rasa sakit, setelah itu penderita dipulangkan dan dipesan datang lagi untuk mendapatkan perawatan selanjutnya hingga perawatan paripurna. Penderita biasanya tidak datang lagi apabila keluhan rasa sakitnya sudah hilang atau datang lagi tetapi penderita minta dilakukan pencabutan. Pandangan pasien mengenai keparahan penyakit gigi dan mulut dalam beberapa segi berbeda dengan keparahan secara

biomedik kedokteran gigi, pasien tampaknya memandang tingkat keparahan penyakit gigi dan mulut lebih dari aspek gejala rasa sakit baik pada karies gigi dan manifestasinya dan juga pada penyakit periodontal (Januar, 1999). Hasil data kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut kota Surabaya sampai tribulan III tahun 2001 jumlah perawatan kasus menunjukkan bahwa tindakan pencabutan menunjukkan presentasi paling tinggi yaitu 21,37 %, kemudian pengobatan pulpa 10,71 %, tumpatan sementara gigi permanen 10,05% dan tumpatan tetap 7,77%.

Data jumlah kunjungan kasus penyakit pulpa dan jaringan periapikal Puskesmas di kota Surabaya sampai triwulan III tahun 2001, yaitu Puskesmas Pucang Sewu menduduki urutan kedua, sedangkan urutan pertama adalah Puskesmas Jagir dan urutan ketiga Puskesmas Kalirungkt. Perbandingan hasil data kunjungan kasus untuk penyakit pulpa dan jaringan periapikal Puskesmas Jagir, Puskesmas Pucangsewu, Puskesmas Kalirungkt.yaitu 1112: 1040: 1036. Hasil dari studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis selama bulan Desember 2001- Januari 2002 .di Puskesmas Jagir dan Puskesmas Pucang Sewu untuk kunjungan kasus penyakit pulpitis sebagai berikut:

Tabel 1.1 Data kunjungan pasien pulpitis dan perawatan yang dilakukan di Puskesmas Jagir dan Puskesmas Pucang Sewu bulan Desember 2001- Januari 2002

No	Jenis Perawatan	Nama Puskesmas	
		Puskesmas Jagir	Puskesmas Pucang Sewu
1	Tumpatan sementara	5	9
2	Tumpatan tetap	37	7
3	Pencabutan	9	18
4	Tidak kembali	6	12
5	Jumlah	57	46

Data tersebut menunjukkan di Puskesmas Jagir angka kunjungan penderita pulpitis lebih besar dari angka kunjungan di Puskesmas Pucang Sewu, tetapi dalam melakukan perawatan hingga paripurna atau tumpatan tetap lebih besar pada Puskesmas Jagir dibanding Puskesmas Pucang Sewu.

Hal tersebut diatas dapat disebabkan oleh faktor perilaku dari seseorang, seperti yang terdapat pada konsep WHO (1984) bahwa perilaku seseorang ditentukan adanya empat alasan pokok yaitu *thoughts and feeling, references, resources, culture*.

Selain itu penulis juga melakukan wawancara dengan beberapa responden tentang perilaku terhadap kesehatan gigi dan mulut Di bawah ini hasil wawancara, yang dilakukan oleh penulis sebagai studi pendahuluan.

Informasi dari responden tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut yaitu responden menganggap sakit gigi apabila sudah ada gejala rasa sakit (cekot-cekot, ngilu), responden cukup mengetahui tentang sebab-sebab sakit gigi yaitu adanya sisa makanan yang menempel pada gigi dan lama-kelamaan dapat menyebabkan gigi berlubang, responden juga cukup mengetahui proses terjadinya sakit gigi.

Informasi yang diperoleh dari responden tentang perilaku responden terhadap kesehatan gigi dan mulut yaitu pada umumnya mereka akan mengobati sendiri giginya, apabila diobati belum sembuh baru pergi ke Puskesmas atau dokter gigi.

Informasi yang diperoleh dari responden tentang nilai (*value*) yang diberikan oleh masyarakat terhadap fungsi gigi (fungsi mengunyah, fungsi bicara, fungsi estetik) yaitu responden pada umumnya masih menganggap sepele apabila giginya hilang satu atau dua gigi karena mereka tidak merasa terganggu, tetapi apabila yang hilang adalah gigi depan mereka merasa terganggu.

Selain hal tersebut menurut Lapatra (1975), kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan juga dipengaruhi beberapa faktor antara lain: faktor ekonomi, lokasi, aspek sosiologis dan psikologis, sedangkan menurut Zola (1964) dalam Sagala (1996) kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh faktor pendapatan, harga dan nilai waktu (*time cost*).

Keputusan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan menurut Andersen (1968) tergantung komponen predisposisi dan komponen *enabling*. Faktor predisposisi meliputi: demografi yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan; status sosial yaitu pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras dan kesukuan; kepercayaan kesehatan. Faktor *enabling* meliputi: sumber daya keluarga yaitu penghasilan keluarga; sumber daya masyarakat yaitu jumlah sarana pelayanan kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan. Menurut Wan and Soifer (1974) dalam Cockerham (1989) bahwa wanita lebih banyak dalam menggunakan pelayanan kesehatan daripada pria.

Menurut Wirawan (1980), masalah kesehatan pada umumnya dan kesehatan gigi khususnya berasal dari masalah yang terjadi pada individu dan merupakan masalah yang sangat pribadi, maka pendekatan yang memungkinkan adalah melalui pendekatan individu terlebih dahulu. Proses komunikasi terapeutik kesehatan gigi pada penderita pulpitis di klinik dengan melibatkan pemberi pesan dan penerima pesan, maka ini berarti terjadi suatu proses komunikasi interpersonal. Karena keberhasilan upaya preventif gigi hanya dapat dicapai dengan memberikan instruksi dan edukasi pada pasien dalam hal ini sangat tergantung pada efektifitas komunikasi dua arah antara dokter dan pasien.

Komunikasi terapeutik di poli gigi diharapkan terjadi perubahan perilaku dari pasien pulpitis untuk berobat secara teratur hingga paripurna atau patuh untuk berobat gigi sebanyak lima kali kunjungan. Kepatuhan penderita yaitu pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya. Apabila penderita tidak melakukan pengobatan secara teratur dan tidak dilakukan hingga paripurna atau selesai, maka penyakit pulpitis tersebut belum sembuh meskipun rasa sakit sudah hilang. Sedang Yuwono (1985) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik adalah pengiriman informasi kepada penerima informasi dan menimbulkan tingkah laku yang diinginkan. Dengan demikian bahwa komunikasi adalah merupakan suatu proses penyampaian pesan atau informasi dari seseorang kepada orang lain dengan harapan terjadi perubahan perilaku sesuai dengan keinginan pemberi pesan. Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Indriani (2001) bahwa ibu-ibu selama hamil yang diberi perlakuan dengan menggunakan komunikasi terapeutik secara individu tentang materi menetek dini pasca persalinan meningkatkan pengetahuannya secara bermakna.

Komponen komunikasi interpersonal terdiri dari empat komponen yaitu pertama: pemberi pesan (komunikator) yaitu dokter gigi atau si peneliti; kedua: pesan yang disampaikan yaitu berupa nasehat, bimbingan, dorongan, informasi perawatan tentang kesehatan gigi umumnya dan pulpitis pada khususnya; ketiga: bantuan media *leaflet*, *booklet*, model dan poster pesan disampaikan secara tatap muka atau personal dengan metode ceramah, tanya jawab, diskusi, konseling; keempat: penerima pesan yaitu penderita pulpitis (Ellis, Gates, and Neil, 1987). Pada proses komunikasi ini paling tidak akan melibatkan pemberi pesan dan seorang penerima pesan.



Komunikasi ini kebanyakan menggunakan bahasa yang saling dimengerti oleh yang terlibat, baik dengan kata-kata ataupun tulisan (Santoso, 1998). Komunikasi antara dokter dengan pasien dapat melalui komunikasi verbal seperti dalam komunikasi sehari-hari maupun komunikasi non verbal yang dapat dilihat melalui bahasa tubuh (Gondhoyewono dkk, 1994).

Untuk meningkatkan efektifitas komunikasi terapeutik, maka komunikator harus memperhatikan beberapa fase (Departemen Kesehatan RI, 1993) yaitu pertama: fase pra interaksi; kedua: fase pendahuluan merupakan fase orientasi pada pasien dengan persiapan membuka hubungan dengan pasien; ketiga: fase pelaksanaan apabila antara komunikator dengan pasien mulai saling berinteraksi; keempat: fase terminasi yaitu telah terjadi hubungan yang harmonis antara komunikator dan pasien.

Penderita pulpitis yang datang ke poli gigi, selain mendapat komunikasi terapeutik, juga mendapat *booklet* yang berisi informasi tentang penyakit pulpitis, *booklet* dapat dibawa pulang dan diharapkan *booklet* tersebut akan dibaca di rumah. *Booklet* merupakan alat bantu atau media yang berpengaruh terhadap pendidikan kesehatan untuk menyampaikan pesan kesehatan (Notoatmodjo, 1993). *Booklet* juga merupakan salah satu dari komponen komunikasi interpersonal (Ellis, Gates, and Neil, 1987).

## 1.2 Identifikasi Masalah

Karies gigi apabila dibiarkan tanpa perawatan, akhirnya akan menjadi pulpitis, pulpitis apabila tidak segera dirawat, maka pulpa lambat laun akan mati dan membusuk, dan proses radang akan menjalar terus sampai ke tulang alveol, akan

terjadi granuloma dan akhirnya dapat menyebabkan abses. Bakteri pada granuloma maupun abses dapat masuk ke dalam aliran darah sehingga terbawa ke bagian lain dari tubuh. Penyebaran bakteri ke daerah lain akan menimbulkan penyakit seperti pada mata, hidung, jantung, persendian, sakit kepala, penyakit pada saluran pencernaan keadaan ini disebut dengan fokal infeksi.

Berdasarkan laporan kegiatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut kota Surabaya sampai tribulan III tahun 2001 penyakit pulpa menduduki urutan pertama dari semua penyakit gigi yaitu 35,72% dan tindakan pencabutan menduduki presentase paling tinggi 21,37%.

Penderita pulpitis di dalam melakukan perawatan hingga paripurna atau hingga tumpatan tetap di Puskesmas memerlukan kunjungan berulang kali, tetapi kenyataannya pada saat ini mereka lebih senang apabila dilakukan pencabutan atau tidak mau untuk datang lagi apabila keluhan rasa sakitnya hilang. Keberhasilan perawatan dapat tercapai apabila didukung dengan kepatuhan berobat dari penderita pulpitis untuk melakukan perawatan secara paripurna.

Komunikasi terapeutik kesehatan gigi dan pemberian *booklet* tentang penyakit pulpitis pada penderita pulpitis di poli gigi Puskesmas Pucang Sewu selama ini belum pernah dilakukan. Komunikasi terapeutik dan *booklet* diharapkan dapat merubah perilaku dari pasien pulpitis untuk berobat secara teratur hingga paripurna, karena menurut Purwanto (1994) komunikasi merupakan alat yang efektif untuk mempengaruhi tingkah laku manusia.

### 1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah “ Apakah ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap perilaku kepatuhan berobat penderita pulpitis di poli gigi Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya?”.

### 1.4 Tujuan Penelitian

Secara garis besar tujuan penelitian dibagi menjadi dua yaitu tujuan umum dan tujuan khusus penelitian.

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kepatuhan berobat penderita pulpitis di poli gigi Puskesmas Pucang Sewu Kota Surabaya.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Mempelajari karakteristik penderita pulpitis dan beberapa faktor Lain (dukungan keluarga, biaya perawatan, jarak, waktu perawatan)
2. Menganalisis perbedaan pengetahuan penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik.
3. Menganalisis perbedaan sikap penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik.
4. Menganalisis perbedaan pengetahuan dan sikap dari kelompok perlakuan yang diberi komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok kontrol yang diberi *booklet*.

5. Menganalisis perbedaan perilaku kepatuhan berobat dari kelompok perlakuan yang diberi komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok kontrol yang diberi *booklet*.
6. Menganalisis pengaruh pengetahuan, sikap tentang pulpitis terhadap kepatuhan berobat

### **1.5 Manfaat Penelitian**

1. Merupakan bahan masukan dalam melaksanakan intervensi untuk program selanjutnya di bidang promosi dan pendidikan kesehatan gigi dan mulut.
2. Merupakan bahan kajian dalam komunikasi terapeutik di bidang kesehatan gigi dan mulut.
3. Merupakan pengalaman dan menambah wawasan ilmu dalam bidang promosi dan pendidikan kesehatan gigi dan mulut.
4. Penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi lembaga terkait dalam meningkatkan kepatuhan pasien gigi.

## **BAB II**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Komunikasi terapeutik

##### 2.1.1 Pengertian Komunikasi

Pengertian komunikasi adalah pemindahan informasi dari satu orang ke orang lain terlepas percaya atau tidak, tetapi informasi yang ditransfer tentulah harus dimengerti oleh penerima (Purwanto, 1993).

Menurut Burgess dalam Departemen Kesehatan R.I. (1999) komunikasi adalah proses penyampaian informasi dari pengirim ke penerima pesan, sedangkan menurut Yuwono (1985) bahwa komunikasi adalah kegiatan memberikan pengertian yang diinginkan dari pengirim informasi kepada penerima informasi dan menimbulkan tingkah laku yang diinginkan. Komunikasi tidak hanya sekedar saling tukar pikiran serta pendapat saja akan tetapi berlangsung lebih jauh daripada itu yaitu merupakan kegiatan dimana seseorang berusaha merubah pendapat, sikap dan perilaku orang lain (Sunarjo, 1991).

Menurut Uchjana (1988 ) bahwa komunikasi minimal harus mengandung kesamaan makna antara dua pihak yang terlibat, tidak hanya informatif yaitu orang lain mengerti dan tahu, tetapi juga persuasif yaitu orang lain bersedia menerima suatu keyakinan dan suatu perbuatan, sedangkan menurut Purwanto (1994) bahwa ada empat alasan pokok orang berkomunikasi yaitu mengurangi ketidak pastian, memperoleh informasi, menguatkan keyakinan, pengungkapan perasaan.



### 2.1.2 Pengertian dan Tujuan Komunikasi Terapeutik

Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni penyembuhan, disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan (As Homby, 1974 dalam Nurjanah , 2001).

Komunikasi terapeutik adalah suatu proses penyampaian nasihat dari perawat kepada pasien untuk mendukung upaya penyembuhan (Departemen Kesehatan RI, 1993).

Menurut Purwanto (1994) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien, dan komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien.

Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah pertama : kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatnya kehormatandiri; kedua : identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi; ketiga: kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan, hubungan interpersonal, dengan kapasitas memberi dan menerima cinta; keempat: mendorong fungsi dan meningkatnya kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai pribadi yang realistik (Stuart and Sundeen, 1995 dalam Nurjanah , 2001).

Menurut Departemen Kesehatan RI (1993) tujuan dari komunikasi terapeutik adalah untuk menciptakan hubungan yang baik antara petugas kesehatan dan pasien guna mendorong pasien agar mampu meredakan segala ketegangan emosinya dan memahami dirinya serta mendukung tindakan konstruktif terhadap kesehatannya dalam rangka mencapai kesembuhan.

Menurut Purwanto (1993) tujuan komunikasi terapeutik yaitu pertama: membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan; kedua: mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya; ketiga: mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Menurut Stuart dan Sundeen (1991) dalam buku Departemen Kesehatan RI (1999) tujuan dari komunikasi terapeutik adalah 1) untuk membina hubungan terapeutik, sehingga terjadi penyampaian informasi, pertukaran perasaan dan pikiran, 2) mempengaruhi perilaku orang lain, berarti keberhasilan intervensi tergantung pada komunikasi karena proses keperawatan ditujukan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

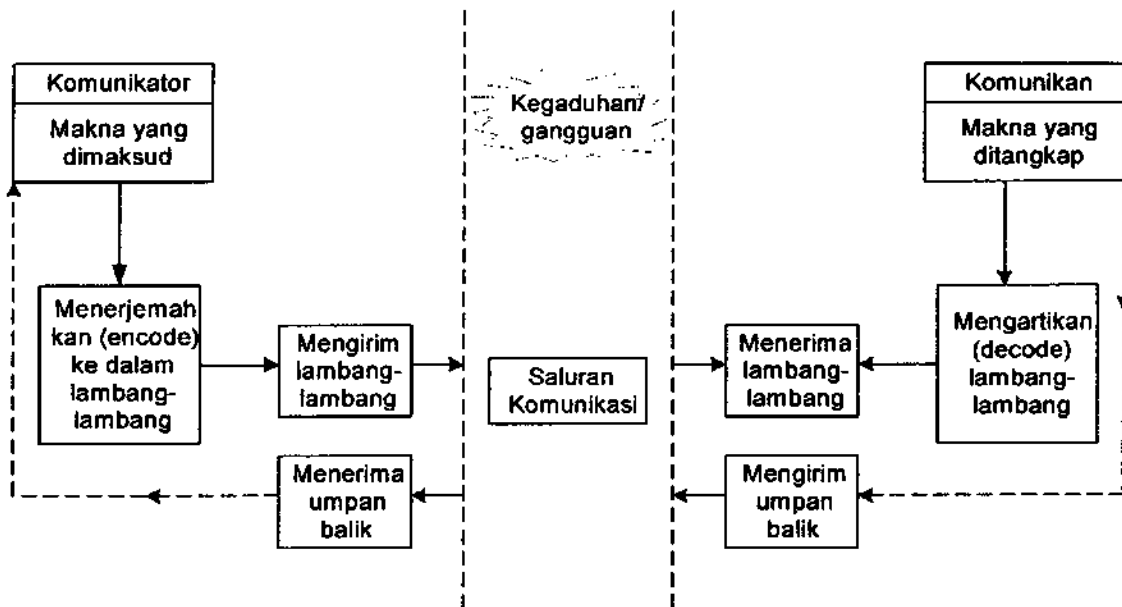
### **2.1.3 Berbagai komponen komunikasi terapeutik**

Menurut Schramm and Porter (1982) pada umumnya komunikasi terapeutik dibagi atas empat komponen yaitu pertama: komunikator yaitu orang yang menyampaikan pesan, kedua: pesan yang disampaikan, ketiga: penerima pesan, keempat: umpan balik (*feed back*) yaitu respons yang diberikan oleh pasien terhadap pesan yang diterimanya. Hal ini juga sesuai menurut (Ellis, Gates and Neil; 1987) bahwa komunikasi terdiri dari pengirim pesan (*encoder*), pesan, penerima pesan (*decoder*) dan umpan balik (*feed back*), sehingga terjadi komunikasi dua arah.



Selanjutnya komponen komunikasi terapeutik adalah:

1. Pemberi pesan (komunikator), di dalam komunikasi terapeutik petugas kesehatan bertindak sebagai komunikator
2. Pesan (*message*) yang disampaikan dalam komunikasi terapeutik dapat berupa: nasehat, bimbingan dorongan, informasi, perawatan, petunjuk. Dalam menyampaikan pesan hendaknya memperhatikan beberapa hal sebagai berikut:
  - a. Pesan yang akan disampaikan
  - b. Pesan harus menggunakan bahasa yang dapat dimengerti dengan mudah oleh pasien
  - c. Pesan yang disampaikan menarik minat pasien
3. Penerima pesan (komunikan), adalah pasien. Pasien menerima nasehat dari petugas, kemudian menganalisis dan menginterpretasikan berdasar pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki oleh pasien.
4. Umpan balik (*feed back*), adalah respons yang diberikan oleh pasien terhadap pesan yang diterimanya. Respons yang diberikan oleh pasien dapat positif atau negatif. Dalam komunikasi non verbal pasien menunjukkan respons positif bila ia sungguh-sungguh mendengar nasehat petugas, namun bila tidak tertarik akan ditunjukkan dengan menguap.



Sumber: Ludlow and Panton (2000)

Gambar 2.1. Komponen dasar komunikasi dengan umpan balik

Umpan balik yang diberikan oleh penerima pesan haruslah dapat diterima dengan baik oleh pengirim pesan atau komunikator. Keterampilan interpersonal termasuk memberikan respons pada apa yang disampaikan oleh pasien dengan cara yang dimengerti oleh pasien tersebut (Niven, 1995).

Menurut Purwanto (1993) komponen dari komunikasi terapeutik adalah 1) sumber proses komunikasi yaitu pengirim dan penerima pesan. Prakarsa berkomunikasi dilakukan oleh sumber ini dan sumber juga menerima pesan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam mengirim, 2) berbagai pesan yang disampaikan dengan menggunakan penyandian baik yang berupa bahasa verbal maupun non verbal, 3) penerima yaitu orang yang menerima pengiriman pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber, sehingga dapat diketahui mengerti tidaknya suatu pesan, 4) lingkungan waktu berkomunikasi berlangsung, yang dalam hal ini meliputi saluran

penyampaian dan penerimaan pesan serta lingkungan alamiah saat pesan disampaikan. Saluran penyampaian pesan melalui indra manusia yaitu : pendengaran, pengecap dan perabaan.

#### **2.1.4 Efektivitas Komunikasi Terapeutik**

Untuk meningkatkan efektifitas komunikasi terapeutik, harus memperhatikan empat fase sebagai berikut :

Fase pra-interaksi, dimulai sebelum kontak klien perawat perlu mengkaji kesiapan diri untuk berinteraksi dengan klien. Tugas pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontak pertama.

Fase pengenalan dan orientasi, dimulai saat pertemuan pertama dengan klien. Tugas pada fase ini adalah pertama: menggali persepsi, perasaan, pikiran dan tindakan klien, kedua: mengidentifikasi masalah klien, ketiga: menetapkan tujuan bersama klien.

Fase kerja, bersama klien menggali ancaman yang mungkin timbul dan meningkatkan kesadaran diri. Perawat membantu klien mengatasi masalah klien dengan memberi informasi atau saran.

Fase terminasi, pada fase ini hubungan intim perawat-klien terbina baik, sehingga sulit untuk memutuskan hubungan, keduanya merasa kehilangan. Oleh karena itu perlu dikaji dan dipersiapkan respons emosi yang mungkin timbul (Departemen Kesehatan RI, 1999).

Panduan kegiatan komunikasi terapeutik menurut Nurjanah, 2001 terlihat pada tabel 2.1

Tabel 2.1 Panduan kegiatan komunikasi terapeutik

FASE	TUGAS
1. Prainteraksi	Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri Mengumpulkan data tentang klien Merencanakan pertemuan pertama dengan klien
2. Orientasi	Memberikan salam dan tersenyum pada klien Melakukan validasi (kognitif, psikomotor dan afektif) Memperkenalkan nama perawat Menanyakan nama panggilan kesukaan klien Menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien Menjelaskan peran perawat dan klien Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan Menjelaskan tujuan Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan Menjelaskan kerahasiaan
3. Kerja	Memberi kesempatan pada klien untuk bertanya Menanyakan keluhan utama Memulai kegiatan dengan cara yang baik Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana
4. Terminasi	Menyimpulkan hasil wawancara Memberikan <i>reinforcement</i> positif Merencanakan tindak lanjut dengan klien Melakukan kontrak waktu Mengakhiri wawancara dengan baik

Selain itu, ada 10 cara meningkatkan efektifitas komunikasi menurut Burgess (1988) dalam buku Departemen Kesehatan RI (1999) yaitu 1) mencoba mencari kejelasan ide sebelum bicara, 2) mengkaji kejelasan tujuan dari tiap bicara, 3) pertimbangan kemampuan fisik secara keseluruhan saat bicara, 4) pikirkan saat bicara isi pesan yang disampaikan, 5) pesan yang disampaikan cukup jelas, 6) mengikuti jalannya komunikasi, 7) bicara untuk besok sama dengan hari ini, 8) menyakinkan tindakan yang dilakukan mendukung komunikasi, 9) konsultasi dengan orang lain, jika perlu, dalam merencanakan komunikasi, 10) mencoba untuk memahami dan dipahami dan menjadi pendengar yang baik.

Menurut Purwanto (1993) komunikasi yang efektif yaitu 1) mempergunakan bahasa yang baik, agar artinya jelas, 2) lengkap agar pesan yang disampaikan dipahami komunikan secara menyeluruh, 3) atur arus informasi sehingga antara pengiriman dan umpan balik seimbang, 4) dengarkan secara aktif, 5) tahan emosi, 6) perhatikan isyarat non verbal.

Berbagai faktor yang menghambat proses komunikasi terapeutik yaitu 1) kemampuan pemahaman yang berbeda, 2) pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu, 3) komunikasi satu arah, 4) kepentingan yang berbeda, 5) memberikan jaminan yang tidak mungkin, 6) memberitahu apa yang harus dilakukan kepada penderita, 7) membicarakan hal-hal yang bersifat pribadi, 8) menuntut bukti serta penjelasan dari pasien mengenai tindakannya, 9) memberikan kritik mengenai perasaan penderita, 10) menghentikan atau mengalihkan pembicaraan, 11) terlalu banyak bicara yang seharusnya mendengarkan saja, memperlihatkan sifat jemu dan pesimis (Purwanto, 1994).

### **2.1.5 Berbagai Teknik Komunikasi Terapeutik**

Untuk menanggapi pesan yang disampaikan oleh klien atau penerima pesan, beberapa teknik komunikasi yang dapat dipergunakan dikutip dari Ellis, dkk (1987), Departemen Kesehatan RI (1993), Stuart et al (1995), Nurjanah (2001):

#### **1. Mendengar (*listening*)**

yaitu merupakan dasar komunikasi, dengan mendengar perawat dapat memahami perasaan pasien. Petugas harus menjadi pendengar yang aktif. Menjadi pendengar yang baik merupakan ketrampilan dasar dalam melakukan hubungan petugas dan

pasien. Selama mendengarkan secara aktif petugas mengikuti apa yang dibicarakan pasien dan memberikan perhatiannya. Petugas memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan pasien. Petugas menunjukkan perhatian bahwa petugas mempunyai waktu untuk mendengarkan.

2. Pertanyaan terbuka (*broad opening*)

yaitu memberi kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya dengan menggunakan kata sendiri atau dapat memberikan informasi yang diperlukan.

3. Mengulangi (*restating*)

yaitu mengulangi isi pikiran atau perasan pasien untuk menegaskan arti pesan yang disampaikan. Apabila isi pikirannya tidak dimengerti maka pasien dapat mengulang kembali apa yang pernah diucapkannya.

4. Klarifikasi

dilakukan jika ungkapan klien meragukan perawat atau tidak jelas.

5. Refleksi

yaitu merefleksi pikiran isi pikiran dan perasan pasien agar pasien mengetahui dan menerima pikiran dan perasaannya. Refleksi ini memberi kesempatan pada pasien untuk memahami sikapnya sendiri, mengerti perasaan, kebingungan, keraguan serta persepsinya yang benar, diungkapkan oleh orang lain dengan caranya sendiri. Teknik ini digunakan untuk membantu pasien dalam mengungkapkan masalahnya agar menjadi lebih jelas. Ketika pasien mengekspresikan perasaan dan idenya, maka petugas sebaiknya menghargai dan menerima serta merefleksikan perasaan dan ide tersebut.

6. Memfokuskan

yaitu membantu pasien bicara dalam suatu topik sehingga masalah yang akan diselesaikan menjadi tuntas. Biasanya teknik ini diperlukan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang suatu masalah.

7. Membagi persepsi (*sharing perception*)

yaitu meminta pendapat pasien tentang hal yang dipikirkan dan dirasakan perawat

8. Membagi persepsi

yaitu petugas mengungkapkan persepsinya tentang pasien dan meminta umpan balik

9. Diam (*silence*)

yaitu memberi kesempatan pada pasien untuk berfikir dan memotivasi pasien untuk bicara. Diam yang positif dan penuh penerimaan merupakan media terapeutik yang sangat berharga karena dapat memotivasi pasien untuk berbicara, mengarahkan isi pikirannya kepada masalah yang dialaminya. Memberi waktu kepada pasien untuk menimbang alternatif tindakan yang perlu dilakukan dan memberi kesempatan untuk merasakan bahwa dirinya diterima seutuhnya, meskipun pasien tetap berdiam diri atau merasa malu, tetapi pasien tetap merasa bahwa dirinya tetap berharga dan diterima. Diam dapat menghambat atau mendorong komunikasi, sehingga petugas harus berhati-hati dalam menggunakan teknik ini.

10. Memberi informasi (*informing*)

yaitu memberi fakta atau informasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien. Bisa juga sebagai suatu cara untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien

sehingga menambah pengetahuan pasien yang berguna baginya untuk mengambil keputusan secara realistis

#### 11. Saran

yaitu memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah pasien. Merupakan teknik komunikasi yang baik bila digunakan pada waktu yang tepat dan cara konstruktif, sehingga pasien bisa memilih.

