



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI PEMILIHAN DAN PENGGUNAAN OBAT BEBAS
DALAM UPAYA SWAMEDIKASI PADA KADER
KESEHATAN DI KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2009**

TESIS

**PRIHARIKA SEPTYOWATI
0706188643**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI PEMILIHAN DAN PENGGUNAAN OBAT BEBAS
DALAM UPAYA SWAMEDIKASI PADA KADER
KESEHATAN DI KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2009**

TESIS

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

**PRIHARIKA SEPTYOWATI
0706188643**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
JULI, 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Priharika Septyowati

NPM : 0706188643

Tanda Tangan :

Tanggal : 1 Juli 2009



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Priharika Septyowati
NPM : 0706188643
Mahasiswa Program : Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2007/2008

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

Studi Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas dalam Upaya Swamedikasi pada Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.
Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 1 Juli 2009

(Priharika Septyowati)

Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Informan

LEMBAR PERSETUJUAN INFORMAN (*INFORMED CONSENT*)

Setelah mendengarkan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian ini, maka informan menyatakan bahwa :

1. Telah memahami sepenuhnya tentang tujuan dan manfaat dilakukannya penelitian
2. Informan bersedia untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian ini dan
3. Selama penelitian ini dilaksanakan, informan dapat mengundurkan diri dan tidak mempengaruhi aspek pelayanan kesehatan dari petugas kesehatan yang akan diterimanya.

Saksi-saksi :

1. Petugas Kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang
2. Petugas Kesehatan dari Puskesmas Pegadungan, Kabupaten Pandeglang.

Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian

PENJELASAN PENELITIAN

Sebelumnya saya selaku peneliti bermaksud memperkenalkan diri saya terlebih dahulu dan menyampaikan maksud dan tujuan dari penelitian saya.

Saya seorang mahasiswa pasca sarjana dari Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang.

Penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran tentang pemilihan dan penggunaan obat bebas dalam upaya swamedikasi oleh kader kesehatan di Kabupaten Pandeglang. Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam pengembangan program edukasi kader tentang obat bebas yang telah dilakukan sebelumnya oleh Departemen Kesehatan bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang beberapa waktu yang lalu.

Oleh karenanya, peneliti memohon kesediaan ibu-ibu sebagai kader kesehatan baik yang pernah mengikuti program pelatihan obat dengan metoda CBIA (Cara Belajar Ibu Aktif) maupun yang belum pernah mengikuti, untuk diwawancarai selama sekitar 1 hingga 2 jam secara sukarela.

Wawancara akan dilakukan terkait kebiasaan ibu dalam keseharian khususnya tentang pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan dalam rangka pengobatan sendiri.

Apabila ibu sebagai kader tidak bersedia untuk menjadi sumber informasi dalam penelitian ini, maka ibu dapat mengundurkan diri. Pengunduran diri yang ibu lakukan akan tetap saya hargai dan dijamin tidak akan mempengaruhi aspek pelayanan apapun dari petugas kesehatan yang akan diterima serta tidak akan berdampak pada hal lainnya.

Informasi yang ibu sampaikan akan dijamin kerahasiaannya dan tidak akan disebarluaskan kepada pihak manapun.

Apabila ada hal yang ingin ditanyakan di kemudian hari terkait penelitian dan keterlibatan ibu sebagai sumber informasi, dapat menghubungi saya di nomor telepon 0811916875.

Demikian pendahuluan ini saya bacakan, atas partisipasi dan kesediaan ibu sebelumnya saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

Priharika Septyowati



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI PEMILIHAN DAN PENGGUNAAN OBAT BEBAS DALAM
UPAYA SWAMEDIKASI PADA KADER KESEHATAN DI
KABUPATEN PANDEGLANG TAHUN 2009**

TESIS

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

**PRIHARIKA SEPTYOWATI
0706188643**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
JULI, 2009**



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah SWT karena atas segala Ridho dan Hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik, di penghujung pendidikan saya pada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari dengan segala keterbatasan yang saya miliki, masa perkuliahan dan tesis ini tidak akan terselesaikan tanpa bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karenanya, dengan segala kerendahan hati saya ingin mengucapkan terima kasih kepada :

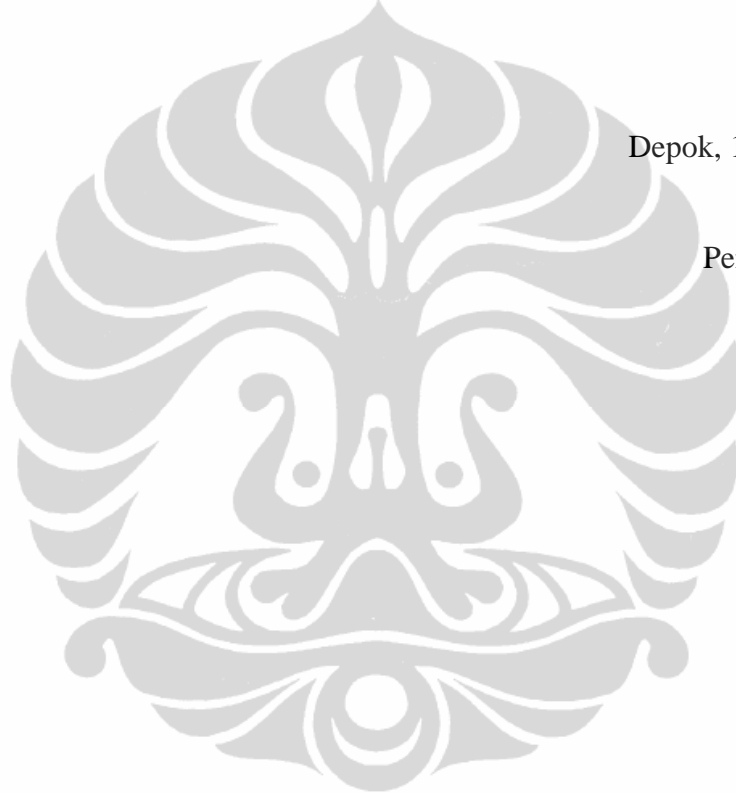
1. Prof. Hadi Pratomo, dr, MPH, DrPH selaku pembimbing utama yang secara terstruktur telah mencurahkan waktu, tenaga dan pikiran yang bernilai hingga tesis ini terselesaikan.
2. Prof. Dr. Dra. Sudarti Kresno, SKM, MA selaku pembimbing II yang telah berkenan mendukung dan meluangkan waktu serta pikiran dalam proses penyelesaian tesis ini.
3. Badan Pengawas Obat dan Makanan, tempat saya bekerja yang telah mendukung baik dalam hal pendanaan serta memberikan kesempatan bagi kami selama melakukan studi pada Program Pasca Sarjana IKM ini.
4. Direktorat Penggunaan Obat Rasional, Departemen Kesehatan yang telah banyak membantu dalam hal perolehan data yang saya perlukan.
5. Almarhum kedua orang tua khususnya ayahanda yang telah memberikan doa, semangat dan dorongan yang sangat berarti bagi saya terutama pada awal perkuliahan ini meskipun pada akhirnya alm. ayahanda tidak dapat turut menyaksikan kebahagiaan yang saya rasakan.
6. Ayah dan Ibu mertua yang sangat mendukung dalam doanya hingga saya dapat merasakan kemudahan dan kelancaran dalam penyelesaian tesis ini.
7. Suami (Yudi Indra Agustinus, SIP, MM) dan anak-anak (Faisya, Quanti, dan Shalya) tercinta yang dengan kasih sayang dan cintanya memberikan semangat dan motivasi yang luar biasa pada saya.
8. Saudara dan keluarga besar saya yang turut memberikan doa dan semangatnya.
9. Teman-teman di Direktorat Pengawasan Distribusi Produk Terapeutik dan Badan POM yang telah memberikan kesempatan dan dukungan moril yang sangat bernilai dalam penyelesaian tesis.

10. Teman-teman seangkatan di Departemen Promosi Kesehatan yang telah menjadi *partner* yang baik dalam belajar, diskusi dan bermain hingga masa perkuliahan ini dapat saya lewati dengan ringan dan mudah.
11. Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staf pegawai di FKM khususnya Departemen Promosi Kesehatan.

Akhir kata, saya berdoa semoga Allah SWT membalas segala amal baik yang pernah diberikan oleh semua pihak. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat.

Depok, 1 Juli 2009

Penulis



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

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

Nama : Priharika Septyowati
NPM : 0706188643
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Promosi Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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

**Studi Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas dalam Upaya
Swamedikasi pada Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun
2009**

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 1 Juli 2009

Yang menyatakan,

(Priharika Septyowati)

ABSTRAK

Priharika Septyowati

Ilmu Kesehatan Masyarakat

“Studi Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas dalam Upaya Swamedikasi pada Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009”

Dalam tesis ini dibahas cara pemilihan penggunaan obat bebas oleh kader CBIA (Cara Belajar Ibu Aktif) dan non CBIA di Pandeglang (2009), serta faktor pendorong penghambatnya. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode wawancara mendalam dan diskusi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kader CBIA menggunakan obat dengan sesuai aturan. Pada kader non CBIA meskipun tepat dalam dosis obat namun tidak tepat dalam hal jenis dan lama penggunaan obat. Selanjutnya, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pengetahuan obat cenderung meningkatkan kewaspadaan penggunaan obat, serta iklan obat elektronik diduga mempengaruhi pilihan nama obat yang akan digunakan. Faktor karakteristik individu, akses, keterpaparan informasi obat media elektronik serta dukungan tenaga kesehatan dan keluarga cenderung mempengaruhi perilaku pemilihan penggunaan obat bebas.

Kata kunci: perilaku swamedikasi, penggunaan obat bebas, obat rasional.

ABSTRACT

Priharika Septyowati

Public Health Science

“A Study on Selecting and Utilizing Non Prescription Drug in Self-medication among Cadres in Pandeglang District, 2009”

The research was aimed to study on selecting and utilizing the non prescription drug by cadres in Pandeglang District, 2009. It also examined both supporting and inhibiting factors of the self-medication behavior. It was a qualitative research which employed in depth interview and group discussion methods to obtain data. The results concluded that among CBIA's cadres were likely to use the medicine properly. On the contrary, the non CBIA's cadre tended to select the wrong medicine and utilize inappropriate length of therapy. Furthermore, the results showed that knowledge on drug use might increase the awareness in the medicine utilization. Electronic advertisement could influence the informant's preference in selecting certain medicine brand. Therefore, the selection and utilization of non prescription medicine tended to be influenced by the following factors : individual characteristics, exposure to drug information and accessibility to electronic media. It was also influenced by both health professional and family support.

Key words : self medication behavior, non prescription drug utilization, rational drug.

DAFTAR ISI


HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR ISTILAH	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	7
1.3. Pertanyaan Penelitian	8
1.4. Tujuan Penelitian	9
1.4.1. Tujuan Umum	9
1.4.2. Tujuan Khusus	9
1.5. Manfaat Penelitian	9
1.6. Ruang Lingkup	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1. Komunikasi, Informasi dan Pendidikan Kesehatan	12
2.1.1. Komunikasi dan Informasi Kesehatan	12
2.1.2. Pendidikan Kesehatan	13
2.2. Obat dan Pengobatan Sendiri	14
2.2.1. Obat	14
2.2.2. Obat Rasional	16
2.2.3. Pengobatan Sendiri	19
2.3. Informasi dan Promosi Obat	21
2.4. Upaya Pemerintah dalam Mereduksi Penggunaan Obat Bebas oleh Masyarakat yang Tidak Sesuai Aturan	23
2.4.1. Pengawasan Promosi, Iklan dan Penandaan Obat	23
2.4.2. Program Edukasi Obat dengan Metoda Cara Belajar Ibu Aktif	24
2.5. Teori Terkait dengan Perilaku Penggunaan Obat	29
2.5.1. Teori Health Belief Model	30
2.5.2. Teori Lawrence Green	32
2.5.3. Teori Persuasi oleh Mc Guire	33
2.6. Faktor-Faktor Pendorong dan Penghambat Cara Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas	36

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	40
3.1. Kerangka Konsep	40
3.2. Definisi Istilah	41
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	43
4.1. Rancangan Penelitian	43
4.2. Lokasi Penelitian	43
4.3. Informan	43
4.4. Teknik Penelitian	44
4.5. Pengolahan dan Analisis Data	47
4.6. Validitas Penelitian	47
BAB V HASIL PENELITIAN	48
5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian	48
5.2. Karakteristik Informan	52
5.3. Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas	53
5.3.1. Penggunaan Obat Bebas yang Sesuai Aturan	53
5.3.2. Pemilihan Obat Bebas yang Digunakan	57
5.4. Persepsi Sakit yang Memerlukan Pengobatan	61
5.4.1. Persepsi Rasa Sakit	61
5.4.2. Persepsi Manfaat dan Resiko Pengobatan Sendiri	62
5.5. Sikap Terhadap Penggunaan Obat Bebas	64
5.5.1. Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas sebagai Langkah Pertama Pengobatan	64
5.5.2. Sikap terhadap Pengobatan Menggunakan Kombinasi Obat Bebas dan Obat Tradisional	66
5.6. Pengetahuan Obat Bebas	69
5.7. Akses Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik	74
5.8. Keterpaparan Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik	78
5.9. Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Pengobatan Sendiri	78
5.9.1. Peran Tenaga Kesehatan di Puskesmas dalam Pelayanan dan Penggunaan Obat	77
5.9.2. Dukungan Tenaga Kesehatan di Luar Jam Pelayanan Puskesmas	79
5.10. Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Sendiri	80
BAB VI PEMBAHASAN	82
6.1. Keterbatasan Penelitian	82
6.2. Analisis Perilaku Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas	82
6.3. Faktor Pendorong dan Penghambat Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas	86
6.3.1. Analisis Karakteristik Individu	86
6.3.2. Analisis Persepsi Sakit yang Memerlukan Pengobatan	87
6.3.3. Analisis Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas	88
6.8.4. Analisis Pengetahuan Obat Bebas	89

6.3.5. Analisis Akses Informasi dan Keterpaparan Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik	92
6.3.6. Analisis Dukungan Tenaga Kesehatan	95
6.3.7. Analisis Dukungan Keluarga	95
VII. KESIMPULAN DAN SARAN	97
7.1. Kesimpulan	97
7.2. Saran	98
7.2.1. Pengembangan Program	98
7.2.2. Pengembangan Ilmu Pengetahuan	100
7.2.3. Penelitian Lanjutan	100
DAFTAR PUSTAKA	101
LAMPIRAN	



DAFTAR ISTILAH



Kader CBIA	: Kader kesehatan di Kabupaten Pandeglang yang telah mengikuti pendidikan / pelatihan obat yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan dengan metoda Cara Belajar Ibu Aktif
Kader non CBIA	: Kader kesehatan di Kabupaten Pandeglang yang belum pernah mengikuti pendidikan / pelatihan obat yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan dengan metoda Cara Belajar Ibu Aktif
Penandaan Obat	: Informasi-informasi yang tercantum dalam kemasan dan brosur obat
SMTP	: Sekolah Menengah Tingkat Pertama
HET	: Harga Eceran Tertinggi
WHO	: World Health Organization
Depkes	: Departemen Kesehatan
Ditjen POM	: Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan (kini menjadi Badan Pengawas Obat dan Makanan)
Menpan	: Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara
Menkes	: Menteri Kesehatan

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	<i>Profiles of Major Media Types (Television Medium)</i>	22
Tabel 4.1.	Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Umur	44
Tabel 4.2.	Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Tingkat Pendidikan	44
Tabel 4.3.	Jumlah Informan Kunci Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009	44
Tabel 4.4.	Jenis Data, Informan dan Metoda Penelitian	46
Tabel 5.1.	Tingkat Pendidikan Penduduk Usia 10 tahun ke Atas di Kabupaten Pandeglang Tahun 2007	49
Tabel 5.2.	Jenis Sarana Kesehatan Dasar di Kabupaten Pandeglang Tahun 2007	50
Tabel 5.3.	Distribusi Tenaga Medis, Perawat dan Bidan, Farmasis, Kesmas di Unit-Unit Kerja Kesehatan, Kabupaten Pandeglang Tahun 2007	51
Tabel 5.4.	Karakteristik Wilayah Kecamatan Karangtanjung, Kabupaten Pandeglang Tahun 2007	51
Tabel 5.5.	Perbedaan Langkah Awal Penggunaan Obat Bebas	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	: Tanda-tanda peringatan pada obat bebas terbatas	16
Gambar 2.2	: <i>Health Belief Model Components and Linkages</i>	31
Gambar 2.3.	: <i>Precede-Proceed Model</i>	33
Gambar 2.4.	: <i>Input and Output Variables by Mc Guire, 1964</i>	34
Gambar 2.5.	: <i>Matrix of Communication Factors and Behavioral Steps (Mc Guire, 1973)</i>	34
Gambar 2.6.	: Kerangka Teori Perilaku Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan	36
Gambar 3.1.	: Kerangka Konsep Penelitian	40

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan sebagai Informan (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 : Instrumen Penelitian
- Lampiran 4 : Matrix Karakteristik Informan Penelitian
- Lampiran 5 : Matrix Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan
- Lampiran 6 : Matrix Persepsi Sakit yang Memerlukan Pengobatan
- Lampiran 7 : Matrix Sikap Kader Kesehatan terhadap Pengobatan menggunakan Obat Bebas
- Lampiran 8 : Matrix Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Obat Bebas
- Lampiran 9 : Matrix Akses Informasi Obat Bebas yang Dimiliki Kader Kesehatan
- Lampiran 10 : Matrix Keterpaparan Kader Kesehatan terhadap Iklan Obat Bebas di Media Televisi
- Lampiran 11 : Matrix Dukungan Tenaga Kesehatan dan Keluarga Kesehatan terhadap Pengobatan Sendiri

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Indonesia sehat 2010 adalah sebuah konsep operasionalisasi paradigma sehat bagi seluruh masyarakat Indonesia. Artinya adalah harapan terwujudnya manusia Indonesia yang hidup dalam lingkungan yang sehat, memiliki perilaku hidup sehat, dan akses terhadap pelayanan kesehatan secara adil dan merata. Salah satu tujuan pokok dalam program rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 tersebut adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan (Depkes RI, 1999).

Dalam buku karangan Notoatmodjo tahun 2007, kemandirian atau *self reliance* didefinisikan sebagai “kemampuan untuk memelihara dan melindungi kesehatan dirinya sendiri, atau disebut juga dengan masyarakat yang berdaya melalui pemberdayaan masyarakat.” Konsep pemberdayaan masyarakat sejalan dengan strategi global WHO tahun 1984 dan Piagam Ottawa tahun 1986 yang menyatakan tentang pentingnya untuk mewujudkan kebijakan yang berwawasan kesehatan, lingkungan yang mendukung, reorientasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat, ketrampilan individu dan gerakan masyarakat (Krianto dalam Notoatmodjo, 2005). Kemandirian masyarakat yang merupakan hasil dari pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah wujud dari tanggung jawab masyarakat agar terpenuhinya hak-hak atas kesehatan yaitu hak untuk dilindungi dan dipelihara kesehatannya oleh mereka sendiri tanpa tergantung pihak lain di luar mereka. Dalam hal ini pemerintah dan pihak lainnya hanyalah sebagai fasilitator atau motivator (Notoatmodjo, 2007).

Upaya pengobatan dalam keadaan sakit yang dirasakan yang termasuk dalam bagian pemeliharaan kesehatan juga menjadi fokus dalam pemberdayaan masyarakat Indonesia. Dalam hal ini, masyarakat diharapkan mampu melakukan pengobatan yang benar dan tidak membahayakan kesehatan dirinya sendiri. Pemerintah sebagai fasilitator berkewajiban dalam hal jaminan terhadap mutu, khasiat dan keamanan dari obat yang akan dikonsumsi. Salah satu contoh upaya pengobatan yang dilakukan adalah perilaku tindakan pengobatan sendiri atau yang

dikenal juga dengan istilah swamedikasi. Berdasarkan data Biro Pusat Statistik Kesra tahun 2006, penggunaan obat sendiri yang dilakukan masyarakat Indonesia sebanyak 71,4% (BPS, 2006).

Masyarakat cenderung melakukan pengobatan sendiri untuk mengatasi beberapa keluhan sakit yang dirasakannya seperti hasil survei yang dilakukan di London dalam buku Anderson tahun 1979 yaitu sekitar 27% responden menggunakan obat pereda rasa sakit (*analgesic*), 12% menggunakan obat untuk mengatasi gangguan atau keluhan pada lambung akibat kelebihan asam lambung (*antacida*), 9% untuk melancarkan buang air besar (*laksative*), dan terakhir obat untuk pereda batuk (*antitussive* 8% dan *expectorant* 7%) (Anderson, 1979). Hasil survei lain di Kecamatan Tanjung Bintang, Kabupaten Lampung Selatan pada tahun 1996, menunjukkan bahwa persentase terbesar responden menggunakan obat bebas dalam upaya pengobatan sendiri (80,90%) dan hanya sebagian kecil menggunakan obat tradisional (19,10%), sedangkan persentase terbesar obat bebas yang digunakan adalah untuk mengatasi keluhan pusing, demam dan batuk (Supardi, dkk, 1996).

Perilaku tindakan pengobatan sendiri pada masyarakat Indonesia yang dianjurkan oleh pemerintah harus didasarkan pada ketepatan golongan obat, ketepatan obat, ketepatan dosis dan lama penggunaan obat yang terbatas (Ditjen POM, 1997). Namun menurut WHO disebutkan bahwa penggunaan obat secara rasional oleh masyarakat didasarkan pada aspek klinik, kebutuhan individu dan kecukupan *period of time* serta harga yang terjangkau. Definisi tersebut fokus pada 4 aspek penting dalam pengobatan rasional yaitu ketepatan obat, ketepatan dosis, ketepatan lama pengobatan dan ketepatan biaya (WHO, 2006).

Dari kecenderungan dilakukannya tindakan pengobatan sendiri, WHO memperkirakan lebih dari 50% obat yang diresepkan, dibagikan atau dijual secara tidak tepat, dan 50% dari seluruh pasien tidak mengkonsumsi obat dengan benar (WHO, 2006). Dalam penelitian Supardi dkk tahun 2002 di Kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur diperoleh data bahwa 100% responden melakukan swamedikasi dengan tepat golongan obat, 66,10% memilih obat yang tepat sesuai sakit yang dirasakannya, 51,80% menggunakannya dengan dosis obat yang tepat dan 95% melakukan pengobatan tidak melewati batas aturan

pemakaiannya. Atau dapat diartikan bahwa 45% responden melakukan tindakan pengobatan sendiri (untuk obat bebas) dengan sesuai aturan berdasarkan kriteria tepat golongan, tepat obat, tepat dosis, dan hanya dalam jangka waktu terbatas serta 55% melakukan dengan tidak sesuai aturan. Disebutkan pula bahwa di Kecamatan Tanjung Bintang Kabupaten Lampung Selatan hanya 46,10% ibu-ibu melakukan pengobatan sendiri yang sesuai aturan (Supardi dkk, 2002). Dari kedua penelitian tersebut terlihat bahwa hampir sekitar 50% masyarakat melakukan tindakan pengobatan sendiri yang tidak sesuai aturan.

Penggunaan obat bebas yang tidak sesuai aturan adalah salah satu bentuk penyimpangan dari pemanfaatan obat, sebagaimana hasil penelitian WHO yang mengidentifikasi beberapa bentuk penyimpangan penggunaan obat yang sering terjadi yang tidak sesuai dan menimbulkan dampak negatif pada kesehatan masyarakat, yang diantaranya adalah penggunaan yang berlebihan dari obat-obat bebas (Chetley, 2007). Obat dapat dimanfaatkan untuk mendiagnosa, mencegah penyakit, menyembuhkan atau memelihara kesehatan. Selain efek pengobatan yang ditimbulkan, obat juga mempunyai efek samping yang tidak diinginkan meskipun pada dosis normal. Efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan obat adalah sangat bervariasi tergantung dari sifat zat aktif obat. Oleh karenanya obat harus dikonsumsi sesuai yang dianjurkan dan hanya dalam jangka waktu tertentu yang telah ditentukan. Informasi tentang penggunaan obat bebas dapat dilihat pada brosur atau penandaan obat yang menyertai obat tersebut (Anif, 1997 ; Ditjen POM, 1997).

Hasil survei di Irlandia Utara pada tahun 2002 menyebutkan bahwa masyarakat umum di Irlandia Utara memiliki kepedulian yang tinggi tentang kemungkinan terjadinya penyimpangan penggunaan obat bebas. Lebih dari 80% partisipan dilaporkan selalu membaca informasi yang terdapat dalam label kemasan obat bebas sebelum menggunakannya dan 74,60% partisipan melakukan konsultasi dengan farmasis sedikitnya satu kali dalam sebulan terkait penggunaan obat yang dikonsumsinya (Wazaifi, 2005).

Banyaknya jumlah obat yang beredar di Indonesia dapat mengakibatkan tingginya angka penyimpangan dalam penggunaan obat apabila tidak diiringi dengan informasi atau edukasi yang benar kepada masyarakat tentang cara

penggunaan obat yang benar, sebagai upaya pembelajaran dan perlindungan konsumen (KBI Gemari, 2006). Oleh karenanya, upaya pengobatan sendiri yang dilakukan oleh masyarakat, tidak terlepas dari kebenaran informasi tentang obat yang diterima. Informasi obat pada label penandaan kemasan obat merupakan sumber informasi yang utama kepada pasien untuk mengedukasi tentang manfaat dan resiko penggunaan obat. Namun informasi tersebut sering tidak konsisten, tidak lengkap dan sulit dipahami (Shrank and Avorn, 2007).

Sarana informasi lain yang dinilai juga efektif untuk mengedukasi pasien tentang manfaat dan penggunaan obat adalah komunikasi melalui media iklan diantaranya media elektronik, media cetak (Davis, 2007). Penelitian yang dilakukan oleh Subaryanti dan Fuad pada tahun 1993 di Kelurahan Lenteng Agung, Jakarta Selatan tahun 1993 dilaporkan bahwa, iklan obat dari media elektronik (televisi dan radio) lebih mempengaruhi masyarakat dalam swamedikasi dibandingkan media cetak seperti koran atau majalah. Hasil penelitian dari Supardi, dkk tahun 2002 yang menyebutkan bahwa 45% responden melakukan pengobatan sendiri dengan sesuai aturan, dilaporkan juga bahwa sumber informasi tentang obat dari responden tersebut adalah 44,40% dari media elektronik, 19,40% dari tetangga, 19,40% dari penjual obat, 11,20% dari informasi yang terdapat pada kemasan obat, dan selanjutnya dari keluarga dan media cetak atau poster. Sedangkan untuk responden yang melakukan tindakan pengobatan sendiri yang tidak sesuai aturan, sumber informasi tentang obat yang diperolehnya adalah 50,60% dari media elektronik, 23,10% dari tetangga, 9,00% dari penjual obat, 14,20% dari kemasan obat, 1,90% dari keluarga, dan 1,20% dari media cetak / poster. Tampak bahwa upaya swamedikasi dengan obat bebas yang dilakukan oleh masyarakat baik yang sesuai aturan maupun yang tidak sesuai aturan sangat dipengaruhi oleh iklan obat dari media elektronik (47,80%) yang beredar di masyarakat.

Bila dibandingkan dengan hasil suatu penelitian tentang sumber-sumber informasi yang mempengaruhi swamedikasi masyarakat di Finlandia tahun 2005, terlihat ada perbedaan bahwa sumber informasi utama responden tentang obat adalah 74% dari *Patient Information Leaflet* (PIL), 60% dari dokter, dan 60% dari farmasis. Sumber informasi lainnya adalah 40% dari televisi, 40% koran dan

majalah, 32% periklanan obat, 28% perawat, 27% iklan leaflet, 24% dari teman, 22% dari buku-buku pengobatan, dan 20% dari internet. Sumber informasi utama obat yang berasal dari media internet hanya sering dilakukan oleh kelompok umur responden antara 15-34 tahun (Narhi, 2007). Perbedaan sumber informasi tentang obat yang mempengaruhi masyarakat Indonesia dengan masyarakat Finlandia adalah bahwa sumber informasi tentang obat yang berasal dari brosur (penandaan obat) di Indonesia hanya sekitar 11,20% dan menempati urutan ke 4 setelah iklan media elektronik, tetangga, dan penjual obat. Pada masyarakat Finlandia, brosur (penandaan obat) adalah sumber informasi utama yang mempengaruhi masyarakat (menempati urutan pertama) sedangkan informasi media elektronik menempati urutan ke 4 setelah brosur (penandaan obat), dokter, dan farmasis.

Berbagai peraturan telah ditetapkan dalam upaya jaminan efektifitas, keamanan dan keselamatan dalam penggunaan obat oleh masyarakat, termasuk dalam upaya pengobatan diri sendiri (*self medication*), mulai dari pengawasan cara pembuatan obat, distribusi, promosi / iklan obat, hingga pelayanan langsung kepada konsumen. Melalui pengaturan ini, diharapkan masyarakat mendapatkan mutu, khasiat dan keamanan obat yang terjamin, serta mampu menggunakan obat sesuai aturan pemakaiannya yang benar. (Badan POM, 2007)

Departemen Kesehatan RI selaku lembaga yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan di Indonesia juga telah melakukan "aksi *counter*" yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat di bidang pengobatan melalui program edukasi dengan metoda CBIA (Cara Belajar Ibu Aktif). Pemberdayaan tersebut dilakukan melalui peningkatan ketrampilan dalam memilih obat bebas yang menekankan tentang pentingnya membaca informasi tentang obat yang terdapat dalam kemasan penandaan obat dalam rangka swamedikasi yang sesuai aturan. Program edukasi ini dalam 1 hari kepada 15 orang kader kesehatan melalui tutor di wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten setempat yang telah dilatih. Selanjutnya diharapkan juga para kader tersebut dapat menyebarkan informasi dan ketrampilan ini kepada masyarakat di sekitarnya untuk lebih meningkatkan kewaspadaan dan kehati-hatian masyarakat dalam menggunakan obat yang dikonsumsinya Uji coba program ini telah dilaksanakan pada 3 puskesmas di wilayah Kabupaten Pandeglang pada Bulan Agustus tahun 2008, yaitu Puskesmas

Cadasari, Banjar dan Cimanuk (Depkes, 2008). Selanjutnya uji coba kembali dilaksanakan pada Bulan Maret 2009 yaitu di Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang.

Sesuai tahapan dalam pendidikan kesehatan bahwa perubahan perilaku didasari atas meningkatnya pengetahuan dan pemahaman seseorang (Machfoedz dkk, 2006). Demikian pula halnya dengan perilaku dalam konsumsi obat, bahwa peningkatan pengetahuan tentang obat dari para kader diharapkan mampu membentengi mereka dari perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas yang tidak sesuai aturan, serta tidak menjadikan iklan obat dari media elektronik sebagai informasi tunggal tentang obat, dan menjadikan brosur / penandaan obat sebagai informasi utama dalam menggunakan obat. Hasil penelitian dengan judul “Pengaruh Metode Ceramah dan Media Leaflet terhadap Perilaku Pengobatan Sendiri yang Sesuai dengan Aturan” telah membuktikan bahwa intervensi pendidikan yang dilakukan dengan metode ceramah dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan pengobatan sendiri yang sesuai aturan (Supardi, dkk, 2002).

Evaluasi sebelum dan sesudah intervensi program yang telah dilakukan oleh Depkes di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada seluruh kader yang telah dilatih terkait 3 hal utama yaitu karakteristik responden, kebiasaan responden dalam pengobatan sendiri dan tingkat pemahaman / pengetahuan responden. Gambaran umum dari jawaban responden pasca intervensi program terkait kebiasaan responden dalam pengobatan sendiri yaitu pertama ditemukan adanya jawaban yang tidak konsisten. Sebagai contoh ketidakkonsistenan jawaban dimaksud antara lain adalah sebagian besar responden menjawab pergi ke puskesmas dalam upaya pencarian pengobatan atas sakit yang dirasakannya (dapat diartikan tidak melakukan pengobatan sendiri) dan hanya 1 orang yang menjawab mengobati sendiri di rumah (swamedikasi). Namun pada pertanyaan jenis obat yang digunakan pada swamedikasi, 3 orang responden ikut menjawab seolah juga melakukan tindakan swamedikasi. Kedua, dari jawaban tersebut belum dapat menggambarkan tentang perilaku pemilihan dan penggunaan obat oleh responden dalam tindakan pengobatan sendiri yang dilakukan dalam kesehariannya.

Selanjutnya, gambaran umum ketiga yang dapat dilihat yakni bahwa sebagian besar responden telah memahami dengan baik hal-hal terkait pengetahuan tentang cara pemilihan dan penggunaan obat yang benar sesuai materi yang telah diajarkan.

Dari gambaran umum hasil evaluasi tersebut dan mengingat bahwa obat merupakan suatu pengetahuan yang sangat luas maka sesungguhnya tidaklah mudah bagi masyarakat awam untuk dapat memahaminya dengan baik dalam kehidupan sehari-hari. Melalui sudut pandang lainnya, hasil evaluasi tersebut belum dapat menggambarkan perilaku memilih dan menggunakan obat bebas dari para kader dengan banyaknya faktor lain di luar pengetahuan seperti iklan obat di media masa, yang masih sangat mempengaruhi masyarakat dalam swamedikasi khususnya dengan obat bebas. Oleh karenanya dirasa perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui lebih mendalam bagaimana perubahan perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh kader yang telah dilatih untuk mengobati sendiri sakit yang dialaminya.

1.2. Rumusan Masalah

Tingginya angka pengobatan sendiri yang dilakukan oleh masyarakat berdasarkan data Pusat Statistik Kesra tahun 2006 yaitu sebesar 71,40%, menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan terkait pengetahuan tentang pengobatan dan cara penggunaannya yang benar sangat diperlukan. Hal ini menjadi lebih penting dengan adanya informasi bahwa hanya 45% responden di Kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur dan 46,10% responden di Kecamatan Tanjung Bintang Kabupaten Lampung Selatan yang melakukan pengobatan sendiri sesuai aturan (lebih dari 50% tidak sesuai aturan). Penelitian lain menyebutkan bahwa 47% masyarakat memperoleh sumber informasi utama tentang pengobatan berasal dari media elektronik yang merupakan informasi yang bersifat komersial dan hanya 12,80% mendapatkan informasi dari penandaan kemasan obat yang sesungguhnya merupakan informasi yang obyektif dan lengkap, dengan adanya keseimbangan antara informasi tentang manfaat dan risiko obat (Supardi, dkk, 2002). Situasi penggunaan obat bebas yang tidak sesuai aturan dengan kecilnya persentase masyarakat yang memanfaatkan informasi dari

penandaan kemasan obat sebagai informasi utama tentang obat pada masyarakat Indonesia, dapat meningkatkan kecenderungan timbulnya dampak negatif bagi kesehatan khususnya terkait efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan obat bebas.

