



## Asosiasi Karakteristik Pasien Dengan Pola Komunikasi Dokter-Pasien Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan

<sup>1</sup>Muhammad Alhada Fuadilah Habib, <sup>2</sup>Marina Ramadhani, <sup>3</sup>Adelina Fitri

<sup>1</sup> Universitas Islam Negeri Sayyid Ali Rahmatullah Tulungagung

Email : [habibhada@gmail.com](mailto:habibhada@gmail.com)

<sup>2</sup> Universitas Gajah Mada

Email : [marinaramadhani80@gmail.com](mailto:marinaramadhani80@gmail.com)

<sup>3</sup> Universitas Jambi

Email : [adelinafitri@unja.ac.id](mailto:adelinafitri@unja.ac.id)

---

**Abstract.** *This study was conducted to examine the pattern of communication (verbal and non-verbal) between doctors and patients in the provision of health services. In addition, this study also examines the association between patient characteristics and doctor-patient communication patterns. This research is important because the problem of interaction between doctors and patients is still often found in the reality that exists in society. These problems are mainly related to the pattern of communication between doctors and patients in the provision of health services. This study analyzed 100 patients who were hospitalized in a hospital in the city of Surabaya. Sampling was done by quota random sampling technique based on the type of inpatient room, and data collection was done by structured interview technique using a questionnaire. The data analysis was carried out with descriptive analysis techniques to determine the communication patterns that occurred in general at the research location. Furthermore, the inferential analysis technique was carried out by performing cross-tabulation tests, t-tests, and binary logistic regression tests to determine the association between patient characteristics and doctor-patient communication patterns. As for deepening the data findings, this study added data from in-depth interviews to 8 informants consisting of doctors and inpatients at the research location. The communication patterns that commonly occur in the study area show a relatively balanced result between patient-centered communication patterns and doctor-centered communication patterns. Meanwhile, patients who experience a central communication pattern with doctors, if reached using the point of view of Michel Foucault's power relation theory, are patients who experience an attempt to dominate power by doctors in a power relationship. Furthermore, the patient characteristics that are proven to be associated with doctor-patient communication patterns are; location of residence, religion/belief, education level, income, family ownership/relations of influential people, the status of using BPJS health insurance, and type of inpatient room.*

**Keywords :** *Doctor-Patient Communication Pattern; Doctor-Centered Communication Pattern; Patient-Centered Communication Pattern; Patient Characteristics; Health Services.*

---

**Abstrak.** *Penelitian ini dilakukan untuk mengkaji pola komunikasi (verbal dan non-verbal) antara dokter dengan pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan. Selain itu, penelitian ini juga mengkaji asosiasi antara karakteristik pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Penelitian ini penting dilakukan karena permasalahan interaksi antara dokter dengan pasien masih sering ditemukan dalam realitas yang terdapat di masyarakat. Permasalahan-permasalahan tersebut terutama berkaitan dengan pola komunikasi antara dokter dengan pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan. Penelitian ini menganalisis 100 orang pasien yang menjalani rawat inap di salah satu rumah sakit di Kota Surabaya. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik quota random sampling berdasarkan jenis kamar rawat inap, dan teknik pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara terstruktur dengan menggunakan angket. Adapun analisis data dilakukan dengan teknik analisis deskriptif untuk mengetahui pola komunikasi yang secara umum terjadi di lokasi penelitian. Selanjutnya teknik analisis inferensial dilakukan dengan melakukan uji tabulasi silang, uji t-test dan uji binary logistic regression untuk mengetahui asosiasi antara karakteristik pasien dengan pola komunikasi dokter-*

*pasien. Adapun untuk memperdalam temuan data, penelitian ini menambahkan data hasil indepthinterview kepada 8 orang informan yang terdiri dari dokter dan pasien rawat inap di lokasi penelitian. Pola komunikasi yang secara umum terjadi di lokasi penelitian menunjukkan hasil yang relatif seimbang antara pola komunikasi yang berpusat pada pasien dengan pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Adapun pasien yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, jika dipahami dengan menggunakan sudut pandang teori relasi kekuasaan dari Michel Foucault, merupakan pasien yang mengalami upaya dominasi kekuasaan oleh dokter dalam sebuah relasi kekuasaan. Selanjutnya karakteristik pasien yang terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien adalah; lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, penghasilan, kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap.*

**Kata Kunci :** *Pola Komunikasi; Dokter-Pasien; Pelayanan Kesehatan.*

---

## PENDAHULUAN

Komunikasi merupakan inti dari interaksi antara dokter dengan pasien. Interaksi antara dokter dengan pasien dimulai sejak dokter pertama kali menyambut pasien, baik secara verbal dengan ucapan “selamat datang”, maupun non-verbal dengan mengajak bersalaman. Komunikasi verbal maupun non-verbal, terbukti sangat menentukan kualitas interaksi, serta sangat menentukan efektivitas proses penyembuhan penyakit (Gáspárka, et al., 2014). Baik/buruknya komunikasi dokter ternyata juga sangat menentukan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Gáspárka, et al., 2014). Secara sederhana, dapat dikatakan bahwa kondisi seseorang saat menjadi pasien sebenarnya paling dominan hanya ingin mendapatkan pemeriksaan dan perhatian dari dokter khususnya perhatian dalam hal komunikasi, seperti didengar keluh kesahnya, diceritakan secara detail dengan bahasa yang mudah dipahami mengenai masalah kesehatannya, diberikan penjelasan mengenai solusi yang tepat untuk proses pengobatan yang harus dilakukan, serta disuguhkan sikap yang sopan, perhatian, dan sikap menghargai dari dokter (Mulkhan, 2008).

Perhatian dokter dalam hal komunikasi verbal dan non-verbal yang diinginkan oleh pasien tersebut, secara konseptual dapat disebut dengan istilah pola komunikasi yang berpusat pada pasien. Komunikasi berpusat pada pasien dimaknai sebagai pendekatan bio-psikosisial, dimana pasien dianggap sebagai orang yang ahli mengenai diri mereka sendiri dan pengalaman mereka sendiri, serta melibatkan pasien secara tepat selama proses konsultasi (Steihaug, Gulbrandsen, & Werner, 2012). Dengan demikian untuk mewujudkan pendekatan ini, dokter harus menghadirkan kesepakatan, persetujuan dan legitimasi pasien sebelum proses perawatan medis dilakukan. Inti dari komunikasi berpusat pada pasien adalah dokter mencoba masuk ke dunia pasien dan melihat penyakit yang diderita pasien dari sudut pandang pasien kemudian barulah mendiagnosa penyakit dengan mengkaitkan (mempertemukan) sudut pandang pasien dengan pengetahuan keilmuan dokter dan/atau dengan uji laboratirium (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Pola komunikasi yang berpusat pada pasien, terbukti berkorelasi dengan proses penyembuhan penyakit yang diderita oleh pasien. Pola komunikasi yang baik pada saat konsultasi, terbukti mampu meningkatkan kualitas konsultasi dan kualitas pendiaknosaan penyakit. Peningkatan kualitas ini lebih lanjut akan meningkatkan keakuratan diaknosa penyakit dan akan menghasilkan kesesuaian jenis obat dan/atau kesesuaian jenis perawatan medis yang akan dijalani pasien. Kesesuaian jenis obat dan/atau jenis perawatan medis ini selanjutnya akan memberikan efektivitas kesembuhan penyakit yang lebih baik (Edmonds, et al., 2015; Gáspárka, et al., 2014; Kushner, 1981; Lipp, et al., 2016; Pawlikowska, Zhang, Griffiths, Dalen, & Vleuten, 2012; Steihaug, Gulbrandsen, & Werner, 2012; Wahyuni, Yanis, & Erly, 2013; Zhao & Junwang, 2013). Berdasarkan temuan tersebut, seluruh dokter direkomendasikan untuk memilih pendekatan komunikasi yang berpusat pada pasien selama proses konsultasi dan pendiaknosaan penyakit demi kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Dalam beberapa studi, pola komunikasi dokter terhadap pasien, terbukti dipengaruhi oleh karakteristik yang dimiliki (melekat) pada diri pasien. Pada saat pemberian pelayanan kesehatan, dokter akan menyesuaikan pola komunikasinya berdasarkan karakteristik pasien yang dirasakan

dan/atau yang diketahui dari data diri pasien. Dalam berkomunikasi, dokter akan memperkirakan (mempersepsi) pola komunikasi yang cocok diberikan kepada pasien berdasarkan; (1). Kompetensi pasien; (2). Otonomi pasien; dan (3). Perilaku interpersonal pasien. Pasien yang memiliki kompetensi tinggi, misalkan tingkat pendidikan tinggi, familiar dengan istilah-istilah ilmiah dan/atau istilah-istilah medis serta berpengetahuan tinggi dengan penyakit yang sedang diderita, akan mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada pasien, yaitu dokter akan menjelaskan secara luas (detail) mengenai penyakit yang sedang diderita dan mempertimbangkan keinginan pasien terhadap jenis obat dan/atau jenis perawatan medis yang akan dijalani, begitu sebaliknya. Kemudian, pasien yang memberikan otonomi penuh kepada dokter, dalam arti menyerahkan (mempercayakan) sepenuhnya proses pengobatan kepada dokter, akan mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada dokter, begitu sebaliknya. Selanjutnya, pasien yang memiliki sikap ramah, sering bertanya dan memiliki keingintahuan yang tinggi dengan penyakitnya, akan mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada pasien, hal ini dikarenakan dokter akan merasa nyaman memberikan penjelasan kepada pasien yang memiliki karakter interpersonal yang baik, begitu sebaliknya (Dekkers, Melles, Mathijssen, Vehmeijer, & Ridder, 2018). Dengan demikian karakteristik yang melekat pada diri pasien sangat menentukan pola komunikasi yang diberikan oleh dokter.