#### 12. Memberi kesempatan pasien untuk untuk memulai pembicaraan.

Memberi kesempatan pada pasien untuk mengambil inisiatif dalam memilih topik pembicaraan dan menciptakan suasana dimana pasien merasa terlibat penuh dalam suatu pembicaraan. Bila pasien merasa ragu dan tidak pasti tentang perasaannya dalam suatu interaksi, maka petugas dapat mengarahkan pasien.

#### 13. Memberi penghargaan

Memberi penghargaan bukan dalam bentuk benda namun dalam bentuk pujian, menyebut nama dan menghargai pasien sebagai manusia seutuhnya.

## **2.2 Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan**

### **2.2.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan.

Kesehatan menurut WHO (1960) dalam Hanlon (1969) yaitu keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial dan bukan hanya keadaan





penyakit, cacat dan kelemahan, sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan ialah mengubah perilaku individu atau masyarakat di bidang kesehatan (WHO, 1954).

Pendidikan kesehatan adalah proses yang menjembatani jurang antara informasi kesehatan dan praktik kesehatan (Green et al, 1980).

Menurut Notoatmodjo (1999) pendidikan kesehatan adalah kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilakunya untuk mencapai kesehatan secara optimal dengan tujuan mengubah perilaku dari yang merugikan ke arah tingkah laku yang menguntungkan kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan.

Menurut Dignan (1992) pendidikan kesehatan adalah pendidikan yang ditujukan untuk memperoleh pengaruh positif pada kesehatan, meliputi fisik, emosional, sosial dan berbagai nilai tertentu sehingga pendidikan kesehatan secara tepat dapat ditujukan agar terjadi perubahan positif pada salah satu atau beberapa unsur kesehatan yang dimaksud secara terstruktur diarahkan untuk mengubah aspek pengetahuan, sikap dan perilaku.

### **2.2.2 Metoda dan Alat Bantu (media) Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan pada hakekatnya adalah suatu kegiatan usaha menyampaikan pesan kesehatan pada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan dengan baik. Faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan yaitu faktor metode, faktor materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya dan alat bantu (media) .

Metode pendidikan menurut Notoatmodjo (1999) dibagi menjadi dua yaitu 1) metode pendidikan perseorangan yaitu bimbingan atau penyuluhan dan wawancara 2) pendidikan kelompok yaitu ceramah, seminar, diskusi kelompok, curah pendapat, *role play*, simulasi, sedangkan menurut Dignan (1992) metode pendidikan kesehatan dibagi tiga yaitu 1) metode pendidikan individu yaitu konseling, 2) metode pendidikan kelompok yaitu ceramah, seminar, diskusi, *role play*, simulasi, 3) metode pendidikan pada massa yaitu ceramah umum, sinetron, surat kabar.

Selain metode pendidikan juga faktor alat bantu atau media juga berpengaruh terhadap pendidikan kesehatan, dimana alat bantu pendidikan merupakan alat saluran (*channel*) untuk menyampaikan pesan kesehatan bagi masyarakat. Macam-macam alat bantu pendidikan yaitu 1) alat bantu lihat yaitu *text book chart*, poster, *slide*, *leaflet*, *booklet* dan 2) alat bantu dengar yaitu televisi, video, radio (Dignan, 1992).

*Booklet* merupakan salah satu media cetak untuk menyampaikan berbagai pesan kesehatan dalam bentuk buku, baik tulisan maupun gambar. Keuntungan menggunakan *booklet* untuk penyampaian pesan yaitu menarik perhatian, sasaran lebih banyak, lebih efektif dan efisien. Kekurangan menggunakan *booklet* yaitu kemungkinan timbulnya salah persepsi lebih besar, kesulitan dalam persepsi atau penerimaan sasaran tidak dapat segera diketahui, memerlukan rancangan yang matang dan perancang yang ahli, kurang cocok untuk masyarakat sasaran yang buta huruf (Notoatmodjo dkk, 1989).

### 2.2.3 Pengertian Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan faktor terbesar kedua setelah faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan individu, kelompok atau masyarakat (Blum, 1974 dalam Notoatmodjo, 1997).

Perilaku manusia merupakan hasil daripada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sarwono, 1993).

Apabila perilaku dipandang dari segi biologis adalah suatu kegiatan dan segala aktivitas organisme yang bersangkutan dan perilaku pada manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas daripada manusia itu sendiri.

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respons seseorang (*organisme*) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan, yang mempunyai dua unsur pokok yaitu respons dan stimulus. Respons atau reaksi manusia, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau praktis). Stimulus atau rangsangan terdiri dari empat unsur, yaitu : sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan (Notoatmodjo, 1997).

Ahli sosiologi pertama kali mulai meneliti perilaku kesehatan yaitu sebagai suatu aktivitas yang dilakukan oleh seseorang yang percaya diri sehat untuk tujuan mencegah masalah kesehatan (Kasl et al, 1966).

#### 2.2.4 Domain Perilaku Kesehatan

Perilaku manusia itu sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Bloom (1956) seorang ahli pendidikan membagi perilaku itu kedalam tiga domain yaitu *cognitive* (kognitif), *affective* (afektif), dan *psychomotor* (psikomotor). Dalam perkembangan selanjutnya oleh para ahli pendidikan, dan untuk kepentingan pengukuran hasil pendidikan, ketiga domain diukur dari pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan praktek atau tindakan (*practice*) (Usman, 2000).

Pengetahuan merupakan hasil, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu dan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. (Notoatmodjo, 1997). Menurut Dignan (1992) kognitif meliputi pengetahuan, ketrampilan berkomunikasi dan kemampuan mengolah informasi secara internal.

Sikap adalah merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau obyek (Notoatmodjo, 1997). Tujuan afektif yang berhubungan dengan perasaan, emosi, sistem nilai dan sikap hati (*attitude*) yang menunjukkan penerimaan atau penolakan (Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1997).

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*), untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, misalnya fasilitas (Notoatmodjo, 1997).

Tindakan adalah suatu perbuatan nyata individu (*overt behavior*) dan untuk dapat melakukan tindakan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang

memungkinkan untuk individu dalam melakukan tindakan, diantaranya: biaya, fasilitas, waktu dan dukungan dari pihak lain.

Menurut Notoatmodjo (1993), perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktifitas dari manusia itu sendiri atau suatu respons seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek tersebut. Perilaku tersebut dapat diklasifikasikan menjadi:

1. Perilaku pasif (*covert behavior*) yang merupakan respons internal yang terjadi dalam diri manusia dan tidak dapat diamati misalnya: pengetahuan, berpikir, tanggapan dan persepsi.
2. Perilaku aktif (*overt behavior*) merupakan respons eksternal dan dapat diobservasi secara nyata karena perilaku itu sudah tampak dalam bentuk tindakan nyata, misalnya bicara, bereaksi dan berjalan.

Uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan dan sikap adalah respons seseorang terhadap rangsangan yang bersifat tersembunyi (*covert behavior*), sedangkan tindakan nyata seseorang merupakan *overt behavior*.

### 2.2.5 Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku adalah merubah berbagai perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan atau dari perilaku negatif ke perilaku positif (Notoatmodjo, 2000). Perilaku manusia hendaknya disadari bahwa dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling berpengaruh satu dengan yang lain, karena itu sulit untuk menentukan mana yang menjadi sebab dan mana yang menjadi penyebab.

Ada beberapa teori perubahan perilaku yang berpengaruh terhadap status kesehatan.

### 2.2.5.1 Teori Green (1980)

Kesehatan individu atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku. Selanjutnya faktor perilaku ditentukan oleh tiga kelompok faktor : faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor pendorong. Faktor predisposisi (*predisposing factors*) mencakup pengetahuan individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan berbagai unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat. Faktor pendukung (*enabling factors*) ialah tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, sedangkan faktor pendorong (*reinforcing factors*) ialah sikap dan perilaku petugas kesehatan. Green menyatakan bahwa pendidikan kesehatan mempunyai peranan penting dalam mengubah atau menguatkan ketiga kelompok faktor itu agar searah dengan tujuan kegiatan sehingga menimbulkan perilaku positif dari masyarakat terhadap program tersebut dan terhadap kesehatan pada umumnya.

### 2.2.5.2 Teori Snehendu B. Kar (1983)

Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari : niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behavior intention*), dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*), ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessability of information*), otonomi pribadi orang yang bersangkutan dalam hal mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*), situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*).

Uraian di atas dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(BI, SS, AI, PA, AS)$$

$B = Behavior$

$f = fungsi$

$BI = Behavior intention$

$SS = Social Support$

$AI = Accessibility of Information$

$PA = Personal Autonomy$

$AS = Action situation$

Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap obyek kesehatan, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan atau bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku atau bertindak atau tidak berperilaku atau tidak bertindak.

#### 2.2.5.3 Teori WHO (1984)

Tim kerja ahli dari WHO menganalisis bahwa yang menyebabkan seseorang berperilaku karena adanya empat faktor atau alasan pokok, yaitu :1) pemikiran dan perasaan (*thoughts of feeling*), dimana meliputi pengetahuan (*knowledge*), kepercayaan (*belief*), sikap (*attitude*), nilai-nilai (*values*), 2) orang penting sebagai referensi (*references*), dimana individu akan mengikuti perilaku orang yang dianggap penting bagi dirinya dalam mengatasi kesehatan, 3) sumber-sumber daya (*resources*), sumber daya ini meliputi waktu, uang, tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan, 4)

kebudayaan (*culture*), yaitu perilaku normal, kebiasaan, nilai-nilai dan penggunaan sumber-sumber di dalam masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup.

Secara sederhana dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$B = f(TF, PR, R, C)$$

B = *Behavior*

F = *fungsi*

TF = *thoughts of feeling*

PR = *personal references*

R = *resources*

C = *culture*

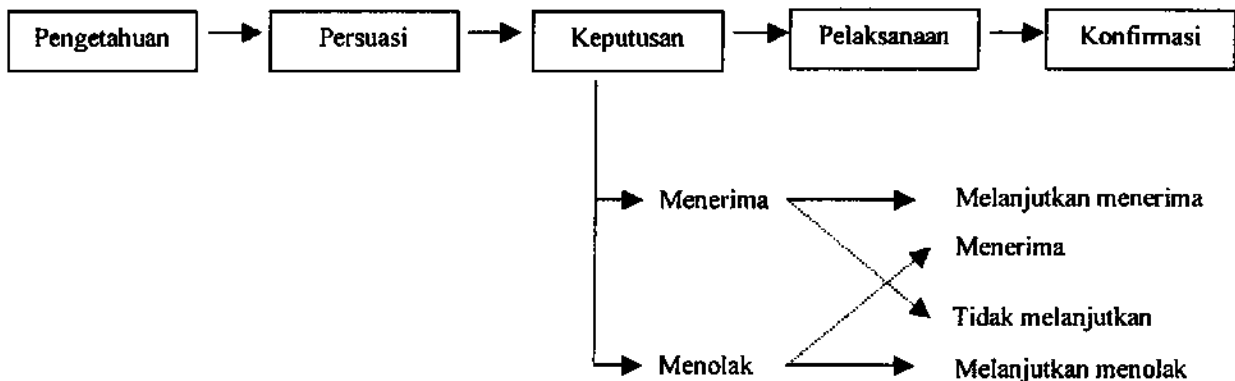
Disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan atau fungsi dari pemikiran dan perasaan seseorang, adanya orang lain yang dijadikan referensi, dan berbagai sumber fasilitas atau fasilitas yang dapat mendukung perilaku dan kebudayaan masyarakat.

#### 2.2.5.4 Teori Diffusi Inovasi (*Diffusion of Innovation*)

Teori ini diperkenalkan oleh Rogers dan Shoemaker (1971) dimana keputusan inovasi mengikuti lima tahap yaitu: tahap pengetahuan (*knowledge*), tahap pertimbangan (*persuasion*), tahap pengambilan keputusan (*decision*), tahap pelaksanaan (*implementation*), tahap penguatan (*confirmation*). Pada tahap pengambilan keputusan, suatu inovasi dapat diterima (*adaption*) dan dapat juga ditolak (*rejection*). Setelah diterima dapat saja inovasi tetap diterima (*continuous adaption*), bahkan dapat ditolak kembali (*rejection*), demikian juga jika pada awalnya



inovasi ditolak pada perkembangan selanjutnya tetap ditolak (*continous rejection*) atau dapat juga akhirnya diterima (*free adoption*).



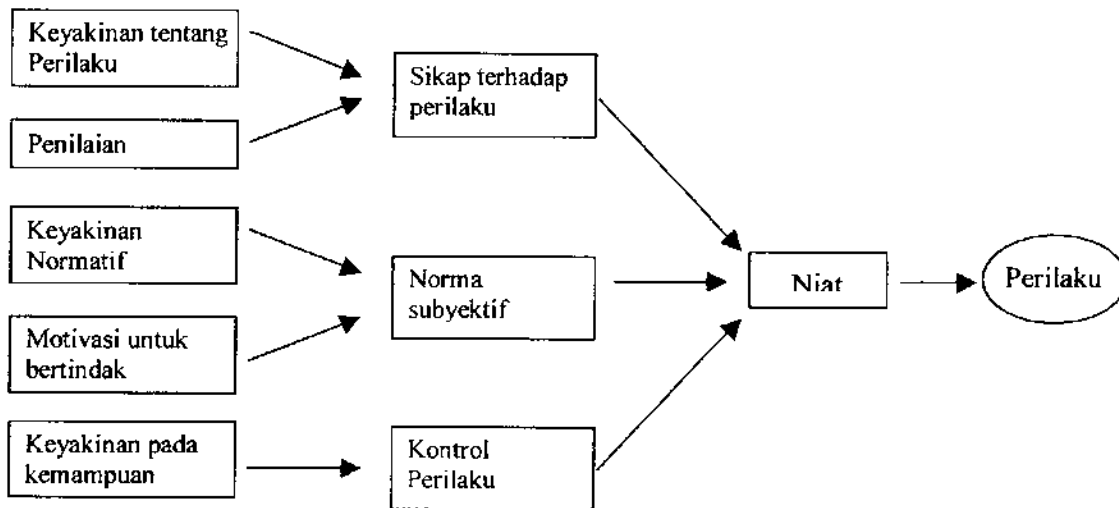
Sumber: Rogers 1997

Gambar 2.2 Teori Difusi Inovasi

#### 2.2.5.5 Teori Aksi Beralasan (*Theory of Reasoned Action*) dan Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*).

Fishbein dan Ajzen (1980) dalam Glanz et al (1997) menegaskan bahwa niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Teori ini menunjukkan bahwa niat untuk melakukan suatu perilaku ditentukan oleh: 1) sikap terhadap perilaku dan 2) norma subyektif. Dimana sikap terhadap perilaku ditentukan oleh keyakinan seseorang bahwa setiap perilaku menimbulkan hasil tertentu dan penilaian akan hasil tersebut. Sedangkan norma subyektif ditentukan oleh keyakinan seseorang bahwa individu atau kelompok tertentu berpikir apakah ia melakukan suatu perilaku tertentu atau tidak, dan motivasi untuk bertindak.

Ajzen (1988) menyempurnakan Teori Aksi Beralasan dengan menambahkan kontrol perilaku, disebut dengan Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*). Kontrol perilaku yaitu keyakinan pada kemampuan yang bersangkutan untuk melaksanakan perilaku, misalnya kesempatan dan hambatan yang berkaitan dengan perilaku.



Sumber: Glanz dkk, 1997

Gambar :2.3 Teori Perilaku Terencana

#### 2.2.5.6 Model Komunikasi-Persuasi (*Communication-Persuasion Model*)

Mc Guire (1964) dalam Graeff et al (1996) menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan tergantung pada berbagai input atau stimulus serta output atau tanggapan terhadap stimulus. Menurut model Komunikasi perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prekondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan

berbagai perilaku yang lain. Variabel input meliputi: sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampai dan karakteristik penerima dan tujuan pesan tersebut. Variabel output merujuk pada perubahan kognitif seperti pengetahuan, sikap, pembuatan keputusan.

#### 2.2.5.7 Model Bertahap (*Model Transtheoretic*)

Konsep ini pertama kali dikenalkan oleh Prochaska dkk (1979) dimana model ini melalui enam tahap yaitu: 1) prekontemplasi (*precontemplation*) dimana seseorang belum memikirkan sebuah perilaku sama sekali, 2) kontemplasi (*contemplation*) seseorang mulai memikirkan sebuah perilaku, tetapi belum siap untuk melakukannya, 3) persiapan (*preparation*) seseorang menaruh perhatian untuk segera mengambil tindakan, 4) aksi (*action*) yaitu bila seseorang telah telah melakukan perubahan perilaku, 5) pemeliharaan (*maintenance*) yaitu dimana seseorang berusaha untuk mencegah kambuh kembali, 6) akhir (*termination*) mengaplikasikan beberapa perilaku.

#### 2.2.5.8 Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Rosenstock (1982) menyatakan Model Kepercayaan Kesehatan yaitu perilaku individu dilakukan oleh motif dan kepercayaannya, tanpa mempedulikan apakah motif dan kepercayaannya itu sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain apa yang baik untuk individu tersebut.

Model kepercayaan kesehatan ini mencakup lima unsur yaitu: 1) persepsi individu tentang kemungkinannya terkena suatu penyakit (*perceived susceptibility*)

dimana mereka merasa dapat terkena penyakit tersebut akan lebih cepat terancam, 2) pandangan individu tentang beratnya penyakit tersebut (*perceived seriousness*), yaitu resiko dan kesulitan apa saja yang akan dialaminya dari penyakit tersebut, 3) makin berat resiko suatu penyakit maka makin besar kemungkinannya individu itu terserang penyakit tersebut dan makin besar ancamannya (*perceived threats*), ancaman ini mendorong individu untuk melakukan tindakan pencegahan atau penyembuhan penyakit, 4) petugas kesehatan memberikan alternatif tindakan, individu dapat menerimanya atau menghindarinya (*perceived benefits and barriers*), 5) untuk memutuskan menerima atau menolak alternatif tindakan tersebut maka perlu faktor pencetus (*cues to action*) yang dapat datang dari dalam individu (munculnya beberapa gejala penyakit) ataupun dari luar (nasihat orang lain).

### **2.3 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis**

Kepatuhan atau ketaatan adalah tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh yang lain (Sarafino, 1990 dalam Smet, 1994). Perilaku kepatuhan untuk berobat lebih rendah untuk penyakit kronis, karena tidak ada akibat buruk yang segera dirasakan atau resiko yang jelas (Smet, 1994). Tingkat ketaatan rata-rata minum obat untuk menyembuhkan kesakitan akut dengan pengobatan jangka pendek adalah sekitar 78%, untuk kesakitan kronis dengan cara pengobatan jangka panjang, tingkat tersebut menurun sampai 54% (Sarafino, 1990). Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat ketidaktaatan: misalnya, informasi dengan pengawasan yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter,

ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan oleh dokter (Schwartz and Griffin, 1989 dalam Smet, 1994).

Menurut Kelman (1958) perubahan sikap dan perilaku individu dimulai dengan tahap kepatuhan (*compliance*), identifikasi, kemudian baru menjadi internalisasi. Mula-mula individu mematuhi anjuran atau instruksi petugas secara terpaksa untuk melakukan tindakan tersebut dan seringkali karena ingin menghindari hukuman atau sanksi jika dia tidak patuh, atau memperoleh imbalan yang dijanjikan jika dia mematuhi anjuran tersebut. Tahap ini disebut tahap kepatuhan (*compliance*).

Kepatuhan individu yang berdasarkan rasa terpaksa atau ketidakpahaman tentang pentingnya perilaku yang baru itu, dapat disusul dengan kepatuhan yang berbeda jenisnya, yaitu kepatuhan demi menjaga hubungan baik dengan petugas kesehatan atau tokoh yang menganjurkan perubahan tersebut (*change agent*), proses ini disebut identifikasi.

Perubahan perilaku individu baru dapat menjadi optimal jika perubahan tersebut terjadi melalui proses internalisasi dan perilaku yang baru itu dianggap bernilai positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan banyak nilai lain dari hidupnya.

Kepatuhan berobat pada penderita pulpitis di Puskesmas yaitu penderita pulpitis melaksanakan cara pengobatan yang disarankan oleh dokternya, dimana penderita pulpitis mau datang ke Puskesmas hingga lima kali kunjungan untuk mendapatkan perawatan hingga paripurna atau hingga tumpatan tetap.

Menurut penelitian Abrahams et al (1986) dalam Januar (1997) mengenai hubungan antara kepuasan penderita dengan kepatuhan berobat, beberapa penelitian

lain juga menghasilkan korelasi yang signifikan antara kepuasan berobat dengan tingkat utilisasi pelayanan kesehatan gigi serta kembalinya penderita untuk melanjutkan perawatan. Teori yang dikembangkan oleh Andersen (1968) yaitu *Andersen's Behavioral Model of Health Service Utilization* dalam teori ini keputusan seseorang untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan bergantung pada:

1. Komponen predisposisi, yang merupakan kumpulan faktor yang menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan. Komponen ini dibagi menjadi tiga, yaitu:
  - a Demografi, meliputi: usia, jenis kelamin, status perkawinan
  - b Struktur sosial, meliputi: jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras dan kesukuan
  - c Kepercayaan kesehatan (*health belief*), merupakan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, dokter dan penyakit.
2. Komponen pendukung yaitu suatu kondisi atau keadaan yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan. Komponen ini dibagi menjadi dua, yaitu:
  - a Sumber daya keluarga, meliputi: penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan.
  - b Sumber daya masyarakat, meliputi: jumlah sarana kesehatan, jumlah tenaga kesehatan.
3. Komponen kebutuhan (*need*), merupakan komponen yang paling langsung berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

#### **2.4 Peran Komunikasi Terapeutik dalam Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis**

Komunikasi interpersonal adalah hubungan antara seseorang dengan orang lain, dimana hubungan tersebut dapat menimbulkan dampak positif atau dampak negatif atau bersifat biasa saja. Dalam materi ini komunikasi interpersonal yang dimaksud adalah hubungan antara dokter gigi dengan pasiennya. Seorang dokter gigi hendaknya dapat menjadi komunikator yang baik terhadap pasiennya sehingga akan membantu proses penyembuhan pada penyakit pasiennya (Gondhoyowono dkk., 1994). Karena keberhasilan perawatan kesehatan gigi pada pasien, selain dituntut keahlian teknik profesional seorang dokter gigi, juga kemampuan non teknis berupa keahlian berkomunikasi dalam menghadapi pasiennya.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi interpersonal antara pemberi pesan dan penerima pesan dalam upaya penyembuhan. Pemberian informasi yang merupakan bagian dari pendidikan terhadap pasien menghasilkan suatu komunikasi antara dokter-pasien yang terbuka. Hubungan demikian akan membangun kepercayaan dan meredakan kegelisahan dan tindakan dokter untuk menentramkan hati pasien merupakan landasan bagi kesediaan pasien menerima informasi mengenai perawatan endodontik (Grossman et al, 1988). Setelah melakukan komunikasi terapeutik diharapkan penderita pulpitis dapat menerima informasi yang diperoleh dari dokter sehingga mau melakukan perawatan gigi hingga paripurna. Pada penyakit pulpitis dikatakan sembuh apabila penderita pulpitis mendapatkan perawatan endodontik hingga paripurna, oleh karena itu untuk mendapatkan penyembuhan penyakit pulpitis maka diperlukan ketaatan atau kepatuhan berobat pasien.

## 2.5 Pulpitis

Pulpa adalah organ formatif gigi yang membentuk dentin primer selama perkembangan gigi, dentin sekunder setelah erupsi, dan dentin reparatif sebagai respons terhadap stimuli selama odontoblas tumbuh (Grossman et al, 1988).

Pulpitis merupakan suatu peradangan jaringan pulpa gigi yang disebabkan oleh berbagai faktor hidup seperti kuman, jamur dan virus atau faktor lain seperti mekanis, termis, kimia dan radiasi (Grossman, 1981). Sedangkan radang mempunyai arti suatu respons jaringan hidup terhadap cedera, yang meliputi perubahan progresif jaringan, berupa kerusakan jaringan (Lin, 1981).

Pulpitis adalah proses radang yang terjadi pada jaringan pulpa gigi yang dapat mencerminkan gambaran klinik yang akut atau kronis, dan dapat berupa proses radang akibat infeksi atau trauma yang bisa mengenai sebagian atau seluruh jaringan pulpa (Grossman et al, 1988).

Pulpitis merupakan kelanjutan dari proses karies. Karies gigi merupakan kelainan yang mengenai jaringan keras gigi dan bila tidak dihilangkan akan berlanjut ke dalam dan akhirnya mengenai pulpa (Finn, 1973). Terjadinya karies sebagai akibat langsung dari aktivitas metabolisme bakteri kariogenik yang terdapat di dalam plak gigi. Karbohidrat dan berbagai enzim dari mikroorganisme yang ada pada plak gigi merupakan penyebab langsung terjadinya karies gigi (Ashley and Wilson, 1977).

Menurut Newburn (1977) bahwa karies gigi disebabkan oleh tiga faktor yang harus berada secara bersamaan di dalam mulut yaitu: gigi, mikroorganisme, substrat atau makanan dan waktu. Keempat faktor tersebut saling berinteraksi dalam timbulnya karies gigi sehingga karies gigi disebut dengan *multifactorial disease*.



Kelainan pulpitis memberikan symptom tertentu dibandingkan dengan kasus gigi yang lain, yaitu keluhan rasa sakit khususnya pada pulpitis memegang peranan utama yaitu *specific dental pain* (Grossman et al, 1988).

Menanggulangi suatu keadaan akut pada pulpa, dokter gigi harus dapat menegakkan diagnosis yang dapat menunjang keberhasilan dalam menaggulangi keadaan akut. Suatu tindakan yang salah dapat menambah parah keadaan sehingga menghilangkan kepercayaan pasien. Di pihak lain suatu tindakan yang tepat akan meredakan rasa sakit dengan cepat, dan akan mempersingkat prosedur perawatan secara keseluruhan (Usman , 1996).

Rencana perawatan untuk pulpitis dengan melakukan perawatan endodontik Tujuan perawatan endodontik adalah mengembalikan keadaan gigi yang sakit agar dapat diterima secara biologik oleh jaringan sekitarnya. Beberapa jenis perawatan endodontik menurut Grossman, 1988 yaitu (1) *pulp capping* ialah perawatan jaringan pulpa sehat yang terbuka atau hampir terbuka dengan cara memberikan perlindungan pulpa dengan obat-obatan sehingga jaringan pulpa tetap vital dan sehat, (2) pulpotomi atau amputasi pulpa vital ialah perawatan pulpa dengan memotong dan membuang pulpa yang terinfeksi dalam ruang pulpa, sehingga jaringan pulpa yang ditinggalkan dalam saluran akar tetap vital dan sehat, diutamakan pada gigi muda yang akarnya belum selesai tumbuh dan dengan perawatan ini akar diharapkan dapat menyelesaikan pertumbuhannya, (3) mumifikasi atau amputasi *devitalized pulp* ialah membuang pulpa dari ruang pulpa dan meninggalkan jaringan pulpa saluran akar dalam keadaan tidak vital dan aseptis, (4) pulpektomi ialah pembuangan jaringan

pulpa vital secara menyeluruh dari ruang pulpa dan mengisinya lagi dengan bahan pengisi saluran akar.

### 2.5.1 Etiologi Pulpitis

Sebab-sebab penyakit pulpa adalah fisis, kimiawi, dan bakterial (Grossman et al, 1988). Kebanyakan pulpitis disebabkan oleh mikroorganisme dan pada umumnya merupakan kelanjutan dari proses karies (Roitt and Lehner, 1980, Lowler et al, 1987, Kim and Trowbridge, 1994). Keradangan pulpa atau pulpitis bisa terjadi akibat adanya jejas yang dapat menimbulkan iritasi pada jaringan pulpa. Jejas tersebut dapat berupa jasad hidup dan jasad tidak hidup. Jejas yang berupa jasad hidup adalah mikroorganisme, sedang jejas yang berupa jasad tidak hidup adalah berupa faktor fisik, kimia, dan kuman (Grossman et al, 1988).