Program edukasi masyarakat terkait pengobatan yang telah dilaksanakan dengan metoda CBIA kepada kader kesehatan di wilayah Kabupaten Pandeglang pada tahun 2008 diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat untuk memilih dan menggunakan obat yang benar di tengah-tengah banyaknya informasi tentang obat yang beredar di masyarakat. Hasil evaluasi dari program yang telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan kepada seluruh kader yang telah dilatih di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang melalui kuesioner dan tanya jawab, diperoleh hasil adanya peningkatan pengetahuan obat yang dimiliki kader. Namun demikian hasil evaluasi tersebut belum dapat menggambarkan perubahan perilaku memilih dan menggunakan obat bebas dari para kader dengan mempertimbangkan adanya faktor lain di luar pengetahuan seperti iklan obat bebas di media elektronik, yang masih mempengaruhi perilaku masyarakat dalam swamedikasi menggunakan obat bebas sebagaimana hasil penelitian lain sebelumnya. Untuk menggali latar belakang dan alasan yang lebih mendalam terkait praktek pemilihan dan penggunaan obat bebas dari kader CBIA dalam pengobatan sendiri menggunakan obat bebas tersebut, maka diperlukan penelitian lanjutan.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah penelitian, maka terdapat beberapa pertanyaan dari penelitian ini sebagai berikut :

- a. Bagaimana gambaran cara pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan yang dilakukan oleh kader yang telah mengikuti program edukasi tentang obat dengan metoda CBIA dibandingkan dengan perilaku kader yang belum mengikuti program edukasi tersebut?
- b. Faktor apa yang mendorong atau menghambat pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi yang mendalam tentang cara pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh kader CBIA dan kader non CBIA serta faktor yang mendorong atau menghambat pemilihan obat yang baik dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan dari kader kesehatan di Kabupaten Pandeglang tahun 2009.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Diperolehnya gambaran tentang praktek pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai dengan aturan oleh kader CBIA dan Non CBIA.
- b. Mengidentifikasi faktor karakteristik individu (umur, pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas, dan pengetahuan obat bebas)
- c. Mengidentifikasi akses informasi mengenai obat bebas (kepemilikan dan saluran media elektronik yang dapat diakses)
- d. Mengidentifikasi keterpaparan informasi tentang obat bebas (frekuensi menonton atau mendengar, keterpaparan pesan iklan obat).
- e. Mengidentifikasi faktor referensi (dukungan tenaga kesehatan dan dukungan keluarga).

1.5. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Pengembangan program :
 - a. Departemen Kesehatan
 - (1) Memberikan masukan untuk kebijakan peraturan tentang penggunaan obat bebas yang rasional di masyarakat.
 - (2) Memberikan masukan untuk evaluasi dan pengembangan program edukasi obat dengan metode CBIA.
 - b. Badan Pengawas Obat dan Makanan
Memberikan masukan untuk maksimalisasi pengawasan informasi yang bersifat komersial tentang obat bebas kepada masyarakat.

- c. Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang
 - (1) Memberikan informasi tentang gambaran penggunaan obat bebas di masyarakat khususnya para kader CBIA dan kader non CBIA di Kabupaten Pandeglang.
 - (2) Memberikan masukan bagi kebijakan kesehatan Kabupaten Pandeglang dalam mencegah penggunaan obat bebas yang tidak sesuai aturan.
2. Pengembangan ilmu pengetahuan

Memberikan masukan bagi pengembangan ilmu perilaku yang berkaitan dengan penggunaan obat.
3. Penelitian lanjutan

Memberikan masukan untuk penelitian lanjutan tentang penggunaan obat bebas oleh masyarakat dilihat dari variabel dan metode yang berbeda.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Dalam penelitian ini dilakukan identifikasi tindakan Kader CBIA dan Kader non CBIA sebagai pembanding dalam menggunakan obat bebas dalam rangka swamedikasi yang dilakukannya. Penelitian dilakukan selama 2 minggu yang dimulai pada pertengahan Bulan Mei 2009 oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh seorang asisten, dengan metoda kualitatif.

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang karena Puskesmas Pegadungan merupakan salah satu puskesmas tempat dilakukannya uji coba program edukasi obat dengan metoda CBIA oleh Departemen Kesehatan. Di samping itu evaluasi sebelum dan sesudah pelatihan juga telah dilakukan terhadap Kader CBIA di wilayah Puskesmas Pegadungan untuk memberikan gambaran tentang pengetahuan yang telah dimiliki oleh para kader yang dilatih.

Informan penelitian adalah kader yang telah mengikuti pelatihan dengan metoda CBIA dan kader yang belum mengikuti pelatihan di wilayah Puskesmas Pegadungan, sedangkan informan kunci adalah keluarga kader, petugas penyuluh, dan tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Pegadungan.

Untuk menjamin kebenaran dan kesahihan dari informasi yang diberikan oleh informan, dilakukan validitas informasi melalui triangulasi sumber dan metoda yaitu dengan melakukan wawancara mendalam kepada informan-informan kunci yang terkait sebagai triangulasi dari sumber serta metoda diskusi sebagai triangulasi dari metoda.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Komunikasi, Informasi dan Pendidikan Kesehatan

2.1.1. Komunikasi dan Informasi Kesehatan

Salah satu metode yang sistematis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah melalui komunikasi tentang kesehatan (Graeff, et al, 1993). Komunikasi didefinisikan oleh George A. Miller (1951) sebagai “suatu proses informasi yang disampaikan dari satu tempat tertentu ke tempat yang lain” dan Clevenger (1959) yang menyatakan bahwa “komunikasi merupakan suatu terminologi yang merujuk pada suatu proses pertukaran informasi yang dinamis”. Dari kedua definisi tersebut terlihat bahwa dalam komunikasi tercakup pengertian transfer informasi dari kedua pihak antara *source* dan *receiver* (Notoatmodjo, 2005).

Komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang memadukan antara seni dalam metode komunikasi dan ilmu tentang kesehatan, dimana metode yang sesuai untuk setiap negara tentunya berbeda sesuai dengan budaya di masing-masing negara. Secara prinsip, proses komunikasi tersebut harus dilakukan dengan memadukan antara *listening and doing* serta *research and action*. Langkah pertama adalah melakukan komunikasi dengan masyarakat untuk menggali apa yang menjadi kebutuhan masyarakat dan budaya yang mempengaruhinya, dan selanjutnya merencanakan strategi komunikasi yang tepat. Metodologi komunikasi terdiri dari lima tahap yaitu pengenalan lingkungan, perencanaan, *pre test*, proses komunikasi, dan monitor (Graeff, et al, 1993)

Komunikasi kesehatan yang komprehensif adalah suatu metoda yang cukup bermakna dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan karena berorientasi fokus pada konsumen kesehatan / *customer oriented* (Hassan dalam Notoatmodjo, 2005). Komunikasi kesehatan merupakan variasi dari beberapa disiplin ilmu, diantaranya adalah *social marketing*, antropologi, ilmu perilaku, periklanan, komunikasi, pendidikan dan ilmu sosial lainnya. Namun antropologi, *social marketing*, dan ilmu perilaku adalah ilmu yang paling mendominasi dalam komunikasi kesehatan. Antropologi

berkontribusi dalam perencanaan, *social marketing* dalam strategi pengembangan promosi kesehatan yang kreatif dan ilmu perilaku dalam analisis perubahan perilaku yang terjadi (Graef, et al, 1993).

Dampak yang diharapkan dari komunikasi kesehatan masyarakat adalah tumbuhnya motivasi masyarakat untuk mengadopsi kebiasaan atau perilaku baru sehingga pada juga diharapkan akan tumbuh upaya pergerakan masyarakat dalam upaya pencegahan maupun promotif di bidang kesehatan yang lebih dinamis (Hassan dalam Notoatmodjo, 2005). Dalam buku karangan Graef, et al, tahun 1993, empat prinsip analisis perilaku yang berhubungan dengan komunikasi kesehatan sebagai berikut :

1. Perilaku dapat dipelajari melalui pengenalan budaya, sosial ekonomi dan karakteristik individu, yang dapat dilakukan melalui komunikasi dengan masyarakat.
2. Perilaku dibentuk dari suatu peristiwa dan reaksi yang timbul di dalam lingkungan sosial dan fisik di sekitarnya. Saat kondisi lingkungan sosial dan fisik mengalami perubahan, perilaku individu juga akan ikut mengalami perubahan. Perubahan ini dapat terjadi melalui strategi komunikasi yang tepat.
3. Perilaku kesehatan dapat diubah melalui suatu bentuk program komunikasi yang disampaikan.
4. Perubahan perilaku yang menetap dapat diketahui dari observasi terhadap apa yang dilakukan dan sikap yang dimiliki seseorang.

2.1.2. Pendidikan Kesehatan

Telah diuraikan sebelumnya bahwa komunikasi kesehatan merupakan salah satu metoda yang efektif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Winslow (1920) mendefinisikan kesehatan masyarakat (*public health*) sebagai "ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk perbaikan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosa dini serta pengobatan, dan pengembangan rekayasa

sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.” Ruang lingkup dari kesehatan masyarakat mencakup yaitu kesehatan atau sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular (epidemiologi), pendidikan atau promosi kesehatan, dan manajemen pelayanan kesehatan. Artinya, untuk pemecahan suatu masalah kesehatan diperlukan upaya pendidikan atau promosi kesehatan yang diharapkan dapat merubah perilaku kesehatan masyarakat dengan pendekatan analisis masalah melalui ilmu di bidang epidemiologi dan biostatistika (Notoatmodjo, 2005).

Perubahan perilaku yang diharapkan dari kegiatan pendidikan kesehatan harus melalui beberapa tahap sebagai berikut (Machfoedz & Suryani, 2006) :

- a. Tahap sensitisasi, yaitu tahap pemberian informasi untuk menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan.
- b. Tahap publisitas, merupakan kelanjutan dari tahap sensitisasi untuk menyebarluaskan informasi kepada masyarakat.
- c. Tahap edukasi, yang bertujuan meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap.
- d. Tahap motivasi, yang diindikasikan dengan adanya perubahan perilaku sehari-hari dari masyarakat sesuai dengan perilaku yang dianjurkan oleh pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan kepada masyarakat umum dalam penggunaan obat sangat dibutuhkan karena tanpa hal tersebut, masyarakat akan miskin pengetahuan dan tidak mempunyai suatu keahlian untuk memutuskan penggunaan obat yang akan dikonsumsinya. (WHO, 2007).

2.2. Obat dan Pengobatan Sendiri

2.2.1. Obat

Dalam Peraturan Pemerintah No. 72 tahun 1998 tersebut, obat didefinisikan sebagai bahan atau paduan bahan yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosa, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan, dan peningkatan kesehatan termasuk kontrasepsi dan sediaan biologis.

Obat merupakan zat yang dapat bersifat sebagai obat atau racun. Sebagaimana terurai dalam definisi obat bahwa obat dapat bermanfaat untuk diagnosa, pencegahan penyakit, menyembuhkan atau memelihara kesehatan, yang hanya didapatkan pada dosis dan waktu yang tepat, namun dapat bersifat sebagai racun bagi manusia apabila digunakan salah dalam pengobatan dengan dosis yang berlebih atau tidak sesuai aturan yang telah ditetapkan, dan bahkan dapat menimbulkan kematian. Pada dosis yang lebih kecil, efek pengobatan untuk penyembuhan penyakit tidak akan didapatkan. Batasan dosis untuk sifatnya sebagai obat atau racun adalah kecil, dan efek obat yang ditimbulkan adalah berbeda pada setiap individu (Anif, 1997; Ditjen POM, 1997).

Dalam batasan dosis terapi untuk tujuan pengobatan, berdasarkan hasil uji klinik obat, setiap obat memiliki efek ikutan yang tidak diinginkan yang disebut dengan efek samping obat. Efek samping tersebut merupakan respon negatif yang merugikan yang terjadi pada setiap manusia yang mengkonsumsi obat (Ditjen POM, 1997). Sebagai contoh, acetylsalicylic acid / aspirin yang banyak digunakan di berbagai negara sebagai penghilang rasa sakit (analgesik) meskipun penggunaannya secara bebas relatif aman namun tetap mempunyai efek samping lain, yaitu nyeri lambung, mual, muntah, dan bahkan pada dosis yang melampaui batas dapat menimbulkan pendarahan lambung. (WHO, 2006). Contoh lain adalah parasetamol yang juga digunakan sebagai penghilang rasa sakit (analgesik), tidak dianjurkan pada pasien penderita gangguan fungsi hati dan pada dosis yang melampaui batas pada pasien normal dapat menimbulkan penyakit hati atau ginjal (Ditjen POM, 1997 ; Nonprescription Pain Relievers, 2009).

Dalam penggunaannya, obat dibedakan menjadi 3 golongan yang diberi penandaan khusus untuk masing-masingnya yaitu (Ditjen POM, 1997; Anif, 1997):

1. Obat Bebas dengan penandaan berupa lingkaran hijau dan garis tepi berwarna hitam
2. Obat Bebas Terbatas dengan penandaan berupa lingkaran biru dan garis tepi berwarna hitam
3. Obat yang hanya dapat diberikan dengan resep dokter ditandai dengan penandaan khusus berupa lingkaran bulat merah dan garis tepi berwarna

hitam serta huruf K terletak di tengah lingkaran dimana huruf K tersebut menyentuh garis tepi lingkaran.

Perbedaan antara golongan obat bebas dan obat bebas terbatas adalah bahwa untuk obat bebas terbatas memiliki tanda peringatan khusus terkait keamanan pemakaian obat yang hanya boleh digunakan dengan takaran dan kemasan tertentu dalam pengobatan sendiri atau swamedikasi, yaitu (Ditjen POM, 1997) :

P. No. 1 Awat ! Obat Keras Bacalah aturan memakainya	P. No. 2 Awat ! Obat Keras Hanya untuk kumur, jangan ditelan
P. No. 3 Awat ! Obat Keras Hanya untuk bagian luar dari	P. No. 4 Awat ! Obat Keras Hanya untuk dibakar
P. No. 5 Awat ! Obat Keras Tidak boleh ditelan	P. No. 6 Awat ! Obat Keras Obat wasir, jangan ditelan

Gambar 2.1. : Tanda-tanda peringatan pada obat bebas terbatas

Sumber : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997, *Kompendia Obat Bebas* ed 2, Ditjen POM, Jakarta, hal ix-x.

Selain tanda peringatan khusus yang wajib dicantumkan pada penandaan obat bebas terbatas tersebut, seluruh obat diwajibkan mencantumkan keterangan tentang nama dan komposisi zat berkhasiat dari obat, indikasi atau kegunaan, aturan pakai, kontra indikasi, efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan obat, serta informasi penting lainnya seperti yang tertuang dalam Surat Keputusan Kepala Badan POM No. HK.00.05.3.1950 tentang Kriteria dan Tata Laksana Pendaftaran Obat Jadi dan SK Menkes No. 917/1993.

2.2.2. Obat Rasional

Penggunaan obat yang rasional difokuskan pada empat aspek kesesuaian yang utama yaitu obat yang sesuai (*correct medicines*), dosis obat yang sesuai (*correct dose*), lama pengobatan yang sesuai (*correct duration*) dan harga yang

sesuai (*correct cost*). Obat yang sesuai didefinisikan sebagai penggunaan obat yang didasarkan atas keluhan klinis pasien dan tidak berlebihan yang secara klinis sesungguhnya tidak diperlukan. Kesesuaian dosis dan lama penggunaan dimaksudkan sebagai dosis yang ditetapkan dengan didasarkan kepada kebutuhan masing-masing pasien, termasuk jangka waktu pemberian obat yang benar sesuai petunjuk penggunaan obat yang benar. Sedangkan yang dimaksud dengan kesesuaian harga adalah harga terendah bagi pasien dalam suatu komunitas dari pilihan obat yang tersedia (WHO, 2006).

Hasil penelitian WHO pada tahun 2006 dilaporkan bahwa berbagai bentuk penyimpangan penggunaan obat oleh masyarakat yang ditemukan adalah (Chetley, 2007) :

- Mengonsumsi obat yang tidak sesuai dengan aturan pakai yang telah direkomendasikan oleh penulis resep.
- Melakukan swamedikasi dengan obat yang seharusnya dikonsumsi di bawah pengawasan dokter.
- Penggunaan obat antibiotika yang tidak tepat
- Penggunaan obat bebas yang berlebihan atau tidak sesuai dengan aturan.
- Penggunaan obat herbal yang tidak aman
- Penggunaan kombinasi obat non esensial
- Penggunaan obat yang sesungguhnya tidak diperlukan (pemborosan biaya)

Penggunaan obat rasional ini memiliki kontribusi yang besar dalam pemeliharaan kesehatan yang berkualitas karena penggunaan obat yang tidak rasional seperti penggunaan jumlah obat yang berlebihan, penggunaan obat yang tidak tepat dosis dan jangka waktu penggunaan obat seperti yang sering terjadi pada penggunaan obat anti mikroba serta penyalahgunaan obat resep dokter pada swamedikasi, saat ini telah menjadi masalah yang serius dalam kesehatan masyarakat di dunia. Penggunaan obat yang tidak rasional ini tidak hanya terjadi pada masyarakat, bahkan terjadi di kalangan profesional kesehatan. Oleh karenanya promosi peningkatan penggunaan obat yang rasional diutamakan ditujukan kepada empat kelompok penduduk yaitu masyarakat umum, profesional kesehatan, tenaga-tenaga pendidik, pembuat dan penentu kebijakan suatu negara

(WHO, 2006). Penggunaan obat yang tidak rasional juga merupakan suatu masalah di Indonesia seperti polifarmasi, penggunaan antibiotika yang berlebihan, penyalahgunaan obat suntik, waktu konsultasi seorang pasien yang kurang dan singkat, serta kepatuhan pasien yang sangat rendah dalam penggunaan obat (Arustiyono, 1999).

Seperti telah diuraikan sebelumnya bahwa kebijakan obat nasional yang telah ditetapkan oleh pemerintah ditujukan agar terwujudnya jaminan atas mutu, keamanan dan efek obat bagi masyarakat. Schlaadt & Shannon, 1990 dalam bukunya yang berjudul *Drugs* menjelaskan bahwa *Food Drug and Administration* (FDA), suatu lembaga yang bertanggung jawab terhadap keamanan obat yang beredar di Amerika Serikat, mengharuskan masyarakatnya untuk melindungi kesehatan diri sendiri dengan cara :

- Hanya menggunakan obat sesuai yang dibutuhkan
- Tidak membeli dan menyimpan obat dalam jangka waktu panjang
- Tidak ceroboh mengkombinasikan jenis obat
- Tidak menggunakan obat secara terus menerus untuk mengatasi gejala suatu penyakit
- Membaca dan mengikuti petunjuk penggunaan obat
- Meminta petunjuk dari profesional kesehatan sebelum mengkombinasikan obat-obatan yang akan dikonsumsi.

Dalam Buku Kompendia Obat Bebas yang berisi panduan tentang penggunaan obat bebas bagi masyarakat, yang dimaksud dengan penggunaan rasional untuk obat bebas adalah penggunaan yang sesuai dengan aturan, artinya memenuhi 4 kriteria yaitu tepat golongan obat, tepat obat, tepat dosis, dan lama penggunaannya yang terbatas. Tepat golongan obat artinya tidak menggunakan obat dari golongan obat dengan resep dokter untuk swamedikasi, tepat obat artinya sesuai dengan keluhan klinis pasien dan dengan dosis yang sesuai kebutuhan masing-masing individu, serta digunakan dalam jangka waktu tertentu (tidak secara terus menerus). Hal lain yang disarankan antara lain anjuran untuk menghubungi tenaga kesehatan terdekat bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan atau obat yang digunakan tidak menimbulkan manfaat, tidak meminum obat di

tempat gelap untuk menghindari kesalahan, anjuran untuk membaca cara pemakaian sebelum meminum obat, dan senantiasa memperhatikan tanggal kadaluarsanya (Ditjen POM, 1997).

2.2.3. Pengobatan Sendiri

Sakit menurut kebudayaan didefinisikan sebagai “keadaan dimana seseorang tidak dapat melakukan aktifitasnya secara normal, sehingga perlu dilakukannya suatu tindakan untuk mengatasi keadaan tersebut.” Keadaan sakit ini dijelaskan oleh masyarakat dengan anggapan yang berbeda-beda tergantung dari budaya setempat. Suatu gejala yang dianggap sakit pada masyarakat satu, mungkin tidak dianggap sakit pada kelompok masyarakat lain (Kresno, 2005).

Salah satu tradisi yang diwariskan oleh nenek moyang atau leluhur kita untuk mengatasi rasa sakit yang dirasakan adalah usaha atau kebiasaan untuk mengobati diri sendiri yang dikenal dengan sebutan swamedikasi (*self medication*) (Schlaadt & Shannon, 1990). Pengobatan sendiri dalam pengertian umum adalah upaya yang dilakukan untuk mengobati diri sendiri menggunakan obat, obat tradisional, atau cara lain tanpa nasihat tenaga kesehatan (Anderson, 1979).

Obat-obatan dari golongan obat bebas banyak diyakini dan dipercaya oleh masyarakat untuk mengobati gejala-gejala penyakit yang dirasakannya (Schlaadt & Shannon, 1990). Dalam peraturan dan ketentuan yang berlaku, pengobatan sendiri yang dilakukan dengan obat hanya boleh menggunakan obat yang termasuk golongan obat bebas dan obat bebas terbatas serta yang bukan termasuk golongan yang hanya dapat diberikan dengan resep dokter (SK Menkes No.2380/1983). Tindakan swamedikasi menggunakan obat bebas yang dilakukan biasanya didasari atas beberapa pertimbangan antara lain mudah dilakukan, mudah dicapai, tidak mahal, dan sebagai tindakan alternatif dari konsultasi kepada tenaga medis, meskipun disadari bahwa obat-obat tersebut hanya sebatas mengatasi gejala dari suatu penyakit (Schlaadt & Shannon, 1990).

Swamedikasi dengan obat bebas yang dilakukan dapat menjadi beresiko apabila dilakukan secara terus menerus untuk mengobati penyakit yang tak kunjung sembuh. Banyak orang terkadang lupa atau tidak menyadari bahwa obat-obat bebas yang dikonsumsinya dapat menimbulkan reaksi tertentu dalam

tubuhnya yang bisa bermanfaat atau bahkan merugikan. Interaksi obat tersebut dapat terjadi tidak hanya antara dua jenis obat yang berbeda melainkan juga antara obat dan makanan yang dikonsumsi. Dosis dari beberapa obat yang dapat digunakan secara bebas terkadang tidak sekuat obat dengan resep dokter. Oleh karenanya, sering seseorang menggunakan obat bebas lebih dari dosis yang direkomendasikan jika merasa obat tersebut tidak menimbulkan efek yang diinginkan berdasarkan perasaannya, dan tentunya hal tersebut juga dapat meningkatkan kemungkinan timbulnya efek samping, reaksi merugikan lainnya, dan keracunan (Schlaadt & Shannon, 1990).

Dalam buku karangan Anderson, 1979, penyalahgunaan pengobatan sendiri yang sering dilakukan terjadi pada beberapa situasi, yaitu :

1. Penggunaan obat yang tidak sesuai dengan indikasi obat.
2. Penggunaan 2 atau lebih jenis obat yang berbeda namun dengan bahan aktif yang sama
3. Penggunaan obat yang seharusnya dilakukan atas dasar resep dokter.
4. Penggunaan obat dengan dosis yang tidak tepat bahkan melewati batas dosis yang dianjurkan.
5. Penyimpanan obat yang tidak benar seperti suhu ruang tempat penyimpanan, melewati batas kadaluarsa, dll.

Saat ini, jumlah obat bebas yang beredar mengalami peningkatan pesat. Empat puluh lima tahun yang lalu, jumlah obat bebas yang beredar (dapat diperoleh tanpa resep dokter) hanya sekitar 50 – 60 jenis produk, namun saat ini jumlahnya telah melebihi 300.000 obat bebas yang biasanya digunakan untuk mengobati penyakit-penyakit ringan seperti sakit kepala dan laxative (melancarkan buang air besar). Hasil penelitian tentang pengetahuan obat yang dilakukan pada 561 mahasiswa (296 pria dan 265 wanita) di Michigan State University menyatakan bahwa nilai rata-rata pengetahuan obat responden adalah pada tingkat "C" yang artinya responden tidak memiliki pengetahuan yang memadai untuk menetapkan obat secara rasional di tengah-tengah banyaknya pilihan obat bebas di pasaran. Namun diyakini dengan adanya informasi yang tepat, masyarakat dapat melakukan swamedikasi dengan baik untuk meningkatkan

kesehatannya dan menghemat biaya yang tidak semestinya dikeluarkan (Schlaadt & Shannon, 1990).

2.3. Informasi dan Promosi Obat

Terkait dengan peningkatan kesehatan masyarakat yang dapat dilakukan melalui metoda komunikasi kesehatan, dan dalam komunikasi ini tercakup adanya suatu bentuk transfer informasi, maka informasi tentang obat kepada masyarakat merupakan salah satu faktor yang menunjang terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat (Graeff, et al, 1993). Informasi obat pada label kemasan obat merupakan sumber informasi yang utama dari masyarakat karena adanya keseimbangan antara informasi resiko, manfaat dan keamanan obat, meskipun terkadang informasi tersebut sulit dipahami. Informasi obat dalam label harus mudah dibaca dan dimengerti sehingga tidak menimbulkan kesalahpahaman dalam penggunaan obat dalam kaitannya dengan keamanan obat. Kajian dan standar penulisan informasi suatu obat sangat diperlukan sehingga informasi tersebut dapat mendukung masyarakat (Shrank & Avorn, 2007).

Informasi tentang obat kepada masyarakat dapat disampaikan dalam bentuk pendidikan / edukasi, namun informasi tersebut dapat juga bersifat komersial yang disebut sebagai promosi / iklan, sesuai dengan definisi dari promosi yaitu memberitahukan keberadaan atau perkembangan tentang sesuatu, baik sebuah produk, pelayanan, ide-ide terbaru, ataupun sebuah organisasi yang bertujuan untuk menginformasikan melalui metode persuasif (Pathak, et al, 1992). Dalam suatu marketing modern, yang dilakukan tidak hanya mengembangkan produk yang baik, menjual dengan harga yang menarik, serta kemudahan mendapatkannya, namun perusahaan juga harus melakukan komunikasi dengan seluruh stakeholdersnya (yang eksisting maupun yang potensial), dan kepada masyarakat (calon pelanggan). Setiap perusahaan wajib mengalokasikan biaya untuk komunikasi dan promosi (Kotler, et al, 2003).

Menurut Terence A. Shimp dalam buku “Integrated Marketing Communications in Advertising & Promotion”, terdapat 3 (tiga) kelompok media tempat beriklan yaitu media tradisional (surat kabar, majalah, radio, dan televisi),

internet, dan media lainnya (video, dvd, CD-ROM, yellow pages, video game, serta media luar ruang).

Lebih lanjut menurut Shimp, dalam beriklan, tidak ada media pilihan yang pasti lebih baik dari media yang lain. Keseluruhan nilai ataupun hasil dari iklan yang diperoleh dari suatu iklan sangat tergantung kepada tujuan iklan, target market yang dituju, dan anggaran (*budget*) yang tersedia. Menurut *Marketer's Guide to Media*, 2004, vol.27 (New York: VNU Business Media Inc.), salah satu sisi pendekatan yang bisa dipakai dalam melihat media mana yang dipergunakan adalah dengan melihat total belanja iklan di media. Sebagai contoh, di Amerika Serikat pada tahun 2004, total belanja iklan pada media tradisional adalah surat kabar 32 %, majalah 8%, radio 14 %, dan televisi 46 % (Shimp, 2007). Namun, menurut Kottler, et al, iklan yang ditampilkan pada media televisi memiliki keuntungan dan keterbatasan sebagai berikut :

Tabel 2.1 : *Profiles of Major Media Types (Television Medium)*

<i>Advantages</i>	<i>Limitation</i>
<i>Combines sights, sound, and motion</i>	<i>High absolute cost</i>
<i>Appealing to the senses</i>	<i>High clutter</i>
<i>High attention</i>	<i>Fleeting exposure</i>
<i>High reach</i>	<i>Less audience selectivity</i>

Sumber : Kottler, et al, 2003, *Marketing Management, an Asian Perspective*, 3rd edition, 2003, Prentice Hall, hal.644

Sejalan dengan teori yang dikemukakan tersebut, adanya kecenderungan masyarakat untuk menggunakan obat bebas dalam mengatasi keluhan ringan penyakitnya, menyebabkan bisnis di bidang obat bebas menjadi terus meningkat dan berkembang, termasuk industri-industri periklanan yang juga mengambil keuntungan dari tradisi swamedikasi yang ada di masyarakat ini melalui promosi ratusan dari ribuan obat yang beredar dan dapat diperoleh tanpa resep dokter. Satu dari delapan jenis iklan komersial yang beredar di Amerika Serikat adalah iklan obat. Bisnis yang bergerak di bidang obat bebas tersebut dapat mencapai miliaran dolar Amerika yang pendapatan utamanya sangat bergantung pada iklan, bahkan dapat dibayangkan bahwa 20 sampai 40 persen dari pendapatannya dapat

dihabiskan untuk iklan produknya. Iklan televisi merupakan faktor kunci penjualan dari obat bebas (Schlaadt & Shannon, 1990).

Dalam iklan obat komersial, beberapa informasi penting menjadi hilang disebabkan karena penekanan iklan hanya pada manfaat obat tanpa membahas efek samping maupun kontra indikasi dari obat tersebut, sehingga mengakibatkan informasi menjadi tidak obyektif. Oleh karenanya banyak orang tidak menyadari bahwa iklan-iklan obat bebas tanpa disadari dapat menimbulkan efek yang merugikan dan bahkan menyebabkan seseorang menjadi ketagihan untuk selalu mengkonsumsi obat (Schlaadt & Shannon, 1990).

2.4. Upaya Pemerintah dalam Mereduksi Penggunaan Obat Bebas oleh Masyarakat yang Tidak Sesuai Aturan

2.4.1. Pengawasan Promosi, Iklan dan Penandaan Obat

Menurut peraturan yang berlaku di Indonesia di bidang obat, unsur-unsur kebijakan obat nasional diantaranya terdiri dari penilaian, pengujian dan pendaftaran, pengadaan dan produksi, distribusi dan pelayanan, penandaan, promosi, pemeliharaan mutu, pengamanan peredaran dan penggunaan, sistim informasi obat, serta penelitian dan pengembangan (Anif, 1997). Unsur-unsur kebijakan obat nasional tersebut tertuang di dalam Undang-Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Undang-Undang No. 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, Peraturan Pemerintah No. 72 tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi, Peraturan-peraturan dan Keputusan Menteri Kesehatan, serta Peraturan dan Keputusan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan. Kebijakan obat nasional ditetapkan dengan tujuan agar terwujudnya jaminan atas mutu, keamanan dan efek obat bagi masyarakat (Badan POM, 2007).

Berkaitan dengan upaya untuk melindungi masyarakat dari penyalahgunaan penggunaan obat bebas, selain telah dilakukannya penilaian dan pengujian dalam rangka pendaftaran obat, pengawasan dalam produksi, distribusi dan pelayanan obat, dilakukan juga pengawasan terhadap promosi, iklan dan penandaan obat yang beredar. Prinsip utama dalam promosi, iklan dan penandaan obat adalah bahwa harus terpenuhinya kriteria obyektif, lengkap dan tidak menyesatkan dalam setiap informasi obat yang diberikan (Peraturan Pemerintah

no 72, 1998). Oleh karenanya obyektifitas, kelengkapan dan prinsip tidak menyesatkan dalam promosi, iklan dan penandaan obat merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan para provider di bidang obat. Pada lain sisi, masyarakat juga mempunyai kewajiban untuk melindungi dirinya dari penggunaan obat yang tidak sesuai dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dirinya sendiri yang dapat dilakukan misalnya dengan selektif menyaring informasi obat yang diterimanya dari iklan obat di media massa, serta selektif menentukan obat yang akan dikonsumsinya dengan membaca setiap informasi yang terdapat pada penandaan kemasan obat (Sinar Harapan, 17 April 2009).

Berdasarkan peraturan dan ketentuan yang berlaku di bidang obat tersebut, pemerintah dalam hal ini Badan Pengawas Obat dan Makanan mempunyai tugas dan fungsi pokok diantaranya melakukan pengawasan terhadap iklan dan penandaan obat sebelum dan sesudah diedarkan kepada masyarakat (SKB Menpan, Menkes, 2003). Pengawasan ini merujuk pada terwujudnya jaminan terhadap obyektifitas, kelengkapan dan prinsip tidak menyesatkan dari informasi obat yang diberikan (Peraturan Pemerintah No. 72, 1998)

2.4.2. Program Edukasi Obat dengan Metode Cara Belajar Ibu Aktif

Dilatarbelakangi dengan tingginya angka swamedikasi dan seringnya masyarakat mendapat informasi tentang obat dari iklan, mengindikasikan bahwa masyarakat sangat membutuhkan informasi tentang obat, terlebih lagi dengan sering didapatkannya pemakaian bersama dari beberapa nama dagang obat bebas yang mempunyai kandungan jenis obat yang sama. Ini semua dapat meningkatkan resiko timbulnya efek samping obat yang merugikan. Oleh karenanya, diperlukan suatu model intervensi pendidikan bagi masyarakat untuk melatih dan menelaah informasi obat secara kritis sehingga pilihan sumber informasi obat akan jatuh pada kemasan obat dan *package insert*. Departemen Kesehatan selaku instansi pemerintah yang bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat Indonesia juga telah berupaya untuk memberdayakan masyarakat dalam bidang penggunaan obat bebas. Pemberdayaan masyarakat ini diwujudkan dengan jalan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang obat sehingga diharapkan masyarakat dapat

terampil memilih serta menggunakan obat yang benar dengan memanfaatkan sumber-sumber informasi yang telah tersedia di masyarakat yaitu brosur obat dan informasi yang tercantum dalam penandaan obat. Program ini dilakukan dengan metoda Cara Belajar Ibu Aktif (CBIA) kepada para tenaga kesehatan (Depkes, 2008).

Metoda CBIA digunakan dengan mengadopsi dari metoda belajar mengajar yang dahulu digunakan untuk sekolah dasar di Indonesia dan untuk mudahnya dinamakan CBIA (Cara Belajar Ibu Aktif). Pada mulanya metoda ini disiapkan khusus untuk para ibu, karena ibu umumnya berfungsi sebagai pengelola kesehatan di rumah tangga. Pada pelaksanaannya kemudian ternyata bapak dan remaja pria juga menaruh minat pada kegiatan ini karena merasakan manfaatnya, sehingga istilah Cara Belajar Ibu Aktif diubah menjadi Cara Belajar Insan Aktif (singkatan tetap CBIA). Setelah CBIA digunakan di negara-negara lain, nama CBIA sering diperpanjang menjadi (*Community Based Interaktive Approach*). Metoda ini didasarkan pada proses belajar mandiri (*self learning process*). Tutor berfungsi sebagai pemicu diskusi, dan bila perlu menunjukkan cara /jalan untuk mendapatkan jawaban atas suatu masalah. Tutor dianjurkan tidak mendominasi diskusi, kecuali bila dinamika kelompok memang tidak bisa berkembang.

Program pelatihan ini dilakukan selama 1 hari dengan menggunakan 2 metoda yaitu ceramah dan diskusi. Dalam ceramah peserta diberi pengetahuan tentang obat sesuai materi pelatihan yang akan diuraikan dalam paragraf selanjutnya, dan dalam diskusi para peserta dibagi dalam kelompok-kelompok kecil. Setiap kelompok diberikan alat bantu berupa 1 paket obat yang berisi 40 obat lengkap dengan kemasan aslinya dilengkapi dengan harga toko. Jenis obat dibatasi 3 hingga 4 jenis kelas terapi (analgesik, vitamin, obat batuk dan gangguan lambung). Alat bantu lainnya berupa lembar kerja dan petunjuk kegiatan. Selanjutnya setiap kelompok dilatih untuk mempelajari seluruh informasi yang terdapat dalam contoh obat-obat tersebut. Dengan didampingi oleh tutor, setiap kelompok dibimbing untuk dapat mengenali nama dagang, bahan aktif, kekuatan obat, dan informasi lain yang diperlukan sebagai dasar melakukan swamedikasi (Depkes, 2008).

