

SKRIPSI

**HUBUNGAN SOSIAL DEMOGRAFI DAN PERILAKU PENGGUNAAN
INTERNET TERHADAP KETERLIBATAN PASIEN DALAM
PENGAMBILAN KEPUTUSAN BERSAMA DI RUMAH
SAKIT UNHAS KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021**

NURFADILLAH RAMADHANI

K111 16 067



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

PERNYATAAN PENGESAHAN SKRIPSI

**HUBUNGAN SOSIAL DEMOGRAFI DAN PERILAKU PENGGUNAAN
INTERNET TERHADAP KETERLIBATAN PASIEN DALAM
PENGAMBILAN KEPUTUSAN BERSAMA DI
RUMAH SAKIT UNHAS KOTA MAKASSAR
TAHUN 2021**

Disusun dan diajukan oleh

**NURFADILLAH RAMADHANI
K111 16 067**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Sarjana Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 24 September 2021

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes.


Rini Anggraeni, SKM., M.Kes.

Mengetahui,

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Dr. Suriah, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu
Tanggal 24 September 2021.

Ketua : Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes.

(.....)

Sekretaris : Rini Anggraeni, SKM., M.Kes.,

(.....)

Anggota :

1. Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH

(.....)

2. Rahma, S.KM., M.Sc

(.....)

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NURFADILLAH RAMADHANI
NIM : K11116067
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S1

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul

**Hubungan Sosial Demografi Dan Perilaku Penggunaan Internet Terhadap
Keterlibatan Pasien Dalam Pengambilan Keputusan Bersama
Di Rumah Sakit Unhas Kota Makassar Tahun 2021**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbuti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya tersebut

Makassar, 28 September 2021

Yang Menyatakan



SEPUULUH RIBU RUPIAH
10000
TGL. 20
METERAI
TEMPEL
935AJX485041592

Nurfadhillah Ramadhani

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Manajemen Rumah Sakit
Makassar, September 2021

NURFADILLAH RAMADHANI

K111 16 067

“Hubungan Sosial Demografi dan Perilaku Penggunaan Internet terhadap Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan Bersama di Rumah Sakit Unhas Kota Makassar Tahun 2021”

Informasi sangat penting untuk menentukan pasien dalam mengambil keputusan. Keterlibatan pasien merupakan modal yang kuat untuk menghasilkan keluaran medis yang baik. Keterlibatan pasien terkadang lebih rendah dibandingkan keterlibatannya dengan perangkat komunikasi bergerak. Perangkat komunikasi pintar seperti telepon pintar dan tablet membuka kesempatan baru dalam upaya rumah sakit melibatkan pasien dalam perawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan sosial demografi dan perilaku penggunaan internet terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.

Desain penelitian menggunakan studi *cross-sectional* dengan metode kuantitatif. Sampel merupakan pasien rawat inap berdasarkan ruang perawatan di Rumah Sakit Unhas dari Triwulan I dan Triwulan II yang dibagi melalui *purposive sampling* menggunakan rumus Lameshow sejumlah 92 orang. Analisis yang digunakan adalah bivariat dengan *chi-square* untuk mengetahui hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien, hubungan faktor sosial demografi pasien, dan hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama. Data dikumpulkan melalui kuesioner dan lembar observasi.

Hasil penelitian dari analisis bivariat menunjukkan terdapat hubungan pada variabel usia ($p = 0,000$), pendidikan terakhir ($p = 0,004$), terhadap perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet. Hasil analisis sosial demografi terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama tidak menunjukkan hubungan yang bermakna. Adapun perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama menunjukkan hubungan ($p = 0,044$). Analisis multivariat menunjukkan terdapat hubungan bermakna

terhadap variabel sosial demografi (usia dan pendidikan, $p = 0,000$ dan $0,004$) dan variabel perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet dengan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama. Aspek sosial demografi dan perilaku pencarian informasi melalui internet adalah variabel yang menyebabkan hubungan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.

Kata Kunci : Rumah Sakit, Keterlibatan Pasien, Perilaku Penggunaan Internet

SUMMARY

**Hasanuddin University
Public Health Faculty
Hospital Management
Makassar, September 2021**

NURFADILLAH RAMADHANI

K111 16 067

“Social Demography and Internet Usage Behavior on Patient Involvement in Joint Decision Making at Unhas Hospital Makassar City in 2021

Information is a vital thing to determine the patient in making decisions. Patient involvement is a strong capital to produce good medical outcomes. Patient involvement is sometimes lower than involvement with mobile communication devices. Smart communication devices such as smartphones and tablets open up new opportunities in hospitals' efforts to involve patients in care. This study aims to determine the relationship between social demographics and internet usage behavior on patient involvement in joint decision-making at Unhas Hospital.

The research design used a cross-sectional study with quantitative methods. Samples were inpatients based on the treatment room at Unhas Hospital from Quarter I and Quarter II which were divided through purposive sampling using the Lameshow formula with a total of 92 people. The analysis used was bivariate with chi-square to determine the relationship between patient's behavior seeking health information through the internet, the relationship of patient's social demographic factors, and the relationship of patient's behavior seeking health information through the internet on patient involvement in joint decision making. Data were collected through questionnaires and observation sheets.

The results of the study from the bivariate analysis showed that there was a relationship between the variables of age ($p = 0.000$), last education ($p = 0.004$), on the behavior of seeking health information through the internet. The results of socio-demographic analysis on patient involvement in joint decision-making did not show a significant relationship. The behavior of seeking health information through the internet and patient involvement in joint decision-making showed a relationship ($p = 0.044$). Multivariate analysis showed that there was a significant relationship between socio-demographic variables (age and education, $p = 0.000$ and 0.004) and the behavioral variables of seeking health information through the internet with patient

involvement in joint decision making. Socio-demographic aspects and information-seeking behavior through the internet are variables that cause the relationship between patient involvement in joint decision making at Unhas Hospital.

Keyword : Hospital, Patient involvement, Internet Usage Behavior

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Rabbil-‘alamin, segala puji dan syukur kehadiran Allah *Subhanahu Wa Ta’ala* karena dengan izin dan rahmat-Nyalah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul ***“Hubungan Sosial Demografi dan Sosial demografi dan perilaku penggunaan internet terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas Kota Makassar Tahun 2021”*** dapat terselesaikan dengan baik. Shalawat serta salam semoga tetap tercurahkan kepada Rasulullah *Shallallahu ‘alaihi Wa Sallam* beserta keluarga dan sahabatnya yang telah membawa kita ke alam penuh dengan ilmu pengetahuan seperti sekarang ini.

Dalam mengerjakan skripsi ini penulis menyadari banyak sekali kesulitan yang dihadapi, akan tetapi atas berkat dan doa, bantuan, bimbingan serta dorongan yang penulis terima dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.

Penghargaan dan terima kasih yang tidak terhingga saya ucapkan kepada kedua orangtua tercinta Ayahanda H. M. Arifin Malik dan Ibunda Hj. Hamsiah, yang jasanya tidak akan pernah bisa terbalaskan oleh apapun, serta kakak-kakak saya Muh. Khaerun Insan, Zakiah Abdullah, Muh. Hamsan Wadi, Mardhiani, Muh. Affandi Arifin, dan juga adik saya Nurbahizatil Badyah, serta seluruh keluarga tercinta yang tidak pernah berhenti mendoakan, menasihati, memotivasi dan mendukung penulis selama ini sehingga dapat menyelesaikan studi ini.

Dengan tidak melupakan uluran tangan dan bantuan yang telah penulis peroleh dari berbagai pihak, penulis mengucapkan terima kasih atas segala bentuk bantuan baik materil maupun moril, kepada:

1. Bapak Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes, selaku dosen pembimbing I dan Ibu Rini Anggraeni, SKM., M.Kes., selaku dosen pembimbing II atas bimbingan, saran dan motivasi yang diberikan.
2. Bapak Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH dan Ibu Rahma, SKM., M.Sc selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktunya dan banyak memberikan saran, kritikan serta arahan.
3. Bapak Ansariadi, SKM., M.Sc.PH., Ph.D selaku Penasihat Akademik selama penulis mengikuti pendidikan.
4. Bapak. Dr. Aminuddin Syam, M. Kes., M.Med.Ed selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
5. Bapak Dr. Irwandy, SKM., M.Sc.PH., M.Kes selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin.
6. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat, terkhusus kepada seluruh dosen Departemen Manajemen Rumah Sakit, yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama penulis mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.