Karies gigi adalah suatu penyakit dari jaringan keras gigi dan ditandai dengan kerusakan jaringan tersebut, yang dimulai dari permukaan gigi pada daerah yang mudah diserang pit, fissure dan kontak proksimal dan terus berlanjut kearah pulpa (Brauer, 1964). Sedangkan menurut Finn (1967) bahwa lesi primer dari karies gigi dimulai pada permukaan gigi, bila lesi ini tidak segera diberi suatu restorasi maka akan berlanjut ke dalam pulpa. Permulaan lesi karies sering dijumpai di permukaan gigi, oleh karena tempat tersebut mudah sekali tertimbun sisa-sisa makanan dan mikroorganisme. Mikroorganisme yaitu *streptococcus mutant* yang berada pada permukaan gigi dapat menimbulkan kerusakan dari struktur gigi meliputi enamel dan dentin akibat produk kuman yang berupa asam laktat dan enzim proteolitik (Kim and Trowbridge, 1994). Lapisan enamel yang tertutup oleh sisa makanan atau plak dapat

merupakan tempat yang nyaman untuk tumbuhnya mikroorganisme yang berasal dari rongga mulut, bilamana keadaan ini berlangsung lama akan menyebabkan rusaknya lapisan enamel gigi. Sejak lapisan enamel mulai terluka, jaringan dentin dan jaringan pulpa yang terlindung di bawahnya akan menjadi peka terhadap jejas (Widodo, 1997). Jadi pulpitis diawali dari karies gigi, biasanya diawali dengan terjadinya demineralisasi pada lapisan enamel. Enamel menjadi keropos dan lambat laun akan terjadi lubang pada permukaan gigi. Tanpa perawatan, proses karies berjalan terus, menjalar ke lapisan dentin dan akhirnya sampai ke jaringan pulpa. Apabila telah sampai pada jaringan pulpa maka jaringan pulpa akan mengalami suatu peradangan yang disebut dengan pulpitis.

### **2.5.2 Klasifikasi Pulpitis**

Klasifikasi penyakit pulpa lebih didasarkan pada gejala dan temuan klinis daripada hanya atas temuan histopatologis, karena korelasi antara temuan histologis dan penyakit pulpa serta gejalanya adalah sedikit (Walton and Torabinejad, 1996). Untuk membuat klasifikasi penyakit pulpa secara tepat seringkali dihadapkan pada kesulitan, karena adanya banyak variasi yang terjadi pada stadium peralihan dari tingkatan proses radang jaringan pulpa. Gejala yang tumpang tindih seringkali terjadi sehingga sulit untuk menentukan klasifikasinya, dan sampai saat ini belum ada klasifikasi penyakit pulpa secara lengkap (Seltzer and Bender, 1990).

Klasifikasi penyakit pulpa menurut (Grossman et al, 1988) yaitu :1) pulpitis reversibel akut dan kronis, 2) pulpitis irreversibel akut dan kronis, 3) degenerasi pulpa, 4) nekrosis. Sedangkan menurut Departemen Kesehatan RI (2000) penyakit

pulpa dan periapikal (1502) terdiri dari hyperemi pulpa, pulpitis, nekrosis, degenerasi pulpa, periodontitis apikalis, abses periapikal akut berasal dari pulpa. Jadi diagnose pulpitis di Puskesmas dalam laporan Laporan Bulanan 1 masuk di dalam kode 1502.

Pulpitis reversibel adalah suatu kondisi inflamasi pulpa ringan sampai sedang yang disebabkan oleh stimuli, tetapi pulpa mampu kembali pada keadaan tidak terinflamasi setelah stimuli ditiadakan.

Pulpitis irreversibel adalah suatu kondisi inflamasi pulpa yang persisten, dapat simtomatik dan asimtomatik yang disebabkan oleh suatu stimuli. Pulpitis irreversibel akut menunjukkan rasa sakit yang biasanya disebabkan oleh stimuli panas atau dingin, atau rasa sakit yang timbul spontan. Rasa sakit bertahan untuk beberapa menit sampai berjam-jam, dan tetap ada setelah stimuli termal dihilangkan.

### 2.5.3 Diagnosis pulpitis

Pengertian diagnosis dari suatu penyakit dalam bidang klinik adalah hasil kesimpulan dari kumpulan tanda dan gejala klinik yang didapatkan (*symptom and sign*) (Cohen and Burn, 1994). Keakuratan nilai diagnosis tergantung pada hasil sintesis dari pengetahuan ilmiah, pengalaman dan ketrampilan klinik, intuisi, dan hasil pemikiran akal sehat, sedang perawatan yang benar harus didahului dengan diagnosis yang benar (Grossman et al, 1988).

Berbagai hal yang perlu diperhatikan dalam menegakkan diagnosis pulpitis adalah keluhan utama penderita, riwayat kesehatan umum, pemeriksaan obyektif, pemeriksaan radiografis (Walton and Torabinejad, 1996). Pemeriksaan obyektif dengan melakukan pemeriksaan klinik seperti pemeriksaan vitalitas pulpa, perkusi,

tekanan, palpasi jaringan sekitar gigi dan derajat kegoyangan gigi (Gardjito, 1976; Soemarijah, 1975). Tetapi yang dilakukan di Puskesmas tanpa pemeriksaan radiologik. Hasil analisis pemeriksaan yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan mengenai kondisi jaringan pulpa, prognosis untuk melakukan perawatan, dan sekaligus menentukan kemungkinan restorasi yang akan dilakukan selanjutnya (Grossman et al, 1988).

#### **2.5.4 Perawatan pulpitis di Puskesmas**

Usaha mempertahankan gigi yang telah dilakukan diagnosis pulpitis yaitu dengan melakukan perawatan endodontik yang merupakan perawatan bagian dalam dari gigi dan jaringan periapikal yang disebabkan oleh pulpa gigi. Dalam perawatan endodontik dapat dilakukan perawatan endodontik konvensional dan perawatan endodontik bedah. Beberapa macam jenis perawatan endodontik menurut Grossman, (1988) yaitu *pulp capping*, pulpotomi atau amputasi pulpa vital, mumifikasi atau *devitalized pulp*, dan pulpektomi. Perawatan endodontik merupakan upaya pencegahan atau preventif pada tingkatan tersier yaitu pencegahan kerusakan lebih lanjut yang dilakukan oleh seorang dokter gigi pada penderita pulpitis. Preventif untuk penyakit gigi ada lima tingkat seperti terlihat pada tabel 2.2 ( Dunning dalam Jong, 1981).

Tabel 2.2 Karies gigi: Tindakan pencegahan dalam kedokteran gigi oleh perseorangan, masyarakat dan dokter gigi.

<i>Levels of preventive services</i>	<i>Primary</i>	<i>Secondary</i>	<i>Tertiary</i>		
<i>Preventive services</i>	<i>Health Promotion</i>	<i>Specific protection</i>	<i>Early diagnosis and prompt treatment</i>	<i>Disability limitation</i>	<i>Rehabilitation</i>
Individu	a. Mengatur diet b. Kontrol ke dokter gigi secara rutin	a. Menggunakan fluor secara tepat : - Fluor dalam air minum - Fluor dalam pasta gigi b. Membersihkan gigi	Kontrol dokter gigi	Pergi ke dokter gigi	Pergi ke dokter gigi
Masyarakat	a. Program DHE b. Promosi hasil penelitian c. Upaya pendekatan	a. Pemberian fluor pada air minum anak sekolah. b. Program menggunakan air kumur yang mengandung fluor pada anak sekolah c. Program pemberian tablet fluor pada anak sekolah	a. Pemeriksaan gigi secara rutin b. Menyediakan sarana untuk pelayanan gigi	Menyediakan sarana untuk pelayanan gigi	Menyediakan sarana untuk pelayanan gigi
Dokter gigi	a. Pendidikan pasien b. Program kontrol plak c. Konseling diet makanan d. Melakukan test untuk mengetahui karies gigi secara dini	a. Topikal apikasi b. Memberi tambahan fluor dengan resep c. Propilaksis fuor pada pasta gigi	a. Pemeriksaan secara lengkap b. Pengobatan yang memadai pada lesi awal c. Restorasi gigi sederhana d. <i>Pulp capping</i>	a. Restorasi gigi b. Pulpotomi c. Perawatan akar gigi d. Pencabutan	a. <i>Removable dan fixed proshodontic</i> b. <i>implants</i>

Prinsip perawatan pulpitis di Puskesmas yaitu dengan melakukan perawatan mummifikasi oleh karena adanya keterbatasan sarana dan fasilitas. Mumifikasi yaitu membuang pulpa dari ruang pulpa dan meninggalkan jaringan pulpa saluran akar dalam keadaan vital dan aseptis. Perawatan mumifikasi ini seharusnya tidak dipergunakan lagi untuk perawatan endodontik, karena prinsip perawatan sudah tidak sesuai lagi yaitu jaringan mati yang ditinggalkan merupakan *locus minorus resistentiae* yang kemudian dapat menjadi fokus infeksi (Akbar, 1987). Selain itu bahan untuk mematikan pulpa yaitu arsen, apabila dalam penggunaannya tidak hati-hati dapat merusak jaringan lunak dan tulang sekitar gigi dan akhirnya menjadi nekrosis. Sampai saat ini masih banyak digunakan untuk perawatan endodontik di Puskesmas, karena tahap perawatannya yang lebih sederhana yaitu tanpa melakukan anestesi pada saat pengambilan jaringan pulpa, sehingga penderita tidak merasa sakit atau takut untuk dianestesi.

Adapun perawatannya tergantung pada dua hal yaitu (1) bila pasien datang dalam keadaan akut, diredakan dulu dengan pemberian obat baik secara lokal terhadap kariesnya, maupun secara oral atau sistemik. Baru tahap selanjutnya bila sudah tidak ada keluhan, dilakukan devitalisasi pulpa gigi tersebut, (2) bila penderita datang tanpa keluhan, sesuai dengan diagnosisnya maka langsung devitalisasi pulpa.

Tahap-tahap perawatan mumifikasi pada perawatan pulpitis di Puskesmas memerlukan minimal lima kali perawatan hingga paripurna yaitu tumpatan tetap. Adapun perawatan pulpitis sesuai dengan tahapnya adalah sebagai berikut :

Tahap I : Ada dua golongan berdasarkan keluhannya yaitu: golongan I apabila pasien datang disertai keluhan spontan rasa sakit, maka rasa sakit tersebut harus

diredakan dahulu dengan obat *relief of pain*, setelah itu pasien dipesan untuk datang lagi pada tahap berikutnya; golongan II bila pasien datang tidak disertai keluhan sakit, maka dapat langsung dilakukan pengobatan dengan mematikan pulpa yaitu dengan obat arsen, setelah itu pasien dipesan untuk datang lagi.

Tahap II : Bila penderita datang tanpa keluhan baik subyektif maupun klinis, dilakukan pengambilan jaringan pulpa dalam cavum dentis, untuk mencegah tertinggalnya jaringan pulpa maka diperlukan pencucian ruang pulpa, kemudian diberi obat untuk sterilisasi yaitu dengan obat CHKm dan Cresophen secara bergantian. Selanjutnya pasien dipesan untuk datang lagi pada tahap selanjutnya.

Tahap III : Pada tahap ini dilakukan sterilisasi ulang untuk menghindari terjadinya infeksi sekunder atau membersihkan kuman-kuman yang mungkin masih tertinggal. Selanjutnya pasien dipesan untuk datang lagi pada tahap selanjutnya.

Tahap IV : Pada tahap ini apabila sudah tidak ada keluhan atau dari pemeriksaan obyektif dirasa sudah cukup bersih, maka dilakukan pengobatan fiksasi jaringan pulpa dengan mengisi cavum dentis dengan obat fiksasi, agar jaringan pulpa tetap dalam keadaan steril. Selanjutnya pasien dipesan datang lagi pada tahap berikutnya.

Tahap V : Tahap ini adalah tahap terakhir dari perawatan mumifikasi dimana dilakukan tumpatan tetap pada gigi (Adi dkk, 1985 ; Grossman, 1970).



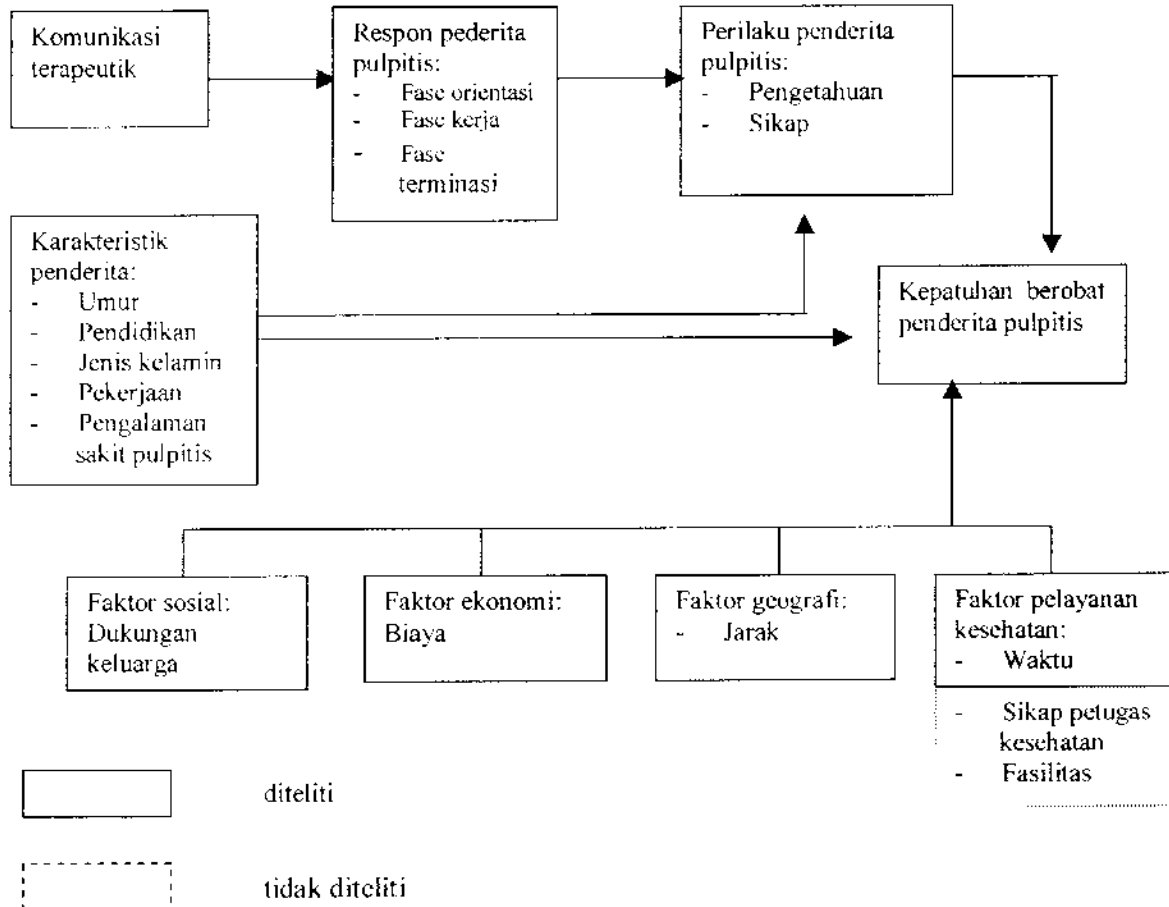
**BAB III**  
**KERANGKA KONSEPTUAL DAN**  
**HIPOTESIS PENELITIAN**

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

**3.1. Kerangka Konseptual**

Kerangka konseptual dalam penelitian adalah sebagai berikut :



*Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian*

Konsep tersebut menjelaskan bahwa untuk dapat mengembangkan suatu tatanan pelayanan kesehatan perlu dianalisis berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku manusia. Berbagai faktor yang mempengaruhi perilaku penderita pulpitis yaitu pengetahuan penderita pulpitis tentang penyakit gigi, khususnya penyakit pulpitis dan perawatannya, sikap penderita pulpitis. Pengetahuan dan sikap terbentuk karena adanya rangsangan dari luar yaitu penderita memperoleh komunikasi terapeutik dan akhirnya akan menimbulkan respons lebih jauh lagi yaitu berupa perilaku kepatuhan berobat. Namun demikian di dalam kenyataannya stimulus yang diterima oleh seseorang dapat langsung menimbulkan tindakan, artinya tindakan seseorang tidak harus didasari oleh pengetahuan dan sikap (Notoatmodjo, 1997). Waktu yang diperlukan untuk perawatan dan waktu tunggu penderita pulpitis pada saat berobat ke Puskesmas, jarak rumah ke Puskesmas, biaya yang harus dibayarkan mulai awal perawatan hingga selesai, ketersediaan fasilitas dan sikap petugas kesehatan dapat berpengaruh terhadap perilaku penggunaan Puskesmas dan kepatuhan berobat. Selain itu adanya dukungan keluarga sebagai referensi untuk berperilaku sehat dengan kemauan berobat secara teratur atau patuh. Karakteristik penderita pulpitis yaitu umur, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan penderita pulpitis dan pengalaman pernah sakit pulpitis dapat juga berpengaruh terhadap perilaku penderita pulpitis.

Pemberian komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh komunikator yaitu penyampai informasi atau sumber informasi, komunikan yaitu penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan oleh komunikator. Respon yang diberikan oleh penderita pulpitis merupakan umpan balik pada saat fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi yang tidak dapat diabaikan. Oleh sebab itu

komunikasi terapeutik yang diberikan pada penderita pulpitis saat datang berobat ke Puskesmas, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku kepatuhan berobat.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian adalah:

1. Ada perbedaan pengetahuan penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik.
2. Ada perbedaan sikap penderita pulpitis tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah diberikan komunikasi terapeutik
3. Ada perbedaan pengetahuan dan sikap dari kelompok perlakuan yang diberi komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok kontrol yang diberi *booklet*.
4. Ada perbedaan perilaku kepatuhan berobat dari kelompok perlakuan yang diberi komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok kontrol yang diberi *booklet*.
5. Ada pengaruh pengetahuan, sikap tentang pulpitis terhadap kepatuhan berobat

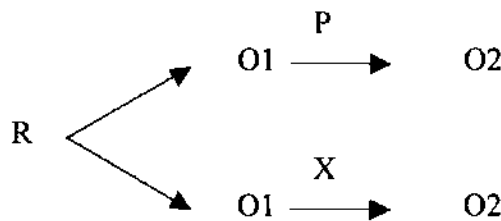
## **BAB IV METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini ingin mengetahui adanya hubungan sebab akibat dengan memberi satu atau lebih perlakuan kepada satu kelompok eksperimen dan membandingkan dengan kelompok kontrol, maka penelitian ini menggunakan rancangan eksperimental semu (Zainuddin, 2000). Pada penelitian ini akan mempelajari peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku kepatuhan berobat penderita pulpitis maka menggunakan rancangan *Pretest-Posttest Control Group Design*.



#### Keterangan:

R = randomisasi

O1 = pengamatan awal pengetahuan dan sikap

O2 = pengamatan akhir pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat

P = perlakuan komunikasi terapeutik dan *booklet*

X = diberi *booklet*

Sedangkan untuk melihat perilaku kepatuhan berobat setelah diberi perlakuan, maka jenis penelitian ini menggunakan rancangan metode *Posttest Only Control Group Design* (Zainuddin, 2000).

## **4.2 Tempat Penelitian**

Penelitian dilakukan di Puskesmas Pucang Sewu karena merupakan salah satu Puskesmas yang berada di Surabaya dengan kunjungan kasus penyakit pulpa yang tinggi dengan kunjungan tumpatan tetap yang rendah.

## **4.3 Populasi, sampel dan besar sampel**

### **4.3.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian atau subyek yang akan diteliti (Notoatmodjo, 1993). Populasi dalam penelitian ini adalah penderita pulpitis yang memeriksakan giginya di poli gigi Puskesmas Pucang Sewu.

### **4.3.2 Sampel**

Sampel pada penelitian ini adalah penderita gigi baru yang memeriksakan giginya di poli gigi Puskesmas Pucang Sewu, dengan kriteria inklusi yaitu bila penderita:

- a. bersedia menjadi subyek penelitian
- b. dengan diagnosis pulpitis pada satu gigi permanen
- c. mendapatkan perawatan endodontik (mumifikasi)
- d. lama pendidikan minimal enam tahun.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah bila penderita:

- a. ibu hamil
- b. diagnosis pulpitis pada gigi sulung
- c. berada diluar wilayah kecamatan Gubeng

### 4.3.3 Besar sampel

Besar sampel ditentukan dengan menggunakan rumus uji banding dua kelompok (Purnomo, 2000) dan berdasarkan penelitian Indriani (2001) bahwa perubahan perilaku ibu meneteki dini pasca salin melalui penerapan intervensi komunikasi terapeutik adalah 96% pada kelompok perlakuan dan 6% pada kelompok kontrol.

$$n = \frac{\left( Z\alpha\sqrt{p(1-p)}_4 + Z\beta\sqrt{p_1(1-p_1)_2 + p_2(1-p_2)_2} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Keterangan:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$p_1$  = % perubahan perilaku pada kelompok perlakuan (96%)

$p_2$  = % perubahan perilaku pada kelompok kontrol (6%)

$Z\alpha$  = *adjusted standart deviation* untuk  $\alpha$

$Z\beta$  = *adjusted standart deviation* untuk  $\beta$

$$n = \frac{\left( 1,96\sqrt{51(1-51)}_4 + 0,84\sqrt{96(1-96)_2 + 6(1-6)_2} \right)^2}{(96-6)^2}$$

$$n = 11,83$$

Jadi besar sampel adalah 12, tetapi peneliti mengambil sebanyak 30 sampel, dimana dibagi menjadi dua yaitu untuk kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

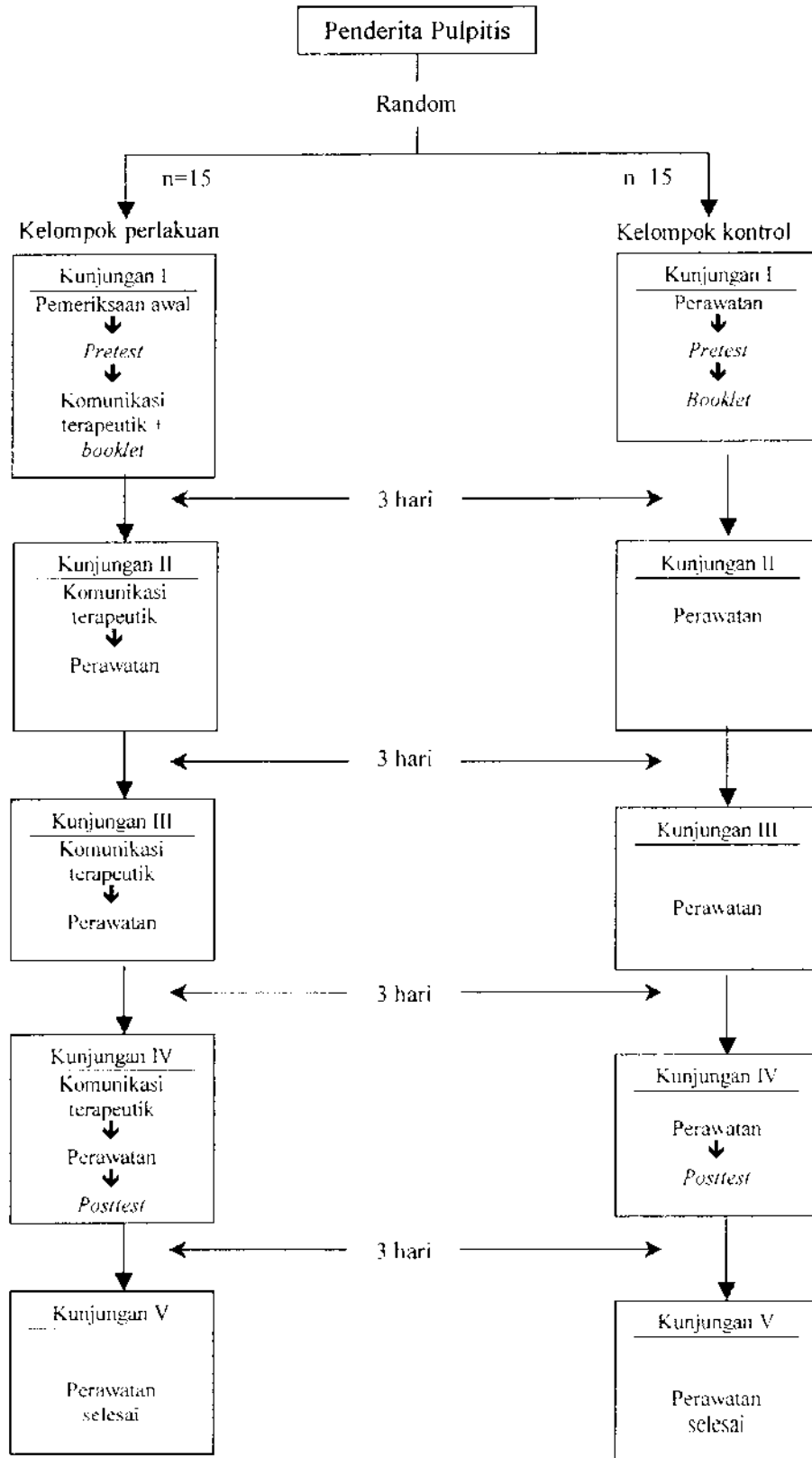
### 4.3.4 Teknik Penarikan Sampel.

Penarikan sampel dengan *random* yaitu melalui undian nomer genap atau ganjil dari penderita pulpitis, sedangkan untuk menghindari bias antara kelompok perlakuan



dan kelompok kontrol maka penelitian ini dilakukan terhadap kelompok perlakuan lebih dahulu, apabila jumlah sampel telah terpenuhi maka penelitian dilakukan terhadap kelompok kontrol.

4.4 Alur Penelitian



Penjelasan:

Penelitian ini direncanakan dengan memperhatikan:

Proses dan jalannya penelitian diharapkan tidak mengganggu aktifitas pelayanan dokter gigi.

Tenaga pelaksana dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri.

Adapun pelaksanaan penelitian adalah sebagai berikut:

Tahap pertama yaitu setiap penderita sakit gigi dilakukan diagnosis terlebih dahulu oleh dokter gigi Puskesmas dan juga oleh peneliti (dokter gigi). Setelah ditentukan diagnosis pulpitis, maka ditentukan penderita pulpitis yang sebagai sampel (penjelasan pada teknik penarikan sampel). Penderita pulpitis kemudian diberi lembar persetujuan untuk dibaca, dipahami dan ditanda tangani sebagai bukti kesediaan berperan serta dalam penelitian. Bagi penderita yang tidak bersedia menjadi sampel penelitian maka tidak dimasukkan ke dalam kelompok penelitian.

Tahap kedua yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diberikan *pre test*, kemudian pada kelompok perlakuan diberikan komunikasi terapeutik dan *booklet* (lampiran 11), sedangkan kelompok kontrol hanya diberi *booklet*. Kelompok perlakuan diberi komunikasi terapeutik hingga kunjungan IV.

Tahap ketiga yaitu pada kunjungan keempat kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diberi *pos test*.

## **4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional**

### **4.5.1 Variabel Penelitian**

Variabel dalam penelitian ini dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

- Variabel Bebas : komunikasi terapeutik
- Variabel Terikat : pengetahuan, sikap dan perilaku kepatuhan berobat
- Variabel perancu : karakteristik penderita pulpitis, jarak, biaya, waktu perawatan dan dukungan keluarga, pengalaman sakit pulpitis.

