



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PENGGUNAAN
OBAT SWAMEDIKASI PENGUNJUNG DI DUA APOTEK
KECAMATAN CIMANGGIS, DEPOK**

SKRIPSI

**DIAN HERMAWATI
0806327742**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM STUDI FARMASI
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PENGGUNAAN
OBAT SWAMEDIKASI PENGUNJUNG DI DUA APOTEK
KECAMATAN CIMANGGIS, DEPOK**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana
Farmasi**

**DIAN HERMAWATI
0806327742**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
PROGRAM STUDI FARMASI
DEPOK
JULI 2012**

ii

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Dian Hermawati

NPM : 0806327742

Tanda Tangan : 

Tanggal :9 Juli..... 2012

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok,⁹ Juli 2012



(Dian Hermawati)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Dian Hermawati
NPM : 0806327742
Program Studi : Farmasi
Judul Skripsi : Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat Swamedikasi Pengunjung di Dua Apotek Kecamatan Cimanggis, Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi pada Program Studi Farmasi, Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Retnosari Andrajati, M.S., Ph.D., Apt. (.....)
Pembimbing II : Nadia Farhanah Syafhan, M.Si., Apt. (.....)
Penguji I : Santi Purna Sari, M.Si., Apt. (.....)
Penguji II : Dra. Juheini Amin, M.Si., Apt (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 9 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kepada Allah SWT atas rahmat dan tuntunannya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, akan sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan penyusunan skripsi ini. Dalam kesempatan ini, dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan rasa hormat dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Prof. Dr. Yahdiana Harahap, M.S., Apt. selaku Ketua Departemen Farmasi, atas dukungannya selama ini.
2. Ibu Dra. Retnosari Andrajati, M.S., Ph.D., Apt dan Ibu Nadia Farhanah Syafhan, M.Si., Apt. selaku dosen pembimbing, yang telah membimbing, memberikan saran, kepercayaan, serta semangat kepada penulis selama penelitian dan penyusunan skripsi ini.
3. Ibu Dra. Azizahwati, M.S., Apt., Ibu Santi Purna Sari, M.Si., Apt., dan Ibu Juheini Amin, M.Si., Apt. selaku evaluator dan tim penguji, yang telah memberikan saran-saran yang bermanfaat bagi peneliti.
4. Bapak Prof. Dr. Maksun Radji, M.Biomed., Ph.D., Apt. selaku Pembimbing Akademik, beserta seluruh staf pengajar Fakultas Farmasi UI, yang telah membimbing, mendidik dan memberikan ilmunya selama 4 tahun ini.
5. Kepala dan seluruh staf Dinas Kesehatan Kota Depok serta Kesbangpol dan Linmas Kota Depok atas bantuannya dalam pengurusan izin dan pengumpulan informasi yang diperlukan dalam penelitian.
6. PSA, Apoteker, dan seluruh karyawan dari apotek Alam Farma dan K24 Akses UI, serta seluruh responden atas izin dan kesediaannya untuk bekerja sama dengan peneliti selama pelaksanaan penelitian.
7. Papa dan Mama, Dedek Dita, Tante Eni, Tante Emil, Mbah Mimi, dan seluruh keluarga peneliti atas segala doa, perhatian, dan dukungan, serta tenaga dan bantuan yang tidak pernah berhenti diberikan kepada peneliti.
8. Riyon Fajarprayogi atas pendampingan, semangat, dukungan, serta segala bentuk perhatian yang diberikan selama masa-masa berat penelitian dan penyusunan skripsi.

9. Rekan-rekan survei, Fara, Fista, Iren, Febby, Phihaan, Vanie, dan Kak Adit, atas kebersamaan yang telah terjalin di sepanjang masa penelitian dan penyusunan skripsi.
10. Ilma, Dita, dan teman-teman Farmasi UI Angkatan 2008 lainnya, yang telah sama-sama berjuang, serta saling memberikan semangat, dukungan, dan hiburan selama 4 tahun bersama.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu per satu atas segala dukungan dan bantuan yang diberikan, baik secara langsung maupun tidak langsung, selama penelitian dan penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan memiliki kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan atas skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dalam bidang ilmu pengetahuan, khususnya ilmu kesehatan, bagi masyarakat.

Penulis
2012

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

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

Nama : Dian Hermawati

NPM : 0806327742

Program Studi : Farmasi

Departemen : Farmasi

Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Jenis karya : Skripsi

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 :

Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat Swamedikasi Pengunjung di Dua Apotek Kecamatan Cimanggis, Depok

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 mempublikasikan 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 : 9 Juli 2012

Yang menyatakan



(Dian Hermawati)

ABSTRAK

Nama : Dian Hermawati
Program Studi : Farmasi
Judul : Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat Swamedikasi Pengunjung di Dua Apotek Kecamatan Cimanggis, Depok

Swamedikasi, sebagai upaya yang paling banyak dilakukan untuk mengatasi penyakit ringan, masih terkendala oleh terbatasnya pengetahuan masyarakat mengenai obat dan penggunaannya. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh edukasi menggunakan media *leaflet* terhadap tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat swamedikasi. Penelitian pra-eksperimental ini menggunakan desain studi *one group pre-test/post-test*. Responden adalah pengunjung berusia 18-59 tahun di dua apotek kecamatan Cimanggis, yang pernah menggunakan obat oral untuk mengobati demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis dalam tiga bulan sebelum waktu penelitian. Responden diambil secara *consecutive sampling*. Pengambilan data dilakukan melalui wawancara bebas terpimpin menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. *Leaflet* yang berisi informasi tentang swamedikasi diberikan kepada responden setelah *pre-test* dilakukan. Jumlah responden yang diperoleh adalah sebanyak 97 responden. Seluruh responden tersebut dihubungi kembali melalui telepon setelah 4 – 5 minggu pemberian edukasi, untuk dilakukan *post-test* menggunakan kuesioner yang sama dengan yang digunakan pada saat *pre-test*. Uji Wilcoxon dan uji McNemar digunakan untuk menganalisis secara statistik data yang diperoleh. Berdasarkan hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa edukasi dapat secara bermakna meningkatkan pengetahuan swamedikasi ($p = 0,000$) dan rasionalitas penggunaan obat swamedikasi responden ($p = 0,015$).

Kata Kunci : apotek, Depok, pengaruh edukasi, pengetahuan, rasionalitas penggunaan obat, swamedikasi
xvi + 156 halaman : 5 gambar, 43 lampiran, 20 tabel
Daftar Acuan : 74 (1988-2012)

ABSTRACT

Name : Dian Hermawati
Program Study : Pharmacy
Title : The Influence of Education on Knowledge and Rational Drug Use in Self-Medication of Visitors at Two Pharmacies in Cimanggis Subdistrict, Depok

Self-medication, as the most frequent effort that people do to treat minor ailments, is still constrained by the limitation of people's knowledge about drugs and their use. This research was conducted to analyze the influence of education using leaflet media on people's knowledge and rational self-medication's drug use. The one group pre-test/post-test study design was used in this pre-experimental research. Respondents were 18-59 years old visitors of two pharmacies in Cimanggis subdistrict, which used oral medicines for the treatment of fever, cough, cold, pain, diarrhea, and gastritis during the last three months before the research was conducted. They were taken consecutively. Data was collected through free guided interview using a pre-validated questionnaire. A leaflet which contained informations about self-medication was given to respondents after pre-test was held. Total of 97 respondents were obtained. All of them were contacted by telephone in the next 4 - 5 weeks after the intervention given to be post-tested using the same questionnaire as the one that used for pre-test. Wilcoxon test and McNemar test were used to analyze data statistically. Based on the result, it can be concluded that education could significantly improve respondent's knowledge about self-medication ($p = 0,000$) and rational self-medication's drug use ($p = 0,015$).

Key Words : Depok, the influence of education, knowledge, pharmacies, rational drug use, self-medication
xvi + 156 pages : 5 pictures, 43 appendices, 20 tables
Bibliography : 74 (1988-2012)

DAFTAR ISI

| | |
|--|-----------|
| HALAMAN JUDUL | ii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iii |
| SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH | viii |
| ABSTRAK | ix |
| ABSTRACT | x |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR TABEL | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| | |
| 1. PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 3 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 3 |
| | |
| 2. TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Swamedikasi | 5 |
| 2.2 Penggolongan Obat | 7 |
| 2.3 Penyakit dan Pilihan Obat pada Swamedikasi | 11 |
| 2.4 Hal-Hal yang Harus Diperhatikan dalam Pelaksanaan Swamedikasi | 20 |
| 2.5 Penggunaan Obat yang Rasional | 21 |
| 2.6 Edukasi Kesehatan | 24 |
| 2.7 Media Edukasi Kesehatan | 27 |
| 2.8 Pengetahuan | 29 |
| 2.9 Teknik Pengumpulan Data | 30 |
| 2.10 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner | 35 |
| 2.11 Apotek | 35 |
| | |
| 3. METODE PENELITIAN | 38 |
| 3.1 Desain Penelitian | 38 |
| 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian | 38 |
| 3.3 Populasi dan Sampel | 38 |
| 3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi | 39 |
| 3.5 Kerangka Konsep | 40 |
| 3.6 Definisi Operasional | 40 |
| 3.7 Alur Penelitian | 43 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.8 | Etika Penelitian | 43 |
| 3.9. | Prosedur Pengumpulan Data | 44 |
| 3.10 | Instrumen | 44 |
| 3.11 | Penyusunan Kuesioner | 45 |
| 3.12 | Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner | 47 |
| 3.13 | Metode Penilaian Kuesioner | 48 |
| 3.14 | <i>Leaflet</i> | 50 |
| 3.15 | Pengolahan dan Analisis Data | 50 |
| 4. | HASIL DAN PEMBAHASAN | 54 |
| 4.1 | Penyusunan Kuesioner yang Valid dan Reliabel | 54 |
| 4.2 | Karakteristik Apotek | 55 |
| 4.3 | Distribusi Responden di Kedua Apotek | 56 |
| 4.4 | Karakteristik Responden | 58 |
| 4.5 | Tingkat Pengetahuan Responden tentang Swamedikasi | 62 |
| 4.6 | Keluhan Penyakit dan Pilihan Subkelas Farmakologi Obat | 67 |
| 4.7 | Rasionalitas Penggunaan Obat dalam Swamedikasi | 69 |
| 4.8 | Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden | 75 |
| 4.9 | Pengaruh Edukasi Terhadap Rasionalitas Penggunaan Obat oleh Responden | 77 |
| 4.10 | Pengaruh Faktor-Faktor Sosiodemografi Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan Responden | 78 |
| 4.11 | Pengaruh Faktor-Faktor Sosiodemografi Terhadap Perubahan Rasionalitas Penggunaan Obat oleh Responden | 79 |
| 4.12 | Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian | 81 |
| 5. | KESIMPULAN DAN SARAN | 83 |
| 5.1 | Kesimpulan | 83 |
| 5.2 | Saran | 83 |
| | DAFTAR ACUAN | 84 |

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|-------------|---|----|
| Gambar 2.1 | Tanda khusus golongan obat..... | 7 |
| Gambar 2.2 | Tanda peringatan nomor 1-6 untuk obat bebas terbatas | 8 |
| Gambar 3.1. | Kerangka konsep penelitian | 40 |
| Gambar 4.1. | Diagram distribusi frekuensi keluhan penyakit yang paling banyak dialami responden..... | 67 |
| Gambar 4.2. | Diagram distribusi jenis obat berdasarkan subkelas farmakologi pada Indeks Klasifikasi MIMS yang digunakan responden..... | 68 |



DAFTAR TABEL

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabel 3.1. | Topik pertanyaan pada kuesioner bagian kedua : Tingkat Pengetahuan | 45 |
| Tabel 3.2. | Rincian kriteria rasionalitas penggunaan obat | 47 |
| Tabel 4.1. | Distribusi jumlah pengunjung apotek non-jaringan yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian | 56 |
| Tabel 4.2. | Distribusi jumlah pengunjung apotek jaringan yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian | 56 |
| Tabel 4.3. | Distribusi status responden pada saat <i>post-test</i> | 58 |
| Tabel 4.4. | Distribusi frekuensi karakteristik seluruh responden saat <i>pre-test</i> | 59 |
| Tabel 4.5. | Distribusi frekuensi karakteristik responden inklusi | 62 |
| Tabel 4.6. | Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan seluruh responden saat <i>pre-test</i> | 63 |
| Tabel 4.7. | Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden inklusi di apotek non-jaringan | 65 |
| Tabel 4.8. | Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden inklusi di apotek jaringan | 65 |
| Tabel 4.9. | Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dari seluruh responden inklusi | 65 |
| Tabel 4.10. | Distribusi jawaban responden inklusi untuk kuesioner bagian kedua : Tingkat Pengetahuan | 66 |
| Tabel 4.11. | Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden saat <i>pre-test</i> | 69 |
| Tabel 4.12. | Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi di apotek non-jaringan | 73 |
| Tabel 4.13. | Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi di apotek jaringan | 73 |
| Tabel 4.14. | Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden inklusi | 74 |
| Tabel 4.15. | Distribusi status penilaian untuk tiap kriteria rasionalitas | 74 |
| Tabel 4.16. | Data efek samping obat yang paling banyak terjadi | 74 |
| Tabel 4.17. | Distribusi indikator ketidaktepatan pada kriteria ketepatan dosis obat | 75 |
| Tabel 4.18. | Distribusi indikator ketidaktepatan pada kriteria ketepatan pemilihan obat..... | 75 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|--------------|---|-----|
| Lampiran 1. | Daftar Obat Wajib Apotek No. 1 | 90 |
| Lampiran 2. | Daftar perubahan golongan obat no. 1 | 95 |
| Lampiran 3. | Daftar Obat Wajib Apotek No. 2 | 96 |
| Lampiran 4. | Daftar Obat Wajib Apotek No. 3 | 97 |
| Lampiran 5. | Alur pengajuan izin penelitian | 99 |
| Lampiran 6. | Surat izin penelitian dari Departemen Farmasi FMIPA UI | 100 |
| Lampiran 7. | Surat keterangan dari Dinkes Kota Depok untuk permohonan izin penelitian ke Kesbangpol dan Linmas Kota Depok | 101 |
| Lampiran 8. | Surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Kota Depok | 102 |
| Lampiran 9. | Surat izin penelitian dari Dinkes Kota Depok | 103 |
| Lampiran 10. | Skema alur penelitian | 104 |
| Lampiran 11. | Lembar informasi penelitian | 105 |
| Lampiran 12. | Lembar kesediaan menjadi responden | 106 |
| Lampiran 13. | Contoh lembar kesediaan yang telah ditandatangani responden | 107 |
| Lampiran 14. | Skema pengambilan data di kedua apotek penelitian | 108 |
| Lampiran 15. | <i>Leaflet</i> | 109 |
| Lampiran 16. | Kuesioner yang belum valid dan reliabel | 111 |
| Lampiran 17. | Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (I) | 113 |
| Lampiran 18. | Perubahan pertama pada kuesioner | 115 |
| Lampiran 19. | Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (II) | 117 |
| Lampiran 20. | Perubahan kedua pada kuesioner | 119 |
| Lampiran 21. | Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (III) | 121 |
| Lampiran 22. | Kuesioner yang telah valid dan reliabel | 123 |
| Lampiran 23. | Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (IV) | 126 |
| Lampiran 24. | Grafik distribusi frekuensi tempat pembelian dari obat yang digunakan responden | 129 |
| Lampiran 25. | Grafik distribusi frekuensi sumber informasi dari obat yang digunakan responden | 130 |
| Lampiran 26. | Hasil uji normalitas data dengan uji Kolmogorov-Smirnov | 131 |
| Lampiran 27. | Hasil uji homogenitas data dengan uji Levene | 132 |
| Lampiran 28. | Hasil uji Wilcoxon untuk menyatakan pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan responden | 133 |
| Lampiran 29. | Hasil uji McNemar untuk menyatakan pengaruh edukasi terhadap rasionalitas penggunaan obat oleh responden | 134 |
| Lampiran 30. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan tingkat pengetahuan responden | 135 |
| Lampiran 31. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara umur dengan perubahan tingkat pengetahuan responden | 136 |
| Lampiran 32. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan tingkat pengetahuan responden | 137 |

| | | |
|--------------|--|-----|
| Lampiran 33. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan responden ... | 138 |
| Lampiran 34. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat . | 139 |
| Lampiran 35. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara umur dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat | 140 |
| Lampiran 36. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat | 141 |
| Lampiran 37. | Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pekerjaan dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat | 142 |
| Lampiran 38. | Tabel rekapitulasi data sosiodemografi seluruh responden | 143 |
| Lampiran 39. | Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian kedua (<i>pre-test</i>) dari responden inklusi | 146 |
| Lampiran 40. | Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian kedua (<i>post-test</i>) dari responden inklusi | 149 |
| Lampiran 41. | Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian ketiga (<i>pre-test</i>) dari responden inklusi | 152 |
| Lampiran 42. | Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian ketiga (<i>post-test</i>) dari responden inklusi | 154 |
| Lampiran 43. | Tabel daftar produk obat keras yang digunakan responden pada swamedikasi | 156 |

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting di dalam kehidupan. Seseorang yang merasa sakit akan melakukan upaya demi memperoleh kesehatannya kembali. Pilihan untuk mengupayakan kesembuhan dari suatu penyakit, antara lain adalah dengan berobat ke dokter atau mengobati diri sendiri (Atmoko & Kurniawati, 2009).

Pengobatan sendiri, atau yang disebut dengan swamedikasi, merupakan upaya yang paling banyak dilakukan masyarakat untuk mengatasi gejala penyakit sebelum mencari pertolongan dari tenaga kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Swamedikasi adalah salah satu cara pengobatan yang paling banyak dilakukan di dunia. Suatu survei pada tahun 2002 memperkirakan ada lebih dari 92% orang di dunia pernah menggunakan paling tidak satu jenis obat bebas di tahun sebelumnya dan 55% orang pernah menggunakan lebih dari satu jenis obat bebas (World Self-Medication Industry, 2009). Hasil Susenas pada tahun 2009 juga mencatat bahwa 66% orang sakit di Indonesia melakukan swamedikasi untuk mengatasi penyakitnya (Kartajaya, et al., 2011).

Umumnya, swamedikasi dilakukan untuk mengatasi keluhan dan penyakit ringan yang banyak dialami masyarakat, seperti demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis (Supardi dan Raharni, 2006; Abay & Amelo, 2010). Pelaksanaan swamedikasi didasari oleh pemikiran bahwa pengobatan sendiri cukup untuk mengobati masalah kesehatan yang dialami tanpa melibatkan tenaga kesehatan (Fleckenstein, Hanson, & Venturelli, 2011). Alasan lainnya adalah karena semakin mahal biaya pengobatan ke dokter, tidak cukupnya waktu yang dimiliki untuk berobat, atau kurangnya akses ke fasilitas-fasilitas kesehatan (Atmoko & Kurniawati, 2009; Gupta, Bobhate, & Shrivastava, 2011).

Swamedikasi harus dilakukan sesuai dengan penyakit yang dialami.

Pelaksanannya sedapat mungkin harus memenuhi kriteria penggunaan obat yang rasional, antara lain ketepatan pemilihan obat, ketepatan dosis obat, tidak adanya efek samping, tidak adanya kontraindikasi, tidak adanya interaksi obat, dan tidak

adanya polifarmasi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008; Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008). Dalam praktiknya, kesalahan penggunaan obat dalam swamedikasi ternyata masih terjadi, terutama karena ketidaktepatan obat dan dosis obat. Apabila kesalahan terjadi terus-menerus dalam waktu yang lama, dikhawatirkan dapat menimbulkan risiko pada kesehatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006; Supardi & Notosiswoyo, 2006).

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang swamedikasi masih terbatas (Supardi & Notosiswoyo, 2006; Supardi, 2001). Terlebih lagi, kesadaran untuk membaca label pada kemasan obat pun masih rendah (Supardi & Notosiswoyo, 2005). Keterbatasan pengetahuan masyarakat tentang obat dan penggunaannya merupakan penyebab terjadinya kesalahan pengobatan dalam swamedikasi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Keterbatasan tersebut dapat menyebabkan rentannya masyarakat terhadap informasi komersial obat, sehingga memungkinkan terjadinya pengobatan yang tidak rasional jika tidak diimbangi dengan pemberian informasi yang benar (Purwanti, Harianto, & Supardi, 2004; Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penelitian ini dilakukan dengan tujuan menganalisis pengaruh edukasi melalui media *leaflet* terhadap tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat swamedikasi. Penelitian ini dilakukan di dua apotek kecamatan Cimanggis Kota Depok. Apotek memiliki standar pelayanan yang mencakup adanya pemberian edukasi kesehatan kepada pasiennya, antara lain melalui penyebaran media, seperti *leaflet* (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004). Oleh karena itu, sudah seharusnya media tersebut dimanfaatkan sebaik mungkin, salah satunya dalam pemberian informasi tentang swamedikasi sebagai cara pengobatan yang banyak dilakukan oleh masyarakat.

Penelitian serupa belum pernah dilakukan sebelumnya di Kota Depok. Kecamatan Cimanggis dipilih karena jumlah penduduknya yang paling banyak dibandingkan dengan kecamatan lain, yaitu 242.214 penduduk (Badan Pusat Statistik Kota Depok, 2010). Dengan begitu, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai kondisi swamedikasi pada sebagian besar

Universitas Indonesia

masyarakat Kota Depok. Selain itu, diharapkan media edukasi yang digunakan dapat memberi kontribusi dalam usaha peningkatan pengetahuan tentang obat dan kerasionalan penggunaan obat oleh masyarakat, khususnya untuk masyarakat Kota Depok sebagai masyarakat terdekat dari Universitas Indonesia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan swamedikasi pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis, Depok?
2. Bagaimana gambaran rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis, Depok?
3. Bagaimana pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi?

1.3 Tujuan Penelitian

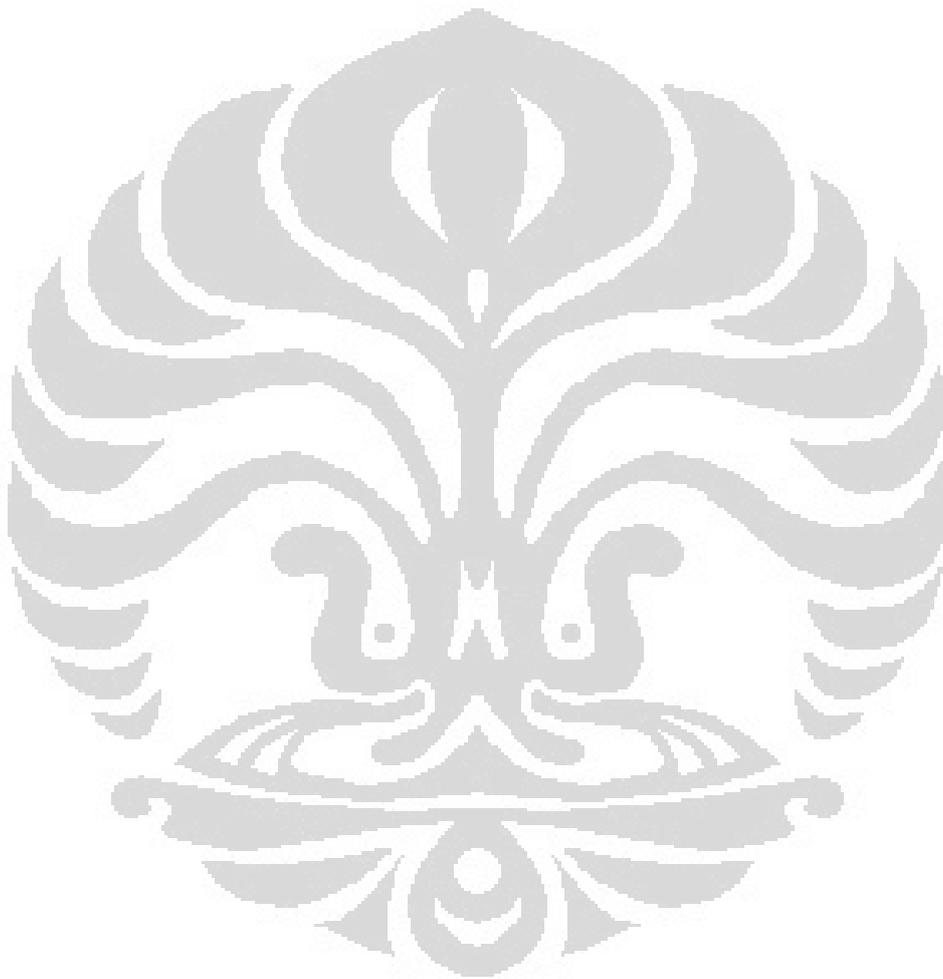
1. Memperoleh gambaran tingkat pengetahuan swamedikasi pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis, Depok.
2. Memperoleh gambaran rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis, Depok.
3. Menganalisis pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Data dan informasi dari hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dan digunakan sebagai acuan untuk penelitian-penelitian selanjutnya.
2. Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang swamedikasi, yang kemudian dapat meningkatkan kerasionalan penggunaan obat oleh masyarakat kota Depok, khususnya masyarakat di sekitar kecamatan Cimanggis.
3. Metode edukasi yang digunakan dalam penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi pengelola sarana

Universitas Indonesia

kesehatan, khususnya apotek, dalam rangka pemberian edukasi kesehatan kepada pasiennya. Dengan demikian, praktik penggunaan obat yang rasional dapat tercapai, khususnya dalam hal swamedikasi.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Swamedikasi

Pelayanan sendiri (*self-care*) didefinisikan sebagai suatu sumber kesehatan masyarakat yang utama di dalam sistem pelayanan kesehatan. Termasuk di dalam cakupan *self-care* adalah swamedikasi, pengobatan sendiri tanpa menggunakan obat, dukungan sosial dalam menghadapi suatu penyakit, dan pertolongan pertama dalam kehidupan sehari-hari (World Health Organization, 2000). Swamedikasi dapat diartikan secara sederhana sebagai upaya seseorang untuk mengobati dirinya sendiri (Kartajaya, et al., 2011). Secara lebih lengkap, swamedikasi adalah pengobatan untuk masalah kesehatan yang umum terjadi menggunakan obat yang dapat digunakan tanpa pengawasan dari tenaga kesehatan, serta aman dan efektif untuk penggunaan sendiri (World Self-Medication Industry, n.d.).

Swamedikasi biasanya dilakukan untuk mengatasi keluhan-keluhan dan penyakit ringan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Menurut Winfield dan Richards (1998), kriteria suatu masalah kesehatan dapat dianggap sebagai suatu penyakit ringan, yaitu memiliki durasi yang terbatas dan dirasa tidak mengancam bagi diri pasien (Galato, Galafassi, Alano, dan Trauthman, 2009). Beberapa penyakit ringan yang banyak dialami masyarakat, antara lain demam, nyeri, batuk, flu, sakit *maag*, kecacangan, diare, serta beberapa jenis penyakit kulit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Swamedikasi melibatkan penggunaan produk-produk obat oleh konsumen untuk mengatasi penyakit atau gejala yang dirasakannya. Agar produk obat yang diperoleh tanpa resep dapat digunakan secara aman dan efektif, konsumen harus melakukan sejumlah fungsi yang umumnya dilakukan oleh seorang dokter. Beberapa fungsi tersebut antara lain pengenalan gejala penyakit dengan akurat, penetapan tujuan terapi, pemilihan produk obat yang digunakan, penentuan dosis serta jadwal minum obat yang tepat, pertimbangan riwayat pengobatan, kontraindikasi, penyakit yang sedang dialami dan obat yang sedang dikonsumsi, serta pemantauan respons terhadap pengobatan dan kemungkinan adanya efek samping (World Health Organization, 2000).