Karakteristik lain dari pasien yang terbukti turut mempengaruhi pola komunikasi dokter terhadap pasien berdasarkan studi-studi terdahulu diantaranya adalah; (1). Lokasi tempat tinggal pasien (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Martono, 2014), (2). Agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien (Keshet & Giveon, 2017; Liliwari, 2005; Yingting, et al., 2018), (3). Tingkat pendidikan pasien (Brown, 2016; Dekkers, Melles, Mathijssen, Vehmeijer, & Ridder, 2018; Gáspárka, et al., 2014; Yusuf, 2017; Zhao & Junwang, 2013), (4). Penghasilan pasien (Edelmann, 2000; Januar, 1998; 5). Status kepemilikan relasi/ keluarga orang berpengaruh (Iskandar, 2012), (6). Status penggunaan asuransi kesehatan BPJS (Hazfiarini & Ernawaty, 2016), dan (7). Jenis kamar rawat inap yang digunakan pasien (Hadijah, 2016). Adapun pengaruh masing-masing karakteristik pasien yang disebutkan di atas terhadap pola komunikasi dokter, akan dijelaskan lebih lanjut dalam bagian hasil dan pembahasan.

Melihat kenyataan pentingnya pola komunikasi dokter terhadap pasien dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan juga kenyataan bahwa secara teoritis pola komunikasi dokter tersebut ternyata dipengaruhi oleh karakteristik pasien (Habib & Maika, 2018). Maka pada kesempatan ini dilakukan penelitian untuk melihat asosiasi antara karakteristik pasien dengan pola komunikasi dokter di salah satu rumah sakit besar di Kota Surabaya. Sebagai rumah sakit besar di Kota Surabaya, semestinya rumah sakit ini memberikan pelayanan terbaik secara profesional kepada semua pasien tanpa membedakan karakteristik yang melekat pada diri pasien. Namun dalam salah satu studi, menemukan bahwa terdapat dominasi kekuasaan dokter terhadap pasien yang memiliki karakteristik tertentu di rumah sakit ini (Suryaputra, 2016). Adapun konsep dominasi kekuasaan dokter tersebut dalam studi ini disebut dengan pola komunikasi yang berpusat pada dokter.

## METODE PENELITIAN

Jumlah sampel ditentukan berdasarkan perhitungan dengan rumus slovin pada taraf kepercayaan sebesar 90%. Dari hasil perhitungan tersebut didapatkan hasil 100 sampel pada populasi sebesar 43.217 orang. Populasi di sini adalah pasien rawat inap usia dewasa yaitu 18-64 tahun dan pasien yang secara medis dalam kondisi stabil, dalam arti kondisi penyakit pasien tidak sedang dalam keadaan parah (kritis/secara medis tidak memungkinkan untuk diajak berkomunikasi). Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik quota random sampling, dengan cara mengambil sampel dari 4 jenis kamar rawat inap dengan jumlah kuota 25% dari kamar kelas utama/VIP/VVIP, 25% dari kamar kelas 1, 25% dari kamar kelas 2, dan 25% dari kamar kelas 3/bangsral. Data yang digunakan berupa data primer yang dikumpulkan dengan teknik angket (menggunakan kuesioner).

Teknik analisis statistik inferensial digunakan untuk melakukan uji asosiasi antara karakteristik pasien dengan pola komunikasi dokter terhadap pasien. Variabel karakteristik pasien yang berskala

nominal yaitu; lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, status kepemilikan relasi/keluarga orang berpengaruh, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap dianalisis dengan uji Chi Kuadrat Pearson ( $X^2$ ) dan tabulasi silang. Variabel pola komunikasi dokter terhadap pasien dioperasionalisasikan berdasarkan teori keberpusatan komunikasi dari Stewart (2012). Teori ini menjelaskan bahwa untuk menilai pola komunikasi antara dokter dengan pasien dapat diketahui dengan melihat keberpusatan komunikasi lebih berpusat ke dokter atau ke pasien. Selanjutnya, teori ini mendefinisikan pola interaksi yang berpusat pada pasien dengan indikator; (1). Dokter berusaha mengeksplorasi penyakit yang sedang dialami pasien dan mengeksplorasi pengalaman penyakit yang pernah diderita pasien, (2). Dokter berusaha memahami keinginan pasien, (3). Dokter berusaha menemukan kesepakatan dengan pasien, (4). Dokter berusaha memadukan antara pengobatan penyakit dan pencegahan penyakit, dan (5). Dokter berusaha menjalin hubungan baik dengan pasien dan menggunakan sumber daya yang ada dengan realistis. Indikator-indikator tersebut selanjutnya dapat digunakan untuk menganalisis keberpusatan komunikasi dalam kategori komunikasi verbal (Pawlikowska, Zhang, Griffiths, Dalen, & Vleuten, 2012). Dari indikator-indikator di atas, Roter (2006) mengoperasionalisasikan gaya komunikasi yang berpusat pada pasien atau dokter dengan pengkodean *The Roter Interaction Analysis System* (RIAS) dengan indikator sosio-emosional dan tugas. Sosio-emosional mencakup 4 hal yaitu; kesepakatan, persetujuan, tawa dan legitimasi. Kemudian tugas mencakup 2 hal yaitu; konseling dan permintaan pelayanan (Pawlikowska, Zhang, Griffiths, Dalen, & Vleuten, 2012).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil studi lapangan yang telah dilakukan, penelitian ini berhasil memperoleh data pola komunikasi dokter terhadap pasien di lokasi penelitian yang tersaji dalam tabel di bawah ini:

**Tabel 1 Hasil Penilaian Pola Komunikasi Dokter-Pasien**

Keterangan	Nilai
Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	51
Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	49

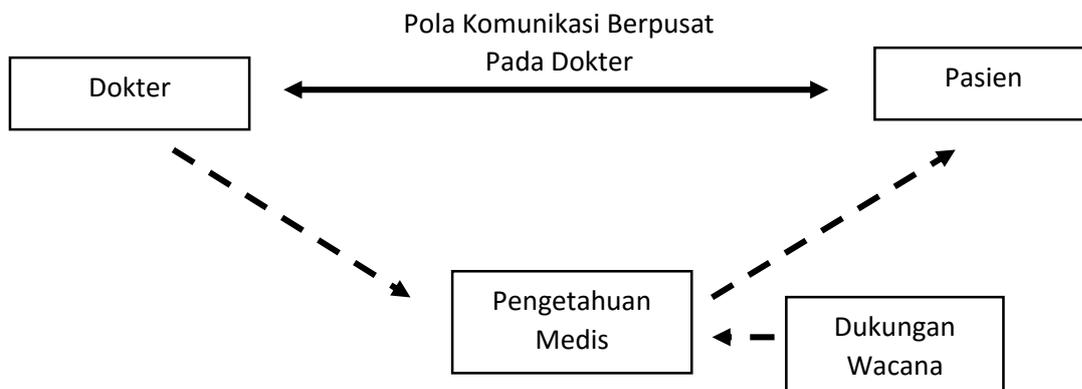
N = 100

*Sumber: Hasil Analisis Data Primer dengan SPSS*

Berdasarkan data kategori pola komunikasi dokter terhadap pasien di lokasi penelitian yang tersaji dalam tabel 1, dapat diketahui bahwa persentase pola komunikasi yang berpusat pada dokter sebesar 51%, sementara persentase pola komunikasi yang berpusat pada pasien sebesar 49%. Kondisi ini menggambarkan bahwa pola komunikasi yang terjadi di lokasi penelitian memiliki persentase yang hampir sama antara pola komunikasi yang berpusat pada dokter dengan pola komunikasi yang berpusat pada pasien. Kenyataan ini menunjukkan bahwa teori relasi relasi kekuasaan dari Micael Foucault sebagai kerangka teoritis pengujian variabel ini tidak sepenuhnya berlaku di lokasi penelitian.

Adapun kerangka teoritis yang digunakan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa interaksi (dalam hal ini komunikasi verbal dan non-verbal) antara dokter dengan pasien, dalam kondisi umum di dunia medis menurut pandangan Michael Foucault tidaklah seimbang. Baik disadari maupun tidak disadari, praktek komunikasi antara dokter dengan pasien akan menghasilkan pola relasi yang *asimetris*, di mana dokter akan berperan sebagai pihak yang *superordinasi* dan menempatkan pasien sebagai pihak yang *subordinasi* (Suryaputra, 2016). Kenyataan ini kurang sesuai jika dikaitkan dengan temuan data dalam penelitian ini yang menunjukkan kenyataan bahwa pola komunikasi yang terjadi di lokasi penelitian, memiliki persentase yang bisa dikatakan hampir sama antara pola komunikasi yang berpusat pada dokter dengan pola komunikasi yang berpusat pada pasien.