#### 4.5.2. Definisi Operasional

Tabel 4.1. Variabel, Definisi Operasional, Pengukuran, Skala

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
1	Komunikasi Terapeutik	Proses penyampaian informasi dan pesan kepada penderita pulpitis untuk mendukung upaya penyembuhan, diukur dengan respons penderita pulpitis.		
2	Respons penderita pulpitis	Tanggapan penderita pulpitis pada saat dilakukan komunikasi terapeutik, yang diukur melalui fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi pada setiap kunjungan.	Nilai=jumlah skor dari fase orientasi, kerja dan terminasi pada setiap kunjungan	Interval
a	Fase orientasi Waktu 1-5 menit	Kegiatan yang dilakukan oleh komunikator saat pertama kali bertemu dengan penderita pulpitis pada kunjungan I,II, II dan IV yang diukur dengan respons yang diberikan oleh penderita pulpitis.	Nilai = jumlah skor dari setiap item pernyataan	Interval
	a.	Respons penderita terhadap senyum komunikator	Skor: 1 = Penderita diam saja 2 = Penderita memberi respons (mengangguk) 3 = penderita membalas tersenyum	

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
		b. Respons penderita terhadap salam yang diberikan oleh komunikator.	Skor: 1 = Penderita diam saja 2 = Penderita memberi respons (mengangguk) 3 = Penderita membalas memberi salam	
		c. Respons penderita terhadap pada saat komunikator memperkenalkan diri dan menanyakan nama panggilan kesukaan penderita	Skor: 1 = Penderita diam saja 2 = terserah memanggilnya 3 = Penderita menyebutkan nama kesukaannya	
		d. Respons penderita terhadap penjelasan yang diberikan oleh komunikator yaitu penjelasan tentang peran petugas dan penderita, topik atau kegiatan yang akan dilakukan, waktu yang diperlukan, rahasia pasien	Skor: 1 = Penderita diam saja 2 = Penderita menyatakan mengerti 3 = Penderita bertanya lebih lanjut	
b	Fase kerja Waktu 15 menit	Kegiatan yang dilakukan oleh komunikator dimana sudah terjadi interaksi antara komunikator dan penderita pulpitis pada kunjungan I, II, III dan IV yang diukur dengan respons yang diberikan oleh penderita pulpitis.	Nilai = jumlah skor dari setiap item pernyataan	Interval

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
		a. Respons penderita pada saat komunikator menanyakan keluhan penderita	Skor: 1 = penderita tidak mau mengutarakan apa yang dikeluhkan 2 = Penderita mau mengutarakan keluhan utamanya saja 3 = Penderita mengutarakan keluhannya secara rinci	
		b. Respons penderita pada saat komunikator memberikan kesempatan untuk bertanya setelah memberi informasi tentang fungsi gigi, proses terjadinya gigi berlubang dan pulpitis, dibantu dengan model dan poster	Skor: 1 = penderita diam saja 2 = penderita bertanya tetapi tidak relevan 3 =penderita bertanya dengan pertanyaan yang relevan	
c	Fase terminasi Waktu 5 menit	Kegiatan yang dilakukan oleh komunikator pada saat akhir pertemuan di kunjungan I, II, III dan IV yang diukur dengan respons yang diberikan oleh penderita pulpitis.	Nilai = jumlah skor dari setiap item pernyataan	
		a. Merencanakan tindak lanjut dengan penderita dalam bentuk kesepakatan untuk berjanji datang kembali pada kunjungan selanjutnya.	Skor: 1 = penderita menyatakan tidak akan datang lagi 2 = penderita menyatak akan datang lagi 3 =penderita memutuskan akan datang lagi	
		b. Pemberian <i>booklet</i>		

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
3	Penderita pulpitis	yaitu pasien datang ke poli gigi dengan diagnosis pulpitis pada bulan April sampai bulan Juli 2002.		
4	Umur	selisih tahun saat diwawancarai dengan tahun dilahirkan dari pengakuan atau dari Kartu Tanda Pengenal	Pengakuan dari KTP Tahun Kalender	rasio
5	Pendidikan	Jumlah tahun sekolah yang dilewati oleh responden (SD,SMP,SMA,S1)	wawancara	rasio
6	Jenis kelamin	pembagian jenis kelamin berdasarkan buku register pasien di poli gigi	Kuesioner Wanita = 1, laki-laki =2	Nominal
7	Pekerjaan	kegiatan yang dilakukan didalam rumah atau diluar rumah untuk mencari nafkah sesuai pengakuan.	Kuesioner Ibu rumah tangga=1, Wiraswasta = 2, swasta = 3, PNS/ABRI = 4	Nominal
8	Pengalaman sakit pulpitis	Pernah mengalami sakit gigi dengan gejala yang sama	Daftar tilik Skor: Belum pernah=1 Pernah =2	Nominal
9	Perilaku Kepatuhan Berobat			
a	Pengetahuan penderita pulpitis	apa yang dimengerti dan dipahami penderita pulpitis tentang fungsi gigi, sebab-sebab gigi berlubang, proses terjadinya gigi berlubang (pulpitis), tahap-tahap perawatan pulpitis diukur dengan kuesioner.	Jumlah jawaban yang benar. Jawaban benar= 1 Jawaban salah = 0	Interval

Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
b	Sikap penderita pulpitis	pendapat atau pandangan penderita pulpitis terhadap pernyataan yang berkaitan dengan penyakit pulpitis, fungsi gigi, sebab-sebab gigi berlubang, proses terjadinya gigi berlubang (pulpitis), tahap-tahap perawatan pulpitis dan melakukan kunjungan yang berulang kali, diukur dengan kuesioner	Kuesioner Cara skor: Sangat setuju = 4 Setuju = 3 Tidak setuju = 2 Sangat tidak setuju = 1 Untuk pertanyaan tidak favorable cara skor sebaliknya	Interval
c	Kepatuhan berobat	kali kunjungan dan ketepatan waktu untuk datang lagi sesuai perjanjian, selambat-lambatnya tiga hari setelah tanggal perjanjian.	Memberi bobot pada setiap kunjungan perawatan Hanya sampai pada kunjungan II = 1 Hanya sampai pada kunjungan III = 2 Hanya sampai pada kunjungan IV = 3 Sampai pada kunjungan V = 4  Datang lebih dari 3 hari setelah tanggal perjanjian=1 Datang lebih dari 2 hari setelah tanggal perjanjian=2 Datang lebih dari 1 hari setelah tanggal perjanjian=3 Datang tepat sesuai perjanjian=4  Nilai bobot= jumlah skor dari setiap item pernyataan.  Bobot perilaku kepatuhan=skor kunjungan X nilai waktu datang.	Interval



Lanjutan tabel 4.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Skala data
10	Biaya	Penilaian penderita terhadap semua jumlah uang yang harus dikeluarkan oleh penderita pulpitis sejak awal mendapatkan perawatan.	Kuesioner Cara skor: Murah = 1 Biasa = 2 Mahal = 3	ordinal
11	Waktu perawatan dan lama tunggu	Penilaian penderita terhadap jumlah lama waktu yang digunakan oleh dokter untuk melakukan perawatan dan waktu tunggu	Kuesioner Cara skor: Cepat = 1 Biasa = 2 Lama = 3	ordina
12	Jarak	Penilaian penderita terhadap jarak yang ditempuh oleh penderita pulpitis dari rumah sampai ke Puskesmas.	Kuesioner Cara skor: Dekat = 1 Sedang = 2 Jauh = 3	ordinal
13	Dukungan keluarga	Kegiatan yang dilakukan oleh keluarga untuk mendukung upaya penyembuhan penderita pulpitis dalam bentuk mengingatkan, memberi fasilitas, yang diukur dengan kuesioner.	Kuesioner. Skor: Tidak = 1 Kadang-kadang=2 Ya = 3	ordinal

#### 4.6 Pengumpulan Data

Pengambilan data dilakukan dengan meminta responden yang sebagai sampel untuk mengisi kuesioner pengetahuan dan sikap tentang penyakit pulpitis. Kemudian kelompok perlakuan diberi komunikasi terapeutik. Setelah perlakuan pada kunjungan kedua responden mengisi lagi kuesioner yang sama. Pada kelompok kontrol mengisi kuesioner tanpa komunikasi terapeutik tetapi diberi *booklet*. Terhadap kedua kelompok dilakukan pengamatan untuk kunjungan kedua, ketiga, keempat dan kelima. Sedangkan respons dari penderita pulpitis saat diberi komunikasi terapeutik dengan menggunakan daftar tilik.

#### 4.7 Instrumen Penelitian

##### Instrumen pengumpulan data

1. Daftar tilik respons penderita pulpitis:

Bertujuan untuk mengetahui respons penderita pulpitis dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh peneliti dan diamati oleh petugas kesehatan yang lain (lampiran 2).

2. Kuesioner karakteristik penderita

Berupa daftar isian yang berguna mengumpulkan data umum yang berisi identitas penderita pulpitis yaitu nama, alamat, umur, pendidikan dan pekerjaan (lampiran3)

3. Daftar tilik pengalaman sakit pulpitis

Berupa daftar isian tentang pengalaman penderita pulpitis apakah pernah atau belum pernah sakit gigi dengan gejala yang sama dirasakan sekarang (lampiran 4)

4. Kuesioner pengetahuan dan sikap

Tes yang digunakan mengukur pengetahuan dan sikap penderita pulpitis sebelum dan sesudah diberi komunikasi terapeutik (lampiran 3). Sebelum kuesioner dipergunakan untuk penelitian maka dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas terlebih dahulu. Pengujian validitas dan reliabilitas instrumen tersebut dilaksanakan pada subyek yang diperkirakan sama dengan subyek penelitian yang sebenarnya. Uji validitas dengan menggunakan teknik korelasi product moment dari Pearson yaitu korelasi antar skor (nilai) tiap item pertanyaan dengan skor total kuesioner. Ternyata dari hasil uji tersebut perlu diperbaiki dan

disempurnakan. Soal yang disempurnakan tersebut diuji validitas kembali. Hasil uji tersebut terdapat pada lampiran 6. Soal yang valid tersebut akan dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan teknik tes ulang, dimana kuesioner diteskan pada kelompok subyek yang sama sebanyak 2 kali pada selang waktu 7 hari. Kemudian hasil tes dikorelasikan dengan teknik *product moment* dengan memakai program statistik. Kuesioner yang telah valid dan reliabel ini dipakai dalam penelitian.

5. Daftar tilik perilaku kepatuhan berobat (lampiran 4)

Memberi bobot nilai kunjungan dan ketepatan waktu untuk datang lagi sesuai perjanjian.

#### 4.8 Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul kemudian dicek kelengkapan identitas dan isian data. Selanjutnya pemberian skor terhadap item-item, pemberian kode dengan menggunakan komputer.

#### 4.9 Analisis Data

1. Uji homogenitas antar kelompok sampel

Untuk mengetahui bahwa sampel yang dipilih apakah berasal dari populasi yang homogen atau tidak, maka diperlukan adanya uji statistik untuk melihat ada tidaknya perbedaan kondisi awal dari kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Untuk uji homogenitas maka dipergunakan data pretes pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, dengan menggunakan uji  $t$  2 sampel bebas untuk jenis data



interval dan rasio, uji Chi Square untuk jenis data nominal dan uji Mann Whitney untuk data dengan distribusi tidak normal.

## 2. Analisis deskriptif

Analisis deskriptif terhadap hasil penelitian adalah dengan memperhatikan nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan nilai maksimum.

## 3. Analisis inferensial

Analisis inferensial untuk membuktikan hipotesis penelitian sebagaimana yang telah ditetapkan.

- a Perbedaan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah intervensi menggunakan uji *t* sampel berpasangan.
- b Perbedaan pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan menggunakan uji *t* 2 sampel bebas.
- c Pengaruh pengetahuan, sikap dengan kepatuhan berobat menggunakan uji regresi ganda.

Adapun derajat kemaknaan yang dipakai adalah  $\alpha = 0,05$

**BAB V**  
**HASIL PENELITIAN DAN**  
**ANALISIS PENELITIAN**

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

##### 5.1.1 Situasi Wilayah Penelitian

###### 5.1.1.1 Geografi

Puskesmas tempat penelitian adalah Puskesmas Pucang Sewu, yang termasuk dalam wilayah Kecamatan Gubeng. Luas wilayah kerja Puskesmas Pucang Sewu 301,25 ha, meliputi tiga kelurahan: Kelurahan Kertajaya, Kelurahan Pucang Sewu, Kelurahan Baratajaya (lihat lampiran 7). Ketinggian wilayah Kecamatan Gubeng adalah 7 meter dari permukaan laut dengan curah hujan 1000-2000 meter/tahun dengan suhu rata-rata: 21-31°C ( Profil Puskesmas Pucang Sewu, 2001).

###### 5.1.1.2 Demografi

Puskesmas Pucang Sewu Kecamatan Gubeng memberi pelayanan pada tiga kelurahan yaitu Kelurahan Baratajaya dengan jumlah penduduk 16.819 jiwa, jumlah RW 9, jumlah RT 73, Kelurahan Kertajaya jumlah penduduk 25.533 jiwa, jumlah RW 13, jumlah RT 102. Kelurahan Pucang Sewu jumlah penduduk 13.640, jumlah RW 10, jumlah RT 80.

Mata pencaharian penduduk wilayah Puskesmas Pucang Sewu adalah Pegawai Negeri dan TNI 34%, pedagang 43%, pertukangan 7,6%, pensiunan 15%, lain-lain 0,4%.

Tingkat pendidikan penduduk wilayah Puskesmas Pucang Sewu adalah dewasa tidak sekolah 19%, tidak tamat SD 13%, tamat SD 22%, tamat SMP 17%, tamat SMU 14%, tamat akademi dan sarjana 4% (Profil Puskesmas Pucang Sewu, 2001).

#### 5.1.1.3 Pelayanan Kesehatan

Puskesmas Pucang Sewu dengan mempunyai puskesmas Induk, puskesmas Pembantu, puskesmas Keliling. Sarana tenaga kesehatan gigi di Puskesmas Pucang Sewu yaitu: dokter gigi 2 orang, perawat gigi 1 orang. Sarana kesehatan di wilayah Puskesmas Pucang Sewu yaitu RB. Kartika Jaya, RSB Pura Raharja, RB Dharma Wanita, RB Budi Kencana, Poli PMI, Poli Pabrik karung, Poli SAS, Klinik Fatimah.

#### 5.1.2 Karakteristik Penderita Pulpitis

Karakteristik penderita pulpitis meliputi distribusi umur, lama pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan dianalisis secara deskriptif serta dilakukan uji homogenitas antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, sedangkan pengalaman sakit hanya disajikan secara deskriptif.

##### 5.1.2.1 Umur

Pada tabel 5.1 terlihat umur responden kelompok perlakuan terbanyak adalah 10-20 tahun sejumlah 6 orang (40%) sedangkan untuk kelompok kontrol terbanyak kelompok umur 21-30 tahun sejumlah 9 orang ( 60% ).

Rata-rata umur responden kelompok perlakuan 29 tahun, dengan umur termuda 20 tahun dan tertua 50 tahun, sedangkan rata-rata umur responden kelompok kontrol 32 tahun dengan umur termuda 21 tahun dan umur tertua 48 tahun.

Hasil uji homogenitas responden dengan uji *t* diperoleh  $p = 0,365$  ( $p > 0,05$ ) artinya umur responden kelompok perlakuan homogen dengan umur responden kelompok kontrol.

Tabel 5.1. Distribusi Umur Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Umur	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	10-20 tahun	6	40	0	
2	21-30 tahun	4	26,67	9	60
3	31-40 tahun	2	13,33	3	20
4	41-50 tahun	3	20	3	20
<b>Jumlah</b>		15	100	15	100
Rata-rata		29,53		32,73	
Standar deviasi		11		7,76	
Minimum		20		21	
Maksimum		50		48	
Uji homogenitas		p=0,365 (Uji <i>t</i> )*			

\* Homogen ( $p > 0,05$ )

#### 5.1.2.2 Lama Pendidikan

Tabel 5.2 terlihat lama pendidikan responden kelompok perlakuan terbanyak adalah 10-12 tahun sejumlah 8 orang (53,3%) dengan lama pendidikan tertinggi 17 tahun sejumlah 2 orang, sedangkan untuk kelompok kontrol terbanyak adalah 10-12 tahun sejumlah 9 orang (60%) dengan lama pendidikan tertinggi 17 tahun sejumlah 2 orang.

Rata-rata lama pendidikan responden perlakuan 11,8 dengan lama pendidikan terendah 6 tahun dan tertinggi 17 tahun, sedangkan rata-rata lama pendidikan



kelompok kontrol adalah 12 dengan lama pendidikan terendah 6 tahun dan tertinggi 17 tahun.

Hasil uji homogenitas responden dengan uji *t* diperoleh  $p = 0,982$  ( $p > 0,05$ ) artinya lama pendidikan responden kelompok perlakuan homogen dengan lama pendidikan responden kelompok kontrol.

Tabel 5.2 Distribusi Lama Pendidikan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Lama Pendidikan (tahun)	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	6-9	4	26,7	4	26,6
2	10-12	8	53,3	9	60
3	13-17	3	20	2	13,3
Jumlah		15	100	15	99,9
Rata-rata		11,8		12	
Standar Deviasi		2,88		3,97	
Minimum		6		6	
Maksimum		17		17	
Uji homogenitas		$p=0,982$ (Uji Mann Whitney)*			

\*Homogen ( $p > 0,05$ )

### 5.1.2.3 Jenis Kelamin

Tabel 5.3 Distribusi Jenis Kelamin Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Jenis Kelamin	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Perempuan	9	60	9	60
2	Laki-laki	6	40	6	40
Jumlah		15	100	15	100

Jenis kelamin responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama banyak jumlahnya yaitu perempuan 9 orang (60%) dan laki-laki 6 orang (40 %).

#### 5.1.2.4 Pekerjaan

Tabel 5.4 menunjukkan pekerjaan responden kelompok perlakuan terbanyak swasta sejumlah 8 orang (53,3%) dan kelompok kontrol sejumlah 9 orang (69%), sedangkan kelompok perlakuan pekerjaan ibu rumah tangga bersuami pekerjaan wiraswasta 4 orang, demikian juga kelompok kontrol pekerjaan ibu rumah tangga bersuami pekerjaan wiraswasta 4 orang.

Hasil uji homogenitas responden dengan menggunakan Chi-Square diperoleh  $p=1$  ( $p>0,05$ ) artinya pekerjaan pada kelompok perlakuan homogen dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.4 Distribusi Pekerjaan Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Pekerjaan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Wiraswasta	7*	46,7	6*	40
2	Swasta	8*	53,3	9	60
	Jumlah	15	100	15	100
Uji homogenitas		p=1 (uji Chi Square)			

\* responden adalah ibu rumah tangga dan pekerjaan suami adalah wiraswasta

\*responden adalah satu mahasiswa dengan pekerjaan orangtua swasta

#### 5.1.2.5 Pengalaman Sakit Pulpitis

Tabel 5.5 Distribusi Pengalaman Responden Sakit Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Pengalaman	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Tidak pernah	10	66,7	10	66,7
2	Pernah	5	33,3	5	33,3
	Jumlah	15	100	15	100

Pengalaman responden sakit pulpitis kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sama banyak jumlahnya yaitu tidak pernah 10 orang (66,7%) dan pernah 5 orang (33,3 %).

### 5.1.3 Beberapa Faktor Lain (dukungan keluarga, biaya perawatan, jarak, waktu perawatan)

#### 5.1.3.1 Dukungan keluarga

Tabel 5.6 menunjukkan dukungan keluarga responden untuk mengingatkan berobat dan mengantar berobat ke Puskesmas kelompok perlakuan yang menjawab kadang-kadang sejumlah 4 (26,7%) orang dan menjawab ya sejumlah 11 (73,3%) orang, sedangkan pada kelompok kontrol yang menjawab kadang-kadang sejumlah 6 orang (40%) dan menjawab ya sejumlah 9 orang (60%).

Hasil uji homogenitas responden dengan uji Chi-Square diperoleh  $p= 0,699$  ( $p> 0,05$ ) artinya pengalaman sakit pulpitis responden pada kelompok perlakuan homogen dengan pengalaman responden sakit pulpitis pada kelompok kontrol.

Tabel 5.6 Distribusi Dukungan Keluarga Responden pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Dukungan Keluarga	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Kadang-kadang	4	26,7	6	40
2	Ya	11	73,3	9	60
Jumlah		15	100	15	100
Uji homogenitas		$p= 0,699$ (Uji Chi Square)*			

\* Homogen ( $p>0,05$ )

### 5.1.3.2 Biaya Perawatan

Tabel 5.7 menunjukkan pendapat responden tentang biaya perawatan yang dikeluarkan yaitu pada kelompok perlakuan menjawab murah sejumlah 8 (53,3%) orang dan menjawab sedang sejumlah 7 (46,7%) orang, sedangkan pada kelompok kontrol yang menjawab murah sejumlah 6 orang (40%), menjawab sedang sejumlah 8 orang (53,3%), menjawab mahal sejumlah 1 orang (6,7%).

Hasil uji homogenitas dengan uji Mann Whitney diperoleh  $p=0,461$  ( $p > 0,05$ ) artinya pendapat responden tentang biaya perawatan yang dikeluarkan pada kelompok perlakuan homogen responden pada kelompok kontrol.

Tabel 5.7 Distribusi Pendapat Responden tentang Biaya Perawatan yang Dikeluarkan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Biaya	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Murah	8	53,3	6	40
2	Sedang	7	46,7	8	53,3
3	Mahal	0	0	1	6,7
Jumlah		15	100	15	100
Uji homogenitas		$p=0,461$ (uji Mann Whitney)*			

\* Homogen ( $p > 0,05$ )

### 5.1.3.3 Jarak

Tabel 5.8 terlihat pendapat responden tentang jarak yang ditempuh dari rumah ke Puskesmas yaitu pada kelompok perlakuan menjawab dekat sejumlah 3 (20%) orang, menjawab sedang sejumlah 10 orang (66,7 %) orang dan menjawab jauh sejumlah 2 orang (13,3%), sedangkan pada kelompok kontrol yang menjawab dekat sejumlah 1 orang (6,7%), menjawab sedang sejumlah 12 orang (80%), menjawab jauh sejumlah 2 orang (13,3%).

Hasil uji homogenitas dengan uji Mann Whitney diperoleh  $p=0,487$  ( $p> 0,05$ ) artinya pendapat responden tentang jarak yang ditempuh dari rumah ke Puskesmas pada kelompok perlakuan homogen responden pada kelompok kontrol.

Tabel 5.8 Distribusi Pendapat Responden tentang Jarak yang Ditempuh pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Jarak	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Dekat	3	20	1	6,7
2	Sedang	10	66,7	12	80
3	Jauh	2	13,3	2	13,3
Jumlah		15	100	15	100
Uji homogenitas		$p=0,487$ (uji Mann Whitney)*			

- Homogen ( $p>0,05$ )

#### 5.1.3.4 Waktu Perawatan

Tabel 5.9 Distribusi Pendapat Responden tentang Waktu Perawatan pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Waktu Perawatan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
1	Cepat	0	0	1	6,7
2	Biasa	10	66,7	8	53,3
3	Lama	5	33,3	6	40
Jumlah		15	100	15	100
Uji homogenitas		$p=0,904$ (uji Mann Whitney)*			

- \* Homogen ( $p>0,05$ )

Tabel 5.9 terlihat pendapat responden tentang waktu perawatan yaitu pada kelompok perlakuan menjawab biasa sejumlah 10 (66,7%) orang, menjawab lama sejumlah 5 orang (33,3 %) orang, sedangkan pada kelompok kontrol yang menjawab cepat sejumlah 1 orang (6,7%), menjawab biasa sejumlah 8 orang (53,3%), menjawab lama sejumlah 6 orang (40%).

Hasil uji homogenitas dengan uji Mann Whitney diperoleh  $p=0,904$  ( $p> 0,05$ ) artinya pendapat responden tentang waktu perawatan pada kelompok perlakuan homogen dengan responden pada kelompok kontrol.

#### 5.1.4 Pengetahuan Penderita Pulpitis tentang Penyakit Pulpitis

Tabel 5.10 Distribusi Pengetahuan Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Kategori Pengetahuan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen
1	Kurang (20-39,9)	10	66,7	11	73,3
2	Cukup (40-59,9)	4	26,7	4	26,7
3	Baik (60-79,9)	1	6,6		
Jumlah		15	100	15	100
Rata-rata		30,8		40,04	
Standar deviasi		10,8		7,2	
Minimum		30,8		38,5	
Maksimum		53,9		53,9	
Uji homogenitas			$p=0,912$ (Mann Whitney)*		

\* Homogen ( $p>0,05$ )

Tabel 5.10 terlihat nilai pengetahuan sebelum dilakukan intervensi yaitu responden kelompok perlakuan terbanyak adalah kategori kurang sejumlah 10 orang (66,7%) sedangkan nilai pengetahuan untuk kelompok kontrol terbanyak adalah kategori kurang sejumlah 11 orang (73,3%).

Nilai pengetahuan responden tentang penyakit pulpitis kelompok perlakuan rata-rata 30,8 dengan nilai terendah 30,8 dan nilai tertinggi 53,9, sedangkan rata-rata nilai pengetahuan kelompok kontrol 40,04 dengan nilai terendah 30,8 dan nilai tertinggi 53,9.

Hasil uji homogenitas responden dengan uji *t* diperoleh  $p = 0,912$  ( $p > 0,05$ ) artinya nilai pengetahuan kelompok perlakuan homogen dengan nilai pengetahuan kelompok kontrol.

### 5.1.5 Sikap Penderita Pulpitis terhadap penyakit pulpitis

Tabel 5.11 terlihat nilai sikap responden kelompok perlakuan terbanyak adalah kategori baik sejumlah 13 orang (86,7%), sedangkan nilai sikap untuk kelompok kontrol terbanyak adalah kategori sedang sejumlah 9 orang (60%).

Nilai sikap responden tentang penyakit pulpitis kelompok perlakuan rata-rata 42,8 dengan nilai terendah 36 dan nilai tertinggi 52, sedangkan rata-rata nilai pengetahuan kelompok kontrol 42,8 dengan nilai terendah 36 dan nilai tertinggi 54.

Hasil uji homogenitas responden dengan uji *t* diperoleh  $p = 0,433$  ( $p > 0,05$ ) artinya nilai sikap kelompok perlakuan homogen dengan nilai sikap kelompok kontrol.

Tabel 5.11 Distribusi Sikap Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Kategori Sikap	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Sedang (28-41)	2	13,3	9	60
2	Baik (42-56)	13	86,7	6	40
<b>Jumlah</b>		15	100	15	100
Rata-rata		42,8		42,8	
Standar deviasi		4,92		4,9	
Minimum		36		37	
Maksimum		52		54	
Uji homogenitas		$p=0,433$ (Uji <i>t</i> )*			

\* Homogen ( $p > 0,05$ )

### 5.1.6 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis

Tabel 5.12 Distribusi Kepatuhan Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

Kunjungan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
	Jumlah Penderita Pulpitis yang hadir	Keterangan	Jumlah Penderita Pulpitis yang hadir	Keterangan
I	15 orang	Tumpatan sementara	15 orang	Tumpatan sementara
II	15 orang	2 pencabutan 13 perawatan	3 orang	2 perawatan 1 pencabutan 12 <i>drop out</i>
III	13 orang	perawatan	2 orang	2 perawatan 1 <i>drop out</i>
IV	12 orang	12 perawatan 1 <i>drop out</i>	2 orang	perawatan
V	12 orang	perawatan selesai	2 orang	perawatan selesai

Dari tabel 5.12 terlihat bahwa dari 15 penderita pulpitis yang digunakan sebagai responden, pada kelompok perlakuan ada 12 penderita pulpitis yang datang hingga perawatan selesai, sedangkan pada kelompok kontrol hanya 2 penderita pulpitis yang datang hingga perawatan selesai.

### 5.1.7 Respons Penderita Pulpitis

Respons baik penderita pulpitis pada saat diberi komunikasi terapeutik pada kunjungan I adalah 6 orang (40%), pada kunjungan IV menurun menjadi 1 orang (8%), sedangkan respons sangat baik penderita pulpitis pada kunjungan I adalah 9 orang (60%) menjadi 11 orang (91%) pada kunjungan IV.



Tabel 5.13 Distribusi Respons Penderita Pulpitis pada Kelompok Perlakuan di Poli Gigi Puskesmas Pucang Sewu, Surabaya, 2002

No	Respons Penderita Pulpitis	Jumlah (orang)	Persen
1	Kunjungan I:		
	a Sangat baik	9	60
	b Baik	6	40
	Jumlah	15	100
2	Kunjungan II:		
	a Sangat baik	9	60
	b Baik	6	40
	Jumlah	15	100
3	Kunjungan III:		
	a Sangat baik	10	77
	b Baik	3	23
	Jumlah	13	100
4	Kunjungan IV		
	a Sangat baik	11	91
	b Baik	1	8
	Jumlah	12	100

## 5.2 Analisis data

Bagian analisis hasil penelitian akan diuraikan tentang perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah perlakuan individu komunikasi terapeutik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, perbedaan sikap sebelum dan sesudah perlakuan komunikasi terapeutik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kepatuhan berobat dan hubungan pengetahuan, sikap terhadap kepatuhan.

### 5.2.1 Perbedaan Pengetahuan Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Tabel 5.14 Pengetahuan Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

No	Kategori pengetahuan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
<b>Sebelum</b>					
1	Kurang (20-39,9)	10	66,7	11	73,3
2	Cukup (40-59,9)	4	26,7	4	26,7
3	Baik (60-79,9)	1	6,6		
<b>Sesudah</b>					
4	Kurang (20-39,9)			6	40
5	Cukup (40-59,9)			9	60
6	Baik (60-79,9)	12	80		
7	Sangat baik (80-100)	3	20		

	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
	Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Rata-rata	41,58	74,95	40,04	45,13
Standar Deviasi	10,8	6,15	7,25	6,47
Minimum	30,8	69,3	30,8	38,2
Maksimum	53,9	84,7	53,9	53,9
	p= 0,000 Signifikan		p= 0,02 Signifikan	

Nilai pengetahuan tentang penyakit pulpitis pada responden kelompok perlakuan antara sebelum dan sesudah mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* ada kecenderungan meningkat yaitu dari nilai rata-rata 41,58 menjadi 74,95. Dari uji *t* sampel berpasangan  $p= 0,000$  ( $p<0,05$ ) artinya ada perbedaan pengetahuan tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik serta diberi *booklet*, pada kelompok kontrol nilai pengetahuan juga ada kecenderungan meningkat sedikit yaitu dari nilai rata-rata 40,04 menjadi 45,13. Hasil dari uji *t* sampel berpasangan  $p= 0,02$  ( $p<0,05$ ) artinya ada perbedaan pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan *booklet*.