7. Seluruh staf pegawai FKM Unhas atas segala arahan, dan bantuan yang diberikan selama penulis mengikuti pendidikan terkhusus kepada staf jurusan Manajemen Rumah Sakit atas segala bantuannya selama penulis menjadi mahasiswa bagian Manajemen Rumah Sakit.
8. Direktur, staf, kepala ruangan, dan perawat pelaksana di Rumah Sakit Unhas yang telah memberikan izin dan dukungan dalam proses penelitian.
9. Sahabat-sahabat Anak Polos (Nisa Adet, Wirda, Rati, Kiky, Nilma, Rany, Nata) yang selalu setia, mengingatkan, memberikan dukungan, dan semangat sejak awal berkuliah sampai dengan penyusunan skripsi ini.
10. Sahabat-sahabat Al-‘Aafiyah Squad yang selalu setia memberikan perhatian dan dengan tulus membantu, memberikan dukungan dan semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. KKN Tematik Gowa 2019, terkhusus kepada sahabat-sahabat posko Kelurahan Pattapang yang selalu mendoakan dan memberikan semangat.
12. Teman-teman Muslimah LD Al-‘Aafiyah FKM Unhas, terkhusus Halaqah Ummu Sulaim, Ummu Ayman dan Grup Tahsin yang senantiasa memberikan manfaat di dunia dan akhirat.
13. Teman-teman PBL yang turut memberikan pengalaman yang luar biasa.
14. Teman-teman seperjuangan Departemen Manajemen Rumah Sakit, Kesmas B, dan seluruh angkatan 2016 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas

Hasanuddin yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu. Semoga kebersamaan kita menjadi kenangan dan pelajaran yang tidak terlupakan.

15. Serta semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun. Akhir kata, semoga Allah Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan ridho dan berkah-Nya atas amalan kita di dunia dan di akhirat, serta semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak. *Aamiin*.

Makassar, Agustus 2021

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	ix
PERNYATAAN PENGESAHAN SKRIPSI	ii
PENGESAHAN TIM PENGUJI	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
RINGKASAN	v
SUMMARY	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xviiiix
DAFTAR SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Tentang Internet	9
B. Tinjauan Umum Tentang Pengambilan Keputusan Bersama di Rumah Sakit	13
C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit	17
D. Matriks Penelitian Terdahulu	22
E. Kerangka Teori	28
BAB III KERANGKA KONSEP	29

A. Dasar Pemikiran Variabel	29
B. Kerangka Konsep.....	31
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	32
D. Hipotesis Penelitian	43
BAB IV METODE PENELITIAN	45
A. Jenis Penelitian.....	45
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	45
C. Populasi dan Sampel Penelitian	45
D. Pengumpulan Data	49
E. Teknik Pengolahan Data	49
F. Instrumen Penelitian	50
G. Analisis Data	51
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	53
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	53
B. Hasil Penelitian	56
C. Pembahasan.....	81
BAB VI PENUTUP	94
A. Kesimpulan	94
B. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Matriks Penelitian Terdahulu.....	22
Tabel 2. Definisi Teori dan Definisi Operasional Penelitian	32
Tabel 3. Rincian Total Subpopulasi Penelitian	46
Tabel 4. Rincian Sampel Penelitian	48
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Usia.....	56
Tabel 5.2 Distirbusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	57
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan	58
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	58
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	59
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Keluarga	60
Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Penggunaan.....	60
Tabel 5.8 Distribusi Responden Berdasarkan Frekuensi Penggunaan.....	61
Tabel 5.9 Distribusi Responden Berdasarkan Keterlibatan Pasien.....	61
Tabel 5.10 Hubungan antara Usia dengan Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan Melalui Internet oleh Pasien.....	62
Tabel 5.11 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan Melalui Internet oleh Pasien	64
Tabel 5.12 Hubungan antara Status Perkawinan dengan Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan Melalui Internet oleh Pasien.....	65
Tabel 5.13 Hubungan antara Pekerjaan dengan Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan Melalui	67

Tabel 5.14 Hubungan antara Pendidikan Terakhir dengan Pencarian	68
Tabel 5.15 Hubungan antara Penghasilan Keluarga dengan Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan Melalui Internet	70
Tabel 5.16 Hubungan antara Usia dengan Keterlibatan Pasien	71
Tabel 5.17 Hubungan antara Jenis Kelamin dengan Keterlibatan Pasien.....	73
Tabel 5.18 Hubungan antara Status Perkawinan dengan Keterlibatan Pasien.....	74
Tabel 5.19 Hubungan antara Pekerjaan dengan Keterlibatan Pasien.....	75
Tabel 5.20 Hubungan antara Pendidikan Terakhir dengan Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan Bersama.....	77
Tabel 5.21 Hubungan antara Penghasilan Keluarga dengan Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan Keputusan Bersama.....	78
Tabel 5.22 Hubungan antara Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan melalui Internet dengan Keterlibatan Pasien dalam Pengambilan.....	79

DAFTAR GAMBAR

<i>Figure 1. Kerangka Teori Penelitian (Teori Kriston et al (2010), dan Far (2002))</i>	28
<i>Figure 2. Kerangka Konsep Penelitian</i>	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian

Lampiran 2. Analisis Data

Lampiran 3. Master Tabel

Lampiran 4. Persuratan

Lampiran 5. Dokumentasi

Lampiran 6. Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

APJII	: Asosiasi Penyelenggara Jaringan Internet Indonesia
Depkes	: Departemen Kesehatan
SDM	: <i>Shared Decision Making</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
OHI	: <i>Online Health Information</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Informasi menjadi salah satu kebutuhan yang mendasar bagi setiap manusia untuk mengikuti perkembangan zaman. Salah satu media akses informasi yang utama adalah internet (Adhitya, 2016). Dalam bidang perawatan kesehatan, internet telah menjadi alat yang ampuh untuk memungkinkan dokter dan pasien memiliki akses ke banyak informasi yang sama. Sebelum adanya internet, informasi kesehatan jauh lebih sulit diperoleh. Oleh karena itu, pasien tidak memiliki informasi dan tidak mudah dilibatkan seperti saat ini. Secara khusus, internet mengubah banyak elemen dalam masyarakat salah satunya dalam perawatan kesehatan (Far, 2002).

Informasi kesehatan di internet beragam bentuknya ada yang bersifat akademis melalui jurnal - jurnal ilmiah *online* dan ada yang bersifat non - akademis berbentuk konseling baik dilakukan secara individu ataupun kelompok. Jenis informasi seputar kesehatan pun juga sangat beragam, dari penyakit ringan hingga penyakit berat, dari pencegahan penyakit sampai pengobatan (Nugroho, 2016).

Adanya media dalam kehidupan sehari-hari, disadari atau tidak menyebabkan ketergantungan, sehingga masyarakat harus lebih berhati-hati

dalam menggunakannya. Disinilah literasi digital menjadi penting (Dewi, dkk., 2018). Terlepas dari kualitas informasi yang diakses pasien, tentunya *health literacy* atau pengetahuan mereka terhadap kesehatan itu ada peningkatan.

Health literacy diartikan sebagai sejauh mana seseorang dapat memperoleh, memproses, dan memahami dasar informasi kesehatan dan layanan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan yang tepat untuk kesehatan mereka. *Health literacy* merupakan hal yang mendasari pengetahuan kesehatan yang baik dan sangat berpengaruh pada perilaku pasien dalam menjalani pengobatan (Andrus and Roth, 2002).

Seseorang dengan *health literacy* yang rendah mempunyai pengetahuan yang sedikit tentang penyakit yang dideritanya serta cara pencegahan dan pengobatannya. Seseorang dengan *health literacy* yang tinggi mempunyai pengetahuan yang baik sehingga dimungkinkan untuk mempunyai *self-care* yang baik pula (Andrus and Roth, 2002). Dalam penelitian Chang *et al.*, (2019) bahwa *health literacy* pada pasien sangat diperlukan untuk meningkatkan partisipasi mereka dalam pengambilan keputusan bersama pada pelayanan medis khususnya di rumah sakit.