Secara umum pelatihan ini ditujukan untuk meningkatkan penggunaan obat rasional pada penggunaan obat untuk sendiri dan di rumah tangga, dan secara khusus, intervensi pendidikan dengan metoda CBIA bertujuan agar para pengguna obat memahami :

1. Kemasan / *package insert* merupakan informasi obat yang secara cepat dapat diketahui.
2. Beberapa nama dagang obat memiliki kandungan bahan aktif sama dan bahkan diharapkan dapat membedakan antara kandungan utama dan kandungan tambahan dari obat.
3. Informasi-informasi penting tentang obat seperti kandungan bahan aktif, indikasi, cara pemakaian obat, efek samping, dan kontra indikasi.
4. Kualitas informasi dari obat dengan cara menelaahnya secara sederhana.

Kebijakan penggunaan obat rasional ini ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Nomor 189/SK/Menkes/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional. Kriteria penggunaan obat rasional yang dimaksud dalam pelatihan ini adalah (Depkes, 2008) :

1. Tepat diagnosis, obat diberikan sesuai dengan diagnosis.
2. Tepat indikasi penyakit, obat diberikan tepat bagi suatu penyakit.
3. Tepat pemilihan obat, obat yang dipilih memiliki efek terapi sesuai dengan penyakit.
4. Tepat dosis. Jumlah, cara pemberian, waktu (interval waktu pemberian) dan lama pemberian obat harus tepat.
5. Tepat penilaian kondisi pasien. Memperhatikan kontra indikasi obat, komplikasi, kehamilan, menyusui, lanjut usia dan bayi.
6. Waspada terhadap efek samping. Efek samping yang dimaksud adalah efek yang tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi seperti mual, muntah, gatal-gatal dan sebagainya.
7. Efektif, aman, mutu terjamin, tersedia setiap saat, dan harga terjangkau. Yang dimaksud dengan kriteria ini adalah tempat pembelian obat yang harus melalui jalur resmi (sarana pelayanan obat yang resmi).

8. Tepat tindak lanjut (*follow up*). Berkonsultasi dengan dokter bila sakit berlanjut.
9. Tepat penyerahan obat. Melibatkan penyerah obat dan pasien sebagai konsumen dengan informasi yang tepat.
10. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang diberikan. Beberapa kemungkinan terjadinya ketidakpatuhan dalam meminum obat antara lain jenis obat yang beragam, jumlah obat terlalu banyak, frekuensi pemberian obat terlalu tinggi (sering), pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi, pasien tidak mendapatkan informasi yang cukup mengenai cara penggunaan obat, dan timbulnya efek samping.

Materi pelatihan tersebut meliputi (Depkes, 2008) :

1. Penggolongan Obat. Obat dibagi menjadi 5 golongan yaitu obat bebas, obat bebas terbatas, obat keras, obat psikotropika, dan obat narkotika. Dalam pelatihan hanya difokuskan pada golongan obat bebas dan obat bebas terbatas.
2. Informasi pada kemasan dan etiket obat, yaitu nama obat (merk dagang dan zat aktif), komposisi obat (zat tunggal atau campuran serta bahan tambahan lain), indikasi (khasiat untuk suatu penyakit), aturan pakai (waktu dan berapa kali obat digunakan), peringatan perhatian, tanggal daluarsa, nama produsen, nomor *batch* / lot, HET dan nomor registrasi obat.
3. Cara pemilihan dan mendapatkan obat. Cara pemilihan harus memperhatikan keadaan alergi atau reaksi lain yang pernah dialami, wanita hamil dan menyusui, diet tertentu yang sedang dilakukan, dan kondisi sedang melakukan terapi menggunakan obat lainnya. Cara mendapatkan obat yang direkomendasikan adalah berasal dari rumah sakit, puskesmas, pos kesehatan desa, apotek atau toko obat berizin, dengan melakukan pemeriksaan fisik dan mutu obat (jenis dan jumlah, kemasan, kadaluarsa, kesesuaian etiket seperti nama, tanggal dan aturan pakai)
4. Bentuk sediaan obat. Terdiri dari 3 jenis sediaan yaitu sediaan padat, sediaan cair, inhalasi, sediaan setengah padat. Sediaan padat terdiri dari

tablet (tablet salut, effervescent, kunyah, hisap), kapsul dan puyer. Sediaan cair terdiri dari sirup dan larutan obat luar. Sediaan setengah padat terdiri dari salep, krim, gel, aerosol, suppositoria, dan ovula.

5. Peringatan perhatian. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penetapan jenis obat yaitu gejala atau keluhan rasa sakit, alergi yang pernah dialami, wanita hamil dan menyusui, diet yang sedang dilakukan, efek samping yang tertera pada label obat, bentuk sediaan obat yang harus disesuaikan dengan keadaan pasien, serta nama obat, khasiat, cara penggunaan dan dosis obat. Hal lain yang harus diperhatikan adalah keutuhan sediaan obat seperti tersegel baik, tidak rusak, tidak berlubang, dan tanggal daluarsa jelas terbaca. Untuk bentuk tanda peringatan yang harus diperhatikan, sesuai dengan tanda peringatan khusus untuk obat bebas terbatas.
6. Dosis obat. Merupakan aturan penggunaan obat yang menunjukkan jumlah obat, jumlah kali pemberian obat, dan waktu meminum obat.
7. Cara penggunaan obat. Berpedoman pada penggunaan obat rasional yang mencakup ketepatan diagnosa, ketepatan indikasi penggunaan obat, ketepatan pemilihan obat, ketepatan dosis, cara dan lama pemberian, dan ketepatan pemberian informasi mengenai cara penggunaan dan penyimpanan obat (jelas dan mudah dimengerti). Pemberian informasi dari tenaga kesehatan tersebut meliputi informasi umum dan informasi khusus. Yang termasuk dalam informasi umum adalah cara minum obat, waktu minum obat, aturan minum obat, tidak untuk penggunaan terus menerus, saat konsumsi obat harus dihentikan bila menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan, larangan mencampur berbagai jenis obat dalam satu wadah, larangan melepas etiket dari wadah, senantiasa membaca cara penggunaan sebelum diminum termasuk tanggal daluarsa, tidak mengkonsumsi obat orang lain meskipun dengan gejala sama, dan anjuran berkonsultasi dengan tenaga kesehatan bila ada hal-hal yang belum jelas. Sedangkan yang tergolong dalam informasi khusus adalah informasi tentang cara khusus penggunaan obat sesuai bentuk sediaan obat masing-masing seperti sediaan oral, sediaan luar (kulit, mata, hidung, dan lain-lain).

8. Efek samping obat, adalah reaksi merugikan yang timbul dalam dosis normal obat yang biasanya terjadi setelah beberapa saat obat diminum, seperti gatal, pusing, mual, diare, sesak nafas, jantung berdebar-debar, dan lain-lain.
9. Cara penyimpanan obat, seperti dijauhkan dari jangkauan anak, menyimpan dalam kemasan asli, dan cara penyimpanan khusus lain sesuai bentuk sediaan obat.
10. Obat rusak dan kadaluarsa, meliputi penyebab kerusakan obat dan cara mengidentifikasi kerusakan obat.
11. Cara pembuangan obat yaitu penimbunan di dalam tanah setelah dihancurkan, pembuangan ke saluran air untuk sediaan cair setelah diencerkan, dan melepas etiket obat serta menggunting kemasan dus atau strip.

2.5. Teori Terkait dengan Perilaku Penggunaan Obat

Perilaku kesehatan (*healthy behavior*) dalam buku Notoatmodjo (1997) didefinisikan sebagai “semua aktifitas atau kegiatan seseorang, baik yang dapat diamati (*observable*) maupun yang tidak dapat diamati (*unobservable*), yang berkaitan dengan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.” Pemeliharaan kesehatan mencakup upaya untuk mencegah dan melindungi diri dari penyakit dan masalah kesehatan lain, meningkatkan kesehatan, dan mencari penyembuhan apabila sakit atau terkena masalah kesehatan.

Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2005) membuat 3 klasifikasi perilaku kesehatan yaitu “perilaku sehat (*healty behavior*), perilaku sakit (*illness behavior*), dan perilaku peran orang sakit (*sick role behavior*).” Perilaku atau kegiatan yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan seperti makan dengan menu seimbang, olah raga, dan istirahat yang cukup disebut dengan perilaku sehat. Perilaku sakit berkaitan dengan tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh seseorang yang sedang mempunyai masalah dalam kesehatannya seperti sakit. Jenis-jenis dari perilaku sakit yang terjadi yaitu didiamkan saja (*no action*), mengambil tindakan dengan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*) dengan cara tradisional atau modern (minum obat

bebas), dan mencari penyembuhan atau pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan yang dimaksud dengan perilaku peran orang sakit adalah bahwa orang yang sedang sakit mempunyai hak dan kewajiban, antara lain tindakan untuk memperoleh kesembuhan, mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat, mematuhi apa yang disarankan oleh tenaga medis untuk mempercepat kesembuhan, tidak melakukan sesuatu yang merugikan, dan menjaga agar tidak mengalami sakit yang sama (Notoatmodjo, 2005).

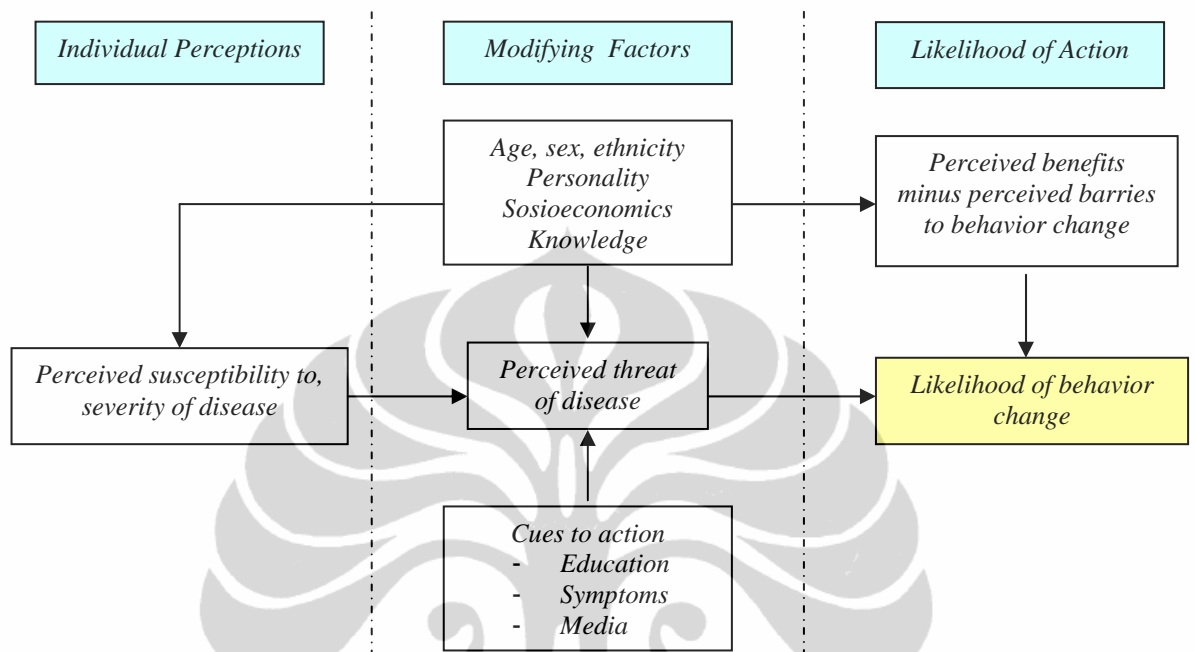
2.5.1. Teori Health Belief Model

Teori Health Belief Model mengidentifikasi tentang perilaku yang dipengaruhi oleh adanya suatu bentuk keyakinan / kepercayaan, dimana perubahan perilaku kesehatan terkait dengan kepercayaan terhadap adanya ancaman dan keyakinan akan manfaat yang ditimbulkan bila melakukan suatu perubahan perilaku untuk mengatasi ancaman tersebut (Reynolds, et al, 2007). Teori ini membagi 3 kelompok komponen yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku yaitu *individual perception*, *modifying factors*, dan *likelihood of action*, seperti digambarkan dalam gambar 2.2.

Teori Health Belief Model mengidentifikasi variabel-variabel yang berpengaruh pada perubahan perilaku kesehatan yaitu (Janz, Champion, dan Strecher, 2002) :

- Kepercayaan tentang adanya suatu masalah kesehatan pada dirinya.yang dipengaruhi oleh karakteristik individu (umur, jenis kelamin, suku, sosial ekonomi, pengetahuan)
- Anggapan bahwa masalah tersebut adalah serius dan harus segera diatasi yang dipengaruhi oleh faktor karakteristik individu, kepercayaan tentang adanya suatu masalah kesehatan, dan pengaruh lain dari luar seperti pendidikan dan informasi dari media.
- Keyakinan setelah adanya pertimbangan manfaat dan kerugian bila melakukan perubahan perilaku untuk mengatasi masalah tersebut yang dipengaruhi oleh karakteristik individu.

- Melakukan perubahan perilaku setelah adanya keyakinan tentang adanya ancaman suatu penyakit dan pertimbangan manfaat dan kerugiannya terhadap perubahan perilaku yang akan dilakukan.



Gambar 2.2 : *Health Belief Model Components and Linkages*

Sumber : Janz, et al dalam Glanz, et al, 2002, *The Health Belief Model* dalam *Health Behavior and Health Education*, 3rd ed, Jossey-Bass, San Francisco, hal 52

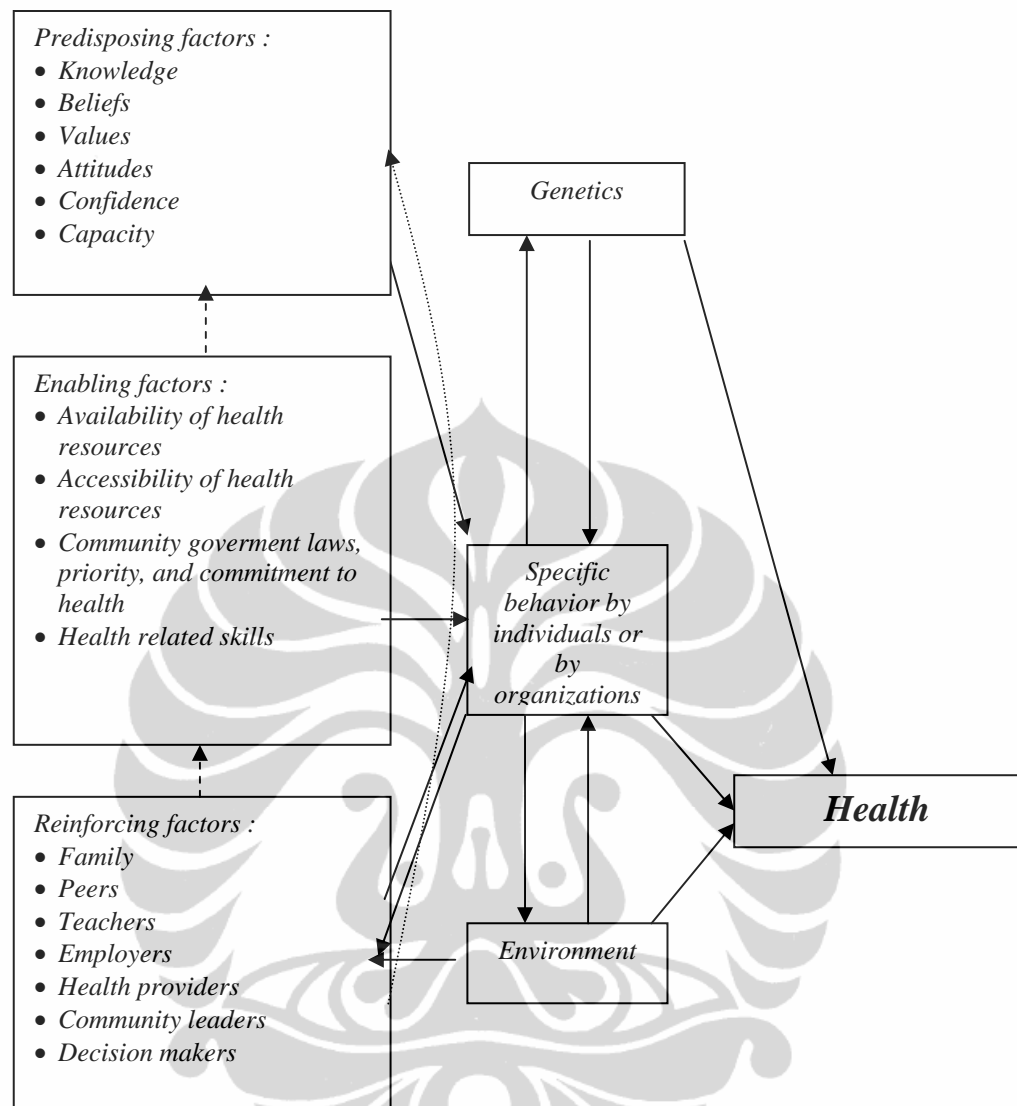
Teori ini mengilustrasikan pada proses terjadinya perubahan perilaku dalam pemilihan dan penggunaan obat yang benar pada kader kesehatan yang diawali dengan timbulnya kepercayaan pada diri sendiri tentang keadaan sakit yang sudah menjadi ancaman bagi kesehatan dirinya dan harus segera diatasi. Kepercayaan ini timbul akibat adanya 3 faktor yang mempengaruhinya yaitu faktor yang berasal dari dalam diri kader, faktor di luar diri kader dan kepercayaan tentang adanya suatu penyakit. Faktor yang berasal dari dalam diri kader antara lain umur, jenis kelamin, suku bangsa, sosial ekonomi dan pengetahuan. Sedangkan faktor dari luar diri kader yaitu adanya perlakuan pendidikan, dan pengaruh media massa.

2.5.2. Teori Lawrence Green

Menurut Green (2005), perilaku individu atau kelompok merupakan fungsi dari tiga faktor yaitu *predisposing*, *enabling* (pemungkin), dan *reinforcing* (penguat). *Predisposing factor* adalah hal-hal yang berasal dari dalam diri individu atau kelompok, termasuk di dalamnya umur, pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan persepsi terhadap kebutuhan dan kemampuan yang dimiliki. *Enabling factor* (faktor pemungkin) yaitu hal-hal yang memungkinkan atau memfasilitasi seseorang untuk melakukan tindakan atau perilaku tertentu. *Reinforcing factor* (faktor penguat) yaitu faktor yang menguatkan sehingga suatu perilaku dilakukan. Faktor ini berkaitan dengan *reward* atau penghargaan yang diberikan terhadap orang yang melakukan perilaku tertentu sehingga perilaku tersebut menjadi persisten dan langgeng (Green dan Kreuter, 2005).

Faktor-faktor tersebut mempengaruhi perilaku secara bersamaan dengan memberikan kontribusi pengaruhnya masing-masing dan tidak ada yang berdiri sendiri, karena perilaku adalah sebuah fenomena multifaset. Ketiga faktor tersebut harus tersedia untuk mendorong seseorang melakukan perilaku tertentu. Demikian pula halnya dengan suatu program yang bertujuan untuk mengubah perilaku, yang harus memperhatikan ketiga faktor tersebut. Program yang hanya menyediakan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran (faktor predisposisi) namun tidak memperhatikan pengaruh faktor pemungkin dan penguat, memiliki kemungkinan kegagalan yang besar, terkecuali untuk program yang dilakukan pada masyarakat yang sudah memiliki sumber daya manusia dan sistem penghargaan yang baik (Green dan Kreuter, 2005).

Perilaku pengobatan sendiri oleh masyarakat dianggap sebagai upaya pemeliharaan kesehatan. Perilaku pemilihan dan penggunaan obat yang dilakukan oleh seorang kader kesehatan, dapat dijelaskan bahwa faktor predisposisi (faktor yang terdapat dalam diri kader) seperti umur, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, persepsi dan pengalaman, kemudian faktor pemungkin seperti adanya informasi dari media massa, dan faktor penguat seperti dukungan tenaga kesehatan atau referensi orang lain, ketiganya saling mempengaruhi terjadinya perilaku tersebut.



Gambar 2.3 : Precede-Proceed Model

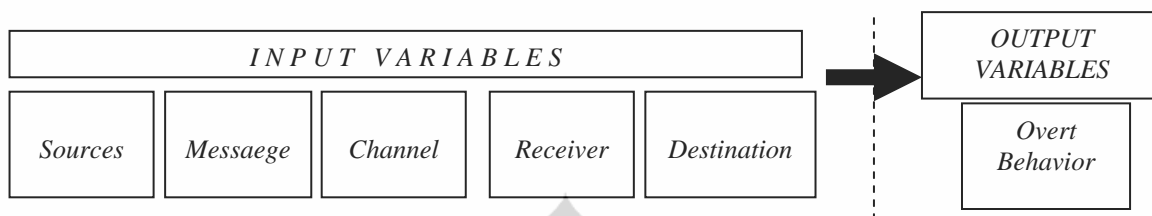
Sumber: Lawrence W. Green and M.W. Kreuter, Health Program Planning An Educational and Ecological Approach, fourth edition, 2005, hal.149

Catatan: Garis utuh menunjukkan pengaruh langsung dan garis putus-putus menunjukkan akibat sekunder.

2.5.3. Teori Persuasi oleh Mc Guire

Pengetahuan merupakan aspek yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Model Komunikasi / Persuasi (Mc Guire, 1964) menekankan bahwa komunikasi merupakan suatu metoda yang dapat digunakan untuk merubah keyakinan dan perilaku kesehatan seseorang dengan mata rantai variabel yang berhubungan sebab akibat. Komunikasi yang efektif tergantung dari variasi input (stimulus) dan output (respon dari stimulus yang diberikan). Variabel input

dimaksud adalah sumber pesan, isi pesan, saluran yang digunakan, karakteristik penerima, dan target yang dituju, sedangkan variabel output didasarkan pada faktor kognitif seperti pengetahuan, sikap, dan pengambilan keputusan (Graeff, et al, 1993).



Gambar 2.4. *Input and Output Variables by Mc Guire, 1964*

Sumber : Graeff, Judith A ; Elder, John P. ; Booth, Elizabeth Mills, 1993, *Communication For Health and Behavior Change*, Jossey-Bass Publisher, San Francisco

Teori ini kembali dikembangkan pada tahun 1973 oleh Mc Guire yang menjelaskan tentang faktor-faktor yang berpengaruh dan saling berhubungan dalam proses komunikasi, yang terdiri dari lima variabel independen dan enam variabel dependen. Proses perubahan sikap seseorang akibat adanya bentuk komunikasi tertentu digambarkan dalam *Matrix of Persuasion* berikut ini (Severin, Tankard, 1992) :

	<i>Source</i>	<i>Message</i>	<i>Channel</i>	<i>Receiver</i>	<i>Destination</i>
<i>Presentation</i>					
<i>Attention</i>					
<i>Comprehension</i>					
<i>Yielding</i>					
<i>Retention</i>					
<i>Overt behavior</i>					

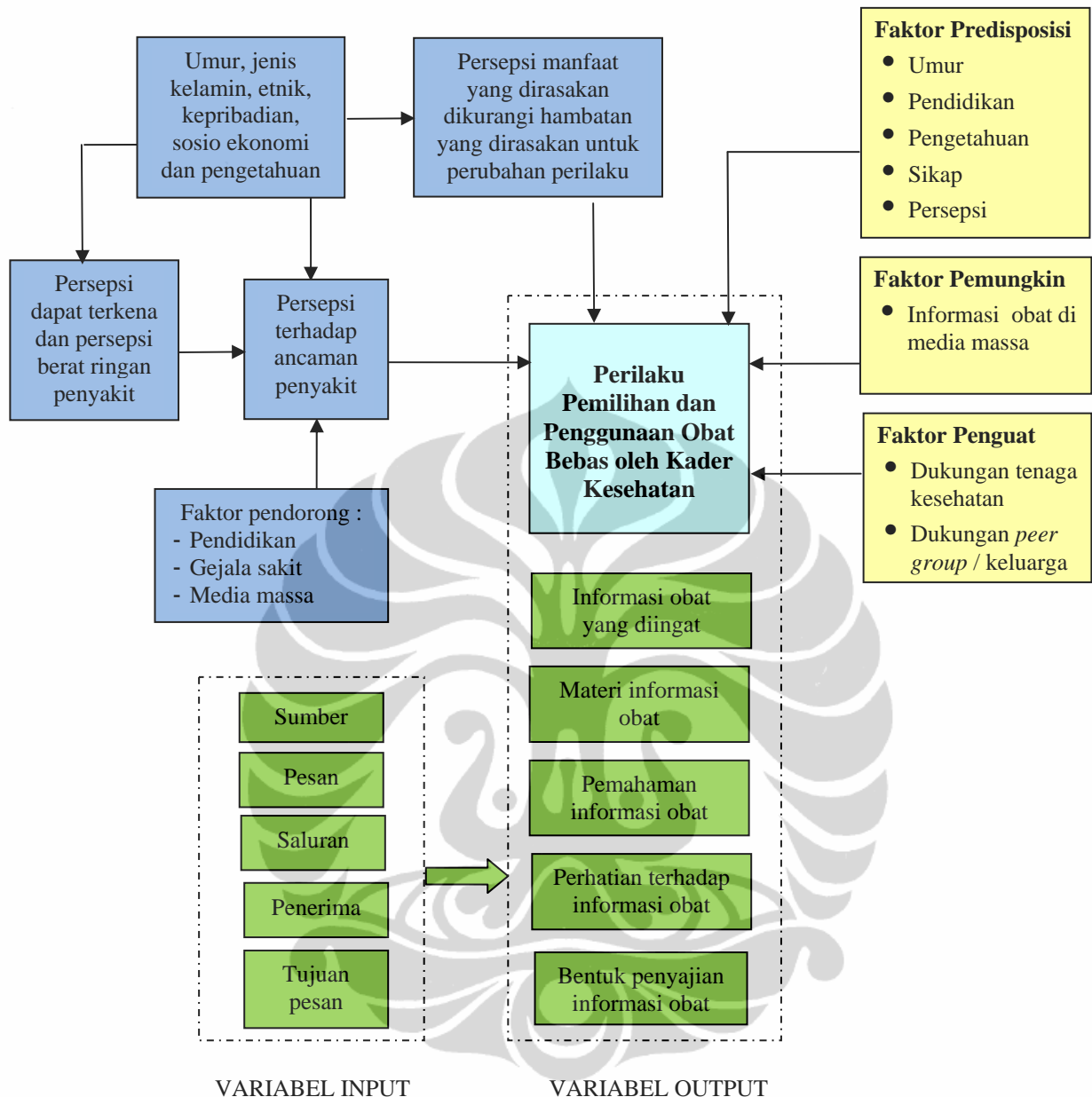
Gambar 2.5. : *Matrix of Communication Factors and Behavioral Steps (Mc Guire, 1973)*

Sumber : Mc Guire, W.J., 1973, *Persuasion, Resistance, and Attitude Change* in I.D.S. Pool, W.. Schramm, F.W. Frey, N. Maccoby, and E.B. Parker (eds.), *Handbook of Communication* dalam Severin W.J., Tankard, J.W. Jr., 1992, *Communication Theories :Origins, Methods, and Uses in The Mass Media*, 3rd, Longman Publishing Group, New York, hal 5.

Sumber pesan atau pengirim pesan adalah dasar yang digunakan dalam penyampaian pesan dalam rangka memperkuat pesan itu sendiri. Sumber dapat berupa lembaga, orang, buku / dokumen, program dan sejenisnya. Pesan adalah

keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator. Pesan dapat disampaikan secara langsung atau tidak langsung. Pesan yang disampaikan harus tepat dan mengenai sasaran. Efektifitas upaya komunikasi yang diberikan tergantung dari berbagai input / stimulus serta output / tanggapan terhadap stimulus. Pada penelitian ini pesan yang diterima kader yaitu pengetahuan tentang obat, nama obat, kegunaan obat dan cara penggunaan obat, baik yang berasal dari petugas kesehatan ataupun media elektronik. Saluran atau channel penyampai pesan disebut dengan media. Dalam penelitian ini akan dibahas secara mendalam tentang pengaruh media elektronik dalam pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader. Karakteristik penerima pesan pada penelitian ini meliputi umur, pendidikan, pengetahuan yang dimiliki, dan persepsi sakit yang dirasakannya. Terakhir adalah tujuan pesan harus dapat menarik perhatian massa dan mengenai sasaran khususnya hal-hal yang menjadi kebutuhan massa. Tingkat penerimaan pesan selanjutnya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan untuk pengambilan keputusan dalam bertindak.

Dari ketiga teori terkait dengan perilaku tersebut, perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader kesehatan dapat digambarkan dalam gambar kerangka teori 2.6.



Gambar 2.6: Kerangka Teori Perilaku Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan

2.6. Faktor-Faktor Pendorong dan Penghambat Cara Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas

Berdasarkan teori-teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka akan dilakukan penelitian terhadap faktor-faktor yang dapat mendorong atau menghambat cara pemilihan dan penggunaan obat bebas. Faktor-faktor tersebut dikelompokkan dalam 4 kelompok utama yaitu, karakteristik individu, akses

informasi, keterpaparan informasi obat, serta dukungan tenaga kesehatan dan keluarga. Teori dan temuan-temuan ilmiah tentang faktor-faktor tersebut, sebagai berikut :

a. Umur

Umur berkaitan dengan tingkat kedewasaan dalam bertindak. Semakin bertambah usia seseorang cenderung lebih meningkatkan kemampuan dalam berfikir rasional dan bermanfaat (Siagian, 1987). Interpretasi teori ini dalam penelitian adalah bahwa semakin dewasa umur kader, maka tindakan memilih dan menggunakan obat bebas yang dilakukan akan lebih waspada dan berhati-hati mengingat adanya efek merugikan yang dapat ditimbulkan dari penggunaan obat yang tidak sesuai aturan.

b. Pendidikan

Pendidikan mempunyai hubungan dengan tindakan pengobatan sendiri, demikian yang dilaporkan dalam penelitian Khaldun, 1993. Pendidikan juga mempunyai hubungan yang bermakna dengan tindakan pengobatan sendiri yang sesuai aturan menurut hasil penelitian Supardi, dkk tahun 2002 yang didasari atas ketepatan golongan obat, ketepatan obat, ketepatan dosis dan lama pengobatan yang terbatas. Dalam penelitian ini tingkat pendidikan kader dapat mempengaruhi tindakan pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukannya.

c. Persepsi Sakit yang memerlukan Pengobatan

Cara seseorang dalam mempersepsikan sakit dan apa yang dilakukan untuk mengatasinya berbeda dengan orang lainnya dan sangat bergantung pada latar belakang budaya dan kondisi sosialnya (Kresno, 2005). Perilaku sakit berkaitan dengan tindakan yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya, seperti diantaranya dengan pengobatan sendiri (*self treatment* atau *self medication*) dengan cara modern (minum obat bebas) (Notoatmodjo, 2005). Hasil penelitian Khaldun, 1993 di pedesaan Jawa Barat melaporkan bahwa persepsi sakit berhubungan dengan tindakan pengobatan sendiri. Dalam hal ini, pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh seseorang kader, dipengaruhi oleh persepsi sakit yang dirasakannya yang dapat diatasi dengan pengobatan sendiri

d. Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas

Teori Health Belief Model mengidentifikasi tentang perilaku yang dipengaruhi oleh adanya suatu bentuk keyakinan / kepercayaan, dimana perilaku kesehatan diantaranya terkait dengan kepercayaan terhadap adanya ancaman dan keyakinan akan manfaat yang ditimbulkan terhadap suatu perubahan perilaku untuk mengatasi ancaman tersebut (Reynolds, et al, 2007). Sikap tentang adanya manfaat atau keuntungan dari tindakan pengobatan sendiri akan mendorong dilakukannya tindakan swamedikasi oleh seseorang, misalnya pengobatan sendiri dengan menggunakan obat bebas.

e. Pengetahuan Obat Bebas

Pengetahuan adalah hal-hal yang diketahui seseorang tentang obyek tertentu, yang diperoleh melalui observasi atau pengamatan dengan alat indranya. “Dalam domain kognitif, pengetahuan memiliki beberapa tingkatan dari yang terendah sampai yang tertinggi yaitu mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi”, demikian yang diungkapkan oleh Notoatmodjo (2007). Hasil penelitian Supardi dkk tahun 2002 di kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur mengemukakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perilaku pengobatan sendiri yang sesuai aturan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Subaryanti dan Afdhal tahun 1992 menjelaskan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku penggunaan obat bebas. Dengan demikian, meningkatnya pengetahuan kader tentang pengobatan akan mempengaruhi tindakan pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan kader.

f. Akses Informasi dan Keterpaparan Informasi Obat dari Media Elektronik

Mc Guire (1973) menjelaskan tentang faktor-faktor yang berpengaruh dan saling berhubungan dalam proses komunikasi, yaitu lima variabel independen (sumber, pesan, saluran, karakteristik penerima, tujuan pesan) dan enam variabel dependen (pengenalan, perhatian, pemahaman, hasil, ingatan, perubahan perilaku) yang saling berhubungan. Oleh karenanya sumber pesan (kepemilikan media elektronik), *channel* (saluran yang dapat diakses), pesan dalam iklan obat yang disampaikan (ingatan dan pemahaman pesan) berkaitan dengan *overt behavior* (tindakan penggunaan obat).

Beberapa penelitian sebelumnya melaporkan bahwa sumber informasi media massa yang paling mempengaruhi masyarakat dalam penggunaan obat bebas adalah iklan obat dari media elektronik baik televisi dan radio (Subaryanti dan Afdhal, 1992 ; Supardi, dkk, 1996 ; Supardi, dkk, 2002)

g. Referensi Tenaga Kesehatan dan Keluarga

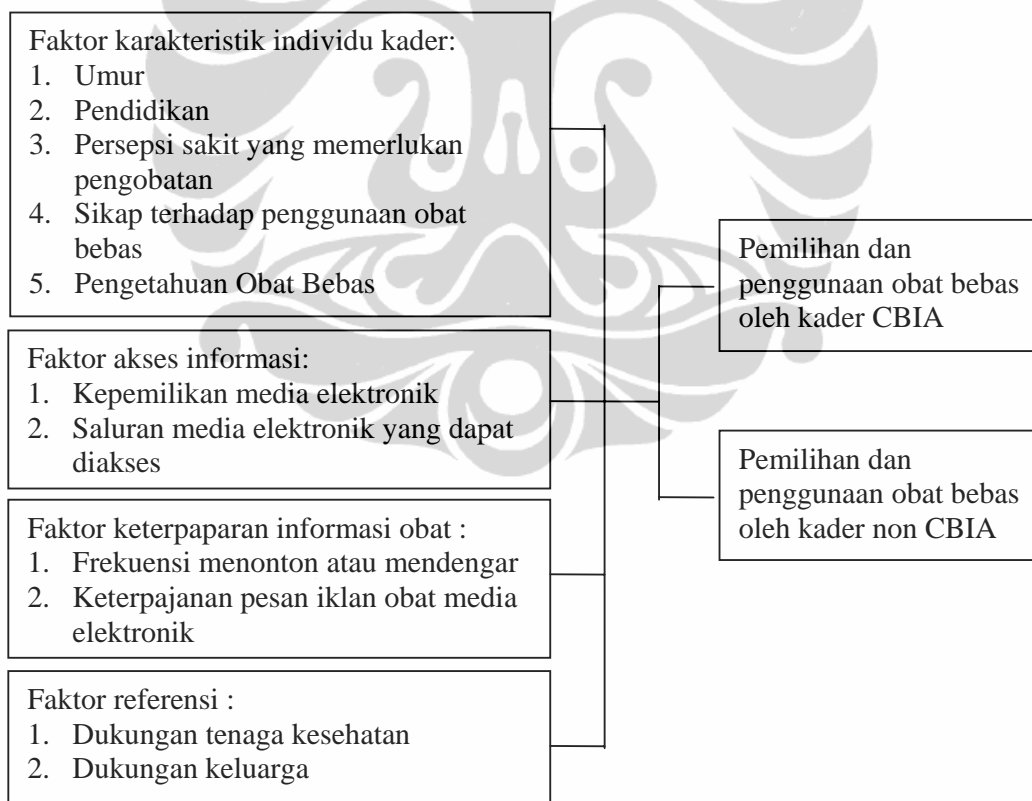
Menurut Supardi, dkk dalam penelitiannya di Kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur tahun 2002, persentase terbesar responden yang melakukan pengobatan sendiri tidak mempunyai referensi dari orang lain, dan disimpulkan bahwa referensi dan tindakan pengobatan sendiri yang sesuai dengan aturan secara statistik tidak bermakna. Namun dalam evaluasi program edukasi obat di Puskesmas Pegadungan dijelaskan bahwa sebagian besar kader menjawab mendapat sumber informasi tentang cara pengobatan sendiri berasal dari petugas kesehatan. Artinya bahwa pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan kader dipengaruhi oleh informasi dari tenaga kesehatan. Dari hasil evaluasi program tersebut juga diperoleh data bahwa sebageaian besar kader menggunakan campuran obat modern dan obat tradisional dalam pengobatan sendiri yang berarti masih adanya faktor budaya atau dukungan keluarga khususnya terkait dengan penggunaan obat tradisional dalam pengobatan sendiri.