### 5.2.2 Perbedaan Sikap Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

Tabel 5.15 menunjukkan nilai sikap responden tentang pulpitis pada kelompok perlakuan antara sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik dan diberi *booklet*, ada kecenderungan meningkat yaitu dari nilai rata-rata 42,8 menjadi 50,2. Hasil dari uji *t* sampel berpasangan  $p= 0,000$  ( $p<0,05$ ) artinya ada perbedaan sikap responden tentang penyakit pulpitis sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik serta diberi *booklet*, sedangkan nilai sikap kelompok kontrol ada penurunan sedikit yaitu rata-rata 44,4 menjadi 43,87. Hasil dari uji *t* sampel berpasangan  $p= 0,551$  ( $p>0,05$ ) artinya tidak ada perbedaan sikap responden sebelum dan sesudah diberikan *booklet*.

Tabel 5.15 Sikap Responden tentang Penyakit Pulpitis Sebelum dan Sesudah Perlakuan

No	Kategori sikap	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
Sebelum					
1	Cukup (28-41)	2	13,3	9	60
2	Baik (42-56)	13	86,7	6	40
Sesudah					
3	Cukup (28-41)			7	46,7
4	Baik (42-56)	15	100	8	53,3
		Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
Rata-rata		42,8	50,2	44,4	43,87
Standar Deviasi		4,92	2,68	6,03	4,69
Minimum		36	46	37	38
Maksimum		52	54	54	52
		$p= 0,000$ signifikan		$p= 0,551$ tidak signifikan	

### 5.2.3 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Pengetahuan dan Sikap tentang Pulpitis pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Tabel 5.16 Rekapitulasi uji beda pengetahuan dan sikap setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

No		Uji	Hasil uji (p)
1	Pengetahuan	<i>t</i> -2 sampel bebas	0,000
2	Sikap	<i>t</i> -2 sampel bebas	0,000

Tabel 5.16 menunjukkan ada perbedaan yang signifikan antara pengetahuan kelompok perlakuan yang mendapat komunikasi terapeutik dan kelompok kontrol tanpa komunikasi terapeutik tetapi diberi *booklet* saja yaitu  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), begitu juga sikap penderita ada perbedaan yang signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ).

### 5.2.4 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis

Tabel 5.17 Bobot Kepatuhan Berobat Responden Sesudah Perlakuan

No	Kepatuhan	Kelompok Perlakuan		Kelompok kontrol	
		Jumlah	Persen (%)	Jumlah	Persen (%)
1	Tidak patuh (0-22)	3	20	13	86,7
2	Cukup patuh (23-45)	2	13,3	0	
3	Patuh (46-68)	10	66,7	2	13,3
	Jumlah	15	100	15	100
	Rata-rata	45,4		9,8	
	Standar deviasi	21,12		17,35	
	Minimum	3		0	
	Maksimum	64		53	
$p = 0,000$ Signifikan					

Bobot kepatuhan responden pada kelompok perlakuan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik dan diberi *booklet* yaitu rata-rata 45,4 sedangkan nilai kepatuhan kelompok kontrol yaitu rata-rata 10,69. Hasil uji Mann Whitney  $p=0,000$  ( $p<0,05$ ) artinya ada perbedaan bobot kepatuhan responden sesudah dilakukan komunikasi terapeutik serta diberi *booklet* pada kelompok perlakuan dan pada kelompok kontrol yang hanya diberi *booklet*.

### 5.2.5 Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan.

Tabel 5.18 Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan

No	Variabel Independen	Kepatuhan	
		$\beta$	p
1	Constanta	-107,297	
2	Pengetahuan	0,959	0,000
3	Sikap	1,638	0,033
F=22.831 p=0,000			

Hasil uji analisis regresi ganda yaitu pengetahuan terhadap kepatuhan  $p=0,000$ , sikap terhadap kepatuhan  $p=0,003$  ( $p<0,05$ ), maka pengetahuan dan sikap berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan.

## BAB 6

### PEMBAHASAN



#### 6.1 Karakteristik Penderita Pulpitis

Umur penderita pulpitis rata-rata untuk kelompok perlakuan adalah 29,53 tahun dan pada kelompok kontrol 32,73 tahun. Umur merupakan salah satu faktor yang dapat menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Hendratini (1996) menunjukkan bahwa umur kelompok dewasa muda (20-30 tahun ) banyak yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dibanding kelompok umur yang lain, kelompok usia remaja dan dewasa muda lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi dibanding kelompok usia lanjut, disebabkan oleh kesadaran akan pentingnya penampilan fisik pada kelompok umur tersebut.

Distribusi lama pendidikan terbanyak adalah 10-12 tahun atau setingkat Sekolah Menengah Atas, sehingga dengan mengetahui tingkat pendidikan, maka komunikator dalam hal ini adalah dokter gigi dapat menyesuaikan cara penyampaian pesan, bahasa yang disampaikan agar dapat mudah dimengerti dan tidak menghambat komunikasi (Notoatmodjo dkk. 1989). Selain itu dalam memahami suatu konsep akan lebih mudah dipahami apabila konsep tersebut ditunjukkan dalam bentuk gambar nyata, serta melalui pengalaman langsung baik dirinya sendiri atau mendengar pengalaman orang lain (Sriami, 2001). Hasil penelitian Hendratini (1996) menunjukkan adanya korelasi yang positif dan bermakna antara tingkat pendidikan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi RS pemerintah dan RS swasta yang berarti

semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi pula tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi di RS.

Distribusi jenis kelamin terbanyak adalah perempuan (60 %) dibanding laki-laki (40%). Hasil penelitian Hendratini (1996) bahwa jenis kelamin mempunyai pengaruh bermakna terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi di RS pemerintah, pasien wanita di poli gigi RS pemerintah rata-rata memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi di RS tersebut lebih tinggi, keadaan ini mungkin berkaitan dengan rata-rata lama waktu tunggu perawatan gigi. Menurut Grytten (1991) dalam Hendratini (1996) lama waktu tunggu perawatan dapat menyebabkan seseorang menunda perawatan gigi dan pada umumnya laki-laki lebih tidak sabar menunggu perawatan gigi dibanding wanita. Selain itu wanita lebih peduli dengan kesehatannya dibanding dengan pria, sehingga wanita lebih banyak dalam menggunakan pelayanan kesehatan daripada pria (Wan and Soifer, 1974 dalam Cockerham 1989).

Distribusi pekerjaan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah homogen. Menurut hasil penelitian Paulus (1997) bahwa tingkat sosial ekonomi dalam bentuk pekerjaan serta penghasilan penderita tidak berpengaruh terhadap ketaatan berobat.

Distribusi pengalaman sakit yang terbanyak adalah responden belum pernah mengalami sakit pulpitis pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Pulpitis merupakan penyakit apabila tidak diobati akan menjalar terus dan dapat menyebabkan gigi mati. Seseorang yang menderita pulpitis akut dengan gejala sakit, tidak bisa makan, tidak bisa tidur maka akan mencari pengobatan ke Puskesmas, hal

ini sesuai dengan pernyataan Jong (1993) bahwa orang mencari pelayanan kesehatan gigi hanya untuk mengurangi rasa sakit dan bukan melakukan pencegahan.

## **6.2 Beberapa Faktor Lain (dukungan keluarga, biaya perawatan, jarak, waktu )**

Dukungan keluarga yaitu dukungan sosial dalam bentuk dukungan emosional dari anggota keluarga merupakan faktor penting dalam kepatuhan terhadap program medis (Niven,1995). Responden kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terbanyak mengatakan bahwa mereka mendapatkan dukungan keluarga dalam bentuk mengingatkan untuk pergi ke Puskesmas atau mengantar ke Puskesmas. Hal ini berarti bahwa mereka mendapat dukungan sosial dari keluarga yaitu mengingatkan untuk pergi ke Puskesmas apabila sakit gigi dan mendapat dukungan fisik yaitu mau mengantar ke Puskesmas.

Pendapat responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah sama yaitu mereka berpendapat bahwa biaya yang mereka keluarkan tidaklah terlalu mahal. Hal ini sesuai dengan penelitian Hendratini dkk (1996) bahwa persepsi masyarakat tentang murahnya biaya perawatan gigi di RS pemerintah menunjukkan kemampuan masyarakat dalam membeli jasa pelayanan kesehatan di RS tersebut. Pekerjaan responden dalam penelitian lebih banyak adalah swasta, hal ini mungkin mengakibatkan mereka tidak ada masalah untuk berobat di Puskesmas.

Pendapat responden tentang jarak yang ditempuh menganggap sedang pada kelompok perlakuan sejumlah 10 orang maupun kelompok kontrol sejumlah 12 orang. Menurut Kasniyah (1983) bahwa salah satu pertimbangan yang menentukan sikap individu dalam memilih sumber perawatan adalah jarak yang ditempuh dari



tempat tinggal mereka sampai ke tempat sumber perawatan. Tetapi menurut Hendratini (1996) bahwa jarak mempunyai korelasi negatif terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi. Demikian juga hasil penelitian Heller (1982) dan Handelmean dkk (1990) dalam Hendratini (1996) yang menyimpulkan bahwa tidak ada pengaruh jarak terhadap pemanfaatan pelayanan gigi, hal ini mungkin disebabkan penelitian dilakukan di wilayah perkotaan yang mempunyai sarana transportasi lebih modern sehingga pelayanan kesehatan mudah terjangkau. Meskipun demikian penelitian yang dilakukan oleh Wignyohadi (1986) di daerah rural menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jarak tempat tinggal penderita dengan *drop out* pengobatan. Dari hal tersebut ternyata faktor jarak dari rumah ke Puskesmas tidak mempengaruhi seseorang untuk mencari pengobatan apabila sedang sakit gigi.

Pendapat responden tentang waktu perawatan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol terbanyak adalah “menjawab biasa”, hal ini mungkin terjadi karena dalam memperhitungkan waktu menunggu hanya dengan perkiraan si responden saja, bukan dengan pengukuran yang tepat. Menurut hasil penelitian Sagala (1996) di Kecamatan Grogol, Pentamburan, Jakarta pada pelayanan kesehatan gigi bahwa waktu menunggu tidak mempengaruhi *demand*. Sedangkan pada penelitian Grytten (1991) dalam Hendratini (1996) lama waktu tunggu perawatan dapat menyebabkan seseorang menunda perawatan gigi dan pada umumnya laki-laki lebih tidak sabar menunggu perawatan gigi dibanding wanita. Mungkin perlu penelitian lain yang mengukur waktu tunggu dengan pengukuran yang tepat dari mulai datang hingga pulang, yaitu waktu tunggu seseorang untuk dipanggil masuk dan waktu dilakukan perawatan, karena menurut teori WHO (1984) bahwa berbagai sumber daya

(*resources*), meliputi waktu, uang, tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan menyebabkan seseorang berperilaku.

### 6.3 Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik dijadikan sebagai intervensi dalam penelitian ini dengan pertimbangan sebagai berikut:

Pertama, masalah kesehatan umumnya dan kesehatan gigi khususnya berasal dari masalah yang terjadi pada individu, maka pendekatan yang memungkinkan untuk merubah perilaku penderita pulpitis agar patuh berobat hingga selesai adalah pendekatan individu terlebih dahulu (Wirawan, 1980). Dimana sikap, perasaan takut, malu bertanya dan kemauan dipengaruhi oleh berbagai sifat individu. Oleh karena itu pendekatan individu dengan komunikasi terapeutik antara dokter gigi dan penderita pulpitis, diharapkan penderita pulpitis tidak akan malu bercerita apa yang dikeluhkannya dan dokter gigi akan berusaha memecahkan persoalan tersebut, sehingga secara psikologi terjadi hubungan interterpersonal. Dari segi psikologi dengan adanya hubungan interpersonal maka: 1) makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya, 2) pasien mendengar dengan penuh perhatian dan bertindak atas nasihat yang diberikan oleh dokter (Rakhmat J, 1996). Penderita pulpitis setelah memperoleh informasi, pesan, perawatan, petunjuk, bimbingan, dorongan, nasehat dan mendapat kesempatan untuk bertanya, maka penderita pulpitis akan mengetahui bahwa untuk mencapai kesembuhan maka harus patuh berobat hingga perawatan selesai.

Kedua, seseorang yang menderita sakit pulpitis apabila melakukan perawatan di Puskesmas untuk mencapai kesembuhan maka memerlukan kunjungan berulang kali. Komunikasi terapeutik yang dilakukan antara dokter gigi dan pasien dapat membantu kesembuhan dari penyakit tersebut dengan patuh hingga sembuh. Selain itu komunikasi terapeutik dapat juga menimbulkan empati yaitu hubungan yang simpatik dan hubungan interpersonal yang positif, untuk mendapatkan informasi dari pasien tentang apa yang diderita atau kemajuan yang didapatkan dari pengobatan, sebagai dasar untuk memberikan informasi atau instruksi ataupun keduanya, untuk mendapatkan umpan balik dari apa yang telah diinstruksikan. Hal ini merupakan pendekatan individu yang sifatnya timbal balik antara dokter gigi dan penderita pulpitis. Dimana penderita pulpitis bersifat aktif untuk mengutarakan keluhannya dan bertanya tentang suatu hal yang kurang dipahami.

Ketiga, selama ini di Puskesmas Pucang Sewu, komunikasi terapeutik belum diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan gigi agar penderita pulpitis dapat memahami mengapa penyakitnya hingga perlu berobat berulang-ulang dan bersedia melakukan perawatan hingga selesai atau patuh berobat. Dalam komunikasi terapeutik ini penderita pulpitis diberi informasi tentang fungsi gigi, proses terjadinya gigi berlubang dan pulpitis, tahap-tahap perawatan pulpitis.

Komunikasi terapeutik dalam penelitian ini dilaksanakan sebanyak empat kali. Komunikasi terapeutik dilakukan sebanyak empat kali oleh karena tahap perawatan pulpitis dilakukan lima kali kunjungan dan tahap kelima merupakan tahap terakhir perawatan gigi dengan dilakukan tumpatan tetap. Proses komunikasi terapeutik ini dilakukan dengan penyampaian pesan yang berupa informasi, perawatan, petunjuk,

bimbingan, dorongan, nasehat dan memberi kesempatan pada penderita pulpitis untuk bertanya, serta komunikasi interpersonal ini dibantu dengan media model, poster dan *booklet*.

Komunikator dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik ini adalah peneliti sendiri dan seorang perawat yang secara langsung mencatat respons penderita pulpitis saat diberi komunikasi terapeutik. Respons merupakan umpan balik (*feed back*) yang diberikan penderita pulpitis kepada komunikator. Umpan balik merupakan kesan dari komunikasi merupakan salah satu dari komponen pokok komunikasi selain komunikator, pesan dan saluran. Umpan balik yang diberikan oleh penderita pulpitis ke dokter gigi merupakan proses *encoding* yaitu mengirim kembali atau memberi respons atau tanggapan terhadap pesan atau informasi yang telah diterima, sedangkan respons atau tanggapan dari penderita pulpitis diterima oleh dokter gigi merupakan proses *decoding*.

Umpan balik ini diperlukan agar dapat diketahui apakah proses komunikasi tersebut berjalan dengan efektif atau mengalami hambatan. Umpan balik bisa bersifat positif, dapat pula bersifat negatif. Umpan balik positif adalah tanggapan atau respons komunikasi dengan memahami, mengerti apa yang disampaikan oleh komunikator dan mau bertanya untuk sesuatu hal yang kurang dimengerti. Umpan balik negatif yaitu tanggapan komunikasi yang tidak mengerti atau memahami apa yang disampaikan oleh komunikator (Uchjana O, 1985), sehingga komunikator harus mempunyai kemampuan untuk menerima dan menterjemahkan arti umpan balik penderita (Niven, 1995). Hasil dari penelitian ini kelompok perlakuan yang

mendapat komunikasi terapeutik ternyata memberi respons sangat baik sebanyak 11 orang (91%).

Fase yang digunakan dalam komunikasi terapeutik yaitu kunjungan pertama, kedua, ketiga dan keempat yang masing-masing merupakan fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

#### **6.4 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Pengetahuan Penderita Pulpitis**

Berdasarkan analisis data yang telah diuraikan pada bab 5 dihasilkan bahwa penderita pulpitis pada kelompok perlakuan setelah mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* terdapat peningkatan pengetahuan tentang penyakit pulpitis dengan nilai signifikan yaitu  $p = 0,00$  ( $p < 0,05$ ). Terbentuknya suatu perilaku baru, terutama pada orang dewasa, dimulai pada domain kognitif, dalam arti si subyek tahu terlebih dahulu terhadap stimulus yang berupa materi atau obyek di luarnya sehingga menimbulkan pengetahuan baru pada subyek tersebut (Notoatmodjo, 2000). Pendekatan individual dalam komunikasi terapeutik memungkinkan penderita pulpitis dapat bertanya dan mengemukakan pendapat dengan leluasa. Hal ini didukung oleh pendapat Stuart dan Sudden (1995) bahwa komunikasi terapeutik memberikan kesempatan kepada komunikan untuk berbicara, komunikator menghargai manusia seutuhnya sehingga tercipta hubungan saling percaya.

Sejalan dengan teori yang dikembangkan oleh Green (1980) bahwa kesehatan individu dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku dan non perilaku. Pengetahuan penderita pulpitis yang diperoleh dari komunikasi terapeutik, merupakan faktor predisposisi. Faktor predisposisi merupakan salah satu faktor dari tiga

kelompok faktor (faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong) terbentuknya perilaku individu. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Indriani (2001) didapatkan bahwa para ibu selama hamil yang diberi perlakuan dengan menggunakan individual komunikasi terapeutik, akan meningkatkan pengetahuannya secara bermakna.

Pada kelompok kontrol, dari hasil analisis didapatkan bahwa ada perbedaan yang bermakna dari hasil tes pengetahuan sebelum dan sesudah diberi *booklet* dengan  $p = 0,02$  ( $p < 0,05$ ). Pada kelompok kontrol responden tidak mendapatkan komunikasi terapeutik, tetapi saat pertama kali datang mendapat *booklet* yang isinya tentang pengetahuan penyakit pulpitis. Ross (1980) mengemukakan bahwa media massa dapat merubah pengetahuan, sikap dan perilaku dalam waktu yang lama. Penelitian Windi (2001) membuktikan *booklet* maupun *leaflet* efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap siswi terhadap aborsi., dalam hal ini *booklet* dan *leaflet* berperan sebagai sumber informasi itu sendiri (*self-contained*), sekaligus sebagai saluran untuk menyampaikan informasi. Selain itu Windi (2001) juga membandingkan efektifitas antara *booklet* dan *leaflet* ternyata dalam hasil penelitiannya *booklet* lebih efektif dibandingkan *leaflet* dalam meningkatkan pengetahuan siswi tentang aborsi. Dalam penelitian ini media cetak yang digunakan adalah *booklet* dan hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian Windi.

### **6.5 Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Sikap Penderita Pulpitis**

Berdasarkan analisis data yang telah diuraikan pada bab 5 dihasilkan bahwa penderita pulpitis pada kelompok perlakuan setelah mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* terdapat perubahan sikap dengan nilai signifikan yaitu  $p= 0,00$  ( $p<0,05$ ).

Sikap merupakan respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu obyek dan manifestasinya tidak dapat dilihat langsung (Notoatmodjo, 1993). Selanjutnya Azwar (1995) menyatakan bahwa sikap tidak lain adalah efek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu obyek.

Komunikasi yang diberikan pada kunjungan sebanyak empat kali dapat meningkatkan sikap penderita pulpitis. Hal ini dikarenakan teknik yang digunakan lebih mengutamakan teknik pengulangan dan klarifikasi terhadap pesan pada kunjungan sebelumnya yang belum jelas. Teknik pengulangan pesan akan berakibat penyimpanan memori di dalam otak yang relatif lama. Sehingga sikap yang dipunyai oleh penderita pulpitis lebih baik lagi setelah mendapat komunikasi terapeutik dari dokter gigi. Menurut Bloom (1963) dalam Glanz (1997) bahwa semua perilaku tatap muka akan berpengaruh terhadap sikap, ini terjadi pada perilaku baik dokter maupun pasien. Selain itu Ross (1997) mengatakan bahwa pendidik kesehatan harus mengetahui bahwa prestise dan kredibilitas sumber komunikasi dapat mempengaruhi tingkat penerimaan pesan bagi masyarakat, dimana daya persuasif suatu pesan akan tergantung pada isi dan daya tariknya, sehingga dapat merubah sikap seseorang.

Teori Aksi Beralasan menurut Fishbein and Ajzen (1980) dalam Glanz et al (1997) menegaskan peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku akan terjadi. Niat seseorang berdasarkan pada sikap terhadap perilaku

dan norma subyektif. Komunikasi terapeutik yang diberikan pada penderita pulpitis diharapkan dapat memberikan keyakinan penderita pulpitis bahwa dengan patuh berobat maka penyakit pulpitis akan sembuh dan penilaian pada hasil yang diinginkan yaitu bebas dari gejala sakit gigi. Hal tersebut akan menimbulkan sikap penderita pulpitis untuk patuh berobat secara teratur hingga sembuh. Sedangkan norma subyektif yaitu keyakinan adanya dukungan keluarga yang selalu mengingatkan untuk berobat dan mau mengantar apabila akan periksa gigi. Pada penelitian ini menunjukkan mereka mendapat dukungan keluarga untuk kelompok perlakuan sejumlah 73,3% dan kelompok kontrol 60%.

Ajzen (1988) menyempurnakan Teori Aksi Beralasan menjadi Teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behavior*) dengan menambahkan kontrol perilaku yaitu keyakinan pada kemampuan yang bersangkutan untuk melaksanakan perilaku tersebut. Kontrol perilaku penderita pulpitis yaitu adanya keyakinan penderita pulpitis untuk datang ke Puskesmas, meskipun dalam penelitian ini hal tersebut tidak dialami, tetapi hal ini dapat terlihat dari pendapat penderita pulpitis: a) biaya perawatan yang dikeluarkan yaitu menjawab sedang sebanyak 46,7% dan murah sebanyak 53,3%, jadi tidak ada yang menjawab mahal, b) jarak yang ditempuh dari rumah ke Puskesmas yaitu menjawab sedang 66,7 %, dekat 20% sedangkan yang menjawab jauh hanya 13,3%. Hal ini berarti bahwa penderita pulpitis mampu untuk berobat.

Pada kelompok kontrol, dari hasil analisis menunjukkan tidak signifikan, tidak ada beda sebelum dan sesudah diberi *booklet*  $p= 0,551$  ( $p>0,05$ ). Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian Windi (2001) bahwa adanya peningkatan



pengetahuan dan perubahan sikap yang cukup bermakna setelah membaca *booklet* maupun *leaflet*. Mungkin perlu diteliti lebih lanjut tentang isi dan cara pengolahan pesan *booklet* dalam penelitian ini.

### **6.6 Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis**

Berdasarkan analisis data yang telah diuraikan pada bab 5, bahwa kepatuhan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah berbeda secara signifikan ( $p= 0,000$ ) artinya ada perbedaan yang bermakna antara kelompok perlakuan yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok kontrol yang hanya mendapat *booklet*. Komunikasi terapeutik yang dilakukan pada kelompok perlakuan dapat meningkatkan kepatuhan penderita pulpitis dalam berobat dengan kunjungan berulang kali hingga selesai atau sembuh. Hal ini seperti yang ditulis oleh Niven (1995) bahwa yang mendukung kepatuhan pasien yaitu meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien merupakan suatu hal yang penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosisnya. Komunikasi terapeutik yang dilakukan sebanyak empat kali pada setiap kunjungan penderita pulpitis diharapkan dapat memberikan perubahan perilaku hingga tahap internalisasi seperti yang ada pada teori Kelman (1958) dalam Sarwono (1993). Teori ini menyatakan bahwa perubahan perilaku individu telah sampai pada tahap internalisasi apabila perubahan perilaku tersebut dianggap positif bagi diri individu itu sendiri dan diintegrasikan dengan nilai lain dalam hidupnya. Dalam penelitian ini kepatuhan berobat pada kelompok perlakuan yaitu mencapai 66,7% sedangkan pada kelompok kontrol hanya 13,3%. Setelah dilakukan komunikasi

terapeutik, kepatuhan berobat ini diharapkan telah sampai tahap internalisasi, bukan karena paksaan.

Komunikasi terapeutik merupakan bentuk ketrampilan dasar untuk melakukan wawancara dan penyuluhan, sedang media terapeutik yang digunakan untuk berbagai tujuan misalnya: pengkajian, memberi penyuluhan kesehatan dan perencanaan perawatan, dimana disini pasien juga mendapat kesempatan untuk bertanya tentang berbagai hal mengenai penyakitnya (Purwanto, 1994). Ketidakpatuhan dapat meningkat apabila dokter tidak memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya dan dokter hanya sedikit memberi informasi tentang kondisi pasien (Hauser, 1981; Morgan et al, 1985 dalam Ellis et al, 1987).

Komunikasi terapeutik sejalan dengan model Komunikasi-Persuasi (Mc.Guire, 1964) yang menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan, dimana perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku kesehatan.

Pengetahuan penderita pulpitis yang diperoleh dari komunikasi terapeutik dan *booklet* merupakan suatu stimulus yang diberikan kepada penderita pulpitis. Menurut Prochaska et al (1979) dalam Glanz (1997) dengan model Transteoretikal menyatakan bahwa perubahan perilaku menggunakan beberapa tahap yaitu prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, aksi, pemeliharaan dan terminasi. Dengan datangnya penderita pulpitis ke Puskesmas, maka untuk tahap prekontemplasi hingga tahap persiapan telah terlewati, dimana penderita pulpitis telah melakukan tahap aksi dengan datang ke Puskesmas untuk mencari pengobatan. Permasalahannya adalah pada tahap pemeliharaan, karena diharapkan penderita pulpitis patuh berobat hingga

perawatan selesai atau sembuh. Komunikasi terapeutik yang dilakukan pada penderita pulpitis disetiap kunjungan dapat merubah pengetahuan, sikap penderita pulpitis, sehingga pada tahap pemeliharaan ini penderita akan patuh berobat hingga perawatan selesai. Hasil analisis data pengetahuan dan sikap berpengaruh secara signifikan terhadap kepatuhan berobat dan nilai kepatuhan berobat penderita pulpitis pada kelompok perlakuan lebih tinggi dibanding kelompok kontrol Selain itu dengan dilakukan komunikasi terapeutik disetiap kunjungan diharapkan apabila penderita pulpitis mendapatkan penyakit yang sama akan patuh berobat hingga perawatan selesai, dimana hal ini penderita pulpitis memasuki tahap terminasi.

Pada kelompok kontrol yang hanya mendapatkan *booklet* saja tanpa komunikasi terapeutik ternyata tidak dapat meningkatkan kepatuhan berobat, hal ini mungkin disebabkan penderita pulpitis hanya mendapatkan informasi tentang penyakit pulpitis dari *booklet*, tanpa adanya informasi yang lebih jelas lagi apabila mereka mempunyai keluhan. Hasil penelitian DiNicola dan DiMatteo (1982) dalam Niven (1995) yaitu riset tentang beberapa faktor interpersonal yang mempengaruhi kepatuhan terhadap pengobatan menunjukkan pentingnya interaksi dokter dan pasien baik dengan komunikasi verbal maupun non verbal, sehingga menimbulkan empati perasaan pasien. Oleh karena itu di dalam komunikasi terapeutik diperlukan ketrampilan komunikasi interpersonal untuk meningkatkan kepatuhan berobat. Masalah kurangnya komunikasi sebenarnya merupakan masalah yang banyak dialami dalam pelayanan kesehatan, dan untuk masa mendatang perlu dikembangkan interaksi yang lebih aktif atau komunikasi interaktif antara dokter dan pasien (Januar, 1997).

### **6.7 Pengaruh Pengetahuan, Sikap terhadap Kepatuhan**

Berdasarkan analisis data dihasilkan adanya korelasi pengetahuan dengan sikap yaitu  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ) dan analisis regresi ganda adanya korelasi antara pengetahuan, sikap dengan kepatuhan, yaitu pengetahuan, sikap berpengaruh signifikan terhadap kepatuhan.