Dalam penelitian Muscat *et al.*, (2020) pengambilan keputusan bersama merupakan proses dimana petugas kesehatan dan pasien bekerjasama untuk memilih tes, perawatan kesehatan, manajemen kesehatan, paket pengobatan, berdasarkan bukti klinis, nilai, serta kecenderungan informasi yang dimiliki

pasien. Sebagai titik tengah antara dokter sebagai penyedia layanan kesehatan dan pasien sebagai konsumen, pendekatan pengambilan keputusan bersama merupakan upaya untuk mengenali hak dan arah tindakan, serta tanggung jawab antara dokter dengan pasien.

Pada Pasal 2 ayat (1) huruf l dan m Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien menjelaskan bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien serta menghormati dan melindungi hak pasien. Pada pasal 17 ayat (2) huruf j dan k Permenkes Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien menjelaskan bahwa pasien berhak untuk mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan, pasien juga berhak untuk memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.

Oleh karena itu, keterlibatan pasien merupakan modal yang kuat untuk menghasilkan keluaran medis yang baik. Sayangnya, keterlibatan pasien terkadang lebih rendah dibandingkan keterlibatannya dengan perangkat komunikasi Bergeraknya. Perangkat komunikasi pintar seperti telepon pintar dan

Tabelt membuka kesempatan baru dalam upaya rumah sakit melibatkan pasien dalam perawatan (Lanisy, 2016).

Selanjutnya, berdasarkan perkembangan perumahsakitannya Provinsi Sulawesi Selatan merupakan provinsi yang memiliki perkembangan yang sangat cepat. Jumlah rumah sakit di Sulawesi Selatan mengalami pertumbuhan sebesar 8% dari tahun 2012 sampai April 2018 (Kemenkes, 2018). Khususnya di Kota Makassar yang memiliki perkembangan perumahsakitannya yang sangat cepat dibandingkan dengan kota-kota lain di Indonesia Timur. Berdasarkan Data Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Selatan saat ini kota Makassar memiliki 23 rumah sakit pemerintah dan swasta (Diskominfo-SP Provinsi Sulawesi Selatan, 2018).

Salah satunya Rumah Sakit Unhas yang merupakan rumah sakit pendidikan milik Universitas Hasanuddin (Unhas) yang terletak di Makassar-Sulawesi Selatan. Rumah Sakit Unhas didirikan pada tanggal 15 September 2008 dengan visi yaitu “Menjadi pelopor terpercaya dalam memadukan Pendidikan, Penelitian dan Pemeliharaan kesehatan yang bertaraf Internasional”.

Menurut Buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2012, standar kelengkapan pengisian berkas rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan yang ditetapkan di rumah sakit sebesar 100%. Begitupun dengan standar kelengkapan *informed consent* setelah mendapatkan informasi yang jelas di rumah sakit sebesar 100% berkas yang seharusnya

lengkap. Berdasarkan data sekunder di Rumah Sakit Unhas menunjukkan persentase kelengkapan berkas rekam medik termasuk di dalamnya *informed consent* per DPJP Januari-Agustus tahun 2020 hanya 90% berkas yang lengkap.

Permenkes nomor 20 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran yaitu *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Bahwa *informed consent* merupakan Salah satu indikator terjadi komunikasi yang dilakukan antara pasien dengan dokternya. Pasien mengerti dan bersedia atau menolak tindakan dengan bukti adanya penandatanganan *informed consent*, yang berarti telah terjadi komunikasi, diskusi, dan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.

Apabila pengisian *informed consent* menjadi tidak lengkap tentunya tidak sesuai standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2012, mengenai kelengkapan pengisian berkas rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan dan kelengkapan *informed consent* sebesar 100% berkas yang seharusnya lengkap. Berarti ada masalah antara kualitas komunikasi dan informasi antara pasien dengan dokter tersebut. Salah satu yang mempengaruhi kualitas komunikasi yaitu *health literacy* atau pengetahuan pasien mengenai kesehatan.

Beberapa penelitian sebelumnya oleh Berkman *et al.*, (2011), Ownby *et al.*, (2012), dan WHO (2013), menunjukkan individu dengan *health literacy* yang

rendah dapat berdampak pada kesalahan memahami terapi yang diberikan, keliru mengenai aturan meminum obat, tidak patuh terhadap terapi, sampai tidak tahu terapi apa yang harus diikuti untuk mengatasi keluhan yang dirasakan atau penyakit yang dialami, bahkan meningkatkan resiko bertambah parahnya penyakit dan resiko komplikasi. Penelitian Muscat *et al.*, (2020) dalam bidang pengambilan keputusan bersama, tingkat literasi kesehatan yang rendah menjadi faktor risiko yang potensial, dalam mencapai tujuan pengobatan dan tindakan medis pada pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit.

Berangkat dari hal tersebut, penulis tertarik melakukan penelitian mengenai hubungan sosial demografi dan perilaku penggunaan internet terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana hubungan sosial demografi dan sosial demografi dan perilaku penggunaan internet terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas Kota Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan sosial demografi dan perilaku penggunaan internet terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.
- b. Untuk mengetahui hubungan faktor social demografi pasien terhadap keterlibatan pasien dalam mengambil keputusan.
- c. Untuk mengetahui hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Sebagai kontribusi terhadap ilmu pengetahuan dalam bidang manajemen rumah sakit khususnya manajemen mutu rumah sakit melalui pengembangan ilmu mengenai keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama di Rumah Sakit Unhas.

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi manajemen rumah sakit untuk dapat lebih meningkatkan keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama serta dapat dijadikan masukan dalam menyusun kebijakan pengembangan di Rumah Sakit Unhas.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana pembelajaran dan penerapan ilmu-ilmu manajemen rumah sakit yang telah dipelajari selama mengikuti perkuliahan dan menambah pengetahuan serta pengalaman peneliti mengenai permasalahan nyata di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Internet

1. Perkembangan Internet di Masyarakat

Kompleksitas masyarakat ini semakin nyata dalam kondisi kekinian. Masyarakat dimasa kini adalah masyarakat yang memiliki literasi media yang baik. Interaksi masyarakat dengan media massa telah menjadikan masyarakat yang kian kritis. Demikian pula perkembangan teknologi telah membuat masyarakat semakin tersatukan dalam sebuah desa global (*global village*). Adalah internet, teknologi informasi yang menghubungkan jejaring komputer melalui kabel maupun nirkabel yang memfasilitasi terbentuknya desa global. Dalam konteks komunikasi kesehatan, keberadaan desa global membawa implikasi penyebaran informasi kesehatan yang semakin cepat dan masif. Di sisi yang lain, mobilitas penduduk dunia melalui sarana transportasi modern, terutama pesawat terbang, menyimpan potensi penularan penyakit yang melintasi negara, bahkan melintasi benua (Fajar dan Gita, 2018).

Kritik terhadap metode berbasis internet mungkin mencakup internet tidak memiliki karakteristik manusia dan karena itu tidak dapat menggantikan pendidik kesehatan dalam aktivitas komunikasi interpersonal.

Internet tidak didesain untuk menggantikan manusia, tetapi lebih untuk memberikan cara tambahan dalam menjangkau masyarakat. Metode ini harus digunakan bersamaan dengan cara pendidikan kesehatan yang lain dan memang tidak ditujukan untuk menggantikan metode efektif yang ada saat ini. Namun, internet telah ada dan akan terus berkembang. Dengan mempelajari cara bekerja dan menggunakan internet akan memberikan lebih banyak pilihan bagi pendidik kesehatan dalam membantu masyarakat (Robert *et al.*, 2009).

Di sisi yang lain perkembangan media dan teknologinya perlu dilihat sebagai sebuah potensi dalam kegiatan komunikasi kesehatan. Melalui media, informasi kesehatan semakin mudah disampaikan kepada khalayak. Demikian pula melalui teknologi komunikasi, para profesional kesehatan semakin mudah berkomunikasi. Kita bisa membandingkan manfaat teknologi komunikasi untuk memediasi komunikasi para profesional kesehatan dengan melihat kondisi di era analog dan di era digital. Pada era analog, komunikasi jarak jauh hanya berisi pesan komunikasi dalam bentuk audio. Melalui telepon, komunikasi audio dilakukan. Di masa digital sekarang, komunikasi jarak jauh bisa dilakukan dengan pesan komunikasi berbentuk audio dan visual. Melalui perangkat internet, komunikasi jarak jauh yang bersifat audio visual dilakukan. Kemajuan teknologi komunikasi

seperti ini menjadi potensi yang bisa dimanfaatkan dalam komunikasi kesehatan jika digunakan secara bijak (Fajar dan Gita, 2018).