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1. Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang telah diuraikan sebelumnya, maka kerangka konsep penelitian yang dibuat didasarkan atas pengembangan model teori Health Belief Model, teori Lawrence Green dan teori Persuasi Mc Guire yaitu faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku khususnya tindakan pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh kader CBIA. Faktor-faktor tersebut akan dibagi dalam 4 kelompok utama yaitu faktor individu kader, faktor akses informasi, faktor keterpaparan informasi dan faktor referensi, sebagaimana yang digambarkan dalam kerangka konsep berikut ini.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Definisi Istilah

1. Faktor individu kader
 - a. Umur adalah lama hidup informan sejak lahir hingga saat ini.
 - b. Pendidikan adalah jenjang sekolah formal sesuai sistem pendidikan nasional yang terakhir diikuti dan ditamatkan.
 - c. Persepsi sakit yang memerlukan pengobatan adalah anggapan atau penilaian terhadap keluhan sakit yang dirasakan yang memerlukan pengobatan segera dengan cara mengobati diri sendiri.
 - d. Sikap terhadap penggunaan obat bebas adalah keputusan / kecenderungan informan untuk melakukan pengobatan sendiri dengan menggunakan obat bebas yang didasarkan atas manfaat dan resiko obat bebas, jenis penyakit yang dapat diobati, serta keuntungan dan kerugiannya ditinjau dari sisi biaya, waktu, dan tingkat kesulitan dari pengobatan sendiri.
 - e. Pengetahuan obat bebas adalah hal-hal yang diketahui tentang obat bebas secara umum dan khusus yang meliputi pemahaman terhadap informasi yang tercantum dalam penandaan kemasan obat bebas, terkait efek obat, penggolongan obat, efek samping, kontra indikasi, peringatan, serta hal-hal yang harus diperhatikan dalam membeli obat bebas.
2. Faktor akses informasi
 - a. Kepemilikan media elektronik adalah pengakuan tentang alat informasi berupa media elektronik yaitu televisi dan radio yang dimilikinya serta juga diakui oleh suaminya atau keluarganya yang masih berfungsi baik
 - b. Saluran media elektronik yang dapat diakses adalah saluran televisi dan gelombang radio yang dapat diterima dan sering ditonton atau didengar.
3. Faktor keterpaparan informasi obat
 - a. Frekuensi menonton atau mendengar adalah jumlah kali atau banyaknya waktu yang dimiliki untuk menonton televisi atau mendengar radio dalam sehari.

- b. Keterpajanan pesan iklan obat media elektronik adalah kemampuan mengingat, mengemukakan atau menyampaikan kembali dengan baik dan lancar isi pesan dari informasi atau iklan obat yang pernah dilihat atau didengar dari media elektronik (televisi dan radio).
4. Faktor referensi
 - a. Dukungan tenaga kesehatan adalah anjuran atau pesan yang disampaikan oleh tenaga kesehatan tentang pengobatan sendiri termasuk informasi terkait jenis obat, cara penggunaan obat dan informasi obat penting lainnya dalam rangka tindakan pengobatan sendiri.
 - b. Dukungan keluarga adalah anjuran yang disampaikan oleh keluarga untuk menggunakan obat tertentu dalam pengobatan sendiri.
 5. Pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader CBIA adalah tindakan yang dilakukan dalam rangka menentukan pilihan obat yang akan dikonsumsi dalam rangka swamedikasi dan cara mengkonsumsi obat bebas oleh informan yang pernah mengikuti program edukasi obat dengan metoda CBIA.
 6. Pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader non CBIA adalah tindakan yang dilakukan dalam rangka menentukan pilihan obat yang akan dikonsumsi dalam rangka swamedikasi dan cara mengkonsumsi obat bebas oleh informan yang belum pernah mengikuti program edukasi obat dengan metoda CBIA.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *Rapid Assesment Procedures* (RAP) dengan menerapkan suatu metoda pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok. Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti sehingga sekaligus berperan sebagai instrumen penelitian dengan dibantu oleh seorang asisten yang telah dilatih.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang karena puskesmas ini adalah salah satu puskesmas tempat diterapkannya uji coba program CBIA di wilayah Kabupaten Pandeglang. Terlebih lagi, kepada para kader yang dilatih di wilayah Puskesmas Pegadungan telah dilakukan evaluasi sebelum dan sesudah pelaksanaan program sesuai data dari Departemen Kesehatan RI. Waktu pengumpulan data akan dilakukan selama 2 minggu yang dimulai pada pertengahan Bulan Mei 2009.

4.3. Informan

Pada penelitian ini, informan dibagi atas 2 kelompok yaitu informan kader kesehatan yang pernah mendapat edukasi tentang obat dengan metoda CBIA (kader CBIA) dan informan kader kesehatan lain yang tidak pernah mendapat edukasi tentang obat (Kader Non CBIA). Kriteria untuk kedua kelompok informan tersebut adalah pernah menggunakan obat bebas sedikitnya dua kali perhari dalam satu bulan terakhir. Informan kunci adalah keluarga kader, petugas penyuluh dalam pelaksanaan program edukasi obat metoda CBIA, tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Pegadungan dan tetangga kader.

Jumlah informan didasarkan pada prinsip kesesuaian dan kecukupan. Jumlah informan dan informan kunci dalam penelitian ini sebagai berikut :

Tabel 4.1. Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Umur

No.	Informan	Kisaran Umur (Tahun)	Rata-rata Umur (Tahun)	Kelompok Umur	Jumlah Informan (orang)
1	Kader CBIA	31-50	41	≥ 35 thn	2
				< 35 thn	4
2	Kader Non CBIA	31-40	36	≥ 35 thn	2
				< 35 thn	2

Tabel 4.2. Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Tingkat Pendidikan

No	Informan	Tingkat Pendidikan	Jumlah Informan (orang)
1	Kader CBIA	≤SMTP	3
		>SMTP	3
2	Kader Non CBIA	≤SMTP	3
		>SMTP	1

Tabel 4.3. Jumlah Informan Kunci Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009

No	Informan Kunci	Jumlah Informan (orang)
1	Tenaga Kesehatan	2
2	Tutor Pelatihan CBIA	1
3	Keluarga kader CBIA dan Non CBIA	10

4.4. Teknik Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan metoda pengumpulan data berupa wawancara mendalam dan diskusi kelompok untuk menggali informasi tentang cara pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh Kader CBIA serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Wawancara mendalam dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui secara lebih terinci alasan informan memilih dan menggunakan suatu obat bebas tertentu dalam mengobati rasa sakit yang dialaminya. Selain itu wawancara mendalam juga dilakukan untuk mengetahui secara mendalam tentang pengetahuan obat yang dimiliki oleh kader. Sebelum wawancara dilakukan,

kepada para informan akan ditanyakan kesediaannya untuk diwawancarai dan izin untuk merekam wawancara. Sedangkan diskusi kelompok ditujukan untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya tentang adanya dukungan tenaga kesehatan dan keluarga di wilayah tempat tinggal kader.

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah pedoman wawancara untuk metoda wawancara mendalam dan pedoman diskusi serta pencatatan untuk metoda diskusi kelompok. Uji coba terhadap instrumen akan dilakukan di wilayah Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang kepada masing-masing kelompok informan (Kader CBIA dan Kader Non CBIA) dan kelompok informan kunci (keluarga kader, petugas penyuluh dan tenaga kesehatan), untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah menjawab apa yang menjadi pertanyaan dalam penelitian, serta untuk penyempurnaan instrumen penelitian. Puskesmas Cimanuk adalah puskesmas yang juga berada di wilayah Kabupaten Pandeglang dan memiliki kader kesehatan yang telah diedukasi tentang obat dengan metoda CBIA pada saat pelaksanaan uji coba program.

Tahap-tahap pengumpulan data serta jenis data yang dikumpulkan meliputi :

1. Pemilihan informan yang mengkosumsi obat bebas sedikitnya satu kali dalam satu bulan terakhir akan dilakukan secara *snowballing* kepada para Kader CBIA dan Kader Non CBIA. Data yang diperoleh dalam tahap ini adalah nama-nama informan serta data jenis keluhan penyakit dan nama obat bebas yang digunakan untuk mengobati penyakit tersebut. Informan adalah Kader CBIA dan Kader Non CBIA serta informan kunci adalah keluarga kader.
2. Mengidentifikasi umur, pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas, cara pemilihan dan penggunaan obat bebas, akses informasi (kepemilikan media elektronik : televisi dan radio) dan keterpaparan informasi tentang obat dari media elektronik, serta adanya dukungan keluarga. Metoda penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam. Sumber data adalah Kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan) serta keluarga kader (informan kunci).
3. Mengidentifikasi dukungan dari tenaga kesehatan. Sumber data adalah kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan) dengan metoda wawancara mendalam

dan diskusi kelompok. Sebagai informan kunci adalah tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Pegadungan dan keluarga kader dengan metoda wawancara mendalam.

- Mengidentifikasi pengetahuan tentang obat. Metoda yang digunakan adalah wawancara mendalam dengan sumber data kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan). Sebagai informan kunci adalah petugas penyuluh dengan metoda wawancara mendalam.

Untuk lebih jelasnya, jenis data yang dikumpulkan dari informan dengan metoda penelitian yang digunakan dibuat dalam matriks tabel 4.2.

Tabel 4.4. Jenis Data, Informan dan Metoda Penelitian

No	Jenis data yang dikumpulkan	Informan dan Informan Kunci	Metoda Penelitian
1.	Nama penyakit yang dikeluhkan dan nama obat bebas yang digunakan dalam 1 bulan terakhir.	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
2.	Pemilihan dan penggunaan obat bebas	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
3.	Umur, pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas, dan dukungan keluarga	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
4.	Kepemilikan media elektronik, saluran media elektronik yang dapat diakses, frekuensi menonton atau mendengar dan keterpaparan pesan iklan obat media elektronik	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
5.	Dukungan tenaga kesehatan	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Tenaga Kesehatan di Pkm Pegadungan	Wawancara mendalam / Diskusi Wawancara mendalam / Diskusi Wawancara mendalam
6.	Pengetahuan obat	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Tutor	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam

4.5. Pengolahan dan Analisis Data

Tahap-tahap pengolahan data akan dilakukan sebagai berikut :

1. Mencatat dan merekam informasi pada saat pengambilan data yang dilakukan langsung oleh peneliti bersama seorang pencatat tambahan (asisten peneliti).
2. Membuat transkrip dan mengelompokkan data-data yang diperoleh dari rekaman. Transkrip adalah pemindahan / pencatatan data dari rekaman ke dalam bentuk tulisan dengan keadaan apa adanya (tanpa mengurangi atau menambahkan informasi yang ada)
3. Membuat matriks berdasarkan masing-masing hasil wawancara, yang bermanfaat dalam menetapkan dan mengelompokkan kategori jawaban informan untuk memudahkan dalam analisis data.
4. Analisis Data : melakukan interpretasi data dan menganalisa data secara deskriptif dan analitik untuk melihat kecenderungan antar variabel (*content analysis*)
5. Membuat laporan hasil penelitian.

4.6. Validitas Penelitian

Untuk menjamin kesahihan data penelitian, dilakukan triangulasi sumber dan metoda. Triangulasi sumber dilakukan dengan melakukan wawancara kepada informan kunci untuk mengklarifikasi dan menjamin kesahihan informasi yang diberikan oleh informan. Triangulasi metoda dilakukan untuk identifikasi pengetahuan dan adanya referensi dari pihak lain di luar kader dengan menggunakan 2 metoda yang berbeda yaitu wawancara mendalam dan diskusi.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah *Rapid Assesment Procedures* (RAP) dengan menerapkan suatu metoda pendekatan kualitatif melalui wawancara mendalam dan diskusi kelompok. Pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti sehingga sekaligus berperan sebagai instrumen penelitian dengan dibantu oleh seorang asisten yang telah dilatih.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Puskesmas Pegadungan Kabupaten Pandeglang karena puskesmas ini adalah salah satu puskesmas tempat diterapkannya uji coba program CBIA di wilayah Kabupaten Pandeglang. Terlebih lagi, kepada para kader yang dilatih di wilayah Puskesmas Pegadungan telah dilakukan evaluasi sebelum dan sesudah pelaksanaan program sesuai data dari Departemen Kesehatan RI. Waktu pengumpulan data akan dilakukan selama 2 minggu yang dimulai pada pertengahan Bulan Mei 2009.

4.3. Informan

Pada penelitian ini, informan dibagi atas 2 kelompok yaitu informan kader kesehatan yang pernah mendapat edukasi tentang obat dengan metoda CBIA (kader CBIA) dan informan kader kesehatan lain yang tidak pernah mendapat edukasi tentang obat (Kader Non CBIA). Kriteria untuk kedua kelompok informan tersebut adalah pernah menggunakan obat bebas sedikitnya dua kali perhari dalam satu bulan terakhir. Informan kunci adalah keluarga kader, petugas penyuluh dalam pelaksanaan program edukasi obat metoda CBIA, tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Pegadungan dan tetangga kader.

Jumlah informan didasarkan pada prinsip kesesuaian dan kecukupan. Jumlah informan dan informan kunci dalam penelitian ini sebagai berikut :

Tabel 4.1. Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Umur

No.	Informan	Kisaran Umur (Tahun)	Rata-rata Umur (Tahun)	Kelompok Umur	Jumlah Informan (orang)
1	Kader CBIA	31-50	41	≥ 35 thn	2
				< 35 thn	4
2	Kader Non CBIA	31-40	36	≥ 35 thn	2
				< 35 thn	2

Tabel 4.2. Jumlah Informan Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009 Menurut Tingkat Pendidikan

No	Informan	Tingkat Pendidikan	Jumlah Informan (orang)
1	Kader CBIA	≤SMTP	3
		>SMTP	3
2	Kader Non CBIA	≤SMTP	3
		>SMTP	1

Tabel 4.3. Jumlah Informan Kunci Penelitian Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan di Kabupaten Pandeglang Tahun 2009

No	Informan Kunci	Jumlah Informan (orang)
1	Tenaga Kesehatan	2
2	Tutor Pelatihan CBIA	1
3	Keluarga kader CBIA dan Non CBIA	10

4.4. Teknik Penelitian

Penelitian ini akan menggunakan metoda pengumpulan data berupa wawancara mendalam dan diskusi kelompok untuk menggali informasi tentang cara pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh Kader CBIA serta faktor-faktor yang memengaruhinya. Wawancara mendalam dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui secara lebih terinci alasan informan memilih dan menggunakan suatu obat bebas tertentu dalam mengobati rasa sakit yang dialaminya. Selain itu wawancara mendalam juga dilakukan untuk mengetahui secara mendalam tentang pengetahuan obat yang dimiliki oleh kader. Sebelum wawancara dilakukan,

kepada para informan akan ditanyakan kesediaannya untuk diwawancarai dan izin untuk merekam wawancara. Sedangkan diskusi kelompok ditujukan untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya tentang adanya dukungan tenaga kesehatan dan keluarga di wilayah tempat tinggal kader.

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah pedoman wawancara untuk metoda wawancara mendalam dan pedoman diskusi serta pencatatan untuk metoda diskusi kelompok. Uji coba terhadap instrumen akan dilakukan di wilayah Puskesmas Cimanuk Kabupaten Pandeglang kepada masing-masing kelompok informan (Kader CBIA dan Kader Non CBIA) dan kelompok informan kunci (keluarga kader, petugas penyuluh dan tenaga kesehatan), untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah menjawab apa yang menjadi pertanyaan dalam penelitian, serta untuk penyempurnaan instrumen penelitian. Puskesmas Cimanuk adalah puskesmas yang juga berada di wilayah Kabupaten Pandeglang dan memiliki kader kesehatan yang telah diedukasi tentang obat dengan metoda CBIA pada saat pelaksanaan uji coba program.

Tahap-tahap pengumpulan data serta jenis data yang dikumpulkan meliputi :

1. Pemilihan informan yang mengkosumsi obat bebas sedikitnya satu kali dalam satu bulan terakhir akan dilakukan secara *snowballing* kepada para Kader CBIA dan Kader Non CBIA. Data yang diperoleh dalam tahap ini adalah nama-nama informan serta data jenis keluhan penyakit dan nama obat bebas yang digunakan untuk mengobati penyakit tersebut. Informan adalah Kader CBIA dan Kader Non CBIA serta informan kunci adalah keluarga kader.
2. Mengidentifikasi umur, pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas, cara pemilihan dan penggunaan obat bebas, akses informasi (kepemilikan media elektronik : televisi dan radio) dan keterpaparan informasi tentang obat dari media elektronik, serta adanya dukungan keluarga. Metoda penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam. Sumber data adalah Kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan) serta keluarga kader (informan kunci).
3. Mengidentifikasi dukungan dari tenaga kesehatan. Sumber data adalah kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan) dengan metoda wawancara mendalam

dan diskusi kelompok. Sebagai informan kunci adalah tenaga kesehatan di wilayah Puskesmas Pegadungan dan keluarga kader dengan metoda wawancara mendalam.

4. Mengidentifikasi pengetahuan tentang obat. Metoda yang digunakan adalah wawancara mendalam dengan sumber data kader CBIA dan Kader Non CBIA (informan). Sebagai informan kunci adalah petugas penyuluh dengan metoda wawancara mendalam.

Untuk lebih jelasnya, jenis data yang dikumpulkan dari informan dengan metoda penelitian yang digunakan dibuat dalam matriks tabel 4.2.

Tabel 4.4. Jenis Data, Informan dan Metoda Penelitian

No	Jenis data yang dikumpulkan	Informan dan Informan Kunci	Metoda Penelitian
1.	Nama penyakit yang dikeluhkan dan nama obat bebas yang digunakan dalam 1 bulan terakhir.	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
2.	Pemilihan dan penggunaan obat bebas	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
3.	Umur, pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas, dan dukungan keluarga	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
4.	Kepemilikan media elektronik, saluran media elektronik yang dapat diakses, frekuensi menonton atau mendengar dan keterpaparan pesan iklan obat media elektronik	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Keluarga	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam
5.	Dukungan tenaga kesehatan	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Tenaga Kesehatan di Pkm Pegadungan	Wawancara mendalam / Diskusi Wawancara mendalam / Diskusi Wawancara mendalam
6.	Pengetahuan obat	Informan : - Kader CBIA - Kader Non CBIA Informan Kunci : - Tutor	Wawancara mendalam Wawancara mendalam Wawancara mendalam

4.5. Pengolahan dan Analisis Data

Tahap-tahap pengolahan data akan dilakukan sebagai berikut :

1. Mencatat dan merekam informasi pada saat pengambilan data yang dilakukan langsung oleh peneliti bersama seorang pencatat tambahan (asisten peneliti).
2. Membuat transkrip dan mengelompokkan data-data yang diperoleh dari rekaman. Transkrip adalah pemindahan / pencatatan data dari rekaman ke dalam bentuk tulisan dengan keadaan apa adanya (tanpa mengurangi atau menambahkan informasi yang ada)
3. Membuat matriks berdasarkan masing-masing hasil wawancara, yang bermanfaat dalam menetapkan dan mengelompokkan kategori jawaban informan untuk memudahkan dalam analisis data.
4. Analisis Data : melakukan interpretasi data dan menganalisa data secara deskriptif dan analitik untuk melihat kecenderungan antar variabel (*content analysis*)
5. Membuat laporan hasil penelitian.

4.6. Validitas Penelitian

Untuk menjamin kesahihan data penelitian, dilakukan triangulasi sumber dan metoda. Triangulasi sumber dilakukan dengan melakukan wawancara kepada informan kunci untuk mengklarifikasi dan menjamin kesahihan informasi yang diberikan oleh informan. Triangulasi metoda dilakukan untuk identifikasi pengetahuan dan adanya referensi dari pihak lain di luar kader dengan menggunakan 2 metoda yang berbeda yaitu wawancara mendalam dan diskusi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Penelitian

Gambaran umum wilayah Kabupaten Pandeglang diperoleh dari data sekunder *Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang tahun 2008*. Kabupaten Pandeglang termasuk dalam wilayah Provinsi Banten yang tepatnya terletak pada 6°21' – 7°10' Lintang Selatan dan 104°48' - 106 °11' Bujur Timur, dan mempunyai luas wilayah 2747km² (274.689,91 ha) atau sebesar 29,98% dari luas wilayah provinsi. Secara administrasi dibagi menjadi 322 desa, 13 kelurahan dan 35 kecamatan, dengan batas-batas sebagai berikut:

- Sebelah utara : Kabupaten Serang
- Sebelah selatan : Samudera Indonesia
- Sebelah barat : Selat Sunda
- Sebelah timur : Kabupaten Lebak

Kecamatan Cikeusik merupakan kecamatan terluas dengan luas wilayah sekitar 322,76 km² sedangkan Kecamatan Labuan merupakan kecamatan terkecil yaitu 15,66 km² (Dinkes Kab Pandeglang, 2008).

Dalam Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang tahun 2008 dilaporkan bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Pandeglang yang didasarkan data dari Badan Pusat Statistik adalah 1.130.514 orang, terdiri dari 578.375 laki-laki dan 552.139 perempuan dengan rasio jenis kelamin sebesar 104,8. Separuh dari jumlah penduduk (kelompok umur terbesar) adalah penduduk berusia antara 15-44 tahun (47 dari 100 orang), dengan 265011 orang laki-laki dan 261493 orang perempuan. Kelompok umur selanjutnya berdasarkan urutan terbanyak yaitu kelompok umur 5-14 tahun, 45-64 tahun, 1-4 tahun, di atas 65 tahun dan terakhir kelompok umur di bawah 1 tahun.

Tingkat pendidikan penduduk usia 10 tahun ke atas pada tahun 2007 berdasarkan sumber data dari BPS Kabupaten Pandeglang dalam Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang tahun 2008 adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1. : Tingkat Pendidikan Penduduk Usia 10 Tahun ke Atas di Kabupaten Pandeglang Tahun 2007.

Tingkat Pendidikan	Jumlah Laki-Laki (orang)	% Jumlah Laki-Laki	Jumlah Perempuan (orang)	% Jumlah Perempuan
Tidak/Belum tamat SD	114.719	25,71	129.844	30,50
SD / MI	199.309	44,67	201.510	47,33
SMTP / MTs	75.686	16,96	54.703	12,85
SMTA / MA	45.694	10,24	30.193	7,09
DIPLOMA 1/Akademi	4.182	0,94	4.951	1,16
Universitas	6.624	1,48	4.552	1,07
Jumlah	446.214		425.753	

Sumber : BPS Kab Pandeglang dalam *Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2008*, Data Tahun 2007, Dinkes Kab Pandeglang, hal. 5

Catatan : Telah diolah kembali

Dari jumlah data pendidikan penduduk usia 10 tahun ke atas terlihat gambaran bahwa hampir separuh (46 dari 100orang) penduduk Kabupaten Pandeglang hanya menamatkan pendidikan Sekolah Dasar/MI dibandingkan dengan jenjang pendidikan lain baik pada laki-laki maupun perempuan dengan porsi yang lebih besar adalah penduduk perempuan. Urutan terbesar berikutnya adalah penduduk yang tidak / belum menamatkan SD yaitu sepertiga dari penduduk usia 10 tahun ke atas (28 dari 100 orang) dengan jumlah perempuan yang juga lebih banyak daripada laki-laki. Jadi secara umum dapat disimpulkan bahwa sebagian besar penduduk Kabupaten Pandeglang usia di atas 10 tahun berpendidikan SMTP/MTs ke bawah.

Jumlah sarana kesehatan dasar yang ada di Kabupaten Pandeglang pada tahun 2007 adalah 2076 sarana dengan rincian yang dapat dilihat pada tabel 5.2. Bila jumlah sarana kesehatan dasar tersebut ditinjau terhadap luas wilayah Kabupaten Pandeglang (2747km²), maka rata-rata 1 apotek melayani wilayah seluas 211,31km² (1 apotek untuk 24–25 desa) serta 1 Toko Obat Berizin melayani wilayah seluas 152,61km² (1 Toko Obat Berizin untuk 17-18 desa). Namun data penyebaran apotek dan toko obat di seluruh wilayah Kabupaten Pandeglang tidak tersedia sehingga tidak dapat diketahui pemerataan akses jangkauan obat bebas di seluruh wilayah Kabupaten Pandeglang. Pemerataan ketersediaan obat bagi seluruh masyarakat dapat diperoleh melalui Puskesmas yang tersebar di setiap kecamatan yang dibantu oleh Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

Tabel 5.2. Jenis Sarana Kesehatan Dasar di Kabupaten Pandeglang Tahun 2007.

No.	Jenis Sarana Kesehatan Dasar	Jumlah
1	Praktek Dokter perorangan	135
2	Praktek Bidan	152
3	Balai Pengobatan / Klinik	10
4	Posyandu	1595
5	Rumah Bersalin	2
6	Puskesmas	34
7	Puskesmas Pembantu	58
8	Puskesmas Keliling	34
9	Rumah Sakit Umum	1
10	Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)	20
11	Apotek	13
12	Toko Obat Berizin	18
13	Industri Obat Tradisional	2
14	Gudang Farmasi	1

Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2008*, Data Tahun 2007, Bidang Yankes, Dinkes Kab Pandeglang, hal. 54.

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Pandeglang sebanyak 1115 orang yang terdiri dari 13 orang dokter spesialis, 57 orang dokter umum, 11 orang dokter gigi, 579 perawat, 282 bidan, 22 orang farmasis, 28 orang ahli gizi, 25 orang teknisi medis, 45 orang sanitasi, dan 53 orang kesehatan masyarakat. Penyebaran tenaga kesehatan tersebut pada unit-unit kerja di wilayah Kabupaten Pandeglang untuk tenaga medis, perawat dan bidan, serta farmasis dapat dilihat pada tabel 5.3.

Lebih dari separuh dari jumlah tenaga kesehatan tersebut berada di unit kesehatan puskesmas, bahkan bidan dan perawat mencapai tiga per empat dari jumlah tenaga bidan dan perawat yang tersedia. Bila jumlah tenaga kesehatan yang tersedia tersebut dibandingkan dengan jumlah penduduk Kabupaten Pandeglang, maka rasio dokter umum terhadap penduduk adalah 1:19.834 penduduk. Rasio tenaga farmasis adalah 1:51.387 penduduk, tenaga bidan 1:4009 penduduk dan perawat 1:1.952 penduduk. Saat ini tidak ada ketentuan atau peraturan yang mengatur khusus kewajiban penyebaran tenaga farmasis di seluruh Indonesia hingga dapat dimungkinkan tidak ditemukannya satu orangpun tenaga farmasis pada satu wilayah tertentu termasuk puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang pada tahun 2010 masih membutuhkan tenaga farmasis dengan rasio terhadap jumlah penduduk adalah 6:100.000 penduduk untuk setiap wilayah sarana kesehatan puskesmas atau rumah sakit umum.

Tabel 5.3. : Distribusi Tenaga Medis, Perawat dan Bidan, Farmasis, Kesmas di Unit-Unit Kerja Kesehatan, Kabupaten Pandeglang Tahun 2007.

No	Unit Kerja	Tenaga Kesehatan							
		Medis		Perawat & Bidan		Farmasis		Kesmas	
		Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%
1	Puskesmas (termasuk PUSTU dan POLINDES)	49	60,49	705	81,88	10	45,45	26	49,06
2	Rumah Sakit	28	34,57	149	17,31	5	22,73	9	16,98
3	Institusi Diklat / Diknakes	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Sarana Kesehatan Lain	-	-	-	-	6	27,27	1	1,89
5	Dinkes Kab / Kota	4	4,94	7	0,81	1	4,55	17	32,08
	Jumlah	81	100	861	100	22	100	53	100

Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2008*, Data Tahun 2007, Dinkes Kab Pandeglang, lampiran tabel 54.

Keterangan :

Medis : Dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi.

Perawat : Termasuk lulusan DIII dan S1

Farmasis : Apoteker, Asisten Apoteker

Kesmas : Sarjana, Pasca Sarjana

Tabel 5.4. : Karakteristik Wilayah Kecamatan Karangtanjung, Kabupaten Pandeglang Tahun 2007.

Luas wilayah	19,07 km ²
Jumlah kelurahan	4
Nama puskesmas	Pegadungan
Jumlah tenaga kesehatan di puskesmas :	
- Medis	1 orang
- Perawat dan Bidan	20 orang
- Farmasis	--
- Gizi	--
- Kesmas	3 orang
- Sanitasi	2 orang
Jumlah penduduk	29799 orang
Jumlah rumah tangga	7143
Rata-rata jiwa / rumah tangga	4,2
Kepadatan penduduk / km ²	1563

Sumber : *Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2008*, Data Tahun 2007, Dinkes Kab Pandeglang.

Catatan : Telah diolah kembali

Karakteristik khusus untuk Kecamatan Karangtanjung yang menjadi wilayah tempat pengumpulan data dapat dilihat pada tabel 5.4. Dari tabel tersebut terlihat bahwa pada tahun 2007 jumlah tenaga medis di puskesmas hanya 1 orang

dan bahkan tidak ada satupun tenaga farmasis yang bertugas. Namun pada tahun 2008 jumlah tersebut telah berubah, diantaranya telah ditugaskan seorang tenaga kesehatan farmasi dengan latar belakang pendidikan DIII farmasi, sebagaimana informasi dari informan di puskesmas dan Dinas Kesehatan :

“ ...sekarang sudah ada tenaga farmasi, DIII farmasi satu orang..., tapi untuk SKM jumlahnya malah berkurang jadi tinggal dua saja karena yang satu pindah”

5.2. Karakteristik Informan

Diawali dengan pencarian informan yang pernah mengalami sakit dan mengkonsumsi obat bebas sedikitnya dua kali perhari dalam satu bulan terakhir, telah diperoleh 10 orang informan yang sesuai dengan kriteria tersebut dengan rincian 6 orang adalah informan yang telah mendapat pelatihan obat dengan metoda CBIA (kader CBIA) dan 4 orang lainnya adalah informan yang belum pernah mendapatkan pelatihan tentang obat (kader non CBIA).

Sepertiga informan kader yang telah mendapat pendidikan tentang obat dengan metoda CBIA (2 dari 6 orang) berumur lebih atau sama dengan 35 tahun, dan duapertiga lainnya (4 dari 6 orang) berumur di bawah 35 tahun. Informan kader yang belum pernah mendapat pendidikan tentang obat, separuh diantaranya berumur lebih atau sama dengan 35 tahun dan separuhnya lagi berumur di bawah 35 tahun.

Separuh dari informan kader CBIA berpendidikan rendah (\leq SMTP) yaitu 3 dari 6 orang dan separuh lainnya berpendidikan tinggi ($>$ SMTP). Sedangkan untuk informan kader non CBIA, lebih dari separuh (3 dari 4 orang) berpendidikan rendah dan hanya satu orang berpendidikan tinggi.

Seluruh informan kader sudah menikah dan hampir seluruhnya telah mempunyai anak. Hanya satu orang diantaranya sedang dalam keadaan hamil pertama. Tempat tinggal mereka tersebar pada beberapa kelurahan yaitu Pagadungan, Kadumerak, Juhut, dan Ambuleuit. Sebelum dilaksanakannya pelatihan tentang penggunaan obat dengan metoda Cara Belajar Ibu Aktif yang baru saja dilaksanakan pada beberapa bulan yang lalu untuk 15 orang kader kesehatan yang dipilih, pelatihan atau penyuluhan kesehatan seputar obat dan

pemakaiannya dalam kehidupan sehari-hari belum pernah diterima oleh para kader kesehatan.

5.3. Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas

5.3.1. Penggunaan Obat Bebas yang Sesuai Aturan

Tindakan penggunaan obat bebas oleh kader CBIA dan non CBIA difokuskan dalam hal kesesuaiannya dengan aturan yaitu nama dan jenis obat yang digunakan, dosis pemakaian, serta lama penggunaan obat bebas. Dari hasil penelitian ini, tidak terdapat perbedaan antara kedua kelompok informan, khususnya dalam hal jenis obat bebas yang digunakan, dosis pemakaian serta lama penggunaan obat bebas. Tidak demikian halnya untuk nama obat dan batas waktu lama penggunaan obat. Kelompok informan non CBIA menggunakan obat bebas yang tidak tepat indikasi dan memiliki kecenderungan mengulang pemakaian obat bebas yang sama dalam hanya jarak waktu beberapa hari setelah pemakaian terakhir.

Jenis sakit yang umum diderita oleh seluruh informan baik kader CBIA maupun non CBIA dalam satu bulan terakhir adalah sakit maag dan sakit kepala. Sepertiga dari jumlah informan menderita sakit kepala (3 dari 10 orang), seperlima menderita maag (2 dari 10), dan sepertiga sisanya lagi (3 dari 10 orang) pernah menderita sakit kepala dan maag. Dua informan lainnya menderita pegal-pegal. Satu diantara sepuluh informan tersebut ada juga yang pernah menderita nyeri karena pegal linu atau dalam istilah setempat disebut dengan “jemper” yang terasa seperti kram (nyikrak sebutan masyarakat lokal), serta satu orang menderita pegal-pegal. Sedangkan 2 dari 10 informan tersebut masing-masing juga pernah menderita diare dan sakit mata hingga lebih dari 3 hari dan akhirnya mencari pengobatan dengan mendatangi dokter (untuk informan yang menderita diare) dan puskesmas (untuk informan yang menderita sakit mata).