Masyarakat mutlak memerlukan informasi obat yang jelas dan dapat dipercaya agar penentuan jenis dan jumlah obat yang diperlukan berdasarkan kerasionalan. Pengetahuan tersebut dan pengetahuan tentang gejala jarang sekali dikuasai oleh masyarakat. Masyarakat seringkali mendapatkan informasi obat melalui iklan, baik dari media cetak maupun media elektronik, dan itu merupakan jenis informasi yang paling berkesan, sangat mudah ditangkap, serta sifatnya komersial. Ketidaksempurnaan iklan obat yang mudah diterima oleh masyarakat, salah satunya adalah tidak adanya informasi mengenai kandungan bahan aktif. Dengan demikian, apabila hanya mengandalkan jenis informasi ini, masyarakat akan kehilangan informasi yang sangat penting, yaitu jenis obat yang dibutuhkan untuk mengatasi gejala sakitnya. Akibat langsung yang dapat dirasakan adalah meningkatnya pola konsumsi obat dengan seringnya didapatkan pemakaian beberapa nama dagang obat yang ternyata isinya persis sama. Dipandang dari segi ekonomi, hal ini merupakan suatu pemborosan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Menurut WHO, swamedikasi yang bertanggung jawab dapat mencegah dan mengobati penyakit-penyakit ringan yang tidak memerlukan konsultasi medis, serta menyediakan alternatif yang murah untuk pengobatan penyakit-penyakit umum. Bagi konsumen obat, pengobatan sendiri dapat memberi beberapa keuntungan, di antaranya menghemat biaya dan waktu untuk pergi ke dokter (Anief, 2007). Pada tingkat komunitas, swamedikasi yang baik juga dapat memberikan beberapa manfaat, yaitu dengan penghematan penggunaan obat-obat yang seharusnya dapat digunakan untuk masalah kesehatan serius, dari penggunaan untuk penyakit-penyakit ringan, serta penurunan biaya untuk program pelayanan kesehatan dan pengurangan waktu absen kerja akibat gejala-gejala penyakit ringan (World Health Organization, 2000).

Sebaliknya, swamedikasi yang dilakukan secara tidak tepat memungkinkan terjadinya kesalahan dalam penggunaan obat dan kurangnya kontrol pada pelaksanaannya (Associations of Real Change, 2006). Dampak lainnya yaitu dapat menyebabkan bahaya serius terhadap kesehatan, seperti reaksi obat yang tidak diinginkan, perpanjangan masa sakit, risiko kontraindikasi, dan ketergantungan obat. Oleh karena itu, upaya untuk membekali masyarakat agar

Universitas Indonesia

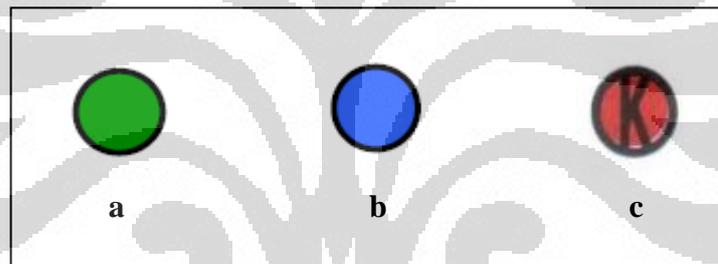
mempunyai keterampilan mencari informasi obat secara tepat dan benar perlu dilakukan, dengan memanfaatkan sumber-sumber informasi yang telah tersedia di masyarakat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008; Sontakke, Bajait, Pimpalkhute, Jaiswal, dan Jaiswal, 2011).

2.2 Penggolongan Obat

Obat dapat dikelompokkan ke dalam empat golongan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008) :

2.2.1 Obat bebas

Obat bebas adalah obat yang dijual bebas di pasaran dan dapat dibeli tanpa resep dokter. Tanda khusus pada kemasan dan etiket obat bebas adalah lingkaran hijau dengan garis tepi berwarna hitam. Contoh obat dari golongan ini adalah parasetamol.



Keterangan : **a.** tanda khusus obat bebas; **b.** tanda khusus obat bebas terbatas; **c.** tanda khusus obat keras

[Sumber : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008]

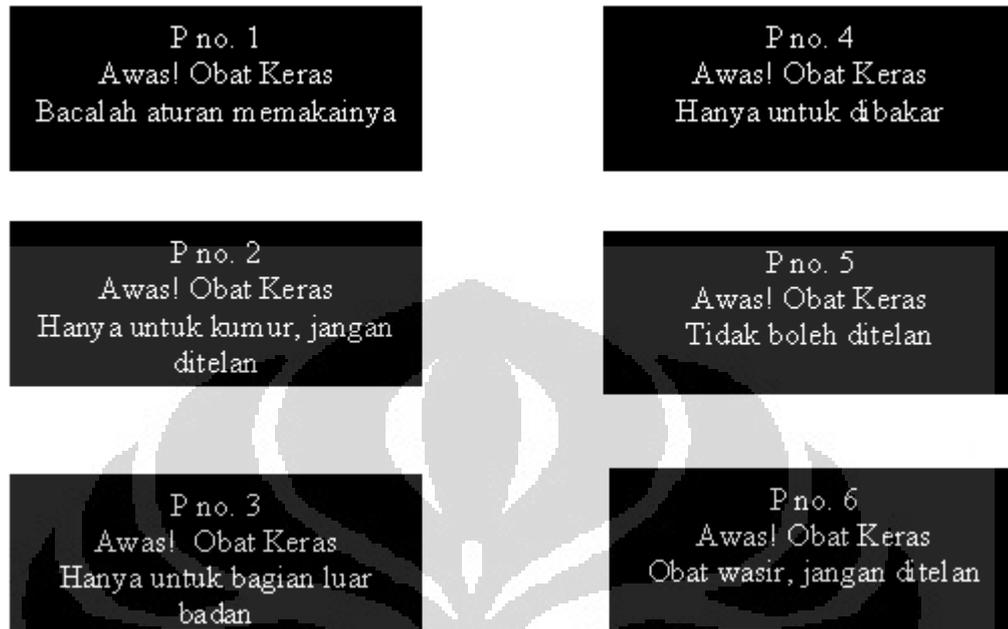
Gambar 2.1 Tanda khusus golongan obat

2.2.2 Obat bebas terbatas

Obat bebas terbatas adalah obat yang sebenarnya termasuk obat keras, tetapi masih dapat dijual atau dibeli bebas tanpa resep dokter, dan disertai dengan tanda peringatan. Tanda khusus pada kemasan dan etiket obat bebas terbatas adalah lingkaran biru dengan garis tepi berwarna hitam. Contoh obat dari golongan ini adalah klorfeniramin maleat (CTM[®]).

Tanda peringatan selalu tercantum pada kemasan obat bebas terbatas, berupa empat persegi panjang berwarna hitam berukuran panjang 5 (lima)

sentimeter, lebar 2 (dua) sentimeter, dan memuat pemberitahuan berwarna putih sebagai berikut :



[Sumber : Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008]

Gambar 2.2 Tanda peringatan nomor 1-6 untuk obat bebas terbatas

Contoh-contoh obat bebas terbatas yang disertai dengan masing-masing tanda peringatan tersebut, antara lain :

- a. Tanda peringatan nomor 1
Contoh obat : OBH Combi[®], Decolsin[®], dan Saridon[®]
- b. Tanda peringatan nomor 2
Contoh obat : Betadine[®] obat kumur
- c. Tanda peringatan nomor 3
Contoh obat : Kalpanax K[®], Daktarin[®], dan Canesten[®]
- d. Tanda peringatan nomor 5
Contoh obat : Dulcolax[®]
- e. Tanda peringatan nomor 6
Contoh obat : Superhoid[®]

2.2.3 Obat keras, psikotropika, dan Obat Wajib Apotek

2.2.3.1 Obat keras

Obat keras adalah obat yang hanya dapat dibeli di apotek dengan resep dokter. Tanda khusus pada kemasan dan etiket obat keras adalah huruf K dalam lingkaran merah dengan garis tepi berwarna hitam.

2.2.3.2 Psikotropika

Psikotropika adalah obat keras, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotik, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat dan menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Contoh obat dari golongan ini, antara lain diazepam dan fenobarbital.

2.2.3.3 Obat Wajib Apotek

Obat wajib apotek adalah obat keras yang dapat diserahkan oleh apoteker kepada pasien di apotek tanpa resep dokter. Apoteker di apotek dalam melayani pasien yang memerlukan obat dimaksud diwajibkan untuk (Kepmenkes Nomor 347/Menkes/SK/VII/1990) :

1. memenuhi ketentuan dan batasan tiap jenis obat per pasien yang disebutkan Obat Wajib Apotek yang bersangkutan,
2. membuat catatan pasien serta obat yang telah diserahkan,
3. memberikan informasi meliputi dosis dan aturan pakainya, kontraindikasi, efek samping, dan lain-lain yang perlu diperhatikan oleh pasien.

Obat-obat yang termasuk ke dalam Daftar Obat Wajib Apotek telah diatur oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia, yaitu dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 347/Menkes/SK/VII/1990 tentang Obat Wajib Apotek, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 924/Menkes/Per/X/1993 tentang Daftar Obat Wajib Apotek No.2, dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1176/Menkes/Per/X/1999 tentang Daftar Obat Wajib Apotek No.3. Daftar Obat Wajib Apotek No. 1 mengalami beberapa perubahan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 925/Menkes/Per/X/1993 (lihat Lampiran 1 – Lampiran 4).

2.2.4 Narkotika

Narkotika adalah obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semi-sintetis, yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan menimbulkan ketergantungan. Contoh obat dari golongan ini, antara lain morfin, heroin, dan petidin.

2.2.5 Golongan obat yang dapat digunakan dalam swamedikasi

Obat-obat yang dapat digunakan di dalam swamedikasi sering disebut sebagai obat-obatan *over-the-counter* (OTC) dan dapat diperoleh tanpa resep dokter (World Self-Medication Industry, n.d.). Bagi sebagian orang, beberapa produk obat OTC dapat berbahaya ketika digunakan sendiri atau dikombinasikan dengan obat lain. Meskipun demikian, beberapa obat OTC sangat bermanfaat di dalam pengobatan sendiri untuk masalah kesehatan yang ringan hingga sedang (Fleckenstein, Hanson, & Venturelli, 2011).

Obat yang dapat diserahkan tanpa resep harus memenuhi kriteria berikut (Permenkes No. 919/Menkes/Per/X/1993) :

- a. tidak dikontraindikasikan untuk penggunaan pada wanita hamil, anak di bawah usia 2 tahun, dan orang tua di atas 65 tahun.
- b. pengobatan sendiri dengan obat dimaksud tidak memberikan risiko pada kelanjutan penyakit.
- c. penggunaannya tidak memerlukan cara dan atau alat khusus yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- d. penggunaannya diperlukan untuk penyakit yang prevalensinya tinggi di Indonesia.
- e. obat dimaksud memiliki rasio khasiat keamanan yang dapat dipertanggungjawabkan untuk pengobatan sendiri.

Golongan obat yang dapat diperoleh tanpa resep dokter adalah dari golongan obat bebas, obat bebas terbatas, dan obat wajib apotek (Atmoko dan Kurniawati, 2009).

2.3 Penyakit dan Pilihan Obat pada Swamedikasi

Berdasarkan beberapa penelitian, penyakit-penyakit yang paling sering diobati secara swamedikasi, antara lain demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis (Supardi dan Raharni, 2006; Abay & Amelo, 2010).

2.3.1 Demam

Demam adalah suatu keadaan di mana suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya atau di atas 37⁰ C (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997). Demam bukan suatu penyakit, tetapi hanya merupakan gejala dari suatu penyakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Gejala demam dihasilkan oleh kerja sitokin yang menyebabkan peningkatan titik patokan suhu pada pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sitokin, sebagai suatu pirogen endogen (penghasil panas), dapat menyebabkan demam dengan menghasilkan prostaglandin yang kemudian meningkatkan titik patokan termoregulasi hipotalamus. Dengan peningkatan titik tersebut, maka hipotalamus mengirim sinyal untuk meningkatkan suhu tubuh (Wilson, 2006a; Corwin, 2009).

Timbulnya demam dapat disebabkan oleh infeksi atau non-infeksi. Penyebab demam infeksi, antara lain disebabkan oleh kuman, virus, parasit, atau mikroorganisme lain. Penyebab demam non-infeksi, di antaranya adalah karena dehidrasi, trauma, alergi, dan penyakit keganasan atau kanker (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997). Demam dapat membantu suatu organisme menyingkirkan infeksi, namun demam tinggi dapat merusak sel, terutama sel-sel di susunan saraf pusat (Corwin, 2009).

Pilihan obat untuk mengatasi demam pada swamedikasi adalah obat dari golongan antipiretik-analgetik atau antiinflamasi non-steroid (AINS), seperti parasetamol dan asetosal. Kedua jenis obat tersebut, selain mempunyai efek penurun panas, juga mempunyai efek pereda nyeri yang setara. Selain kedua obat tersebut, juga dapat digunakan obat AINS lainnya, yaitu ibuprofen (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Obat-obat tersebut bekerja dengan menghambat pembentukan prostaglandin (Corwin, 2009). Perlu diperhatikan bahwa obat penurun panas hanya mengurangi gejala penyakit, namun tidak mengobati penyakit yang

menyebabkan timbulnya demam (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

Dosis pemakaian obat penurun panas untuk dewasa umumnya adalah tiga hingga empat kali sehari. Batas waktu pemakaian obat penurun panas pada swamedikasi tidak lebih dari dua hari. Obat penurun panas jangan diminum bersamaan dengan obat flu karena umumnya obat flu sudah mengandung obat tersebut. Jika menggunakan asetosal, sebaiknya minum setelah makan atau bersama dengan makanan karena obat tersebut berisiko untuk mengiritasi lambung (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2.3.2 Batuk

Batuk termasuk salah satu manifestasi klinis dari terjadinya infeksi saluran pernapasan atas (ISPA). Batuk merupakan refleks pertahanan yang timbul akibat iritasi pada percabangan trakeobronkial. Kemampuan untuk batuk adalah mekanisme yang penting untuk membersihkan saluran napas. Refleks batuk dapat mengeluarkan benda asing dan mikroorganisme, serta mengeluarkan mukus yang terakumulasi dalam saluran napas (Corwin, 2009; Wilson, 2006b).

Batuk adalah gejala tersering penyakit pernapasan dan terjadi bila terdapat benda asing selain udara, yang masuk atau merangsang saluran pernapasan. Rangsangan yang umumnya menimbulkan batuk, antara lain rangsangan mekanik, kimia, dan peradangan. Inhalasi asap, debu, dan benda-benda asing kecil merupakan penyebab batuk yang paling sering (Wilson, 2006b; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Berdasarkan lama periode terjadinya, batuk dapat dibedakan menjadi batuk akut dan batuk kronis. Batuk akut terjadi dengan durasi kurang dari 2 minggu, diduga terjadi karena adanya peningkatan sensitivitas refleks batuk dan pada kebanyakan kasus tidak memerlukan pengobatan. Batuk kronis dapat terjadi dengan durasi lebih dari 8 minggu. Penanganan batuk kronis lebih menantang karena banyak kasus yang hingga kini belum dapat dijelaskan penyebabnya, meskipun telah diselidiki secara detail. Batuk akut adalah jenis batuk yang sering

terjadi pada ISPA dan umumnya disebabkan oleh infeksi virus, sehingga seringkali dapat sembuh dengan sendirinya (Lee & Birring, 2012).

Batuk dapat bersifat produktif, pendek dan tidak produktif, keras dan parau (seperti ada tekanan pada trakea), atau paroksismal (serangan batuk yang kadang-kadang terjadi) (Wilson, 2006b). Berdasarkan sifat tersebut, batuk dapat dibedakan menjadi dua jenis, antara lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997) :

- a. batuk berdahak, yaitu batuk yang disertai dengan keluarnya dahak dari batang tenggorokan.
- b. batuk tak berdahak (batuk kering), yaitu batuk yang tidak disertai keluarnya dahak.

Segala jenis batuk yang berlangsung lebih dari 3 minggu, harus diselidiki untuk memastikan penyebabnya (Wilson, 2006b). Obat yang dapat digunakan untuk meringankan batuk dibagi menjadi tiga jenis sesuai dengan jenis batuknya, yaitu mukolitik (pengencer dahak), ekspektoran (perangsang pengeluaran dahak), dan antitusif (penekan batuk) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; Estuningtyas & Azalia, 2007).

Mukolitik adalah obat yang dapat mengencerkan sekret saluran napas dengan jalan memecah benang-benang mukoprotein dan mukopolisakarida dari sputum. Beberapa contoh mukolitik yang dapat digunakan pada swamedikasi, antara lain bromheksin dan asetilsistein (Estuningtyas & Azalia, 2007).

Ekspektoran adalah obat yang dapat merangsang pengeluaran dahak dari saluran napas. Obat ini diduga bekerja secara refleks merangsang sekresi kelenjar saluran napas, sehingga dapat menurunkan viskositas dan mempermudah pengeluaran dahak (Estuningtyas & Azalia, 2007). Beberapa contoh ekspektoran yang dapat digunakan pada swamedikasi, antara lain amonium klorida, gliseril guaiakolat, dan *succus liquiritiae* yang merupakan salah satu komponen dari obat batuk hitam (OBH) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

Antitusif adalah obat batuk yang digunakan untuk batuk tidak berdahak atau batuk kering. Obat ini bekerja secara sentral pada susunan saraf pusat dengan menekan pusat batuk dan menaikkan ambang rangsang batuk. Antitusif yang

dapat digunakan pada swamedikasi, antara lain dekstrometorfan HBr dan noskapin (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; Dewoto, 2007a).

Dosis pemakaian obat batuk untuk dewasa umumnya tiga hingga empat kali sehari. Batas waktu penggunaan obat batuk pada swamedikasi tidak lebih dari tiga hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

2.3.3 Flu

Flu adalah penyakit yang menyerang bagian hidung, tenggorokan, dan paru-paru, disebabkan oleh infeksi virus influenza. Penyakit ini dapat menyebar dengan mudah dari satu orang ke orang lain. Umumnya, penyebaran terjadi melalui udara, dari batuk atau bersin. Virus flu juga dapat disebarkan melalui tangan seseorang yang mengalami flu atau dari kontak dengan benda-benda yang terdapat di lingkungan sekitar (World Health Organization, 2012).

Gejala yang dialami pada saat flu, antara lain demam, menggigil, batuk, sakit kepala, nyeri otot dan sendi, malaise parah (rasa tidak enak badan), sakit tenggorokan, dan hidung berair. Gejala tersebut dapat sembuh dengan sendirinya dalam waktu satu minggu tanpa perlu menggunakan obat-obatan. Akan tetapi, gejala dapat muncul lebih parah pada orang-orang dengan risiko kesehatan, seperti penderita penyakit kronis atau orang-orang dengan sistem imun tubuh yang lemah (World Health Organization, 2009a).

Obat flu hanya dapat meringankan keluhan dan gejala saja, tetapi tidak dapat menyembuhkan. Obat flu yang dapat diperoleh tanpa resep dokter umumnya merupakan kombinasi dari beberapa zat berkhasiat, yaitu (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) :

- a. antipiretik – analgetik, untuk menghilangkan rasa sakit dan menurunkan demam. Contoh obatnya adalah parasetamol.
- b. antihistamin, untuk mengurangi rasa gatal di tenggorokan atau reaksi alergi lain yang menyertai flu. Bekerja dengan menghambat efek histamin yang dapat menyebabkan alergi. Contoh obat, antara lain klorfeniramin maleat (CTM[®]) dan difenhidramin HCl.

- c. dekongestan, untuk meredakan hidung tersumbat. Contoh obat, antara lain fenilpropanolamin, fenilefrin, pseudoefedrin, dan efedrin.
- d. antitusif, ekspektoran, atau mukolitik, untuk meredakan batuk yang menyertai flu.

Obat flu dengan berbagai merk dagang dapat mengandung kombinasi yang sama, sehingga tidak dianjurkan menggunakan berbagai merk obat flu pada saat bersamaan. Dosis pemakaian untuk dewasa umumnya tiga kali sehari. Batas waktu penggunaan obat flu pada swamedikasi tidak lebih dari tiga hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

2.3.4 Nyeri

Nyeri adalah sensasi subjektif berupa rasa tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial. Nyeri memberikan sinyal akibat adanya penyakit atau luka, sehingga dapat bersifat protektif, yaitu menyebabkan individu menjauh dari stimulus yang berbahaya (Corwin, 2009; Munden, Eggenberger, Goldberg, Howard, Mayer, & Munson (Ed.), 2003).

Reaksi seseorang terhadap rasa nyeri dapat berbeda-beda antara satu individu dengan individu lain, bahkan dapat berbeda pula reaksi pada satu individu di waktu yang berbeda. Nyeri timbul sebagai efek persepsi dari nosisepsi, yaitu kejadian neurologis dan respon refleks yang disebabkan oleh adanya kejadian yang merusak atau berpotensi merusak jaringan tubuh, seperti trauma atau infeksi. Nosisepsi dihasilkan dari stimulasi pada reseptor nyeri (nosiseptor) yang melekat di dalam kulit atau dinding bagian dalam dari organ dalam tubuh (Corwin, 2009; Munden, Eggenberger, Goldberg, Howard, Mayer, & Munson (Ed.), 2003).

Nosiseptor dapat berespons terhadap berbagai stimulus, termasuk tekanan mekanis, deformasi, suhu yang ekstrem, dan berbagai zat kimia. Beberapa zat kimia yang dapat menyebabkan atau memperparah nyeri, antara lain histamin, bradikinin, serotonin, asetilkolin, leukotrien, serta prostaglandin. Masing-masing zat tersebut tertimbun di tempat sel yang cedera atau mati dan mewaspadaan individu terhadap kejadian tersebut (Helms & Barone, 2008; Corwin, 2009).

Berdasarkan lama (durasi) terjadinya, nyeri dapat dibedakan menjadi dua jenis (Corwin, 2009; Munden, Eggenberger, Goldberg, Howard, Mayer, & Munson (Ed.), 2003; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) :

a. Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang muncul secara tiba-tiba dan berlangsung selama beberapa hari hingga beberapa minggu. Durasi nyeri berlangsung selama kurang dari 6 bulan dan dapat segera hilang jika penyebabnya telah diatasi atau diberikan obat penghilang rasa nyeri. Jenis nyeri ini dapat bermanfaat karena berfungsi mewaspadaikan individu terhadap bahaya pada tubuh. Beberapa contoh nyeri akut yang sering menjadi penyebab dilakukannya swamedikasi, antara lain nyeri kepala, nyeri haid, nyeri otot, dan nyeri karena sakit gigi.

b. Nyeri kronis

Nyeri dikatakan kronis jika berlangsung lebih lama dibandingkan waktu normal yang diperlukan untuk penyembuhan luka atau penyakit penyebabnya. Durasi nyeri dapat berlangsung lebih dari 6 bulan dan dapat berlanjut hingga sepanjang hidup penderitanya. Pengobatan dengan obat penghilang rasa nyeri saja hampir tidak pernah efektif. Tidak seperti nyeri akut, nyeri kronis tidak pernah bermanfaat.

Obat nyeri adalah obat yang dapat mengurangi rasa nyeri tanpa menghilangkan kesadaran. Beberapa obat nyeri yang dapat digunakan pada swamedikasi merupakan obat golongan AINS atau analgetik-antipiretik, antara lain ibuprofen, asetosal, dan parasetamol. Obat-obatan tersebut juga dapat digunakan untuk meredakan demam. Ibuprofen memiliki efek terapi antiradang lebih tinggi dibandingkan dengan efek antidemamnya, sedangkan asetosal dan parasetamol efek terapi antidemamnya lebih tinggi dibandingkan efek antinyeri atau anti radangnya (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Obat-obat tersebut menghilangkan nyeri melalui kerjanya pada penghambatan sintesis prostaglandin (Munden, Eggenberger, Goldberg, Howard, Mayer, & Munson (Ed.), 2003).

Dosis pemakaian untuk dewasa umumnya tiga hingga empat kali sehari. Batas waktu penggunaan obat nyeri pada swamedikasi tidak lebih dari lima hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

2.3.5 Diare

Diare didefinisikan sebagai buang air besar dengan feses yang lebih tidak padat atau cair sebanyak tiga kali atau lebih dalam sehari (atau lebih sering dibandingkan frekuensi buang air besar normal). Selain itu, diare juga diartikan sebagai peningkatan kuantitas feses hingga lebih dari 200 g/hari. Diare ditandai dengan terjadinya peningkatan keenceran dan frekuensi feses. Umumnya, diare merupakan gejala dari adanya infeksi pada saluran cerna, yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau organisme parasit lainnya (Corwin, 2009; World Health Organization, 2009b; Naude, 2008).

Tipe-tipe diare secara klinis dapat dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; World Health Organization, 2009b) :

- a. diare akut cair, bila diare terjadi secara mendadak dan hanya berlangsung dalam waktu singkat, antara beberapa jam sampai beberapa hari. Termasuk ke dalam diare jenis ini adalah diare pada penyakit kolera.
- b. diare kronis atau persisten, bila diare menetap atau berulang dalam jangka waktu lama, dapat berlangsung selama dua minggu atau lebih.
- c. diare akut disertai darah, atau sering disebut juga dengan disentri. Diare jenis ini dapat disertai dengan lendir.

Diare yang hanya sekali-sekali tidak berbahaya dan biasanya dapat sembuh dengan sendirinya. Meskipun demikian, diare dapat pula terjadi selama beberapa hari dan dapat menyebabkan tubuh kehilangan cairan dan garam yang penting bagi kelangsungan hidup. Jika mengalami diare berat, perlu diwaspadai terjadinya dehidrasi, yaitu suatu keadaan di mana tubuh kekurangan cairan dan dapat berakibat pada kematian. Dehidrasi merupakan dampak paling berat dari diare. Selama terjadi episode diare, cairan dan elektrolit tubuh (natrium, klorida, kalium, dan bikarbonat) dapat hilang melalui feses, muntahan, keringat, urin, dan pernapasan. Dehidrasi terjadi ketika kehilangan ini tidak segera ditangani

Universitas Indonesia

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997; World Health Organization, 2009b).

Sebelum terapi khusus dilakukan untuk mengatasi diare, penting untuk terlebih dahulu dipastikan bahwa kehilangan cairan dan ketidakseimbangan elektrolit tubuh yang terjadi telah ditangani (Naude, 2008). Obat yang dianjurkan untuk mengatasi diare adalah oralit, yaitu campuran dari gula, garam natrium, dan kalium (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Oralit tidak menghentikan diare, tetapi hanya menggantikan cairan tubuh yang keluar bersama tinja (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

Pilihan obat lainnya yang dapat digunakan pada swamedikasi untuk memadatkan tinja dan mengurangi frekuensi buang air besar adalah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) :

a. karbo adsorben

Dosis pemakaian untuk dewasa adalah 3 – 4 tablet, tiga kali sehari.

b. kombinasi kaolin-pektin dan attapulgit

Dosis pemakaian untuk dewasa adalah satu tablet tiap buang air besar dan maksimal 12 tablet selama 24 jam.

2.3.6 Gastritis

Gastritis merupakan suatu keadaan peradangan atau perdarahan pada mukosa lambung (Price, 2006). Dua jenis gastritis yang paling sering terjadi, yaitu (Price, 2006) :

a. Gastritis superfisialis akut

Gastritis akut merupakan penyakit yang sering ditemukan, terjadi sebagai respons mukosa lambung terhadap berbagai iritan lokal. Endotoksin bakteri, kafein, alkohol, dan aspirin merupakan agen pencetus yang lazim. Infeksi oleh bakteri *H. pylori* sering pula dianggap sebagai penyebab gastritis akut.

Manifestasi klinis gastritis akut bervariasi, dari keluhan abdomen yang tidak jelas, seperti anoreksia, bersendawa, atau mual, hingga gejala yang lebih berat, seperti nyeri epigastrium, muntah, perdarahan, dan hematemesis (muntah darah). Gejala gastritis superfisial akut biasanya mereda jika agen penyebabnya dihilangkan.

b. Gastritis atrofik kronis

Gastritis kronis digolongkan menjadi dua kategori :

1. Gastritis kronis tipe A

Gastritis tipe ini merupakan suatu penyakit autoimun yang disebabkan oleh adanya autoantibodi terhadap sel parietal kelenjar lambung dan faktor intrinsik, juga berkaitan dengan tidak adanya sel parietal dan *chief cells*. Sekresi asam lambung dapat turun dan kadar gastrin dapat meninggi. Jenis gastritis ini sering terjadi pada penderita yang berusia tua.