Kepatuhan berobat penderita pulpitis di Puskesmas yaitu penderita pulpitis melaksanakan cara pengobatan yang disarankan oleh dokternya, hal ini sesuai dengan apa yang ditulis oleh Carlson et al (1997) bahwa kepatuhan yaitu melakukan suatu perilaku tertentu berdasar permintaan atas orang lain akan menyebabkan perubahan dalam sikap mereka. Teori Model Kepercayaan (Rosenstock, 1982 dalam Glanz, 1997) bahwa perilaku individu ditentukan oleh motif dan nilai yang diyakininya. Mungkin setelah penderita pulpitis mendapatkan komunikasi terapeutik mereka akan percaya bahwa mereka rentan terhadap pulpitis, menganggap masalah ini serius, meyakini efektifitas tujuan pengobatan yang dianjurkan, tidak mahal dan dinilai lebih menguntungkan untuk patuh daripada tidak patuh atau dicabut, menerima anjuran untuk mengambil tindakan, dengan demikian maka penderita pulpitis akan patuh berobat secara teratur hingga selesai atau sembuh.

Sejalan dengan teori Diffusi Inovasi dari Rogers (1983) pada tahap awal penderita pulpitis diberi informasi dan pengetahuan berkaitan dengan proses perawatan pulpitis. Pada tahap ini biasanya penderita pulpitis selalu meminta untuk dilakukan pencabutan gigi. Pengetahuan yang didapat ini menimbulkan minatnya untuk mengenal lebih jauh tentang pulpitis, fase ini dipergunakan oleh petugas

kesehatan untuk membujuk atau meningkatkan motivasinya guna bersedia menerima informasi dan pesan yang dianjurkan (*persuasion*). Pada tahap ini penderita pulpitis mungkin mempertimbangkan apakah dengan patuh berobat untuk melakukan perawatan gigi akan membawa hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan dan membutuhkan biaya yang mahal atau murah. Penderita pulpitis mau datang setiap kunjungan hingga perawatan selesai atau patuh berobat agar sembuh merupakan suatu tindakan yang dapat dilakukan atau dicoba oleh penderita pulpitis (*trialability*), tetapi faktor biaya perawatan yang harus dikeluarkan disetiap kunjungan mungkin adalah salah satu faktor pertimbangan juga bagi penderita pulpitis apabila harus datang lima kali kunjungan (*complexity*). Dengan penjelasan dari petugas maka diharapkan penderita pulpitis mau untuk patuh berobat melakukan perawatan gigi hingga selesai sehingga penyakit pulpitis sembuh. Bila sampai pada kesimpulan yaitu kepatuhan akan membawa hasil yang diinginkan maka pada tahap selanjutnya penderita pulpitis adalah membuat keputusan untuk patuh berobat (Houwink et al, 1993).

### **6.8 Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini mempunyai keterbatasan serta perlu lebih dikembangkan. Adapun keterbatasan penelitian ini yaitu: Penelitian ini dilakukan pada Puskesmas Pucang Sewu, dimana didalam menentukan lokasi penelitian berdasarkan prioritas masalah yang ada di seluruh Puskesmas kota Surabaya, sehingga generalisasi hanya diberlakukan pada Puskesmas tersebut.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN



#### 7.1 Simpulan

Setelah dilakukan analisis data serta pembahasan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik penderita
  - a. Umur: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik mayoritas adalah 10-20 tahun, sedangkan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas umur 21-30 tahun.
  - b. Lama pendidikan: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* mayoritas adalah 10-12 tahun, sedangkan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas adalah 17 tahun.
  - c. Jenis kelamin: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang mendapat *booklet* saja adalah sama jumlahnya antara perempuan dan laki-laki
  - d. Pekerjaan: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas adalah pekerjaan swasta
  - e. Pengalaman sakit pulpititis : kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas adalah belum pernah sakit pulpititis.

2. Faktor sosial ekonomi dan demografi
  - a. Dukungan keluarga: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas mereka mendapat dukungan keluarga.
  - b. Biaya perawatan: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* mayoritas berpendapat biaya perawatan adalah murah, sedangkan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas berpendapat biaya perawatan adalah sedang.
  - c. Jarak : kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas berpendapat jarak yang ditempuh dari rumah ke Puskesmas yaitu sedang atau tidak terlalu jauh.
  - d. Waktu perawatan: kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan kelompok yang mendapat *booklet* saja mayoritas berpendapat bahwa waktu perawatan adalah biasa atau tidak terlalu lama
3. Penderita pulpitis pada kelompok perlakuan yang mendapatkan komunikasi terapeutik dan *booklet* pengetahuannya berubah, demikian juga pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan komunikasi terapeutik tetapi mendapatkan *booklet*, pengetahuannya berubah.
4. Penderita pulpitis pada kelompok yang mendapatkan komunikasi terapeutik dan *booklet* sikapnya berubah, tetapi pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan komunikasi terapeutik hanya mendapatkan *booklet*, sikapnya tidak berubah.

5. Terdapat perbedaan pengetahuan dan sikap penderita pulpitis antara kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang hanya mendapat *booklet*
6. Terdapat perbedaan kepatuhan penderita pulpitis antara kelompok yang mendapat komunikasi terapeutik dan *booklet* dengan kelompok yang hanya mendapat *booklet*
7. Pengetahuan dan sikap berpengaruh terhadap kepatuhan berobat.

## 7.2 Saran

Setelah mempelajari pembahasan hasil penelitian dan kesimpulan maka saran yang diajukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Dalam rangka memperkembangkan penelitian ini, maka perlu untuk melaksanakan penelitian yang skalanya lebih luas dengan populasi subyek penelitian yang lebih besar.
2. Komunikasi terapeutik dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat maka sebaiknya komunikasi terapeutik dapat diberikan pada semua penderita gigi yang datang berobat.
3. Perlu pelatihan bagi tenaga perawat gigi puskesmas dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik agar dapat melakukan komunikasi terapeutik.
4. Hasil penelitian komunikasi terapeutik ini terbukti dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan kepatuhan berobat, sekalipun demikian tidak berarti bahwa komunikasi terapeutik satu-satunya intervensi, tetapi dapat sebagai pelengkap sistem pelayanan.



5. Berdasarkan beberapa kekurangan perawatan mumiifikasi maka sebaiknya perawatan tersebut ditinggalkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adi S, Gardjito K, Widodo T, dan Rukmo N, 1985. *Suatu Tinjauan tentang Perawatan Mumifikasi*. Simposium Peningkatan Peranan Ilmu Konservasi Gigi. Surabaya, hal 80-85.
- Akbar SM, 1987. *Pengaruh Pembuangan Jaringan Pulpa dan jaringan Periapikal yang Terinfeksi pada Kesembuhan Biologik Perawatan Endodontik Konvensional*. Surabaya: Universitas Airlangga, hlm 27.
- Andersen R, 1968. *A Behavioral Model of families Use of Health Service*, research Series. University of Chicago, pp 25.
- Ashley FP and Wilson RF, 1977. Dental Plaque and Caries, three years Longitudinal Study in Children. *British Dental Journal* Vol 142, pp 85-91.
- Baum, Phillips and Lund, 1995. *Text Book of Operative Dentistry*, alih bahasa Rasinta Tarigan. Jakarta: ECG, hlm 4-9.
- Brauer J, 1964. *Dentistry for Children*, 5 th ed. New York: Graw Hill Book, pp 223.
- Carlson NR and Buskist W. 1997. *Psychology The Science of Behavior*. 5<sup>th</sup> ed. London. Allyn and Bacon, pp 495.
- Cockerham WC, 1989. *Medical Sociology*, 4 th ed. New Jersey: Prentice Hall, pp .97.
- Cohen S and Burns RC. 1994. *Pathway of the Pulp*, 3 rd ed. London: The CV Mosby Co., pp 22.
- Departemen Kesehatan RI, 1993. *Pengetahuan Dasar Tentang Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Gigi. Direktorat Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan RI, hlm12.
- Departemen Kesehatan RI, 1999. *Modul Pelatihan Fungsional Perawat Puskesmas (Klasikal)*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan RI. hlm1-11.
- Departemen Kesehatan RI. 1999. *Profil Kesehatan Gigi dan Mulut di Indonesia pada Pelita VI*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Kesehatan Gigi, hlm 16-18.
- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Pedoman Upaya pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Direktorat Kesehatan gigi. hlm 49.

- Departemen Kesehatan RI, 2000. *Pedoman Upaya Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat Kesehatan Gigi, hlm 47-49.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, 1997. *Mengajar di Perguruan Tinggi*. Jakarta: PAU-PPAI Universitas Terbuka. hlm 2-6.
- Departemen Kesehatan RI, 1993. *Komunikasi Terapeutik dalam Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Depkes RI. hlm 9-12.
- Dignan MB, Carr PA, 1992. *Program Planning for Health Education and Promotion*. 2<sup>nd</sup> ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, pp 88-95.
- Ellis RB, Gates RJ and Neil K, 1987. *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC, hlm 6-11.
- Finn SB, 1973. *The Etiology of Dental caries and The Epidemiology of Dental Caries, Clinical Pedodontics, 4 th ed*. Philadelphia: WB saunders Co, pp 463-493.
- Glanz K, Lewis FM and Rimer BK, 1997. *Health behavior and Health Education. Theory, research, and Practice*, 2 nd ed. San Francisco, California: Jossey-bass Inc.
- Gondhoyowono T, Ratna IS, Heriandi, Badri N dan Tumbelaka D., 1994. *Komunikasi Dokter Gigi dengan Pasien*. Kumpulan Makalah KPPIKG X: 638.
- Green, Lawrence W, 1980. *Health Education Planning a diagnostic approach*. Boston: mayfield Publisng Co., John Hopkins University, pp 44-45.
- Grosman LJ, 1970. *Endodontic Practice* 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lea Fibeger, pp 101-140, 141-148.
- Grosman LI, Oliet S and del Rio CE, 1988. *Endodontic in Practice*, 11 th ed. Philadelphia : Lea and Fibegir, pp 1-18, 36-49, 59-77.
- Grosman LI, Oliet S and del Rio CE, 1988. *Ilmu Endodontik dalam Praktek*, alih bahasa Rafiah Abyono. Jakarta: EGC, hlm 65, 71.
- Hanlon J, 1969. *Public Health Administration*. St. Louis. The CV. Mosby Co.
- Hendratini J, 1996. *Analisis Pemanfaatan Unit Pelayanan Kesehatan gigi di RS Pemerintah dan RS Swasta*. Ceramah Singkat. Rimbawan, hlm 694.

- Hendratini J dan Trisnantoro L, 1997. Perbedaan Lama Waktu Tunggu, Biaya dan Mutu Pelayanan Kesehatan Gigi di Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta: Analisis Manajerial. *Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Indonesia*, Vol 4. No. 2. Jakarta: hal 8-9.
- Houwink B, Dirks B, Carmwinkel, Crieleers, Dermaut, Koing, Moltzer, Pilot, Roukema, Schauttet and Tan, 1993. *Ilmu Kedokteran Gigi Pencegahan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press, hlm 160-182.
- Indriani S. 2001. Perubahan Perilaku Ibu Meneteki Dini Pasca Salin melalui Penerapan Intervensi Keperawatan : Komunikasi Terapeutik. *Tesis*. Program Pasca Sarjana Unair. Surabaya.
- Januar P, 1997. Pengaruh Ciri Perseorangan Penderita terhadap Interaksi dengan Dokter Gigi, Kepuasan dan Ketaatan Berobat pada Pelayanan Kesehatan Gigi. *Tesis*. Program Pasca Sarjana Unair. Surabaya.
- Januar P, 1999. *Pandangan Pasien terhadap Penyakit Gigi dan Mulut*. Jurnal PDGI Th 50 No 1. Surabaya: hlm 46.
- Jarwis P, 1995. *Adult and Continuing Education*, 2th ed, London .
- Jong A 1993. *Dental Public Health and Community Dentistry*. London : The C.V. Mosby Comp., hlm 63-64.
- Kar B. Snehendu, 1983. *A Psychology Model of Health Behavior. Healt values: Achiving High Level Wellness*. Volume 7. No. 2. March-April New York., pp 137.
- Kasl, Stanley and Sidney Cobb, 1966. *Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior*. Archies of Environmental Health, 12 Hlm: 246-266.
- Kim S and Trowbridge HO, 1994. *Pulp Reaction to caries and Dental procedures dalam Cohen S, Burn RC, Puthway to the pulp*, 3 rd ed, London: The CV Mosby Co. pp 414-415.
- Lapatra, J.W. 1975. *Health Care Delivery System*, hlm. 32, 114-115.
- Lowler W, Ahmed A and Hume WJ, 1987. *Buku Pintar patologi untuk Kedokteran Gigi*, alih bahasa: Agus Djaya. Jakarta: EGC, hlm 9-36.
- Ludlow R and Panton F, 2000. *Komunikasi Efektif*, alih bahasa: Deddy Jacobus. Yogyakarta: Penerbit Andi Yogyakarta, hlm 13.

- Newburn N, 1977. Etiology of Dental caries cit Cadwell RC and Stallaed RE (ed) A *Texbook of Preventive Dentistry*. Philadelphia: WB saunders Co, pp 30-45.
- Niven N, 1995. *Psikologi Kesehatan. Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan lain*. Jakarta. EGC, hlm: 35.
- Notoatmodjo S, 1993. *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Notoatmodjo S, 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, hlm 121-134.
- Notoatmodjo S, 2000. *Konsep Pendidikan (Promosi) Kesehatan*. Jakarta: Pendidikan -Promosi dan Perilaku Kesehatan, hlm 3.
- Notoatmodjo, Poerbonegoro, Tafal, Sudarti, Sarwono, Sasongko, Pratomo, hasan, mamdy, 1989. *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: BPKM-FKM UI, hlm: 58.
- Nurjanah I, 2001. *Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan FK Univ. gadjah Mada, hlm 1.
- Purwanto H, 1994. *Komunikasi untuk Perawat*. Jakarta: EGC, hlm 1-10.
- Rakhmat J. 1996. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya, hlm 120.
- Roitt IM and Lehner T, 1980. *Imunology of Oral Disease*. Boston: Scientific Publications.Pp 363-367.
- Rogers EM, 1983. *Diffusion of Innovations*. London: The Free Press, pp 163-186.
- Sagala I, 1996. Peran Berbagai faktor Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi. *Forum Ilmiah Kedokteran Gigi*, Edisi Khusus, Surabaya: Fakultas Kedokteran Gigi Univ. Airlangga, hlm 686.
- Sarafino EP, 1994. *Health Psychologi-Biopsychosocial Interactions*. New York. John Wiley and Sons. Inc.
- Sarwono S, 1993. *Sosiologi Kesehatan. Beberapa konsep Beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, hlm 54-58.
- Schramm W and Porter WE, 1982. *Men, Women, Message and Media Understanding Human Communication*, 2<sup>nd</sup>.ed. New York: harper and Row Publisher, pp51.

- Seltzer S and Bender IB, 1990. *The Dental Pulp. Biologic and Cosideration in Dental Procedures*, 3 rd ed. Philadelphia: JB. Lippincot Co, pp 78-130.
- Smet B, 1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta. PT Gramedia Widiasarana Indonesia, hlm: 251-253.
- Sriami S, 2001. Kontribusi Peran Serta Suami dalam Perawatan Ibu Hamil (ANC) di Puskesmas Sukodono Kec. Sukodono Kabupaten Sidoarjo. *Tesis*. Program Pasca Sarjana Unair. Surabaya.
- Stuart, Gail, Sundeen and Sandra J. (1995). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis : Mosby Year Book. pp 108-120.
- Sunarjo DS, 1991. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Yogyakarta, Liberty, hlm 1.
- Tarigan R, 1992. *Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta: ECG, hlm 29-30.
- Uchjana O, 1985. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*. Bandung: CV Remadja Karya, hlm 11-14.
- Usman M, 2000. *Menjadi Guru Profesional*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya, hlm 34-37.
- WHO, 1984. *Education and Training of Nurse Teachers and managers with Special regard to Primary Health Care*. Genewa, World Health Organisation Technical Report Series, no 708, pp 43-44.
- Widodo T, 1997. Analisis Perubahan Immunopatologik pada Pulpitis Reversibel dan Irreversibel untuk Memperbaiki Diagnosis atas dasar Immunopatogenesis Pulpitis. *Disertasi*, Universitas Airlangga.
- Wirawan S. 1980. *Perubahan Sikap Sebagai Sarana Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Ikatan Ahli masyarakat. Jakarta. Hlm 29-33.
- Wolton and Torabinejad, 1996. *Prinsip dan Praktik Ilmu Endodonsi*, Alih bahasa: Sumawinata N, Sidharta W dan Nursasongko B. Ed 2 Jakarta EGC, hlm 48.-70.
- Yuwono S, 1985. *Ihktisar Komunikasi Administrasi*. Jogjakarta. Liberty.
- Zainuddin M, 2000. *Metodologi Penelitian*. Surabaya, hlm 52-53.
- Laporan Kegiatan Kesehatan Gigi dan Mulut Kota Surabaya, 2001.
- Profil Puskesmas Pucang Sewu Surabaya, 2001.

Lampiran: 1

**LEMBAR PERNYATAAN BERPERAN SERTA DALAM PENELITIAN**

**Judul: PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PERILAKU KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PULPITIS DI PUSKESMAS PUCANG SEWU KOTA SURABAYA.**

Peneliti Dewi Kristiana, drg

Saya diminta untuk berperan dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang diberikan dan bersedia mengikuti komunikasi terapeutik. Sebelumnya saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan data dan informasi tentang saya. Semua berkas yang tercantum tentang saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data.

Demikian pernyataan saya secara sadar dan sukarela serta tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya berperan serta dalam penelitian ini.

Pemberi pernyataan

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan peneliti

Tanggal:

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan responden

Tanggal:

## Lampiran 2

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PERILAKU KEPATUHAN BEROBAT PADA PENDERITA PULPITIS DI PUSKESMAS PUCANG SEWU KOTA SURABAYA.**

**DAFTAR TILIK RESPON PENDERITA PULPITIS**

Nama :  
 Umur :  
 Alamat :  
 Pendidikan :  
 Nama Pengamat :

Kegiatan komunikasi terapeutik	Respon penderita pulpitis	Tanda (√)
<b>1. Fase orientasi atau perkenalan</b>		
a. Tersenyum dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas tersenyum	<input type="checkbox"/>
b. Memberi salam dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas memberi salam	<input type="checkbox"/>
c. Memperkenalkan diri dan menanyakan nama panggilan kesukaan	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Terserah memanggilnya	<input type="checkbox"/>
	Penderita menyebutkan nama kesukaannya	<input type="checkbox"/>



d. Menjelaskan peran petugas dan pasien, topik atau kegiatan yang dilakukan, waktu yang diperlukan, kerahasiaan	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita menyatakan mengerti	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya lebih lanjut	<input type="checkbox"/>
<b>2. Fase Kerja</b>		
a. Menanyakan keluhan penderita	Penderita tidak mau mengutarakan apa yang dikeluhkannya	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhan utamanya saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhkannya secara rinci	<input type="checkbox"/>
b. Memberi kesempatan pada penderita untuk bertanya setelah diberi informasi tentang fungsi gigi, proses terjadinya gigi berlubang, perawatan pulpitis	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya tetapi tidak relevan	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya dengan pertanyaan yang relevan	<input type="checkbox"/>
<b>3. Fase terminasi</b>		
a. Merencanakan tindak lanjut dengan penderita dalam bentuk berjanji untuk datang kembali pada kunjungan II	Penderita menyatakan tidak akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita menyatakan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>

	Penderita memutuskan akan datang lagi	
--	---------------------------------------	--

## Kunjungan II

Kegiatan komunikasi terapeutik	Respon penderita pulpitis	
<b>1. Fase Orientasi</b>		<input type="checkbox"/>
a. Tersenyum dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	
	Penderita membalas tersenyum	<input type="checkbox"/>
b. Memberi salam dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas memberi salam	<input type="checkbox"/>
<b>2. Fase kerja</b>		
a. Menanyakan keluhan penderita setelah mendapatkan perawatan I	Penderita tidak mau mengutarakan apa yang dikeluhkan	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhan utamanya saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhkannya secara rinci	<input type="checkbox"/>
b. Memberi kesempatan pada penderita untuk bertanya, setelah memecahkan masalah yang dikeluhkannya	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya tetapi tidak relevan	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya dengan relevan	<input type="checkbox"/>
<b>3. Fase terminasi</b>		
a. Merencanakan tindak lanjut dengan penderita dalam	Penderita menyatakan tidak akan datang lagi	<input type="checkbox"/>

bentuk berjanji untuk datang kembali pada kunjungan III		
	Penderita menyatakan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita memutuskan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>

## Kunjungan III

Kegiatan komunikasi terapeutik	Respon penderita pulpitis	
<b>1. Fase Orientasi</b>		
a. Tersenyum dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengganggu)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas tersenyum	<input type="checkbox"/>
b. Memberi salam dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengganggu)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas memberi salam	<input type="checkbox"/>
<b>2. Fase kerja</b>		
a. Menanyakan keluhan penderita setelah mendapatkan perawatan li	Penderita tidak mau mengutarakan apa yang dikeluhkannya	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhan utamanya saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhkannya secara rinci	<input type="checkbox"/>
b. Memberi kesempatan pada penderita untuk bertanya, setelah memecahkan masalah yang dikeluhkannya	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya tetapi tidak relevan	<input type="checkbox"/>

	Penderita bertanya dengan pertanyaan yang relevan	<input type="checkbox"/>
<b>3. Fase terminasi</b>		
a. Merencanakan tindak lanjut dengan penderita dalam bentuk berjanji untuk datang kembali pada kunjungan IV	Penderita menyatakan tidak akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita menyatakan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita memutuskan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>

## Kunjungan IV

Kegiatan komunikasi terapeutik	Respon penderita pulpitis	
<b>1. Fase Orientasi</b>		
a. Tersenyum dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas tersenyum	<input type="checkbox"/>
b. Memberi salam dengan penderita	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita memberi respon (mengangguk)	<input type="checkbox"/>
	Penderita membalas memberi salam	<input type="checkbox"/>
<b>2. Fase kerja</b>		
a. Menanyakan keluhan penderita setelah mendapatkan perawatan III	Penderita tidak mau mengutarakan apa yang dikeluhkannya	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhan utamanya saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita mengutarakan keluhkannya secara rinci	<input type="checkbox"/>

b. Memberi kesempatan pada penderita untuk bertanya, setelah memecahkan masalah yang dikeluhkannya	Penderita diam saja	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya tetapi tidak relevan	<input type="checkbox"/>
	Penderita bertanya dengan pertanyaan yang relevan	<input type="checkbox"/>
<b>3. Fase Terminasi</b>		
a. Merencanakan tindak lanjut dengan penderita dalam bentuk berjanji untuk datang kembali pada kunjungan V	Penderita menyatakan tidak akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita menyatakan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>
	Penderita memutuskan akan datang lagi	<input type="checkbox"/>

## Lampiran 3

Magister Perilaku dan Promosi Kesehatan  
Program Studi Ilmu Kesehatan masyarakat  
Program Pasca sarjana Universitas Airlangga Surabaya

**Kuesioner Penelitian Untuk Penderita Pulpitis**

Nama Responden : .....

Tanggal : .....

## Petunjuk Pengisian I:

Kami mohon saudara memberikan jawaban sejujurnya. Jawaban saudara kami rahasiakan.

## Identitas responden:

Nama :

Alamat :

Umur :

Pendidikan (jumlah tahun sekolah) :

Pekerjaan :

### **Kuesioner Pengetahuan tentang pulpitis**

Petunjuk cara mengerjakan:

Berilah tanda (X) pada huruf a atau b atau c, bila menurut saudara benar.

Terima kasih atas kesediannya

Contoh pengisian:

Saya pergi ke Puskesmas ini dengan cara:

- a. Berjalan kaki
- b. Naik bemo
- c. Naik kendaraan bermotor (mobil atau motor)

1. Bagian gigi yang kelihatan dalam mulut, yang pada umumnya berwarna putih dan mengkilap disebut dengan:
  - a. Mahkota gigi
  - b. Akar gigi
  - c. Gusi
2. Gigi seri berfungsi sebagai:
  - a. Memotong makanan
  - b. Mencabik dan merobek makanan
  - c. Menggiling dan menghaluskan makanan
3. Gigi taring berfungsi sebagai :
  - a. Memotong makanan
  - b. Mencabik dan merobek makanan
  - c. Menggiling dan menghaluskan makanan
4. Gigi geraham berfungsi sebagai:
  - a. Memotong makanan
  - b. Mencabik dan merobek makanan
  - c. Menggiling dan menghaluskan makanan
5. Lapisan paling luar dari gigi, mempunyai fungsi:
  - a. Melindungi gigi terhadap rangsangan dari luar seperti panas,dingin, asam atau manis
  - b. Membantu mengikat akar gigi dengan tulang rahang
  - c. Jawaban diatas betul semua
6. Bagaimana rasa sakit apabila bakteri menyerang lapisan paling luar gigi:
  - a. Terasa linu apabila minum air es atau dingin
  - b. Sakit sekali
  - c. Cekot-cekot

7. Bagaimana rasa sakit apabila lubang gigi telah mengenai lapisan paling dalam dari gigi karena tidak cepat dilakukan perawatan :
  - a. Terasa linu apabila minum air es atau dingin
  - b. Sakit sekali dan cekot-cekot
  - c. Terasa linu apabila kena angin
  
8. Lapisan paling dalam pada gigi yang disebut pulpa, berisi dengan:
  - a. Daging
  - b. Pembuluh darah
  - c. Jaringan keras
  
9. Karies gigi atau gigi yang berlubang disebabkan oleh
  - a. Makanan
  - b. Ulat
  - c. Jawaban diatas betul semua
  
10. Bakteri yang berasal dari makanan yang membusuk akan menyerang email dan dentin, tetapi apabila tidak segera dilakukan perawatan, maka bakteri tersebut akan
  - a. Berhenti
  - b. Berlanjut menuju ruang pulpa
  - c. Hilang
  
11. Jumlah kunjungan yang harus dilakukan apabila gigi terkena pulpitis di Puskesmas hingga sembuh atau tumpatan tetap, yaitu:
  - a. Hanya satu kali kunjungan
  - b. Dua kali kunjungan
  - c. Minimal lima kali kunjungan
  
12. Jumlah kunjungan untuk penderita pulpitis di Puskesmas berulang kali karena memerlukan perawatan untuk:
  - a. Sterilisasi (pemberian obat agar jaringan pulpa bersih)
  - b. Menunggu obat masuk ke akar gigi
  - c. Menghilangkan rasa sakit
  
13. Agar gigi kita sehat dan kuat, maka kita melakukan sikat gigi:
  - a. Apabila akan tidur malam
  - b. Setelah bangun pagi
  - c. Jawaban a dan b benar



**Kuesioner sikap untuk penderita pulpitis**

Petunjuk: Di bawah ini terdapat beberapa pernyataan, berilah tanda (√) pada kotak STS (sangat tidak setuju), TS (tidak setuju), S (setuju), SS (sangat setuju) sesuai dengan pendapat saudara.

- 1 Bagi saya, gigi hanya berfungsi untuk mengunyah saja  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 2 Apabila gigi saya ada yang hilang, maka saya merasa tidak enak untuk makan.  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 3 Makan makanan manis apabila tidak segera dibersihkan dapat menyebabkan gigi berlubang  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 4 Apabila sakit gigi hanya terasa linu saja, maka tidak perlu ke Puskesmas  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 5 Apabila telah terlihat tanda titik hitam di permukaan gigi, sebaiknya segera ke Puskesmas  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 6 Saya pergi ke Puskesmas, setelah gigi terasa sakit yang amat sangat (cekot-cekot)  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 7 Gigi yang telah berlubang atau karies gigi bisa sembuh sendiri, tanpa perlu berobat ke Puskesmas.  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 8 Apabila gigi terasa sakit sekali, sebaiknya langsung minta dilakukan pencabutan saja  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 9 Apabila gigi saya sakit dan saya minum obat sendiri, kemudian apabila rasa sakit telah hilang, maka tidak perlu datang ke Puskesmas lagi  

STS	TS	S	SS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |  |                      |                      |                      |
|----|--|----------------------|----------------------|----------------------|
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10 | Kita sebagai pasien gigi perlu mengetahui sebab-sebab sakit gigi                                 |                      |                      |                      |
|    | STS  | TS                   | S                    | SS                   |
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11 | Kita sebagai pasien gigi perlu mengetahui perawatan yang akan dilakukan                          |                      |                      |                      |
|    | STS  | TS                   | S                    | SS                   |
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12 | Jarak rumah dengan Puskesmas mempengaruhi saya untuk berobat                                     |                      |                      |                      |
|    | STS  | TS                   | S                    | SS                   |
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13 | Waktu menunggu dan lama melakukan perawatan, mempengaruhi saya untuk melakukan pengobatan ulang. |                      |                      |                      |
|    | STS  | TS                   | S                    | SS                   |
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14 | Biaya pengobatan terlalu mahal.  |                      |                      |                      |
|    | STS  | TS                   | S                    | SS                   |
|    | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Kuesioner untuk biaya, waktu, jarak dan dukungan keluarga**

1. Menurut saudara bagaimana biaya perawatan gigi di Puskesmas?
  - a. Murah
  - b. Biasa
  - c. Mahal
  
2. Menurut saudara bagaimana waktu untuk melakukan perawatan dan waktu menunggu untuk dilakukan perawatan
  - a. Cepat
  - b. Biasa
  - c. Lama
  
3. Menurut saudara bagaimana jarak rumah saudara ke Puskesmas
  - a. Dekat
  - b. Sedang
  - c. Jauh
  
4. Apakah keluarga saudara akan mengingatkan atau menyuruh saudara untuk berobat saat saudara sakit gigi
  - a. Tidak
  - b. Kadang-kadang
  - c. Ya.
  