Ada sedikit perbedaan dari nama-nama obat bebas yang biasa digunakan oleh kedua kelompok kader. Obat bebas yang umumnya digunakan untuk mengatasi sakit kepala adalah Bodrex dan Paramex, namun ada 2 orang dari kelompok informan kader non CBIA yang terkadang mengatasinya dengan

Mixagrip dan Decolgen. Sesuai indikasi obat, Mixagrip dan Decolgen digunakan untuk mengatasi flu yang disertai bersin dan sakit kepala. Untuk maag, obat yang selalu dikonsumsi adalah Promag, sedangkan untuk pegal linu digunakan Neo Rheumacyl. Satu informan kader non CBIA menggunakan Oskadon SP atau Fatigon secara rutin untuk mengatasi rasa pegal-pegal yang timbul karena letih setelah bekerja berat untuk mencegah timbulnya sakit akibat kecapaian dan agar bisa beristirahat dengan nyaman. Sesuai yang tercantum dalam brosur obat, Oskadon SP diindikasikan sebagai penghilang rasa sakit atau nyeri dan Fatigon untuk mencegah dan mengobati kekurangan vitamin E, B1, B6 dan B12 serta kekurangan mineral. Berikut adalah contoh beberapa ungkapan dari para informan:

“Sakit kepala mah sering tapi cocoknya sama Paramex. Banyak sih obat ya seperti parasetamol, dikasih Antalgin, kan itu sama pada mengandung parasetamol ya tapi saya cocoknya sama itu doang, Paramex, kofeinnya sedikit...” (Kader CBIA)

“Saya cenderung Bodrex.. Bodrex perasaan cocok udah itu aja dicoba... Kalo Bodrex mah untuk sakit kepala biasanya sekali langsung sembuh saya cocok.” Kalo sakit kepala saya nggak pernah yang lain langsung Bodrex aja. Kayaknya dosisnya rendah itu Bodrex....” (Kader CBIA)

“...kan kalau itu kan maag biasanya mual dulu, udah gitu enggak mual.... langsung minum Promag, Alhamdulillah tuh habis minum Promag badan enak...” (Kader CBIA)

“Tadinya ma kan ini, pundak ya, pegel..terus sama pusing udah gitu pusing amat.... aku minum Mixagrip..” (Kader non CBIA)

“...kalau sakit kepala paling saya kalau nggak Paramex, kalau nggak ya Decolgen, bagaimana yang ada aja...” (Kader non CBIA)

“...iya kalau dia (menunjuk istrinya) sukanya itu memang kalau nggak Paramex ya Decolgen kalau sakit kepala. Tapi saya mah selalu Paramex aja maunya.” (Suami Kader non CBIA)

“..Paling kalau udah kerjanya agak keras gitu... suka beli itu .. beli Oskadon sp atau Fatigon... Karena mau beli Oskadon SP nggak ada ya udah saya beli yang ada aja saya beli Fatigon, enggak bersamaan minumnya, lain hari..... Jadi biasanya saya bangun tidurnya badan tu enteng.... Alhamdulillah pas besoknya udah mendingan, bisa kerja lagi...” (Kader non CBIA)

Salah seorang informan kader CBIA mengungkapkan keadaan dirinya sebelum mendapat pelatihan tentang obat-obatan yang selalu mengkonsumsi obat bebas tanpa pertimbangan manfaat dan resiko dari obat, sebagaimana ungkapan berikut ini :

“Sebelumnya begitu maagnya kerasa langsung aja minum promag, waisan ge juga dicampur2, sekarang mah enggak...takut kan,..dicampur2, progmag juga, waisan juga... enggak kalo nggak sembuh yang ini, minum yang ini, sekarang mah kalo kita teratur lebih bagus (maksudnya tidak mencampur-campur obat), jadi kita malah tau khasiatnya oh ini obat yang terasa khasiatnya, yang ini enggak...” (Kader CBIA)

Secara umum obat-obat tersebut digunakan hanya dalam jangka waktu terbatas, baik oleh informan kader CBIA maupun non CBIA yaitu tidak lebih dari 3 hari, kecuali untuk sakit kepala yang hanya diminum saat rasa sakit timbul (hanya 1 kali dalam sehari). Namun demikian lama penggunaan obat yang hanya maksimum 3 hari, sering juga dilakukan secara periodik (berulang) dalam satu bulan setelah beberapa hari menghentikan penggunaan obat. Kebiasaan ini juga dilakukan oleh kedua kelompok informan kader CBIA dan non CBIA. Seorang informan kader CBIA yang menderita maag sering mengkonsumsi obat maag “Promag” selama maksimum 4 hari dan selanjutnya obat dihentikan karena merasa jenuh, dan akan diulangi kembali beberapa hari kemudian bila maag kembali timbul. Hal tersebut disebabkan karena yang bersangkutan mempunyai asumsi bahwa penyakit maag adalah penyakitnya yang tidak bisa sembuh dan akan sering kembali berulang (kambuh) meskipun telah mengkonsumsi obat maag. Demikian halnya yang terjadi pada informan kader non CBIA yang sering berulang merasakan pegal dan kesemutan, dan mengobatinya dengan obat Neo Rheumacyl secara periodik maksimal 3 hari untuk satu periode. Berikut adalah contoh-contoh ungkapan di atas :

“Udah mungkin itu mah dari maag aja lambung itu bengkak. Beli aja obat warung, beli itu aja Promag.... terus minum Promag sampai 3 hari. Setelah 3 hari, ke dokter.” (Kader CBIA)

“Pas itu waktu itu sakit mata, pakai Visine.. Terakhir ke puskesmas bulan kemarin habis sakit mata itu ya, 3 hari tadinya pakai visine..” (Kader CBIA)

“Kalo maag itu ga tau sembuh enggakya gitu... Kalau sebulan ini terus-terusan saya minum Promag... tanggal 20 bulan kemarin saya berhentinya itu...bosen aja... padahal ya masih sakit.... Empat harian adalah... pas mau tidur saya makan, terus mau makan pagi, kadang kalau pas kerasa perih gitu ya... kalo ga perih mah enggak, masih ada sekarang... udah berhenti aja gitu.. bosen aja...” (Kader CBIA)

“Iya, kemarin saya minum Neo Rheumacyl dulu, memang saya sekarang lagi minum Neo Rheumacyl 2x pagi sama malem,pas itu udah sembuh ya 3 hari... saya berhenti minum itu ya....4 hari..... eh malem sakit lagi...kayak gitu ya..... sakit lagi pas itu minum lagi semalem itu ya... 1, baru 1 saya pas pagi enggak minum..... terus kan belum sembuh juga nih, saya berobat tadi kebetulan ada pusling” (Kader Non CBIA)

Pernyataan kader CBIA tersebut juga didukung dengan pernyataan dari suami kader, diantaranya :

“..oh yang waktu malam itu, saya memang antar istri saya ke dokter. Habis dia udah minum obat tapi nggak sembuh-sembuh malah makin lemes..” (Suami Kader CBIA)

“..saya yang beli Visinenya kemarin... di pasar...” (Suami Kader CBIA)

Saat terjadi efek samping setelah mengkonsumsi obat, kecenderungan para kedua kelompok informan kader CBIA dan non CBIA adalah diatasi dengan minum teh manis sesuai kebiasaan masyarakat setempat, seperti contoh yang dialami oleh salah seorang informan berikut ini :

“...kenapa ini setelah 5 menit, koq perasaan ngedeg2, napas susah. Pas gitu inget ada yang bilang minum teh manis..... Bener itu, saya minum sedikit teh manis, dapat 5 menit, detakan jantung nggak begitu kenceng.” (Kader CBIA)

Demikian halnya dengan yang dikemukakan oleh suami kader, sebagai berikut :

“... pernah, pernah katanya jantungnya kenapa gitu, terus tau tuh ya diapain,... oh iya betul minum teh manis abis itu. Tau tuh ilang sendiri katanya..” (Suami kader)

Namun pada saat-saat tertentu, seorang informan kader CBIA sering mengabaikan bila terjadi efek samping, terlebih bila merasa cocok terhadap efek terapi suatu jenis obat tertentu, seperti yang diuraikan berikut ini :

“kalau minum Paramex suka itu ya.. dada itu..(sambil memegang dada memperagakan seolah ada sesuatu yang terjadi di dada)... tapi saya cocok langsung hilang sakitnya (sakit kepalanya), jadi ya biar aja..” (Kader CBIA)

Perilaku demikian juga dibenarkan oleh suami kader tersebut, yaitu :

“..iya istri saya sering kerasa itu di dadanya katanya gimana gitu ya, ... tapi dia mah biasa aja keliatannya, terus katanya sebentar juga ilang, jadi ya udah nggak apa-apa...” (Suami kader)

5.3.2. Pemilihan Obat Bebas yang Digunakan

Faktor lainnya yang juga penting untuk dipaparkan adalah bagaimana cara pemilihan obat-obat bebas yang digunakan oleh para informan.

a. Langkah Awal Penggunaan Obat Bebas

Dari hasil penelitian, terdapat perbedaan antara kedua kelompok informan kader CBIA dan non CBIA dalam langkah awal pencarian pengobatan. Kelompok informan CBIA baik yang berpendidikan tinggi maupun rendah menggunakan obat bebas setelah didahului dengan melakukan tindakan awal sederhana sebelumnya seperti tidur atau mengonsumsi obat tradisional. Sedangkan pada kelompok informan non CBIA dengan pendidikan tinggi ataupun rendah, obat bebas langsung dikonsumsi setelah jangka waktu hanya 1 hingga 2 jam dari timbulnya rasa sakit, dan bahkan 1 orang diantaranya rutin mengonsumsi obat bebas untuk tujuan pencegahan sakit khususnya dalam kondisi setelah bekerja keras yang diasumsikan jika tidak mengonsumsi obat terlebih dahulu akan menjadi sakit sesudahnya. Berikut adalah kutipan ungkapan dari informan kader CBIA dan non CBIA.

“... Diare 3 hari, istilah itu aja, kalau di kampungkan minum itu dulu apa, kunyit ama daun jambu ditumbuk, dicampur. Besoknya itu mah ada maagnya, minum Promag sampai akhirnya ke dokter segala...” (Kader CBIA)

“Kemarin langsung minum obat aja.... Paling kalau udah kerjanya agak keras gitu... suka beli itu .. beli Oskadon SP atau Fatigon..... Itu karena siangnya udah kerja berat itu capek.... suka itu ngambil kayu, terus capek, malamnya minum fatigon, sekali aja mau tidur aja.... Paginya badannya enteng..... Jadi rutin kalo kerja berat, ya mungkin taunya itu aja kalo udah kerja berat itu minum fatigon....” (Kader Non CBIA)

Perbedaan lainnya yang terlihat antara kedua kelompok informan dengan umur di atas 35 tahun dan di bawah 35 tahun baik pada informan kader CBIA maupun non CBIA adalah pada kebiasaan penggunaan obat tradisional. Kelompok umur di atas 35 tahun pada informan kader CBIA cenderung melakukan langkah awal pengobatan dengan menggunakan obat tradisional terlebih dahulu sedangkan pada kelompok umur muda melakukan langkah awal pengobatan dengan beristirahat / tidur. Demikian halnya pada informan kader non CBIA yang cenderung langsung menggunakan obat bebas pada langkah awal pengobatan, informan dengan umur di atas 35 tahun juga mengkonsumsi obat tradisional namun dilakukan sebagai langkah terakhir setelah obat bebas atau obat dokter tidak lagi dirasakan manfaatnya. Sedangkan pada informan muda tidak terbiasa menggunakan obat tradisional.

b. Sumber Informasi Obat Bebas yang Digunakan

Sumber informasi bagi semua informan baik kelompok CBIA maupun non CBIA terkait obat bebas yang dikonsumsi tidak terlepas dari iklan obat yang disiarkan di televisi. Iklan obat dari televisi tersebut menjadi sumber utama pengenalan nama obat bagi para informan, namun bukan sebagai sumber informasi dosis atau aturan penggunaan obat dalam sehari, sebagaimana ungkapan-ungkapan berikut ini :

“Tadinya dari Deddy Mizwar, karena udah kebiasaan Promag, udah aja Promag nggak mau ganti-ganti...” (Kader CBIA)

“Oskadon inget yang itu aja yang diiklan. Sakit kepala sama bersin... Trus kan nyobain itu Oskadon SP terus besoknya kalau pas kita pilek,... kalau udah nyobain itu besoknya Alhamdulillah..” (Kader Non CBIA)

“Tau dari iklan, atau Paramex, mencegah kepala muter, dan sama tau dari iklan.” (Kader Non CBIA)

Sumber informasi tentang aturan penggunaan atau aturan pakai obat yang pada umumnya telah dipahami mempunyai batas pemakaian (maksimal 3 hari) oleh kedua kelompok informan, diperoleh dari pengalaman mengkonsumsi obat yang diberikan oleh puskesmas, dokter atau tenaga kesehatan. Puskesmas selalu memberikan obat untuk jangka waktu 3 hari. Namun terkadang ada juga aturan

pakai suatu obat yang diinformasikan dari iklan televisi seperti contohnya iklan produk Promag khusus saat bulan puasa.

“Kalau kita berobat kan juga suka 3x...” (Kader CBIA)

“...kan katanya di TV paling pas kalau makan Promag itu gitu ya sebelum makan...waktu iklan bulan puasa...” (Kader CBIA)

“Kalo makan promag dikunyah, dikasih tau dari dokter.” (Kader non CBIA)

“....3x, ya biasanya kan gitu ya 3x paling banyak untuk sehari.... di puskesmas kan gitu biasanya....” (Kader non CBIA)

c. Kecenderungan Penggunaan Suatu Merk Obat Bebas

Dalam hal kecenderungan penggunaan suatu merk tertentu obat bebas, tidak ditemukan adanya perbedaan antara kedua kelompok informan kader CBIA dan Non CBIA, baik yang usia di atas atau dibawah 35 tahun dan berpendidikan tinggi ataupun rendah. Pemilihan obat yang dikonsumsi oleh para informan didasarkan atas ada atau tidaknya pengalaman negatif sebelumnya seperti efek samping jantung berdebar dan karena kebiasaan, ada perasaan “cocok” (merasakan manfaatnya) dengan suatu merk obat tertentu dan tidak mempunyai keinginan untuk mencoba yang lain. Sebagian informan kader (3 dari 10 orang), disebabkan karena pernah memiliki pengalaman negatif dan sebagian lain (2 dari 10 orang) karena cocok dengan suatu merk obat tertentu.

“... Cukup keyakinan satu aja kita ga mau ganti lagi...soalnya udah ngerasain ganti, nggak ada Paramex minum Poldan Mig..... saya minum Poldan Mig, jantung berdebar, deg2an... badan kayak melayang...keringat dingin keluar, mau muntah...., dari situ saya kapok enggak pernah ganti obat lagi....., kata orang bagus, bagus di dia ga cocok di kita....”

“Tapi ya kalo sakit kepala ya Paramex, cocoknya yang itu sih. Ngga pernah coba Oskadon, karena nggak biasa.... padahal kalau minum Paramex suka itu ya.. dada itu.. tapi cocok langsung hilang sakitnya....Kemarin Paramex pas ada di rumah.”

“Saya cenderung Bodrex.. Bodrex perasaan cocok udah itu aja dicoba... Kalo sakit kepala saya nggak pernah yang lain langsung Bodrex aja. Kayaknya dosisnya rendah itu Bodrex....”

“Kalau saya cocoknya Promag, lain-lain..pernah nyoba mylanta tapi saya nggak cocok sama sekali sama mylanta, padahal kandungannya kan sama

ya sama-sama magasida, kandungan obatnya sama, mengandung obatnya sama, tapi saya nggak cocok...”

Sebagian sisanya dari informan (5 dari 10 informan) memilih apa yang tersedia di rumah atau warung yang menjual, terlebih bagi mereka yang mempunyai warung dan menjual obat, sebagaimana ungkapan berikut ini :

“Karena mau beli Oskadon SP nggak ada ya udah saya beli yang ada aja saya beli Fatigon.” (Kader non CBIA)

“Kadang-kadang udah pegel jalan-jalan jadi sebelum tidur, minum Pilkita kalau pusing minum Puyer Bintang Toedjoe, kadang-kadang Bodrex, pilih-pilih aja yang di warung. Kalo lagi muter, pake Poldan Mig..... Apa yang saya jual saya pake. Kalo lagi mencret-mencret, minum Diapet atau Entrostop. Tapi kalo maag, minum Mylanta atau Promag, tapi lebih sering Promag. Mylanta nggak jual karena orang lebih banyak cari Promag” (Kader CBIA)

Pemilihan obat bebas dilakukan hanya atas dasar ketersediaan di warung (milik sendiri) dibenarkan oleh suaminya, sebagai berikut :

“..tuh banyak di warung obatnya... biasanya kita pakai ya yang ada aja..gampang” (Suami kader)

Namun ada seorang informan dari kelompok kader CBIA yang mempunyai alasan tambahan lainnya selain karena kecocokan, namun pertimbangan rasa obat juga mempengaruhinya, seperti ungkapan berikut :

“Perasaan obat yang paling enak itu Promag...” (Kader CBIA)

d. Tindakan Membaca Informasi dalam Brosur Obat Bebas sebelum Mengonsumsi Obat Bebas yang Digunakan

Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA tidak membaca dengan baik isi dari brosur obat yang digunakan. Perhatian utama hanya pada tanggal kadaluarsa obat yang informasinya dapat juga diamati dari fisik kemasan luar obat (kemasan tidak rusak), seperti contoh uraian berikut ini :

“Informasinya, cuma kalo kita sakit berlanjut, hubungi aja dokter...yang saya ingat cuma mengandung Magasida doang ya...terus.. lupa itu mah...iya cara pakainya 3 kali sehari ada iya...ada juga efek sampingnya, ngantuk sama mual.... Disitu mah tercantum kalo udah jangka waktu 7

hari. Tapi yang kemarin... terus terang nggak baca...karena kita belinya satu2, tapi kan sebelum itu kita udah tau, karena sering pakai...semenjak gadis kan minumnya itu ya, jadi sering baca...udah hafal...” (Kader CBIA)

“Paramex sama belinya 1 juga, tapi kan udah tau khasiatnya, mengandungnya kafein, asam maleat apa itu bacaannya ya...mengandung paracetamol juga, nggak baca lagi...” (Kader CBIA)

“Beli Paramex beli 1, malahan udah langsung diminum di situ...karena kan udah tau khasiatnya, efek sampingnya... liat kemasannya masih utuh bagus...lihat Paramex aja yang satu itu saya beli...masih rapih enggak...” (Kader non CBIA)

”...nggak, kita nggak pernah nyimpan obat, paling kalau perlu beli satu aja..nggak tau deh suka baca atau enggak, nggak pernah liat saya...” (Suami kader non CBIA)

Namun untuk obat-obat yang tidak biasa digunakan, satu orang informan juga membaca informasi obat yang terdapat dalam brosur, meskipun kurang mematuhi apa yang diinstruksikan dalam aturan pakai obat, akibat lebih besarnya dorongan untuk cepat sembuh, sebagai contoh uraian berikut ini :

“Pakai Visine 2 tetes kanan kiri, kadang mah lebih. Pagi dipakai, entar mau ke pasar dipakai, pulang dari pasar ntar dipakai lagi... padahal infonya di situ 3x sehari...karena pingin cepet sembuh aja jadi sering dipake.....Berhenti karena nggak cocok karena ada tulisannya di situ ya... kalau udah 3 hari nggak sembuh, berhentiin aja...” (Kader CBIA)

“...saya nggak liat brosurnya, cuma beli aja... dia aja yang liat sendiri di obatnya....” (Suami Kader CBIA)

5.4. Persepsi Sakit yang memerlukan Pengobatan

5.4.1. Persepsi Rasa Sakit

Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA memiliki persepsi yang sama terhadap rasa sakit yang ditimbulkan oleh suatu penyakit yang harus segera diatasi dengan melakukan pengobatan yaitu keadaan dimana aktifitas keseharian mereka terganggu akibat perubahan fisik yang dirasakannya seperti berkurangnya nafsu makan, badan terasa tidak nyaman dan badan terasa pegal. Dua informan kader non CBIA menambahkan bahwa yang disebut dengan sakit adalah bila

badan mulai terasa letih atau kecapaian. Persepsi sakit yang umum dirasakan dalam 1 bulan terakhir adalah rasa sakit kepala, pusing, dan maag atau “lambung bengkak” menurut istilah masyarakat setempat. Sakit lain yang juga diungkapkan adalah darah tinggi dan “kurang darah” (istilah untuk tekanan darah yang rendah). Berikut contoh ungkapan yang disampaikan para informan mengenai rasa sakit yang harus segera diobati dan jenis penyakit yang dirasakannya.

“Sakit ya yang nggak enak makan, nggak nyaman, kan biasanya kalau kita gejala sakit mah itu mau tidur ge susah, kalau kita nggak sakit, mau tidur mah tidur aja. Kalau sakit makan nggak nyaman, badan itu gimana ya, kalau mau sakit dari nafsu makannya kurang.....” (Kader CBIA)

“... kalau sakit saya tuh ya, rasanya badan kayak capek.. gitu..” (Kader non CBIA)

“...kalau saya udah memang sakit saya ngerasa sakit. Suka pegel itu ya kadang bangun tidur, ya itu udah sakit.. Iya kalau pegel2..” (Kader non CBIA)

Ungkapan tentang contoh penyakit yang sering diderita informan :

“... iya punya maag, kata Dr Y lambung udah bengkak..... Saya punya darah tinggi, 150.....” (Kader CBIA)

“Ya pusing2 itu kalo kurang darah, kalau dites lab posyandu suka pegel ini di sini (tengkuk), terus diukur cuma sembilan puluh katanya” (Kader CBIA)

“Itu saya sering kayak rematik gitu ya..... Sering sakit kepala....” (Kader non CBIA)

5.4.2. Persepsi Manfaat dan Resiko Pengobatan Sendiri

Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA memiliki persepsi yang sama tentang adanya kemanfaatan yang lebih besar untuk melakukan tindakan pengobatan sendiri dalam mengatasi rasa sakit. Kemanfaatan ini ditinjau atas penilaian terhadap beberapa aspek seperti efisiensi biaya, waktu yang dimiliki, dan tingkat kesulitan yang ada. Sebagian besar informan menyatakan setuju melakukan pengobatan sendiri karena alasan murah (7 dari 10 orang) dan praktis (8 dari 10 orang), sedangkan hanya sepertiga informan (3 dari 10 orang) saja yang berpendapat adanya efisiensi waktu. Oleh karenanya, semua informan baik

kader CBIA maupun non CBIA cenderung melakukan tindakan pengobatan sendiri terlebih dahulu untuk mengatasi rasa sakitnya. Beberapa kutipan dari pernyataan para informan yang mengemukakan persepsi tentang manfaat dilakukannya pengobatan sendiri :

“.. kalau namanya kita di kampung gini ya misalkan kalo kita sakit masih terjangkau obat yang di kampung agak murah, ntar kita minum obat itu dulu,..... Mengobati sendiri lebih praktis daripada ke dokter...cuma khasiatnya itu apa, semбуhnya itu cepet, terus datang lagi itu penyakitnya...” (Kader CBIA)

“.....mudah2an dengan obat ini yang dekat dulu yang nggak pake ongkos dulu gitu ya, obat yang diwarung udah sembuh... Puskesmas ya jauh dong, dari sini ke puskesmas udah sepuluh ribu pulang pergi makanya coba-coba dulu obat warung... padahal puskesmasnya cuma 2000, nggak bayar kan kalo kader.....” (Kader non CBIA)

“...Dari biaya ngga mahal juga ya sebetulnya cuma males aja, ...jadi ngobatin di rumah dulu ini.....” (Kader non CBIA)

Selain alasan efisiensi biaya, waktu dan tingkat kesulitan yang dimiliki, beberapa mempunyai alasan lainnya diantaranya telah mempunyai obat yang sama dengan yang ada di puskesmas (obat diperoleh dari puskesmas). Namun ada juga informan yang mensyaratkan bahwa tindakan pengobatan sendiri boleh dilakukan jika telah memahami gejala penyakit yang dirasakan, seperti kutipan berikut ini:

“Ga apa2, kalau memang kita tahu gejala kita seperti ini, terus kita tau dampaknya seperti ini itu mah boleh aja ngobatin diri sendiri dulu.”
Artinya ibu setuju ngobatin diri sendiri dulu? *(mengangguk)*. (Kader CBIA)

“Kalau saya, kalau sakit ringan biasa ya, saya nggak pergi ke puskesmas karena obat saya punya juga yang dari pusling,..... kita enggak sembuh ya jarak 24 jam, saya sukanya ke dokter...nggak puskesmas lagi, karena kan obatnya juga pasti sama yang saya punya.....” (Kader CBIA)

Pengobatan sendiri yang dilakukan oleh kader CBIA dan non CBIA tersebut dilakukan baik dengan cara tradisional maupun dengan “obat warung”. Istilah “obat warung” adalah obat-obat bebas yang dijual di warung sekitar tempat tinggal mereka (bukan termasuk obat tradisional / jamu). Seluruh kader CBIA dan non CBIA berpendapat bahwa pengobatan sendiri tidak boleh terlalu lama dengan alasan yang berbeda antara kedua kelompok kader. Sebagian besar berpendapat tidak boleh lebih dari 3 hari, seperti yang diungkapkan berikut ini :

“.....kata saya kalo udah 3 hari nggak sembuh, ya mungkin udah parah.. jadi larinya berobat ke puskesmas dulu... Nggak saya mah ga tau pokoknya,... Ya feelingnya ya mungkin...mungkin penyakit saya udah nggak mempan...” (Kader non CBIA)

“.....Seperti itulah obat itu disebut racun. Katanya (waktu di pelatihan) obat itu belum tentu kita bisa sembuh, tergantung , kita jangan terlalu percaya, kita dilihat dari jaraknya kita minum, misalkan 3 hari belum sembuh kita harus menghubungi dokter, tapi kalo 1 kali kita belum sembuh jangan dulu diganti, terusin dulu, kalo sudah 3 hari gitu-gitu aja kita bisa hubungi dokter....” (Kader CBIA)

Dari ungkapan di atas, terlihat adanya perbedaan alasan dibatasinya masa penggunaan obat yang hanya maksimum 3 hari antara informan kader CBIA dan kader non CBIA. Kader non CBIA tidak dapat menyebutkan alasan penggunaan maksimal 3 hari dengan jelas (hanya sekedar pendapat diri sendiri), sedangkan kader CBIA dapat mengungkapkan alasan dengan lebih jelas terkait pengetahuan yang pernah diterimanya bahwa penggunaan obat harus sesuai dengan aturan pakainya (rata-rata hanya untuk 3 hari) dan bila tidak dapat menjadi racun. Namun pada dasarnya kedua kelompok kader mempunyai pengalaman yang sama tentang batas waktu maksimal obat boleh diminum yaitu dari kebiasaan pemberian obat di puskesmas.

5.5. Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas

5.5.1. Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas sebagai Langkah Pertama Pengobatan

Persepsi rasa sakit yang sama antara kedua kelompok informan tersebut ternyata menimbulkan sikap yang berbeda dalam hal penggunaan obat bebas sebagai langkah awal pengobatan. Perbedaan antara kedua kelompok informan tersebut disebabkan karena kelompok informan kader CBIA lebih memahami tentang adanya resiko dari konsumsi obat bebas disamping manfaat yang dirasakannya, sedangkan kelompok informan non CBIA kurang memahaminya. Tidak ada perbedaan antara informan kelompok umur di atas dan di bawah 35 tahun baik pada informan kader CBIA maupun non CBIA.

Kelompok informan kader CBIA seluruhnya menyatakan bahwa selalu melakukan tindakan awal pengobatan dengan cara sederhana terlebih dahulu untuk mengatasi sakit yang dirasakannya. Tindakan awal yang sederhana tersebut dilakukan oleh lebih dari separuh informan kader CBIA (4 dari 6 orang) dengan istirahat atau tidur dan sebagian (2 dari 6 orang) ada yang melakukan dengan cara tradisional (rebus-rebusan bahan alam) yang dinilai sebagai langkah pertolongan pertama. Sedangkan kelompok informan non CBIA menyatakan langsung mengkonsumsi obat bebas dengan atau tanpa ramuan tradisional. Langkah awal tersebut didasari atas pertimbangan manfaat dan resiko penggunaan obat bebas yang diyakini oleh informan, sebagaimana yang diungkapkan oleh informan, sebagai berikut :

“Minum tradisional dulu,.....Obat tradisional alami... kalau obat dokter kan ada kimianya. Obat itu kan racun kata dari dinas kesehatan..... lebih bagus kita coba obat tradisional dulu, kalo bisa kita coba dulu soalnya lebih alami. Apalagi kita udah biasa...” (Kader CBIA)

“Kalau di rumah gitu, minum aja, ditidurin, udah itu udah..” (Kader CBIA)

“Minum teh manis dulu kalo udah agak mendingan udah, jadi kita kan nggak tergantung ama obat dulu ya, udah minum teh manis kita rasain dulu ya kadang2 susu ya... udah kira2 seprapat jam udah ilang, ya kadang2 kita nggak minum, ya kalo misalnya nggak ilang2, saya langsung minum obat.” (Kader CBIA)

“Ya, misalnya udah sejam dua jam kepala pusing ga ilang-ilang baru minum obat....” (Kader non CBIA)

“Saat yang tepat minum obat, ya saat sakit. Misal keujanan, terus bersin-bersin itu kan mau flu, ya minum obat.... kan ibu rumah tangga takut ganggu aktivitas jadi ya minum obat aja langsung.” (Kader non CBIA)

“Sakit itu paling ya karena kecapean, jadi kurang tidur.... terus paling minum obat, baru tidur sebentar....ngga ditahan dulu.... soalnya kalo ngga enak badan kan mau istirahat juga ngga enak tidurnya.” (Kader non CBIA)

Terkait kebiasaan minum obat yang dilakukan sebelum tidur untuk mencegah sakit, dibenarkan oleh suami kader, sebagai berikut :

“...biasanya malem sebelum tidur minum obatnya” (Suami kader)

5.5.2. Sikap terhadap Pengobatan Menggunakan Kombinasi Obat Bebas dan Obat Tradisional

Sebagaimana telah diuraikan pada bab hasil penelitian tentang praktek penggunaan obat bebas yang dilakukan, hampir semua informan dengan kelompok umur di atas 35 tahun (3 dari 4 orang) baik kelompok informan kader CBIA maupun kader non CBIA, menyatakan sikap setuju terhadap penggunaan obat bebas yang dikombinasikan dengan obat tradisional seperti jamu untuk mengobati suatu penyakit, dan bahkan dua dari informan yang setuju tersebut menyatakan sangat setuju. Maksud dari pernyataan sangat setuju ini adalah bahwa mereka selalu mengkombinasikan antara obat bebas dan tradisional pada hampir setiap pengobatan yang dilakukan utamanya untuk penyakit-penyakit yang dianggapnya cukup parah seperti diare yang berkepanjangan (lebih dari 3 hari), darah tinggi, dan diabetes.

“Diare 3 hari, istilah itu aja, kalau di kampungkan minum itu dulu apa, kunyit ama daun jambu ditumbuk, dicampur. Itu mah ada maagna, minum Promag. Tapi ya udah tiga hari masih mules,mules...Pas minum kunyit, muntahnya mah udah ga ada, cuma mules keringat dingin....Kata saya mah mestinya obat tradisional dilestarikan ya bu...daripada obat modern kan udah kecampur bahan kimia.” (Kader CBIA)

“Panas dingin nggak sembuh-sembuh kurang lebih 2 hari dan mengatasi dengan obat warung saja dan dibantu oleh jamu dari daun-daun seperti alpukat, jambu sebanyak 12 macam...Alhamdulillah waktu saya diabetes, saya dikasih ramuan seperti undur-undur sejenis hewan model kutu. Diminum sekali banyak dibantu air putih dan hasilnya sembuh. Dari 280 jadi 140. Menurunkan gula dan hanya diminum 1 kali.” (Kader CBIA)

“Kalo obat tradisional, untuk penyakit maag, udah berobat ke puskesmas ga sembuh-sembuh, dari sodara dibikin temulawak, bawang putih ama kacang ijo, direbus trus dibadan jadi enakan.” (Kader non CBIA)

Sebaliknya berbeda dengan kelompok informan usia di atas 35 tahun, hampir semua informan kelompok usia di bawah 35 tahun pada kader CBIA maupun non CBIA, menyatakan sikap kurang setuju terhadap penggunaan obat tradisional (4 dari 6 orang) dengan alasan kurang mengerti atau tidak paham obat tradisional.

“Ramuan jamu? Enggak.... tradisional-tradsional itu enggak sih nggak suka pakai itu, yang jamu itu.. nggak pernah..... Obat tradisional paling cuma jamu yang digendong tapi itu juga kalo sehat juga diminum. Nggak tau sih, kalau sakit kepala minum obat tradisional apa ya.. nggak tau....” (Kader CBIA)

“Minum jamu, enggak, udah lama nggak pernah minum jamu, males pahit. Nggak minum jamu mendingan minum obat aja ah gampang..... kurang setuju karena kurang tau, kurang paham..” (Kader Non CBIA)

Dua orang lainnya yang termasuk dalam kelompok umur kurang dari 35 tahun, setuju menggunakan obat tradisional sebagai salah bentuk usaha untuk membantu mempercepat penyembuhan.

“...Daun suji dulu saya coba...ya kita yang namanya nyareat istilah di kampung kan gitu yang penting bisa nyembuhin..kalau lebih murah sih enggak cuma kita kalo kita ngerasainnya gini kalo minum itu langsung kerasa dinginnya gitu.....” (Kader CBIA)

“...kadang sembuh sih pakai tradisional kan seperti jamu godogan kan tradisional...kan saya suka kadang suka kesemutan gitu ya.. kan minum jamu pegel linu gitu ya...atau jamu rematik ya yang ada jamu rematik itu..kadang minum saya, ga sembuh ya...terus saya suka beli jamu tradisional yang godogan itu ya..yang ada kayunya segala itu, kadang saya sembuh itu...apa mungkin udah campuran itu ya, yang itu udah masuk itu ke saya, yang ini juga masuk itu ya, mungkin, saya nggak tau...” (Kader Non CBIA)

Meskipun demikian para informan kader CBIA dan non CBIA tetap meyakini bahwa obat (bukan obat tradisional) tetap menjadi lebih utama dibandingkan obat tradisional, dengan masing-masing kelebihan dan kekurangannya, seperti uraian berikut ini :

“Pendapat pakai obat tradisional? Ada baiknya juga.. soalnya kita udah ngerasakan sendiri obat tradisional. Mana yang lebih bagus? Obat dokter...” (Kader CBIA)

“Tau ya kayaknya enakan Neo Rheumacyl..” (Kader Non CBIA)

Cara mengkonsumsi kombinasi obat tradisional dan obat bebas juga sangat diperhatikan oleh kedua kelompok para informan kader pengguna obat tradisional tersebut yaitu dilakukan pada waktu yang tidak bersamaan dengan obat bebas

yang dikonsumsi. Sebagian informan yang menggunakan obat tradisional (2 dari 5 orang) menggunakan obat tradisional sebelum menggunakan obat bebas. Sebagian lainnya (2 dari 5 orang) menggunakan obat tradisional bersamaan dengan obat bebas namun pada jam yang berbeda, sedangkan 1 orang sisanya menggunakan obat tradisional setelah pengobatan dengan obat tidak berhasil, seperti uraian berikut ini :

- Diawali obat tradisional sebelum obat bebas:
 "... *Kunyit dulu mulanya, udah ini dulu. Beraknya sedikit perutnya mules, terus minum Promag sampai 3 hari.*" (Kader CBIA)

"Jamunya kalo pas saya nggak lagi minum Neo Rheumacyl saya minum itu jamu...Kalo jamu baru satu kali dari tanggal 10 itu...Jamu dulu waktu it saya minum jamu dulu ya udah gitu koq kayaknya masih ini ya terus saya cobalah minum Neo Rheumacyl."(Kader Non CBIA)
- Kombinasi antara obat bebas dan tradisional:
 "...*dan dicampur dengan obat Puskesmas, diminum sesudah makan 1 hari 3 kali pagi, siang, malam dan jamu diminum sebelum makan.*"(Kader CBIA)

"Kalo minum obat tradisional gitu, ya obat dokternya berhenti...Tergantung, kalo sakitnya. Kalo lagi ke puskesmas ya minum obat dokter, tapi kalo lagi minum obat tradisional ya minum obat tradisional." (Kader Non CBIA)
- Obat tradisional setelah obat bebas tidak berhasil:
"Kalo obat tradisional, untuk penyakit maag, udah berobat ke puskesmas nggak sembuh-sembuh, dari sodara dibikin temulawak, bawang putih ama kacang ijo, direbus trus dibadan jadi enakan." (Kader Non CBIA)

Tabel 5.5 : Perbedaan Langkah Awal Penggunaan Obat Bebas

Informan Kader CBIA	Usia ≥ 35 thn	Langkah awal dengan obat tradisional sebelum minum obat bebas
Ada langkah awal sederhana sebelum menggunakan Obat Bebas	Usia < 35 thn	Langkah awal dengan istirahat / tidur sebelum minum obat bebas
Informan Kader non CBIA	Usia ≥ 35 thn	Obat tradisional sebagai alternatif akhir setelah minum obat
Langsung obat bebas sebagai langkah awal pengobatan	Usia < 35 thn	Tidak biasa obat tradisional

Keyakinan akan penggunaan obat tradisional juga dilakukan karena tidak adanya larangan dari pihak tenaga kesehatan, seperti ungkapan tutor berikut ini :

“...waktu itu (saat pelatihan obat) ada kader yang tanya tentang bagus tidak pakai obat tradisional kunyit? Ya...sebetulnya kita nggak membahas obat tradisional sih tapi saya rasa ada bagusnya juga, boleh saja digunakan...”