2. Gastritis kronis tipe B

Gastritis kronis tipe B lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis tipe A. Bentuk gastritis ini memiliki sekresi asam yang normal dan penyebab utamanya adalah infeksi kronis oleh bakteri *H.pylori*.

Gejala gastritis kronis bervariasi dan tidak jelas, seperti rasa penuh, anoreksia, dan adanya distress gastrik yang tidak jelas.

Gastritis lebih dikenal oleh masyarakat sebagai sakit *maag*. Penyakit ini memiliki gejala khas berupa rasa nyeri atau pedih pada ulu hati, meskipun baru saja selesai makan, mual, kadang disertai muntah, dan rasa kembung pada perut. Sakit *maag* dapat diobati dengan obat dari golongan antasida (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

Antasida adalah obat yang menetralkan asam lambung, sehingga berguna untuk menghilangkan nyeri pada gastritis (Estuningtyas & Azalia, 2007). Antasida yang dapat digunakan pada swamedikasi, antara lain senyawa aluminium (aluminium hidroksida), kalsium karbonat, senyawa magnesium (magnesium oksida, magnesium karbonat, dan magnesium trisilikat). Selain itu, kadang-kadang antasida juga mengandung simetikon yang berkhasiat membantu pengeluaran gas yang berlebihan dari dalam saluran cerna (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

Dosis pemakaian antasida untuk dewasa umumnya adalah tiga hingga empat kali sehari. Batas lama pemakaian antasida pada swamedikasi tidak boleh lebih dari dua minggu, kecuali atas saran dokter. Beberapa hal perlu diperhatikan oleh pasien dalam penggunaan obat-obat antasida, antara lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) :

Universitas Indonesia

- a. antasida dalam bentuk tablet harus dikunyah terlebih dahulu sebelum ditelan.
- b. antasida diminum satu jam sebelum makan. Penggunaan terbaiknya adalah saat gejala timbul pada waktu lambung kosong dan menjelang tidur malam.
- c. antasida dapat mengganggu absorpsi obat-obat tertentu (misalnya antibiotik). Jadi, beri jarak minimal satu jam bila akan menggunakan obat lain.
- d. penggunaan antasida hanya dianjurkan bila telah dipastikan bahwa gejala-gejala yang dialami bukan disebabkan oleh penyakit lain, seperti keganasan atau jantung.
- e. antasida hanya boleh digunakan untuk segera mengatasi gejala-gejala yang timbul. Tidak dianjurkan untuk penggunaan rutin atau jangka panjang.

2.4 Hal-Hal yang Harus Diperhatikan dalam Pelaksanaan Swamedikasi

Berikut ini merupakan beberapa hal yang penting untuk diketahui masyarakat ketika akan melakukan swamedikasi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, Atmoko & Kurniawati, 2009) :

- a. kenali secara akurat gejala penyakit yang dialami.
- b. obat yang digunakan adalah obat yang tergolong sebagai obat bebas, obat bebas terbatas, dan obat wajib apotek.
- c. obat golongan tersebut dapat diperoleh di apotek atau toko obat berizin.
- d. sebelum menggunakan obat, bacalah sifat, cara pemakaian, dan tanggal kedaluarsa obat pada etiket, brosur, atau kemasan obat agar penggunaannya tepat dan aman.
- e. cara pemilihan obat

Untuk menetapkan jenis obat yang dibutuhkan perlu diperhatikan :

- 1) pemilihan obat yang sesuai dengan gejala atau keluhan penyakit.
- 2) kondisi khusus. Misalnya hamil, menyusui, lanjut usia, dan lain-lain.
- 3) pengalaman alergi atau reaksi yang tidak diinginkan terhadap penggunaan obat tertentu.
- 4) nama obat, zat berkhasiat, kegunaan, cara pemakaian, efek samping, dan interaksi obat yang dapat dibaca pada etiket atau brosur obat.

- 5) untuk pemilihan obat yang tepat dan informasi yang lengkap, tanyakan kepada apoteker.
- f. kenali efek samping obat yang digunakan agar dapat diperkirakan apakah suatu keluhan yang timbul kemudian merupakan suatu penyakit baru atau efek samping dari obat.
- g. cara penggunaan obat harus memperhatikan hal-hal berikut :
 - 1) obat tidak untuk digunakan secara terus-menerus.
 - 2) gunakan obat sesuai dengan anjuran yang tertera pada etiket atau brosur obat.
 - 3) bila obat yang diminum menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan, hentikan penggunaannya dan tanyakan kepada apoteker atau dokter.
 - 4) hindari menggunakan obat orang lain, walaupun gejala penyakit sama.
 - 5) untuk mendapatkan informasi penggunaan obat yang lengkap, tanyakan kepada apoteker.
- h. gunakan obat tepat waktu, sesuai dengan aturan penggunaan. Contoh :
 - 1) tiga kali sehari berarti obat diminum setiap 8 jam sekali.
 - 2) obat diminum sebelum atau sesudah makan.
- i. pemakaian obat secara oral adalah cara yang paling lazim karena praktis, mudah, dan aman. Cara yang terbaik adalah meminum obat dengan segelas air putih matang.
- j. cara penyimpanan obat harus memperhatikan hal-hal berikut :
 - 1) simpan obat dalam kemasan asli dan dalam wadah tertutup rapat.
 - 2) simpan obat pada suhu kamar dan terhindar dari sinar matahari langsung atau seperti yang tertera pada kemasan.
 - 3) simpan obat di tempat yang tidak panas atau tidak lembab karena dapat menimbulkan kerusakan obat.
 - 4) jangan menyimpan obat yang telah kedaluarsa atau rusak.
 - 5) jauhkan dari jangkauan anak-anak.

2.5 Penggunaan Obat yang Rasional

Penggunaan obat yang rasional merujuk pada penggunaan obat yang benar, sesuai, dan tepat. WHO memperkirakan bahwa lebih dari setengah jumlah

obat yang ada diresepkan, diberikan, atau dijual secara tidak tepat. Penggunaan yang tidak tepat ini dapat berupa penggunaan berlebihan, penggunaan yang kurang dari seharusnya, dan kesalahan dalam penggunaan obat resep ataupun tanpa resep. Masalah-masalah yang sering timbul sebagai bentuk ketidakrasionalan penggunaan obat antara lain polifarmasi (penggunaan obat yang terlalu banyak), penggunaan yang berlebihan dari antibiotika dan injeksi, kegagalan untuk meresepkan obat yang sesuai dengan panduan klinis, serta pengobatan sendiri yang tidak tepat (World Health Organization, 2010).

Penggunaan obat di sarana pelayanan kesehatan umumnya belum rasional. Oleh karena itu, diperlukan adanya suatu promosi penggunaan obat yang rasional dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi yang efektif dan terus menerus yang diberikan kepada tenaga kesehatan dan masyarakat melalui berbagai media. Sasaran dari pengobatan yang rasional ini adalah tercapainya penggunaan obat dalam jenis, bentuk sediaan, dosis, dan jumlah yang tepat, disertai informasi yang benar, lengkap, dan tidak menyesatkan (Kepmenkes RI Nomor 189/Menkes/SK/III/2006).

Berbagai kriteria telah ditetapkan untuk menentukan kerasionalan penggunaan suatu obat. Menurut *WHO*, penggunaan obat dikatakan rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhan klinisnya, dengan dosis yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk jangka waktu yang adekuat, dan dengan biaya serendah mungkin bagi pasien dan komunitasnya (World Health Organization, 2010).

Batasan penggunaan obat rasional adalah bila memenuhi beberapa kriteria, antara lain (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008) :

a. tepat diagnosis

Obat diberikan sesuai dengan diagnosis. Apabila diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan salah.

b. tepat indikasi penyakit

Obat yang diberikan harus tepat bagi suatu penyakit.

c. tepat pemilihan obat

Obat yang dipilih harus memiliki efek terapi sesuai dengan penyakit.

d. tepat dosis

Jumlah, cara, waktu dan lama pemberian obat harus tepat. Apabila salah satu dari empat hal tersebut tidak dipenuhi, maka efek terapi tidak tercapai.

1) Tepat jumlah

Obat harus diberikan dalam jumlah yang cukup.

2) Tepat cara pemberian

Cara pemberian obat yang tepat disesuaikan dengan jenis obat yang digunakan. Misalnya, obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan.

3) Tepat interval waktu pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati oleh pasien. Misalnya, obat yang diminum tiga kali sehari diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap delapan jam.

4) Tepat lama pemberian

Lama pemberian obat harus tepat, sesuai penyakitnya masing-masing.

e. tepat penilaian kondisi pasien

Penggunaan obat disesuaikan dengan kondisi pasien, antara lain harus memperhatikan kontraindikasi obat, komplikasi, kehamilan, menyusui, lanjut usia, atau bayi.

f. waspada terhadap efek samping

Obat dapat menimbulkan efek samping, yaitu efek yang tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, seperti timbulnya mual, muntah, gatal-gatal, dan lain sebagainya.

g. efektif, aman, mutu terjamin, tersedia setiap saat, dan harga terjangkau

Untuk mencapai kriteria efektif, maka obat harus dibeli melalui jalur resmi.

h. tepat tindak lanjut (*follow-up*)

Apabila sakit berlanjut setelah swamedikasi dilakukan, maka konsultasikan ke dokter.

i. tepat penyerahan obat (*dispensing*)

Penggunaan obat rasional melibatkan penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Resep yang dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di

puskesmas akan dipersiapkan obatnya dan diserahkan kepada pasien dengan informasi yang tepat.

j. pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang diberikan

Ketidakpatuhan minum obat dapat terjadi pada keadaan seperti berikut :

- 1) jenis sediaan obat beragam
- 2) jumlah obat terlalu banyak
- 3) frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
- 4) pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi
- 5) pasien tidak mendapatkan informasi yang cukup mengenai cara menggunakan obat
- 6) timbulnya efek samping

Menurut Cipolle *et al.* (1998), kriteria untuk kerasionalan penggunaan obat dapat terdiri dari beberapa aspek, antara lain ketepatan indikasi, kesesuaian dosis, ada tidaknya kontraindikasi, ada tidaknya efek samping dan interaksi obat, serta ada tidaknya polifarmasi (Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008).

2.6 Edukasi Kesehatan

Edukasi atau pendidikan kesehatan adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok, atau individu. Tujuan dari pesan tersebut adalah agar mereka dapat memperoleh pengetahuan yang lebih baik tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2003). Selain itu, juga bertujuan mendorong masyarakat dalam mengembangkan kepercayaan diri dan kemampuan untuk membantu dirinya sendiri (World Health Organization, 1988).

Informasi kesehatan yang perlu diedukasikan kepada masyarakat umum atau publik, antara lain mengenai (I.P.A., C.D.S.C.O., W.H.O. *INDIA COUNTRY OFFICE*, n.d.) :

- a. obat-obat esensial
- b. obat-obatan yang rasional dan pemilihan obat-obat OTC.
- c. obat-obatan yang tidak rasional dan kombinasi dosis tetap.
- d. penggunaan obat yang minimum atau optimum.
- e. iklan, agar jangan sampai membuat bingung atau dipercaya sepenuhnya oleh masyarakat.

Universitas Indonesia

Masyarakat memerlukan informasi dan edukasi mengenai obat-obatan serta cara pemilihan obat yang tepat karena beberapa alasan, yaitu (Fresle & Wolfheim, 1997) :

- a. pentingnya peran obat di dalam pelayanan kesehatan modern.
- b. agar individu dan masyarakat dapat bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
- c. agar individu dan masyarakat, sebagai konsumen, memiliki kemampuan dasar dalam pembelian obat sendiri yang rasional dan aman, serta tidak mudah terpengaruh oleh promosi komersial obat.
- d. agar individu dan masyarakat, sebagai pasien, dapat turut serta dalam pengambilan keputusan terapi dan penggunaan obat, demi tercapainya hasil terapi yang optimal.

Pendidikan kesehatan merupakan suatu proses yang dapat dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan, antara lain metode, materi atau pesan yang disampaikan, pendidik atau petugas yang melakukannya, dan alat-alat bantu atau alat peraga pendidikan. Agar dicapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja sama secara harmonis. Hal ini berarti untuk sasaran pendidikan tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran pendidikan, demikian pula dengan alat bantu pendidikan yang digunakan (Notoatmodjo, 2003).

Metode pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi beberapa jenis (Notoatmodjo, 2003) :

1. Metode Pendidikan Individual (Perorangan)

Metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina terbentuknya perilaku baru. Dasar digunakannya pendekatan ini dikarenakan setiap orang memiliki masalah atau alasan yang berbeda-beda dalam penerimaan perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini, antara lain :

- a. Bimbingan dan penyuluhan
- b. Wawancara (*interview*)

2. Metode Pendidikan Kelompok

Pemilihan metode berdasarkan pada besarnya kelompok sasaran, serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Efektivitas suatu metode akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Metode Pendidikan Kelompok Besar

Kelompok besar adalah apabila peserta kegiatan lebih dari 15 orang.

Metode yang cocok untuk kelompok besar, antara lain :

- 1) Ceramah
- 2) Seminar

b. Metode Pendidikan Kelompok Kecil

Apabila peserta kegiatan berjumlah kurang dari 15 orang disebut sebagai kelompok kecil. Metode yang cocok digunakan untuk kelompok kecil, antara lain :

- 1) Diskusi kelompok
- 2) Curah pendapat
- 3) Bola salju (*snow balling*)
- 4) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)
- 5) Memainkan peranan (*role play*)
- 6) Permainan simulasi (*simulation game*)

3. Metode Pendidikan Massa (Publik)

Metode pendidikan massa digunakan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya umum. Pengertian umum di sini dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya. Bentuk pendekatan ini digunakan untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, belum diharapkan sampai dengan perubahan perilaku. Umumnya, bentuk pendekatan massa dilakukan secara tidak langsung. Beberapa contoh metode ini, antara lain :

- a. Ceramah umum (*public speaking*)
- b. Pidato-pidato kesehatan melalui media elektronik
- c. Tulisan-tulisan di majalah atau koran
- d. *Billboard* yang dipasang di pinggir jalan, spanduk, atau poster

Universitas Indonesia

2.7 Media Edukasi Kesehatan

Media edukasi (pendidikan) kesehatan adalah alat bantu pendidikan yang digunakan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Alat-alat tersebut dapat mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan oleh masyarakat (Notoatmodjo, 2003).

Alat bantu pendidikan disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada dapat diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian atau pengetahuan yang diperoleh. Berdasarkan penelitian para ahli, indra yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak adalah mata. Lebih kurang 75% hingga 87% dari pengetahuan manusia diperoleh atau disalurkan melalui mata. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa alat-alat visual lebih mempermudah cara penyampaian dan penerimaan informasi atau bahan pendidikan (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan fungsinya dalam penyaluran pesan-pesan kesehatan, media edukasi kesehatan dapat dibagi menjadi 3, yaitu (Notoatmodjo, 2003) :

a. Media cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi, antara lain dapat berupa *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), *flip chart* (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, serta poster.

b. Media elektronik

Beberapa jenis media elektronik yang dapat digunakan sebagai media edukasi kesehatan, antara lain televisi, radio, video, dan *slide*.

c. Media papan (*billboard*)

Papan (*billboard*) yang dipasang di tempat-tempat umum dapat diisi dengan pesan-pesan atau informasi-informasi kesehatan. Media papan di sini mencakup juga pesan-pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan-kendaraan umum (bus atau taksi).

Penggunaan media cetak dapat memberikan beberapa manfaat dalam program edukasi kesehatan, antara lain (World Health Organization, 1988) :

- a. dapat mengingatkan individu atau keluarga mengenai pesan-pesan kesehatan yang pernah diperoleh sebelumnya;

- b. dapat menyediakan informasi mengenai masalah kesehatan atau praktik kesehatan;
- c. dapat menunjukkan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu;
- d. dapat memberikan informasi kepada masyarakat yang tidak menerima informasi kesehatan melalui cara lain.

2.7.1 Leaflet

Leaflet merupakan suatu bentuk penyampaian informasi atau pesan-pesan kesehatan melalui lembaran yang dilipat. *Leaflet* termasuk salah satu media edukasi yang sederhana dan mudah dibuat. Isi informasi dapat dibuat dalam bentuk kalimat, gambar, maupun gabungan keduanya (Notoatmodjo, 2003).

Kegunaan dan keunggulan dari penggunaan *leaflet* sebagai media edukasi kesehatan, antara lain (Ewles & Simnett, 1994) :

1. responden dapat menggunakan *leaflet* untuk belajar tentang informasi kesehatan secara mandiri.
2. responden dapat melihat isinya pada saat santai.
3. informasi dapat dibagi dengan keluarga dan teman.
4. dapat memberikan detail yang tidak memungkinkan disampaikan secara lisan;
5. sederhana dan dapat sangat murah.
6. responden dan pendidik dapat menggunakannya untuk mempelajari informasi yang rumit bersama-sama.

Penggunaan *leaflet* juga memiliki beberapa keterbatasan, antara lain (Ewles & Simnett, 1994) :

1. *leaflet* profesional sangat mahal.
2. materi yang diproduksi massal dirancang untuk sasaran yang bersifat umum, sehingga kemungkinan tidak cocok untuk setiap orang.
3. *leaflet* tidak tahan lama dan mudah hilang.
4. uji coba kepada sasaran sangat dianjurkan.
5. dapat diabaikan jika tidak didukung dengan keaktifan dari pendidik untuk melibatkan responden dalam membaca dan menggunakan materi dari *leaflet*.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pembuatan suatu media tertulis adalah sebagai berikut (Ewles & Simnett, 1994) :

- a. selalu menguji terlebih dahulu materi kepada sampel responden.
- b. perhatikan penggunaan warna, tata letak, dan ukuran cetak dari media, sehingga memungkinkan responden untuk membaca media dengan jelas.
- c. gunakan bahasa yang sederhana dan pendek.

2.8 Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan terjadi setelah seseorang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang karena dari pengalaman dan penelitian, ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu (Notoatmodjo, 2003) :

- a. *awareness* (kesadaran), yaitu seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Sikap subjek sudah mulai timbul pada tahap ini.
- c. *evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *trial*, yaitu subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *adoption*, yaitu subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif memiliki enam tingkatan (Notoatmodjo, 2003) :

1. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*)

terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis merujuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari objek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003).

2.9 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan di dalam penelitian dapat bermacam-macam, antara lain observasi langsung terhadap objek penelitian, atau dengan melakukan tanya jawab atau wawancara menggunakan kuesioner dengan objek penelitian (Hastono & Sabri, 2010).

2.8.1 Observasi

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang terencana, meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Beberapa jenis observasi yang dapat dilakukan dalam penelitian, yaitu (Notoatmodjo, 2010) :

1. Observasi partisipatif (pengamatan terlibat)

Pengamat (*observer*) benar-benar mengambil bagian dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh sasaran observasi (*observee*).

2. Observasi sistematis

Ciri utama jenis observasi ini yaitu mempunyai kerangka atau struktur yang jelas, di mana di dalamnya berisi faktor yang diperlukan dan sudah dikelompokkan ke dalam kategori-kategori.

3. Observasi eksperimental

Observee dicoba atau dimasukkan ke dalam suatu kondisi atau situasi tertentu. Kondisi dan situasi tersebut diciptakan sedemikian rupa, sehingga gejala atau perilaku yang dicari atau diamati akan timbul.

Beberapa kelebihan dari teknik pengumpulan data melalui observasi, antara lain (Notoatmodjo, 2010) :

- a. murah, mudah, dan langsung dapat mengamati bermacam-macam gejala.
- b. tidak terlalu mengganggu *observee*.
- c. banyak gejala psikis penting yang sukar diperoleh dengan teknik wawancara atau kuesioner, tetapi mudah diperoleh dengan observasi.
- d. dimungkinkan mengadakan pencatatan serempak kepada *observee* yang lebih banyak.

Kekurangan dari teknik pengumpulan data observasi ini, antara lain (Notoatmodjo, 2010) :

- a. peristiwa psikis tertentu tidak dapat diamati, misalnya masalah-masalah yang sifatnya pribadi.
- b. sering memerlukan waktu yang lama.
- c. apabila *observee* mengetahui bahwa mereka sedang diamati, mereka akan dengan sengaja menimbulkan kesan atau perilaku yang dibuat-buat.

Universitas Indonesia

- d. subjektivitas dari pengamat tidak dapat dihindari.

2.8.2 Wawancara

Wawancara merupakan suatu cara mendapatkan informasi melalui komunikasi antara orang yang memerlukan informasi dan orang yang dapat memberikan informasi (World Health Organization, 1988).

Dilihat dari bentuknya, wawancara dapat dibedakan menjadi (Notoatmodjo, 2010) :

1. Wawancara tidak terpimpin (*non-directive or unguided interview*)

Wawancara dilakukan dengan tidak ada pokok persoalan yang menjadi fokus dalam wawancara, sehingga pertanyaan yang dikemukakan tidak sistematis.

2. Wawancara terpimpin (*structured interview*)

Wawancara dilakukan berdasarkan pedoman-pedoman berupa kuesioner yang telah disiapkan sebelumnya. Pewawancara hanya perlu membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut kepada responden. Pelaksanaan wawancara kaku karena pewawancara selalu dibayangi pertanyaan-pertanyaan yang telah tersusun.

3. Wawancara bebas terpimpin

Wawancara ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Wawancara jenis ini memiliki ciri fleksibilitas, tetapi arahnya jelas. Pewawancara bebas untuk mengolah sendiri pertanyaan yang ada sehingga memperoleh jawaban-jawaban yang diharapkan.

4. *Free talk* dan diskusi

Wawancara dilakukan dengan adanya hubungan yang sangat terbuka antara pewawancara dan responden, sehingga kedua belah pihak dengan hati terbuka bertukar pikiran dan perasaan, serta keduanya saling memberikan keterangan-keterangan seobjektif mungkin.

Beberapa kelebihan dari teknik pengumpulan data dengan wawancara, yaitu (Notoatmodjo, 2010) :

- a. tidak akan menemui kesulitan meskipun responden buta huruf sekalipun.
- b. dapat digunakan sebagai verifikasi data terhadap data yang diperoleh dengan cara observasi atau kuesioner.

- c. efektif untuk menggali gejala-gejala psikis, terutama yang berada di bawah sadar.
- d. sangat cocok untuk digunakan dalam pengumpulan data-data sosial.

Beberapa kekurangan dari teknik pengumpulan data dengan wawancara adalah (Notoatmodjo, 2010) :

- a. kurang efisien karena memboroskan waktu, tenaga, pikiran, dan biaya.
- b. diperlukan keahlian atau penguasaan bahasa dari pewawancara.
- c. memberi kemungkinan pewawancara memutarbalikkan jawaban atau memalsukan jawaban yang diperoleh.
- d. bila pewawancara dan responden mempunyai perbedaan yang sangat mencolok, sulit untuk mengadakan *rapport* (suasana yang terbentuk bila ada hubungan baik dan saling mempercayai antara pewawancara dengan responden).
- e. sangat dipengaruhi oleh situasi dan kondisi sekitar, sehingga akan menghambat dan memperngaruhi jawaban yang diperoleh.

2.8.3 Kuesioner

Kuesioner merupakan hal yang pokok untuk pengumpulan data dalam suatu penelitian survei. Tujuan pembuatan kuesioner adalah untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan survei dan memperoleh informasi dengan reliabilitas dan validitas setinggi mungkin (Singarimbun & Effendi, 1989).

Isi pertanyaan dapat meliputi pertanyaan tentang fakta, pendapat dan sikap, pengetahuan responden mengenai suatu informasi, dan penilaian responden terhadap perilakunya sendiri dalam hubungannya dengan yang lain. Beberapa cara penggunaan kuesioner, antara lain (Singarimbun & Effendi, 1989) :

1. kuesioner digunakan dalam wawancara tatap muka dengan responden.
2. kuesioner diisi sendiri oleh kelompok.
3. kuesioner digunakan untuk wawancara melalui telepon. Prosedur ini lebih murah daripada wawancara tatap muka karena adakalanya orang tidak bersedia didatangi, tetapi bersedia diwawancara melalui telepon.
4. kuesioner diposkan, beserta amplop yang telah ditemplei perangko, untuk dikembalikan oleh responden setelah diisi.

Jenis-jenis pertanyaan yang dapat dibuat dalam suatu kuesioner dapat berupa (Singarimbun & Effendi, 1989) :

1. pertanyaan tertutup
Kemungkinan jawaban telah ditentukan dan responden tidak diberi kesempatan untuk memberikan jawaban lain.
2. pertanyaan terbuka
Kemungkinan jawaban tidak ditentukan terlebih dahulu dan responden bebas untuk memberikan jawaban.
3. kombinasi tertutup dan terbuka
Jawaban sudah ditentukan, tetapi kemudian diikuti juga dengan pertanyaan terbuka.
4. pertanyaan semi-terbuka
Jawaban telah tersusun rapi, tetapi masih ada kemungkinan tambahan jawaban.

Beberapa kelebihan dari teknik pengumpulan data dengan kuesioner, yaitu (Notoatmodjo, 2010) :

- a. dapat diperoleh data yang banyak dalam waktu singkat.
- b. menghemat tenaga dan biaya.
- c. responden dapat memilih waktu senggang untuk mengisinya, sehingga tidak terlalu mengganggu bila dibandingkan dengan wawancara.
- d. secara psikologis, responden tidak merasa terpaksa dan dapat menjawab lebih terbuka.

Beberapa kekurangan dari teknik pengumpulan data dengan kuesioner, antara lain (Notoatmodjo, 2010) :

- a. jawaban akan lebih mungkin bersifat subjektif.
- b. dengan adanya susunan pertanyaan yang sama untuk responden yang sangat heterogen, maka penafsiran pertanyaan responden akan berbeda-beda.
- c. tidak dapat dilakukan untuk golongan masyarakat yang buta huruf.
- d. bila responden tidak dapat memahami pertanyaan, akan terjadi kemacetan dan mungkin responden tidak akan menjawab seluruh kuesioner.

2.10 Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Kuesioner sebelum disebarkan kepada responden yang dituju harus terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya. Sebagai suatu alat ukur di dalam penelitian, kuesioner harus memiliki validitas dan reliabilitas yang baik agar penelitian dapat memberikan data yang valid dan reliabel (Singarimbun & Effendi, 1989).

Validitas menunjukkan sejauh mana suatu kuesioner dapat mengukur apa yang ingin diukur. Suatu pertanyaan yang tidak valid, kemungkinan disebabkan oleh kurang baiknya susunan kata-kata atau kalimat dari pertanyaan tersebut. Mungkin juga disebabkan kalimat yang digunakan menimbulkan penafsiran yang berbeda (Singarimbun & Effendi, 1989).

Reliabilitas adalah istilah yang menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran diulangi dua kali atau lebih. Dengan kata lain, reliabilitas menunjukkan konsistensi kuesioner di dalam mengukur gejala yang sama (Singarimbun & Effendi, 1989).

2.11 Apotek

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1027/Menkes/SK/IX/2004, apotek adalah tempat tertentu, tempat dilakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran sediaan farmasi, serta perbekalan kesehatan lainnya kepada masyarakat. Apotek harus dikelola oleh seorang apoteker yang profesional. Pelayanan kefarmasian di apotek saat ini telah mengarah pada pelayanan komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dari pasien (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Standar pelayanan kefarmasian di apotek mencakup pengelolaan sumber daya dan pelayanan pasien. Pengelolaan sumber daya di apotek meliputi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004) :

1. Sumber daya manusia

Apoteker pengelola apotek harus memiliki kemampuan menyediakan dan memberikan pelayanan yang baik, mengambil keputusan yang tepat, kemampuan berkomunikasi antar profesi, menempatkan diri sebagai pimpinan, kemampuan mengelola SDM secara efektif, selalu belajar sepanjang karir, dan membantu

Universitas Indonesia

memberi pendidikan dan memberi peluang untuk meningkatkan pengetahuan yang tepat.