Dengan demikian penelitian ini tidak menemukan adanya kecenderungan yang menunjukkan bahwa pola komunikasi yang terjalin antara dokter dengan pasien di lokasi penelitian berpusat pada dokter. Padahal jika menurut pandangan Micael Foucault, interaksi antara dokter dengan pasien akan cenderung bersifat relasi kekuasaan atau dalam konsep penelitian ini disebut pola komunikasi berpusat pada dokter. Lebih lanjut, kerangka teoritis yang digunakan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa interaksi antara dokter dengan pasien (dalam hal ini terwujud dalam pola komunikasi verbal dan non-verbal) di dunia medis, merupakan sebuah praktek kekuasaan. Kekuasaan dalam dunia medis dipandang sebagai sebuah kegilaan yang menindas (Martono, 2014). Kegilaan yang dimaksud di sini bukanlah penyakit gangguan mental seperti *paranoia*, *schizofrenia*, *neurosis*, maupun *obsesif*, akan tetapi kegilaan yang dimaksud Foucault adalah diskursus bahasa dan wacana yang digunakan untuk mengendalikan bahkan menekan dan menindas seorang pasien atas penilaian subjektif agen yaitu dokter, yang mengatnsaamakan tindakan mereka sebagai wujud pertolongan (Martono, 2014). Lebih lanjut, Foucault menjelaskan bahwa penindasan tersebut dapat terjadi karena dalam dunia medis, dokter memiliki kedudukan yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pasien karena pengetahuan medis yang dimilikinya. Pengetahuan medis tersebut selanjutnya digunakan oleh dokter sebagai alat untuk melangsungkan praktek dominasi kekuasaan, dan praktek dominasi kekuasaan tersebut didukung oleh wacana yang berkembang dimasyarakat (Ritzer, 2012).



**Gambar 1. Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Teori Michael Foucault**

Secara sederhana, pemikiran Michael Foucault di atas menjelaskan bahwa, pola komunikasi antara dokter dengan pasien dalam dunia medis seharusnya memiliki kecenderungan memiliki model pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Hal ini disebabkan karena dokter menguasai pasien karena pengetahuannya di dunia medis yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan pengetahuan yang dimiliki oleh pasien. Anggapan bahwa pengetahuan dokter jauh lebih tinggi tersebut didukung oleh wacana yang berkembang di masyarakat dalam sebuah “narasi besar” yang telah disepakai bersama dalam kehidupan sehari-hari sebagai sebuah kebenaran, sehingga untuk mendapatkan kesembuhan, masyarakat menganggap bahwa pasien harus tunduk patuh kepada dokter serta mempercayakan sepenuhnya tubuh mereka kepada sang dokter dalam sebuah praktek komunikasi yang disebut pola komunikasi berpusat pada dokter. Penelitian ini menunjukkan bahwa wacana Foucault mengenai kekuasaan tidak sepenuhnya terealisasi dalam praktek pengobatan dokter terhadap pasien di lokasi penelitian ini. Adapun hasil penelitian yang menunjukkan kenyataan bahwa jumlah responden yang mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter memiliki persentase yang hampir sama dengan responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada pasien, menggambarkan bahwa tidak ditemukannya kecenderungan pasien di lokasi penelitian mengalami upaya dominasi dari dokter.

Berdasarkan hasil uji statistik inferensial asosiasi antara karakteristik pasien dengan pola komunikasi dokter terhadap pasien, diperoleh hasil yang tersaji dalam tabel-tabel di bawah ini.

**Tabel 2 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Lokasi Tempat Tinggal Responden**

Variabel			Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
			Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	
Lokasi Tempat Tinggal	Desa	Frekuensi	28	15	43
		Persentase	65,1%	34,9%	100%
	Kota		54,9%	30,6%	43%
		Frekuensi	23	34	57
		Persentase	40,4%	59,6%	100%
			45,1%	69,4%	57%
Total		51	49	100	
	Frekuensi	51%	49%	100%	
	Persentase	100%	100%	100%	

Nilai *Chi Kuadrat Pearson* = 6,015; *P-Value* = 0,014

Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dalam tabel silang 2 adalah tidak terdapat asosiasi antara lokasi tempat tinggal pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara lokasi tempat tinggal pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji tabulasi silang antara lokasi tempat tinggal responden dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan nilai *chi kuadrat pearson* ( $X^2$ ) adalah 6,015 dengan taraf signifikansi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara lokasi tempat tinggal pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 2 di atas, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang tinggal di desa yaitu sebesar 54,9%, dari 51 responden. Sementara itu terdapat 45,1% dari 51 responden yang berasal dari kota yang mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Berdasarkan data persentase tersebut, terlihat bahwa pola komunikasi yang berpusat pada dokter cenderung dialami oleh responden yang bertempat tinggal di desa, sementara itu responden yang bertempat tinggal di kota cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien.

Realitas ini dapat dipahami karena masyarakat yang berasal dari desa cenderung memiliki sifat sungkan (*ewuh pakewuh*) dan menerima apa adanya (*nrimo ing pandum*) sehingga dalam berinteraksi dengan dokter, pasien yang berasal dari desa cenderung bersikap pasif, seperti enggan bertanya, enggan berkomentar, enggan beraspirasi, dan enggan menyanggah/menentang perkataan dokter (Habib & Maika, 2018). Pasien yang berasal dari desa juga cenderung masih mempercayai “narasi besar” yang meyakini bahwa dokter adalah orang yang sepenuhnya ahli dalam pengobatan penyakit, sehingga untuk mendapatkan kesembuhan, pasien harus patuh (*manut*) terhadap segala instruksi yang diberikan oleh dokter (Kaba & Sooriakumaran, 2007) (Martono, 2014).

**Tabel 3 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Agama/Aliran Kepercayaan Responden**

Variabel	Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
	Pola Komunikasi	Pola Komunikasi	

			Berpusat Pada Dokter	Berpusat Pada Pasien	
Agama / Aliran Kepercayaan	Islam	Frekuensi	42	30	72
		Persentase	58,3%	41,7%	100%
			82,4%	61,2%	72%
	Non-Islam	Frekuensi	9	19	28
		Persentase	32,1%	67,9%	100%
			17,6%	38,8%	28%
Total		Frekuensi	51	49	100
		Persentase	51%	49%	100%
			100%	100%	100%

Nilai *Chi Kuadrat Pearson* = 5,534; *P-Value* = 0,019

Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dalam tabel silang 3 adalah tidak terdapat asosiasi antara agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji tabulasi silang antara agama/aliran kepercayaan yang dianut responden dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan nilai *chi kuadrat pearson* ( $X^2$ ) adalah 5,534 dengan taraf signifikansi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 3 di atas, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang beragama Islam yaitu sebesar 82,4%, dari 51 orang. Sementara itu, sebanyak 17,6% dari 51 responden yang beragama Non-Islam mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Berdasarkan data persentase tersebut, pola komunikasi yang berpusat pada dokter cenderung dialami oleh pasien yang beragama Islam, begitu sebaliknya. Adapun pasien yang masuk kategori Non-Islam adalah pasien yang beragama: Kristen, Katolik, Hindu, Budha, Kong Hu Chu, atau aliran kepercayaan.

Temuan di atas jika ditelaah secara statistik, sesuai dengan kerangka teoritis yang digunakan sebagai pijakan teoritis uji variabel ini, yaitu terdapat perbedaan antara pola komunikasi yang berpusat pada dokter berdasarkan agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien. Akan tetapi secara teoritis hasil penelitian ini bertolak belakang dengan teori yang digunakan.

Studi terdahulu yang menjadi pijakan teoritis variabel ini menjelaskan bahwa dokter memiliki kecenderungan memberikan perlakuan yang berbeda kepada pasien yang berasal dari kelompok minoritas terutama berkaitan dengan agama dan suku bangsa (Keshet & Giveon, 2017). Seorang dokter pada hakikatnya dituntut untuk memperlakukan pasien tanpa memandang suku, agama, ras, dan antar golongan (SARA), namun pada kenyataannya masih ditemukan sikap dokter yang menyudutkan (mendiskriminasi) pasien berdasarkan SARA (Keshet & Giveon, 2017).

Konsep diskriminasi sendiri dalam hal ini dapat dipahami sebagai bentuk pengabaian hak-hak pasien dalam pemberian pelayanan Kesehatan (Mul Khan, 2008), pengabaian hak pasien tersebut bisa berupa bentuk pelayanan yang buruk atau disebut pola komunikasi yang berpusat pada dokter, di mana pasien tidak diberikan hak/kesempatan untuk menceritakan kondisi kesehatannya, tidak diberikan kesempatan memilih jenis obat atau metode penyembuhan, tidak diberikan kesempatan mendapatkan pelayanan yang ramah dan tidak diberikannya hak-hak lain dalam bentuk verbal maupun non-verbal yang seharusnya didapatkan oleh pasien untuk menunjang kesembuhannya. Sementara itu konsep minoritas di sini, dipahami sebagai kelompok masyarakat yang memiliki karakteristik budaya yang berbeda dengan budaya yang dianut oleh sebagian besar masyarakat (Ihkwon, 2013). Kelompok minoritas ini cenderung diperlakukan secara tidak adil dan menjadi objek

sasaran diskriminasi. Lebih lanjut kelompok minoritas ini dicirikan dengan beberapa kriteria, yaitu; (1). Relatif kurang berpengaruh/berkuasa; (2). Menunjukkan diferensiasi yang berbeda dengan mayoritas; (3). Selalu distereotip negatif; dan (4). Diperlakukan secara tidak adil (Liliweri, 2005).