2. Internet dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam beberapa dekade terakhir, Internet telah memainkan peran yang semakin penting dalam proses pelayanan kesehatan kepada pasien dan masyarakat (Agarwal *et al.*, 2010; Ziebland and Wyke, 2012). Layanan kesehatan secara online dapat didefinisikan sebagai pengiriman layanan kesehatan (seperti informasi kesehatan dan konsultasi medis) melalui Internet. Perubahan dalam dunia teknologi informasi khususnya penggunaan internet telah membawa dampak terhadap dunia pelayanan kesehatan baik itu secara positif maupun negatif.

Cukup banyak konsumen yang menggunakan internet untuk mendapat informasi kesehatan, dimana mereka akan memanfaatkan web untuk menyimpan data kesehatan pribadinya. Layanan kesehatan dan juga portal kesehatan di internet tersedia secara online untuk menyimpan profil kesehatan pribadi termasuk catatan resep obat, hasil pengujian laboratorium, kunjungan ke dokter, alergi, dan imunisasi. Dalam hitungan menit, masyarakat dapat mendaftarkan diri pada suatu situs kesehatan dengan memilih nama dan juga kata sandi. Kemudian membuat catatan untuk memasukkan profil kesehatan pribadi Anda. Pengguna juga dapat menyimpan data untuk nomor kontak orang yang dihubungi pada saat

darurat, dokter umum, dokter ahli, golongan darah, kolesterol, tekanan darah, dan keterangan asuransi. Tidak peduli dimana penggunaanya berada, pengguna dan petugas medis dapat mencari catatan ini di internet atau melalui mesin fax (Beranda, 2010).

Dampak positif yang terjadi yakni penggunaan informasi internet dapat mempererat kerjasama dan komunikasi antara dokter dan pasien. Jika akses internet semakin mudah di ruang pemeriksaan maka dokter dan pasien dapat meninjau informasi kesehatan bersama-sama melalui internet lalu mengembangkan informasi tersebut dengan cara pasien mengemukakan pendapatnya dan dokter memberikan saran secara langsung. Bagaimanapun, tenaga medis tidak hanya menangani pasien yang berpendidikan, tetapi juga membantu untuk mendidik mereka. Berbagai pendekatan konstruktif bisa dilakukan seperti penggunaan website yang mana dokter berperan menjadi konsultan, dokter menyediakan pelayanan berbasis website kepada pasien misalnya perangkat penatalaksanaan penyakit dan protokol perawatan pasien. Sehingga dokter yang "akrab dengan internet" akan lebih efektif menjalin hubungan yang tulus dengan pasien sehingga berkontribusi pada pelayanan kesehatan yang berkualitas dan menciptakan hubungan dokter-pasien yang lebih saling mempercayai.

Namun yang perlu diperhatikan, walaupun internet menjadi alat yang sangat berguna bagi pasien ketika mencari informasi kesehatan yang

dibutuhkan, tetapi juga bisa sangat membingungkan karena beberapa situs yang mungkin tidak akurat (tidak update informasi). Sehingga pasien perlu selektif dalam mencari informasi medis dari internet

B. Tinjauan Umum Tentang Pengambilan Keputusan Bersama di Rumah Sakit

1. Definisi Pengambilan Keputusan Bersama

Pengambilan keputusan bersama dalam bidang kedokteran / *Shared Decision Making* (SDM) adalah proses di mana pasien dan dokter berkontribusi bersama dalam proses pengambilan keputusan medis. Penyedia perawatan kesehatan menjelaskan perawatan dan alternatif untuk pasien dan membantu mereka memilih opsi perawatan yang paling sesuai dengan preferensi mereka serta keyakinan budaya dan pribadi mereka yang unik (Légaré and Witteman, 2013).

Berbeda dengan SDM, sistem perawatan biomedis tradisional menempatkan dokter dalam posisi otoritas dengan pasien memainkan peran pasif dalam perawatan (Lyttle and Ryan, 2010). Dokter menginstruksikan pasien tentang apa yang harus dilakukan, dan pasien jarang mengambil bagian dalam keputusan perawatan

2. Alat Bantu Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan bersama semakin bergantung pada penggunaan alat bantu keputusan dalam membantu pasien untuk memilih opsi perawatan terbaik. Alat bantu pengambilan keputusan pasien, yang mungkin berupa selebaran, kaset video atau audio, atau media interaktif, melengkapi hubungan pasien-dokter dan membantu pasien dalam membuat keputusan medis yang paling sesuai dengan nilai dan preferensi mereka (Stacey, Légaré and Lewis, 2017). Perangkat lunak interaktif atau situs web internet juga telah dirancang untuk memfasilitasi pengambilan keputusan bersama (Frosch *et al.*, 2008). Penelitian telah menunjukkan bahwa penggunaan alat bantu pengambilan keputusan dapat meningkatkan kepercayaan pasien pada dokter, sehingga memudahkan proses pengambilan keputusan bersama (Nannenga *et al.*, 2009). Banyak penelitian dan studi implementasi pada alat bantu keputusan (hingga 2010) terkandung dalam buku *Shared Decision Making in Healthcare: Patient Choice* yang Berbasis Bukti, edisi kedua.

The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS), sebuah kelompok peneliti yang dipimpin oleh profesor Annette O'Connor di Kanada dan Glyn Elwyn di Inggris, telah menerbitkan serangkaian standar, yang mewakili upaya lebih dari 100 peserta dari 14 negara di seluruh dunia. Dunia akan membantu menentukan kualitas alat bantu keputusan pasien (Elwyn *et*

al., 2006). Standar IPDAS membantu pasien dan praktisi kesehatan untuk menilai konten, proses pengembangan, dan efektivitas alat bantu pengambilan keputusan. Menurut IPDAS, alat bantu keputusan yang harus tersertifikasi misalnya, memberikan informasi tentang opsi, menyajikan probabilitas hasil, dan memasukkan metode untuk memperjelas nilai-nilai pasien.

3. Pengukuran Pengambilan Keputusan Bersama

Beberapa peneliti dalam bidang ini telah merancang skala untuk mengukur sejauh mana pengambilan keputusan bersama terjadi dalam pertemuan klinis dan dampaknya, dari perspektif pasien atau profesional kesehatan atau keduanya, atau dari perspektif pengamat luar (Scholl *et al.*, 2011). Tujuan dari skala ini adalah untuk mengeksplorasi apa yang terjadi dalam pengambilan keputusan bersama dan seberapa banyak hal itu terjadi, dengan tujuan menerapkan pengetahuan ini untuk mendorong para profesional kesehatan untuk mempraktikkannya. Berdasarkan skala ini, alat sederhana sedang dirancang untuk membantu dokter lebih memahami kebutuhan keputusan pasien mereka. Salah satu alat yang telah divalidasi, SURE, adalah kuesioner cepat untuk mencari tahu di klinik sibuk yang pasien tidak nyaman dengan keputusan pengobatan (konflik keputusan). SURE didasarkan pada *Decisional Conflict Scale O'Connor* yang biasanya digunakan untuk mengevaluasi alat bantu keputusan pasien (O'Connor,

1995). Empat ya-atau-tidak ada pertanyaan yang tentang menjadi Sure, Understanding informasi, Rasio risiko-manfaat, sumber saran dan dorongan.

Ukuran terkait lainnya skor pertemuan pasien-dokter menggunakan tiga komponen komunikasi yang berpusat pada pasien: kemampuan dokter untuk mengkonseptualisasikan penyakit dan penyakit dalam kaitannya dengan kehidupan pasien; untuk mengeksplorasi konteks penuh dari pengaturan hidup pasien (misalnya pekerjaan, dukungan sosial, keluarga) dan pengembangan pribadi; dan untuk mencapai titik temu dengan pasien tentang tujuan pengobatan dan strategi manajemen (Meredith, Stewart and Brown, 2001).