2. Sarana dan prasarana

Apotek berlokasi di daerah yang mudah dikenali oleh masyarakat. Papan petunjuk terdapat di halamannya dan dengan jelas tertulis kata apotek. Pelayanan produk kefarmasian diberikan di tempat yang terpisah dari aktivitas pelayanan dan penjualan produk lain. Masyarakat harus diberi akses secara langsung dan mudah untuk memperoleh informasi dan konseling. Apotek juga harus memiliki ruang tunggu yang nyaman, tempat untuk mendisplay informasi, ruangan tertutup untuk konseling, serta lemari untuk menyimpan catatan medikasi pasien, ruang racikan, dan keranjang sampah untuk staf maupun pasien.

3. Pengelolaan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan lainnya

Pengelolaan ini meliputi perencanaan, pengadaan, penyimpanan, dan pelayanan. Pengeluaran obat menggunakan sistem FIFO (*First In First Out*) dan FEFO (*First Expired First Out*).

4. Administrasi

Kegiatan administrasi meliputi administrasi umum dan administrasi pelayanan. Administrasi umum mencakup pencatatan, pengarsipan, pelaporan narkotika, psikotropika, dan dokumentasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Adapun administrasi pelayanan mencakup pengarsipan resep, pengarsipan catatan pengobatan pasien, dan pengarsipan hasil monitoring penggunaan obat.

Pelayanan yang dilakukan di apotek meliputi (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004) :

1. pelayanan resep

Terdiri dari :

- a. Skrining resep, meliputi persyaratan administratif, kesesuaian farmasetika, dan pertimbangan klinis
- b. Penyiapan obat, meliputi peracikan, etiket, kemasan obat yang diserahkan, penyerahan obat, informasi obat, konseling, dan monitoring penggunaan obat.

2. promosi dan edukasi

Apoteker harus berpartisipasi secara aktif dalam promosi dan edukasi. Apoteker ikut membantu diseminasi informasi, antara lain dengan penyebaran *leaflet*/brosur, poster, penyuluhan, dan lain-lainnya.

3. pelayanan residensial (*home care*)

Apoteker sebagai *care giver* diharapkan juga dapat melakukan pelayanan kefarmasian yang bersifat kunjungan rumah, khususnya untuk kelompok lansia dan pasien dengan pengobatan penyakit kronis lainnya. Dalam menjalankan aktivitas ini, apoteker harus membuat catatan berupa catatan pengobatan (*medication record*).

2.11.1 Apotek di Kota Depok

Kota Depok memiliki banyak apotek yang tersebar di 11 wilayah kecamatannya. Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan kota Depok (2012), tercatat sebanyak 229 apotek aktif terdapat di kota Depok pada tahun 2011. Persebaran apotek di setiap kecamatan tidak merata, dengan jumlah paling banyak terdapat di kecamatan Cimanggis dengan 53 apotek, kecamatan Sukmajaya dengan 43 apotek, serta kecamatan Pancoran Mas dan kecamatan Beji dengan jumlah apotek masing-masing sebanyak 34 apotek. Sisanya tersebar di tujuh kecamatan lainnya, yaitu di kecamatan Cipayung, Cilodong, Limo, Cinere, Tapos, Sawangan, dan Bojong Sari.

Apotek di kecamatan Cimanggis terdiri dari 42 apotek non-jaringan dan 11 apotek jaringan. Dua di antara apotek non-jaringan yang ada merupakan apotek rumah sakit, sementara salah satu dari apotek jaringan merupakan apotek yang tergabung ke dalam suatu pusat perbelanjaan.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian pra-eksperimental dengan desain studi *one group pre-test/post-test*. Penelitian dilakukan melalui pengukuran terhadap satu kelompok responden, kemudian responden diberi intervensi berupa edukasi melalui media *leaflet*, dan diukur kembali setelahnya (Campbell & Machin, 1999). Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara bebas terpimpin berdasarkan kuesioner yang telah valid dan reliabel (Notoatmodjo, 2010).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di dua apotek kecamatan Cimanggis, Depok.

3.2.2 Waktu penelitian

Penelitian dilakukan dari bulan Februari hingga Mei 2012.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Semua pengunjung dewasa berusia 18 – 59 tahun di dua apotek kecamatan Cimanggis selama periode bulan Maret – April 2012.

3.3.2 Sampel

Pengunjung dewasa berusia 18 – 59 tahun di dua apotek kecamatan Cimanggis selama periode bulan Maret – April 2012, yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *consecutive sampling* hingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Jumlah sampel minimum yang diambil dihitung menggunakan rumus berikut (Lwanga & Lemeshow, 1991, p.25) :

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)/d^2 \quad (3.1)$$

dengan :

n : jumlah sampel

$z_{1-\alpha/2}$: derajat kemaknaan 95% dengan nilai 1,96

P : proporsi populasi = 0,5

d : presisi absolut yang diinginkan 10%

α : 0,050

Berdasarkan rumus di atas, jumlah sampel responden minimal yang diperlukan untuk penelitian ini adalah sebanyak 96 responden, yaitu 48 responden dari apotek non-jaringan dan 48 responden dari apotek jaringan.

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria inklusi

1. Pengunjung pernah menggunakan obat konvensional oral untuk swamedikasi enam penyakit ringan, yaitu demam, batuk, flu, nyeri, diare, atau gastritis dalam tiga bulan terakhir sebelum dilakukan *pre-test*.
2. Pengunjung bersedia bekerja sama dalam penelitian.
3. Pengunjung dapat membaca.
4. Pengunjung bertempat tinggal di wilayah Depok.

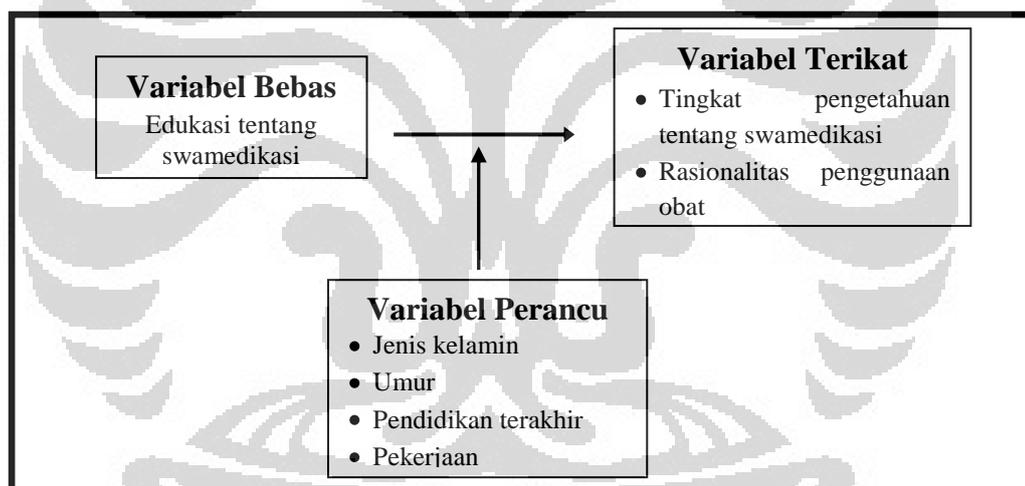
3.4.2 Kriteria eksklusi

1. Pengunjung adalah seorang mahasiswa dari bidang kesehatan dan tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, apoteker, asisten apoteker, atau sarjana kesehatan masyarakat (SKM).
2. Pengunjung tidak menggunakan obat konvensional oral untuk swamedikasi penyakit demam, batuk, flu, nyeri, diare, atau gastritis dalam satu bulan terakhir setelah pemberian edukasi.

3. Pengunjung tidak dapat dihubungi kembali setelah satu bulan pemberian edukasi.

3.5 Kerangka Konsep

Penelitian ini menganalisis pengaruh antara variabel bebas, yaitu pemberian edukasi tentang swamedikasi, terhadap variabel terikat, yaitu tingkat pengetahuan pengunjung apotek tentang swamedikasi dan rasionalitas penggunaan obat yang dilakukannya. Beberapa faktor sosiodemografi juga diketahui dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi, yaitu tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, dan pekerjaan seseorang (Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008; Calamusa, et al., 2011). Oleh karena itu, keempat faktor tersebut dijadikan sebagai variabel perancu di dalam penelitian ini.



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.6 Definisi Operasional

- a. Edukasi tentang swamedikasi

Definisi : Pemberian materi edukasi tentang swamedikasi kepada responden melalui media edukasi kesehatan.

Skala : Nominal

Kategori : *Leaflet*

b. Tingkat pengetahuan tentang swamedikasi

Definisi : Pengetahuan responden berdasarkan kemampuan untuk menjawab 10 pertanyaan, meliputi pertanyaan mengenai pengertian swamedikasi, tanda golongan obat, pemilihan obat, kegunaan obat, batas lama pemakaian obat, informasi dosis obat, aturan minum obat, keterangan pada kemasan atau brosur obat, dan cara penyimpanan obat. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008; Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004; Atmoko & Kurniawati, 2009).

Skala : Ordinal

Kategori : 1. Buruk, bila responden memperoleh skor $< 60\%$.
 2. Sedang, bila responden memperoleh skor $60\% - 80\%$.
 3. Baik, bila responden memperoleh skor $> 80\%$
 (Khomsan, 2000).

c. Rasionalitas penggunaan obat

Definisi : Penggunaan obat pada swamedikasi yang memenuhi 6 kriteria penggunaan obat rasional, antara lain ketepatan pemilihan obat, ketepatan dosis obat, tidak adanya efek samping obat, tidak adanya kontraindikasi, tidak adanya interaksi obat, dan tidak adanya polifarmasi atau penggunaan dua atau lebih jenis obat yang memiliki indikasi sama (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008; Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008).

Skala : Nominal

Kategori : 1. Tidak rasional, bila nilai < 6 , yang berarti tidak semua kriteria kerasionalan penggunaan obat terpenuhi.
 2. Rasional, bila nilai $= 6$, yang berarti semua kriteria kerasionalan penggunaan obat terpenuhi.

d. Jenis kelamin

Definisi : Jenis kelamin responden.

Skala : Nominal

Kategori : a. Laki-laki
b. Perempuan

e. Umur

Definisi : Umur responden dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir (Supardi & Raharni, 2006).

Skala : Ordinal

Kategori : a. 18 – 28 tahun
b. 29 – 39 tahun
c. 40 – 50 tahun
d. 51 – 59 tahun

f. Pendidikan terakhir

Definisi : Pengalaman mengikuti pendidikan formal, dinilai berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki responden (Supardi & Raharni, 2006).

Skala : Ordinal

Kategori : a. Tidak tamat SD
b. SD
c. SMP
d. SMA/ sederajat
e. Perguruan tinggi

g. Pekerjaan

Definisi : Pekerjaan yang dilakukan oleh responden.

Skala : Nominal

Kategori : a. Tidak/belum bekerja
b. Karyawan
c. Guru

- d. Mahasiswa
- e. Lainnya

3.7 Alur Penelitian

Izin penelitian dari beberapa pihak terkait di Kota Depok diperlukan sebelum penelitian dilakukan (alur permohonan izin dan surat izin penelitian dapat dilihat pada Lampiran 5 – Lampiran 9). Selama izin penelitian diproses, uji validitas dan reliabilitas dilakukan terhadap kuesioner yang akan digunakan. Populasi apotek di kecamatan Cimanggis ditetapkan berdasarkan daftar apotek yang diperoleh dari pihak Dinkes Kota Depok. Sampel apotek dipilih secara acak dari daftar tersebut menggunakan bantuan tabel daftar bilangan *random*. Izin penelitian kemudian diajukan kepada pemilik sarana apotek (PSA) dari apotek yang terpilih.

Setelah izin dari pihak apotek serta validitas dan reliabilitas kuesioner diperoleh, dilanjutkan dengan pengambilan data dan pemberian *leaflet* di apotek. Data yang telah terkumpul kemudian diperiksa kelengkapan jawabannya dan dilakukan penilaian, untuk selanjutnya diolah dan dianalisis secara statistik. Skema alur penelitian dapat dilihat pada Lampiran 10.

3.8 Etika Penelitian

Persetujuan dan kesediaan responden untuk bekerja sama ditandai dengan penandatanganan lembar kesediaan (*informed consent*) yang telah disediakan peneliti. Lembar informasi penelitian dan lembar kesediaan menjadi responden dapat dilihat pada Lampiran 11 – Lampiran 13.

Calon responden yang dicari untuk diwawancara adalah pengunjung apotek yang sedang menunggu di depan konter obat, duduk di kursi tunggu, menunggu orang lain membeli obat di apotek, atau telah selesai membeli obat. Sebelum dilakukan pengumpulan data melalui wawancara, calon responden diberi lembar informasi disertai dengan penjelasan secara lisan mengenai penelitian yang sedang dilakukan, tujuan diadakannya penelitian, dan bagaimana tata laksana keterlibatan responden di dalamnya.

3.9 Prosedur Pengumpulan Data

Data primer diperoleh melalui wawancara dengan responden berdasarkan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Pengambilan data dilakukan sebanyak dua kali dari responden yang sama, yaitu sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) diberikan edukasi berupa *leaflet* yang berisi materi mengenai swamedikasi. Waktu pengambilan data *pre-test* di masing-masing apotek dilakukan lebih kurang dari jam 09.00 hingga jam 21.00 pada setiap hari pengambilan data *pre-test*. *Leaflet* diberikan sebelum pembicaraan dengan responden ditutup.

Post-test dilakukan melalui telepon dalam jangka waktu 4 – 5 minggu setelah pemberian edukasi, dengan perkiraan bahwa responden telah menggunakan obat-obat untuk swamedikasi lagi dalam jangka waktu tersebut. Dua hari sebelum hari *post-test*, responden terlebih dahulu dihubungi dan diminta kesediaannya untuk dapat diwawancara kembali pada tanggal yang telah ditentukan. *Post-test* dilakukan pada waktu yang telah disepakati bersama dengan responden. Akan tetapi, tidak semua responden dapat dihubungi sebelumnya, sehingga mereka langsung dihubungi pada hari *post-test* dengan batas waktu dari jam 09.00 hingga jam 21.00. Responden dieksklusi jika tidak dapat dihubungi hingga melebihi batas waktu tersebut. Skema prosedur pengambilan data secara lengkap dapat dilihat pada Lampiran 14.

3.10 Instrumen

1. Kuesioner
2. *Leaflet*
3. MIMS & ISO
4. Kemasan atau brosur obat dari obat yang diminum responden
5. *Gimmick*
6. *Handphone*
7. Komputer yang dilengkapi dengan program IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versi 19.0.

3.11 Penyusunan Kuesioner

Kuesioner yang digunakan dalam wawancara dengan responden terdiri dari empat bagian, yaitu pendahuluan, pengetahuan swamedikasi, rasionalitas swamedikasi, dan data demografi responden. Kuesioner dibuat dengan tipe pertanyaan tertutup, terbuka, semi-terbuka, dan kombinasi tertutup dan terbuka.

3.11.1 Kuesioner bagian pertama

Bagian pertama adalah pendahuluan yang terdiri atas tiga pertanyaan. Pertanyaan pertama adalah pertanyaan tertutup untuk mengetahui apakah responden pernah meminum obat-obat untuk swamedikasi dalam 3 bulan terakhir (untuk *pre-test*) atau 1 bulan terakhir (untuk *post-test*). Pertanyaan kedua dan ketiga merupakan pertanyaan semi-terbuka, yang masing-masing adalah untuk mengetahui tempat pembelian dan sumber informasi responden dari obat yang diminum tersebut.

3.11.2 Kuesioner bagian kedua

Pertanyaan pada bagian kedua ditujukan untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden mengenai swamedikasi. Terdapat 10 butir soal yang diberikan kepada responden. Bentuk pertanyaan adalah pertanyaan tertutup dengan kemungkinan pilihan jawaban “ya”, “tidak”, atau “tidak tahu”. Rincian topik pertanyaan dapat dilihat pada **Tabel 3.1**.

Tabel 3.1. Topik pertanyaan pada kuesioner bagian kedua : Tingkat Pengetahuan

| Nomor Soal | Topik Pertanyaan |
|------------|---|
| 1 | Pengertian dari istilah swamedikasi |
| 2 | Macam-macam tanda golongan obat untuk obat yang dapat digunakan dalam swamedikasi |
| 3 & 4 | Pemilihan obat |
| 5 | Kegunaan obat |
| 6 | Lama waktu penggunaan obat untuk swamedikasi |
| 7 | Informasi dosis obat |
| 8 | Aturan minum obat |
| 9 | Informasi yang terdapat pada kemasan obat |
| 10 | Cara penyimpanan obat yang benar |

3.11.3 Kuesioner bagian ketiga

Pertanyaan pada bagian ketiga ditujukan untuk mengetahui rasionalitas penggunaan obat oleh responden. Terdapat 7 butir soal dengan bentuk pertanyaan terbuka dan kombinasi tertutup dan terbuka. Butir 1 dan 2 berisi pertanyaan mengenai nama obat, indikasi, serta dosis obat yang digunakan oleh responden. Bentuk pertanyaan yang dibuat adalah pertanyaan terbuka.

Butir 3 adalah pertanyaan mengenai ada atau tidaknya efek samping dari obat yang digunakan. Bentuk pertanyaan adalah pertanyaan semi-terbuka. Terdapat delapan pilihan jawaban yang diberikan, yaitu enam pilihan jenis efek samping yang mungkin terjadi dari penggunaan obat pada swamedikasi, satu pilihan untuk gejala efek samping lain yang tidak terdapat dalam keenam pilihan sebelumnya, dan satu pilihan untuk tidak adanya efek samping yang dirasakan selama penggunaan obat.

Butir 4 berisi pertanyaan mengenai ada atau tidaknya kontraindikasi. Bentuk pertanyaan adalah kombinasi tertutup dan terbuka dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Jika jawaban adalah “ya”, maka responden akan diminta untuk menyebutkan penyakit/kondisi yang sedang dialaminya pada saat menggunakan obat yang disebutkan pada butir 1.

Pertanyaan pada butir 5 adalah mengenai ada atau tidaknya interaksi obat. Interaksi obat ini dilihat berdasarkan interaksi karena adanya penggunaan lebih dari 1 produk obat dalam 1 hari yang sama. Bentuk pertanyaan adalah kombinasi tertutup dan terbuka dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Jika jawaban adalah “ya”, maka responden akan diminta untuk menyebutkan nama obat-obatan yang diminum, serta jarak waktu minum antar obat-obat tersebut.

Butir 6 berisi pertanyaan untuk mengetahui apakah obat-obat yang disebutkan pada butir 5 digunakan untuk mengatasi keluhan yang sama atau tidak. Pertanyaan ini hanya diajukan jika jawaban responden pada butir 5 adalah “ya”. Bentuk pertanyaan adalah kombinasi tertutup dan terbuka dengan pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Untuk masing-masing jawaban tersebut, responden diminta untuk menyebutkan keluhan apa saja yang diobatinya dengan penggunaan obat-obat tersebut. Rincian topik pertanyaan untuk kuesioner bagian ketiga dapat dilihat pada **Tabel 3.2**.

Tabel 3.2. Rincian kriteria rasionalitas penggunaan obat

| Nomor Soal | Kriteria Rasionalitas Penggunaan Obat |
|------------|--|
| 1 | Ketepatan pemilihan obat <ul style="list-style-type: none"> • Nama dan golongan obat • Indikasi |
| 2 | Ketepatan dosis obat <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi minum obat (berapa kali obat diminum dalam sehari) • Dosis obat (jumlah obat yang diminum setiap kalinya) • Durasi pemakaian obat |
| 3 | Tidak adanya efek samping obat |
| 4 | Tidak adanya kontraindikasi |
| 5 | Tidak adanya interaksi obat-obat |
| 6 | Tidak adanya polifarmasi |

3.11.4 Kuesioner bagian keempat

Pada bagian keempat kuesioner, pertanyaan yang diajukan adalah mengenai data-data demografi responden, meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, nomor telepon/*handphone*, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

3.12 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Sebelum kuesioner digunakan untuk pengambilan data yang sebenarnya di dalam penelitian, terlebih dahulu diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji ini dilakukan pada minimal 20 orang yang tidak termasuk responden dan dilakukan di luar lokasi penelitian, tetapi memiliki karakteristik yang sama dengan responden di lokasi penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Cara menguji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah sebagai berikut :

3.12.1 Uji validitas

Uji validitas dilakukan menggunakan korelasi *Pearson*, yaitu dengan cara mengkorelasikan nilai setiap pertanyaan dengan nilai total pertanyaan. Jika seluruh butir pertanyaan mempunyai nilai p (nilai yang terdapat pada baris *Sig. (2-tailed)*) $< \alpha$, maka kuesioner tersebut dapat dinyatakan valid (Trihendradi, 2011).

3.12.2 Uji reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan dengan menghitung nilai *Cronbach's Alpha*. Jika nilai *Cronbach's Alpha* lebih besar dari 0,600, maka kuesioner dapat dinyatakan reliabel (Trihendradi, 2011).

3.13 Metode Penilaian Kuesioner

3.13.1 Kuesioner bagian kedua

Setiap jawaban yang benar pada kuesioner bagian kedua diberi nilai 2, jawaban yang salah diberi nilai 1, dan jawaban “tidak tahu” diberi nilai 0 (Pulungan, 2010).

3.13.2 Kuesioner bagian ketiga

Penilaian untuk masing-masing kriteria rasionalitas yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Kerasionalan berdasarkan ketepatan pemilihan obat

Penilaian dilakukan berdasarkan ketepatan antara nama obat yang diminum responden dengan indikasinya. Selain itu, obat yang digunakan responden harus termasuk dalam golongan obat yang diperbolehkan untuk swamedikasi. Jika obat yang digunakan sesuai indikasi dan golongannya, maka diberi nilai 1. Jika tidak sesuai, maka diberi nilai 0.

2. Kerasionalan berdasarkan ketepatan dosis obat

Penilaian didasarkan pada 3 indikator, yaitu frekuensi minum, dosis obat tiap kali minum, dan durasi atau lama pemakaian obat. Dosis obat dinyatakan tepat jika memenuhi ketiga kriteria tersebut dan diberi nilai 1. Jika tidak memenuhi salah satu atau seluruh kriteria, maka diberi nilai 0.

3. Kerasionalan berdasarkan tidak adanya efek samping obat

Setiap gejala efek samping yang dialami responden perlu disesuaikan dengan kemungkinan efek samping dari obat yang disebutkan pada butir 1. Gejala efek samping yang dinilai sebagai tidak rasional adalah jika efek samping tersebut merupakan efek samping yang jarang terjadi, sangat mengganggu aktivitas harian, atau cenderung dapat membahayakan diri responden. Jika termasuk ke dalam kategori tersebut, maka diberi nilai 0.

Universitas Indonesia

Beberapa efek samping yang umum terjadi, seperti efek mengantuk atau mulut kering dari obat flu, tidak dinilai sebagai suatu ketidakrasionalan. Jika jawaban responden adalah “tidak ada gejala efek samping”, maka diberi nilai 1.

4. Kerasionalan berdasarkan tidak adanya kontraindikasi

Jika jawaban responden pada butir soal 4 adalah “ya”, maka perlu dilihat terlebih dahulu jenis penyakit atau kondisi yang dialami oleh responden. Jika kondisi tersebut termasuk sebagai kontraindikasi obat, maka diberi nilai 0. Jika tidak, maka diberi nilai 1. Jika jawaban responden adalah “tidak”, maka diberi nilai 1.

5. Kerasionalan berdasarkan tidak adanya interaksi obat

Apabila responden pernah menggunakan lebih dari 1 produk obat dalam 1 hari yang sama, maka perlu dilihat terlebih dahulu, apakah obat-obat tersebut mengandung zat berkhasiat yang dapat saling berinteraksi atau tidak. Selain itu, penilaian juga berdasarkan pada jarak waktu penggunaan obat-obat tersebut. Jika terdapat kemungkinan interaksi obat antara tiap kandungan obat atau adanya jarak waktu pemberian yang tidak tepat, maka diberi nilai 0. Jika tidak ada interaksi atau jawaban adalah “tidak”, maka diberi nilai 1.

6. Kerasionalan berdasarkan tidak adanya polifarmasi

Penilaian didasarkan pada tujuan penggunaan obat-obat yang disebutkan pada pertanyaan butir 5 dan jarak waktu minum kedua obat. Apabila obat-obat tersebut diketahui memiliki indikasi atau mengandung zat berkhasiat yang serupa, namun digunakan secara bersamaan atau dalam waktu yang berdekatan, maka dinilai sebagai polifarmasi dan diberi nilai 0.

Jika penggunaan obat-obat tersebut tidak memiliki indikasi yang serupa dan atau jarak waktu minumannya tidak berdekatan, maka tidak dianggap sebagai polifarmasi dan diberi nilai 1.

Dalam menentukan ketepatan pemilihan dan dosis obat, serta ada atau tidaknya efek samping, kontraindikasi, interaksi obat, dan polifarmasi, peneliti berpedoman pada informasi obat yang terdapat pada kemasan atau brosur obat yang disebutkan oleh responden, serta informasi obat dari buku MIMS dan ISO.

Universitas Indonesia

Informasi waktu paruh atau masa kerja obat dari literatur juga diperlukan untuk penilaian pada kriteria polifarmasi.

3.14 Leaflet

Desain *leaflet* yang digunakan dalam penelitian ini dapat dilihat pada Lampiran 15. Informasi – informasi yang terdapat di dalam *leaflet* tersebut, antara lain :

- a. pengertian swamedikasi.
- b. penjelasan mengenai tanda golongan obat dari obat-obat yang dapat digunakan untuk swamedikasi.
- c. jenis-jenis penyakit ringan yang dapat diobati dengan swamedikasi, beserta pilihan obat yang dapat digunakan secara umum, keterangan mengenai dosis, batas waktu penggunaan obat, dan hal yang perlu diketahui terkait cara penggunaan obat-obat tersebut. Penyakit yang dicantumkan dibatasi pada enam jenis penyakit ringan, yaitu demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis.
- d. Informasi mengenai hal-hal yang penting untuk diperhatikan pada penggunaan obat dalam swamedikasi.

3.15 Pengolahan dan Analisis Data

3.15.1 Pengolahan data

Hasil jawaban yang diperoleh dari wawancara dengan responden dinilai sesuai dengan metode penilaian kuesioner yang telah dijelaskan di atas. Setelah data yang diperlukan terkumpul, dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

1. *Editing*

Editing adalah pekerjaan yang meliputi pemeriksaan atas kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban, dan perbaikan isian kuesioner tersebut (Ps, 1996; Notoatmodjo, 2010).

2. *Coding*

Coding adalah kegiatan pengubahan data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* ini sangat berguna dalam pemasukan data pada tahap berikutnya (Notoatmodjo, 2010).

Universitas Indonesia

3. *Data entry*

Data Entry adalah kegiatan pemasukan data berbentuk kode (angka atau huruf) ke dalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2010).

4. *Cleaning*

Cleaning adalah kegiatan pengecekan untuk kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan perbaikan atau koreksi terhadap kesalahan data tersebut (Notoatmodjo, 2010).

3.15.2 Analisis data

Data yang telah diolah kemudian dianalisis menggunakan program IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versi 19.0. Analisis data yang dilakukan, antara lain sebagai berikut :

3.15.2.1 Analisis univariat

Analisis univariat dengan statistik deskriptif digunakan untuk mendapatkan gambaran distribusi frekuensi karakteristik sosiodemografi, tingkat pengetahuan tentang swamedikasi, rasionalitas penggunaan obat, serta distribusi jawaban responden untuk pertanyaan pada kuesioner bagian kedua dan ketiga.