Jawa Timur merupakan provinsi yang penduduknya mayoritas beragama Islam (Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, 2017), kemudian Kota Surabaya sebagai lokasi penelitian, mayoritas penduduknya juga beragama Islam (Badan Pusat Statistik Kota Surabaya, 2017). Lebih lanjut, studi terdahulu juga menunjukkan bahwa petugas medis di rumah sakit lokasi penelitian, serta pasien yang dirawat di sana sebagian besar beragama Islam (Suryaputra, 2016). Dengan demikian, berdasarkan teori yang telah dijelaskan di atas jika dikaitkan dengan studi ini, pasien yang beragama Non-Islam sebagai kaum minoritas, secara rasional seharusnya cenderung mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada dokter sebagai bentuk diskriminasi yang dilakukan oleh kelompok mayoritas.

Akan tetapi hasil analisis data dalam penelitian ini secara teoritis menemukan kenyataan yang berlawanan dengan kerangka teori yang digunakan sebagai pijakan teoritis penelitian ini. Kondisi ini terjadi dimungkinkan karena proporsi sampel yang digunakan antara responden yang beragama Islam dengan responden yang beragama Non-Islam tidak seimbang. Adapun proporsi sampel dari responden yang beragama Islam sebesar 72%, sementara itu proporsi sampel dari responden yang beragama Non-Islam sebesar 28%. Sebaran proporsi sampel antara dua kategori yang tidak seimbang inilah yang dimungkinkan menjadi penyebab data hasil analisis memiliki arah yang berlawanan dengan rasionalitas teori yang digunakan. Selain karena proporsi sampel yang tidak seimbang, temuan ini juga bisa menggambarkan bahwa dimungkinkan memang terdapat diskriminasi terhadap pasien yang beragama Islam sehingga pasien yang beragama Islam cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter.

Berdasarkan pemaparan di atas, dapat disimpulkan bahwa terdapat asosiasi antara agama/aliran kepercayaan yang dianut pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang beragama Islam cenderung mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada dokter dibandingkan dengan pasien yang beragama Non-Islam.

**Tabel 4 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Tingkat Pendidikan Responden**

Variabel			Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
			Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	
Tingkat Pendidikan	Rendah	Frekuensi	23	6	29
		Persentase	79,3%	20,7%	100%
	Sedang	Frekuensi	45,1%	12,2%	29%
		Persentase	60,6%	39,4%	100%
	Tinggi	Frekuensi	39,2%	26,5%	33%
		Persentase	8	30	38
		Persentase	21,1%	78,9%	100%
	Total	Frekuensi	15,7%	61,2%	38%
		Persentase	51	49	100
Persentase		51%	49%	100%	
		Persentase	100%	100%	100%

Nilai *Chi Kuadrat Pearson* = 24,157; *P-Value* = 0,001

*Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS*

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dalam tabel silang 4 adalah tidak terdapat asosiasi antara tingkat pendidikan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara tingkat pendidikan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji tabulasi silang antara tingkat pendidikan responden dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan nilai *chi kuadrat pearson* ( $X^2$ ) adalah 24,157 dengan taraf signifikansi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara tingkat pendidikan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 4 di atas, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah yaitu sebesar 45,1%, dari 51 responden. Sementara itu, dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi kedua dialami oleh responden yang memiliki tingkat pendidikan sedang dengan persentase sebesar 39,2% dari 51 responden, dan dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter persentase terendah dialami oleh responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi dengan persentase sebesar 15,7% dari 51 responden. Berdasarkan data persentase tersebut, pola komunikasi yang berpusat pada dokter cenderung dialami oleh pasien yang berpendidikan rendah, begitu sebaliknya.

Adapun pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan rendah adalah pasien yang tidak lulus Sekolah Dasar atau Lulus Sekolah Dasar. Kemudian pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan sedang adalah pasien yang lulus Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama atau lulus Sekolah Lanjutan Tingkat Atas. Selanjutnya pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan tinggi adalah pasien yang lulus dari Perguruan Tinggi (D1, D2, D3, S1, S2, dan S3).

Kenyataan bahwa pola komunikasi yang berpusat pada dokter cenderung dialami oleh pasien yang berpendidikan rendah, dapat dipahami karena dalam pemberian pelayanan kesehatan, dokter cenderung menyesuaikan pola komunikasinya sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki oleh pasien. Dokter akan sangat kesulitan mewujudkan pola komunikasi berpusat pada pasien khususnya pada pasien yang memiliki pengalaman subjektif terhadap ilmu pengetahuan yang minim. Kesulitan ini berkaitan dengan kemampuan pasien dalam menerima, memahi dan juga merespon informasi medis yang disampaikan pada saat pemberian pelayanan Kesehatan (Dekkers, Melles, Mathijssen, Vehmeijer, & Ridder, 2018) (Zhao & Junwang, 2013). Pasien yang memiliki ilmu pengetahuan minim, terbukti melupakan lebih dari setengah poin penting yang disampaikan oleh dokter pada saat pemberian pelayanan kesehatan (Gáspárika, et al., 2014). Temuan ini tentu saja menjadikan pertimbangan tersendiri bagi dokter dalam memberikan pola komunikasi kepada pasien yang memiliki tingkat pendidikan rendah.

Studi lain juga menemukan hal serupa bahwa pasien yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, cenderung memiliki pengetahuan yang baik berkaitan dengan istilah-istilah ilmiah dan/atau istilah-istilah medis serta memiliki pengetahuan yang baik berkaitan dengan penyakit yang diderita (Yusuf, 2017). Pengetahuan yang memadai ini, akan menghasilkan pola komunikasi dua arah, dimana pasien akan mampu memberikan tanggapan secara aktif atas penjelasan yang diberikan oleh dokter. Kemampuan pasien dalam memberikan tanggapan aktif ini akan menciptakan pola komunikasi dua arah yang dalam konteks ini disebut pola komunikasi yang berpusat pada pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sesuai dengan kerangka teoritis yang digunakan yaitu terdapat asosiasi antara tingkat pendidikan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang berpendidikan rendah cenderung mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada dokter dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan sedang dan pasien yang berpendidikan tinggi.

Tabel 5 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Penghasilan Responden

Variabel		Penghasilan	
		N	Mean
Pola Komunikasi	Berpusat Pada Dokter	51	4.372.549,02
	Berpusat Pada Pasien	49	14.897.959,18

Nilai  $T$ -Test = -21,809;  $P$ -Value = 0,001  
Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Sebelum dilakukan uji beda dengan menggunakan  $t$ -test ( $t$ ), telah dilakukan uji normalitas data dan uji homogenitas data sebagai salah satu syarat sebelum dilakukannya uji  $t$ -test ( $t$ ). Adapun hasil uji normalitas data dengan menggunakan *kolmogorov smirnov* menunjukkan bahwa nilai indeks (*statistic*) untuk variabel pola komunikasi berpusat pada dokter dan pola komunikasi berpusat pada pasien masing-masing sebesar 0,113 dan 0,085 serta nilai signifikasi (*sig*) masing-masing sebesar 0,116 dan 0,200. Hal ini menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut memiliki  $P > 0,05$ , sehingga sebaran data kedua variabel ini dinyatakan normal. Selanjutnya berdasarkan hasil uji homogenitas data dengan menggunakan *levene's test for equality of variances* menunjukkan nilai  $F$  sebesar 0,027 serta nilai signifikasi (*sig*) sebesar 0,871. Jadi,  $P > 0,05$ , sehingga data variabel ini dinyatakan homogen (memiliki *varians* yang tidak berbeda).

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dengan  $t$ -test adalah tidak terdapat asosiasi antara penghasilan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara penghasilan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji  $t$ -test pada variabel pola komunikasi dokter-pasien menurut penghasilan responden, menunjukkan nilai  $t$ -test adalah -21,809 dengan taraf signifikasi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara penghasilan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 5 di atas, dapat diketahui bahwa responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter memiliki rata-rata penghasilan perbulan sebesar Rp 4.372.549,02. Sementara itu responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada pasien memiliki rata-rata penghasilan perbulan sebesar Rp 14.897.959,18. Data ini menunjukkan bahwa responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter memiliki rata-rata penghasilan lebih rendah jika dibandingkan dengan responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada pasien. Kondisi seperti ini dapat dipahami karena pasien yang memiliki penghasilan tinggi, dapat dengan leluasa membayar berbagai fasilitas rumah sakit, termasuk jenis kamar rawat inap dan jenis petugas medis yang melayani. Dengan kemampuan finansial yang dimiliki, pasien berpenghasilan tinggi akan mampu memilih berbagai jenis/metode pengobatan yang ada, termasuk jenis/metode pengobatan yang bernilai harga tinggi (*hight price*).