Para peneliti dalam pengambilan keputusan bersama semakin mempertimbangkan fakta bahwa keterlibatan dalam pengambilan keputusan pelayanan kesehatan tidak selalu terbatas pada satu pasien dan satu profesional kesehatan dalam pengaturan klinis. Seringkali lebih dari satu profesional kesehatan terlibat dalam suatu keputusan, seperti tim profesional yang terlibat dalam merawat lansia yang mungkin memiliki beberapa masalah kesehatan sekaligus. Beberapa peneliti, misalnya, memfokuskan pada bagaimana tim interprofesional dapat mempraktikkan pengambilan keputusan bersama di antara mereka sendiri dan dengan pasien mereka (Légaré *et al.*, 2011). Para peneliti juga memperluas definisi pengambilan

keputusan bersama untuk menyertakan pasangan orang sakit, pengasuh keluarga atau teman-teman, terutama jika mereka bertanggung jawab untuk memberikan obat kepada orang tersebut, mengangkut mereka atau membayar tagihan.

Keputusan yang mengabaikannya mungkin tidak didasarkan pada opsi realistis atau tidak dapat ditindaklanjuti (Zhang and Siminoff, 2003). Pengambilan keputusan bersama juga sekarang diterapkan di bidang perawatan kesehatan yang memiliki implikasi sosial yang lebih luas, seperti keputusan yang dihadapi oleh lansia yang lemah dan pengasuh mereka tentang tinggal di rumah atau pindah ke fasilitas perawatan (Légaré *et al.*, 2015).

C. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, menyatakan bahwa rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu berupa kegiatan untuk memelihara serta meningkatkan kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan

yang optimal bagi masyarakat. Pendekatan yang dilakukan dalam melaksanakan upaya kesehatan berupa pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Peraturan Presiden RI No. 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit, menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Kedudukan, Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU. Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009, rumah sakit merupakan instansi yang memiliki tugas untuk melaksanakan pelayanan kesehatan paripurna dan pendidikan serta pelatihan. rumah sakit merupakan unit pelaksana teknis di lingkungan Departemen Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik. Disamping melaksanakan upaya pelayanan kesehatan, rumah sakit juga dapat melaksanakan penelitian, pengembangan, serta penapisan teknologi bidang kesehatan sesuai dengan kemampuan pelayanan kesehatan dan kapasitas sumber daya manusia yang dimilikinya.

Dalam melaksanakan tugasnya, berdasarkan UU No. 44 Tahun 2009, rumah sakit menyelenggarakan fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Kategori Rumah Sakit di Indonesia

Dalam Permenkes 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, Berdasarkan bentuknya, rumah sakit dapat digolongkan menjadi:

- a. Rumah Sakit Menetap, merupakan rumah sakit yang didirikan secara permanen untuk jangka waktu lama untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

- b. Rumah Sakit Bergerak, merupakan rumah sakit yang siap guna dan bersifat sementara dalam jangka waktu tertentu dan dapat dipindahkan dari satu lokasi ke lokasi lain. Rumah sakit bergerak umumnya berbentuk bus, kapal laut, karavan, gerbong kereta api, atau kontainer.
- c. Rumah Sakit Lapangan, merupakan rumah sakit yang didirikan di lokasi tertentu selama kondisi darurat dalam pelaksanaan kegiatan tertentu yang berpotensi bencana atau selama masa tanggap darurat bencana.

Berdasarkan jenis pelayanannya Rumah sakit terdiri atas rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas A, Kelas B, Kelas C, dan Kelas D. Penetapan klasifikasi rumah sakit dibagi berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana (Menkes RI, 2014)

Sedangkan Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah sakit khusus diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Umum Kelas A, Kelas B, dan Kelas C.

Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibagi atas :

- a. Rumah Sakit Umum Publik/Pemerintah, merupakan rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan pelayanan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.
- b. Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas :
 - 1) Rumah Sakit Umum Swasta Pratama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.
 - 2) Rumah Sakit Umum Swasta Madya, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisistik dalam empat cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.
 - 3) Rumah Sakit Umum Swasta Utama, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisistik dan subspesialisistik, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

D. Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 1. Matriks Penelitian Terdahulu

No.	Nama Peneliti (Tahun)	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Alat Analisis (Jenis Uji)	Hasil Penelitian
1.	Joanna TW Chu, PhD; Man Ping Wang, PhD; Chen Shen, PhD; Kasisoma yajula Viswanath, PhD; Tai Hing Lam, MD; Sophia Siu Chee Chan, PhD (2017)	<i>How, When and Why People Seek Health Information Online: Qualitative Study in Hong Kong</i>	Untuk mempelajari persepsi individu tentang pencarian informasi kesehatan dan untuk mendokumentasikan persepsi mereka mengenai perilaku pencarian informasi kesehatan di internet.	- Karakteristik Responden - Persepsi tentang Mencari Informasi Kesehatan melalui Internet - Manfaat Persepsi Internet - Keterbatasan Persepsi Internet - Strategi Menggunakan Internet untuk Informasi Kesehatan - Implikasi	Penelitian menggunakan fokus grup dan dianalisis menggunakan teknik analisis tematik.	1. Hasil penelitian menunjukkan responden yang lebih tua (55+ tahun) dan kurang berpendidikan cenderung menggunakan internet untuk mencari informasi kesehatan. 2. Terbatasnya waktu konsultasi dokter dan hambatan untuk mengakses layanan kesehatan profesional adalah alasan utama untuk menggunakan internet. 3. Kenyamanan dan cakupan dianggap sebagai keunggulan utama, sedangkan kredibilitas dan kepercayaan informasi kesehatan dicatat sebagai

				Mencari Informasi Kesehatan melalui Internet		batasan. 4. Penggunaan informasi kesehatan berbasis web bervariasi di antaranya individu, karenanya implikasi pada hubungan dokter-pasien beragam.
3.	Matthew Menear, Mirjam Marjolein Garvelink, Rheda Adekpedjo, Maria Margarita Becerra Perez, Hubert Robitaille, Stephane Turcotte, France Legare (2017)	<i>Factors associated with shared decision making among primary care physicians: Findings from a multicentre cross-sectional study</i>	Untuk menguji karakteristik dokter, pasien dan konsultasi terkait dengan perilaku <i>Shared Decision Making</i> dokter perawatan primer selama perawatan rutin.	- Variabel dependen: perilaku pengambilan keputusan bersama - Variabel Independen: Hubungan antara perilaku pengambilan keputusan bersama dokter dan tiga jenis factor karakteristik dokter, pasien, dan karakteristik	Studi <i>cross-sectional</i>	1. Pada perawatan primer, karakteristik peserta dalam pengambilan keputusan bersama yaitu partisipasi sosial dokter, status pekerjaan pasien, dan keputusan bersama memiliki pengaruh. 2. Sedangkan karakteristik dari konsultasi terkait dengan interaksi antara pasien yaitu lama konsultasi juga berpengaruh. 3. Faktor-faktor ini harus dipertimbangkan ketika merancang strategi untuk mengimplementasikan pengambilan keputusan bersama pada perawatan

				konsultasi.		primer, dan beberapa cara praktis untuk melakukannya.
4.	Krislynn M, Isabel M. Leal, Charlie C. Wan, Braden F. Goldberg, Tamara E. Saunders, Stefanos G. Millas, Mike K. Liang, Tien C. Ko, Lilian S. Kao (2017)	<i>Shared decision-making during surgical consultation for gallstones at a safety-net hospital</i>	Untuk mengevaluasi apakah alat yang divalidasi mencerminkan persepsi pengambilan keputusan bersama secara akurat oleh pasien yang mencari konsultasi bedah untuk penyakit batu empedu di rumah sakit.	- Perspektif pasien terkait pengambilan keputusan bersama dan skala prefensi otonomi - Faktor-faktor yang terkait dengan pengambilan keputusan bersama	<i>Mixed methods study</i> yaitu kombinasi antara metode kuantitatif dan kualitatif	1. Mayoritas pasien adalah perempuan, setengah baya. 2. Proporsi pasien yang merasa berbagi pengambilan keputusan lebih besar dalam Kuesioner Pengambilan Keputusan Bersama dibandingkan menggunakan metode wawancara. 3. Umur, jenis kelamin, ras/etnis, bahasa, diagnosis, skor skala preferensi otonomi, dan keputusan untuk operasi tidak terkait dengan pengambilan keputusan bersama. 4. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap ketidaksesuaian yaitu ketidakbiasaan pasien