3.15.2.2 Analisis bivariat

a) Uji Wilcoxon

Uji ini dilakukan untuk menganalisis pengaruh dari pemberian edukasi terhadap tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi. Penarikan kesimpulan dari uji ini dilakukan melalui dua macam uji hipotesis, yaitu :

1. Uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*)

Uji ini digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada tingkat pengetahuan tentang swamedikasi responden antara sebelum dan sesudah pemberian edukasi. Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan nilai p yang terdapat pada kolom *Asymp.Sig.(2-tailed)*. Perbedaan yang bermakna dikatakan terjadi apabila diperoleh nilai $p < \alpha$ (Uyanto, 2009).

2. Uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*)

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah terjadi peningkatan yang bermakna pada tingkat pengetahuan tentang swamedikasi responden sesudah pemberian edukasi. Nilai p yang diperoleh harus dibagi 2 terlebih dahulu, kemudian dibandingkan dengan nilai α yang digunakan. Peningkatan bermakna dikatakan terjadi apabila diperoleh nilai $\frac{1}{2} p < \alpha$ (Uyanto, 2009).

b) Uji McNemar

Uji ini digunakan untuk menganalisis pengaruh dari pemberian edukasi terhadap rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh responden. Penarikan kesimpulan dari uji ini juga dilakukan melalui dua macam uji hipotesis, yaitu :

1. Uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*)

Uji ini digunakan untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan yang bermakna pada rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh responden antara sebelum dan sesudah pemberian edukasi. Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan nilai p yang terdapat pada kolom *Exact Sig. (2-tailed)*. Perbedaan yang bermakna dikatakan terjadi apabila diperoleh nilai $p < \alpha$ (Uyanto, 2009; Trihendradi, 2011).

2. Uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*)

Uji ini digunakan untuk mengetahui apakah terjadi peningkatan yang bermakna pada rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh responden sesudah pemberian edukasi. Peningkatan bermakna dikatakan terjadi apabila diperoleh nilai $\frac{1}{2} p < \alpha$ (Uyanto, 2009).

c) Uji kaid kuadrat atau uji mutlak Fisher

Uji kaid kuadrat dimaksudkan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara dua variabel. Uji ini juga dilakukan sebagai langkah awal dari analisis multivariat, yaitu untuk menyeleksi variabel faktor sosiodemografi yang akan dimasukkan dalam analisis multivariat (Dahlan, 2011).

Uji kaid kuadrat dapat dilakukan bila syarat ujinya terpenuhi, yaitu tidak lebih dari 20% sel yang memiliki nilai harapan kurang dari 5. Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan nilai p dari Pearson *Chi-Square* (Trihendradi,

Universitas Indonesia

2011). Apabila syarat uji kai kuadrat tidak terpenuhi, maka digunakan uji alternatifnya, yaitu uji mutlak Fisher (Hastono & Sabri, 2010). Penarikan kesimpulan pada uji mutlak Fisher dilakukan berdasarkan nilai p dari Fisher's *Exact Test* yang terdapat pada kolom *Exact Sig. (2-sided)* (Dahlan, 2011).

Apabila diperoleh nilai $p < \alpha$, baik dari uji kai kuadrat ataupun uji mutlak Fisher, maka dikatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kedua variabel yang diuji. Variabel faktor sosiodemografi yang memiliki nilai $p < \alpha$ kemudian dimasukkan dalam analisis multivariat bersama dengan variabel lain yang memiliki nilai $p < 0.25$ (Dahlan, 2011).

3.15.2.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara banyak variabel bebas dengan suatu variabel terikat (Dahlan, 2011). Dalam penelitian ini, digunakan uji regresi logistik. Uji tersebut dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya pengaruh dari variabel faktor sosiodemografi terhadap perubahan yang terjadi pada tingkat pengetahuan atau rasionalitas penggunaan obat (Uyanto, 2009).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Penyusunan Kuesioner yang Valid dan Reliabel

Kuesioner sebagai alat ukur dalam penelitian ini disusun sendiri oleh peneliti berdasarkan beberapa kuesioner yang digunakan pada penelitian terdahulu mengenai swamedikasi. Hal ini dikarenakan tidak diperolehnya kuesioner yang sesuai dengan tujuan penelitian dan telah teruji validitas dan reliabilitasnya. Oleh karena itu, kuesioner yang dibuat harus terlebih dahulu melalui tahapan uji validitas dan reliabilitas.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada bagian kedua dan ketiga dari kuesioner karena kedua bagian tersebut yang digunakan dalam pengukuran tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dari responden. Uji ini dilakukan sebanyak empat kali. Pada ketiga uji pertama, hasil uji validitas menunjukkan ada beberapa soal yang memiliki nilai $p > \alpha$ (0,050) dan dinyatakan tidak valid. Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh pada uji reliabilitas juga menunjukkan nilai yang lebih kecil dari nilai yang disyaratkan, yaitu 0,600 (Trihendradi, 2011). Dengan demikian, perlu dilakukan revisi terhadap beberapa pertanyaan pada kuesioner agar validitas dan reliabilitas yang diharapkan tercapai.

Revisi yang paling banyak dilakukan berupa perbaikan pada struktur kalimat pertanyaan. Kalimat yang tidak jelas akan menyulitkan responden dalam memahami pertanyaan, sehingga jawaban yang diberikan dapat menyebabkan kuesioner menjadi tidak valid dan tidak reliabel. Revisi lainnya adalah berupa penggantian beberapa pertanyaan yang dianggap tidak relevan dengan topik penelitian, penambahan beberapa pertanyaan baru, serta perubahan urutan pertanyaan, dengan pertimbangan bahwa keterkaitan antara satu pertanyaan dengan pertanyaan lainnya dapat turut berpengaruh terhadap hasil uji validitas.

Hasil uji validitas keempat menunjukkan nilai $p < \alpha$ (0,050) pada seluruh butir pertanyaan, yang berarti terdapat korelasi antara variabel butir soal 1 hingga 10 dengan variabel total. Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh pada uji reliabilitas keempat ini juga menunjukkan nilai lebih besar dari 0,600, yaitu 0,661 untuk kuesioner bagian kedua dan 0,765 untuk kuesioner bagian ketiga. Oleh

karena itu, kuesioner ini telah dapat dinyatakan valid dan reliabel (perbaikan pada kuesioner serta hasil uji validitas dan reliabilitas dapat dilihat pada Lampiran 16 – Lampiran 23).

4.2 Karakteristik Apotek

Proses pengambilan data dilakukan di dua apotek kecamatan Cimanggis, yaitu satu apotek non-jaringan dan satu apotek jaringan. Pemilihan tersebut ditujukan agar masing-masing jenis apotek dapat terwakili sebagai tempat penelitian.

Apotek non-jaringan yang dijadikan tempat penelitian buka dari hari Senin hingga Sabtu dengan waktu operasional dimulai dari jam 08.00 hingga 21.30. Pengunjung umumnya lebih banyak datang pada jam 09.00 hingga jam 10.00 dan dari jam 16.00 hingga malam hari. Jumlah pengunjung terbanyak terjadi pada malam hari. Apoteker di apotek ini setiap hari berada di apotek pada waktu-waktu tersebut dan berinteraksi langsung untuk melayani ataupun melakukan konseling pada pasien yang membeli obat, sehingga kebanyakan orang lebih memilih datang pada waktu apoteker sedang berada di apotek.

Apotek jaringan yang dijadikan tempat penelitian buka setiap hari. Jumlah pengunjung di apotek ini relatif stabil dari pagi hingga malam hari, namun terdapat peningkatan arus pengunjung yang dimulai pada sore hari di atas jam 16.00 hingga malam hari. Terdapat dua apoteker yang selalu berada di apotek ini sepanjang hari secara bergantian. Salah satu pelayanan yang diberikan apotek ini adalah layanan antaran obat, sehingga memungkinkan pasien untuk tidak datang langsung ke apotek untuk membeli obat dan cukup melakukan pemesanan melalui telepon saja.

Waktu pengambilan data pada saat penelitian disesuaikan dengan waktu operasional apotek. Pengambilan data di kedua apotek dilakukan dari hari Senin hingga Sabtu dan dimulai dari sekitar jam 09.00 hingga sekitar jam 21.00. Walaupun apotek jaringan yang dipilih beroperasi selama 24 jam sehari, tidak memungkinkan bagi peneliti untuk terus berada di apotek tersebut selama 24 jam. Oleh karena itu, waktu pengambilan data di apotek jaringan disamakan dengan waktu pengambilan data di apotek non-jaringan.

4.3 Distribusi Responden di Kedua Apotek

Target responden yang diperoleh dalam penelitian ini adalah dua kali lipat dari jumlah responden minimum yang diperlukan. Hal ini untuk mengantisipasi kemungkinan responden yang *drop-out* pada saat *post-test*. Jadi, setidaknya 100 orang responden diperlukan dari masing-masing apotek. Di apotek non-jaringan, diperlukan waktu 7 hari hingga tercapai jumlah responden sebanyak 102 orang, sementara di apotek jaringan diperlukan 8 hari hingga tercapai jumlah responden sebanyak 105 orang. Jumlah total responden yang berhasil diperoleh selama hari penelitian adalah 207 responden. Data jumlah responden yang didapat selama hari penelitian dapat dilihat pada **Tabel 4.1** dan **Tabel 4.2** berikut.

Tabel 4.1. Distribusi jumlah pengunjung apotek non-jaringan yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian

| Hari Ke- | Jam Penelitian | Jumlah Pengunjung | Jumlah Responden | Persentase Responden (%) |
|------------------------|----------------|-------------------|------------------|--------------------------|
| I | 13.30 - 21.00 | 93 | 17 | 18.28 |
| II | 09.00 - 20.30 | 113 | 19 | 16.81 |
| III | 11.00 - 20.30 | 164 | 16 | 9.76 |
| IV | 09.05 - 20.05 | 200 | 14 | 7.00 |
| V | 09.18 - 20.30 | 174 | 17 | 9.77 |
| VI | 10.00 - 20.40 | 170 | 12 | 7.06 |
| VII | 09.40 - 20.15 | 97 | 7 | 7.22 |
| Total Responden | | | 102 | |

Tabel 4.2. Distribusi jumlah pengunjung apotek jaringan yang bersedia dan memenuhi kriteria untuk menjadi responden penelitian

| Hari Ke- | Jam Penelitian | Jumlah Pengunjung | Jumlah Responden | Persentase Responden (%) |
|------------------------|----------------|-------------------|------------------|--------------------------|
| I | 09.15 - 20.35 | 89 | 15 | 16.85 |
| II | 09.15 - 20.30 | 55 | 14 | 25.45 |
| III | 09.01 - 20.00 | 63 | 13 | 20.63 |
| IV | 09.13 - 21.53 | 86 | 16 | 18.60 |
| V | 09.15 - 20.30 | 102 | 16 | 15.69 |
| VI | 09.30 - 20.40 | 110 | 13 | 11.82 |
| VII | 09.25 - 20.15 | 99 | 13 | 13.13 |
| VIII | 09.05 - 20.30 | 65 | 5 | 7.69 |
| Total Responden | | | 105 | |

Jumlah pengunjung di kedua apotek cukup banyak setiap harinya, namun jumlah responden yang diperoleh tidak selalu sebanding. Hal ini dikarenakan tidak semua pengunjung bersedia untuk diwawancarai. Beberapa hal yang menjadi alasan penolakan dari pengunjung, antara lain karena sedang terburu-buru, takut pertanyaan yang diberikan tidak dapat dijawab, atau tidak bersedia jika harus diwawancarai dua kali untuk keperluan *post-test*. Seringkali pula pengunjung datang dalam jumlah yang sangat banyak pada saat bersamaan, sehingga tidak semua pengunjung dapat dijangkau oleh peneliti.

4.3.1 Distribusi responden setelah pelaksanaan *post-test*

Responden yang telah diwawancarai untuk pengambilan data *pre-test* dan diberi *leaflet*, dihubungi dan diwawancarai kembali satu bulan berikutnya untuk pengambilan data *post-test*. Wawancara bebas terpimpin tetap dilakukan pada saat *post-test*, namun responden dihubungi melalui telepon. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa banyak didapati responden yang pada saat *pre-test* menyatakan tidak bersedia diajak bertatap muka kembali dengan alasan kesibukan pekerjaannya. Beberapa responden juga tidak bersedia untuk dikunjungi langsung ke rumahnya. Oleh karena itu, cara pengambilan data melalui telepon dianggap sebagai cara yang paling memungkinkan bagi peneliti agar semua responden tetap dapat dihubungi kembali untuk dilakukan *post-test*.

Post-test tidak selalu dapat dilakukan tepat pada 1 bulan (hari ke-30) setelah pemberian *leaflet* seperti yang telah direncanakan semula. Sebelum hari pelaksanaannya, diperoleh konfirmasi dari beberapa responden bahwa mereka tidak dapat dihubungi di hari *post-test* yang ditentukan, namun bersedia untuk dihubungi di hari lain. Oleh karena itu, pelaksanaan *post-test* diberi tenggang waktu, dari 30 hari menjadi 4 - 5 minggu setelah pemberian *leaflet*.

Hingga akhir pelaksanaan *post-test*, hanya tersisa 97 responden (46,86%) dari kedua apotek yang masih memenuhi kriteria inklusi untuk penelitian karena tidak semua responden berhasil dihubungi dan diwawancarai kembali. Sebanyak 110 responden (53,14%) tereksklusi dengan sejumlah penyebab. Beberapa responden tereksklusi karena tidak dapat dihubungi kembali, baik ketika dikonfirmasi pada 2 hari sebelum hari *post-test* ataupun pada hari *post-test* yang

Universitas Indonesia

telah ditentukan. Seringkali, meskipun konfirmasi dari responden telah diperoleh, namun mereka tidak dapat dihubungi pada waktu *post-test* yang disepakati. Kesibukan menjadi alasan utama responden tidak dapat dihubungi kembali. Banyak pula terjadi kesalahan pada nomor telepon yang diberikan oleh responden, sehingga tidak memungkinkan bagi peneliti untuk menghubungi mereka kembali.

Alasan lain dari banyaknya responden yang tereksklusi adalah karena obat bebas untuk enam keluhan yang diteliti belum pernah digunakan kembali dalam 1 bulan terakhir setelah pemberian intervensi. Eksklusi dilakukan karena data untuk analisis penggunaan obat yang diperoleh dari responden tidak lengkap. Jumlah responden saat *post-test*, baik yang dapat dihubungi kembali ataupun tidak, dapat dilihat pada **Tabel 4.3**.

Tabel 4.3. Distribusi status responden pada saat *post-test*

| Status Reponden | Apotek Non-Jaringan | | Apotek Jaringan | | Total | |
|---|---------------------|----------------|-----------------|----------------|------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Tidak minum obat bebas 1 bulan setelah intervensi | 30 | 29.41 | 38 | 36.19 | 68 | 32.85 |
| Sudah membuat janji post-test, tapi pada hari H tidak dapat dihubungi | 11 | 10.78 | 6 | 5.71 | 17 | 8.21 |
| Tidak dapat dihubungi sama sekali | 13 | 12.75 | 12 | 11.43 | 25 | 12.08 |
| Inklusi | 48 | 47.06 | 49 | 46.67 | 97 | 46.86 |
| Total | 102 | 100.00 | 105 | 100.00 | 207 | 100.00 |

4.4 Karakteristik Responden

4.4.1 Karakteristik seluruh responden saat *pre-test*

Responden yang berhasil diperoleh pada pelaksanaan *pre-test* di kedua apotek didominasi oleh laki-laki (60,87%) dengan golongan umur antara 29 – 39 tahun (39,61%). Pendidikan terakhir yang dimiliki oleh sebagian besar responden adalah pendidikan SMA dan sederajat (50,72%). Karyawan adalah jenis pekerjaan yang paling banyak digeluti responden (44,44%). Data lengkap mengenai karakteristik keseluruhan responden dapat dilihat pada **Tabel 4.4**.

Tabel 4.4. Distribusi frekuensi karakteristik seluruh responden saat *pre-test*

| No. | Karakteristik Sosiodemografi | Jumlah (N = 207) | Persentase (%) |
|-----|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| 1 | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 126 | 60.87 |
| | Perempuan | 81 | 39.13 |
| 2 | Umur | | |
| | 18-28 tahun | 60 | 28.99 |
| | 29-39 tahun | 82 | 39.61 |
| | 40-50 tahun | 46 | 22.22 |
| | 51-59 tahun | 19 | 9.18 |
| 3 | Pendidikan Terakhir | | |
| | Tidak tamat SD | 1 | 0.48 |
| | SD | 2 | 0.97 |
| | SMP | 14 | 6.76 |
| | SMA/Sederajat | 105 | 50.72 |
| | Perguruan Tinggi | 85 | 41.06 |
| 4 | Pekerjaan | | |
| | Tidak/Belum Kerja | 5 | 2.42 |
| | Karyawan | 92 | 44.44 |
| | Tenaga pengajar | 11 | 5.31 |
| | Mahasiswa | 12 | 5.80 |
| | Lainnya | 87 | 42.03 |

4.4.2 Karakteristik responden

4.4.2.1 Karakteristik responden inklusi dari apotek non-jaringan

Responden di apotek non-jaringan yang memenuhi kriteria inklusi hingga saat *post-test* lebih didominasi oleh laki-laki (58,33%). Responden paling banyak berasal dari golongan umur 29 – 39 tahun (41,67%). Mayoritas dari mereka memiliki pendidikan terakhir SMA atau sederajat (60,42%). Kategori pekerjaan yang paling banyak dijalani adalah dari kategori lainnya (50,00%). Jenis pekerjaan yang termasuk ke dalam kategori lainnya ini, antara lain ibu rumah tangga, wiraswasta, pengacara, sopir, marinir, kurir, mekanik, tukang, pembantu rumah tangga, dan telah pensiun. Data mengenai karakteristik responden inklusi dari apotek non-jaringan yang lebih lengkap dapat dilihat pada **Tabel 4.5**.

Pembelian obat-obatan untuk keluhan demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis oleh responden di apotek ini, baik saat *pre-test* maupun *post-test*, umumnya dilakukan di warung (52,08%). Menurut penjelasan dari beberapa responden, hal tersebut dikarenakan warung lebih mudah dijangkau dari rumah

dan harga obat yang dijual di warung dianggap lebih murah daripada di apotek. Informasi mengenai obat yang digunakan terutama diperoleh dari iklan di media cetak atau elektronik (44,79%).

4.4.2.2 Karakteristik responden inklusi dari apotek jaringan

Responden di apotek ini, sama seperti yang terlihat di apotek non-jaringan, lebih didominasi oleh laki-laki (67,35%) dan berasal dari kategori umur antara 29 – 39 tahun (57,14%). Tingkat pendidikan mereka lebih didominasi oleh lulusan dari perguruan tinggi (48,98%). Karyawan merupakan pekerjaan yang paling banyak dilakukan oleh responden di apotek ini (51,02%). Data mengenai karakteristik responden inklusi dari apotek jaringan yang lebih lengkap dapat dilihat pada **Tabel 4.5**.

Obat-obatan yang digunakan untuk swamedikasi keenam penyakit ringan oleh responden dari apotek jaringan lebih banyak dibeli di apotek (41,84%) dan warung (39,80%). Kebanyakan responden berpendapat bahwa obat-obat yang dijual di apotek lebih dapat dipercaya mutu dan keasliannya, sehingga apotek lebih dipilih sebagai tempat pembelian obat. Bagi sebagian responden lainnya, warung tetap dijadikan tempat pilihan karena alasan kemudahan untuk menjangkaunya. Adapun informasi mengenai obat-obat yang digunakan saat *pre-test* dan *post-test*, selain banyak diperoleh dari iklan (28,57%), juga diperoleh dari rekomendasi orang lain (24,49%).

4.4.2.3 Karakteristik responden inklusi total

Karakteristik responden yang memenuhi kriteria inklusi pada saat *post-test* tidak jauh berbeda dengan karakteristik keseluruhan responden yang diperoleh saat *pre-test*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penggunaan obat-obat OTC untuk keluhan demam, batuk, flu, nyeri, diare, atau gastritis di kedua apotek ditemukan lebih banyak dilakukan oleh laki-laki (62,89%) dibandingkan perempuan (37,11%). Hal ini dapat dikarenakan lebih banyaknya pengunjung laki-laki yang bersedia untuk diwawancara dibandingkan pengunjung perempuan. Apabila ditemui pengunjung perempuan dan laki-laki yang datang secara bersama-sama, umumnya pembelian obat akan dilakukan oleh pengunjung

perempuan dan pengunjung laki-laki hanya menunggu. Oleh karena itu, kesempatan wawancara lebih banyak untuk dilakukan terhadap pengunjung laki-laki. Swamedikasi yang lebih banyak dilakukan oleh laki-laki pernah ditunjukkan oleh hasil penelitian terdahulu (T.K., Dilip, & A.K., 2011). Perempuan cenderung lebih berhati-hati dalam melakukan pengobatan dibandingkan laki-laki dan akan lebih memilih untuk berkonsultasi terlebih dulu ke dokter terkait dengan obat yang akan digunakannya (Lefterova & Getov, 2004).

Rentang umur 29 – 39 tahun merupakan kategori umur yang paling banyak menjadi responden penelitian (49,48%). Rentang umur tersebut termasuk ke dalam kategori usia prima yang idealnya telah bekerja (Indrayanti, Lisna, Ayuni, Tusianti, & Risyanto, 2007). Oleh karena itu, obat-obat bebas lebih dipilih sebagai pengobatan untuk mengatasi penyakit ringan yang dialami di sela-sela aktivitasnya karena obat bebas mudah untuk diperoleh.

Responden dari kedua apotek didominasi oleh responden dengan tingkat pendidikan terakhir SMA atau sederajat (50,52%), yang termasuk ke dalam kategori pendidikan lanjutan (Supardi & Raharni, 2006). Seperti yang telah dijelaskan pada penelitian terdahulu, bahwa prevalensi swamedikasi lebih tinggi dilakukan oleh orang-orang dengan tingkat pendidikan yang baik (Kaushal, Gupta, Jindal, & Verma, 2012). Kebanyakan orang-orang dengan tingkat pendidikan tersebut menggunakan obat-obat bebas untuk pengobatan penyakit ringannya dan informasi tentang obat yang digunakan, diperoleh langsung dari penjual obat, tanpa berkonsultasi dengan dokter terlebih dahulu (Islam, 2007).

Pekerjaan yang paling banyak dijalani oleh responden dari kedua apotek adalah karyawan (43,30%) dan lainnya (43,30%). Orang-orang yang bekerja seringkali dihadapkan pada situasi kerja yang penuh dengan stress, sehingga memicu timbulnya penyakit (Notoatmodjo, 2003). Penggunaan obat-obat bebas pun dipilih sebagai langkah untuk mengatasi penyakit, terutama penyakit-penyakit ringan, agar aktivitas pekerjaan mereka tidak terganggu. Data lengkap mengenai distribusi karakteristik responden inklusi dari kedua apotek dapat dilihat pada **Tabel 4.5**.

Pembelian obat-obat yang digunakan responden paling banyak dilakukan di warung (45,88%). Faktor kemudahan untuk menjangkaunya merupakan alasan

pemilihan warung sebagai tempat pembelian obat untuk swamedikasi. Informasi mengenai obat yang digunakan paling banyak diperoleh melalui iklan (36,60%), baik dari media cetak maupun elektronik. Hal ini dikarenakan iklan merupakan jenis informasi yang paling berkesan dan sangat mudah ditangkap (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008), sehingga pada akhirnya dapat mempengaruhi pola penggunaan obat yang dilakukan masyarakat. Grafik distribusi frekuensi untuk pilihan tempat pembelian dan sumber informasi obat dapat dilihat pada Lampiran 24 dan Lampiran 25.

Tabel 4.5. Distribusi frekuensi karakteristik responden inklusi

| No | Karakteristik Sociodemografi | Non-Jaringan (N=48) | | Jaringan (N=49) | | Total (N = 97) | |
|----|------------------------------|---------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| 1 | Jenis Kelamin | | | | | | |
| | Laki-laki | 28 | 58.33 | 33 | 67.35 | 61 | 62.89 |
| | Perempuan | 20 | 41.67 | 16 | 32.65 | 36 | 37.11 |
| 2 | Umur | | | | | | |
| | 18-28 tahun | 9 | 18.75 | 9 | 18.37 | 18 | 18.56 |
| | 29-39 tahun | 20 | 41.67 | 28 | 57.14 | 48 | 49.48 |
| | 40-50 tahun | 14 | 29.17 | 11 | 22.45 | 25 | 25.77 |
| | 51-59 tahun | 5 | 10.42 | 1 | 2.04 | 6 | 6.19 |
| 3 | Pendidikan Terakhir | | | | | | |
| | Tidak tamat SD | 1 | 2.08 | 0 | 0.00 | 1 | 1.03 |
| | SMP | 2 | 4.17 | 5 | 10.20 | 7 | 7.22 |
| | SMA/Sederajat | 29 | 60.42 | 20 | 40.82 | 49 | 50.52 |
| | Perguruan Tinggi | 16 | 33.33 | 24 | 48.98 | 40 | 41.24 |
| 4 | Pekerjaan | | | | | | |
| | Tidak/Belum Kerja | 1 | 2.08 | 1 | 2.04 | 2 | 2.06 |
| | Karyawan | 17 | 35.42 | 25 | 51.02 | 42 | 43.30 |
| | Tenaga pengajar | 6 | 12.50 | 1 | 2.04 | 7 | 7.22 |
| | Mahasiswa | 0 | 0.00 | 4 | 8.16 | 4 | 4.12 |
| | Lainnya | 24 | 50.00 | 18 | 36.73 | 42 | 43.30 |

4.5 Tingkat Pengetahuan Responden tentang Swamedikasi

4.5.1 Tingkat pengetahuan seluruh responden dari hasil *pre-test*

Berdasarkan hasil penilaian kuesioner bagian kedua dari seluruh responden yang diperoleh saat *pre-test* (207 responden), diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tentang swamedikasi yang termasuk dalam kategori sedang (76,81%). Hanya sebagian kecil responden

dengan tingkat pengetahuan yang tergolong buruk (1,93%). Akan tetapi, tidak seluruh responden tersebut dapat memenuhi kriteria inklusi kembali pada saat pelaksanaan *post-test*. Dengan begitu, penilaian yang akan dibahas lebih lanjut hanya dibatasi pada hasil dari responden yang memenuhi kriteria inklusi hingga akhir penelitian. Data distribusi frekuensi tingkat pengetahuan seluruh responden pada saat *pre-test* dapat dilihat secara lengkap pada **Tabel 4.6**.

Tabel 4.6. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan seluruh responden saat *pre-test*

| Kategori | Jumlah | Persentase (%) |
|--------------|------------|----------------|
| Baik | 44 | 21.26 |
| Sedang | 159 | 76.81 |
| Buruk | 4 | 1.93 |
| Total | 207 | 100.00 |

4.5.2 Tingkat pengetahuan responden inklusi

4.5.2.1 Tingkat pengetahuan responden inklusi dari hasil *pre-test*

Berdasarkan hasil jawaban *pre-test*, sebagian besar responden dinyatakan memiliki pengetahuan tentang swamedikasi yang termasuk dalam kategori sedang (51,55%). Jumlahnya hampir sama, baik di apotek non-jaringan maupun apotek jaringan, yaitu 26 responden (54,17%) dan 24 responden (48,98%) untuk masing-masing apotek. Walaupun begitu, masih banyak didapati responden dengan hasil tingkat pengetahuan yang tergolong buruk (36,08%), terutama pada responden dari apotek jaringan (46,94%). Data lengkap mengenai distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden dapat dilihat pada **Tabel 4.7**, **Tabel 4.8**, dan **Tabel 4.9**.