Kondisi finansial pasien yang mendukung keinginan pasien dalam memilih berbagai jenis/metode pengobatan inilah yang menciptakan suasana negosiasi hadir dalam interaksi antara dokter dengan pasien. Suasana negosiasi inilah yang selanjutnya menciptakan pola komunikasi yang berpusat pada pasien hadir di kalangan masyarakat berpenghasilan tinggi (Edelmann, 2000; Januari, 1998). Pasien yang memiliki penghasilan tinggi dipastikan juga akan mampu membayar biaya perawatan medis di kamar rawat inap kelas atas (VIP/VVIP/Utama/Kelas 1). Berdasarkan studi terdahulu perbedaan jenis kamar rawat inap pasien ini, terbukti juga mempengaruhi bentuk pelayanan dari petugas medis rumah sakit (Hadijah, 2016). Secara lebih lengkap, perbedaan pelayanan berdasarkan jenis kamar rawat inap ini akan dijelaskan tersendiri dalam variabel jenis kamar rawat inap di bawah.

Studi lain yang serupa dengan pengujian variabel ini, dan juga dilakukan di lokasi yang sama, menemukan bahwa, tingkat penghasilan pasien terbukti berasosiasi dengan tingkat loyalitas pasien

dalam berobat di rumah sakit. Penelitian tersebut selanjutnya menemukan fakta bahwa sebagian besar responden berpenghasilan rendah mengeluh terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh petugas medis rumah sakit, namun pasien tersebut masih tetap menyatakan loyal memilih berobat ke rumah sakit ini. Kondisi ini diakibatkan karena pasien tersebut tidak memiliki kemampuan finansial untuk membayar biaya pengobatan di rumah sakit lain. Alasan kedua adalah pasien sangat menggantungkan biaya pengobatan kepada asuransi kesehatan yang dirujuk ke rumah sakit. Kondisi seperti ini menggambarkan bahwa pasien berpenghasilan rendah terdesak oleh keadaan ekonomi dan tidak punya pilihan yang lain untuk mendapatkan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik (Suryaputra, 2016).

Adapun pelayanan buruk yang dialami oleh pasien berpenghasilan rendah dalam studi tersebut, tidak terlepas dari konsep pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Di mana pasien yang menyatakan tidak puas dengan pelayanan medis, mengaku pelayanan yang diberikan oleh dokter dinilai kurang ramah dan kurang peduli terhadap pasien (berkaitan dengan sikap dan tutur kata dokter) (Suryaputra, 2016). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pasien berpenghasilan rendah cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter karena keterbatasan kemampuan finansial dalam memilih rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan terbaik. Sementara, pasien berpenghasilan tinggi dapat dengan leluasa memilih rumah sakit yang dinilai memberikan pelayanan terbaik.

Studi tersebut, juga menjelaskan bahwa pasien berpenghasilan rendah sebagian besar berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan (Suryaputra, 2016). Berdasarkan studi-studi terdahulu, pasien pengguna asuransi kesehatan terbukti memiliki kecenderungan mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter, dibandingkan dengan pasien yang berobat tanpa menggunakan asuransi kesehatan (Hazfiarini & Ernawaty, 2016) (Pertiwi, 2016). Adapun penjelasan mengenai asosiasi antara status penggunaan asuransi kesehatan dengan pola komunikasi dokter-pasien, akan dibahas secara lebih rinci dalam pembahasan tersendiri di bawah.

Studi selanjutnya yang sejalan dengan temuan data penelitian ini menemukan bahwa pasien yang berpenghasilan rendah, cenderung mengalami keterlambatan dalam melakukan pengobatan penyakit ke rumah sakit. Saat dilakukan pemeriksaan, pasien yang berasal dari golongan ekonomi rendah cenderung telah memasuki fase penyakit tingkat lanjut (stadium lanjut) (Mukharomah & Cahyati, 2016). Kondisi seperti ini mengakibatkan pada saat dilakukan pemeriksaan medis, tingkat kecemasan pasien maupun keluarga pasien dalam kondisi tinggi. Dalam kondisi tingkat kecemasan yang tinggi, pasien maupun keluarga pasien akan cenderung mempercayakan segala tindakan medis kepada dokter (Finset, 2012).

Dalam studi psikososial, ditemukan bahwa masyarakat yang berasal dari golongan berpenghasilan tinggi cenderung mudah mempersepsi dirinya sakit. Lebih lanjut, masyarakat yang berasal dari golongan ekonomi atas (berpenghasilan tinggi) tersebut, sering merasa bahwa dirinya sakit padahal sebenarnya setelah dilakukan pemeriksaan medis kerap kali tidak ditemukan tanda-tanda atau gejala yang dapat didiagnosa sebagai sebuah penyakit medis. Kondisi seperti inilah yang menyebabkan masyarakat dari golongan ekonomi atas seringkali melakukan pengobatan (kontrol kesehatan) padahal sebenarnya tidak mengalami penyakit apapun. Sementara itu, masyarakat yang berasal dari golongan ekonomi bawah (berpenghasilan rendah), cenderung tidak mudah mempersepsi dirinya sakit, mereka kecenderungan akan melakukan pengobatan ke dokter setelah kondisi kesehatannya benar-benar dalam keadaan buruk (Litva & Eyles, 1994) (Soejoeti, 2018). Kondisi pasien berpenghasilan rendah yang cenderung melakukan pengobatan ke rumah sakit setelah kesehatannya benar-benar buruk seperti inilah yang menyebabkan saat dilakukan perawatan medis, kondisi pasien maupun keluarga pasien dalam tingkat kecemasan yang tinggi sehingga terciptalah pola komunikasi yang berpusat pada dokter (Finset, 2012). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sejalan dengan kerangka teoritis yang digunakan, yaitu terdapat asosiasi antara penghasilan pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang berpenghasilan lebih rendah cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter dibandingkan dengan pasien yang berpenghasilan lebih tinggi.

**Tabel 6 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Status Kepemilikan Relasi/Keluarga Orang Berpengaruh Responden**

Variabel			Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
			Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	
Status Kepemilikan Relasi / Keluarga Orang Berpengaruh	Memiliki	Frekuensi	0	20	20
		Persentase	0%	100%	100%
	Tidak Memiliki	Frekuensi	51	29	80
		Persentase	63,8%	36,2%	100%
			100%	59,2%	80%
Total		Frekuensi	51	49	100
		Persentase	51%	49%	100%
			100%	100%	100%

Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 6 di atas, terlihat bahwa terdapat *cell* dengan nilai frekuensi sebesar 0. Kondisi ini menyebabkan data dalam tabel tersebut tidak memenuhi syarat untuk dilakukan uji statistik inferensial dengan *Chi Kuadrat Pearson*. Dengan demikian analisis data pada variabel pola komunikasi dokter-pasien menurut status kepemilikan relasi/keluarga orang berpengaruh ini, dilakukan dengan menggunakan analisis deskriptif.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 6, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang tidak memiliki relasi/keluarga orang berpengaruh yaitu sebesar 100%, dari 51 responden. Sementara itu, terdapat 0% dari 51 responden yang memiliki relasi/keluarga orang berpengaruh mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter. Berdasarkan data persentase tersebut, terlihat jelas bahwa pola komunikasi berpusat pada dokter cenderung dialami oleh responden yang tidak memiliki relasi/keluarga orang berpengaruh. Sementara itu tidak ada satu pun responden yang memiliki relasi/keluarga orang berpengaruh yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter.

Kondisi ini dapat dipahami karena mentalitas masyarakat Indonesia secara umum, sampai saat ini masih menjunjung tinggi budaya nepotisme (Iskandar, 2012). Adapun konsep nepotisme di sini didefinisikan sebagai pemberian fasilitas atau perlakuan istimewa oleh pejabat/petugas/pegawai pemerintah/BUMN/BUMD kepada pejabat terkait, kerabat atau kawannya (Iskandar, 2012). Kenyataan mentalitas masyarakat Indonesia yang sampai saat ini masih *melanggengkan* budaya nepotisme ini, menyebabkan pasien yang memiliki hubungan darah atau hubungan relasi dengan pejabat rumah sakit maupun pejabat pemerintah, cenderung akan mendapatkan perlakuan *spesial* dari petugas medis rumah sakit.

Perlakuan *spesial* ini tentu saja dapat dipahami sebagai bentuk pola komunikasi yang berpusat pada pasien, karena keinginan dan kebutuhan pasien akan sangat dipertimbangkan dalam setiap pengambilan keputusan medis. Selain itu, sikap hormat dari dokter, merupakan wujud dari pola komunikasi berpusat pada pasien berkaitan dengan bentuk komunikasi non-verbal. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sejalan dengan kerangka teoritis yang digunakan, yaitu terdapat asosiasi antara status kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang tidak memiliki keluarga/relasi dengan orang

berpengaruh cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter dibandingkan dengan pasien yang memiliki keluarga/relasi dengan orang berpengaruh.