5. Apakah salah satu dari keluarga saudara akan mengantar saudara untuk berobat gigi
  - a. Tidak
  - b. Kadang-kadang
  - c. Ya.

Lampiran: 4

Nama responden :  
Alamat :

**Daftar Tilik Pengalaman Sakit Pulpitis**

No	Pengalaman	Skor	Tanda (V)
1	Belum pernah	1	
2	Pernah	2	

Lampiran: 5

**Daftar tilik untuk perilaku kepatuhan berobat**

Nama responden :

No. kartu status :

**Daftar tilik untuk kunjungan penderita pulpitis**

No	Kunjungan	Bobot	Datang	Tidak datang
1	Kedua	1		
2	Ketiga	2		
3	Keempat	3		
4	Kelima	4		

BOBOT=.....

**Daftar tilik untuk waktu datang**

No	Kunjungan	Waktu datang			
		Datang lebih dari 3 hari setelah tanggal perjanjian	Datang lebih dari 2 hari setelah tanggal perjanjian	Datang lebih dari 1 hari setelah tanggal perjanjian	Datang tepat sesuai perjanjian
	Skor	1	2	3	4
1	Kedua				
2	Ketiga				
3	Keempat				
4	Kelima				

Bobot waktu datang=

Bobot kepatuhan berobat=

## Lampiran 6

## Pengetahuan- validitas

## Correlations

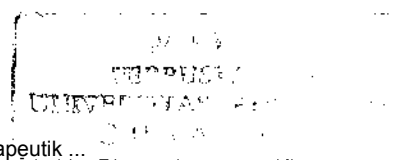
		PTOT	PERT1	PERT2	PERT3
PTOT	Pearson Correlation	1.000	.984**	.984**	.984**
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.000
	N	15	15	15	15
PERT1	Pearson Correlation	.984**	1.000	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.000
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.984**	1.000**	1.000	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.000
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.984**	1.000**	1.000**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.984**	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.834**	.784**	.784**	.784**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.001	.001
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.714**	.650**	.650**	.650**
	Sig. (2-tailed)	.003	.009	.009	.009
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.984**	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.984**	1.000**	1.000**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.671**	.681**	.681**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.006	.005	.005	.005
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.671**	.681**	.681**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.006	.005	.005	.005
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.439	.423	.423	.423
	Sig. (2-tailed)	.101	.116	.116	.116
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.671**	.681**	.681**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.006	.005	.005	.005
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.671**	.681**	.681**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.006	.005	.005	.005
	N	15	15	15	15

**Correlations**

		PTOT	PERT1	PERT2	PERT3
PERT14	Pearson Correlation	.489	.423	.423	.423
	Sig. (2-tailed)	.064	.116	.116	.116
	N	15	15	15	15
PERT15	Pearson Correlation	.714**	.650**	.650**	.650**
	Sig. (2-tailed)	.003	.009	.009	.009
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT4	PERT5	PERT6	PERT7
PTOT	Pearson Correlation	.984**	.834**	.714**	.984**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.003	.000
	N	15	15	15	15
PERT1	Pearson Correlation	1.000**	.784**	.650**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.009	.000
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	1.000**	.784**	.650**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.009	.000
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	1.000**	.784**	.650**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.009	.000
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	1.000	.784**	.650**	1.000**
	Sig. (2-tailed)		.001	.009	.000
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.784**	1.000	.829**	.784**
	Sig. (2-tailed)	.001		.000	.001
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.650**	.829**	1.000	.650**
	Sig. (2-tailed)	.009	.000		.009
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	1.000**	.784**	.650**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.009	
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	1.000**	.784**	.650**	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.009	.000
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.681**	.535*	.443	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.040	.098	.005
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.681**	.535*	.443	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.040	.098	.005
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.423	.294	.207	.423
	Sig. (2-tailed)	.116	.287	.459	.116
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.681**	.535*	.443	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.040	.098	.005
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.681**	.535*	.443	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.040	.098	.005
	N	15	15	15	15





## Correlations

		PERT4	PERT5	PERT6	PERT7
PERT14	Pearson Correlation	.423	.294	.207	.423
	Sig. (2-tailed)	.116	.287	.459	.116
	N	15	15	15	15
PERT15	Pearson Correlation	.650**	.452	.316	.650**
	Sig. (2-tailed)	.009	.091	.248	.009
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT8	PERT9	PERT10	PERT11
PTOT	Pearson Correlation	.984**	.671**	.671**	.439
	Sig. (2-tailed)	.000	.006	.006	.101
	N	15	15	15	15
PERT1	Pearson Correlation	1.000**	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	1.000**	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	1.000**	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	1.000**	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.784**	.535*	.535*	.294
	Sig. (2-tailed)	.001	.040	.040	.287
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.650**	.443	.443	.207
	Sig. (2-tailed)	.009	.098	.098	.459
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	1.000**	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	1.000	.681**	.681**	.423
	Sig. (2-tailed)	.	.005	.005	.116
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.681**	1.000	1.000**	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.	.000	.005
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.681**	1.000**	1.000	.681**
	Sig. (2-tailed)	.005	.000	.	.005
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.423	.681**	.681**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.116	.005	.005	.
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.681**	-.071	-.071	-.105
	Sig. (2-tailed)	.005	.800	.800	.710
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.681**	-.071	-.071	-.105
	Sig. (2-tailed)	.005	.800	.800	.710
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT12	PERT13	PERT14	PERT15
PTOT	Pearson Correlation	.671**	.671**	.489	.714**
	Sig. (2-tailed)	.006	.006	.064	.003
	N	15	15	15	15
PERT1	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.535*	.535*	.294	.452
	Sig. (2-tailed)	.040	.040	.287	.091
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.443	.443	.207	.318
	Sig. (2-tailed)	.098	.098	.459	.248
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.681**	.681**	.423	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.116	.009
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	-.071	-.071	-.105	.443
	Sig. (2-tailed)	.800	.800	.710	.098
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	-.071	-.071	-.105	.443
	Sig. (2-tailed)	.800	.800	.710	.098
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	-.105	-.105	-.154	.207
	Sig. (2-tailed)	.710	.710	.584	.459
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	1.000	1.000**	.681**	.443
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.005	.098
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	1.000**	1.000	.681**	.443
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.005	.098
	N	15	15	15	15

**Correlations**

		PERT12	PERT13	PERT14	PERT15
PERT14	Pearson Correlation	.681**	.681**	1.000	.650**
	Sig. (2-tailed)	.005	.005	.	.009
	N	15	15	15	15
PERT15	Pearson Correlation	.443	.443	.650**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.098	.098	.009	.
	N	15	15	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Sikap-validitas****Correlations**

		PERT1	PERT2	PERT3	PERT4
PERT1	Pearson Correlation	1.000	.278	.016	.397
	Sig. (2-tailed)	.	.316	.955	.143
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.278	1.000	.485	.523*
	Sig. (2-tailed)	.316	.	.067	.046
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.016	.485	1.000	.333
	Sig. (2-tailed)	.955	.067	.	.226
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.397	.523*	.333	1.000
	Sig. (2-tailed)	.143	.046	.226	.
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.385	.604*	.162	.885**
	Sig. (2-tailed)	.156	.017	.565	.000
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.397	.523*	.333	1.000**
	Sig. (2-tailed)	.143	.046	.226	.000
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.349	.964**	.427	.523*
	Sig. (2-tailed)	.203	.000	.112	.045
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.481	-.030	.118	.577*
	Sig. (2-tailed)	.070	.915	.676	.024
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.341	.574*	.279	.436
	Sig. (2-tailed)	.213	.025	.314	.104
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.650**	.485	.563*	.412
	Sig. (2-tailed)	.009	.067	.029	.127
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.772**	.101	.092	.301
	Sig. (2-tailed)	.001	.720	.744	.275
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.302	.499	.201	.213
	Sig. (2-tailed)	.274	.058	.472	.446
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.605*	.483	.380	.764**
	Sig. (2-tailed)	.017	.068	.162	.001
	N	15	15	15	15
PERT14	Pearson Correlation	.124	-.258	-.207	.036
	Sig. (2-tailed)	.659	.353	.460	.900
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT1	PERT2	PERT3	PERT4
PERT15	Pearson Correlation	.154	.070	.152	-.189
	Sig. (2-tailed)	.583	.803	.588	.501
	N	15	15	15	15
PERT16	Pearson Correlation	.434	.377	.531*	.325
	Sig. (2-tailed)	.106	.167	.041	.237
	N	15	15	15	15
PERT17	Pearson Correlation	.612*	.687**	.188	.507
	Sig. (2-tailed)	.015	.005	.503	.054
	N	15	15	15	15
PERT18	Pearson Correlation	.542*	.274	.033	.217
	Sig. (2-tailed)	.037	.323	.906	.438
	N	15	15	15	15
PTOT	Pearson Correlation	.715**	.719**	.484	.781**
	Sig. (2-tailed)	.003	.003	.068	.001
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT5	PERT6	PERT7	PERT8
PERT1	Pearson Correlation	.385	.397	.349	.481
	Sig. (2-tailed)	.156	.143	.203	.070
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.604*	.523*	.964**	-.030
	Sig. (2-tailed)	.017	.046	.000	.915
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.162	.333	.427	.118
	Sig. (2-tailed)	.565	.226	.112	.676
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.885**	1.000**	.523*	.577*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.045	.024
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	1.000	.885**	.626*	.530*
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.013	.042
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.885**	1.000	.523*	.577*
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.045	.024
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.626*	.523*	1.000	-.065
	Sig. (2-tailed)	.013	.045	.	.818
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.530*	.577*	-.065	1.000
	Sig. (2-tailed)	.042	.024	.818	.
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.580*	.436	.671**	.106
	Sig. (2-tailed)	.023	.104	.006	.708
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.358	.412	.508	.383
	Sig. (2-tailed)	.190	.127	.053	.159
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.322	.301	.063	.595*
	Sig. (2-tailed)	.242	.275	.822	.019
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.216	.213	.509	-.132
	Sig. (2-tailed)	.440	.446	.053	.639
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.685**	.764**	.483	.444
	Sig. (2-tailed)	.005	.001	.068	.097
	N	15	15	15	15
PERT14	Pearson Correlation	.069	.036	-.299	.165
	Sig. (2-tailed)	.808	.900	.278	.557
	N	15	15	15	15

**Correlations**

		PERT5	PERT6	PERT7	PERT8
PERT15	Pearson Correlation	-.080	-.189	.029	.319
	Sig. (2-tailed)	.776	.501	.919	.247
	N	15	15	15	15
PERT16	Pearson Correlation	.329	.325	.366	.403
	Sig. (2-tailed)	.231	.237	.180	.136
	N	15	15	15	15
PERT17	Pearson Correlation	.513	.507	.677**	.157
	Sig. (2-tailed)	.051	.054	.006	.576
	N	15	15	15	15
PERT18	Pearson Correlation	.239	.217	.256	.161
	Sig. (2-tailed)	.390	.438	.357	.566
	N	15	15	15	15
PTOT	Pearson Correlation	.784**	.781**	.717**	.536*
	Sig. (2-tailed)	.001	.001	.003	.039
	N	15	15	15	15



## Correlations

		PERT9	PERT10	PERT11	PERT12
PERT1	Pearson Correlation	.341	.650**	.772**	.302
	Sig. (2-tailed)	.213	.009	.001	.274
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.574*	.485	.101	.499
	Sig. (2-tailed)	.025	.067	.720	.058
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.279	.563*	.092	.201
	Sig. (2-tailed)	.314	.029	.744	.472
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.436	.412	.301	.213
	Sig. (2-tailed)	.104	.127	.275	.446
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.580*	.358	.322	.216
	Sig. (2-tailed)	.023	.190	.242	.440
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.436	.412	.301	.213
	Sig. (2-tailed)	.104	.127	.275	.446
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.671**	.508	.063	.509
	Sig. (2-tailed)	.006	.053	.822	.053
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.106	.383	.595*	-.132
	Sig. (2-tailed)	.708	.159	.019	.639
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	1.000	.366	.228	.429
	Sig. (2-tailed)	.	.180	.415	.110
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.366	1.000	.525*	.201
	Sig. (2-tailed)	.180	.	.045	.472
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.228	.525*	1.000	.110
	Sig. (2-tailed)	.415	.045	.	.697
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.429	.201	.110	1.000
	Sig. (2-tailed)	.110	.472	.697	.
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.578*	.527*	.539*	.279
	Sig. (2-tailed)	.024	.044	.038	.314
	N	15	15	15	15
PERT14	Pearson Correlation	.039	-.207	.304	-.006
	Sig. (2-tailed)	.890	.460	.271	.983
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT9	PERT10	PERT11	PERT12
PERT15	Pearson Correlation	-.207	.152	.119	-.277
	Sig. (2-tailed)	.459	.588	.674	.318
	N	15	15	15	15
PERT16	Pearson Correlation	.358	.531*	.552*	.186
	Sig. (2-tailed)	.191	.041	.033	.507
	N	15	15	15	15
PERT17	Pearson Correlation	.325	.576*	.377	.638*
	Sig. (2-tailed)	.237	.025	.167	.010
	N	15	15	15	15
PERT18	Pearson Correlation	.238	.233	.552*	-.149
	Sig. (2-tailed)	.392	.404	.033	.596
	N	15	15	15	15
PTOT	Pearson Correlation	.634*	.716**	.619*	.413
	Sig. (2-tailed)	.011	.003	.014	.126
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT13	PERT14	PERT15	PERT16
PERT1	Pearson Correlation	.605*	.124	.154	.434
	Sig. (2-tailed)	.017	.659	.583	.106
	N	15	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.483	-.258	.070	.377
	Sig. (2-tailed)	.068	.353	.803	.167
	N	15	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.380	-.207	.152	.531*
	Sig. (2-tailed)	.162	.460	.588	.041
	N	15	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.764**	.036	-.189	.325
	Sig. (2-tailed)	.001	.900	.501	.237
	N	15	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.685**	.069	-.080	.329
	Sig. (2-tailed)	.005	.808	.776	.231
	N	15	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.764**	.036	-.189	.325
	Sig. (2-tailed)	.001	.900	.501	.237
	N	15	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.483	-.299	.029	.366
	Sig. (2-tailed)	.068	.278	.919	.180
	N	15	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.444	.165	.319	.403
	Sig. (2-tailed)	.097	.557	.247	.136
	N	15	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.578*	.039	-.207	.358
	Sig. (2-tailed)	.024	.890	.459	.191
	N	15	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.527*	-.207	.152	.531*
	Sig. (2-tailed)	.044	.460	.588	.041
	N	15	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.539*	.304	.119	.552*
	Sig. (2-tailed)	.038	.271	.674	.033
	N	15	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.279	.006	-.277	.186
	Sig. (2-tailed)	.314	.983	.318	.507
	N	15	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	1.000	.443	-.174	.401
	Sig. (2-tailed)	.	.098	.535	.139
	N	15	15	15	15
PERT14	Pearson Correlation	.443	1.000	.277	-.149
	Sig. (2-tailed)	.098	.	.318	.596
	N	15	15	15	15

## Correlations

		PERT13	PERT14	PERT15	PERT16
PERT15	Pearson Correlation	-.174	-.277	1.000	.359
	Sig. (2-tailed)	.535	.318		.188
	N	15	15	15	15
PERT16	Pearson Correlation	.401	-.149	.359	1.000
	Sig. (2-tailed)	.139	.596	.188	
	N	15	15	15	15
PERT17	Pearson Correlation	.566*	.094	-.133	.310
	Sig. (2-tailed)	.028	.738	.637	.261
	N	15	15	15	15
PERT18	Pearson Correlation	.501	.298	.144	.045
	Sig. (2-tailed)	.057	.281	.609	.872
	N	15	15	15	15
PTOT	Pearson Correlation	.864**	.102	.084	.615*
	Sig. (2-tailed)	.000	.717	.765	.015
	N	15	15	15	15

## Correlations

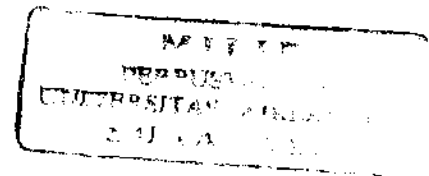
		PERT17	PERT18	PTOT
PERT1	Pearson Correlation	.612*	.542*	.715**
	Sig. (2-tailed)	.015	.037	.003
	N	15	15	15
PERT2	Pearson Correlation	.687**	.274	.719**
	Sig. (2-tailed)	.005	.323	.003
	N	15	15	15
PERT3	Pearson Correlation	.188	.033	.484
	Sig. (2-tailed)	.503	.906	.068
	N	15	15	15
PERT4	Pearson Correlation	.507	.217	.781**
	Sig. (2-tailed)	.054	.438	.001
	N	15	15	15
PERT5	Pearson Correlation	.513	.239	.784**
	Sig. (2-tailed)	.051	.390	.001
	N	15	15	15
PERT6	Pearson Correlation	.507	.217	.781**
	Sig. (2-tailed)	.054	.438	.001
	N	15	15	15
PERT7	Pearson Correlation	.677**	.256	.717**
	Sig. (2-tailed)	.006	.357	.003
	N	15	15	15
PERT8	Pearson Correlation	.157	.161	.536*
	Sig. (2-tailed)	.576	.566	.039
	N	15	15	15
PERT9	Pearson Correlation	.325	.238	.634*
	Sig. (2-tailed)	.237	.392	.011
	N	15	15	15
PERT10	Pearson Correlation	.576*	.233	.716**
	Sig. (2-tailed)	.025	.404	.003
	N	15	15	15
PERT11	Pearson Correlation	.377	.552*	.619*
	Sig. (2-tailed)	.167	.033	.014
	N	15	15	15
PERT12	Pearson Correlation	.638*	-.149	.413
	Sig. (2-tailed)	.010	.596	.126
	N	15	15	15
PERT13	Pearson Correlation	.566*	.501	.864**
	Sig. (2-tailed)	.028	.057	.000
	N	15	15	15
PERT14	Pearson Correlation	.094	.298	.102
	Sig. (2-tailed)	.738	.281	.717
	N	15	15	15

## Correlations

		PERT17	PERT18	PTOT
PERT15	Pearson Correlation	-.133	.144	.084
	Sig. (2-tailed)	.637	.609	.765
	N	15	15	15
PERT16	Pearson Correlation	.310	.045	.615*
	Sig. (2-tailed)	.261	.872	.015
	N	15	15	15
PERT17	Pearson Correlation	1.000	.177	.723**
	Sig. (2-tailed)	.	.528	.002
	N	15	15	15
PERT18	Pearson Correlation	.177	1.000	.451
	Sig. (2-tailed)	.528	.	.092
	N	15	15	15
PTOT	Pearson Correlation	.723**	.451	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.092	.
	N	15	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



**Pengetahuan -Reliabilitas****Correlations**

		A1	B1
A1	Pearson Correlation	1.000	.638*
	Sig. (2-tailed)	.	.010
	N	15	15
B1	Pearson Correlation	.638*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.010	.
	N	15	15

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlations**

		A2	B2
A2	Pearson Correlation	1.000	.890**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B2	Pearson Correlation	.890**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A3	B3
A3	Pearson Correlation	1.000	.728**
	Sig. (2-tailed)	.	.002
	N	15	15
B3	Pearson Correlation	.728**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A4	B4
A4	Pearson Correlation	1.000	.567*
	Sig. (2-tailed)	.	.027
	N	15	15
B4	Pearson Correlation	.567*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.027	.
	N	15	15

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlations**

		A5	B5
A5	Pearson Correlation	1.000	.679**
	Sig. (2-tailed)	.	.005
	N	15	15
B5	Pearson Correlation	.679**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.005	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A6	B6
A6	Pearson Correlation	1.000	.670**
	Sig. (2-tailed)	.	.006
	N	15	15
B6	Pearson Correlation	.670**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.006	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A7	B7
A7	Pearson Correlation	1.000	.871**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B7	Pearson Correlation	.871**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A8	B8
A8	Pearson Correlation	1.000	.812**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B8	Pearson Correlation	.812**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level



## Correlations

		A9	B9
A9	Pearson Correlation	1.000	-.398
	Sig. (2-tailed)	.	.141
	N	15	15
B9	Pearson Correlation	-.398	1.000
	Sig. (2-tailed)	.141	.
	N	15	15

## Correlations

		A10	B10
A10	Pearson Correlation	1.000	.610*
	Sig. (2-tailed)	.	.016
	N	15	15
B10	Pearson Correlation	.610*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.016	.
	N	15	15

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## Correlations

		A11	B11
A11	Pearson Correlation	1.000	-.130
	Sig. (2-tailed)	.	.644
	N	15	15
B11	Pearson Correlation	-.130	1.000
	Sig. (2-tailed)	.644	.
	N	15	15

## Correlations

		A12	B12
A12	Pearson Correlation	1.000	.919**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B12	Pearson Correlation	.919**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A13	B13
A13	Pearson Correlation	1.000	.669**
	Sig. (2-tailed)	.	.006
	N	15	15
B13	Pearson Correlation	.669**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.006	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A14	B14
A14	Pearson Correlation	1.000	.726**
	Sig. (2-tailed)	.	.002
	N	15	15
B14	Pearson Correlation	.726**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A15	B15
A15	Pearson Correlation	1.000	.598*
	Sig. (2-tailed)	.	.019
	N	15	15
B15	Pearson Correlation	.598*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.019	.
	N	15	15

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Sikap - Reliabilitas****Correlations**

		A1	B1
A1	Pearson Correlation	1.000	.828**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B1	Pearson Correlation	.828**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A2	B2
A2	Pearson Correlation	1.000	.601*
	Sig. (2-tailed)	.	.018
	N	15	15
B2	Pearson Correlation	.601*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.018	.
	N	15	15

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlations**

		A3	B3
A3	Pearson Correlation	1.000	.807**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B3	Pearson Correlation	.807**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A4	B4
A4	Pearson Correlation	1.000	.895**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B4	Pearson Correlation	.895**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A9	B9
A9	Pearson Correlation	1.000	.924**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B9	Pearson Correlation	.924**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A10	B10
A10	Pearson Correlation	1.000	.740**
	Sig. (2-tailed)	.	.002
	N	15	15
B10	Pearson Correlation	.740**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A11	B11
A11	Pearson Correlation	1.000	.719**
	Sig. (2-tailed)	.	.003
	N	15	15
B11	Pearson Correlation	.719**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.003	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

## Correlations

		A12	B12
A12	Pearson Correlation	1.000	.913**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B12	Pearson Correlation	.913**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A13	B13
A13	Pearson Correlation	1.000	.938**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B13	Pearson Correlation	.938**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

**Correlations**

		A14	B14
A14	Pearson Correlation	1.000	.789**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	15	15
B14	Pearson Correlation	.789**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level

## Karakteristik penderita

### Umur

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
umur	30	31,1333	9,5004	,181	,181	-,121	,990	,280

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

#### Group Statistics

group	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	
				Mean	
umur	perlakuan	15	29,5333	11,0056	2,8416
	kontrol	15	32,7333	7,7687	2,0059

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
umur	Equal variances assumed	2,009	,167	-.920	28	,365	-3,2000	3,4783	-10,3249	3,9249
	Equal variances not assumed			-.920	25,177	,366	-3,2000	3,4783	-10,3611	3,9511

## Pendidikan

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
peddk	30	11,9333	3,4133	,292	,292	-,241	1,600	,012

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

#### Test Statistics<sup>b</sup>

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
peddk	112,000	232,000	-.023	,982	1,000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: group

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * group	30	93.8%	2	6.3%	32	100.0%

## Pendidikan \* group Crosstabulation

			group		Total
			perlakuan	kontrol	
6,00	Count		1	2	3
	% within Pendidikan		33,3%	66,7%	100,0%
	% within group		6,7%	13,3%	10,0%
9,00	Count		3	2	5
	% within Pendidikan		60,0%	40,0%	100,0%
	% within group		20,0%	13,3%	16,7%
12,00	Count		8	9	17
	% within Pendidikan		47,1%	52,9%	100,0%
	% within group		53,3%	60,0%	56,7%
14,00	Count		1		1
	% within Pendidikan		100,0%		100,0%
	% within group		6,7%		3,3%
15,00	Count		2		2
	% within Pendidikan		100,0%		100,0%
	% within group		13,3%		6,7%
17,00	Count			2	2
	% within Pendidikan			100,0%	100,0%
	% within group			13,3%	6,7%
Total	Count		15	15	30
	% within Pendidikan		50,0%	50,0%	100,0%
	% within group		100,0%	100,0%	100,0%

## Sex

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sex * group	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

**sex \* group Crosstabulation**

			group		
			perlakuan	kontrol	Total
sex	Perempuan	% within sex	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	60,0%	60,0%	60,0%
	laki-laki	% within sex	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	40,0%	40,0%	40,0%
Total		% within sex	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 <sup>b</sup>	1	1,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,645
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,00.

**Pekerjaan****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
PKR13 * group	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%



**PKRJ3 \* group Crosstabulation**

		group			
		perlakuan	kontrol	Total	
PKRJ3	tidak bekerja	Count	5	4	9
		% within PKRJ3	55,6%	44,4%	100,0%
		% within group	33,3%	26,7%	30,0%
	bekerja	Count	10	11	21
		% within PKRJ3	47,6%	52,4%	100,0%
		% within group	66,7%	73,3%	70,0%
Total		Count	15	15	30
		% within PKRJ3	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,159 <sup>b</sup>	1	,690		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,159	1	,690		
Fisher's Exact Test				1,000	,500
Linear-by-Linear Association	,153	1	,695		
<b>N of Valid Cases</b>	<b>30</b>				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,50.

**Pengalaman****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pglrmn * group	30	100,0%	0	,0%	30	100,0%

**pglmm \* group Crosstabulation**

		group		Total	
		perlakuan	kontrol		
pglmm	tidak pernah	% within pglmm	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	66,7%	66,7%	66,7%
	pernah	% within pglmm	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	33,3%	33,3%	33,3%
Total		% within pglmm	50,0%	50,0%	100,0%
		% within group	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,000 <sup>b</sup>	1	1,000		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,000	1	1,000		
Fisher's Exact Test				1,000	,650
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000		
N of Valid Cases	30				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

**Waktu perawatan****Test Statistics<sup>b</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Wkt prwtn	110,000	230,000	-,121	,904	,935 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grup

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Wkt prwtn * Grup	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%

**Wkt prwtn \* Grup Crosstabulation**

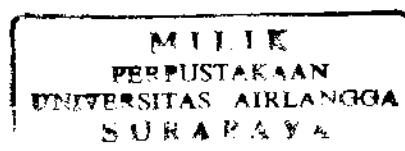
		Grup		
		perlakuan	kontrol	Total
Wkt prwtn	cepat	% within Wkt prwtn	100,0%	100,0%
		% within Grup	6,7%	3,3%
	biasa	% within Wkt prwtn	55,6%	44,4%
		% within Grup	66,7%	53,3%
	lama	% within Wkt prwtn	45,5%	54,5%
		% within Grup	33,3%	40,0%
Total		% within Wkt prwtn	50,0%	50,0%
		% within Grup	100,0%	100,0%

**Jarak****Test Statistics<sup>b</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Jarak	99,500	219,500	-,695	,487	,595 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grup



**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jarak * Grup	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%

**Jarak \* Grup Crosstabulation**

			Grup		Total
			perlakuan	kontrol	
Jarak	dekat	% within Jarak	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Grup	20,0%	6,7%	13,3%
	sedang	% within Jarak	45,5%	54,5%	100,0%
		% within Grup	66,7%	80,0%	73,3%
	jauh	% within Jarak	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Grup	13,3%	13,3%	13,3%
Total		% within Jarak	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Grup	100,0%	100,0%	100,0%

**Biaya****Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Biaya	30	1,5667	,5683	1,00	3,00
Grup	30	1,5000	,5085	1,00	2,00

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Biaya	94,000	214,000	-.872	,383	,461 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grup

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Biaya * Grup	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%

**Biaya \* Grup Crosstabulation**

			Grup		Total
			perlakuan	kontrol	
Biaya	murah	% within Biaya	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Grup	53,3%	40,0%	46,7%
	sedang	% within Biaya	46,7%	53,3%	100,0%
		% within Grup	46,7%	53,3%	50,0%
	mahal	% within Biaya		100,0%	100,0%
		% within Grup		6,7%	3,3%
Total		% within Biaya	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Grup	100,0%	100,0%	100,0%

**Dukungan Keluarga****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan keluarga * Grup	30	96,8%	1	3,2%	31	100,0%

**Dukungan keluarga \* Grup Crosstabulation**

			Grup		Total
			perlakuan	kontrol	
Dukungan keluarga	kadang	Count	4	6	10
		% within Dukungan keluarga	40,0%	60,0%	100,0%
		% within Grup	26,7%	40,0%	33,3%
	ya	Count	11	9	20
		% within Dukungan keluarga	55,0%	45,0%	100,0%
		% within Grup	73,3%	60,0%	66,7%
Total		Count	15	15	30
		% within Dukungan keluarga	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Grup	100,0%	100,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,600 <sup>b</sup>	1	,439		
Continuity Correction <sup>a</sup>	,150	1	,699		
Likelihood Ratio	,603	1	,437		
Fisher's Exact Test				,700	.350
Linear-by-Linear Association	,580	1	,446		
<b>N of Valid Cases</b>	<b>30</b>				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,00.