Berdasarkan jawaban responden pada kesepuluh pertanyaan yang diajukan, sebagian besar responden tidak tahu jawaban untuk soal nomor 1 dan nomor 2 (**Tabel 4.10**). Masing-masing soal tersebut berisi pertanyaan mengenai pengertian swamedikasi dan tanda golongan obat pada kemasan obat. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Supardi dan Notosiswoyo (2006), yang menyatakan bahwa pengetahuan masyarakat mengenai tanda golongan obat masih terbatas. Bagi sebagian besar responden, istilah swamedikasi dan tanda golongan obat merupakan hal yang baru mereka ketahui dari pertanyaan yang diajukan peneliti.

Universitas Indonesia

Walaupun informasi tentang kedua hal tersebut pernah didengar sebelumnya oleh sebagian responden lain, namun pengertian dan penjelasannya tidak diingat.

Pengetahuan responden mengenai pemilihan obat, kegunaan obat, informasi di kemasan obat, dan penyimpanan obat sudah cukup baik. Ini ditunjukkan dengan banyaknya jawaban benar untuk soal nomor 3, nomor 4, nomor 5, nomor 9, dan nomor 10 (**Tabel 4.10**), yang berisi pertanyaan mengenai keempat topik tersebut. Penyakit-penyakit seperti batuk, diare, demam, dan sakit kepala yang diajukan di dalam pertanyaan merupakan penyakit yang umum dialami oleh masyarakat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Selain itu, nama obat-obatan yang terdapat pada pertanyaan juga adalah obat-obat yang umum digunakan, seperti oralit dan parasetamol (Islam, 2007). Oleh karena itu, pertanyaan terkait pemilihan obat dan kegunaan dari obat yang disebutkan dapat dijawab dengan baik oleh sebagian besar responden.

Jawaban yang salah paling banyak diperoleh pada soal nomor 6, nomor 7, dan nomor 8 (**Tabel 4.10**). Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden mengenai lama penggunaan, dosis, dan aturan minum obat masih kurang. Beberapa penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat mengenai dosis dan batas lama penggunaan obat memang masih rendah (Sharma, Verma, Sharma, & Kapoor, 2005; Supardi & Notosiswoyo, 2006). Hasil tersebut diduga disebabkan oleh adanya anggapan dari beberapa responden bahwa obat-obat OTC tidak memiliki aturan khusus dalam penggunaannya karena obat-obat tersebut aman untuk diminum.

4.5.2.2 Tingkat pengetahuan responden inklusi dari hasil *post-test*

Hasil penilaian pada saat *post-test* menunjukkan adanya peningkatan yang cukup besar pada jumlah responden dengan tingkat pengetahuan baik menjadi sebanyak 72 responden (74,23%), dengan 38 responden (79,17%) berasal dari apotek non-jaringan dan 34 responden (69,39%) berasal dari apotek jaringan. Sebanyak 25 responden (25,77%) dengan pengetahuan sedang masih didapat pada hasil *post-test* ini. Data lengkap mengenai distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden dapat dilihat pada **Tabel 4.7**, **Tabel 4.8**, dan **Tabel 4.9**.

Tabel 4.7. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden inklusi di apotek non-jaringan

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|--------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Baik | 10 | 20.83 | 38 | 79.17 |
| Sedang | 26 | 54.17 | 10 | 20.83 |
| Buruk | 12 | 25.00 | 0 | 0.00 |
| Total | 48 | 100.00 | 48 | 100.00 |

Tabel 4.8. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan responden inklusi di apotek jaringan

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|--------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Baik | 2 | 4.08 | 34 | 69.39 |
| Sedang | 24 | 48.98 | 15 | 30.61 |
| Buruk | 23 | 46.94 | 0 | 0.00 |
| Total | 49 | 100.00 | 49 | 100.00 |

Tabel 4.9. Distribusi frekuensi tingkat pengetahuan dari seluruh responden inklusi

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|--------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Baik | 12 | 12.37 | 72 | 74.23 |
| Sedang | 50 | 51.55 | 25 | 25.77 |
| Buruk | 35 | 36.08 | 0 | 0.00 |
| Total | 97 | 100.00 | 97 | 100.00 |

Pola jawaban responden untuk kuesioner bagian kedua memperlihatkan sebagian besar pertanyaan yang diberikan telah dapat dijawab dengan benar. Peningkatan jawaban yang benar paling banyak diperlihatkan pada soal nomor 1 dan nomor 2 (**Tabel 4.10**). Hal ini diduga karena pengaruh dari adanya informasi mengenai makna swamedikasi dan tanda-tanda golongan obat dari *leaflet* yang diberikan kepada responden pada *pre-test* sebelumnya. Informasi mengenai kedua hal tersebut diakui sebagai hal yang asing bagi sebagian besar responden, sehingga jawabannya yang terdapat pada *leaflet* menjadi menarik untuk diketahui.

Pola jawaban responden pada soal 6 (**Tabel 4.10**) mengenai lama penggunaan obat tetap didominasi oleh jawaban yang salah. Jawaban responden pada pertanyaan ini lebih banyak didasari oleh pengalaman pribadi mereka dalam penggunaan parasetamol. Selain itu, durasi penggunaan untuk semua jenis obat OTC cenderung disamakan oleh kebanyakan responden, yaitu hingga maksimal 3 hari. Dengan demikian, pola jawaban responden pada soal nomor 6 ini dipengaruhi oleh adanya pemahaman tersebut.

Tabel 4.10. Distribusi jawaban responden inklusi untuk kuesioner bagian kedua : Tingkat Pengetahuan

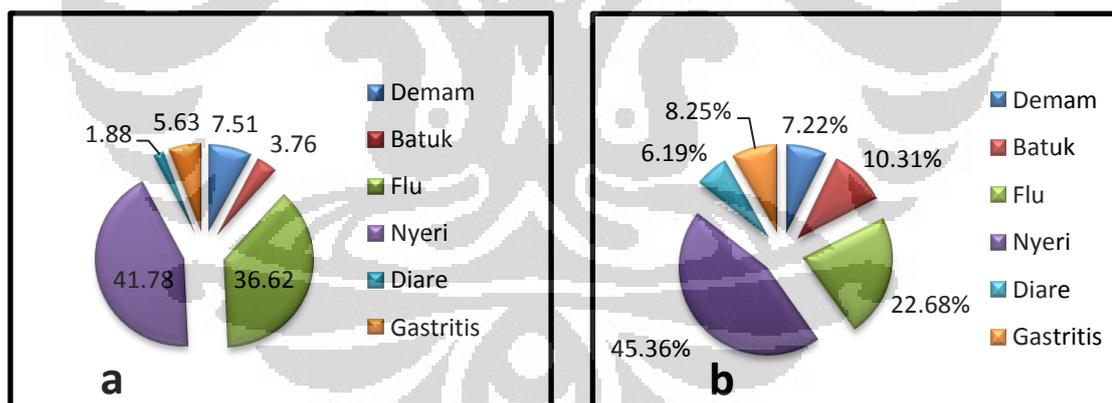
| | Pilihan Jawaban | Pre-Test | | Post-Test | |
|----------------|-----------------|-----------|----------------|-----------|----------------|
| | | Frekuensi | Persentase (%) | Frekuensi | Persentase (%) |
| Soal 1 | Tidak Tahu | 82 | 84.54 | 6 | 6.19 |
| | Tidak | 3 | 3.09 | 11 | 11.34 |
| | Ya* | 12 | 12.37 | 80 | 82.47 |
| Soal 2 | Tidak Tahu | 51 | 52.57 | 7 | 7.22 |
| | Tidak | 11 | 11.34 | 4 | 4.12 |
| | Ya* | 35 | 36.08 | 86 | 88.66 |
| Soal 3 | Tidak Tahu | 6 | 6.19 | 0 | 0.00 |
| | Tidak* | 88 | 90.72 | 93 | 95.88 |
| | Ya | 3 | 3.09 | 4 | 4.12 |
| Soal 4 | Tidak Tahu | 14 | 14.43 | 1 | 1.03 |
| | Tidak | 27 | 27.84 | 4 | 4.12 |
| | Ya* | 56 | 57.73 | 92 | 94.85 |
| Soal 5 | Tidak Tahu | 8 | 8.25 | 1 | 1.03 |
| | Tidak | 25 | 25.77 | 13 | 13.4 |
| | Ya* | 64 | 65.98 | 83 | 85.57 |
| Soal 6 | Tidak Tahu | 16 | 16.49 | 1 | 1.03 |
| | Tidak* | 40 | 41.24 | 35 | 36.08 |
| | Ya | 41 | 42.27 | 61 | 62.89 |
| Soal 7 | Tidak Tahu | 4 | 4.12 | 0 | 0.00 |
| | Tidak* | 43 | 44.33 | 52 | 53.61 |
| | Ya | 50 | 51.55 | 45 | 46.39 |
| Soal 8 | Tidak Tahu | 5 | 5.15 | 1 | 1.03 |
| | Tidak | 54 | 55.67 | 39 | 40.21 |
| | Ya* | 38 | 39.18 | 57 | 58.76 |
| Soal 9 | Tidak Tahu | 15 | 15.46 | 4 | 4.12 |
| | Tidak | 20 | 20.62 | 27 | 27.84 |
| | Ya* | 62 | 63.92 | 66 | 68.04 |
| Soal 10 | Tidak Tahu | 2 | 2.06 | 0 | 0.00 |
| | Tidak | 6 | 6.19 | 1 | 1.03 |
| | Ya* | 89 | 91.75 | 96 | 98.97 |

Keterangan : pilihan jawaban dengan tanda (*) adalah jawaban yang benar

4.6 Keluhan Penyakit dan Pilihan Subkelas Farmakologi Obat

Keluhan penyakit yang diamati penggunaan obatnya dalam penelitian ini dibatasi pada enam penyakit ringan, yaitu demam, batuk, flu, nyeri, diare, dan gastritis. Pemilihan ini didasari pada hasil dari beberapa penelitian terdahulu yang menyebutkan bahwa keenam penyakit tersebut merupakan beberapa penyakit ringan yang paling sering menjadi penyebab dilakukannya swamedikasi oleh seseorang (Supardi dan Raharni, 2006; Abay & Amelo, 2010). Selain itu, juga termasuk jenis penyakit ringan yang dapat diobati secara swamedikasi dengan obat-obatan konvensional oral.

Berdasarkan data yang diperoleh dari seluruh responden pada saat *pre-test*, keluhan yang paling banyak dialami adalah nyeri dan flu. Kedua keluhan tersebut juga merupakan keluhan yang paling banyak dialami oleh responden inklusi pada saat *post-test*. Keluhan nyeri yang dialami umumnya berupa nyeri karena sakit kepala, sakit gigi, haid, dan nyeri sendi atau badan terasa pegal. Distribusi frekuensi keluhan penyakit ringan yang dialami responden dapat dilihat secara lengkap pada **Gambar 4.1**.

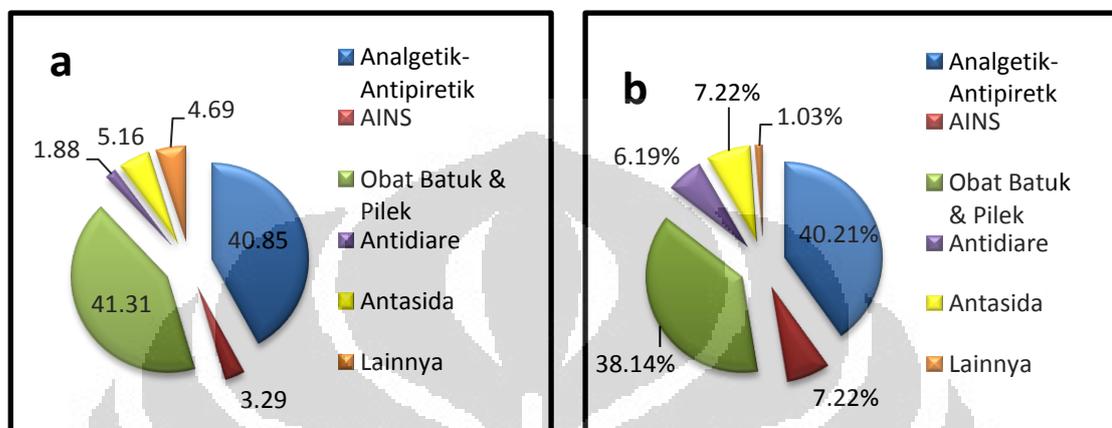


Keterangan : a. Data keluhan seluruh responden saat *pre-test*; b. Data keluhan responden inklusi saat *post-test*

Gambar 4.1. Diagram distribusi frekuensi keluhan penyakit yang paling banyak dialami responden

Sejalan dengan mayoritas keluhan yang dialami, jenis obat yang paling banyak digunakan oleh seluruh responden pada saat *pre-test* berasal dari subkelas obat batuk dan pilek, diikuti dengan obat dari subkelas analgetik (non-opiat) dan

antipiretik. Berdasarkan data dari responden inklusi pada saat *post-test*, jenis obat yang paling banyak digunakan adalah subkelas analgetik (non-opiat) dan antipiretik, serta subkelas obat batuk dan pilek di urutan kedua. Distribusi frekuensi jenis obat yang digunakan responden secara lengkap dapat dilihat pada **Gambar 4.2**.



Keterangan : a. Data obat yang digunakan seluruh responden saat *pre-test*; b. Data obat yang digunakan responden inklusi saat *post-test*

Gambar 4.2. Diagram distribusi jenis obat berdasarkan subkelas farmakologi pada Indeks Klasifikasi MIMS yang digunakan responden

Hasil yang dijelaskan di atas sesuai dengan hasil penelitian terdahulu. Da Silva, Soares, dan Muccillo-Baisch (2012) menyebutkan bahwa nyeri karena sakit kepala dan flu adalah dua keluhan terbanyak yang menjadi alasan dilakukannya swamedikasi. Hasil lain yang diperoleh Balamurugan & Ganesh (2011) menyatakan bahwa sakit kepala merupakan penyakit kedua yang paling banyak diobati setelah demam. Kemudian, diikuti dengan keluhan saluran pernapasan atas, seperti flu, batuk, dan sakit tenggorokan di urutan ketiga.

Analgetik - antipiretik dan obat-obat untuk gangguan pada saluran pernapasan ditemukan sebagai dua jenis obat yang paling banyak digunakan di dalam swamedikasi (Ali, Ibrahim, & Palaian, 2010). Berdasarkan data-data yang diperoleh dari responden, obat dari kelas obat batuk dan pilek juga seringkali tidak hanya digunakan untuk mengatasi batuk, pilek, atau flu, melainkan juga untuk mengatasi keluhan nyeri. Hal ini dimungkinkan karena obat batuk dan pilek

umumnya juga memiliki kandungan zat aktif dari golongan analgetik – antipiretik, yaitu parasetamol (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997).

4.7 Rasionalitas Penggunaan Obat dalam Swamedikasi

4.7.1 Rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden saat *pre-test*

Berdasarkan data yang diperoleh dari total 207 responden pada saat pelaksanaan *pre-test*, terlihat bahwa sebagian besar penggunaan obat OTC yang dilakukan responden termasuk ke dalam kategori rasional (75,85%). Meskipun begitu, tidak semua responden pernah kembali menggunakan obat-obat OTC pada saat pelaksanaan *post-test*. Oleh karena itu, pembahasan lebih lanjut hanya dibatasi pada hasil dari responden yang memenuhi kriteria inklusi hingga akhir penelitian. Data distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden pada saat *pre-test* dapat dilihat pada **Tabel 4.11**.

Tabel 4.11. Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden saat *pre-test*

| Kategori | Jumlah | Persentase (%) |
|----------------|------------|----------------|
| Rasional | 157 | 75.85 |
| Tidak Rasional | 50 | 24.15 |
| Total | 207 | 100 |

4.7.2 Rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi

4.7.2.1 Rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi dari hasil *pre-test*

Hasil *pre-test* menunjukkan bahwa sebanyak 71 responden (73,20%) yang memenuhi kriteria inklusi hingga akhir penelitian ini dapat dinyatakan rasional dalam penggunaan obat-obat untuk swamedikasi. Penggunaan obat yang rasional oleh responden dari apotek jaringan lebih banyak (79,59%) dibandingkan responden dari apotek non-jaringan (66,67%). Data lengkap mengenai distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi dapat dilihat pada **Tabel 4.12**, **Tabel 4.13**, dan **Tabel 4.14**.

Berdasarkan hasil penilaian pada tiap kriteria rasionalitas (**Tabel 4.15**), tidak rasionalnya penggunaan obat paling banyak disebabkan oleh adanya efek samping yang mengganggu pada penggunaan obat responden (10,31%),

ketidaktepatan dosis obat yang diminum (8,25%), dan adanya polifarmasi (7,22%).

Efek samping yang paling umum dialami responden adalah jantung berdebar (**Tabel 4.16**). Pada beberapa orang, efek samping ini dialami bersamaan dengan efek tidak mengenakan lainnya, seperti gemetar dan sulit tidur. Jantung berdebar banyak terjadi pada responden yang meminum obat-obat pereda nyeri dengan kandungan kafein atau obat-obat flu dengan kandungan pseudoefedrin HCl. Kafein merupakan senyawa derivat xanthin yang dapat menyebabkan perangsangan pada otot jantung (Louisa & Dewoto, 2007). Pseudoefedrin HCl, sebagai obat adrenergik, juga memiliki efek kardiovaskular berupa peningkatan tekanan darah karena menyebabkan vasokonstriksi (Setiawati & Gan, 2007). Diduga efek-efek tersebut yang menyebabkan jantung berdebar lebih cepat dari keadaan normal.

Nyeri lambung juga termasuk efek samping yang cukup sering dialami responden, terutama sesudah meminum obat pereda nyeri dengan kandungan kafein. Umumnya, efek ini dirasakan oleh mereka yang memiliki riwayat penyakit *maag*. Pemberian kafein dapat menyebabkan kenaikan sekresi asam lambung (Louisa & Dewoto, 2007), sehingga dapat memperparah kondisi keasaman lambung bila diberikan kepada penderita sakit *maag*, dengan manifestasi klinis berupa rasa nyeri pada lambung.

Efek samping diare dirasakan oleh beberapa responden yang mengkonsumsi obat untuk sakit *maag*. Hal ini diduga merupakan efek katartik dari senyawa magnesium yang umum terkandung di dalam obat-obat antasida (Estuningtyas & Azalia, 2007). Efek samping alergi yang dialami responden, diduga terjadi karena adanya reaksi hipersensitivitas terhadap salah satu komponen dari obat yang diminum responden tersebut.

Efek samping obat memang diakui dirasakan oleh beberapa responden pada penggunaan obat-obat OTC. Meskipun begitu, banyak pula dari mereka yang tidak menyadari, apakah reaksi yang dirasakan merupakan suatu efek samping atau bukan, serta tidak dapat mengingatnya kembali pada saat wawancara. Hal tersebut diasumsikan sebagai salah satu bentuk ketidakwaspadaan responden terhadap efek samping dari obat yang digunakannya.

Universitas Indonesia

Berdasarkan penelitian terdahulu, diketahui bahwa memang masih banyak masyarakat yang tidak waspada terhadap efek samping dari obat-obat OTC (Balamurugan & Ganesh, 2011). Seorang pelaku swamedikasi seharusnya dapat mengenali efek samping dari obat yang diminum agar dapat mengontrol apakah keluhan yang timbul saat penggunaan obat merupakan efek dari penyakitnya atau efek dari obat. Dengan begitu, mereka dapat segera menanggulangnya jika ternyata efek tersebut merugikan diri mereka (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Ketidakrasionalan pada kriteria ketepatan dosis obat banyak disebabkan oleh ketidaktepatan pada indikator dosis obat tiap kali minum (**Tabel 4.17**). Hasil penelitian terdahulu juga telah menyebutkan bahwa tindakan pengobatan sendiri yang tidak sesuai aturan terutama terjadi pada ketidaktepatan dosis obat (Supardi & Notosiswoyo, 2006). Berdasarkan keterangan yang diberikan responden, adanya penggunaan obat dengan jumlah berlebih dikarenakan kerja obat dirasa terlalu lambat dan kurang maksimal jika diminum dengan dosis yang dianjurkan. Dosis untuk sekali minum ditingkatkan jumlahnya, dengan harapan bahwa obat dapat bekerja lebih cepat.

Ketidaktepatan juga terlihat pada indikator durasi pemakaian obat. Sesuai dengan hasil yang diperlihatkan pada gambaran tingkat pengetahuan responden yang dijelaskan sebelumnya, bahwa pengetahuan mengenai durasi minum obat memang masih kurang. Kurangnya pemahaman itulah yang diduga menjadi penyebab ketidaktepatan pada durasi pemakaian obat ini.

Polifarmasi dapat diartikan sebagai penggunaan beberapa obat sekaligus oleh seorang pasien (Setiawati, 2007; Stawicki & Gerlach, 2009). Penilaian polifarmasi pada penelitian ini dinilai berdasarkan adanya penggunaan lebih dari satu jenis obat dengan indikasi serupa dalam waktu yang berdekatan. Penggunaan lebih dari satu jenis obat yang sebenarnya memiliki kegunaan dan komposisi serupa ditemukan terjadi pada 7 responden (7,22%) (**Tabel 4.15**). Polifarmasi paling sering terjadi pada swamedikasi untuk keluhan flu dan nyeri, dengan penggunaan dua jenis produk obat flu atau obat pereda nyeri dalam waktu kurang dari 4 jam.

Produk obat flu umumnya merupakan kombinasi beberapa zat berkhasiat. Termasuk di dalamnya adalah golongan antihistamin generasi I (AH1), seperti klorfeniramin maleat atau difenhidramin HCl (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1997). Obat-obat AH1 memiliki waktu paruh kira-kira 4 jam dengan lama kerja setelah pemberian dosis tunggal adalah 4-6 jam (Dewoto, 2007b). Sementara itu, produk obat pereda nyeri umumnya mengandung zat berkhasiat parasetamol. Obat ini memiliki masa paruh plasma antara 1-3 jam dan konsentrasi tertinggi dalam plasma dicapai dalam waktu ½ jam (Wilmana & Gan, 2007).

Berdasarkan data farmakokinetik di atas, penggunaan dua jenis produk obat flu atau obat pereda nyeri dinilai sebagai polifarmasi karena terdapat penggunaan obat yang berlebihan dan tidak diperlukan dalam penanganan kondisi klinis yang sama (Stawicki & Gerlach, 2009). Selain itu, dalam rentang waktu kurang dari 4 jam, terdapat kemungkinan obat yang diminum sebelumnya masih bekerja di dalam tubuh, walaupun efeknya belum dirasakan pada saat itu.

Kejadian polifarmasi diduga terjadi karena ketidaktahuan bahwa di dalam kedua produk obat yang diminum terkandung zat berkhasiat yang sama. Hasil penelitian Supardi dan Notosiswoyo (2005) menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat untuk membaca label pada kemasan obat masih kecil, sehingga seringkali informasi zat berkhasiat di dalam suatu produk obat tidak diketahui. Hal ini dikhawatirkan dapat menimbulkan risiko kesehatan yang tidak diinginkan karena adanya penggunaan obat yang berlebihan. Terlebih dengan banyaknya peredaran produk obat OTC yang berbeda akhir-akhir ini, namun mengandung zat aktif yang sama (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

4.7.2.2 Rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi dari hasil *post-test*

Hasil *post-test* memperlihatkan adanya peningkatan jumlah penggunaan obat yang rasional sebanyak 13,40% dibandingkan pada saat *pre-test*. Peningkatan yang paling besar terlihat pada responden dari apotek non-jaringan, yaitu sebesar 18,75%, sedangkan peningkatan yang terjadi dari apotek jaringan hanya sebesar 8,17%. Ketidaktepatan didapati masih terjadi pada beberapa kriteria rasionalitas. Data lengkap mengenai distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden dapat dilihat pada **Tabel 4.12**, **Tabel 4.13**, dan **Tabel 4.14**.

Universitas Indonesia

Kontraindikasi masih didapati terjadi pada seorang responden (**Tabel 4.15**). Hal ini terjadi pada penggunaan parasetamol oleh responden dengan riwayat alergi terhadap obat tersebut. Dengan demikian, parasetamol dikontraindikasikan dengan kondisi responden karena dikhawatirkan dapat menimbulkan reaksi hipersensitivitas yang dapat membahayakan kesehatannya.

Efek samping obat masih dirasakan oleh beberapa responden, walaupun jumlahnya berkurang dari yang terlihat pada saat *pre-test*. Jantung berdebar tetap menjadi efek samping yang paling sering dialami responden dalam penggunaan obat-obat untuk swamedikasi (**Tabel 4.16**). Kasus ketidaktepatan yang juga masih didapati pada kriteria ketepatan dosis obat lebih banyak disebabkan oleh durasi pemakaian dan dosis obat yang tidak tepat (**Tabel 4.17**).

Penggunaan obat dari golongan obat yang tidak tepat ditemui pada seorang responden (**Tabel 4.18**). Obat yang diminum oleh responden tersebut ternyata termasuk ke dalam golongan obat keras, yang seharusnya tidak dapat dibeli tanpa resep dari dokter (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Contoh obat tersebut adalah Lanacol[®], dengan kandungan zat aktif tiamfenikol, yang digunakan responden untuk keluhan sakit *maag*.

Tabel 4.12. Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi di apotek non-jaringan

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Rasional | 32 | 66.67 | 41 | 85.42 |
| Tidak Rasional | 16 | 33.33 | 7 | 14.58 |
| Total | 48 | 100 | 48 | 100 |

Tabel 4.13. Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh responden inklusi di apotek jaringan

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Rasional | 39 | 79.59 | 43 | 87.76 |
| Tidak Rasional | 10 | 20.41 | 6 | 12.24 |
| Total | 49 | 100 | 48 | 100 |

Tabel 4.14. Distribusi frekuensi rasionalitas penggunaan obat oleh seluruh responden inklusi

| Kategori | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Rasional | 71 | 73.20 | 84 | 86.60 |
| Tidak Rasional | 26 | 26.80 | 13 | 13.40 |
| Total | 97 | 100.00 | 97 | 100.00 |

Tabel 4.15. Distribusi status penilaian untuk tiap kriteria rasionalitas

| Kriteria | Status | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|-------------------|-------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Kriteria 1 | Tidak tepat | 3 | 3.09 | 1 | 1.03 |
| | Tepat | 94 | 96.91 | 96 | 98.97 |
| Kriteria 2 | Tidak tepat | 8 | 8.25 | 5 | 5.15 |
| | Tepat | 89 | 91.75 | 92 | 94.85 |
| Kriteria 3 | Ada | 10 | 10.31 | 4 | 4.12 |
| | Tidak ada | 87 | 89.69 | 93 | 95.88 |
| Kriteria 4 | Ada | 3 | 3.09 | 1 | 1.03 |
| | Tidak Ada | 94 | 96.91 | 96 | 98.97 |
| Kriteria 5 | Ada | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| | Tidak ada | 97 | 100 | 97 | 100 |
| Kriteria 6 | Ada | 7 | 7.22 | 2 | 2.06 |
| | Tidak ada | 90 | 92.78 | 95 | 97.94 |

Tabel 4.16. Data efek samping obat yang paling banyak terjadi

| Efek Samping Obat | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|---------------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Muntah | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Diare | 1 | 8.33 | 0 | 0.00 |
| Nyeri lambung | 2 | 16.67 | 0 | 0.00 |
| Alergi (gata-gatal, ruam kulit) | 1 | 8.33 | 1 | 20.00 |
| Jantung berdebar-debar | 5 | 41.67 | 3 | 60.00 |
| Sesak napas | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Lainnya | | | | |
| • Gemetar | 2 | 16.67 | 1 | 20.00 |
| • Sulit tidur | 1 | 8.33 | 0 | 0.00 |
| Total | 12 | 100.00 | 5 | 100.00 |

Tabel 4.17. Distribusi indikator ketidaktepatan pada kriteria ketepatan dosis obat

| Indikator ketidaktepatan | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|--------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Frekuensi minum obat | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Dosis obat | 4 | 50.00 | 2 | 40.00 |
| Durasi penggunaan | 4 | 50.00 | 3 | 60.00 |
| Total | 8 | 100.00 | 5 | 100.00 |

Tabel 4.18. Distribusi indikator ketidaktepatan pada kriteria ketepatan pemilihan obat

| Indikator ketidaktepatan | <i>Pre-Test</i> | | <i>Post-Test</i> | |
|--------------------------------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|
| | Jumlah | Persentase (%) | Jumlah | Persentase (%) |
| Tidak tepat golongan obat | 2 | 66.67 | 1 | 100.00 |
| Tidak tepat indikasi obat | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Tidak tepat golongan & indikasi obat | 1 | 33.33 | 0 | 0.00 |
| Total | 3 | 100.00 | 1 | 100.00 |

4.8 Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Responden

Analisis untuk mengetahui pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi hanya dilakukan pada data dari 97 responden inklusi. Analisis dilakukan secara statistik menggunakan uji wilcoxon. Uji ini digunakan karena data yang diperoleh merupakan data ordinal (Ps, 1996). Berdasarkan hasil uji normalitas dan homogenitas juga diketahui bahwa data tidak terdistribusi normal dan tidak homogen (hasil uji normalitas dan homogenitas dapat dilihat pada Lampiran 26 dan Lampiran 27). Oleh karena itu, analisis dilakukan dengan menggunakan analisis non-parametrik dan uji Wilcoxon adalah uji yang sesuai dengan kriteria data tersebut.