**Tabel 7 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Status Penggunaan Asuransi Kesehatan BPJS Responden**

Variabel			Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
			Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	
Status Penggunaan Asuransi Kesehatan BPJS	Tidak Menggunakan	Frekuensi	6	44	50
		Persentase	12%	88%	100%
	Menggunakan	Frekuensi	45	5	50
		Persentase	90%	10%	100%
		Frekuensi	88,2%	10,2%	50%
		Persentase	100%	100%	100%
Total		Frekuensi	51	49	100
		Persentase	51%	49%	100%

Nilai *Chi Kuadrat Pearson* = 60,864; *P-Value* = 0,001

Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dalam tabel silang 7 adalah tidak terdapat asosiasi antara status penggunaan asuransi kesehatan BPJS pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara status penggunaan asuransi kesehatan BPJS pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji tabulasi silang antara status penggunaan asuransi kesehatan BPJS responden dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan nilai *chi kuadrat pearson* ( $X^2$ ) adalah 60,864 dengan taraf signifikansi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara status penggunaan asuransi kesehatan BPJS pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 7 di atas, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang menggunakan asuransi kesehatan BPJS yaitu sebesar 88,2%, dari 51 responden. Sementara itu, sebanyak 11,8% dari 51 responden yang tidak menggunakan asuransi kesehatan BPJS mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter. Berdasarkan data persentase tersebut, pola komunikasi yang berpusat pada dokter terbukti cenderung dialami oleh pasien yang berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS, sementara itu pola komunikasi yang berpusat pada pasien cenderung dialami oleh pasien yang berobat dengan tidak menggunakan asuransi kesehatan BPJS.

Kenyataan ini sejalan dengan hasil studi terdahulu yang menjadi pijakan teoritis pengujian variabel ini. Studi terdahulu menemukan bahwa pasien pengguna asuransi kesehatan BPJS mengalami pelayanan yang buruk pada lima indikator yaitu; kecepatan pelayanan, kejelasan petugas pelayanan, keadilan mendapatkan pelayanan, kenyamanan lingkungan, dan keamanan pelayanan (Hazfiarini & Ernawaty, 2016). Adapun pelayanan buruk pada indikator-indikator tersebut tidak terlepas dari pola komunikasi dokter terhadap pasien, di mana dalam indikator-indikator yang diteliti sangat berkaitan dengan pola komunikasi yang berpusat pada dokter, dalam arti pasien pengguna asuransi kesehatan BPJS cenderung mendapatkan pola komunikasi yang berpusat pada dokter, begitu sebaliknya (Hazfiarini & Ernawaty, 2016).

Berdasarkan studi tersebut, pasien pengguna asuransi kesehatan BPJS sering kali ditolak rawat inap oleh petugas rumah sakit dengan alasan kamar rawat inap yang dikhususkan untuk pasien pengguna BPJS telah penuh. Kondisi ini menyebabkan pasien pengguna BPJS harus *pontang-panting* mencari rumah sakit lain yang mau menerimanya untuk menjalani rawat inap, sedangkan aturan hukum di dalam Pasal 32 ayat (2) (Undang-Undang Nomor 36 Tentang Kesehatan) dengan tegas melarang rumah sakit baik pemerintah atau swasta melakukan penolakan pasien atau meminta uang muka dalam melakukan pelayanan untuk penyelamatan nyawa pasien. Dikarenakan hal tersebut akan berakibat hukum pengenaan sanksi pidana penjara dan denda bagi pimpinan rumah sakit atau tenaga kesehatan.

Pasien pengguna BPJS juga tidak diberikan kesempatan untuk memilih jenis obat atau jenis metode pengobatan tertentu, pasien tersebut harus patuh terhadap rekomendasi (*rujukan*) yang ditulis oleh dokter dengan dalih “sesuai dengan kondisi kesehatan pasien”. Adapun jenis obat yang biasanya digunakan untuk pasien BPJS adalah jenis obat *generic*. Pasien pengguna BPJS juga tidak bisa dengan mudah meminta rawat inap di rumah sakit, terdapat beberapa syarat administrasi yang harus dipenuhi sebelum bisa mendapatkan fasilitas rawat inap di rumah sakit. Adapun syarat-syarat administrasi yang harus dipenuhi tersebut seperti surat rujukan dari puskesmas atau fasilitas kesehatan (faskes) tingkat 1, KTP, dan Kartu Bukti Pemegang BPJS. Syarat administrasi terutama yang berkaitan dengan surat rujukan dari faskes tingkat 1 ini, tentu saja sangat merepotkan bagi pasien dengan kondisi medis tertentu yang harus segera mendapatkan perawatan medis di rumah sakit.

Kondisi perbedaan kualitas pelayanan antara pengguna asuransi kesehatan BPJS dengan non-BPJS ini, dapat dipahami karena sampai saat ini BPJS masih sering melakukan tunggakan pembayaran biaya pengobatan pasien pengguna asuransi kesehatan BPJS di berbagai rumah sakit umum daerah. Sampai saat ini cukup banyak berita di media online (JPNN, 2017) (Rusqiyati, 2018) (Serambi News, 2018) (Triyono, 2017) yang menyebutkan bahwa pihak BPJS memiliki tunggakan hingga milyaran rupiah kepada rumah sakit - rumah sakit umum daerah di berbagai lokasi di Indonesia, termasuk di Jawa Timur. Tunggakan tersebut tentu saja mengancam kebangkrutan berbagai rumah sakit umum daerah (JPNN, 2017) (Rusqiyati, 2018) (Serambi News, 2018) (Triyono, 2017). Jika merujuk pada aturan hukum kesehatan yang berlaku di Indonesia sendiri yang diilhami dari nilai-nilai Pancasila yaitu nilai kemanusiaan, nilai persamaan hak dan antidiskriminasi, nilai keadilan, dan nilai pemerataan (Pasal 2 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit), yang artinya rumah sakit tidak boleh melakukan diskriminasi terhadap semua kalangan pasien, baik pasien yang menggunakan BPJS maupun pasien yang tidak menggunakan BPJS, karena pada dasarnya tiap-tiap pasien mempunyai hak yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

**Tabel 8 Pola Komunikasi Dokter-Pasien Menurut Jenis Kamar Rawat Inap Responden**

Variabel			Pola Komunikasi Dokter-Pasien		Total
			Pola Komunikasi Berpusat Pada Dokter	Pola Komunikasi Berpusat Pada Pasien	
Jenis Kamar Rawat Inap	Kelas Bawah	Frekuensi	45	5	50
		Persentase	90%	10%	100%
	Kelas Atas	Frekuensi	6	44	50
		Persentase	12%	88%	100%
			11,8%	89,8%	50%
Total	Frekuensi	51	49	100	
	Persentase	50%	49%	100%	
		100%	100%	100%	

Nilai *Chi Kuadrat Pearson* = 60,864; *P-Value* = 0,001

Sumber: Analisis Data Primer dengan SPSS

Hipotesis null ( $H_0$ ) yang diuji dalam tabel silang 8 adalah tidak terdapat asosiasi antara jenis kamar rawat inap pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Sedangkan hipotesis alternatif ( $H_1$ ) adalah terdapat asosiasi antara jenis kamar rawat inap pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Berdasarkan hasil uji tabulasi silang antara jenis kamar rawat inap responden dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan nilai *chi kuadrat pearson* ( $X^2$ ) adalah 60,864 dengan taraf signifikansi sebesar  $P < 0,05$ . Dengan demikian  $H_0$  dari penelitian ini ditolak, yang berarti terdapat asosiasi antara jenis kamar rawat inap pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien.

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 8 di atas, dapat diketahui bahwa dari seluruh responden yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, persentase tertinggi dialami oleh responden yang dirawat di kamar rawat inap kelas bawah yaitu sebesar 88,2%, dari 51 responden. Sementara itu, sebanyak 11,8% dari 51 responden yang dirawat di kamar rawat inap kelas atas mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter.

Adapun kamar rawat inap yang masuk dalam kategori kelas atas adalah kamar rawat inap kelas utama/VIP/VVIP dan kamar rawat inap kelas 1. Sementara kamar rawat inap yang masuk dalam kategori kelas bawah adalah kamar rawat inap kelas 2 dan kamar rawat inap kelas 3/bangsas.

Kondisi data yang memperlihatkan bahwa pola komunikasi yang berpusat pada dokter cenderung dialami oleh responden yang menggunakan jenis kamar rawat inap kelas bawah, menunjukkan kenyataan yang sama dengan hasil studi terdahulu sebagai pijakan teoritis pengujian variabel ini. Adapun hasil studi terdahulu yang mencoba membandingkan pola pelayanan (fisik dan non-fisik) antara pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas VIP dan kamar rawat inap kelas III, menemukan bahwa terdapat perbedaan perlakuan antara pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas VIP dan kamar rawat inap kelas III. Perbedaan *pertama* berkaitan dengan fasilitas fisik, seperti kebersihan ruang kamar rawat inap dan kebersihan toilet/WC. Petugas *cleaning service* lebih sering membersihkan kamar rawat inap dan ruang toilet/WC untuk jenis kamar rawat inap kelas VIP. Adapun pengukuran ini dilihat dari intensitas pengecekan dan intensitas pembersihan di kawasan kamar rawat inap yang digunakan pasien (Hadijah, 2016).

Perbedaan *kedua* berkaitan dengan pelayanan dari petugas medis rumah sakit (dokter dan perawat). Adapun intensitas petugas medis rumah sakit dalam mengunjungi dan menanyakan kondisi/keluhan pasien, lebih sering dilakukan kepada pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas VIP, dibandingkan dengan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas III (Hadijah, 2016). Kondisi seperti ini tentu saja mengakibatkan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas VIP memiliki kesempatan yang lebih banyak berinteraksi dengan dokter sehingga dapat dengan mudah menyampaikan berbagai keluhan atau kebutuhannya secara intensif. Keadaan inilah yang menyebabkan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas VIP cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien, sebab pasien diberi banyak kesempatan untuk berinteraksi dengan dokter.