5.6. Pengetahuan Obat Bebas

Pengetahuan obat bebas dari para informan ditinjau dari pemahaman secara umum dan khusus tentang obat bebas, pemahaman terhadap informasi obat yang tercantum dalam brosur dan kemasan obat, serta faktor-faktor yang penting diperhatikan dalam membeli obat bebas. Secara umum terdapat perbedaan dalam pengetahuan tentang obat bebas yang dimiliki antara informan kader CBIA dan non CBIA.

Seluruh informan baik kelompok CBIA maupun non CBIA mempunyai pemahaman yang sama terhadap definisi obat yaitu untuk mengobati, menyembuhkan. Namun ungkapan terhadap pemahaman istilah bahwa obat adalah racun, sangat bervariasi antar informan baik yang termasuk kelompok kader CBIA maupun non CBIA, informan yang berpendidikan tinggi (\geq SMTP) atau rendah ($<$ SMTP), dan informan berumur di atas atau di bawah 35 tahun. Sebagian informan (3 dari 10 orang) menyatakan bahwa obat disebut racun apabila terjadi ketidaksesuaian dosis. Sebagian lagi mengatakan kalau obat tidak cocok (3 dari 10 orang), dan sebagian lainnya (4 dari 10 orang) masing-masing mengatakan disebut racun karena tidak diketahui cara pembuatannya, terkadang bisa membuat mabuk, dan ada yang bukan untuk penyembuhan seperti obat cacing untuk membunuh cacing, sebagaimana ungkapan berikut ini :

“Iya kan kalo kelebihan jadi over dosis nanti meracuni kita,..... tapi selama bisa mengobati, tidak melebihi dosis jadi racun ngga? Ya nggak lah, berarti bisa mengobati.” (Kader non CBIA)

“Obat ya bisa jadi racun, tergantung kalo ngga cocok ya bisa jadi racun juga.” (Kader non CBIA)

“Setuju obat itu disebut racun kan kita ga tau proses-proses pembuatan obat, kan kita ga tau campuran-campurannya” (Kader CBIA)

“Menurut saya, obat kadang-kadang mengobati tapi kebanyakan bikin mabok (racun).” (Kader CBIA)

“Obat disebut racun, bisa setuju bisa enggak, ada yang misalkan obat yang bukan untuk penyembuhan kan ya...gitu....” (Kader CBIA)

“Kalo untuk obat cacing itu saya setuju racun karena katanya obat cacing itu racun..” (Kader non CBIA)

Hasil klarifikasi dengan tutor kegiatan pelatihan obat tentang hal yang diberikan terkait sebutan bahwa obat adalah racun, sebagai berikut :

“...kita informasikan bahwa obat itu harus digunakan dengan sesuai aturan, dosis yang betul, karena kalau tidak bisa menjadi racun. Kita tidak informasikan bahwa obat adalah racun karena takut nanti masyarakat malah nggak mau minum obat...” (Tutor)

Berbeda halnya dengan pemahaman terhadap penggolongan obat, ada perbedaan antara informan CBIA dan non CBIA dimana informan kelompok CBIA dapat menyebutkan jenis-jenis penggolongan obat meskipun tidak dapat menjelaskan dengan benar arti dari masing-masing penggolongan obat. Satu orang diantaranya bahkan mampu menyebutkan dengan sedikit panduan contoh salah satu warna penggolongan obat, yang pada awalnya secara spontan menyebutkan penggolongan sebagai warna-warna tablet obat. Pada kelompok informan non CBIA sama sekali tidak memahaminya termasuk penggolongan yang boleh dan tidak boleh untuk dijual bebas. Namun demikian ada seorang informan yang mengenal tanda bulatan berwarna pada kemasan obat dengan benar yaitu hijau dan biru meskipun tidak mengetahui maksudnya, serta tidak mengenal bulatan berwarna merah. Berikut contoh ungkapan beberapa informan mengenai penggolongan obat :

“Golongan obat bebas, biru (terbatas), ada 3 hijau, atau bulat hitam, garisnya kurang inget, beda tiga golongan, itu juga nggak inget.” (Kader CBIA)

“... ada yang warna kuning, ada yang warna hijau, warna putih, warna item... seperti parasetamol kan putih..... (setelah sedikit diarahkan dengan disebutkan salah satu contoh : hijau) .. oh.. yang ijo, merah, biru... kalo ijo obat bebas terbatas, ya bebas kita beli tapi terbatas kan ya...kalo merah terbatas kayaknya ya tapi kita bebas... yang biru lupa bu... seperti napacin

ya kan ada buletan merah...berarti kita itu harus menggunakan hati2...kan kita bisa beli tapi kita ga bebas minumnya... Yang ga bebas beli yang seperti obat yang anak2 ya, kan ada yang seperti...contrexin kan ada ya.. lingkarannya biru kita boleh beli bebas terbatas kan gitu ya...Kalau yang seperti Baby Uni, Coldexin, boleh kita beli..Cuma maksudnya harus di apotek ada di toko2 obat...bebas tapi terbatas...” (Kader CBIA)

“ Golongan obat,ngga suka meratiin..., nggak tau” (Kader non CBIA)

“Ada biru, hijau. Kalo biru apa...lupa..” (Kader non CBIA)

Informasi dari tutor terkait penggolongan obat yang dijelaskan kepada peserta pelatihan, sebagaimana ungkapan berikut :

“Ya kita kasih tau tentang golongan-golongan obat tapi memang hanya sekilas dan tidak membahas golongan obat keras..karena kita fokus pada obat bebas saja” (Tutor)

Hampir seluruh informan kader CBIA (5 dari 6 orang) dan semua informan kader non CBIA mampu menyebutkan contoh dari efek samping dan kontra indikasi suatu obat yang biasanya timbul dari konsumsi obat, meskipun tidak dapat menguraikan definisi atau pengertian dengan jelas termasuk perbedaan antara efek samping dan kontra indikasi, seperti contoh uraian berikut:

“Ya mungkin setelah minum obat mungkin ya saya ga tau ya.. jadi ngantuk seperti saya coba minum Inza itu ya saya ngantuk....” (Kader non CBIA)

“Kalau yang namanya efek samping itu ya, ya ngantuk, terus jantung berdebar-debar.. yang tidak boleh seperti untuk orang hamil...” (Kader CBIA) “

“Kita informasikan koq tentang efek samping itu apa, yaitu efek lain yang merugikan yang biasanya timbul selain manfaat dari obat itu sendiri..., contoh ngantuk, mual, dsb..” (Tutor)

Hanya satu orang yang menyebutkan bahwa efek samping timbul bila obat kadaluarsa, dan informan tersebut adalah kader CBIA dengan usia tertua (50 tahun), sebagaimana uraian berikut ini :

“Cara atau efek samping..... jangan diminum lagi kalau udah kadaluarsa.” (Kader CBIA)

Klarifikasi yang dilakukan kepada tutor pelatihan obat, dijelaskan bahwa dalam pelatihan telah diinformasikan tentang hal-hal yang harus dilakukan bila timbul efek samping dari obat yaitu menghentikan pemakaian dan memeriksakan diri ke tenaga medis, seperti ungkapan berikut :

“ ...iya diberi tahu bahwa bila terjadi efek samping dari obat tolong segera hentikan pemakaian obatnya dan cepat periksakan diri ke puskesmas..jangan diteruskan karena bisa berbahaya.” (Tutor Pelatihan Obat)

Terdapat perbedaan pengetahuan antara informan CBIA dan non CBIA terkait pemahaman informasi yang tercantum dalam brosur obat. Seluruh informan (6 orang) yang termasuk dalam kelompok kader CBIA mampu menyebutkan informasi-informasi yang tercantum dalam brosur dengan lebih lengkap (kandungan zat aktif, cara pemakaian, efek samping, dan batas maksimum penggunaan) dibandingkan kelompok informan non CBIA dan bahkan satu orang dari informan non CBIA sama sekali tidak pernah memperhatikan brosur dari suatu obat. Demikian pula halnya dengan informasi utama yang harus diperhatikan saat membeli obat. Contoh ungkapan tersebut antara lain :

“Suka baca juga, kebanyakan fungsi hati itu ya...padahal saya nggak tau fungsi hati itu apa..... dibaca dulu si di brosurnya..sehari dua kali... ..Kemarin Neo Rheumacyl yang dibaca ya..... jangan berlanjut gitu ya.. kalo masih pegel-pegel hubungi dokter... namanya bacanya di pasar..... jadi saya pertama minumnya dulu ya berapa kali sehari gitu..., disitu kan aturan minumnya sehari dua kali, cuma terserah kan mau pagi atau malam, terus efek sampingnya itu ngantuk ada juga...” (Kader non CBIA)

“...saat membeli obat ya langsung terima aja. Ngga diperhatikan (brosurnya)....” (Kader non CBIA)

“Kemasannya.. Dilihatin kemasannya kalo udah robek mah saya ga mau.. lihat dari luar aja... ada informasi..... itu kalo ibu hamil ngga minum obat itu, terus apa itu efek sampingnya, kalo suka ke ulu hati itu apa artinya?” (Kader non CBIA)

“..kalo kita sakit berlanjut, hubungi aja dokter...yang saya ingat cuma mengandung Magasida doang ya...terus.. lupa itu mah...iya cara pakainya 3 kali sehari ada iya...ada juga efek sampingnya, ngantuk sama

mual.... Disitu mah tercantum kalo udah jangka waktu 7 hari....” (Kader CBIA)

“Kadaluarsanya, kita perhatiin. Terutama masa pakainya. Kalo obat mah saya perhatiin, terutama kadaluarsanya, cara penyimpanan. Minumnya....” (Kader CBIA)

Pemahaman terhadap tanda peringatan khusus yang terdapat pada obat bebas sangat bervariasi antara setiap informan baik yang termasuk dalam kelompok CBIA maupun yang bukan. Peringatan khusus tersebut diantaranya ada yang menjawab warna penggolongan obat dan bahkan ada yang tidak memahami sama sekali, seperti ungkapan berikut ini :

“Tanda peringatan itu kayaknya yang hijau yang biru..” (Kader CBIA)

“Tanda perningatan, awas obat keras. Itu kebanyakan ada di obat yang merah tandanya. Yang hijau kan ga keras jadi ga ada tanda peringatannya.” (Kader CBIA)

“Tanda Peringatan khusus? Perhatian itu ya.. ada... bila minum terlalu lama atau gimana gitu harus hubungi dokter.” (Kader non CBIA)

“Tanda peringatan? Ngga inget..” (Kader non CBIA)

Hasil klarifikasi dengan tutor pelatihan tentang peringatan khusus untuk obat bebas terbatas yang pernah diinformasikan kepada peserta pelatihan, sebagai berikut :

“Tanda peringatan yang kita informasikan maksudnya adalah tanda peringatan yang khusus ada pada obat bebas terbatas, artinya obat golongan ini meskipun bebas dijual tapi ada batasan-batasan khusus dalam penggunaannya...” (Tutor)

Ditemukan perbedaan pernyataan terhadap tanda suatu obat dikategorikan rusak antara informan kader CBIA dan informan kader non CBIA meskipun hampir semua informan dari kedua kelompok tersebut (8 dari 10 orang) mampu mengungkapkan ciri-ciri suatu obat dikatakan rusak. Seluruh informan kader CBIA menjelaskan bahwa obat disebut rusak utamanya bila warna kemasan dan atau obat telah berubah. Sedangkan separuh informan kader non CBIA

menyebutkan tanda-tanda obat rusak seperti meleleh, dan tidak bisa diminum lagi. Separuh lainnya bahkan tidak mengetahui apa yang menjadi tanda obat rusak, sebagaimana contoh informasi berikut ini :

Obat rusak liat dari warna kemasan ya... (Kader CBIA)

Kalo obat rusak, tidak perhatikan... ya mungkin karena naronya sembarangan. (Kader non CBIA)

“Kalo penyebab obat jadi rusaknggak tau.” (Kader non CBIA)

Informasi tentang obat dengan kategori rusak yang pernah diinformasikan oleh tutor kepada para kader peserta pelatihan adalah sebagai berikut :

“Ya intinya kita cuma memberi tahu bahwa obat harus disimpan dengan baik, terlindung dari cahaya matahari, supaya tidak rusak.” (Tutor)

5.7 Akses Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik

Jenis media elektronik yang pada umumnya dimiliki oleh masyarakat di Pandeglang adalah televisi. Wilayah Kabupaten Pandeglang dapat mengakses seluruh saluran televisi yang beredar secara nasional disamping saluran televisi lokal. Namun tidak demikian halnya dengan radio yang banyak tidak dimiliki oleh masyarakat saat ini. Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA mempunyai media elektronik televisi, namun hanya 3 informan kader yang memiliki radio.

Saat pengumpulan data dilakukan, lima orang informan sedang menonton televisi di rumahnya dan dua orang lainnya sedang berbincang dengan para tetangga. Hanya 3 orang yang sedang melakukan aktivitas pekerjaan rumah tangga yaitu mencuci, berjualan di warung, dan berkebun di halaman.

Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA mempunyai akses memanfaatkan waktu luang yang dimilikinya dengan menonton televisi baik bersama keluarga atau sendiri saat anggota keluarga lainnya di luar rumah. Banyaknya waktu luang yang dimiliki oleh para informan tersebut dapat dilihat dari hasil pengumpulan informasi bahwa 5 orang informan menonton televisi selama 3 sampai 5 jam setiap hari dan 5 orang lainnya menonton lebih dari 5 jam dalam sehari. Dengan demikian seluruh informan kader CBIA dan non CBIA

mempunyai akses yang luas untuk dapat menjangkau segala bentuk informasi yang disampaikan melalui media elektronik khususnya televisi, termasuk informasi tentang obat-obatan.

Jenis acara yang paling disukai oleh hampir seluruh informan adalah sinetron yang biasanya disiarkan di saluran televisi RCTI dan SCTV (8 dari 10 orang), sedangkan dua informan lainnya menyukai acara masing-masing siraman rohani dan berita. Selain sinetron, jenis acara lain yang juga digemari adalah gosip selebritis, wisata kuliner dan berita-berita terkini seperti yang saat ini tengah ramai dibicarakan yaitu seputar capres dan cawapres. Berikut contoh ungkapan dari beberapa informan :

“Punya TV. Acara apa aja, berita, sinetron...jenis acara Masak kuliner di TV one..... Lebih tertarik sinetron. Banyak waktu luang saya, nonton TV aja. Selesai kerja jam 11, udah aja nonton. Sekarang lagi rame berita Capres, nonton.... sama suami, kalo pas suami di rumah. Kalo sama suami berita....Komplit, RCTI, SCTV, Metro TV, Televisi Banten juga ada. Kalo berita itu pull Metro TV, berita aja... Dari jam 11 sampai dzuhur kita nonton, terus nanti siang, sore sama malem... sama anak-anak, seringlah.” (Kader CBIA)

“Radio ga punya.. denger iklan obat dari TV aja... “ (Kader non CBIA)

“Saya kalo pagi senengnya nonton siraman rohani yg di indosiar..... Kalo iklan mah hanya sepintas aja yah.....” (Kader non CBIA)

Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA mempunyai banyak peluang waktu untuk melihat iklan di televisi termasuk iklan obat seiring dengan kegiatan menonton televisi yang selalu dilakukan untuk mengisi waktu luangnya di rumah. Berikut adalah contoh ungkapan tentang hal yang dilakukan oleh informan saat iklan di televisi muncul di tengah-tengah menonton suatu acara tertentu.

“Kalo ada iklan ya diterusin...” (Kader non CBIA)

“. Kalo pas iklan gantian kalo pas nonton sama anak2. Kalo kita sendiri mah enggak. Terusin aja....” (Kader CBIA)

Terkait kebiasaan kader menonton televisi, khususnya saat iklan ditayangkan di televisi diungkapkan oleh suami kader sebagai berikut :

“...ya karena tv nya satu ya ganti-gantian nontonnya, kalau pas iklan... tapi kebanyakan kita mah ngalah aja sama anak-anak” (Suami kader)

Salah satu informan yang termasuk dalam kelompok non CBIA menganggap iklan obat di televisi sebagai salah satu sarana pembelajaran tentang obat, seperti ungkapan berikut ini :

“...kalo iklan obat, iklan susu gitu .. anak saya suka ngikutin...biarinlah kata saya belajarnya dari TV, sama aja kan...” (Kader CBIA)

Namun sebaliknya dengan informan dari kelompok kader CBIA yang justru mengangaap iklan obat sebagai informasi yang tidak boleh dengan mudah dipercaya, sebagaimana ungkapan berikut :

“..tapi kan kalo adem sari kan kita nunggu beberapa menit gitu, ga langsung begitu kayak di iklan gitu...kalo di iklan kan begitu minum langsung sembuh ya...padahal mah enggak gitu...” (Kader CBIA)

5.8. Keterpaparan Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik

Salah satu sumber informasi tentang obat yang disampaikan melalui media elektronik adalah iklan obat sebagai bentuk informasi yang bersifat komersial. Seluruh informan kader CBIA dan non CBIA mengenal nama obat-obat yang dijual bebas dari iklan obat yang disiarkan di televisi, diantaranya Bodrex, Bodrex Migra, Bodrex Extra, Paramex, Oskadon, Promag, Mylanta, Waisan dan Mixagrip. Mereka mampu menyebutkan nama aktor atau aktris dari suatu iklan obat dan bahkan seluruh informan dapat menyebutkan kembali cuplikan / *icon* / *tagline* dari iklan obat-obat bebas tertentu atau mampu mengingat dan menceritakan kembali suatu informasi tertentu tentang obat yang disampaikan. Dua informan kader CBIA diantaranya dapat menceritakan secara global alur iklan obat tersebut. Berikut contoh uraian tentang suatu iklan obat yang berhasil diingat oleh para informan :

“Neo Rheumacyl, yang ada Djaja Miharja tuh ya, tapi sekarang mah udah nggak lagi, sekarang mah si itu, siapa ya yang suka bawa acara.. eee.oh ya, Tantowi, Tantowi Yahya.... yang kayak berita itu, kalau itu, pakai ini, kalau itu...tuh ada 2 macem obatnya Neo Rheumacyl yang putih sama yang sedikit kehijauan warnanya.... untuk nyeri otot apa gitu...nyeri sendi..” (Kader CBIA)

“...yang adegannya disobek, terus diminum, perempuan itu iklannya..”
(Kader non CBIA)

“...yang Dedi Mizwar.. kalau sakit maag minum promag.” (Kader non CBIA)

“Yang paling diingat iklan Bodrex. Yang buat migran. Kan Bodrex kan sekarang banyak, buat migran lain lagi, buat sakit disini lain lagi (menunjuk tengkuk dan pundak). Yang ekstra lain lagi. Baru tau saya sebelumnya Bodrex biasa aja, senut..senut... Bodrex.... Jadi saya tau ada Bodrex Migran utk sakit kepala sebelah, Extra (menunjuk tengkuk), sekarang ada Flu Batuk. Kalo Paramex kan yang betulin mobil, ngebut2, betulin mobil terus pusing terus dateng rame2 ngasih Paramex.” (Kader CBIA)

“Kalo Paramex kan iklannya yang dia sakit kepala, muter2 nih ya... kan kata temennya tuh minum obat, langsung ilang...Kalo Bodrex kan ceritanya, kalau ga salah dia kan lagi bawa mobil nih, bawa mobil pas dijalan, jalan naik kan ada lampu merah, pas lampu merah kan dia sakit kepala, pas dia liat itu tuh, stambul, stambul2 iklan2 itu tuh ya, minum bodrex, langsung sembuh...” (Kader CBIA)

“Mylanta yang kecil yang botol kecil, yang katanya segala2 mahal, untung pas ada mylanta kecil...” (Kader CBIA)

Bila paparan iklan obat tersebut dibandingkan terhadap nama obat bebas yang digunakan dalam satu bulan terakhir, seluruh informan kader CBIA dan non CBIA dapat menyebutkan nama aktor/aktris dan atau menceritakan alur cerita / cuplikan cerita iklan obat dari suatu obat yang dikonsumsi. Saat ditanyakan contoh nama obat-obat bebas yang jarang diiklankan di televisi, seperti Refagan, Aspirin, dan Naspro, seluruh informan kurang mengenal dan bahkan ada yang mengatakan bahwa obat itu sudah tidak beredar lagi, sebagaimana ungkapan berikut :

“Refagan, itu mah sepertinya obat dulu ya.....” (Kader non CBIA)

“...ada, Refagan ada sekarang tapi jarang liat, udah nggak ada tuh di warung, mungkin jarang yang beli ya, atau memang nggak ada lagi ya, saya kurang tau...” (Kader CBIA)

“...Aspirin? Oh iya itu ada, ada sekarang yang dalam bungkus yang serbuk itu.. (ternyata yang dimaksud adalah Puyer Bintang Toedjoe yang mengandung Aspirin) ” (Kader CBIA)

5.9. Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Pengobatan Sendiri

5.9.1. Peran Tenaga Kesehatan di Puskesmas dalam Pelayanan dan Penggunaan Obat

Petugas di puskesmas yang bertanggung jawab dalam pengadaan dan pelayanan obat adalah seorang farmasis dengan latar belakang pendidikan DIII farmasi. Dalam pelaksanaannya, kegiatan pelayanan obat sehari-hari mulai dari penyiapan dan penyerahan obat kepada pasien di Puskesmas Pegadungan dilakukan oleh tidak hanya petugas dengan latar belakang pendidikan farmasis, namun juga dibantu oleh sekitar 3 orang tenaga kesehatan lainnya (perawat dan SKM), termasuk seorang tenaga administrasi dengan latar belakang pendidikan SLTA, sebagaimana yang diungkapkan oleh informan :

“ ...iya nggak pasti jumlah petugasnya, sehari 4 sampai 5 orang. Yang tetap ada 2 orang, mbak Tasya (nama samaran) sebagai penanggung jawab obat di puskesmas dan mbak Indri (nama samaran) untuk administrasi yang merekap resep pasien siapa aja boleh membantu menyerahkan obat, menyiapkan juga boleh siapa aja, habis kalau nggak begitu nggak mungkin, kan banyak...” (Nakes 1 di Puskesmas)

“.... boleh, siapa aja bisa nyiapin dan nyerahin obat...” (Nakes 2 di Puskesmas)

Pesan yang disampaikan oleh petugas kesehatan saat penyerahan obat kepada pasien, lebih difokuskan hanya pada informasi cara penggunaan termasuk dosis obat dan kegunaan obat. Hal-hal terkait efek samping, kontra indikasi, dan batas lama penggunaan untuk obat kecuali antibiotika tidak diinformasikan, seperti yang diutarakan oleh informan sebagai berikut :

“Paling itu.... aturan minum, untuk apa obat ini, misalnya ini untuk panasnya, ini untuk itunya, begitu..., terus ini diminum 3 kali sehari ya...” (Kader)

“...sama itu juga paling kalau antibiotik, cuma bilang ini dikasih air dulu sampai batas ini ya, terus dikocok, sebelum diminum dikocok dulu, terus harus dihabiskan..., kalau informasi yang lain-lainnya jarang ya..... kalau kita tanya iya dijawab.”(Kader)

“...Ya itu, informasi cara minum, dosis, kegunaannya, itu aja yang penting, kecuali kalau ada hal-hal khusus lainnya yang dituliskan dalam resep. Kalau yang lainnya, sama hanya itu aja, kan perawat juga tau... paling kalau ada yang nanya, mereka nggak tau, baru tanya....” (Nakes di Puskesmas)

5.9.2. Dukungan Tenaga Kesehatan di Luar Jam Pelayanan Puskesmas

Sebagaimana yang telah diuraikan sebelumnya bahwa rasio tenaga medis terhadap penduduk di Kabupaten Pandeglang sangatlah kecil (1 : 19.834 penduduk). Demikian pula halnya dengan rasio farmasis terhadap penduduk (1 : 51.387 penduduk). Masyarakat termasuk informan kader lebih banyak mengenal bidan desa yang jumlahnya relatif lebih banyak tersebar di daerah lingkungan tempat tinggal informan dibandingkan tenaga medis atau farmasis. Di samping bidan desa, ada juga seorang tenaga kesehatan lain di bidang Kesehatan Masyarakat (SKM) yang juga dikenal baik oleh para informan yang sering membantu mereka bila sedang sakit baik dalam bentuk saran untuk berobat lanjut ke tenaga medis atau pun memberikan obat-obatan bila tersedia, seperti ungkapan berikut ini :

“...tanya ke bidan kadang-kadang sih, sering-sering nanya ke pusling... sebulan sekali.. Kadang datang aja ke rumahnya bu Bidan. Kalau “beliau”.....(menunjuk nakes di bidang SKM) di hp aja Kalau ada tetangga yang pingin berobat kata saya mah telp aja... Di sini tuh yang bisa dipanggil tu ya “beliau”.... sama yang dari Cicadas... Wah pokoknya “beliau” itu penolong lah...udah terkenal gitu..” (Kader)

“Ya... saya memang sering ada yang panggil untuk minta tolong.. kalau saya bisa nolong pas ada waktu ya saya tolong tapi kalau tidak ya saya sarankan ke puskesmas aja.... Terserah aja bayarnya, seikhlasnya....” (Nakes)

Beberapa jenis obat-obat tertentu terkadang juga diberikan kepada kader oleh nakes melalui pukesmas keliling meskipun kader tidak dalam keadaan sakit, seperti contoh berikut ini :

“...kan kalo pusling suka minta obatnya.. Pak Dokter, di sini suka ada yang mencret mendadak, kan kita kasihan kan..(maksudnya untuk cadangan bila ada masyarakat ada yang memerlukan obat tertentu)” (Kader)

“..ya kalau ada yang minta dikasih juga tapi terbatas pada obat tertentu saja seperti obat panas, oralit, yang bisa untuk pertolongan pertama saja” (Nakes)

Informasi dari para informan, para bidan desa dapat mereka hubungi setiap saat melalui telephon bila mereka ada masalah dengan kesehatan khususnya pada jam

yang bukan jam pelayanan puskesmas. Respon yang diberikan oleh para bidan pun mendukung dilakukannya pengobatan sendiri oleh masyarakat, seperti ungkapan berikut ini :

“.....saya nelpon ke bidan.... ‘ini mah gejala ngidam, udah beli tespack aja’ kata bu bidan. Taunya enggak... negatif. Udah mungkin itu mah dari maag aja lambung itu bengkak. Beli aja obat warung, beli itu aja Promag.” (Kader CBIA)

5.10. Dukungan Keluarga terhadap Pengobatan Sendiri

Secara umum keluarga kader turut mendukung dilakukannya tindakan pengobatan sendiri untuk mengatasi rasa sakit yang dirasakan oleh kader. Hal ini disebabkan karena upaya pemeliharaan kesehatan keluarga lebih banyak diperankan oleh kader sebagai ibu rumah tangga dibandingkan suami sebagai kepala keluarga. Dukungan yang diberikan suami atau keluarga dalam pengobatan sendiri, bervariasi antara dukungan untuk menggunakan obat bebas maupun obat tradisional. Setengah dari keluarga informan (5 dari 10 orang) mendukung sepenuhnya masalah pengobatan kepada informan kader dan tidak cenderung kepada salah satu jenis pengobatan (obat tradisional maupun obat bebas). Sepertiga informan didukung keluarga untuk menggunakan obat bebas (3 dari 10 orang) dan hanya satu orang informan yang didukung untuk menggunakan obat tradisional. Berikut adalah ungkapan dari informan tersebut :

“..Alhamdulillah waktu saya diabetes, saya dikasih ramuan seperti undur-undur sejenis hewan model kutu. Diminum sekali banyak dibantu air putih dan hasilnya sembuh. Dan tau itu dari suami. Dari 280 jadi 140. menurunkan gula dan hanya diminum 1 kali.” (Kader CBIA)

“Waktu itu pernah sakit dibetes. Dikasih semacem obat, hewan undur-undur (kutu) obat tradisional dikasih tau orang-orang. Dan yang buat mertuanya... si ibu. Undur-undur disini sekarang nggak ada, tapi kalo dulu banyak.” (Suami kader)

Contoh ungkapan dukungan keluarga untuk menggunakan obat bebas :

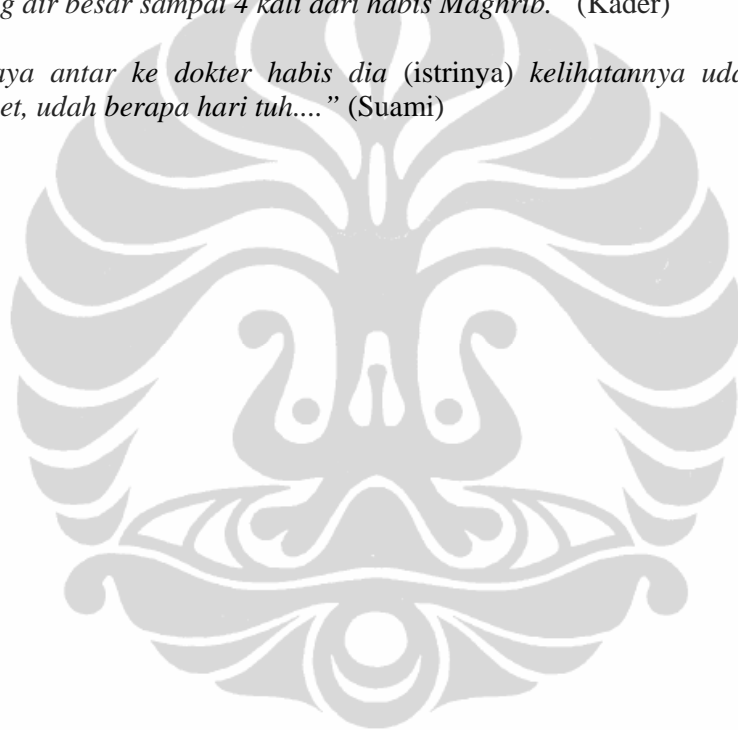
“Kita biasanya minum obat aja nih Paramex biasa saya minum, sama istri saya juga....” (Suami kader non CBIA)

“Iya itu saya yang beli..., saya tau aja kan ada itu Insto, Rohto, banyak.. ya kadang-kadang suka juga pakai Insto, tapi waktu itu saya beli Visine, bagus juga... saya dulu pernah kerja juga di farmasi, di pabrik S dulu, jadi suka tau banyak juga.... di operator mesin...” (Suami kader CBIA)

Satu orang kader lainnya didukung suaminya untuk pergi ke dokter bila sakit, seperti yang diungkapkan oleh salah seorang informan sebagai berikut :

“Cuma mules keringat dingin. Terus sama suami disuruh langsung ke dokter aja. Pas ke dokter itu udah malem jam 9, diantar suami, buang air besar sampai 4 kali dari habis Maghrib.” (Kader)

“...saya antar ke dokter habis dia (istrinya) kelihatannya udah lemes banget, udah berapa hari tuh....” (Suami)



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Tindakan pemilihan dan penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh kader kesehatan tidak diperoleh dari hasil observasi atau pengamatan secara langsung kepada informan. Informasi tindakan pemilihan dan penggunaan tersebut hanya diambil dari hasil wawancara berdasarkan pengalaman penggunaan obat bebas selama 1 bulan terakhir.
2. Beberapa informan kader kurang percaya diri dalam hal menjawab pertanyaan tentang pengetahuan obat yang dimiliki seiring dengan status kader kesehatan yang disandangnya khususnya pada informan kader CBIA. Adanya rasa bersalah tidak dapat menjawab pertanyaan tentang pengetahuan obat yang pernah diterimanya menyebabkan timbulnya keragu-raguan dalam jawaban yang disampaikan.

6.2. Analisis Perilaku Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas

Sesuai panduan yang ditetapkan di Indonesia bahwa penggunaan obat rasional untuk obat bebas adalah penggunaan yang memenuhi 4 kriteria yaitu tepat golongan obat, tepat dosis, dan lama penggunaan yang terbatas (Ditjen POM, 1997). Penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh para informan kader CBIA dalam satu bulan terakhir masa pengambilan data lapangan dalam penelitian ini, telah sesuai dengan aturan penggunaan obat yang rasional.

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya penyimpangan “tidak tepat obat” dan “tidak tepat batas waktu lama penggunaan obat” sebagaimana yang dilakukan oleh kelompok informan kader non CBIA disinyalir karena adanya kesalahan dalam informasi obat yang beredar di media televisi dalam bentuk iklan obat yang masih menjadi sumber utama informasi utama tentang obat bagi kelompok tersebut. Terlebih lagi tidak adanya kebiasaan dari kelompok ini untuk membaca informasi yang terdapat dalam brosur atau penandaan obat, seperti informasi “Bila sakit berlanjut hubungi dokter” yang dianggap sebagai

informasi peringatan dalam brosur. “Bila sakit berlanjut hubungi dokter” merupakan peringatan yang terdapat dalam iklan obat dan bukan informasi dalam brosur obat. Tidak tepatnya batas waktu lama penggunaan obat bebas, dapat disebabkan karena pemahaman yang salah terhadap informasi “bila sakit berlanjut hubungi dokter”. Iklan obat di televisi tidak secara jelas menyiratkan indikasi obat seperti obat sakit kepala yang harus disebabkan karena flu serta tidak menyebutkan secara jelas batas waktu penggunaan obat bebas sesuai yang dianjurkan.

Faktor lain yang juga turut berpengaruh adalah tidak dipahaminya beberapa istilah dalam informasi yang tercantum dalam brosur / penandaan obat seperti klaim “indikasi, kontra indikasi”. Tidak terjadinya kesalahan tersebut pada kelompok informan kader CBIA, disebabkan karena telah meningkatnya pengetahuan mereka melalui diskusi dan praktek pengamatan langsung terhadap informasi yang tercantum dalam penandaan obat-obat bebas, yang diterimanya saat pelatihan obat.

Bentuk penyimpangan penggunaan obat dengan kriteria tidak tepat obat dan lama penggunaan yang tidak sesuai tersebut merupakan salah satu contoh bentuk penyimpangan penggunaan obat bebas yang diuraikan oleh WHO (2006) dalam buku yang berjudul *The Role of Education in the Rational Use of Medicines*, yaitu penggunaan obat bebas yang berlebihan atau tidak sesuai dengan aturan. Penggunaan obat yang tidak sesuai dengan indikasi obat ini juga dikemukakan oleh Anderson, 1979 sebagai salah satu bentuk penyalahgunaan dalam pengobatan sendiri yang sering dilakukan. Gambaran penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh informan kader non CBIA di wilayah Puskesmas Pegadungan ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Supardi dkk (2002) di Kecamatan Warungkondang Cianjur yaitu sekitar 40% responden mengkonsumsi obat bebas dengan tidak memenuhi kriteria tepat obat.