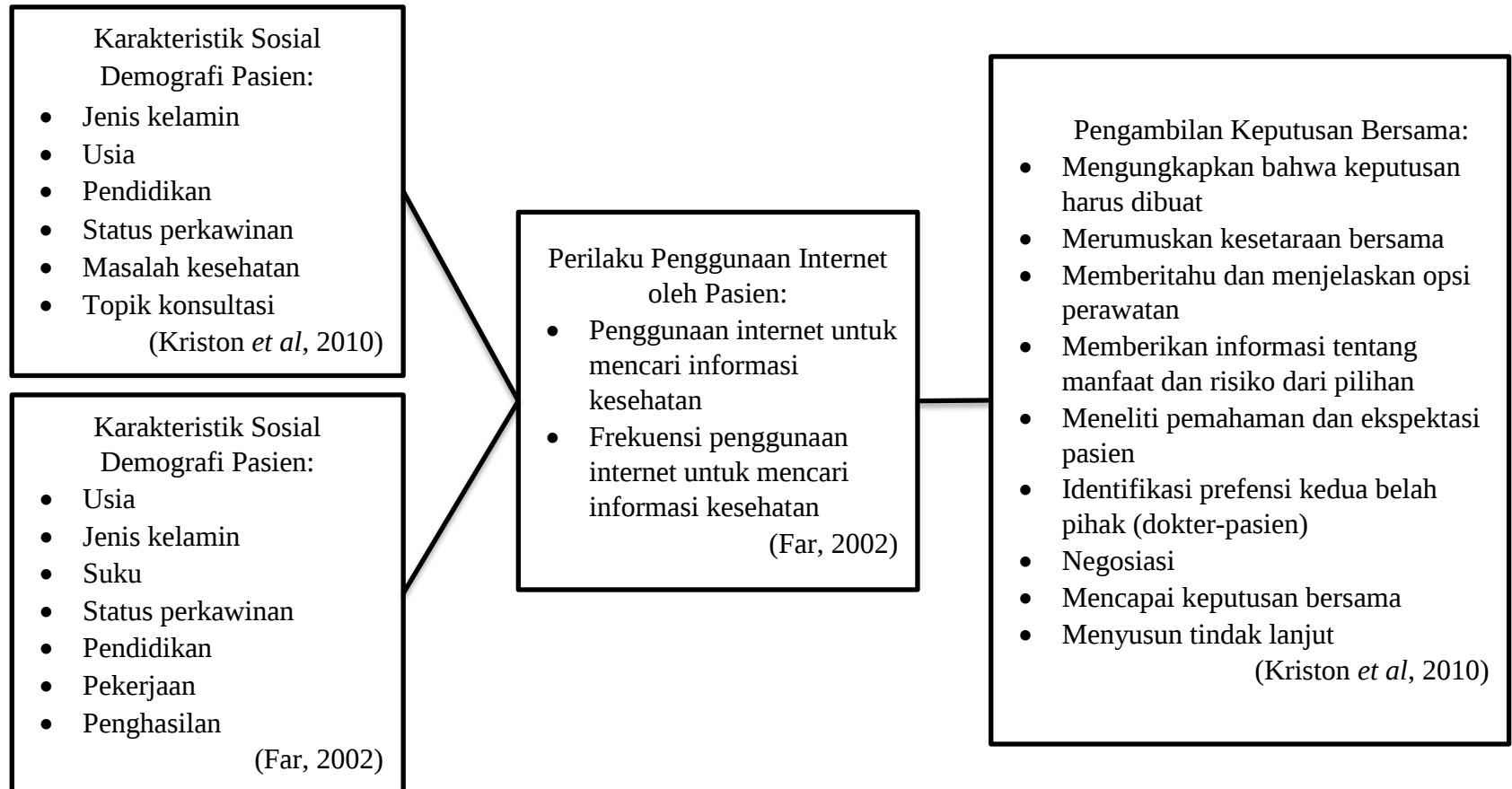
						dengan pengambilan keputusan bersama, penghormatan kepada ahli bedah, kurangnya diskusi yang berbeda tentang perawatan, dan kebingungan antara keselarasan dan keputusan bersama.
5.	Paolo G. Morselli, Andrea Lippi, Federico A. Giorgini, Erich (2019)	<i>Informed consent in plastic surgery, evaluation of its effectiveness for mutual satisfaction of patient and doctor: Comparison of methods</i>	Untuk mengetahui efektifitas <i>informed consent</i> dalam bedah plastic pada kepuasan pasien dan dokter	Efektifitas menggunakan 3 metode pada pasien yaitu wawancara klasik, pengambilan keputusan bersama, kuesioner harapan	Wawancara pada 90 pasien	1. Untuk dokter keputusan bersama dengan menggunakan kuesioner harapan lebih unggul dalam menyelidiki harapan pasien, emosi, dan preferensi pribadi. 2. Untuk pasien, metode menggunakan kuesioner memiliki skor yang lebih tinggi daripada menggunakan metode wawancara klasik untuk kepuasan keseluruhan dan kemampuan untuk mengevaluasi preferensi dan kebutuhan pribadi serta lebih tinggi dari

						metode pertama dan kedua dalam menilai harapan. 3. Untuk dokter, pengambilan keputusan bersama ditambah dengan kuesioner harapan terbukti menjadi alat yang paling berguna untuk memahami harapan dan emosi pasien, dengan demikian meningkatkan hubungan medis-pasien melalui pengambilan keputusan bersama.
--	--	--	--	--	--	---

6.	Mohammad Khammarnia, Fatemeh Setoodehzadeh, Alireza Ansari-Maghadam, Ali Reza Yusefi, Monire Eskandari, Arezo Alinejad Ranjbar, Mostafa Peyvand (2018)	<i>Relationship between health literacy of cancer patients and shared clinical decision-making in a Middle East country</i>	Untuk menyelidiki hubungan antara <i>health literacy</i> (HL) dan pengambilan keputusan klinis bersama diantara pasien kanker di Iran	- <i>Health literacy</i> dalam pengambilan keputusan bersama untuk orang dewasa di Iran - Pengambilan keputusan dari pengetahuan informasi yang didapat	- Kuesioner dengan menggunakan <i>cross sectional study</i> pada 456 pasien di Iran dengan metode <i>stratified sampling</i>. -	1. 62% pasien tidak memiliki <i>health literacy</i> yang cukup dan 50% memiliki catatan partisipasi yang buruk dalam pengambilan keputusan klinis. 2. Ada hubungan statistic positif antara <i>health literacy</i> dan partisipasi dalam pengambilan keputusan klinis antara pasien kanker . 3. Sekitar 49% pasien dengan <i>health literacy</i> rendah memiliki partisipasi yang buruk dalam pengambilan keputusan bersama 4. <i>Health literacy</i> memiliki hubungan dengan umur, jenis kelamin, pendidikan, tempat tinggal, daerah, dan jenis kanker ($P < 0,05$).
----	--	---	---	--	--	---

E. Kerangka Teori

Figure 1. Kerangka Teori Penelitian (Teori Kriston et al (2010), dan Far (2002))



BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel

Perkembangan teknologi informasi khususnya penggunaan internet, telah membawa dampak terhadap dunia pelayanan kesehatan. Saat ini pasien telah memiliki akses yang lebih mudah dan cepat terhadap informasi kesehatan yang dapat mereka jumpai hanya dengan menggunakan internet dari perangkat elektronik harian mereka seperti *handphone*.

Kesehatan merupakan aset yang penting bagi seorang individu, tidak heran jika mereka melakukan berbagai cara untuk menjaga kesehatan atau mendapatkan kesehatannya kembali. Untuk mengetahui informasi tentang penyebab dan gejala sebuah penyakit masyarakat dapat mengakses mesin pencari dari mengetik kata kunci. Seorang pasien dapat berkonsultasi dengan dokter tanpa harus bertemu tatap muka, menunggu antrean yang panjang serta membayar mahal, cukup melalui aplikasi konsultasi kesehatan (Dewi, dkk., 2018).