Interaksi yang lebih intensif inilah yang menyebabkan pasien dapat berperan aktif dalam menyampaikan kebutuhan medisnya sehingga terciptalah pola komunikasi dua arah antara dokter dengan pasien. Komunikasi dua arah inilah yang dalam konsep ini disebut dengan pola komunikasi yang berpusat pada pasien. Adapun kondisi sebaliknya dialami oleh pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas bawah. Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sejalan dengan kerangka teoritis yang digunakan, yaitu terdapat asosiasi antara jenis kamar rawat inap pasien dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas bawah cenderung mengalami pola komunikasi yang berpusat pada dokter dibandingkan dengan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas atas.

Berdasarkan hasil analisis yang telah dipaparkan di atas, dapat disimpulkan bahwa variabel-variabel karakteristik pasien yang mencakup; lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, penghasilan, status kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap. Secara keseluruhan terbukti berasosiasi dengan variabel pola komunikasi dokter-pasien pada taraf kepercayaan sebesar 95%.

Selanjutnya dilakukan uji signifikansi variabel-variabel karakteristik pasien yang berdasarkan uji tabulasi silang dan uji *t-test* (*t*) telah menunjukkan adanya asosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Adapun variabel karakteristik pasien (sebagai variabel *independent*) mencakup; lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, penghasilan, kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap. Sementara itu, yang berperan sebagai variabel *dependent* adalah pola komunikasi dokter-pasien (di mana pola komunikasi yang berpusat pada dokter memiliki kode “0”, sementara pola komunikasi yang berpusat pada pasien memiliki kode “1”). Pengujian variabel ini dilakukan dengan menggunakan *binary logistic regression*. Dibawah ini tersaji tabel hasil analisis *binary logistic regression* sebagai hasil pengolahan data primer dengan menggunakan aplikasi STATA.

**Tabel 9 Asosiasi Antara Karakteristik Pasien Dengan Pola Komunikasi yang Berpusat Pada Pasien**

Keterangan		Odds Ratio	P>  Z	95% Conf. Interval
Lokasi Tempat Tinggal	Desa*	-	-	-
	Kota	1,798	0,553	0,259 – 12,492
Agama / Aliran Kepercayaan	Islam*	-	-	-
	Non-Islam	4,693	0,131	0,632 – 34,872
Tingkat Pendidikan	Rendah*	-	-	-
	Sedang	0,625	0,753	0,033 – 11,664
	Tinggi	1,842	0,690	0,092 – 36,997
Penghasilan		1,003	0,098	0,999 – 1,007
Status Penggunaan Asuransi Kesehatan BPJS	Menggunakan*	-	-	-
	Tidak Menggunakan	57,669	0,001	5,625 – 591,224
Jenis Kamar Rawat Inap	Kelas Bawah*	-	-	-
	Kelas Atas	102,272	0,001	9,547 – 1095,603

Catatan: \* = Kategori referensi. Pengolahan data menggunakan aplikasi STATA tidak menampilkan nilai “kategori referensi”.

Sumber: Analisis Data Primer dengan STATA

## 2. Pembahasan

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 9 menunjukkan bahwa pasien yang bertempat tinggal di kota memiliki probabilitas 1,798 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang bertempat tinggal di desa dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Akan tetapi, asosiasi yang terjalin ini tidak signifikan ( $P > 0,05$ ). Selanjutnya, pasien yang beragama Non-Islam memiliki probabilitas 4,693 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang beragama Islam dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Akan tetapi, asosiasi yang terjalin ini tidak signifikan ( $P > 0,05$ ). Adapun pasien yang masuk kategori Non-Islam adalah pasien yang beragama: Kristen, Katolik, Hindu, Budha, Kong Hu Chu, atau aliran kepercayaan.

Tabel 9 di atas juga menunjukkan bahwa pasien yang berpendidikan sedang memiliki probabilitas 0,625 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah dengan mengontrol variabel yang lain di

dalam persamaan regresi tersebut. Akan tetapi, asosiasi yang terjalin ini tidak signifikan ( $P > 0,05$ ). Kemudian, pasien yang berpendidikan tinggi memiliki probabilitas 1,842 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Akan tetapi, asosiasi yang terjalin ini juga tidak signifikan ( $P > 0,05$ ). Adapun pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan rendah adalah pasien yang tidak lulus Sekolah Dasar atau Lulus Sekolah Dasar. Kemudian pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan sedang adalah pasien yang lulus Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama atau lulus Sekolah Lanjutan Tingkat Atas. Selanjutnya pasien yang masuk dalam kategori berpendidikan tinggi adalah pasien yang lulus dari Perguruan Tinggi (D1, D2, D3, S1, S2, dan S3).

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 9 menunjukkan bahwa setiap ada kenaikan Rp 1,- penghasilan pasien, berasosiasi dengan peningkatan peluang terjadinya pola komunikasi yang berpusat pada pasien sebesar 1,003 kali dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Akan tetapi asosiasi yang terjalin tidak signifikan ( $P > 0,05$ ).

Berdasarkan data yang tersaji dalam tabel 9 menunjukkan bahwa pasien yang berobat tidak menggunakan asuransi kesehatan BPJS memiliki probabilitas 57,669 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Adapun asosiasi yang terjalin dalam variabel ini terbukti signifikan ( $P < 0,05$ ). Kemudian, pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas atas memiliki probabilitas 102,272 kali lipat lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas bawah dengan mengontrol variabel yang lain di dalam persamaan regresi tersebut. Asosiasi yang terjalin dalam variabel ini terbukti juga signifikan ( $P < 0,05$ ). Adapun kamar rawat inap yang masuk dalam kategori kelas atas adalah kamar rawat inap kelas utama/VIP/VVIP dan kamar rawat inap kelas 1. Sementara kamar rawat inap yang masuk dalam kategori kelas bawah adalah kamar rawat inap kelas 2 dan kamar rawat inap kelas 3/bangsals.

Pada pengujian asosiasi antara variabel status kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh dengan pola komunikasi dokter-pasien, menunjukkan hasil "*omitted*". Keluarnya hasil analisis yang menunjukkan nilai "*omitted*" ini terjadi karena pada variabel kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh, terdapat nilai "0" (*empty*). Adanya nilai "0" pada variabel yang dijadikan sebagai "kategori referensi" ini, menjadikan data tidak bisa diolah dengan uji *binary logistic regression*, sebab variabel yang bernilai "0" tersebut merupakan variabel penting dalam model analisis *binary logistic regression* sehingga mengakibatkan estimasi dari parameter yang ada dalam model tersebut menjadi bias (Widarjono, 2016). Berdasarkan kondisi ini variabel kepemilikan relasi/keluarga orang berpengaruh tidak dapat diketahui probabilitas dan signifikasinya.

Berdasarkan hasil uji *binary logistic regression* yang telah dilakukan terhadap variabel *independent* yang mencakup; lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, penghasilan, kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap, dengan variabel *dependent* yaitu pola komunikasi dokter-pasien (di mana pola komunikasi yang berpusat pada dokter memiliki kode "0", sementara pola komunikasi yang berpusat pada pasien memiliki kode "1"). Dapat disimpulkan bahwa variabel *independent* yang terbukti berasosiasi secara signifikan dengan variabel *dependent* adalah; status penggunaan asuransi kesehatan BPJS, dan jenis kamar rawat inap. Sementara itu, variabel *independent* yang berasosiasi dengan variabel *dependent* namun tidak signifikan yaitu: lokasi tempat tinggal, agama/aliran kepercayaan, tingkat pendidikan, dan penghasilan. Selanjutnya, hasil analisis pada variabel kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh bernilai "*omitted*", sehingga tidak dapat diketahui asosiasi dan signifikasinya. Adapun taraf kepercayaan yang digunakan dalam pengujian signifikansi variabel-variabel ini sebesar 95%.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menemukan bahwa pola komunikasi antara dokter dengan pasien yang terjadi di lokasi penelitian memiliki persentase yang hampir sama antara pola komunikasi yang berpusat pada dokter dengan pola komunikasi yang berpusat pada pasien. Adapun pola komunikasi yang berpusat pada dokter memiliki persentase sebesar 51%, sementara pola komunikasi yang berpusat pada pasien memiliki persentase sebesar 49%. Pasien yang mengalami pola komunikasi berpusat pada dokter, jika dipahami dengan menggunakan sudut pandang teori relasi kekuasaan dari Michel Foucault, merupakan pasien yang mengalami upaya dominasi kekuasaan oleh dokter dalam sebuah relasi kekuasaan.

Temuan berikutnya dari penelitian adalah asosiasi antara karakteristik pasien, yang mencakup; lokasi tempat tinggal pasien, agama/aliran kepercayaan yang dianut pasien, tingkat pendidikan pasien, penghasilan pasien, status kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh pasien, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS pasien, dan jenis kamar rawat inap yang digunakan pasien, dengan pola komunikasi dokter-pasien. Dari hasil analisis tersebut ditemukan bahwa:

*Pertama*, lokasi tempat tinggal pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang bertempat tinggal di kota memiliki probabilitas lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang bertempat tinggal di desa. *Kedua*, agama/aliran kepercayaan yang dianut oleh pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang beragama Non-Islam (beragama: Kristen, Katolik, Hindu, Budha, Kong Hu Chu, atau aliran kepercayaan), memiliki probabilitas lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang beragama Islam.