Kebiasaan tidak membaca brosur obat sebelum menggunakan juga tampak terjadi pada kelompok kader CBIA. Pendidikan tentang obat yang pernah diberikan kepada para kader CBIA untuk senantiasa membaca brosur obat dalam memilih dan sebelum menggunakan obat bebas, tidak dilakukan oleh mereka dalam praktek konsumsi obat bebas sehari-hari yang sesungguhnya dapat

memberikan manfaat antara lain dapat diketahuinya tanggal kadaluarsa, komposisi, manfaat, efek samping dan kontra indikasi obat (Depkes, 2008). Perhatian terhadap obat yang akan digunakan hanya dilakukan dengan mengamati keutuhan dan warna kemasan serta tablet obat yang dibeli. Kebiasaan dan “kecocokan” (persepsi sembuh dari keadaan tubuh yang dirasakan enak) dari penggunaan obat tersebut lebih menjadi alasan tidak dilakukannya pembacaan brosur obat.

Alasan lainnya yang diduga juga turut menjadi penyebab adalah faktor ekonomi dari para kader sehingga obat bebas hanya dibeli satu butir untuk satu kali pemakaian. Oleh karenanya brosur atau penandaan lain dari obat bebas tersebut praktis tidak dimiliki. Disamping itu juga diduga faktor kebiasaan membeli hanya satu butir obat turut mendukung. Penumbuhan minat dan budaya membaca brosur obat sebagai salah satu faktor penting perubahan perilaku yang seharusnya dimiliki oleh para kader yang telah dilatih inilah yang belum terjadi.

Berdasarkan temuan di lapangan, pendidikan obat yang pernah diberikan kepada para informan melalui program dengan metoda CBIA, masih bersifat umum. Meskipun telah dilakukan simulasi pengenalan brosur obat, namun kendala sesungguhnya yang dihadapi oleh para informan tersebut lebih kepada faktor tidak diperolehnya brosur obat yang digunakan. Graeff, et al (1993) mengemukakan prinsip-prinsip yang harus dilakukan dalam mempelajari suatu bentuk perilaku melalui analisis perilaku yang didasarkan atas pengenalan budaya, sosial ekonomi dan karakteristik individu.

Penelitian yang dilakukan oleh Supardi, dkk pada tahun 2002 melaporkan bahwa hanya 11,2% responden yang menggunakan obat dengan sesuai aturan, memperoleh sumber informasi tentang obat dari penandaan kemasan obat dan sebagian besar (44,40%) berasal dari media elektronik. Keadaan ini tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian terhadap sumber informasi obat dari kader CBIA di wilayah Puskesmas Pegadungan yang menjadikan televisi sebagai sumber informasi utama nama-nama obat bebas yang digunakan.

Sumber informasi nama-nama obat bebas yang digunakan oleh para informan, diakui oleh seluruh informan diperoleh dari iklan obat di televisi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Subaryanti dan Afdhal (1992) di

daerah Lenteng Agung Jakarta Selatan dalam skripsinya yang berjudul *Pengaruh Iklan Obat Bebas dalam Upaya Pengobatan Sendiri* yang melaporkan bahwa iklan obat dari media elektronik lebih mempengaruhi masyarakat dalam swamedikasi dibandingkan media cetak. Schlaadt & Shannon (1990) juga mengemukakan bahwa iklan televisi merupakan faktor kunci penjualan dari obat bebas dan bahkan persentase terbesar (46%) total belanja iklan di Amerika Serikat tahun 2004 digunakan untuk iklan media televisi.

Dalam penelitian ini juga didapati adanya kecenderungan pemakaian obat berulang secara periodik yang dilakukan oleh salah seorang informan kader non CBIA yang mengkonsumsi Neo Rheumacyl untuk mengatasi “jemper” dan Oskadon SP atau Fatigon untuk mengatasi pegal karena letih bekerja sehari-hari. Adanya kecenderungan untuk mengulang pemakaian obat bebas meskipun dalam batas waktu yang sesuai untuk satu periode pemakaian obat, dapat memperbesar kemungkinan timbulnya efek samping yang tidak diharapkan dari obat tersebut. Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman kader non CBIA terhadap maksud dari lama penggunaan obat yang terbatas. Berbeda dengan kelompok kader CBIA yang pernah mendapatkan pengetahuan tentang obat sehingga sedikitnya mampu menimbulkan kewaspadaan yang lebih tinggi terhadap penggunaan obat bebas dengan tidak sesuai aturan. Di samping itu mereka juga telah memperoleh informasi dari pelatihan obat yang diterimanya bahwa jika sakit lebih dari 3 hari dianjurkan untuk mendatangi tempat-tempat sarana pelayanan kesehatan.

Timbulnya efek samping yang tidak diharapkan dalam pemakaian obat sebagaimana yang dilakukan oleh kelompok informan non CBIA tersebut, sesuai dengan teori bahwa obat-obat bebas umumnya hanya sebatas mengatasi gejala dari suatu penyakit (bersifat sementara), dan bereaksi tidak hanya antara dua jenis obat yang berbeda melainkan juga antara obat dan makanan yang dikonsumsi (Schlaadt & Shannon, 1990).

Efek samping obat yang pernah dirasakan oleh para informan saat mengkonsumsi obat bebas sebagian besar ditindaklanjuti dengan menghentikan pemakaiannya dan tidak lagi mengulangi pemakaian obat tersebut. Bahkan satu diantara informan kader CBIA cenderung menganggap sebagai hal yang wajar

dan efek samping tersebut akan hilang dengan sendirinya setelah beberapa waktu tertentu serta tetap mengkonsumsinya sebagai pilihan utama. Penanganan efek samping yang dilakukan ini tidak sesuai dengan pengetahuan yang pernah diberikan saat pelatihan obat kepada para kader CBIA yang sebaiknya segera menghentikan dan mengkonsultasikannya kepada tenaga medis.

6.3. Faktor Pendorong dan Penghambat Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas.

6.3.1. Analisis Karakteristik Individu

Dari hasil penelitian yang telah diuraikan pada bab hasil penelitian, secara keseluruhan terlihat bahwa pendidikan informan cenderung mempengaruhi praktek pemilihan dan penggunaan obat, setidaknya dalam hal kehati-hatian dan kewaspadaan dalam mengonsumsi obat. Informan dengan pendidikan tinggi ($>$ SMTP) tidak dengan mudah menggunakan obat bebas kecuali hanya pada saat yang memang diperlukan. Namun antara informan kader CBIA dan non CBIA yang berpendidikan tinggi, terdapat perbedaan dalam hal pengetahuan tentang obat bebas. Hal ini tentunya disebabkan karena perbedaan perlakuan pelatihan yang pernah diterimanya. Namun demikian, informan kader non CBIA dengan pendidikan tinggi mampu menyebutkan hal-hal yang ditanyakan terkait pengetahuan obat dengan lebih baik daripada mereka dalam kelompok yang sama dengan pendidikan yang rendah (\leq SMTP).

Berbeda dengan kelompok informan kader non CBIA, kelompok informan kader CBIA tidak berbeda dalam hal pengetahuan tentang obatnya dalam menjawab pertanyaan, meskipun kelompok informan dengan pendidikan rendah memerlukan sedikit tuntunan dalam memahami pertanyaan yang diberikan. Perbedaan lainnya tampak pada spontanitas dalam menjawab pertanyaan dimana kelompok informan kader CBIA dengan pendidikan tinggi, lebih cepat dan tanggap dalam memahami pertanyaan dan menjawab dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah meskipun pada setiap akhir jawaban mereka terlihat tidak yakin akan kebenaran jawabannya. Namun hal penting yang membedakan antara pendidikan tinggi dan rendah dalam kedua kelompok ini, adalah kewaspadaan terhadap penggunaan obat yang lebih tinggi dimiliki oleh informan dengan

pendidikan tinggi. Contoh yang dapat diambil adalah adanya keberanian dari informan kader dengan pendidikan rendah untuk memberikan obat-obat yang dimilikinya kepada para tetangga yang membutuhkan berdasarkan pengalaman yang pernah dialaminya. Hal ini tidak dilakukan oleh informan kader dengan pendidikan tinggi.

Faktor umur untuk kedua kelompok informan kader CBIA dan non CBIA cenderung tidak berpengaruh terhadap perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas. Faktor ini hanya mempengaruhi pada sikap penggunaan obat tradisional sebagai salah satu cara untuk pengobatan penyakit, dimana kelompok informan dengan usia tua (≥ 35 tahun) setuju untuk menggunakan obat tradisional dalam pengobatan sendiri sedangkan kelompok umur muda tidak atau kurang setuju. Pembahasan terhadap sikap terhadap obat tradisional dalam kaitannya dengan penggunaan obat bebas akan dibahas pada pokok bahasan selanjutnya.

6.3.2. Analisis Persepsi Sakit yang Memerlukan Pengobatan

Selanjutnya persepsi sakit dari para informan juga memiliki kecenderungan mempengaruhi tindakan yang dilakukan untuk mengatasi rasa sakit tersebut, yaitu dilakukannya tindakan pengobatan sendiri oleh seluruh informan baik informan kader CBIA dan non CBIA. Becker (1979) dalam Notoatmodjo (2005) juga telah mengungkapkan tentang perilaku sakit yaitu “*no action* (tidak dilakukannya tindakan apapun untuk mengatasinya), *self medication* (melakukan pengobatan diri sendiri) baik dengan cara tradisional atau modern (mengkonsumsi obat bebas) dan mencari penyembuhan ke fasilitas pelayanan kesehatan.” Kesamaan persepsi sakit antara kedua kelompok kader tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Kresno (2005) dalam bukunya yang berjudul *Aspek Sosial Budaya dalam Kesehatan*, bahwa “anggapan sakit seseorang sangat bergantung pada latar belakang budaya dan sosial masyarakat setempat”. Dalam hal ini, kesamaan persepsi sakit tersebut disebabkan karena mereka berada dalam satu wilayah yang memiliki budaya dan sosial yang sama. Persepsi yang sama akan rasa sakit yang memerlukan pengobatan dari kedua kelompok informan dapat menimbulkan perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas yang berbeda.

Hasil penelitian dari Khaldun (1993) di pedesaan Jawa Barat yang melaporkan bahwa persepsi sakit berhubungan dengan tindakan pengobatan sendiri.

Persepsi banyaknya manfaat dari pengobatan sendiri yang dilakukan dibandingkan dengan kerugian yang ditimbulkannya, sesuai dengan teori Health Belief Models dalam Reynolds, et al, 2007 bahwa pencarian pengobatan melalui tindakan pengobatan sendiri dipengaruhi oleh adanya ancaman penyakit dan keyakinan akan manfaat yang ditimbulkan dari suatu perilaku pengobatan yang dilakukan untuk mengatasi ancaman tersebut. Demikian pula halnya dengan tindakan yang dilakukan oleh informan kader CBIA yang telah mengetahui adanya kerugian atau dampak negatif yang dapat ditimbulkan dari penggunaan obat bebas yang berlebihan. Berbeda dengan kelompok informan kader non CBIA yang belum memahami bahwa disamping manfaat, obat juga dapat menimbulkan dampak negatif bila digunakan tidak sesuai aturan.

Kemanfaatan dari pengobatan sendiri yang umumnya diungkapkan oleh para informan kader karena alasan praktis, murah dan tidak memerlukan banyak waktu bila dibandingkan dengan mendatangi sarana pelayanan kesehatan, sesuai dengan yang dikemukakan oleh Schlaadt & Shannon (1990) bahwa tindakan swamedikasi biasanya didasari atas beberapa pertimbangan antara lain mudah dilakukan, mudah dicapai, tidak mahal, dan sebagai tindakan alternatif dari konsultasi kepada tenaga medis.

6.3.3. Analisis Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas

Perbedaan sikap antara informan kader CBIA dan non CBIA dalam penggunaan obat bebas sebagai langkah awal pengobatan adalah bahwa informan kader CBIA bersikap untuk sedapat mungkin menghindari penggunaan obat bebas dan obat bebas hanya digunakan bila tidak dapat diatasi dengan cara lain. Keadaan ini sesuai dengan pengetahuan yang pernah diterima oleh kader CBIA dalam pelatihan obat yaitu bahwa obat boleh diminum hanya pada saat bila benar-benar diperlukan. Oleh karenanya seluruh informan kader CBIA mengawasi pengobatannya dengan tindakan sederhana seperti tidur atau istirahat. Beberapa diantaranya memilih pengobatan dengan obat tradisional.

Sesuai dengan pengertian umum dari pengobatan sendiri menurut Anderson (1979) adalah bahwa upaya untuk mengobati diri sendiri dapat dilakukan dengan menggunakan obat, obat tradisional, atau cara lain tanpa nasihat dari tenaga kesehatan. Dari hasil penelitian yang dilakukan, tidak terdapat perbedaan tentang tradisi menggunakan obat tradisional disamping obat bebas yang digunakan antara kelompok informan kader CBIA dengan non CBIA. Perbedaan tersebut secara umum justru terlihat karena adanya faktor usia, yaitu informan kader yang berumur di atas atau sama dengan 35 tahun bersikap setuju terhadap penggunaan obat tradisional sebagai bagian dari upaya pengobatan, sedangkan kelompok usia di bawah 35 tahun sebagian besar bersikap tidak menyetujui penggunaan obat tradisional. Demikian pula halnya dengan perbedaan pada pola penggunaan obat tradisional yang dilakukan sebelum, bersamaan, atau sesudah penggunaan obat bebas, sebagaimana yang telah diuraikan pada bab sebelumnya.

Keyakinan terhadap penggunaan obat tradisional yang diduga berhubungan dengan faktor usia dalam penelitian ini, sesuai dengan hal yang dikemukakan oleh Siagian (1987) bahwa tingkat kedewasaan dalam bertindak sangat dipengaruhi oleh umur. Semakin bertambah usia informan kader, penggunaan obat tradisional semakin diyakini sebagai salah satu upaya yang dapat turut membantu penyembuhan suatu penyakit. Segala bentuk ikhtiar pengobatan yang dinilai bermanfaat akan cenderung dilakukan untuk membantu proses penyembuhan penyakit yang sedang dialaminya.

6.3.4. Analisis Pengetahuan Obat Bebas

Untuk meningkatkan suatu status kesehatan masyarakat, upaya komunikasi kesehatan merupakan salah satu tahap yang sangat penting dan memberikan kontribusi yang cukup bermakna, demikian menurut Hassan dalam Notoatmodjo (2005). Sedangkan menurut Graeff, et al (1993), komunikasi tersebut akan lebih efektif bila memadukan antara seni dalam metode komunikasi dengan ilmu. Pendidikan obat kepada masyarakat yang telah dilakukan dengan metoda CBIA merupakan contoh upaya komunikasi tentang kesehatan dalam hal memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang obat-obatan khususnya obat

bebas guna meningkatkan kewaspadaan masyarakat untuk berhati-hati dalam konsumsi obat. Tujuan akhir dari pendidikan obat ini adalah peningkatan status kesehatan masyarakat melalui kemandirian masyarakat dalam tindakan pengobatan diri sendiri yang bertanggung jawab sebagai pertolongan pertama dalam kehidupan sehari-hari di lingkungannya.

Metoda CBIA yang digunakan dalam pendidikan obat tersebut cenderung dapat meningkatkan pengetahuan kader tentang obat khususnya penggunaan obat bebas. Meskipun hanya sebatas umum namun setidaknya cenderung meningkatkan kewaspadaan dan kehati-hatian para kader dalam menggunakan obat bebas, dengan dipahaminya bahwa obat mempunyai aturan penggunaan khusus dalam setiap pemakaiannya dan mempunyai efek lain selain manfaat yang diberikan obat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Subaryanti dan Afdhal (1992) serta Supardi dkk (2002) bahwa pengetahuan berhubungan dengan perilaku penggunaan obat bebas yang sesuai aturan.

Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa tingkatan dari pengetahuan mulai dari yang terendah sampai yang tertinggi adalah mengetahui, memahami, mengaplikasikan, menganalisis, mensintesis, dan mengevaluasi. Pelatihan obat yang diberikan kepada kader dengan metoda CBIA telah mencapai tingkatan pada taraf memahami dan mengaplikasikan penggunaan obat khususnya obat bebas, meskipun aplikasi dari pengetahuan ini belum sepenuhnya dilaksanakan.

Sebagai salah satu contoh analisis yang mendasari pencapaian tingkatan pengetahuan ini adalah para informan kader CBIA yang tidak dapat menjelaskan secara jelas hal-hal terkait penggolongan obat, pengertian tentang obat yang disebut dengan racun dan efek samping obat. Mereka mampu menyebutkan dan memahami bahwa obat mempunyai penggolongan khusus seperti warna yang menandai penggolongan obat tersebut (bulatan hijau, biru dan merah) serta mampu menyebutkan contoh dari efek samping dari obat. Namun, dalam aplikasinya mereka tidak dapat menjelaskan arti dari masing-masing warna bulatan tersebut dan apa tujuannya. Sehingga praktis mereka tidak akan dapat mengaplikasikan dalam penggunaan obat sehari-hari dengan baik, bahwa penggolongan obat tersebut sangat bermanfaat untuk menghindarinya penggunaan obat yang semestinya harus dilakukan berdasarkan resep dokter.

Selain itu para kader CBIA dan non CBIA meskipun dapat memberikan contoh dari efek samping suatu obat, namun mereka tidak menyadari saat mereka mengalami efek samping dari konsumsi obat. Seperti yang terjadi pada kader CBIA yang merasakan detakan kuat di dadanya setelah mengkonsumsi obat sakit kepala, justru merasa hal tersebut sebagai efek yang wajar selama kader tersebut dapat merasakan manfaat dari obat sakit kepala yang dikonsumsi. Hal ini disebabkan karena kader tidak menyadari bahwa hal tersebut adalah bentuk efek samping dari obat sakit kepala yang dikonsumsi yang semestinya dihindari untuk dikonsumsi. Tidak dapat dijelaskannya definisi atau pengertian dari masing-masing jenis pengetahuan tersebut disebabkan karena latar belakang pendidikan para kader yang rata-rata adalah setingkat SMTP. Pendidikan para kader sangat mempengaruhi dalam daya ingat atau penerimaan pengetahuan yang diberikan.

Tingkatan pengetahuan tentang obat yang dimiliki informan kader CBIA ini dapat dibandingkan dengan informan kader non CBIA yang masih berada dalam taraf terendah yaitu mengetahui, dan bahkan beberapa informan juga ada yang belum mengetahui hal-hal pokok tentang obat, contoh yang paling sederhana adalah ciri dan tanda obat rusak. Perbedaan pengetahuan ini jelas disebabkan karena faktor pelatihan obat yang belum pernah diikuti oleh para kader non CBIA. Kewaspadaan untuk berhati-hati dalam menggunakan obat lebih dilakukan oleh kader CBIA dibandingkan kader non CBIA, karena para kader CBIA telah memahami tentang bahaya penggunaan obat yang tidak sesuai aturan (tepat golongan, tepat obat, tepat dosis, dan tepat lama penggunaan), meskipun kurang dapat menjabarkannya secara teori dengan baik. Kekhawatiran untuk menggunakan obat yang tidak benar juga terjadi pada kelompok kader non CBIA namun kelompok ini tidak dapat mengaplikasikannya dengan baik dan benar karena tidak dimilikinya pengetahuan yang mendasari alasan kewajiban dilakukannya pemilihan dan penggunaan obat yang benar dan sesuai aturan.

Graeff et al (1993) dalam bukunya yang berjudul *Communication for Health and Behavior Change* dijelaskan bahwa komunikasi merupakan variasi dari berbagai ilmu utamanya antropologi, *social marketing* dan ilmu perilaku dimana antropologi berkontribusi dalam perencanaan, *social marketing* dalam strategi pengembangan promosi kesehatan yang kreatif serta ilmu perilaku dalam

analisis perubahan perilaku. Demikian pula halnya dalam pelatihan tentang obat yang merupakan salah satu cara dari mengkomunikasikan pengetahuan tentang obat kepada masyarakat, yang seyogyanya juga mempertimbangkan ketiga aspek tersebut sehingga pendidikan tentang ketrampilan penggunaan obat yang diberikan tidak hanya bermanfaat dalam peningkatan pengetahuan obat melainkan juga mampu merubah perilaku kader sesuai pengetahuan yang dimiliki.

Hasil penelitian Supardi dkk tahun 2002 di Kecamatan Warungkondang Kabupaten Cianjur mengemukakan bahwa pengetahuan berhubungan dengan perilaku pengobatan sendiri yang sesuai aturan. Penelitian lain yang dilakukan oleh Subaryanti dan Afdhal tahun 1992 menjelaskan bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna dengan perilaku penggunaan obat bebas.

6.3.5. Analisis Akses Informasi dan Keterpaparan Informasi Obat Bebas dari Media Elektronik

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, seluruh informan kader CBIA maupun non CBIA mempunyai akses yang sama besar untuk dapat menjangkau informasi obat dari media elektronik, dan bahkan terlihat bahwa seluruh informan cenderung terpapar oleh informasi obat tersebut. Model komunikasi / persuasi yang dikemukakan oleh Mc Guire pada tahun 1964, menekankan bahwa komunikasi merupakan suatu metoda yang dapat digunakan untuk merubah keyakinan dan perilaku seseorang, dan sangat tergantung pada variabel input (stimulus) dan output (respon) yang saling berhubungan sebab akibat. Variabel input dimaksud adalah sumber pesan, isi pesan, saluran yang digunakan, karakteristik penerima dan target yang dituju. Sedangkan variabel output dimaksud adalah *presentation* (isi pesan), *attention* (daya tarik pesan), *comprehension* (pemahaman pesan), *yielding* (pesan yang dihasilkan), *retention* (daya ingat terhadap pesan yang disampaikan), dan *overt behavior* (perubahan perilaku).

Teori tersebut diasumsikan dengan ilustrasi sebagai berikut :

1. Para informan mengenal nama obat-obat bebas dari iklan obat yang disiarkan di televisi.
2. Pada umumnya mereka tertarik dengan iklan obat yang ditampilkan, terbukti dengan kemampuan mereka mengilustrasikan kembali tentang

iklan obat yang ditampilkan, dengan tingkat ilustrasi yang paling rendah hingga mampu menceritakan tema atau konsep iklan obat.

3. Para informan kader cenderung memahami pesan tentang obat yang disampaikan seperti manfaat obat tersebut. Contoh Promag untuk mengobati maag, Bodrex untuk sakit kepala, dan seterusnya.
4. Pada akhirnya mereka mengenal berbagai macam nama obat dan manfaat dari masing-masing obat tersebut termasuk pesan tambahan lain bila ada seperti Bodrex untuk sakit kepala bisa diminum sebelum makan, dsb.
5. Pesan yang disampaikan terkadang mampu meninggalkan kesan yang mendalam sehingga membuat para informan kader dapat mengingatnya dengan baik bahkan saat iklan obat tersebut tidak lagi disiarkan. Contoh adanya *icon* khusus suatu iklan obat seperti “Oskadon, pancen oye”.
6. Dengan adanya akses dan keterpaparan terhadap informasi obat yang diterima, diharapkan mampu mempengaruhi perilaku kader dalam menggunakan obat bebas sesuai intensitas paparan yang diterima.

Dari hasil penelitian yang telah dilaksanakan, ternyata teori ini tidak sepenuhnya dapat merubah perilaku para informan kader untuk merubah pilihan obat bebas yang akan digunakan karena selain faktor keterpaparan informan terhadap iklan obat tersebut, ada hal-hal lain yang diduga juga mempengaruhi pemilihan obat bebas tersebut, sebagaimana yang telah diuraikan sebelumnya bahwa mereka lebih kepada faktor “kebiasaan / kecocokan” dengan suatu merk obat bebas tertentu. Selain itu faktor lainnya adalah ketersediaan obat bebas tersebut di lingkungan tempat tinggal para informan. Namun demikian, jika obat-obat tersebut tidak diiklankan, ada kecenderungan pandangan dari para informan bahwa obat tersebut sudah tidak ada lagi di peredaran.

Hal ini mengindikasikan bahwa tanpa disadari iklan obat di televisi cenderung mempengaruhi informan dalam pengenalan nama-nama obat bebas yang beredar. Semakin tertarik seseorang terhadap suatu iklan obat, akan membentuk konsep pemikiran tersendiri terhadap obat tersebut, yang kemudian bila suatu saat dibutuhkan, tentunya nama obat yang paling diingatnyalah yang akan masuk dalam daftar pilih obat-obat yang akan digunakan.

Demikian halnya yang terjadi pada kader CBIA maupun kader non CBIA. Kedua kelompok memanfaatkan iklan hanya sebatas pengenalan nama-nama dan manfaat obat bebas namun dalam pemilihan dan penggunaannya memiliki kecenderungan disebabkan karena faktor kebiasaan. Keterpaparan terhadap iklan obat tertentu yang ditandai dengan tingginya ingatan terhadap iklan obat tersebut (mampu menceritakan kembali isi iklan dengan baik), tidak langsung dapat merubah pilihan obat yang akan digunakan, namun menjadi berarti dalam hal memberikan alternatif pilihan obat saat obat tertentu yang biasa digunakan tidak dapat diperoleh.

Hal lain yang membedakan, bahwa kader non CBIA menganggap iklan obat sebagai sarana pembelajaran tentang obat sedangkan kader CBIA justru menganggap bahwa tidak sepenuhnya iklan obat di televisi adalah benar dan dapat dipercaya, khususnya terkait *time lapse* (waktu yang diperlukan untuk memperoleh manfaat obat) yang terkesan “seketika” setelah obat dikonsumsi. Perbedaan sikap ini disebabkan karena adanya informasi yang diterima oleh kader CBIA saat pelatihan tentang anjuran untuk tidak serta merta percaya penuh pada iklan obat serta anjuran untuk senantiasa membaca brosur obat yang akan digunakan sebagai sumber informasi lain yang lebih akurat selain iklan obat di media massa.

Upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah dalam mereduksi iklan obat agar obyektif dan tidak menyesatkan diantaranya dengan dilakukannya pengawasan terhadap promosi dan iklan obat yang beredar, sehingga klaim-klaim terkait manfaat dan kegunaan obat yang tercantum dalam iklan obat yang beredar diharapkan telah sesuai dengan yang disetujui oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan. Dari hasil penelitian terhadap faktor keterpaparan informasi obat dari media elektronik, informasi yang disampaikan melalui iklan obat di televisi diduga dinilai tidak mampu memberikan informasi yang obyektif karena tidak diinformasikannya hal lain yang penting untuk diperhatikan dalam pemilihan obat bebas yang baik seperti komposisi dan efek samping obat. Kesan lain yang timbul adalah kesan bahwa obat tersebut mempunyai efek yang “seketika” sesaat setelah dikonsumsi. Bahkan terkadang informasi tentang manfaat obat juga sering

ditafsirkan berbeda dari manfaat obat sesungguhnya seperti yang terjadi pada Mixagrip dan Decolgen.

6.3.6. Analisis Dukungan Tenaga Kesehatan

Peran bidan di bidang kesehatan keluarga diduga lebih mendominasi bagi para informan dibandingkan tenaga medis lainnya di wilayah Puskesmas Pegadungan, Kabupaten Pandeglang. Referensi yang pernah diberikan oleh para tenaga kesehatan terkait dukungan terhadap pengobatan sendiri yang dilakukan para informan, sedikitnya diduga mempengaruhi para informan khususnya informan kader non CBIA dalam hal dosis penggunaan obat bebas yang sesuai anjuran. Tanpa informasi dari mereka, para informan tidak mengetahui tentang dosis obat khususnya bagi para informan yang belum pernah mengikuti pelatihan tentang obat. Perilaku membaca informasi yang tercantum dalam brosur obat belum tampak dalam penggunaan obat bebas yang dilakukan oleh para informan kader, bahkan pada informan kader CBIA sekalipun. Informan kader CBIA disamping memperoleh informasi tentang dosis obat dari para tenaga kesehatan yang ada, juga pernah mendapatkannya pada saat pelatihan obat yang diterimanya melalui simulasi pengenalan informasi yang tercantum dalam penandaan obat.

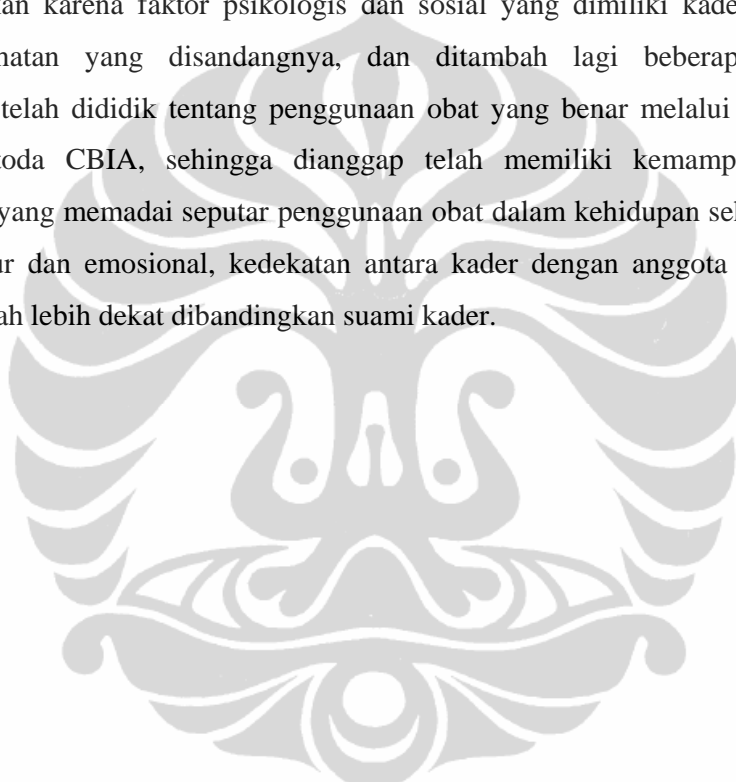
Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Supardi dkk di Kecamatan Warungkondang Cianjur (2002) yang melaporkan bahwa persentase terbesar responden yang melakukan pengobatan sendiri tidak mempunyai referensi dari orang lain. Dalam penelitian ini digambarkan hal yang sebaliknya bahwa tenaga kesehatan mempunyai peranan secara tidak langsung dalam mendukung tindakan pengobatan sendiri yang dilakukan oleh para informan, misalnya dalam merespon pertanyaan sebagian informan yang dilakukan melalui telepon terkait penyakit dan anjuran untuk menggunakan “obat warung” untuk mengatasi sementara penyakit yang dialami informan kader.

6.3.7. Analisis Dukungan Keluarga

Dalam pengobatan sendiri di keluarga informan kader, para kader seluruhnya mempunyai peran utama dalam hal pengobatan untuk keluarganya. Ditambah dengan adanya status kader kesehatan yang disandang oleh para

informan, ikut menjadikan informan juga sebagai salah satu tempat bertanya para tetangga di sekitarnya utamanya untuk setiap masalah kesehatan termasuk tempat mereka meminta obat.

Peran keluarga dalam hal ini utamanya suami selaku kepala keluarga cenderung mendukung sepenuhnya tindakan pengobatan yang dilakukan oleh para kader baik kader CBIA maupun non CBIA. Keluarga (suami) menyerahkan keputusan untuk pengobatan sendiri kepada kader sebagai ibu rumah tangga. Hal ini disebabkan karena faktor psikologis dan sosial yang dimiliki kader. Status kader kesehatan yang disandangnya, dan ditambah lagi beberapa kader diantaranya telah dididik tentang penggunaan obat yang benar melalui program dengan metoda CBIA, sehingga dianggap telah memiliki kemampuan dan kompetensi yang memadai seputar penggunaan obat dalam kehidupan sehari-hari. Secara kultur dan emosional, kedekatan antara kader dengan anggota keluarga lainnya adalah lebih dekat dibandingkan suami kader.



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

1. Ada perbedaan antara informan kader CBIA dan non CBIA dalam pemilihan dan penggunaan obat bebas. Informan kader CBIA menggunakan obat sesuai dengan aturan yaitu tepat golongan, tepat obat, tepat dosis dan tepat lama penggunaan obat. Sebagian besar informan kader non CBIA menggunakan obat dengan tidak sesuai aturan khususnya tidak memenuhi kriteria tepat obat dan mempunyai kecenderungan melakukan pengulangan penggunaan obat secara rutin meskipun secara periodik telah sesuai dengan aturan pakai obat bebas.
2. Faktor karakteristik individu yaitu pendidikan, persepsi sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas dan pengetahuan obat bebas cenderung berhubungan dengan perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas para kader CBIA dan non CBIA. Pengetahuan tentang obat bebas yang dimiliki kader CBIA diduga mampu meningkatkan kewaspadaan dalam penggunaan obat bebas sehingga perilaku penggunaan obat bebas dilakukan dengan lebih berhati-hati dibandingkan kader non CBIA.
3. Faktor akses informasi dan keterpaparan terhadap informasi obat cenderung mempengaruhi perilaku pemilihan obat bebas oleh kader CBIA dan non CBIA, khususnya pada pengenalan nama merk dagang obat bebas. Informasi dalam iklan obat bebas terkadang diduga menimbulkan pemahaman yang salah tentang manfaat dan lama penggunaan obat.
4. Faktor referensi yaitu dukungan tenaga kesehatan dan keluarga memiliki kecenderungan berpengaruh pada perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader CBIA dan non CBIA.
5. Faktor yang diduga mendorong perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan adalah faktor pendidikan, persepsi tentang sakit yang memerlukan pengobatan, sikap terhadap penggunaan obat bebas,

pengetahuan obat bebas yang diperoleh dari pelatihan, akses dan keterpaparan informasi obat dari media elektronik, serta dukungan tenaga kesehatan dan keluarga.

6. Faktor yang diduga menghambat perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan adalah faktor ekonomi yang kurang dan faktor kebiasaan pembelian 1 butir obat bebas yang akan dikonsumsi, serta persepsi cocok pada suatu merk obat bebas tertentu.