Sesuai data (Asosiasi Penyelenggara Jaringan Internet Indonesia (APJII) tahun 2017) bahwa pengguna layanan internet Indonesia sebanyak 143,26 juta jiwa. Ini setara 54,68% dari total penduduk di Indonesia sebesar 262 juta orang. Jumlah ini terus meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan Survey Penggunaan

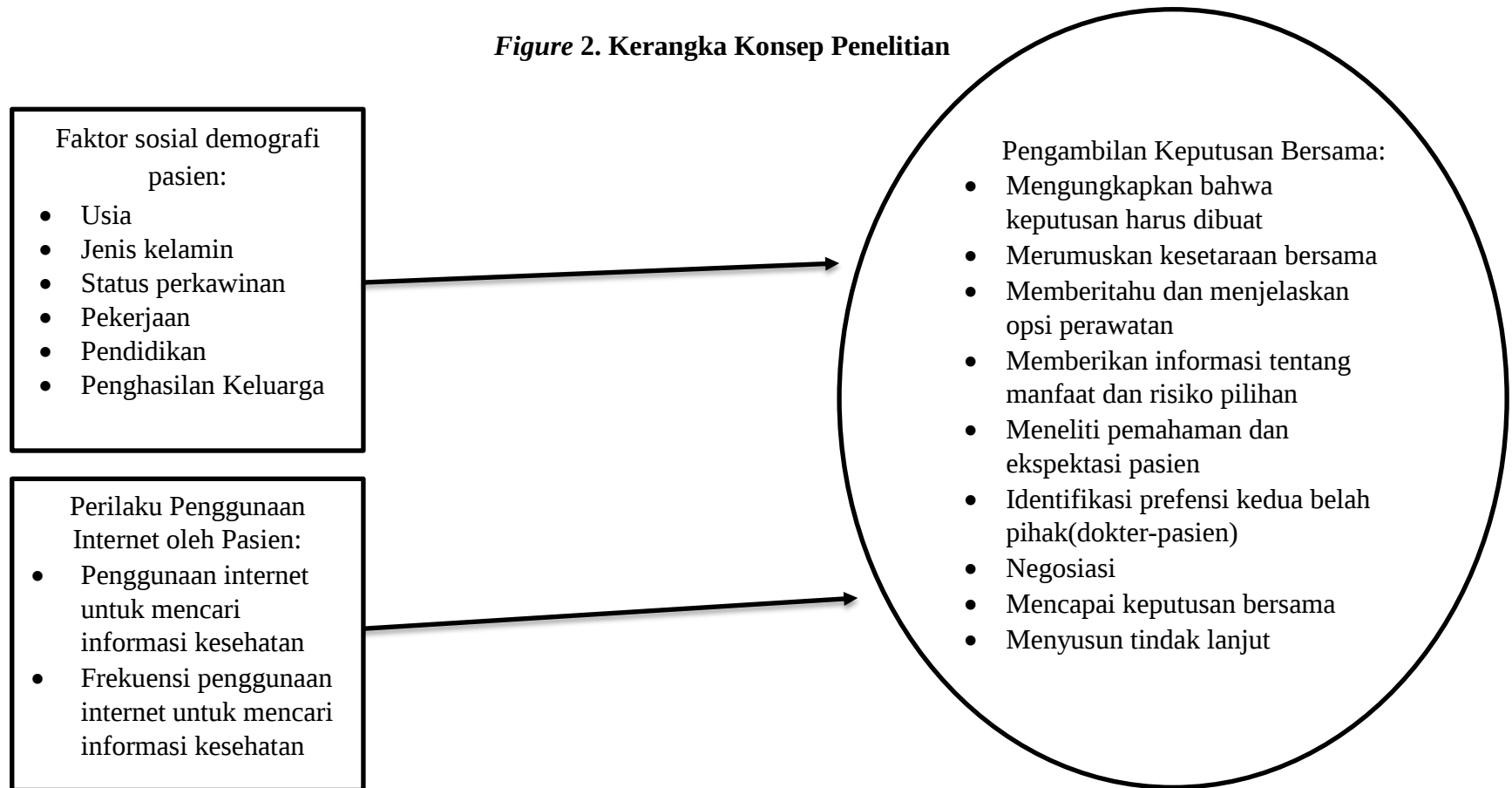
TIK Tahun 2017 dari total 4.238 responden masyarakat Indonesia pengguna internet berdasarkan jenis kelamin sebanyak 45,85% laki-laki dan 44,24% perempuan. Pengguna internet kategori usia produktif (20-29 tahun) lebih tinggi dibanding yang lain. Pengguna internet berdasarkan pendidikan sebanyak 87,50% berpendidikan S2/S3 dan yang paling sedikit dari kategori tidak sekolah sebesar 6,73% (Kominfo, 2017). Salah satu data yang disurvei APJII adalah mengenai pemanfaatan internet di bidang kesehatan. Ternyata 51,06% responden menyatakan menggunakan internet untuk mencari informasi kesehatan dan sebanyak 14,05% responden melakukan konsultasi dengan ahli kesehatan (Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia, 2017).

Peningkatan akses dan pengetahuan ini berdampak pada preferensi pasien seperti dalam pengambilan keputusan di rumah sakit serta pada tingkat kepuasan pasien. Dalam pembuatan kerangka konsep peneliti tidak menggunakan seluruh variabel yang terdapat dalam kerangka teori karena berdasarkan kajian literatur bahwa pada tahap pengambilan keputusan, pasien mengevaluasi beberapa informasi yang telah diperolehnya kemudian mengambil keputusan. Pada proses konsultasi antara pasien dan dokter, dengan pengetahuan dan pemahaman yang didapatkan oleh pasien dari internet, proses interaksi dan komunikasi antara dokter dan pasien dapat diharapkan berjalan lebih baik.

Maka variabel independen dalam penelitian ini yaitu karakteristik sosial demografi dan perilaku penggunaan internet oleh pasien. Serta variabel dependen yaitu keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.

B. Kerangka Konsep

Figure 2. Kerangka Konsep Penelitian



C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Tabel 2. Definisi Teori dan Definisi Operasional Penelitian

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
1.	Sosial demografi pasien	Usia	Lamanya hidup responden yang dihitung sejak tanggal lahir sampai dengan waktu penelitian yang dinyatakan dalam tahun	Kuesioner dengan pertanyaan terbuka	Kategori umur menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009: - Masa remaja awal= 12-16 tahun - Masa remaja akhir= 17 – 25 tahun - Masa dewasa awal= 26 – 35 tahun - Masa dewasa akhir= 36 – 45 tahun - Masa lansia awal= 46 – 55 tahun - Masa lansia akhir= 56 – 65 tahun - Masa manula= 65 – ke atas	Ordinal
		Jenis Kelamin	Ciri fisik yang terdapat pada individu dalam hal	Kuesioner dengan memilih jenis kelamin yang	1 = jika jenis kelamin laki-laki 2 = jika jenis kelamin	Nominal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			ini adalah laki-laki dan perempuan	meliputi: 1. Laki-laki 2. Perempuan	perempuan	
		Status Perkawinan	Status ada atau tidaknya ikatan antara laki-laki dan perempuan yang terjalin secara sah sesuai dengan agama masing-masing.	Kuesioner dengan memilih status perkawinan yang meliputi: 1. Menikah 2. Belum menikah 3. Cerai/janda/duda	Status perkawinan dikelompokkan sebagai berikut: 1 = Menikah 2 = Belum menikah 3 = Cerai/janda/duda	Nominal
		Pekerjaan	Kegiatan responden yang dapat menghasilkan uang (pendapatan).	Kuesioner dengan memilih jenis pekerjaan yang meliputi: 1. Pensiunan 2. Ibu rumah tangga 3. Pegawai Negeri/TNI/Polri 4. Karyawan/ Pegawai Swasta 5. Pedagang/ Wiraswasta 6. Akademisi (dosen, guru, dsb)	Jenis pekerjaan responden dikelompokkan menurut sektor formal dan nonformal: - Formal: Pegawai Negeri (PNS/TNI/Polri), Pegawai Swasta (Karyawan swasta/mandor), Pelajar/Mahasiswa, Pensiunan, Akademisi - Nonformal: Wiraswasta (pedagang kecil/ pemilik bengkel kecil/ buruh/ supir/ kenek)	Nominal
		Pendidikan	Merupakan jenjang	Kuesioner dengan memilih	Menurut Undang-Undang RI	Ordinal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		Terkahir	pendidikan formal terakhir yang pernah ditempuh responden dan mendapatkan ijazah dari pendidikan tersebut.	jenis pendidikan yang telah diselesaikan responden yang meliputi: 1. Tidak sekolah/Tidak Tamat SD 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Diploma/Akademi 6. S1 7. S2/S3	No. 20 Tentang Sistem Pendidikan Nasional: - Tinggi : Jika tingkat pendidikan responden $\geq$ SMA - Rendah : Jika tingkat pendidikan responden $<$ SMA	Ordinal
		Penghasilan Keluarga	Penghasilan adalah rata-rata pendapatan keluarga perbulan/perhari	Kuesioner dengan pertanyaan terbuka yaitu rata-rata pendapatan keluarga	Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan Tentang Penetapan Upah Minimum Kota Makassar Tahun 2020 : - Cukup: Apabila pendapatan responden dalam 1 bulan lebih dari atau sama dengan Rp 3.103.800,- - Rendah: Apabila pendapatan responden	