*Ketiga*, tingkat pendidikan pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang berpendidikan sedang (lulus SLTP atau lulus SLTA) memiliki probabilitas lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah (tidak lulus SD atau lulus SD).

*Keempat*, penghasilan pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana setiap ada kenaikan penghasilan pasien, berasosiasi dengan terjadinya peningkatan peluang terjadinya pola komunikasi yang berpusat pada pasien. *Kelima*, status kepemilikan keluarga/relasi orang berpengaruh pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien, yaitu pasien yang memiliki keluarga/relasi dengan orang berpengaruh ditemukan lebih banyak mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang tidak memiliki keluarga/relasi dengan orang berpengaruh.

*Keenam*, status penggunaan asuransi kesehatan BPJS terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Di mana pasien yang berobat tidak menggunakan asuransi kesehatan BPJS memiliki probabilitas lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang berobat dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS. *Ketujuh*, jenis kamar rawat inap yang digunakan pasien terbukti berasosiasi dengan pola komunikasi dokter-pasien. Adapun pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas atas (kelas utama/VIP/VVIP/kelas I) memiliki probabilitas lebih tinggi mengalami pola komunikasi yang berpusat pada pasien dibandingkan dengan pasien yang dirawat di kamar rawat inap kelas bawah (kelas II/kelas III/kelas bangsal).

## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik Kota Surabaya. (2017). *Kota Surabaya Dalam Angka*. Surabaya: Badan Pusat Statistik Kota Surabaya.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur. (2017). *Provinsi Jawa Timur Dalam Angka*. Surabaya: Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur.
- Brown, L. D. (2016). The doctor-patient relationship as a toolkit for uncertain clinical decisions. *Social Science & Medicine*, 108-115.

- Dekkers, T., Melles, M., Mathijssen, N. M., Vehmeijer, S. B., & Ridder, H. d. (2018). Tailoring the orthopaedic consultation: How perceived patient characteristics influence surgeons' communication. *Patient Education and Counseling*, 428-438.
- Edelmann, R. J. (2000). *Psychosocial Aspects of the Health Care Process*. London: Prentice Hall.
- Edmonds, B. T., McKenzie, F., Panoch, J. E., Wocial, L. D., Barnato, A. E., & Frankel, R. M. (2015). "Doctor, what would you do?": Physicians' responses to patient inquiries about periviable delivery. *Patient Education and Counseling*, 49-54.
- Finset, A. (2012). "I Am Worried, Doctor!" Emotions In The Doctor–Patient Relationship. *Patient Education and Counseling*, 359-363.
- Gáspárika, A. I., Ábrám, Z., Ceana, D., Sebesi, S., Farcas, D., & Gáspárik, A. C. (2014). Shortages of Doctor-Patient Communication. Teaching Patients to Communicate Effectively. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 376-379.
- Habib, M. A., & Maika, A. (2018). *Pola Komunikasi Dokter-Pasien dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Repository Universitas Gadjah Mada.
- Hadijah. (2016). Analisis Kualitas Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu Provinsi Sulawesi Tengah. *e Jurnal Katalogis*, 118-129.
- Hazfiarini, A., & Ernawaty. (2016). Indeks Kepuasan Pasien BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 77-85.
- Ihkwon, H. (2013). Imajinasi Pluralitas. *Jurnal Studi Pemuda*, 90-94.
- Iskandar. (2012). *Mentalitas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme Dalam Penyelenggaraan Otonomi Daerah (Suatu Kajian Dari Perspektif Konsep Etika Uber Ich Sigmund Freud dan Good Governance)*. Bengkulu: Repository Universitas Bengkulu.
- Januar, P. (1998). *Pengaruh Ciri Perseorangan Pasien Terhadap Interaksi Dengan Dokter Gigi, Kepuasan dan Ketaatan Berobat Pada Pelayanan Kesehatan Gigi*. Surabaya: Repository Universitas Airlangga.
- JPNN. (2017, November 5). *BPJS Kesehatan Berutang Rp 87 Miliar*. Retrieved from jpnn.com: <https://www.jpnn.com/news/bpjs-kesehatan-berutang-rp-87-miliar?page=2>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The Evolution of The Doctor-Patient Relationship. *International Journal of Surgery*, 57-65.
- Keshet, Y., & Giveon, A. P. (2017). Neutrality in medicine and health professionals from ethnic minority groups: The case of Arab health professionals in Israel. *Social Science & Medicine*, 35-42.
- Kushner, T. (1981). Doctor-Patient Relationships In General Practice: A Different Model. *Journal of Medical Ethics*, 128-131.
- Liliweri, A. (2005). *Prasangka & Konflik: Komunikasi Lintas Budaya Masyarakat Multikultural*. Yogyakarta: LkiS Yogyakarta.
- Lipp, M. J., Riolo, R., Riolo, M., Farkas, J., Liu, T., & J.Cisneros, G. (2016). Showing you care: An empathetic approach to doctor–patient communication. *Seminars in Orthodontics*, 88-94.
- Litva, A., & Eyles, J. (1994). Health or healthy: Why people are not sick in a Southern Ontarian town. *Social Science & Medicine*, 1083-1091.
- Martono, N. (2014). *Sosiologi Pendidikan Michel Foucault: Pengetahuan, Kekuasaan, Disiplin, Hukuman, dan Seksualitas*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Mukharomah, K. I., & Cahyati, W. H. (2016). Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Dengan Keterlambatan Diagnosis Penderita Kanker Leher Rahim di RSUD Kota Semarang. *Public Health Perspective Journal*, 60-66.
- Mulkhan, A. M. (2008). *Diskriminasi di Sekeliling Kita: Negara, Politik, Diskriminasi dan Multikulturalisme*. Yogyakarta: Interfidei.
- Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., Dalen, J. v., & Vleuten, C. v. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations – How this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling*, 70-76.

- Pertiwi, A. A. (2016). *Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Pada Pasien BPJS dan Pasien Umum Terhadap Kepuasan Pasien di Rawat Jalan RSUD Kota Surakarta*. Surakarta: Repository Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ritzer, G. (2012). *Teori Sosiologi: Dari Sosiologi Klasik Sampai Perkembangan Terakhir Postmodern (Edisi Kedelapan)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Rusqiyati, E. A. (2018, Februari 28). *RS Jogja Keluhkan Keterlambatan Pencairan BPJS*. Retrieved from Antaranews.com: <https://www.antaranews.com/berita/689276/rs-jogja-keluhkan-keterlambatan-pencairan-bpjs>
- Seramby News. (2018, Januari 9). *BPJS Kesehatan Tunggak Klaim Hingga 13 M*. Retrieved from Serambynews.com: <https://aceh.tribunnews.com/2018/01/09/bpjs-kesehatan-tunggak-klaim-hingga-13-m>
- Soejoeti, S. Z. (2018, April 15). *Konsep Sehat, Sakit dan Penyakit dalam Konteks Sosial Budaya*. Retrieved from Yuniawan Blog Unair: <http://www.yuniawan.blog.unair.ac.id/files/2008/03/sehatsakit.pdf>
- Steihaug, S., Gulbrandsen, P., & Werner, A. (2012). Recognition Can Leave Room For Disagreement In The Doctor–Patient Consultation. *Patient Education and Counseling*, 316-321.
- Suryaputra, M. (2016). Relasi kekuasaan dalam interaksi dokter dan pasien pada pemberian layanan kesehatan (studi kualitatif pada dokter dan pasien yang melakukan pengobatan di rumah sakit umum, dr. soetomo, surabaya). *Komunitas*, 1-15.
- Triyono, A. (2017, Desember 5). *BPJS Kesehatan Punya Tanggungan Utang Rp 1 Triliun ke Rumah Sakit*. Retrieved from Tribun Bisnis: <https://www.tribunnews.com/bisnis/2017/12/05/bpjs-kesehatan-punya-tanggung-utang-rp-1-triliun-ke-rumah-sakit>
- Wahyuni, T., Yanis, A., & Erly. (2013). Hubungan Komunikasi Dokter–Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Berobat Di Poliklinik RSUP DR. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 175-177.
- Widarjono, A. (2016). *Ekonometrika: Pengantar dan Aplikasi Disertasi Panduan Eviews*. Yogyakarta: UPP STIM YKPN.
- Yingting, Z., Pal, R. Y., Wilson, T. W., Lee, A., Ong, M., & Hwa, T. L. (2018). Spiritual perspectives of emergency medicine doctors and nurses in caring for end-of-life patients: A mixed-method study. *International Emergency Nursing*, 13-22.
- Yusuf, J. (2017). *Hubungan Tingkat Pendidikan Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Rawat Jalan Terhadap Kepatuhan Penggunaan Oad (Oral Anti Diabetes) Di Apotek RSI Unisma Malang*. Malang: Repository Universitas Brawijaya.
- Zhao, L., & Junwang. (2013). Research on psychological factors which influence Doctor-Patient communications among outpatients. *Journal of Medical Colleges of PLA*, 20-28.