7.2. Saran

7.2.1. Pengembangan Program

1. Departemen Kesehatan

- a. Wilayah penerapan program edukasi obat dengan metoda CBIA kepada seluruh masyarakat lebih diperluas dengan menjadikannya sebagai program nasional, diantaranya melalui advokasi di bidang kesehatan mulai dari lingkup internal maupun eksternal Departemen Kesehatan tentang pentingnya pendidikan obat kepada masyarakat dalam rangka swamedikasi yang sesuai aturan.
- b. Dilakukan pemerataan penyebaran tenaga medis dan farmasis di seluruh daerah hingga pedesaan untuk lebih meningkatkan peranannya di masyarakat khususnya dalam bidang swamedikasi. Pemerataan tenaga medis dan farmasis khususnya di seluruh daerah dapat dimulai dengan dilakukannya pemetaan dan analisis penyebaran tenaga farmasis di seluruh Indonesia saat ini.
- c. Meningkatkan peran tenaga farmasis di sarana pelayanan obat seperti apotek dan toko obat misalnya dalam bidang layanan konsultasi obat bagi masyarakat.
- d. Melakukan kerjasama dengan Badan Pengawas Obat dan Makanan sebagai instansi yang bertanggung jawab dalam bidang pengawasan iklan obat bebas, dalam hal:

- i. Melakukan revisi terhadap Pedoman Periklanan Obat Bebas yang tercantum dalam SK Menkes No. 386/SK/Menkes/IV/1994 agar informasi dalam iklan obat menjadi lebih lengkap dan obyektif. Untuk itu diperlukan adanya *pretest* guna mengetahui pemahaman kelompok sasaran terhadap iklan obat yang beredar, seperti klaim indikasi dan peringatan “bila sakit berlanjut hubungi dokter”.
 - ii. Memanfaatkan sarana televisi sebagai media edukasi tentang penggunaan obat yang rasional kepada masyarakat misalnya dalam bentuk iklan layanan masyarakat untuk mengimbangi iklan obat yang beredar yang disponsori oleh industri farmasi dalam rangka memasarkan produknya. Untuk itu, dapat dilakukan melalui advokasi di bidang kesehatan tentang pentingnya pendidikan obat melalui media elektronik dalam rangka swamedikasi masyarakat yang sesuai aturan.
2. Badan Pengawas Obat dan Makanan
- a. Bekerja sama dengan Departemen Kesehatan untuk revisi Pedoman Periklanan Obat Bebas melalui dukungan data penunjang terkait kendala dan hambatan yang dihadapi dalam pengawasan iklan obat bebas yang beredar.
 - b. Meningkatkan dan memperketat evaluasi terhadap iklan obat sebelum diedarkan khususnya terkait visualisasi manfaat dan kegunaan obat.
 - c. Mempertajam informasi terkait batas waktu lama penggunaan obat bebas yang dianjurkan agar tidak menimbulkan persepsi bahwa obat dapat digunakan terus menerus.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang
- a. Cakupan program edukasi obat dengan metoda CBIA diperluas dan diperdalam kepada seluruh kader kesehatan di wilayah Kabupaten Pandeglang, melalui advokasi kesehatan kepada pemerintah daerah

setempat untuk menekankan tentang pentingnya edukasi obat kepada masyarakat di Pandeglang.

- b. Perencanaan program edukasi obat agar lebih efisien dan efektif, misalnya dengan :
 - i. Melakukan edukasi tentang obat secara kontiniu sedikitnya 2x dalam setahun untuk terus mengingatkan kembali tentang cara pemilihan dan penggunaan obat bebas yang sesuai aturan. Hal ini disebabkan mengingat obat adalah produk khusus yang memerlukan waktu yang tidak singkat untuk dapat dipahami dengan baik oleh para kader yang rata-rata hanya berpendidikan SMTP.
 - ii. Pendidikan obat juga dilakukan melalui pelatihan kepada tenaga kesehatan di setiap puskesmas sebagai orang yang lebih dekat dan langsung terlibat dengan masyarakat setempat khususnya tentang peningkatan konseling terkait penggunaan obat bebas.
 - iii. Melakukan pendalaman materi pelatihan obat dan fokus pada satu jenis terapi tertentu seperti obat pereda rasa sakit, obat pereda flu, obat diare, dan sebagainya sehingga pemahaman terhadap komposisi, manfaat dan efek lainnya menjadi lebih baik dan lebih mudah untuk diaplikasik
 - iv. Menekankan pelatihan pada konsep “sembuh” yang sesungguhnya dan tidak didasari atas persepsi “cocok”, penumbuhan minat baca terhadap brosur obat, dan sikap yang baik terhadap penggunaan obat tradisional.

7.2.2. Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Melakukan analisis perilaku secara lebih mendalam terkait perubahan perilaku swamedikasi menggunakan obat bebas, melalui pengenalan budaya masyarakat guna pengembangan strategi cara melakukan edukasi obat bagi masyarakat yang lebih efektif, yaitu dengan dilakukannya penelitian awal terhadap

perilaku masyarakat tentang swamedikasi sebelum perencanaan program edukasi dilaksanakan.

7.2.3. Penelitian Lanjutan

Diperlukan penelitian lanjutan untuk melihat hubungan antara faktor persepsi, sikap, penghasilan dan pengetahuan dengan perilaku pemilihan dan penggunaan obat bebas oleh kader CBIA dan kader kesehatan lainnya.



DAFTAR PUSTAKA

Anderson, J.A.D., 1979, *Self Medication*, MTP Press Limited, Lancaster, England.

Anif, Moh, 1997, *Apa yang Perlu Diketahui tentang Obat*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta.

Badan Pengawas Obat dan Makanan, 2007, Kumpulan Peraturan Perundang-Undangan di Bidang Obat, NAPZA, Obat Tradisional, Kosmetika, dan Produk Komplemen, Jakarta.

Badan Pengawas Obat dan Makanan, 2003, Surat Keputusan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan nomor HK.00.05.3.1950, tentang Kriteria dan Tata Laksana Registrasi Obat, Jakarta.

Biro Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2006, Badan Pusat Statistik RI, Jakarta.

Boxtel, Van, CJ ; Santoso, B ; Edwards, IR, 2008, *Drug Benefits and Risks, Internasional Textbook of Clinical Pharmacology*, IOS Press, Netherland, dist : IOS Press, USA and Canada.

Chetley, Andrew ; et al, 2007, *How to Improve the Use of Medicines by Consumers*, World Health Organization, University of Amsterdam, Royal Tropical Institute.

Davis Joel J, 2007, *Consumers Preferences for The Communication of Risk Information in Drug Advertising* dalam *Health Affairs* Vol 26 no. 3, Juni 2007, hal. 863-870

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1999, Pokok Program dan Program Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010, Jakarta.

Departemen Kesehatan RI, 2008, *Modul Materi Pelatihan Peningkatan Pengetahuan dan Keterampilan Memilih Obat bagi Tenaga Kesehatan*, Direktorat Bina Penggunaan Obat Rasional, Jakarta.

Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, 1997, *Kompendia Obat Bebas*, ed 2, Departemen Kesehatan RI, Jakarta

Graeff, Judith A ; Elder, John P and Booth, Elizabeth, Mills, 1993, *Communication for Health and Behavior Change, a Developing Country Perspective*, Jossey-Bass Publisher, San Francisco, USA.

Green, Lawrence W. ; Kreuter, Marshall W, 2005, *Health Program Planning an Educational and Ecological Approach*, 4th ed, Mc Graw Hill, USA.

Janz, Nancy K. ; Champion, Victoria L. ; Strecher, Victor J., dalam Glanz, Karen ; Rimer, Barbara K. ; Lewis, Frances Markus, 2002, *The Health Belief Model* dalam *Health Behavior and Health Education*, 3rd ed, Jossey-Bass, San Francisco.

Kantor Berita Indonesia Gemari, 27 Feb.2006, *Pemerintah Lakukan Pelabelan Generik dan Harga Eceran Tertinggi*, dalam <http://kbi.gemari.or.id/beritadetail-php?id=3702>, Jakarta.

Kotler, Philip ; Ang, Swee Hoon ; Leong, Siew Meng ; Tan, Chin Tiong, 2003, *Marketing Management, an Asian Perspective*, 3rd edition, Prentice Hall, Singapore.

Kresno, Sudarti, 2005, *Aspek Sosial Budaya dalam Kesehatan*, Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.

Machfoedz, Ircham ; Suryani, Eko, 2006, *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*, ed 4, Fitramaya, Yogyakarta.

Narhi Ulla, 2007, *Sources of Medicine Information and Their Reliability Evaluated by Medicine Users, Research Article*, Pharm World Sci, Springer Science Business Media BV, Received 27 Dec 2006, Accepted 2 April 2007, Published online 4 May 2007, 29 : 688-694.

Nonprescription Pain Relievers, 2009, www.hospinet.org/html/nonprescription, [14 Februari 2009]

Notoatmodjo, Soekidjo, Prof, DR, SKM, MCom H, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.

Notoatmodjo, Soekidjo, Prof, DR, SKM, Mcom H, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta

Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang *Pengamanan Sediaan Farmasi*.

Republik Indonesia, 2003, Keputusan Bersama Menteri Kesehatan RI dan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI nomor 264A/MENKES/SKB/VII/2003, nomor 02/SKB/M.PAN/7/2003 tentang Tugas, Fungsi, dan Kewenangan di Bidang Pengawasan Obat dan Makanan, Jakarta.

Reynolds, Kim D. ; Metz, Donna Spruijt ; Unger, Jennifer dalam Wallace, Robert B., 2008, *Public Health & Preventive Medicine*, 15th ed, McGraw-Hill Companies, Inc, USA.

Schlaadt, Richard G. ; Shannon, Peter T., 1990, *Drugs*, 3rd ed, Prentice-Hall, Inc, New Jersey.

Severin, Werner J. ; Tankard, James W Jr, 1992, *Communication Theories : Origins, Methods, and Uses In The Mass Media*, 3rd ed, Longman, New York & London

Shimp, Terence A, 2007, *Integrated Marketing Communication in Advertising and Promotion*, 7th ed, Thomson South-Western, USA.

Shrank, William H. and Avorn, Jerry, 2007, *Educating Patient About Their Medication : The Potential and Limitations of Written Drug Information* dalam *Health Affairs* Vol 26 no 3, Juni 2007, hal. 731-740

Sinar Harapan, Harian Umum, 17 April 2009, *Iklan Obat, Antara Informasi Yang Bersifat Bisnis dan Edukasi Bagi Masyarakat*, Jakarta, hal. 7

Subaryanti ; Afdhal, Ahmad Fuad, 1992, *Pengaruh Iklan Obat Bebas dalam Upaya Pengobatan Sendiri*, Skripsi, Institut Sains dan Teknologi Nasional, Jakarta.

Supardi, Sudibyo ; Sampurno, Ondri Dwi ; Notosiswoyo, Mulyono, 2002, *Pengobatan Sendiri yang Sesuai dengan Aturan pada Ibu-Ibu di Jawa Barat* dalam *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol 30 no 1.

Supardi, Sudibyo ; Sampurno, Ondri Dwi ; Notosiswoyo, Mulyono, 2002, *Pengaruh Metode Ceramah dan Media Leaflet terhadap Perilaku Pengobatan Sendiri yang Sesuai dengan Aturan* dalam *Buletin Penelitian Kesehatan*, Vol 30 no 1.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan no. 193/KAB/B.VII/71 tentang peraturan tentang pembungkusan dan penandaan obat

Suryawati, Sri, 2009, *Meningkatkan Pengetahuan dan Ketrampilan Memilih Obat dengan Metode CBIA*, Petunjuk Kegiatan, Pusat Studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*.

Wazaifi, Mayyada ; Schields, Eileen ; M Hughes, Carmel, and C Mc Elnay, James, 2005 *Societal perspectives on over-the-counter (OTC) medicines* dalam *Family Practice* 22, Published by Oxford University Press, online on 14 Februari 2005. 9 Januari 2009.

World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2006, *The Role of Education in The Rational Use of Medicines*, SEARO Technical Publication Series No. 45, New Delhi.

Lampiran 4 : Matrix Karakteristik Informan Penelitian

		Pertanyaan					
		No.	Pelatihan tentang Obat dengan Metoda Cara Belajar Ibu Aktif	Status Perkawinan	Umur (tahun)	Pendidikan	Lama bekerja sebagai kader (tahun)
Informan Kader Kesehatan	1	Ya	Kawin	40	SLTA	19	
	2	Ya	Kawin	34	SLTA	17	
	3	Ya	Kawin	50	SD	20	
	4	Ya	Kawin	31	SD	31	
	5	Ya	Kawin	33	SLTA	5	
	6	Ya	Kawin	30	SD	7	
	7	Tidak	Kawin	31	SLTP	3	
	8	Tidak	Kawin	39	SLTA	5	
	9	Tidak	Kawin	39	SLTP	11	
	10	Tidak	Kawin	34	SLTA	15	

Lampiran 5 : Matrix Pemilihan dan Penggunaan Obat Bebas oleh Kader Kesehatan

		Pertanyaan																							
		No	Nama Penyakit yang Diderita dalam 1 Bulan Terakhir	Nama Obat Bebas yang Digunakan	Aturan Pakai Per Hari	Jumlah Hari Pemakaian Obat	Sumber Informasi		Alasan Pemilihan Obat Bebas																
Informasi Kader Kesehatan						Nama Obat	Aturan Pakai	Efek samping /Kontra Indikasi																	
	1	Sakit Kepala	Bodrex	2x1 tab	1	TV	Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Punya pengalaman negatif sehingga tidak mencoba obat lain															
		Maag	Promag	3x1 tab	3	TV				Sudah merasa cocok															
	2	Sakit Kepala	Paramex	1x1 tab	1	TV				Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Apa yang tersedia di warung milik sendiri												
		Mata	Visine	5x2 tetes	3	TV							Punya pengalaman negatif sehingga tidak mencoba obat lain												
	3	Pegal Linu	Neo Rheumacyl	2x1 tab	3*	TV							Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Sudah merasa cocok									
		Flu	Procold	3x1 tab	1	TV										Pernah melihat pengalaman negatif keluarganya sehingga tidak mencoba obat lain									
	4	Maag	Promag	3x1 tab	3	TV										Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Apa yang tersedia di warung yang menjual						
		Sakit Kepala	Paramex	1x1 tab	1	TV													Apa yang tersedia di warung yang menjual						
	5	Maag	Promag	2x1 tab	4	TV													Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Apa yang tersedia di warung yang menjual			
	6	Maag	Promag	3x1 tab	1	TV																Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada		Apa yang tersedia di warung yang menjual
		Pegal Linu	Neo Rheumacyl	2x1 tab	3*	TV																			Apa yang tersedia di warung yang menjual
		Sakit Kepala	Paramex	3x1 tab	2	TV																			Apa yang tersedia di warung yang menjual
7	Maag	Promag	2x1 tab	1	TV	Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)																			Tidak ada
	Pegal / Letih	Fatigon	1x1 tab	1*	TV		Apa yang tersedia di warung yang menjual																		
8	Flu	Oskadon	3x1 tab	1	TV		Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada																	
	Sakit Kepala	Paramex	3x1 tab	1	TV					Apa yang tersedia di warung yang menjual															
9		Decolgen	3x1 tab	1	TV					Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada														
	Sakit Kepala	Paramex	3x1 tab	1	TV								Apa yang tersedia di warung milik sendiri												
10		Mixagrip	3x1 tab	1	TV								Mengikuti kebiasaan pemberian obat dari puskesmas (3x1 tab untuk 3 hari). Untuk Bodrex bisa sebelum makan (dari TV)	Tidak ada											
	Sakit Kepala	Paramex	3x1 tab	1	TV											Apa yang tersedia di warung milik sendiri									

Ket :

* = Berulang beberapa kali dalam sebulan

1-6 = kader yang mengikuti pelatihan obat metoda CBIA

7-10 = kader yang tidak pernah mengikuti pelatihan obat

Lampiran 6 : Matrix Persepsi Sakit yang Memerlukan Pengobatan

		Pertanyaan			
		No	Persepsi Sakit	Contoh Penyakit	Persepsi Pengobatan Sendiri
Informan Kader Kesehatan	1	Tidak enak makan, tidak nyaman, susah tidur	Maag, darah tinggi, sakit kepala, diare	Setuju, karena lebih praktis, biaya murah & tahu penyakitnya. Max 3 hari	
	2	Tidak bisa mengerjakan sesuatu.	Sakit kepala, sakit mata	Setuju karena lebih mudah, biaya murah. Max 3 hari, takut tidak cocok.	
	3	Tidak enak, badannya pegal-pegal, makan berkurang.	Asam urat, flu	Setuju, karena praktis (tidak repot), lebih murah, waktu lebih singkat. Max 3 hari, takut over dosis. Minum saat rasa sakit saja.	
	4	Tidak enak badan, mual, air liur rasa asem.	Maag, sakit kepala	Setuju, lebih praktis, murah karena punya obat gratis dari puskesmas keliling. Max 3 hari.	
	5	Kepala berat, makan tidak enak.	Maag	Setuju, murah, praktis, pertolongan pertama. Max 2 hari, kecuali maag bisa sampai 4 hari. Minum obat saat sakit.	
	6	Terlalu pusing, tidak enak badan.	Maag, pegel di tengkuk, kurang darah	Setuju karena mudah dan praktis. Lebih murah juga.	
	8	Badan terasa letih, malas makan	Nyeri dan pegal-pegal, sakit kepala, flu	Setuju, waktu singkat, praktis, biaya sama saja. Max 2 hari. Kecuali kalau penyakit yang tidak biasa diderita	
	9	Tidak enak badan, tidak enak makan.	Sakit kepala	Setuju untuk sakit biasa-biasa saja, supaya lebih mudah.	
	10	Tidak enak badan, kecapaian, malas makan	Sakit kepala	Setuju supaya cepat sembuh, lebih murah, lebih praktis. Untuk 1 hari karena obat bebas hanya sementara.	

Lampiran 7 : Matrix Sikap Kader Kesehatan terhadap Pengobatan menggunakan Obat Bebas

	Pertanyaan		
	NO	Sikap terhadap Penggunaan Obat Bebas sebagai Langkah Pertama Pengobatan	Sikap terhadap Penggunaan Kombinasi Obat Bebas dengan Obat Tradisional
Informan Kader Kesehatan	1	Saat tidak tahan. Bila dengan obat tradisional tidak berhasil.	Setuju, meskipun obat bebas lebih bagus karena obat tradisional alami, tidak ada zat kimia. Cenderung berupaya dengan obat tradisional terlebih dahulu sebelum obat bebas.
	2	Kalau parah, tidak sembuh dengan tidur.	Kurang setuju karena tidak tahu.
	3	Tidak bisa dengan kerok, badan sudah berat.	Sangat setuju, obat tradisional membantu penyembuhan. Diminum bersama obat dengan jam yang tidak bersamaan dalam sehari.
	4	Saat sudah tidak tahan, tidak bisa dengan teh manis dan istirahat.	Setuju, karena obat tradisional efeknya bisa langsung terasa dan sebagai ikhtiar kesembuhan, walaupun prosedur persiapannya merepotkan dan masa kerja efeknya hanya singkat dibanding obat bebas.
	5	Tidak suka minum obat kecuali maag. Saat tidak bisa hilang dengan tidur.	Setuju tapi tidak pernah coba dan tidak tahu banyak. Pernah saran saja untuk orang lain namun sifatnya sederhana seperti untuk jemper (kram) direndam dengan air hangat campur garam.
	6	Tidak bisa ditahan, tidak bisa dengan tidur.	Tidak setuju karena tidak senang. Ada pengalaman buruk di keluarga.
	7	Langsung kalau rasa sakit, supaya tidak mengganggu kerja.	Setuju sebagai alternatif untuk membantu. Bersamaan dengan obat bebas dalam jam yang berbeda. Namun obat tradisional dicoba hanya untuk 1 hari saja.
	8	Langsung minum obat untuk mencegah biar tidak berlarut terutama setelah aktivitas berat	Kurang setuju, kurang paham. Males, pahit, tidak praktis.
	9	Setelah dirasa 1 atau 2 jam tidak hilang atau kondisi mau sakit seperti kehujanan, takut mengganggu aktivitas di rumah	Setuju, bila tidak cocok obat bebas dan setelah minum obat dari dokter. (Obat tradisional sebagai langkah terakhir)
	10	Langsung minum begitu terasa sakit sebelum ditidurkan, khawatir sakit berlanjut	Kurang setuju. Obat tradisional hanya membantu. Tidak bersamaan waktunya.

Lampiran 8 : Matrix Pengetahuan Kader Kesehatan tentang Obat Bebas

		Pertanyaan								
No	Definisi Obat	Pendapat Obat adalah Racun	Golongan Obat	Golongan Obat yang Boleh Dijual Bebas	Efek Samping / Kontra Indikasi	Tanda Peringatan Khusus Obat Bebas	Informasi yang tercantum dalam brosur	Tanda Obat Rusak	Hal Utama yang Diperhatikan saat Membeli Obat	
Informan Kader Kesehatan	1	Mencegah sakit karena menyembuhkan	Setuju racun karena tidak tahu proses pembuatan obat	Hijau, Biru, Merah. Artinya Hijau yang paling rendah, biru lebih keras, merah paling keras	Semua boleh	Efek lain. Kalau tidak ada efek samping, boleh dijual	Awas obat keras. Merah dan hijau bukan obat keras jadi tidak ada	Indikasi, Efek Samping, Kontra Indikasi, Cara minum, Kadaluarsa	Dari warna kemasan dan obat	Kadaluarsa
	2	Mengobati	Bukan racun kalau cocok	Ungu, hijau, merah. Gol hijau bisa dibeli di Toko Obat. Merah, ungu, lupa.	Semua boleh	Mual-mual, tidak tahu	Yang hijau, biru....	Aturan pakai, Efek Samping, Indikasi, Peringatan	Warna kemasan	Kadaluarsa
	3	Mengobati rasa sakit	Setuju racun karena bisa mengobati dan membuat mabuk	Obat bebas biru (terbatas), lupa. Ada tiga	Semua boleh	Timbul kalau sudah kadaluarsa	Tidak ingat	Cara pakai, manfaat, kadaluarsa	Dari warna	Kadaluarsa
	4	Untuk penyembuhan	Setuju bila dosis tidak sesuai	kuning, hijau, putih, hitam, seperti Parasetamol.... Hijau, merah, biru. Hijau adalah bebas terbatas, biru lupa, merah contohnya Napacin	Semua boleh kecuali obat anak-anak tidak bebas beli (harus ke apotek)	Mual, muntah. Terasa setelah 2 jam kalau tidak cocok	Ada banyak, contoh ibu hamil, ibu menyusui tidak boleh	Cara minum, khasiat, kadaluarsa, efek samping	Dari warna kemasan dan obat	Cara minum, kadaluarsa
	5	Untuk penyembuhan	Setuju karena obat ada yang bukan untuk penyembuh-an	Obat keras terbatas (merah), Obat bebas terbatas (hijau), obat keras (biru)	Boleh semua	Tidak boleh buat hamil, ngantuk, jantung berdebar	Awas obat keras	Fungsi penyembuhan, manfaat, Jumlah sehari, Komposisi tapi tidak paham	Warna kemasan	Komposisi, kegunaan

		Pertanyaan								
No	Definisi Obat	Pendapat Obat adalah Racun	Golongan Obat	Golongan Obat yang Boleh Dijual Bebas	Efek Samping / Kontra Indikasi	Tanda Peringatan Khusus Obat Bebas	Informasi yang tercantum dalam brosur	Tanda Obat Rusak	Hal Utama yang Diperhatikan saat Membeli Obat	
Informan Kader Kesehatan	6	Untuk pengobatan	Setuju bila saat tidak cocok namun tetap dilanjutkan diminum	Merah, hijau, biru, artinya ada yang bebas terbatas, ... Tidak ingat.	Boleh semua	Jantung berdebar, mual	Hati-hati obat keras	Cara minum, efek samping, manfaat, jumlah diminum	Warna kemasan dan obat	Kadaluarsa, kegunaan
	7	Mengobati	Setuju seperti obat cacing adalah racun	Putih, biru..	Tidak tahu, boleh	Efek setelah minum obat, ngantuk.	Bila minum terlalu lama, hubungi dokter	Dosis, misal anak minum 1, Efek Samping, Indikasi (tapi tidak tahu arti indikasi)	Tidak bisa diminum lagi	Kemasannya
	8	Menyehatkan badan	Setuju untuk obat tertentu yang dosis tinggi	Pilek, batuk, maag,dll	Tidak tahu	Kalau ada gejala jangan diminum lagi	Tidak tahu	Ibu hamil ada efeknya, efek ke ulu hati (tapi tidak tahu maksudnya)	Meleleh	Kemasannya (robek/tidak)
	9	Untuk menyembuhkan penyakit	Setuju bila tidak cocok	Tidak tahu	Tidak tahu	Pengaruh suatu obat, contoh : selain menyembuhkan, ngantuk, mual, bergetar. Jangan diminum lagi	Tidak tahu	Tidak perhatikan	Tidak perhatikan	Manfaatnya, dosis aturan pakai
	10	Untuk mengobati rasa sakit	Setuju, kalau berlebih jadi "over dosis", kalau tidak lebih jadi obat	Biru, hijau, arti tidak tahu	Semua boleh	Bila obat tidak cocok, timbul efek tidak baik. Kontra Indikasi tidak tahu	Cara minum, dosis anak dewasa	Harus dengan Resep Dokter kalau sakit berlanjut hubungi dokter	Tidak tahu	Gunanya dan persiapan tidak boleh mengendarai

Lampiran 9 : Matrix Akses Informasi Obat Bebas yang dimiliki Kader Kesehatan

	Pertanyaan							
	No	Kepemilikan TV	Kepemilikan Radio	Kegiatan Waktu Luang	Acara yang disukai	Lama menonton TV/hari	Lama mendengar radio/hari	Intensitas melihat / menonton iklan
Informan Kader Kesehatan	1	Ya	Tidak	Nonton TV	Sinetron, Wisata Kuliner, Berita	≥ 5 jam	Tidak pernah	Sering
	2	Ya	Ya	Nonton TV	Sinetron, Berita, Dangdut	3-5 jam	Tidak pernah	Sering
	3	Ya	Tidak	Jaga warung, Nonton TV	Sinetron	3-5 jam	Tidak pernah	Sering
	4	Ya	Tidak	Nonton TV	Berita, Gosip, Sinetron	≥ 5 jam	Tidak pernah	Sering
	5	Ya	Tidak	Nonton TV	Dangdut, Sinetron	≥ 5 jam	Tidak pernah	Sering
	6	Ya	Ya	Nonton TV	Sinetron	3-5 jam	Jarang	Sering
	7	Ya	Tidak	Nonton TV	Sinetron	≥ 5 jam	Tidak pernah	Sering
	8	Ya	Tidak	Nonton TV	Sinetron	≥ 5 jam	Tidak pernah	Sering
	9	Ya	Ya	Nonton TV	Sinetron	< 3 jam	Tidak pernah	Sering
	10	Ya	Tidak	Nonton TV	Gosip, Sinetron	3-5 jam	Tidak pernah	Sering

Lampiran 11 : Matrix Dukungan Tenaga Kesehatan dan Keluarga Kader Kesehatan terhadap Pengobatan Sendiri

Pertanyaan							
No	Tempat Bertanya Saat tidak Mengerti Pengobatan Sendiri	Dukungan Tenaga Kesehatan			Dukungan Keluarga		
		Respon Tenaga Kesehatan	Saran yang Diberikan di Luar Jam Buka Puskesmas	Saran yang diberikan di Puskesmas	Anggota Keluarga	Saran yang Diberikan Keluarga untuk Pengobatan Sendiri	
Informan Kader Kesehatan	1	Telephon bu bidan	Baik, dijawab jelas saat telephon	Minum obat bebas dahulu.	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Bila tidak sembuh, ke dokter
	2	Tidak tanya siapa-siapa, langsung Puskesmas	Baik	--	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Pakai obat bebas
	3	Tidak tanya siapa-siapa	Baik	--	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Gunakan obat tradisional
	4	Tanya saat Pusling	Baik sekali	--	Aturan Pakai, kegunaan, Diberikan obat untuk disimpan di rumah saat Pusling. Saran lain : makan yang lunak-lunak saat maag	Anak (Suami di luar kota)	Mendukung saja
	5	Tanya saat Pusling atau Telephon Nakes2	Baik sekali	Diberikan obat bila tersedia di rumah Nakes	Aturan Pakai, kegunaan. Diberikan obat untuk disimpan di rumah saat Pusling	Sendiri saja	Tidak ada
	6	Tanya bu bidan atau Pusling atau langsung Puskesmas	Baik, dijawab jelas saat telephon	Minum obat bebas dahulu.	Aturan Pakai, kegunaan	Sendiri saja	Tidak ada
	7	Tanya saat Pusling atau Telephon Nakes2	Baik sekali	Diberikan obat bila tersedia di rumah Nakes	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Mendukung saja
	8	Telephon bu bidan (jarang). Seringnya langsung Puskesmas	Baik	--	Aturan Pakai, kegunaan	Suami (di luar kota)	Mendukung saja
	9	Tidak tanya langsung Puskesmas	Baik	--	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Pakai obat bebas atau langsung ke dokter
	10	Tanya Bidan di Posyandu atau langsung Puskesmas	Baik	--	Aturan Pakai, kegunaan	Suami	Mendukung saja

Lampiran 10 : Matrix Keterpaparan Kader Kesehatan terhadap Iklan Obat Bebas di Media Televisi

		Pertanyaan						
Informan Kader Kesehatan	No	Obat Bebas yang digunakan	Iklan obat yang ditonton	Aktor / aktris dalam iklan obat	Tema cerita / gambaran tentang iklan obat	Manfaat obat yang diinformasikan	Cara pakai obat yang diinformasikan	Iklan yang dinilai menarik
	1	Bodrex, Promag	Promag, Bodrex, Konidin, Mylanta, Mixagrip	Promag : Dedi Mizwar, Mylanta : lupa namanya (suka main sinetron), Bodrex si Dede Yusuf	Bodrex : <i>Sekarang yang banyak katanya, buat migran lain, buat sakit di sini lain lagi, (tunjuk tengkuk), Extra lain lagi Bodrex Extra, senut-senut</i> Paramex : <i>"Betulin mobil, ngebut-ngebut, terus pusing, datang orang rame-rame ngasih Paramex"</i> Mylanta : <i>yang ada perut ditendang-tendang</i>	Bodrex, Paramex : sakit kepala Bodrex Migra : sakit kepala sebelah Bodrex Extra : untuk sakit kepala sampai ke tengkuk Bodrex Flu Batuk : untuk flu batuk Promag, Mylanta : untuk maag Mixagrip : Flu Konidin : Batuk	tidak ada informasi	Bodrex
	2	Paramex, Visine	Paramex, Visine, Promag, Fatigon, Bodrex Extra, Mixagrip, Poldan Mig	Bodrex : Dede Yusuf, Paramex : laki2, tidak tahu namanya	Paramex : <i>"iklannya yang gini-gini... (peragaan tangan muter-muter di kepala)."</i> Bodrex Extra : <i>yang pegel-pegel di sini..(tengkuk) yang ini katanya minum Bodrex Extra, kalau pegel mig, Extra Mig. Suka yang keberatan itu teh gambarnya (menunjuk di atas kepala ada beban)</i> Visine : <i>yang ada itu... orang pakai kepala bentuk Visine</i>	Bodrex, Paramex, Poldan Mig : sakit kepala Visine : sakit mata Fatigon : pegal-pegal	tidak ada informasi	tidak ada
	3	Neo Rheumacyl, Procold	Neo Rheumacyl, Fatigon, Bodrex, Paramex, Ultra Flu, Bodrex Migra, Bodrex Flu Batuk, Antangin, Puyer Bintang 7, Diapet, Entrostop, Mylanta	Neo Rheumacyl : Jaja M, Fatigon : Ari Wibowo	Neo Rheumacyl : <i>Yang iklan lagi keseleo</i> Fatigon : <i>Mau kerja, minum Fatigon</i>	Neo Rheumacyl, Fatigon : pegal-pegal Puyer Bintang 7 : pusing Ultra Flu : hidung gatal Poldan Mig : Muter-muter Puyer bintang 7 : sakit gigi	tidak ada informasi	Fatigon

Pertanyaan								
Informan Kader Kesehatan	No	Obat Bebas yang digunakan	Iklan obat yang ditonton	Aktor / aktris dalam iklan obat	Tema cerita / gambaran tentang iklan obat	Manfaat obat yang diinformasikan	Cara pakai obat yang diinformasikan	Iklan yang dinilai menarik
	4	Promag, Paramex	Napacin, Poldan Mig, Contrexin, Promag, Paramex, Panadol, Termorex, Bodrex, Inza, Hemaviton, Bodrex	Bodrex : Dede Yusuf, Promag : Dedi Mizwar	Bodrex : Ceritanya yang lagi bawa mobil nih, bawa mobil pas dijalan, jalan naik kan ada lampu merah, pas lampu merah dia kan sakit keala, pas dia liat itu tuh, stambul-stambul iklan itu tuh ya, minum Bodrex, langsung sembuh Paramex : iklannya yang dia sakit kepala, muter-muter nih ya, kan kata temennya tuh minum obat, langsung ilang... Promag : kalo bulan puasa kan dia enak makan Mylanta : iklannya yang botol kecil, yang katanya segala-segala mahal, untung pas ada Mylanta kecil...	Promag, Mylanta : Maag Bodrex, Paramex, Poldan Mig : sakit kepala	Promag : sebelum makan	Promag
	5	Promag	Bodrex, Paramex, Oskadon, Waisan, Promag, Neo Rheumacyl, Mylanta	Promag : Dedi M	Mylanta : Yang pegawai kantor... Promag : ada orang sakit maag terus ada Dedy Mizwar, katanya "Kalau sakit maag, minum Promag" Paramex : iklannya ada itunya yang puter2an Bodrex : ada nyanyiannya	Adem Sari : panas dalam Promag, Waisan, Mylanta : Maag Oskadon : Nyeri haid	Bodrex : sebelum makan boleh	Bodrex
	6	Promag	Mixagrip, Promag, Mylanta	Promag : Dedi Mizwar	Promag : "kalau maag, minum Promag" katanya	Promag, Mylanta : Maag Mixagrip : sakit kepala, pusing	tidak ada informasi	tidak ada
	7	Neo Rheumacyl, Paramex, Promag	Bodrex, Paramex, Neo Rheumacyl, Promag, Mylanta, Waisan, Neozep, Sanaflu, Inza, Extra Jozz	Promag : Dedi M, Waisan : yang perempuan, Extra Jozz : Ari Lasso Oskadon : Pak Manteb	Neo Rheumacyl : yang ada info kayak berita "kalau ini pakai itu, pakaikalau ini pakai...." yana ada 2 Neo Rheumacylnya. Bodrex : Ada klaim "Kalau sakit ini Bodrex Extra, kalau sakit yang di sini..., kalau sakit yang sebelah Bodrex Migra" Paramex : Yang ada gambar puter-puternya di kepala Waisan : Ada adegan "disobek, terus diminum" Mylanta : yang iklannya ada gambar botolnya yang kecil itu...	Bodrex, Paramex : sakit kepala Waisan, Mylanta, Promag : Maag Neozep, Inza, Sanaflu : Flu	tidak ada informasi	Extra Jozz

Pertanyaan								
Informan Kader Kesehatan	No	Obat Bebas yang digunakan	Iklan obat yang ditonton	Aktor / aktris dalam iklan obat	Tema cerita / gambaran tentang iklan obat	Manfaat obat yang diinformasikan	Cara pakai obat yang diinformasikan	Iklan yang dinilai menarik
	8	Fatigon, Oskadon	Oskadon, Fatigon, Waisan, Mylanta, Promag	Mylanta : yang perempuan, Promag : Dedi M, Oskadon : Bapak yang pakai blankon, Mixagrip : Desi R, Fatigon : Ari W	Mylanta : Perempuan yang lagi mau terus katanya untung ada Mylanta Promag : "Kalau sakit maag minum Promag" Oskadon : Yang laki-laki yang pakai adat Jawa itu, "Pancen Oye" Fatigon : Yang capek itu, Ari Wibowo, capek, capek, minum Fatigon	Promag, Mylanta : Maag Bodrex, Paramex, Poldan Mig : sakit kepala	tidak ada informasi	Promag, Fatigon
	9	Paramex, Decolgen	Decolgen, Paramex	Oskadon : Mbah Marijan, Bodrex : Dede Yusuf	Paramex : Ada kayak sarang laba-labanya	Decolgen, Paramex, Bodrex : sakit kepala	tidak ada informasi	Paramex
	10	Paramex, Mixagrip	Mixagrip, Paramex, Oskadon, Bodrex	Paramex : nggak kenal orangnya, Mixagrip : Dessy R, Bodrex : Dede Y tapi sekarang yang perempuan	Oskadon : si "Pancen Oye" Bodrex : yang ada Bodrex Extra, Bodrex Flu Batuk, ... Lain-lain katanya	Paramex, Bodrex, Oskadon : sakit kepala Ultra Flu, Decolgen, Mixagrip : Flu	tidak ada informasi	Oskadon