Berdasarkan hasil uji Wilcoxon, diperoleh nilai p dari uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*) adalah 0,000, Nilai yang lebih kecil dari nilai α (0,050) tersebut menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna pada tingkat pengetahuan responden antara sebelum dan sesudah pemberian edukasi melalui media *leaflet*.

Nilai $\frac{1}{2} p$ dari hasil uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*) juga lebih kecil dari nilai α (0,050), yaitu 0,000. Ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan responden mengalami peningkatan sesudah pemberian edukasi. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa edukasi melalui media *leaflet* menyebabkan terjadinya peningkatan yang bermakna secara statistik pada tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi. Hasil uji Wilcoxon secara lengkap dapat dilihat pada Lampiran 28.

Leaflet termasuk ke dalam salah satu bentuk media pendidikan kesehatan yang sederhana, namun telah banyak digunakan untuk mempermudah penerimaan pesan-pesan kesehatan oleh masyarakat. Dalam proses pendidikan, penyampaian informasi melalui tulisan saja dinilai kurang efektif bila dibandingkan dengan cara penyampaian lainnya (Notoatmodjo, 2003). Meskipun demikian, pada penelitian ini diketahui bahwa pemberian informasi melalui *leaflet* ternyata cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Hasil pada penelitian ini tidak dapat begitu saja disimpulkan sebagai pengaruh dari pemberian *leaflet*. Perlu dipertimbangkan kemungkinan adanya faktor lain yang juga dapat mempengaruhi hasil tersebut. Peningkatan pengetahuan dapat disebabkan oleh adanya peningkatan kesadaran responden untuk menerima *post-test* akibat telah diberikan *pre-test* (Supardi & Notosiswoyo, 2006). Pertanyaan yang diberikan pada saat *pre-test* kemungkinan masih dapat diingat oleh responden, sehingga pertanyaan tersebut dapat dijawab dengan lebih baik ketika diberikan kembali pada saat *post-test*.

Hal lain yang juga perlu dipertimbangkan adalah pengaruh dari informasi yang diperoleh responden dari sumber lain. Seperti yang telah dijelaskan pada subbab sebelumnya, informasi tentang obat sebagian besar juga diterima oleh responden melalui media iklan. Sumber-sumber lain di luar *leaflet* tidak dapat dikontrol keberadaannya pada penelitian ini. Oleh karena itu, peningkatan yang terlihat pada tingkat pengetahuan responden dapat pula dipengaruhi oleh adanya hal tersebut.

Media *leaflet* pernah digunakan di dalam penelitian yang dilakukan oleh Sudibyo Supardi (2001), sebagai alat bantu penyuluhan tentang swamedikasi. Hasil penelitian tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan

Universitas Indonesia

responden penelitian dalam hal swamedikasi setelah pemberian penyuluhan. Akan tetapi, metode edukasi dan kuesioner yang digunakan pada penelitian tersebut berbeda, sehingga hasilnya tidak dapat sepenuhnya disetarakan dan dibandingkan dengan hasil dari penelitian ini.

4.9 Pengaruh Edukasi Terhadap Rasionalitas Penggunaan Obat oleh Responden

Analisis pengaruh edukasi terhadap rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh responden juga dilakukan terhadap data dari 97 responden yang memenuhi kriteria inklusi hingga akhir penelitian. Analisis dilakukan secara statistik menggunakan uji McNemar (Ps, 1996). Uji ini digunakan karena data rasionalitas merupakan data dengan skala nominal, serta tidak terdistribusi normal dan tidak homogen (hasil uji normalitas dan homogenitas dapat dilihat pada Lampiran 26 dan Lampiran 27).

Berdasarkan hasil uji McNemar, dinyatakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna pada rasionalitas penggunaan obat antara sebelum dan sesudah pemberian edukasi. Ini ditunjukkan oleh nilai p (0,015) dari uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*) yang lebih kecil daripada nilai α (0,050).

Uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*) menunjukkan nilai $\frac{1}{2} p$ yang diperoleh adalah 0,0075. Nilai ini juga lebih kecil dari nilai α (0,050), sehingga dapat dikatakan bahwa rasionalitas penggunaan obat oleh responden mengalami peningkatan sesudah pemberian edukasi. Dengan demikian, edukasi melalui media *leaflet* menyebabkan terjadinya peningkatan yang bermakna secara statistik pada rasionalitas tindakan swamedikasi oleh responden. Hasil uji McNemar secara lengkap dapat dilihat pada Lampiran 29.

Berdasarkan penelitian sebelumnya, edukasi menggunakan media *leaflet* dibuktikan bermanfaat untuk meningkatkan kepatuhan dalam pemberian obat zinc pada swamedikasi diare akut pada balita (Utoro, 2012). Penelitian sejenis lainnya dengan memanfaatkan *leaflet* sebagai media edukasi pernah dilakukan di daerah Cianjur oleh Sudiby Supardi. Penelitian tersebut dilakukan untuk mengetahui pengaruh penyuluhan tentang swamedikasi disertai pemberian materi melalui media *leaflet*. Hasilnya dilaporkan bahwa terjadi peningkatan secara bermakna

Universitas Indonesia

pada tindakan pengobatan sendiri yang sesuai aturan setelah dilakukan penyuluhan (Supardi, 2001). Akan tetapi, hasil yang berbeda justru diperoleh ketika penelitian serupa dilakukan di daerah lain oleh peneliti yang sama. Metode pemberian edukasi yang sama ternyata belum dapat meningkatkan tindakan pengobatan sendiri yang sesuai dengan aturan (Supardi & Notosiswoyo, 2006).

Tindakan swamedikasi merupakan suatu bentuk perilaku kesehatan, yang pembentukannya dipengaruhi oleh faktor intern dan faktor ekstern. Tingkat pengetahuan seseorang termasuk ke dalam salah satu faktor intern. Suatu pemberian edukasi diharapkan dapat memberikan tingkat pengetahuan yang lebih baik pada responden, sehingga ke depannya dapat berpengaruh pula terhadap perilaku penggunaan obatnya (Notoatmodjo, 2003). Teori tersebut dibuktikan oleh hasil dari penelitian ini.

Berdasarkan beberapa contoh penelitian terdahulu di atas, suatu metode edukasi ternyata tidak selalu dapat memberikan dampak yang sama ketika dilakukan kembali di tempat berbeda. Perlu diingat, bahwa selain pengaruh dari tingkat pengetahuan, terdapat faktor lain yang juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang, seperti adanya faktor pengaruh dari orang lain dan lingkungan sekitar (Notoatmodjo, 2003). Oleh karena itu, pengaruh positif dari pemberian edukasi melalui media *leaflet* terhadap penggunaan obat yang rasional belum tentu diperoleh kembali apabila penelitian serupa dilakukan di tempat berbeda.

4.10 Pengaruh Faktor-Faktor Sosiodemografi Terhadap Perubahan Tingkat Pengetahuan Responden

Analisis multivariat dengan uji regresi logistik digunakan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel pada faktor sosiodemografi terhadap perubahan tingkat pengetahuan responden. Sebelumnya, perlu dilakukan pengujian awal melalui analisis bivariat untuk mengetahui variabel apa saja yang dapat diikuti dalam analisis multivariat.

Analisis bivariat hanya dilakukan dengan uji mutlak Fisher. Hal ini dikarenakan syarat uji kai kuadrat tidak terpenuhi pada setiap hasil ujinya, yaitu terdapat lebih dari 20% sel dengan nilai harapan kurang dari 5. Dengan begitu,

nilai p dari Pearson *Chi-square* tidak dapat digunakan dalam penarikan kesimpulan (Dahlan, 2011).

Hasil uji mutlak Fisher menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, dan pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan responden. Kesimpulan tersebut didasari oleh nilai p keempat variabel faktor sosiodemografi yang nilainya lebih besar dari nilai α (0,050) (lihat Lampiran 30 – Lampiran 33).

Analisis multivariat dengan uji regresi logistik tidak dilakukan lebih lanjut oleh peneliti. Selain karena tidak ditemukannya variabel dengan nilai p yang signifikan, juga disebabkan nilai p dari hasil uji mutlak Fisher yang memenuhi syarat untuk dilakukannya analisis multivariat ($p < 0,250$) hanya didapati pada satu variabel faktor sosiodemografi, yaitu variabel umur. Analisis multivariat memerlukan lebih dari satu variabel faktor sosiodemografi untuk dianalisis secara bersama-sama (Dahlan, 2011). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna secara statistik dari faktor-faktor sosiodemografi terhadap perubahan tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Italia oleh Calamusa, et al. (2011), pengetahuan seseorang mengenai informasi yang terkait dengan obat OTC dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor sosiodemografi. Perempuan diketahui lebih banyak memiliki pengetahuan tentang obat yang lebih baik daripada pria. Demikian pula pada orang-orang dengan kategori usia 30 – 59 tahun dan memiliki tingkat pendidikan tinggi, pengetahuannya tentang obat lebih baik daripada orang-orang dengan usia lebih muda atau lebih tua dan orang dengan tingkat pendidikan rendah. Walaupun begitu, penelitian tersebut hanya berupa survei tanpa adanya intervensi. Jadi, tidak dapat diketahui apakah jenis kelamin, umur, dan tingkat pendidikan sebenarnya berpengaruh terhadap perubahan pengetahuan akibat pemberian suatu bentuk edukasi.

4.11 Pengaruh Faktor-Faktor Sosiodemografi Terhadap Perubahan Rasionalitas Penggunaan Obat oleh Responden

Pengaruh dari variabel faktor-faktor sosiodemografi terhadap perubahan rasionalitas penggunaan obat oleh responden diuji dengan analisis multivariat.

Universitas Indonesia

Seperti telah dijelaskan pada subbab sebelumnya, pengujian awal dengan analisis bivariat perlu dilakukan terlebih dahulu. Tujuannya adalah untuk mengetahui faktor apa saja yang dapat diikuti pada analisis multivariat.

Uji mutlak Fisher digunakan sebagai analisis bivariat dalam pengujian awal ini. Hasil uji mutlak Fisher menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara faktor jenis kelamin, umur, pendidikan terakhir, dan pekerjaan terhadap perubahan rasionalitas penggunaan obat oleh responden. Hal ini ditunjukkan oleh nilai p dari keempat variabel faktor sosiodemografi yang lebih besar dari nilai α (0,050) (lihat Lampiran 34 – Lampiran 37).

Analisis multivariat lebih lanjut dengan uji regresi logistik tidak dilakukan. Alasannya selain karena tidak didapati variabel dengan nilai p yang signifikan, juga dikarenakan nilai p dari hasil uji mutlak Fisher yang memenuhi syarat untuk dilakukannya analisis multivariat ($p < 0,250$) hanya didapati pada satu variabel faktor sosiodemografi, yaitu variabel pekerjaan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna secara statistik dari faktor-faktor sosiodemografi terhadap perubahan rasionalitas penggunaan obat oleh responden.

Beberapa penelitian terdahulu memperlihatkan bahwa faktor-faktor sosiodemografi berpengaruh terhadap tindakan swamedikasi seseorang. Faktor umur dan pendidikan terakhir diketahui berhubungan secara bermakna dengan tindakan swamedikasi yang sesuai dengan aturan (Supardi & Raharni, 2006). Pada penelitian lainnya juga diperoleh hasil bahwa pendidikan, jenis kelamin, dan pekerjaan secara bersama-sama berpengaruh terhadap perilaku penggunaan obat yang rasional pada swamedikasi. Akan tetapi, faktor pendidikan merupakan faktor yang paling besar pengaruhnya karena orang-orang dengan pendidikan tinggi umumnya tidak mudah terpengaruh oleh iklan dan lebih banyak membaca label pada kemasan obat sebelum mengkonsumsinya (Kristina, Prabandari, & Sudjaswadi, 2008).

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, bahwa kondisi masyarakat dan lingkungan dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian yang diperoleh. Pada penelitian ini, faktor-faktor sosiodemografi ditemukan tidak berpengaruh terhadap perilaku penggunaan obat pada swamedikasi. Apabila penelitian dilakukan di

Universitas Indonesia

wilayah berbeda dengan jumlah responden yang lebih banyak, kemungkinan akan dapat diperoleh hasil yang berbeda pula dari hasil yang diperoleh saat ini.

4.12 Keterbatasan dan Kelebihan Penelitian

4.12.1 Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain :

a. Responden kurang representatif

Penelitian ini hanya dilakukan terhadap pengunjung dari 2 apotek di kecamatan Cimanggis. Responden yang diperoleh kemungkinan belum cukup mewakili gambaran kondisi swamedikasi dari masyarakat di kecamatan Cimanggis ataupun di kota Depok secara keseluruhan.

b. Materi yang diberikan melalui *Leaflet* belum sempurna

Materi di dalam *leaflet* yang digunakan dalam penelitian ini kemungkinan masih belum sempurna dan memiliki kekurangan. Walaupun begitu, penyusunan materi tetap didasarkan pada beberapa pedoman mengenai swamedikasi dari Departemen Kesehatan, sehingga materi *leaflet* diperoleh dari sumber yang dapat dipercaya.

c. Perbedaan cara pengambilan data antara *pre-test* dan *post-test*

Pengambilan data *pre-test* dilakukan secara tatap muka, namun pengambilan data *post-test* dilakukan melalui telepon. Dengan demikian, kedua data yang diperoleh sebenarnya sulit untuk dibandingkan. Perbedaan cara ini dapat menimbulkan kemungkinan bahwa pertanyaan tidak dijawab oleh responden sendiri. Cara untuk meminimalisasi kemungkinan tersebut adalah dengan memastikan terlebih dahulu bahwa orang yang dihubungi adalah benar responden yang dimaksud.

d. Kesulitan untuk dapat menghubungi responden kembali

Responden seringkali tidak dapat dihubungi kembali pada hari *post-test* yang telah ditentukan, sehingga jarak waktu dari pemberian edukasi hingga *post-test* tidak sama pada beberapa responden. Hal ini juga menyebabkan banyaknya responden yang tereksklusi, sehingga jumlah responden pada saat *post-test* jauh lebih sedikit dibandingkan yang diperoleh pada saat *pre-test*.

Jumlah responden yang semakin sedikit dapat berpengaruh terhadap hasil analisis statistik yang diperoleh dalam penelitian ini.

e. Obat yang dinilai ketika *pre-test* dan *post-test* berbeda

Rasionalitas penggunaan obat tidak dinilai berdasarkan penggunaan jenis obat yang sama karena keluhan yang pernah dialami responden dapat berbeda antara saat *pre-test* dengan *post-test*. Hal ini kemungkinan dapat mempengaruhi ketepatan hasil penelitian karena dengan jenis obat yang berbeda, tentu dapat berbeda pula dalam hal aturan penggunaannya.

f. Kurangnya kontrol terhadap sumber informasi selain *leaflet*

Hasil peningkatan yang terjadi pada tingkat pengetahuan tentang swamedikasi dan rasionalitas penggunaan obat responden sulit untuk dipastikan sebagai pengaruh dari pemberian edukasi saja. Sumber informasi lain dapat pula diperoleh responden selain dari *leaflet* yang diberikan peneliti. Adanya sumber lain tersebut tidak dapat dikontrol karena tidak memungkinkan untuk dilakukan pengawasan terhadap responden selama waktu penelitian.

g. Penelitian hanya terbatas untuk penggunaan obat-obat konvensional oral

Cakupan obat yang dinilai dalam penelitian ini hanya obat-obat konvensional oral. Adapun swamedikasi tidak hanya dilakukan dengan obat-obatan tersebut, melainkan mencakup juga penggunaan obat-obatan topikal dan tradisional.

4.12.2 Kelebihan penelitian

Penelitian ini juga memiliki kelebihan, di samping beberapa keterbatasan yang sudah dijelaskan di atas. Penelitian dengan intervensi berupa edukasi menggunakan media *leaflet* terhadap kerasionalan tindakan swamedikasi belum pernah dilakukan sebelumnya, terutama di Kota Depok. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi, terutama untuk pengembangan media edukasi kesehatan di sarana-sarana kesehatan Kota Depok.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Gambaran tingkat pengetahuan tentang swamedikasi dari pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis adalah sebagai berikut :
 - a. Berdasarkan hasil *pre-test*, 12,37% tingkat pengetahuan tergolong baik, 51,55% tingkat pengetahuan tergolong sedang, dan 36,08% tingkat pengetahuan tergolong buruk.
 - b. Berdasarkan hasil *post-test*, 74,23% tingkat pengetahuan tergolong baik dan 25,77% tingkat pengetahuan tergolong sedang.
2. Gambaran rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi oleh pengunjung di dua apotek kecamatan Cimanggis adalah sebagai berikut :
 - a. Berdasarkan hasil *pre-test*, 73,20% penggunaan obat rasional dan 26,80% penggunaan obat tidak rasional.
 - b. Berdasarkan hasil *post-test*, 86,60% penggunaan obat rasional dan 13,40% penggunaan obat tidak rasional.
3. Edukasi dapat meningkatkan tingkat pengetahuan ($p = 0,000$) dan rasionalitas penggunaan obat ($p = 0,015$) dalam swamedikasi, dengan mempertimbangkan kemungkinan ada faktor lain yang juga dapat mempengaruhi hasil tersebut.

5.2 Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah responden yang lebih banyak, dari lokasi penelitian yang lebih luas, dan dalam jangka waktu yang lebih lama. Pelaksanaan *pre-test* dan *post-test* juga sebaiknya dilakukan dengan metode yang sama.
2. *Leaflet* sebagai media edukasi tentang swamedikasi perlu dikembangkan dan disempurnakan lagi, sehingga dapat memberikan informasi secara lebih efektif kepada masyarakat dan tujuan pemberian edukasi tercapai.
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui metode edukasi lain yang lebih tepat digunakan dalam usaha peningkatan pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat, terutama dalam hal swamedikasi.

DAFTAR ACUAN

- Abay, S. & Amelo, W. (2010). Assessment of self-medication practices among medical, pharmacy, and health science students in Gondar University, Ethiopia. *Journal of Young Pharmacists*, 2(3), 306-310.
- Ali, S. E., Ibrahim, M. I., & Palaian, S. (2010). Medication storage and self-medication behaviour amongst female students in Malaysia. *Pharmacy Practice*, 8(4), 1-7.
- Anief. (2007). *Apa yang perlu diketahui tentang obat* (pp. 152-153). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Associations of Real Change (ARC). (2006). *Handling medication in social care settings, distance and learning pack*. UK: The Stationery Office.
- Atmoko, W. & Kurniawati, I. (2009). Swamedikasi: Sebuah respon realistik perilaku konsumen di masa krisis. *Bisnis dan Kewirausahaan* Vol.2, 3, 233-247.
- Badan Pusat Statistik Kota Depok. (2010). *Hasil sensus penduduk 2010, data agregat perkecamatan di Kota Depok* (p. 6). Depok: Badan Pusat Statistik Kota Depok.
- Balamurugan, E. & Ganesh, K. (2011). Prevalence and pattern of self medication use in coastal regions of South India. *British Journal of Medical Practitioners*, 4(3), 428.
- Calamusa, A., et al. (2011). Factors that influence italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception. *Patient Education and Counseling*.
- Campbell, M. & Machin, D. (1999). *Medical statistics, a commonsense approach* (3rd ed.). England: John Wiley & Sons.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku saku patofisiologi* (Ed. ke-3, pp. 160, 387-388, 538-539, 598). Jakarta: EGC.
- Da Silva, M. G., Soares, M. C., & Muccillo-Baisch, A. L. (2012). Self-medication in university students from The City of Rio Grande, Brazil. *BMC Public Health*, 12, 339.
- Dahlan, M. S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan* (pp. 189-192). Jakarta: Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1997). *Kompendia obat bebas* (pp. 1-3, 5-8, 13-21, 31-34, 38-41). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Standar pelayanan kefarmasian di apotek* (pp. 3-7). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman penggunaan obat bebas dan bebas terbatas* (pp. 8, 10-13, 18-21, 22-41, 47-50). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Materi pelatihan peningkatan pengetahuan dan keterampilan memilih obat bagi tenaga kesehatan* (pp. 0-8, 13-14, 18, 20-23, 31). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dewoto, H. R. (2007a). Analgesik opioid dan antagonis. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapi* (Ed. ke-5, p. 228). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Dewoto, H. R. (2007b). Histamin dan antialergi. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapan* (Ed. ke-5, pp. 273-286). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Estuningtyas, A. & Azalia, A. (2007). Obat lokal. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafriadi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapi* (Ed. ke-5, pp. 531-532). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1994). *Promosi kesehatan, petunjuk praktis* (Ed. ke-2, pp. 367-368, 373-374). Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Fleckenstein, A.E., Hanson, G.R., & Venturelli, P.J. (2011). *Drugs and society* (11th ed.). USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Fresle, D. & Wolfheim, C. (1997). *Public education in rational drug use: a global survey* (p. i). Geneva: World Health Organization.
- Galato, D., Galafassi, L.M., Alano, G.M., & Trauthman, S.C. (2009). Responsible self medication: Review of the process of pharmaceutical attendance. *Brasilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, Vol.48, 4, 625-633.
- Gupta, P., Bobhate, P., & Shrivastava, S. (2011). Determinants of self medication practices in an urban slum community. *Asian Journal Pharmaceutical and Clinical Research*, Vol. 4, Issue 3, 54-57.
- Hastono, S. P. & Sabri, L. (2010). *Statistik kesehatan* (pp. 6, 152-153). Jakarta: Rajawali Pers.
- Helms, J. E. & Barone, C. P. (2008, December). Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*, Vol.28, No.6, 38-50.
- Indrayanti, S., Lisna, V., Ayuni, S., Tusianti, E., & Risyanto. (2007). *Analisis perkembangan statistik ketenagakerjaan (Laporan Sosial Indonesia 2007)* (p. 18). Jakarta: Badan Pusat Statistik.

- I.P.A. - C.D.S.C.O. - W.H.O. INDIA COUNTRY OFFICE. (n.d.). *Good Pharmacy Practice*. Januari 19, 2012. http://whoindia.org/LinkFiles/GPP_Rational_Use_of_Medicines.pdf.
- Islam, M. S. (2007). Self-medications among higher educated population in Bangladesh: An email-based exploratory study. *The Internet Journal of Health*, 5(2).
- Kartajaya, H. et al. (2011). *Self-medication, who benefits and who is at loss* (p. 3). Indonesia: MarkPlus Insight.
- Kaushal, J., Gupta, M. C., Jindal, P., & Verma, S. (2012). Self-medication patterns and drug use behavior in housewives belonging to the middle income group in a city in Northern India. *Indian Journal of Community Medicine*, Vol. 37, 16-19.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 347/MenKes/SK/VII/1990 tentang Obat Wajib Apotek.
- Khomsan, A. (2000). *Teknik pengukuran pengetahuan gizi*. Bogor: Departemen Gizi dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian IPB.
- Kristina, S., Prabandari, Y., & Sudjaswadi, R. (2008). Perilaku pengobatan sendiri yang rasional pada masyarakat Kecamatan Depok dan Cangkringan Kabupaten Sleman. *Majalah Farmasi Indonesia*, 19(1) , 32-40.
- Lee, K. K. & Birring, S. S. (2012). Cough. *Medicine*, 40:4 , 173-176.
- Lefterova, A. & Getov, I. (2004). Study on consumers' preferences and habits for over-the-counter analgesics use. *Cent Eur J Publ Health*; 12(1) , 43-45.
- Louisa, M. & Dewoto, H. R. (2007). Perangsang susunan saraf pusat. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapan* (Ed. ke-5, pp. 252-258). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Lwanga, S.K. & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies* (p. 25). Geneva: World Health Organization.
- Munden, J., Eggenberger, T., Goldberg, K. E., Howard, J., Mayer, B. H., & Munson, C. (Ed.). (2003). *Pain management: Made incredibly easy* (pp. 1-2, 11-12). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Naude, G. P. (2008). Gastrointestinal failure in The ICU. In F. S. Bongard, D. Y. Sue, & J. R. Vintch, *A Lange medical book-current diagnosis & treatment: critical care* (3rd ed.). USA: McGraw Hill.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu kesehatan masyarakat: Prinsip-prinsip dasar* (pp. 17, 103-110, 116-117, 127-130). Jakarta: PT Rineka Cipta.

Universitas Indonesia

- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan* (pp. 133-136, 139-147, 150-151). Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 919/Menkes/Per/X/1993 tentang Kriteria Obat yang Dapat Diserahkan Tanpa Resep. Pasal 2.
- Price, S. A. (2006). Gangguan lambung dan duodenum. In S. A. Price, & L. M. Wilson, *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit* (Ed. ke-6, vol. 1, pp. 422-423). Jakarta: EGC.
- Ps, D. (1996). *Mengenal beberapa uji statistik dalam penelitian* (pp. 18, 34). Yogyakarta: Liberty Yogyakarta.
- Pulungan, S. (2010). *Hubungan tingkat pengetahuan tentang antibiotika dan penggunaannya di kalangan mahasiswa non medis Universitas Sumatera Utara*. Februari 9, 2012. Universitas Sumatera Utara, Karya Tulis Ilmiah. <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/25623>.
- Purwanti, A., Harianto, & Supardi, S. (2004). Gambaran pelaksanaan standar pelayanan farmasi di apotek DKI Jakarta tahun 2003. *Majalah Ilmu Kefarmasian*, Vol 1, 2 , 102-115.
- Sastroasmoro, s. & ismael, s. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (Ed. ke-2, p. 75). Jakarta: CV Sagung Seto.
- Setiawati, A. (2007). Interaksi obat. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapan* (Ed. ke-5, pp. 862-875). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Setiawati, A. & Gan, S. (2007). Obat adrenergik. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapan* (Ed. ke-5, p. 74). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Sharma, R., Verma, U., Sharma, C., & Kapoor, B. (2005). Self-medication among urban population of Jammu City. *Indian J Pharmacol*, Vol. 37, Issue I , 40-42.
- Singarimbun, M. & Effendi, S. (1989). *Metode penelitian survai* (pp. 122-124, 140, 175-178). Jakarta: LP3ES.
- Sontakke, S.D., Bajait, C.S., Pimpalkhute, S.A., Jaiswal, K.M., dan Jaiswal, S.R. (2011). Comparative study of evaluation of self-medication practices in first and third year medical students. *International Journal of Biological & Medical Research*; 2(2), 561-564.
- Stawicki, S. & Gerlach, A. (2009). Polypharmacy and medication errors: Stop, listen, look, and analyze. *OPUS 12 Scientist*, Vol. 3, No.1 , 6-10.
- Supardi, S. (2001). *Pengaruh metode ceramah dan media leaflet terhadap perilaku pengobatan sendiri yang sesuai dengan aturan untuk keluhan demam, sakit kepala, batuk, dan pilek (studi di Kecamatan Warungkondang,*

Kabupaten Cianjur, Jawa Barat). Januari 27, 2012. Badan Litbang Kesehatan. <http://digilib.litbang.depkes.go.id/go.php?id=jkpkbppk-gdl-res-2002-sudibyo-1751-keluhan&PHPSESSID=xmgwjcghxhek>.