## PENGETAHUAN

### Penget sebelum

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget sbim kel perlakuan dan kontrol	30	40.8100	8.0770	.300	.300	-.166	1.646	.009

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Ranks

	Komunikasi terapeutik	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Penget sbim kel perlakuan	perlakuan	15	15.67	235.00
perlakuan dan kontrol	kontrol	15	15.33	230.00
	Total	30		

### Test Statistics<sup>b</sup>

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Penget sbim kel perlakuan dan kontrol	110.000	230.000	-.110	.912	.935 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Komunikasi terapeutik

### Pengetahuan sesudah

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget ssdh kel perlakuan dan kontrol	30	60.0400	15.3804	.214	.168	-.214	1.173	.128

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## T-Test

### Group Statistics

	Komunikasi terapeutik	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Penget ssdh kel perlakuan	perlakuan	15	74.9467	6.1508	1.5881
perlakuan dan kontrol	kontrol	15	45.1333	6.4656	1.6694

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-Test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Penget ssdh kel. perlakuan dan kontrol	Equal variances assumed	.011	.918	12.939	28	.000	29.8133	2.3041	25.0935	34.5332
	Equal variances not assumed			12.939	27.981	.000	29.8133	2.3041	25.0930	34.5337

**Kelompok Perlakuan**

Pengetahuan sebelum

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Penget sbilm perlakuan	15	41.5800	10.8114	30.80	69.30

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget sbilm perlakuan	15	41.5800	10.8114	.279	.279	-.159	1.080	.194

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

Pengetahuan sesudah

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Penget ssdh perlakuan	15	74.9467	6.1508	69.30	84.70

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget ssdh perlakuan	15	74.9467	6.1508	.287	.287	-.179	1.113	.168

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

**T-Test**

Paired Samples Statistics

Pair		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
1	Penget sbilm perlakuan	41.5800	15	10.8114	2.7915
	Penget ssdh perlakuan	74.9467	15	6.1508	1.5881



**Paired Samples Correlations**

Pair		N	Correlation	Sig.
1	Penget sbilm perlakuan & Penget ssdh perlakuan	15	.102	.718

**Paired Samples Test**

Pair		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
1	Penget sbilm perlakuan - Penget ssdh perlakuan	-33.3667	11.8814	3.0678	-39.9463	-26.7870	-10.877	14	.000

**Kelompok kontrol**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Penget sbilm kontrol	15	40.0400	7.2467	30.80	53.90

**Pengetahuan sebelum**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget sbilm kontrol	15	40.0400	7.2467	.317	.317	-.216	1.230 <sup>c</sup>	.097

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

**Pengetahuan sesudah**

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Penget ssdh kontrol	15	45.1333	6.4656	38.20	53.90

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Penget ssdh kontrol	15	45.1333	6.4656	.248	.248	-.179	.955	.317

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

**T-Test**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Penget sblm kontrol	40.0400	15	7.2467	1.8711
	Penget ssdh kontrol	45.1333	15	6.4656	1.6694

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Penget sblm kontrol & Penget ssdh kontrol	15	.403	.137

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Penget sbim kontrol - Penget ssdh kontrol	-5.0933	7.5225	1.9423	-9.2591	-.9275	-2.622	14	.020

# Sikap

## Sikap sebelum

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap sbim kel perlakuan & kontrol	30	43.6000	5.4684	.215	.215	-.123	1.178	.125

- a. Test distribution is Normal
- b. Calculated from data

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap sbim kel perlakuan & kontrol	30	43.6000	5.4684	36.00	54.00
komter	30	1.50	.51	1	2

# T-Test

Group Statistics

	komter	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sikap sbim kel perlakuan	perlakuan	15	42.8000	4.9164	1.2694
sikap sbim kel perlakuan & kontrol	kontrol	15	44.4000	6.0332	1.5578

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-Test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
sikap sbim kel perlakuan & kontrol	Equal variances assumed	3.015	.094	-.796	28	.433	-1.6000	2.0095	-5.7163	2.5163
	Equal variances not assumed			-.796	26.903	.433	-1.6000	2.0095	-5.7238	2.5235

Sikap sesudah

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap ssdh kel perlakuan&kontrol	30	47.0333	4.9444	.156	.156	-.151	.854	.459

a. Test distribution is Normal.  
 b. Calculated from data

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap ssdh kel perlakuan&kontrol	30	47.0333	4.9444	38.00	54.00

T-Test

Group Statistics

	komter	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sikap ssdh kel perlakuan	perlakuan	15	50.2000	2.6780	.6914
sikap ssdh kel perlakuan&kontrol	kontrol	15	43.8667	4.6884	1.2105

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
sikap ssdh kel perlakuan&kontrol	Equal variances assumed	14.140	.001	4.543	28	.000	6.3333	1.3941	3.4777	9.1890
	Equal variances not assumed			4.543	22.256	.000	6.3333	1.3941	3.4441	9.2226

Kelompok Perlakuan

sikap sebelum

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap sbim perlakuan	15	42.8000	4.9164	36.00	52.00

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap sbim perlakuan	15	42.8000	4.9164	.231	.231	-.122	.506	.399

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

sikap sesudah

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap ssdh perlakuan	15	50.2000	2.6780	46.00	54.00

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap ssdh perlakuan	15	50.2000	2.6780	.283	.184	-.283	1.094	.182

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.

**T-Test**

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sikap sbim perlakuan	42.8000	15	4.9164	1.2694
	sikap ssdh perlakuan	50.2000	15	2.6780	.6914

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sikap sbim perlakuan & sikap ssdh perlakuan	15	.454	.090

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	sikap sbim perlakuan - sikap ssdh perlakuan	-7.4000	4.4045	1.1372	-9.8392	-4.9608	-6.507	14	.000

## Kelompok Kontrol

### Sikap sebelum

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap sbim kontrol	15	44.4000	6.0332	37.00	54.00

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap sbim kontrol	15	44.4000	6.0332	.247	.247	-.157	.956	.320

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

### Sikap sesudah

#### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
sikap ssdh kontrol	15	43.8667	4.6884	38.00	52.00

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
sikap ssdh kontrol	15	43.8667	4.6884	.262	.262	-.148	1.014	.255

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## T-Test

#### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 sikap sbim kontrol	44.4000	15	6.0332	1.5578
sikap ssdh kontrol	43.8667	15	4.6884	1.2105

#### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 sikap sbim kontrol & sikap ssdh kontrol	15	.830	.000

## Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	sikap sbim kontrol - sikap ssdh kontrol	.5333	3.3778	.8721	-1.3372	2.4039	.612	.551	

Sikap

Group Statistics

Komunkasi terapeutik		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sikap	perlakuan	15	50.2000	2.6780	.6914
	kontrol	15	43.8667	4.6884	1.2105

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Sikap	Equal variances assumed	14.140	.001	4.543	28	.000	6.3333	1.3841	3.4777	9.1890
	Equal variances not assumed			4.543	22.256	.000	6.3333	1.3841	3.4441	9.2228

Pengetahuan

Group Statistics

komter		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Penget ssdh	perlakuan	15	74.9467	6.1508	1.5881
perlakuan dan kontrol	kontrol	15	45.1333	6.4656	1.6694

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Penget ssdh perlakuan dan kontrol	Equal variances assumed	.011	.918	12.939	28	.000	29.8133	2.3041	25.0935	34.5332
	Equal variances not assumed			12.939	27.901	.000	29.8133	2.3041	25.0930	34.5337



## Kepatuhan

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Perlakuan	30	27,3000	26,4746	.00	64,00

## One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	N	Normal Parameters <sup>a,b</sup>		Most Extreme Differences			Kolmogorov-Smirnov Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Absolute	Positive	Negative		
Perlakuan	30	27,3000	26,4746	.311	.311	.203	1,701	.006

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

## Ranks

	komter	N	Mean Rank	Sum of Ranks
patuh kel.	perlakuan	15	21,47	322,00
perlakuan&kontrol	kontrol	15	9,53	143,00
	Total	30		

Test Statistics<sup>b</sup>

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
patuh kel. perlakuan &kontrol	23,000	143,000	-3,744	.000	.000 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: komter



## Korelasi Pengetahuan-Sikap-Kepatuhan

## Correlations

		Pengetahuan	Sikap	Kepatuhan
Pengetahuan	Pearson Correlation	1.000	.599**	.636**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	30	30	30
Sikap	Pearson Correlation	.599**	1.000	.500**
	Sig. (2-tailed)	.000		.005
	N	30	30	30
Kepatuhan	Pearson Correlation	.636**	.500**	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.005	
	N	30	30	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Pengetahuan-Sikap- Kepatuhan (Regresi)

Model Summary<sup>a</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.793 <sup>a</sup>	.628	.601	16.7253

Model Summary<sup>b</sup>

Model	Change Statistics					Durbin-Watson
	R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.628	22.831	2	27	.000	1.709

a. Predictors: (Constant), Sikap, Pengetahuan

b. Dependent Variable: Kepatuhan

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12773.409	2	6386.705	22.831	.000 <sup>a</sup>
	Residual	7552.891	27	279.737		
	Total	20326.300	29			

a. Predictors: (Constant), Sikap, Pengetahuan

b. Dependent Variable: Kepatuhan

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-107.297	29.976		-3.579	.001		
	Pengetahuan	.959	.219	.593	4.369	.000	.746	1.340
	Sikap	1.638	.727	.306	2.252	.033	.746	1.340

a. Dependent Variable: Kepatuhan

Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	Pengetahuan	Sikap
1	1	2.957	1.000	.00	.01	.00
	2	3.887E-02	.8.722	.07	.85	.02
	3	4.607E-03	25.332	.93	.15	.98

a. Dependent Variable: Kepatuhan

Residuals Statistics<sup>a</sup>

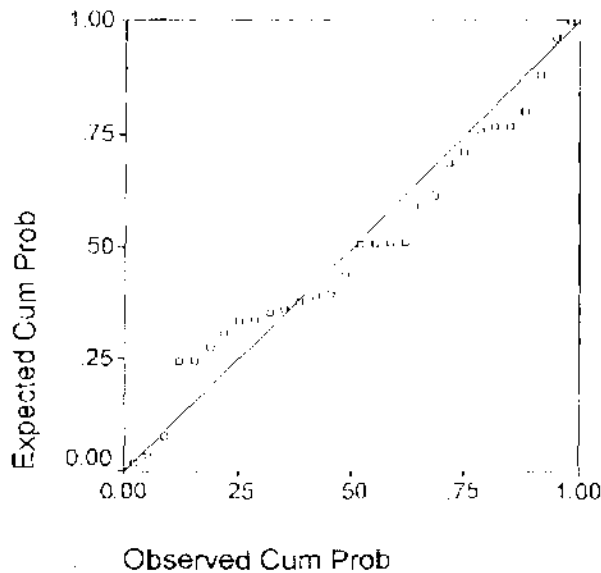
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	-5.1616	59.0816	27.3000	20.9872	30
Residual	-34.7631	45.3808	4.855E-15	16.1383	30
Std. Predicted Value	-1.547	1.514	.000	1.000	30
Std. Residual	-2.078	2.713	.000	.965	30

a. Dependent Variable: Kepatuhan

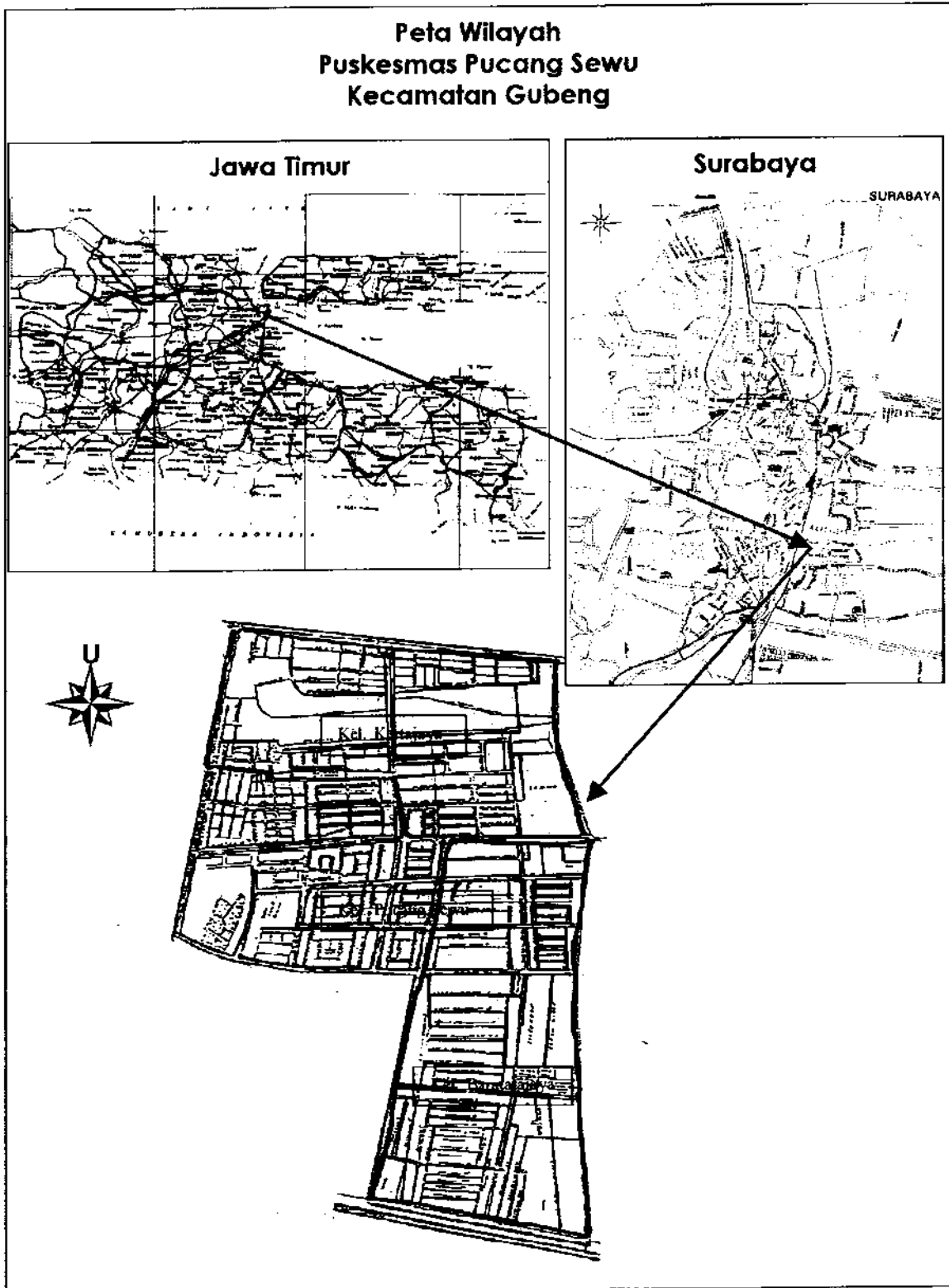
Charts

Normal P-P Plot of Regression Sta

Dependent Variable: Kepatuhan



Lampiran: 7



## Lampiran 8

**HASIL WAWANCARA SEBAGAI STUDI PENDAHULUAN**

## Karakteristik responden:

Responden yang dilakukan wawancara adalah seorang sekretaris bank asing, guru, pramuniaga, karyawan, mereka rata-rata seorang sarjana dan hanya seorang yang lulusan D3. Sosial ekonomi responden tidak digali secara khusus, tetapi melihat penampilannya, semua responden tergolong ekonomi cukup (karena interview dilakukan dimana mereka bekerja, bukan di rumah ). Usia responden rata-rata 25-35 tahun, jenis kelamin 3 perempuan dan 3 laki-laki.

Responden dalam keadaan sehat, dalam arti tidak sakit , tetapi rata-rata mereka pernah merasakan sakit gigi.

**Hasil kutipan wawancara dengan responden dan analisis data****1. Pengetahuan responden tentang kesehatan gilut**

Informasi yang diperoleh dari 6 responden *indepth interview* tentang pernah sakit gigi atau tidak, ternyata 4 responden pernah mengalami sakit gigi.

Sedangkan informasi yang dari responden tentang maksud dari sakit gigi yaitu apabila gigi berlubang dan telah terasa sakit misalnya ngilu dan cekot-cekot.

Berikut kutipan dari salah satu jawaban responden :

*"... .. Saya merasa sakit gigi apabila sudah tersa sakit cekot-cekot secara tiba-tiba, jadi seumpama ada lubang kecil di gigi saya tetapi belum terasa sakit maka saya tidak tahu "*

Informasi dari responden tentang sebab-sebab gigi menjadi sakit yaitu karena makan manis-manis, karena ada kotoran yang masuk kedalam gigi, karena ada sisa makanan yang menempel di gigi. Berikut kutipan dari jawaban responden :

*"... ..menurut saya sebab gigi menjadi sakit karena sering makan manis-manis, sehingga makanan itu kan menempel di gigi, terus kalau kita kurang bersih membersihkannya maka akan menjadi lubang terus sakit "*

*".....gigi saya menjadi sakit barangkali banyak kotoran yang nempel gigi, mungkin karena kurang bersih sewaktu gosok gigi terus gigi jadi lubang dan lama-lama jadi sakit"*

*".....karena banyak sisa makanan yang nempel di gigi, karena kurang bersih gosok gigi."*

Informasi yang didapat dari responden tentang proses terjadinya sakit gigi (tanda-tanda awal, tindakan yang dilakukan ) yaitu terasa ngilu apabila minum es, kemudian lama-kelamaan lubang bertambah besar dan akhirnya terasa sakit cekot-cekot, tindakannya yang dilakukan dari semua responden yaitu apabila masih terasa linu saja dibiarkan atau kumur air garam hangat, kemudia apabila terasa sudah sakit sekali atau cekot-cekot diminumi obat analgesik atau pergi ke dokter gigi. Berikut kutipan dari jawaban responden :

*".....pertama pada saat makan sesuatu yang bersuhu ekstrem (panas atau dingin) gigi terasa linu, selanjutnya saat dibuat makan terasa sakit. Pada saat terasa cenut-cenut dicoba diminumi air garam, bila tidak sembuh minum obat analgesik atau penahan rasa sakit "*

*".....terasa ngilu apabila minum es/manis, terus diminumi air garam hangat atau disikati gigi saja, trus kalo tambah parah baru minum obat sendiri, kalo nggak sembuh baru ke dokter gigi "*

## **2. Perilaku responden terhadap kesehatan gigi dan mulut**

Informasi yang diperoleh dari respoden yaitu tindakan mereka apabila sakit gigi terasa linu apabila minum es yaitu semua jawaban dari mereka diobati sendiri dahulu. Berikut kutipan jawaban dari responden :

*".....ya diobati sendiri dulu, sikat gigi, kumuri air garam hangat "*

Informasi yang diperoleh dari respoden yaitu tindakan mereka apabila sakit gigi terasa cekot-cekot atau sakit sekali yaitu semua jawaban dari mereka diobati sendiri dahulu. Berikut kutipan dari jawaban responden :

*".....diobati sendiri, beli obat penghilang rasa sakit, terus kalo sakitnya belum hilang ya.... baru ke dokter gigi "*

## **3. Nilai (value) yang diberikan oleh masyarakat terhadap fungsi gigi (fungsi mengunyah, fungsi bicara, fungsi estetik )**

Informasi yang diperoleh dari responden tentang perasaan responden apabila kehilangan satu/ beberapa gigi (untuk mengunyah, berbicara) yaitu jawaban dari responden hampir sama semua yaitu apabila kehilangan satu atau dua gigi dan gigi belakang mereka tidak merasa terganggu sewaktu mengunyah makanan dan berbicara, tetapi apabila yang hilang gigi depan maka mereka akan merasa terganggu (estetik), tetapi ada satu responden yang merasa terganggu apabila kehilangan satu atau dua gigi meskipun gigi belakang. Berikut kutipan dari jawaban responden :

*".....kalo saya tidak begitu terganggu dengan gigi saya yang hilang satu dibelakang, soalnya kalo buat makan juga nggak apa-apa, lagian tempatnya dibelakang nggak seberapa kelihatan."*

*".....aduh nggak papa deh, kalo yang hilang cuman satu atau dua , tapi jangan gigi depan lho, malu khan"*

*".....ya.....ada perasaan nggak enak, kalo ada gigi yang hilang meskipun hanya satu dan dibelakang, jadi saya berusaha jangan sampe dicabut deh kalo bisa"*

Informasi yang diperoleh dari responden tentang pengaruh gigi terhadap pekerjaan/penampilan atau kegiatan yang lain yaitu hampir semua jawaban dari responden sama yaitu mereka akan merasa terganggu atau malu apabila gigi yang hilang adalah gigi depan, sedangkan gigi belakang mereka tidak merasa terganggu. tetapi ada satu responden yang merasa terganggu atau malu apabila kehilangan satu atau dua gigi meskipun gigi belakang. Berikut kutipan jawaban dari responden :

*"..... ya berpengaruh kalo yang hilang gigi depan, kalo yang hilang gigi belakang sih nggak apa-apa kan nggak kelihatan"*

*" ya malu dong mbak ,meskipun yang hilang gigi belakang "*

Informasi yang diperoleh dari responden tentang pendapat responden apakah mungkin sakit gigi dapat menyebabkan penyakit di bagian tubuh yang lain. Ternyata dari semua jawaban responden tidak tahu, mereka hanya tahu apabila sakit gigi biasanya sakitnya menjalar hingga kepala. Berikut kutipan jawaban dari responden :

*".....nggak tahu ya mbak. biasanya sih kepala saya ikut cemet-cemet kalo sakit gigi"*



Informasi yang diperoleh dari responden tentang cara memelihara kesehatan gigi dan mulut, yaitu mereka biasanya hanya menggosok gigi saja, datang ke dokter gigi kalau hanya sakit gigi saja. Berikut kutipan jawaban dari responden :

*".....dengan gosok gigi sehari dua kali, sewaktu mandi pagi dan kalo mau tidur malam, kalo rajin kontrol sih kayaknya nggak pernah deh."*

Informasi yang diperoleh dari responden tentang perasaan responden apabila gigi mereka berlubang yaitu jawaban mereka hampir sama semua yaitu tidak merasa terganggu apabila lubang giginya masih kecil, sedangkan apabila lubangnya sudah lebar mereka akan merasa terganggu, selain rasa sakit juga banyak sisa makanan yang masuk ke lubang. Berikut kutipan jawaban dari responden:

*".....kalo lubangnya kecil sih kan belum tersa sakit, jadi ya nggak apa-apa deh, tapi kalo udah besar, biasanya kan sakit, baru tuh merasa terganggu"*

Informasi yang diperoleh dari responden tentang pendapat mereka apabila melihat orang lain yang ompong, misalnya orang yang dicintai (suami, istri atau anak ) yaitu merasa tak enak juga atau risih, mengganggu penampilan apalagi yang hilang gigi depan. Berikut kutipan jawaban dari responden:

*".....ya kasih komentar sih, biasanya seperti suruh mereka untuk pasang gigi palsu, tapi kadang cuek aja kaloyang hilang gigi belakang"*

*".....saya kadang nggak seberapa memperhatikan, kecuali kalo yang hilang gigi depan, barangkali ya nyuruh pasang gigi palsu."*

*".....pasti aku langsung saranin buat gigi palsu, setelah dicabutgiginya."*

Informasi yang diperoleh dari responden tentang pendapat mereka apabila melihat orang lain yang ompong, misalnya melihat penyanyi, pejabat atau dosen. Berikut kutipan jawaban dari responden:

*".....aduh kalo yang ompong seorang artis atau penyanyi, kayaknya lucu banget deh, mereka kan orang-orang yang harus berhadapan dengan publik"*

*".....wah kayaknya nggak pantes ya, kalo seorang artis giginya ompong, mereka identik dengan keindahan, tapi kalo yang ompong seorang pimpinan saya mungkin saya nggak komentar, biarin aja, paling dalam hati saja tapi melihat risih juga."*

## KESIMPULAN.

### 1. Pengetahuan responden tentang kesehatan gigit

- Responden menganggap sakit gigi apabila sudah ada gejala rasa sakit ( rasa cekot-cekot)
- Responden cukup tahu tentang sebab-sebab sakit gigi yaitu adanya sisa makanan yang menempel pada gigi dan lama-kelamaan dapat menyebabkan gigi berlubang
- Responden juga cukup tahu proses terjadinya sakit gigi

### 2. Perilaku responden terhadap kesehatan gigi dan mulut

- Responden akan mengobati sendiri giginya apabila sakit gigi, setelah belum sembuh baru pergi dokter gigi.

### 3. Nilai (value) yang diberikan oleh masyarakat terhadap fungsi gigi (fungsi mengunyah, fungsi bicara, fungsi estetik )

- Responden pada umumnya masih menganggap sepele apabila giginya hilang satu atau dua karena merasa tidak terganggu fungsi kunyah dan bicara, tetapi baru merasa terganggu apabila yang hilang gigi depan karena ada hubungannya dengan penampilan estetik).
- Tetapi responden juga sering risih atau nggak enak apabila melihat orang lain giginya ada yang hilang.



Lampiran 9  
Foto Hasil Kegiatan

Melakukan diagnosis



Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik



Pelaksanaan Pre Test dan Post Test



ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga  
DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**PROGRAM PASCASARJANA**

Jl. Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya - 60286 ☎ (031) 5023715, 5020170, Fax.: (031) 5030076  
E-mail : pasca@pasca.unair.ac.id URL address : http://www.pasca.unair.ac.id

Nomor : 1001 /J03.4/PP/2002  
Lamp. :  
Hal : Izin melaksanakan penelitian

14 Maret 2002

Yth.

Guna penulisan penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan tahun 1999/2000 Program Pascasarjana Universitas Airlangga,

Nama : Dwi Kristiana, drg.  
Nim : 099913908 / M  
Judul : PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP PERILAKU KEPATUHAN BEROBAT PENDERITA PULPITIS PADA PUSKESMAS PUCANG SEWU KOTA SURABAYA.

Pembimbing : Prof.Dr.Rika Subarniati T,dr,SKM.

Maka dengan ini kami mohon perkenan Saudara untuk memberikan izin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Instansi Saudara.

Demikian dan atas bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



A.n. Direktur  
dir.Bidang Akademik,

Prof.Dr.Laba Mahaputra, drh, M. Sc.  
NIP.130687550



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA**  
**DINAS KESEHATAN**  
Jl. Jemursari No. 197 Telp. (031) 8439473 - 8439372  
SURABAYA (60243)

Surabaya, 19 April 2002

Kepada Yth.  
Kepala Puskesmas Pucangsewu

Nomor : 072/ ~~187~~ 402.4.8/02  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin melaksanakan penelitian

Di  
SURABAYA

Memperhatikan surat dari Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, nomor : 1001/1034PP/2002 tanggal 14 Maret 2002 perihal tersebut diatas, maka kami *mengijinkan* bahwa Puskesmas saudara dipergunakan sebagai tempat penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 1999/2000, atas nama :

Nama : Dwi Kristiana, drg  
NIM : 099913908 / M  
Judul : Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Perilaku Kepatuhan Berobat Penderita Pulpitis pada Puskesmas Pucangsewu Kota Surabaya  
Pembimbing : Prof. Dr. Rika Subarniati T. dr. SKM

Untuk itu diharap saudara memberikan bantuan sepenuhnya dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih