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
					dalam 1 bulan kurang dari Rp 3.103.800,-.	
		Media informasi kesehatan	Media yang digunakan responden untuk mendapatkan informasi kesehatan untuk diri sendiri atau keluarga	Kuesioner dengan pilihan jawaban yang meliputi: 1. Televisi 2. Radio 3. Jurnal 4. Majalah 5. Internet 6. Perpustakaan 7. Rumah Sakit 8. Teman/ dari mulut ke mulut 9. Dokter 10. Perawat 11. Klinik kesehatan	1= Televisi 2= Radio 3= Jurnal 4= Majalah 5= Internet 6= Perpustakaan 7= Rumah Sakit 8= Teman/ dari mulut ke mulut 9= Dokter 10= Perawat 11= Klinik kesehatan	Nominal
2.	Perilaku Penggunaan Internet	Perilaku penggunaan internet	Usaha memperoleh informasi kesehatan dari internet untuk: 1. Mendapatkan deskripsi berbagai penyakit 2. Mendapatkan	Kuesioner dengan pilihan jawaban: 1. Tidak 2. Ya	1= jika responden tidak menggunakan internet 2= jika responden menggunakan internet	Nominal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			informasi tentang obat-obatan 3. Memahami dalam menghadapi penyakit 4. Mendapatkan informasi tentang manajemen kesehatan			
			Aplikasi atau website yang digunakan untuk mengakses, memahami, membandingkan, mengevaluasi, menyebarkan informasi kesehatan, sehingga pengetahuan individu mengenai kesehatan dapat meningkat.	Kuesioner dengan 1 pertanyaan pada nomor 9 dengan pilihan jawaban yang meliputi: 1. Jurnal ilmiah <i>online</i> 2. Website kesehatan resmi (halodoc, alodokter.com, klikdokter.com, dsb) 3. Media sosial (whatsapp, facebook, instagram, twitter, dsb) 4. Youtube 5. Aplikasi resmi (GrabHealth, GoMed,	1= Jurnal ilmiah <i>online</i> 2= Website kesehatan resmi (halodoc, alodokter.com, klikdokter.com, dsb) 3= Media sosial (whatsapp, facebook, instagram, twitter, dsb) 4= Youtube 5= Aplikasi resmi (GrabHealth, GoMed, klikdokter.com, dsb)	Nominal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				klikdokter.com, dsb)		
			Pernyataan tentang apa yang dilakukan responden dengan informasi kesehatan yang ditemukan di internet.	Kuesioner dengan 3 pertanyaan pada nomor 13, 14, dan 15 yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban: 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Frekuensi Penggunaan Internet	Frekuensi yaitu seberapa sering seseorang melakukan aktifitas menggunakan internet (dalam bentuk frekuensi seperti sekali, dua kali, tiga kali dan seterusnya dalam rentang waktu yang ditentukan).	Kuesioner dengan 1 pertanyaan pada nomor 10 dengan pilihan jawaban: 1. 1 kali atau lebih dalam 1 tahun 2. 1 kali atau lebih setiap 6 bulan 3. 1 kali atau lebih sebulan 4. 1 kali atau lebih per minggu 5. 1 kali atau lebih per	a. Skor tertinggi= 5 b. Skor terendah= 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Rutin: skor ≥ 3 - Tidak Rutin : skor < 3	Ordinal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				hari		
			Intensitas/durasi yaitu lamanya waktu yang digunakan setiap kali mengakses internet untuk mencari informasi kesehatan dalam seminggu	Kuesioner dengan 1 pertanyaan pada nomor 11 dengan pilihan jawaban: 1. Kurang dari 2 jam per minggu 2. Kurang dari 6 jam per minggu 3. Kurang dari 10 jam per minggu 4. 10 jam atau lebih per minggu	a. Skor tertinggi = 4 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 3 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 2 - Rutin: skor ≥ 2 - Tidak Rutin : skor < 2	Ordinal
			Alasan menggunakan internet untuk mendapatkan informasi kesehatan	Kuesioner dengan 1 pertanyaan pada nomor 12 dengan pilihan jawaban: 1. Karena saya sakit 2. Karena saya baik-baik saja 3. Karena anggota keluarga atau teman sakit 4. Untuk mencegah penyakit saya atau	1= Karena saya sakit 2= Karena saya baik-baik saja 3= Karena anggota keluarga atau teman sakit 4= Untuk mencegah penyakit saya atau anggota keluarga	Nominal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				anggota keluarga		
3.	Pengambilan keputusan bersama	Mengungkapkan bahwa keputusan harus dibuat	Tindakan atau proses pengambilan keputusan setelah memikirkan beberapa kemungkinan	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	f. Skor tertinggi = 5 g. Skor terendah = 1 h. Skor tertinggi-skor terendah= 4 i. Interval skor= 2 j. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Merumuskan kesetaraan bersama	Mengembangkan detail rencana pengobatan dengan posisi dan perlakuan yang sama antara dokter dengan pasien	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi-skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Memberitahu dan menjelaskan	Dokter memberikan informasi terkait pilihan	Kuesioner yang menggunakan skala Likert	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1	Ordinal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
		opsi perawatan	pengobatan atau perawatan untuk menyembuhkan pasien dari penyakit atau cedera	dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	
		Memberikan informasi tentang manfaat dan risiko pilihan	Dokter memberikan informasi kepada pasien tentang manfaat dan kemungkinan buruk dari pilihan yang ada	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Meneliti pemahaman dan ekspektasi pasien	Dokter melakukan investigasi untuk menemukan pemahaman pasien tentang penyakit dan pengobatannya serta	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2	Ordinal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
			harapan kedepannya	3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	
		Identifikasi prefensi kedua belah pihak (dokter-pasien)	Melakukan identifikasi mengenai kecenderungan perawatan dan pengobatan antara dokter dan pasien	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Negosiasi	Proses mendiskusikan antara dokter dengan pasien untuk mencapai kesepakatan bersama	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi- skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval=	Ordinal

NO	Variabel	Dimensi	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Kriteria Objektif	Skala
				5. Selalu	3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	
		Mencapai keputusan bersama	Mencapai keputusan bersama setelah memikirkan beberapa kemungkinan	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi-skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal
		Menyusun tindak lanjut	Menyusun kesepakatan mengenai tindak lanjut dari keputusan yang diambil sebelumnya	Kuesioner yang menggunakan skala Likert dengan pilihan jawaban. 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu	a. Skor tertinggi = 5 b. Skor terendah = 1 c. Skor tertinggi-skor terendah= 4 d. Interval skor= 2 e. Kriteria objektif : Skor Tertinggi – Interval= 3 - Baik: skor ≥ 3 - Kurang baik: skor < 3	Ordinal

Keterangan:

*Skala Likert

- Untuk pernyataan/ pertanyaan negative

Tidak pernah	=	Skor 5
Jarang	=	Skor 4
Kadang-Kadang	=	Skor 3
Sering	=	Skor 2
Selalu	=	Skor 1

- Untuk pernyataan/ pertanyaan positif

Tidak pernah	=	Skor 1
Jarang	=	Skor 2
Kadang-Kadang	=	Skor 3
Sering	=	Skor 4
Selalu	=	Skor 5

D. Hipotesis Penelitian

1. Hipotesis Alternatif (Ha)

- Ada hubungan faktor sosial demografi pasien terhadap perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien.
- Ada hubungan faktor sosial demografi pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.
- Ada hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.

2. **Hipotesis Null (Ho)**

- a. Tidak ada hubungan faktor sosial demografi pasien terhadap perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien.
- b. Tidak ada hubungan faktor sosial demografi pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.
- c. Tidak ada hubungan perilaku pencarian informasi kesehatan melalui internet oleh pasien terhadap keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan bersama.