- Supardi, S. & Notosiswoyo, M. (2006). Pengaruh penyuluhan obat menggunakan leaflet terhadap perilaku pengobatan sendiri di tiga kelurahan Kota Bogor. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, Vol. 9, 4, 213-219.
- Supardi, S. & Notosiswoyo, M. (2005, Maret). Pengobatan sendiri sakit kepala, demam, batuk, dan pilek pada masyarakat di Desa Ciwalen, Kecamatan Warungkondang, Kabupaten Cianjur, Jawa Barat. *Majalah Ilmu Kefarmasian*, 134-144.
- Supardi, S. & Raharni. (2006). Penggunaan obat yang sesuai dengan aturan dalam pengobatan sendiri keluhan demam, sakit kepala, batuk, dan flu (hasil analisis lanjut data Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001). *Jurnal Kedokteran Yarsi*, 14(1), 61-69.
- T.K., M. S., Dilip, C. S., & A.K., A. (2011). Self medication with over the counter drugs: A questionnaire based study. *Der Pharmacia Lettre*, 3(1), 91-98.
- Trihendradi, C. (2011). *Langkah mudah melakukan analisis statistik menggunakan SPSS 19* (pp. 145-147, 215-217). Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Utoro, J. (2012). *Pengaruh penggunaan leaflet lintas diare terhadap kepatuhan minum obat zinc pada balita diare akut*. Juli 2, 2012. Universitas Gadjah Mada, Tesis. http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=54758&obyek_id=4.
- Uyanto, S. S. (2009). *Pedoman analisis data dengan SPSS* (Ed. ke-3, pp. 311-318). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Wilmana, P. F. & Gan, S. (2007). Analgesik-antipiretik, Analgesik Anti-Inflamasi Nonsteroid, dan obat gangguan sendi lainnya. In S. G. Gunawan, R. Setiabudy, Nafrialdi, & Elysabeth (Ed.). *Farmakologi dan terapi* (Ed. ke-5, pp. 230-246). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Wilson, L. M. (2006a). Respons tubuh terhadap cedera: Peradangan dan penyembuhan. In S. A. Price, & L. M. Wilson, *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit* (Ed. ke-6, vol. 1, pp. 56-77). Jakarta: EGC.
- Wilson, L. M. (2006b). Tanda dan gejala penting pada penyakit pernapasan. In S. A. Price, & L. M. Wilson, *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit* (Ed. ke-6, vol. 1, pp. 773-774). Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (1988). *Education for health, a manual on health education in primary health care* (p. 39). Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication* (pp. 4, 9). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009a, April). *Influenza (seasonal)*. Juni 8, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/index.html>
- World Health Organization. (2009b, August). *Diarrhoeal disease*. Juni 8, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/index.html>.
- World Health Organization. (2010, May). *Rational use of medicines*. Januari 19, 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/index.html>.
- World Health Organization. (2012). *Influenza: Signs, symptoms, and complications; recommendations for prevention*. Juni 10, 2012. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/160750/Influenza-immunization.pdf.
- World Self-Medication Industry. (n.d.). *About self medication*. Februari 2, 2012. <http://www.wsmi.org/aboutsm.htm>.
- World Self-Medication Industry. (2009). *Switch: Prescription to nonprescription medicines switch* (pp. 2-3). France: WSMI.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Daftar Obat Wajib Apotek No. 1

| No. | Kelas Terapi | Nama Obat | Indikasi | Jumlah Tiap Jenis Obat Per Pasien | Catatan |
|-----|--------------------|--|---|--|--|
| 1 | Oral Kontrasepsi | <u>Tunggal</u> Linastrenol | Kontrasepsi | 1 siklus | <ul style="list-style-type: none"> • Untuk siklus pertama harus dengan resep dokter • Akseptor dianjurkan kontrol ke dokter tiap 6 bulan |
| | | <u>Kombinasi</u> Etinodiol diasetat-mestranol Norgestrel-etinil estradiol Linestrenol-etinil estradiol Etinodiol diasetat-etinil estradiol Levonorgestrel-etinil estradiol Norethindrone-mestranol Desogestrel-etinil estradiol | Kontrasepsi | 1 siklus | |
| 2 | Obat Saluran Cerna | <u>A. Antasid + sedatif/spasmodik</u> | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Al oksida, Mg trisilikat + papaverin HCl, klordiazepoksid - Mg trisilikat, Al oksida + papaverin HCl + klordiazepoksid + diazepam + sodium bikarbonat - Mg trisilikat, Al hidroksida + papaverin HCl, diazepam - Mg Al silikat + beladona + klordiazepoksid + diazepam - Al oksida, Mg oksida + hiosiamin HBr, atropine SO₄, hiosin HBr | <ul style="list-style-type: none"> Hiperasiditas lambung, gastritis yang disertai dengan ketegangan Hipermotilitas dan kejang saluran cerna akibat hiperasiditas lambung, gastritis | <ul style="list-style-type: none"> Maksimal 20 tablet Maksimal 20 tablet | |

(lanjutan)

-
- Mg trisilikat, Al hidroksida + papaverin HCl
 - Mg trisilikat + Al hidroksida + papaverin HCl, klordiazepoksid + beladona
 - Mg karbonat, Mg oksida, Al hidroksida + papaverin HCl, beladona
 - Mg oksida, Bi subnitrat + beladona, papaverin, klordiazepoksid
 - Mg oksida, Bi subnitrat + beladona, klordiazepoksid
 - Mg trisilikat, alukol + papaverin HCL, beladona, klordiazepoksid

B. Anti-spasmodik

Papaverin / hiosin

Kejang saluran cerna

Maksimal 20 tablet

Butilbromida / atropine SO₄ / ekstrak beladona

C. Spasmodik – analgetik

- Metamizole, penpivennium bromide
- Hiosin N-butilbromida, dipiron
- Metampiron, beladona, papaverin HCl
- Metampiron hiosin butilbromida, diazepam
- Pramiverin, metamizol
- Tiemonium metal sulfat, sodium noramidoprometan sulfonat
- Pafinium bromide, sulpiron

Kejang saluran cerna yang disertai nyeri hebat

Maksimal 20 tablet

Maksimal 20 tabler

(lanjutan)

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|
| | | <u>D. Anti-mual</u> - Metoklopramid HCl | Mual, muntah | Maksimal 20 tablet | Bila mual, muntah berkepanjangan, pasien dianjurkan agar kontrol ke dokter |
| | | <u>E. Laksan</u> - Bisakodil supp. | Konstipasi | Maksimal 3 supp. | |
| 3 | Obat Mulut dan Tenggorokan | A. Heksetidin B. Triamsinolon asetonid | Sariawan, radang tenggorokan Sariawan berat | Maksimal 1 botol Maksimal 1 tube | |
| 4 | Obat Saluran Napas | <u>A. Obat asma</u> 1. Aminofilin supp. 2. Ketotifen 3. Terbutalin SO ₄ 4. Salbutamol <u>B. Sekretolitik, mukolitik</u> 1. Bromheksin 2. Karbosistein 3. Asetilsistein 4. Oksolamin sitrat | Asma Asma Asma Asma Mukolitik Mukolitik Mukolitik Mukolitik | Maksimal 3 supp. Maksimal 10 tablet Sirup 1 botol Maksimal 20 tablet Sirup 1 botol <i>Inhaler</i> 1 tabung Maksimal 20 tablet Sirup 1 botol <i>Inhaler</i> 1 tabung Maksimal 20 tablet Sirup 1 botol Maksimal 20 tablet Sirup 1 botol Maksimal 20 dus Maksimal sirup 1 botol | Pemberian obat-obat asma hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter |
| 5 | Obat yang Mempengaruhi Sistem Neuromuskular | <u>A. Analgetik, antipiretik</u> 1. Metampiron 2. Asam mefenamat | Sakit kepala, pusing, demam, haid Sakit kepala / gigi | Maksimal 20 tablet Sirup 1 botol Maksimal 20 tablet, sirup 1 botol | |

(lanjutan)

| | | | | |
|---|--------------------|--|---------------------------------------|---|
| | | 3. Glafenin | Sakit kepala / gigi | Maksimal 20 tablet |
| | | 4. Metampiron + klordiazepoksid / diazepam | Sakit kepala yang disertai ketegangan | Maksimal 20 tablet |
| | | B. Anti-histamin | | |
| | | 1. Mebhidrolin | Antihistamin / alergi | Maksimal 20 tablet |
| | | 2. Dimenthidin maleat | Antihistamin / alergi | Maksimal 20 tablet biasa 3 tablet lepas lambat |
| | | 3. Pheniramin hidrogen maleat | Antihistamin / alergi | |
| | | 4. Astemizol | Antihistamin / alergi | |
| | | 5. Oksomemazin | Antihistamin / alergi | |
| | | 6. Homoklorsiklizin HCl | Antihistamin / alergi | |
| | | 7. Deksklorfeniramin maleat | Antihistamin / alergi | |
| 6 | Antiparasit | C. Obat cacing | | |
| | | 1. Mebendazol | Cacing kremi, tambang, gelang, cambuk | Maksimal 6 tablet Sirup 1 botol |
| 7 | Obat Kulit Topikal | A. Antibiotik | | |
| | | 1. Tetrasiklin / oksitetrasiklin | Infeksi bakteri pada kulit (lokal) | Maksimal 1 tube |
| | | 2. Kloramfenikol | Infeksi bakteri pada kulit (lokal) | Maksimal 1 tube |
| | | 3. Framisetin SO ₄ | Infeksi bakteri pada kulit (lokal) | Maksimal 1 tube |
| | | 4. Neomisin SO ₄ | Infeksi bakteri pada kulit (lokal) | Maksimal 1 tube |
| | | 5. Gentamisin SO ₄ | Infeksi bakteri pada kulit (lokal) | Maksimal 1 tube |
| | | 6. Eriromisin | Acne vulgaris | Maksimal 1 tube |
| | | B. Kortikosteroid | | |
| | | 1. Hidrokortison | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 2. Triamsinolon | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 3. Flupredniliden | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 4. Betametason | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 5. Fluokortolon / difluokortolon | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 6. Desoksimetason | Alergi dan peradangan lokal | Maksimal 1 tube |
| | | C. Antiseptik lokal | | |
| | | Heksaklorofen | Dasinfeksi kulit | Maksimal 1 botol |
| | | D. Antifungi | | |
| | | 1. Mikonazol nitrat | Infeksi jamur lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 2. Nistatin | Infeksi jamur lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 3. Tolnaftat | Infeksi jamur lokal | Maksimal 1 tube |
| | | 4. Ekonazol | Infeksi jamur lokal | Maksimal 1 tube |

(lanjutan)

E. Anestesi lokal

1. Lidokain HCl Anestetikum lokal Maksimal 1 *tube*

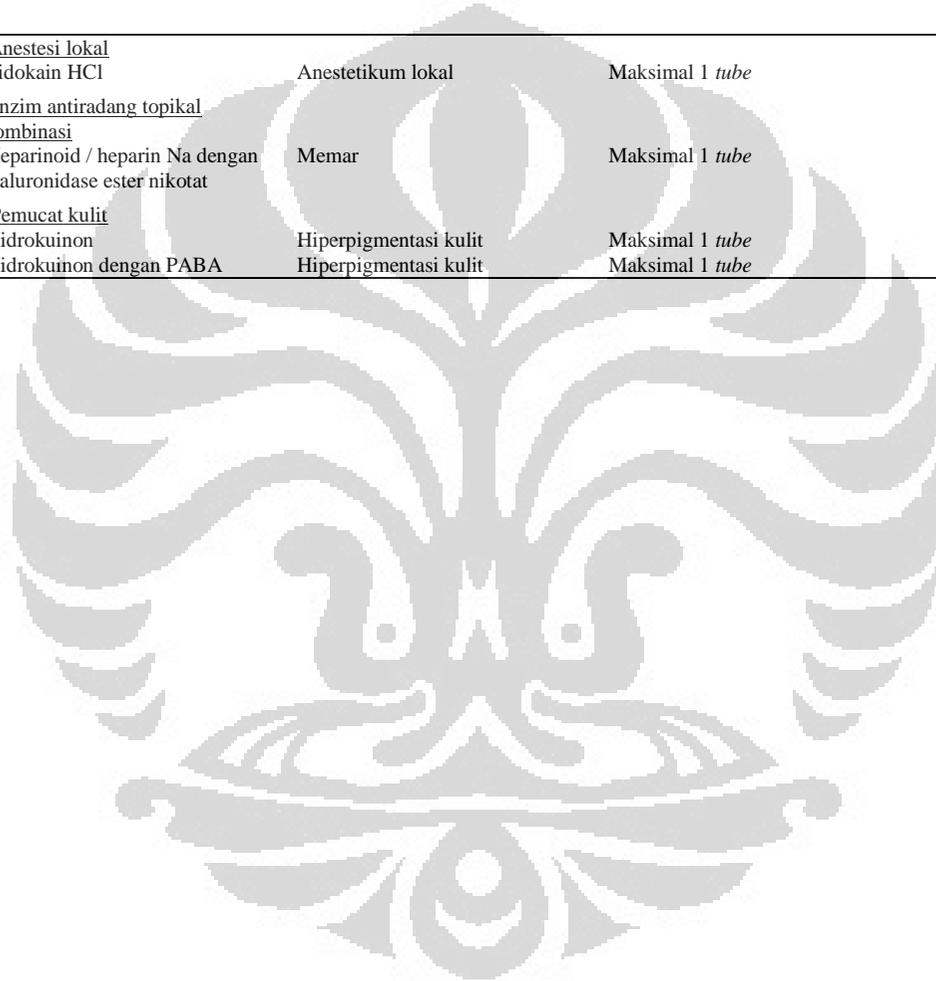
F. Enzim antiradang topikal kombinasi

1. Heparinoid / heparin Na dengan hialuronidase ester nikotat Memar Maksimal 1 *tube*

G. Pemucat kulit

1. Hidrokuinon Hiperpigmentasi kulit Maksimal 1 *tube*

2. Hidrokuinon dengan PABA Hiperpigmentasi kulit Maksimal 1 *tube*



Lampiran 2. Daftar perubahan golongan obat no. 1

| No. | Nama Generik Obat | Golongan Semula | Golongan Baru | Pembatasan |
|-----|---------------------------|---|---------------------|--|
| 1 | Aminofilin | Obat keras dalam substansi / Obat Wajib Apotek (suppositoria) | Obat bebas terbatas | |
| 2 | Benzoxonium | Obat keras | Obat bebas terbatas | Sebagai obat luar untuk mulut dan tenggorokan (kadar \leq 0,05%) |
| 3 | Benzokain | Obat keras | Obat bebas terbatas | Anestetik mulut dan tenggorokan |
| 4 | Bromheksin | Obat keras / Obat Wajib Apotek | Obat bebas terbatas | |
| 5 | Cetrimide | Obat keras | Obat bebas terbatas | |
| 6 | Chlorhexidin | Obat keras | Obat bebas terbatas | Sebagai obat luar untuk antiseptik kulit (kadar \leq 0,12%) |
| 7 | Choline teofilinat | Obat keras | Obat bebas terbatas | |
| 8 | Deksibromfeniramin maleat | Obat keras | Obat bebas terbatas | |
| 9 | Difeniramin | Obat keras terbatas dengan batasan | Obat bebas terbatas | |
| 10 | Docusate sodium | Obat keras | Obat bebas | |
| 11 | Heksetidin | Obat keras / Obat Wajib Apotek | Obat bebas terbatas | Sebagai obat luar untuk mulut dan tenggorokan (kadar \leq 0,1%) |
| 12 | Ibuprofen | Obat keras | Obat bebas terbatas | Tablet 200 mg, kemasan tidak lebih dari 10 tablet |
| 13 | Lidokain | Obat keras | Obat bebas terbatas | Anestetik mulut dan tenggorokan |
| 14 | Mebendazol | Obat keras / Obat Wajib Apotek | Obat bebas terbatas | Semua materi untuk promosi harus mengemukakan risiko bahaya obat |
| 15 | Oksimetazolin | Obat keras | Obat bebas terbatas | Obat semprot hidung (kadar \leq 0,05%) |
| 16 | Teofilin | Obat keras dalam substansi | Obat bebas terbatas | |
| 17 | Tolnaftat | Obat keras / Obat Wajib Apotek | Obat bebas | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal (kadar \leq 1%) |
| 18 | Triprolidin | Obat keras | Obat bebas terbatas | |

Lampiran 3. Daftar Obat Wajib Apotek No. 2

| No. | Nama Generik Obat | Jumlah Maksimal Tiap Jenis Obat Per Pasien | Pembatasan |
|-----|-------------------------|--|--|
| 1 | Albendazol | Tab 200 mg, 6 tablet Tab 400 mg, 3 tablet | |
| 2 | Bacitracin | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi pada kulit |
| 3 | Benolirate | 10 tablet | |
| 4 | Bismuth subsitrat | 10 tablet | |
| 5 | Karbinoksamin | 10 tablet | |
| 6 | Klindamisin | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk obat <i>acne</i> |
| 7 | Deksametason | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk obat <i>acne</i> |
| 8 | Dekspantenol | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk obat <i>acne</i> |
| 9 | Diklofenak | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk obat <i>acne</i> |
| 10 | Diponium | 10 tablet | |
| 11 | Fenoterol | 1 tabung | Inhalasi |
| 12 | Flumetason | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk inflamasi |
| 13 | Hidrokortison butirat | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk inflamasi |
| 14 | Ibuprofen | Tablet 400 mg, 10 tablet | |
| 15 | Isokonazol | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal |
| 16 | Ketokonazol | Kadar $\leq 2\%$: • Krim 1 <i>tube</i> • Scalp sol. 1 botol | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal |
| 17 | Levamisol | Tablet 50 mg, 3 tablet | |
| 18 | Metilprednisolon | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk inflamasi |
| 19 | Niolosamide | Tablet 500 mg, 4 tablet | |
| 20 | Noretisteron | 1 siklus | |
| 21 | Omeprazol | 7 tablet | |
| 22 | Oksikonazol | Kadar $< 2\%$, 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal |
| 23 | Pipazetat | Sirup 1 botol | |
| 24 | Piratazin kloroteofilin | 10 tablet | |
| 25 | Pirenzepine | 20 tablet | |
| 26 | Piroksikam | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk inflamasi |
| 27 | Polimiksin B sulfat | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal |
| 28 | Prednisolon | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk inflamasi |
| 29 | Skopolamin | 10 tablet | |
| 30 | Silver sulfadiazin | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi bakteri pada kulit |
| 31 | Sukralfat | 20 tablet | |
| 32 | Sulfasalazin | 20 tablet | |
| 33 | Tiokonazol | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk infeksi jamur lokal |
| 34 | Urea | 1 <i>tube</i> | Sebagai obat luar untuk hiperkeratosis |

Lampiran 4. Daftar Obat Wajib Apotek No. 3

| No. | Kelas Terapi | Nama Generik Obat | Indikasi | Jumlah Maksimal Tiap Jenis Obat Per Pasien | Catatan |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------|--|---|
| 1 | Saluran Pencernaan dan Metabolisme | 1. Famotidin | Antiulkus peptik | Maksimal 10 tablet, 20 mg / 40 mg | Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter |
| | | 2. Ranitidin | Antiulkus peptik | Maksimal 10 tablet, 150 mg | |
| 2 | Obat kulit | 1. Asam azaleat | Anti- <i>acne</i> | Maksimal 1 tube 5 g | |
| | | 2. Asam fusidat | Antimikroba | Maksimal 1 tube 5 g | |
| | | 3. Motretinida | Anti- <i>acne</i> | Maksimal 1 tube 5 g | |
| | | 4. Tolsiklat | Antifungi | Maksimal 1 tube 5 g | |
| | | 5. Tretinoin | Anti- <i>acne</i> | Maksimal 1 tube 5 g | |
| 3 | Antiinfeksi umum | 1. Kategori I (2HRZE/4H3R3) | Antituberkulosis | Satu paket | Kategori I: - Penderita baru BTA positif - Penderita BTA negatif dan <i>rontgen</i> - Penderita ekstra paru berat Sebelum fase lanjutan, penderita harus kembali ke dokter Kategori II: - Penderita kambuh (relaps) BTA positif - Penderita gagal pengobatan BTA positif |
| | | Kombipak II | | | |
| | | Fase awal | | | |
| | | - Isoniazid | 300 mg | | |
| | | - Rifampisin | 450 mg | | |
| | | - Pirazinamid | 1500 mg | | |
| | | - Etambutol | 750 mg | | |
| | | Kombipak III | | | |
| | | Fase lanjutan | | | |
| | | - Isoniazid | 600 mg | | |
| - Rifampisin | 450 mg | | | | |
| 2. Kategori II (2HRZES/HRZE/5H3R3E3) | | | Satu paket | | |
| Kombipak II | | | | | |
| Fase awal | | | | | |
| - Isoniazid | 300 mg | | | | |
| - Rifampisin | 450 mg | | | | |
| - Pirazinamid | 1500 mg | | | | |
| - Etambutol | 750 mg | | | | |
| - Streptomisin | 0,75 mg | | | | |
| Kombipak IV | | | | | |

(lanjutan)

| | | | | | |
|---|---------------------------|---|--|--|--|
| | | Fase lanjutan - Isoniazid 600 mg - Rifampisin 450 mg - Etambutol 1250 mg | | | Sebelum fase lanjutan, penderita harus kembali ke dokter |
| | | 3. Kategori III (2HRZ/4H3R3) Kombipak I Fase awal - Isoniazid 300 mg - Rifampisin 450 mg - Pirazinamid 1500 mg | Satu paket | | Kategori III: Penderita baru BTA negatif / <i>rontgen</i> positif Penderita ekstra paru ringan |
| | | Kombipak IV Fase lanjutan - Isoniazid 600 mg - Rifampisin 450 mg | | | Sebelum fase lanjutan, penderita harus kembali ke dokter |
| 4 | Sistem Muskuloskeletal | 1. Alopurinol 2. Diklofenak natrium 3. Piroksikam | Antigout Antiinflamasi dan antirematik Antiinflamasi dan antirematik | Maksimal 10 tablet 100 mg Maksimal 10 tablet 25 mg Maksimal 10 tablet 10 mg | Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter |
| 5 | Sistem Saluran Pernapasan | 1. Klemastin 2. Mequitazin 3. Orsiprenalin 4. Prometazin teoklat 5. Setirizin 6. Siproheptadin | Antihistamin Antihistamin Antiasma Antihistamin Antihistamin Antihistamin | Maksimal 10 tablet Maksimal 10 tablet atau botol 60 ml Maksimal 1 <i>tube inhaler</i> Maksimal 10 tablet atau botol 60 ml Maksimal 10 tablet Maksimal 10 tablet | Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter |
| 6 | Organ-Organ Sensorik | 1. Gentamisin 2. Kloramfenikol 3. Kloramfenikol | Obat mata Obat mata Obat telinga | Maksimal 1 tube 5 g atau botol 5 ml Maksimal 1 tube 5 g atau botol 5 ml Maksimal 1 botol 5 ml | Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter Pemberian obat hanya atas dasar pengobatan ulangan dari dokter |

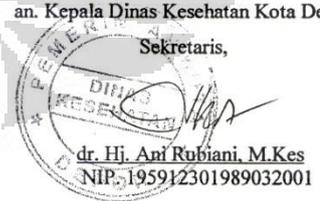
Lampiran 5. Alur pengajuan izin penelitian

Keterangan : Kesbangpol dan Linmas = Kesatuan Bangsa, Politik, dan Perlindungan Masyarakat
PSA = Pemilik Sarana Apotek

Lampiran 6. Surat izin penelitian dari Departemen Farmasi FMIPA UI

| | |
|--|--|
|  | <p>UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM DEPARTEMEN FARMASI Kampus UI Depok, 16424 Telp. (021) 7270031, 7864049, 78884557, 78849001-3 Fax. 021.7863433 E-mail: secretariat@farmasi.ui.ac.id</p> |
| <hr/> | |
| <p>Nomor : 1606 /H2.F3.12/PDP.04.01./2012 Lamp. : Hal : Permohonan data & izin melakukan penelitian.</p> | <p>7 Februari 2012</p> |
| <p>Kepada : Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok Jl. Margonda Raya No.42 Ruko Depok Mas Blok A7 Depok 16431</p> | |
| <p>Sehubungan dengan penelitian yang dilakukan bagi mahasiswa Departemen Farmasi FMIPA – UI :</p> | |
| <p>Nama : Dian Hermawati Npm. : 0806327742 Judul : Pengaruh Pemberian Edukasi terhadap tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat dalam Swamedikasi pada Pasien di Dua Apotek Kecamatan Cimanggis, Depok.</p> | |
| <p>Bersama surat ini, dengan hormat kami mohon izin untuk melakukan penelitian di beberapa Puskesmas dan Apotek di Kota Depok yang akan dilaksanakan pada bulan Februari – Juni 2012. Sehubungan dengan hal tersebut kami juga mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk dapat memberikan data terkait penelitian mahasiswa tersebut.</p> | |
| <p>Demikianlah atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.</p> | |
| <p>Departemen Farmasi Sekretaris</p>  <p>Dr. Iskandarsyafi, MS NIP. 196502241991031002</p> | |

Lampiran 7. Surat keterangan dari Dinkes Kota Depok untuk permohonan izin penelitian ke Kesbangpol dan Linmas Kota Depok

| | |
|--|--|
|  | <p>PEMERINTAH KOTA DEPOK DINAS KESEHATAN Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9 Telp. : (021) 77203904, 77203724 Fax. : (021) 77212909 - DEPOK 16431</p> |
| <p><u>SURAT KETERANGAN</u> Nomor : 070 / 704 - Umum</p> | |
| <p>Berdasarkan surat permohonan dari Sekretaris Departemen Farmasi FMIPA Universitas Indonesia tertanggal 7 Februari 2012 dengan Nomor : 1606/H2.F3.12/PDP.04.01/2012 perihal : Permohonan data & izin melakukan penelitian, untuk itu kami yang bertanda tangan dibawah ini :</p> | |
| Nama : | dr. Hj. Ani Rubiani, M.Kes |
| NIP : | 195912301989032001 |
| Jabatan : | Sekretaris Dinas Kesehatan Kota Depok |
| <p>Menerangkan bahwa kami dapat menerima :</p> | |
| Nama/NRP : | Dian Hermawati (0806327742) |
| Judul : | Pengaruh pemberian edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan Rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi pada pasien di Dua Apotek Kecamatan Cimanggis, Depok |
| <p>Untuk melakukan Penelitian di Dinas Kesehatan Kota Depok dari tanggal 22 Februari 2012 sd 22 Juni 2012.</p> | |
| <p>Demikian surat keterangan ini dibuat untuk menjadi dasar penerbitan rekomendasi dari Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Depok.</p> | |
| <p>Depok, 17 Februari 2012 an. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok Sekretaris,</p> | |
| <p> dr. Hj. Ani Rubiani, M.Kes NIP. 195912301989032001</p> | |
| <p>Tembusan : Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok (sebagai laporan)</p> | |

Lampiran 8. Surat rekomendasi penelitian dari Kesbangpol dan Linmas Kota Depok



PEMERINTAH KOTA DEPOK
KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS

Jl. Pemuda No. 70B Pancoranmas - Depok 16431
Telp./Fax. (021) 77204704

SURAT REKOMENDASI
Nomor: 70 / 091 -Kesbang Pol & Linmas

Membaca : Surat dari: Sekretaris Departemen FMIPA Universitas Indonesia tanggal 7 Februari 2012, No. 1606/H2.F3.12/PDP.04.01/2012 perihal Permohonan Ijin Penelitian.

Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)

Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Permohonan Ijin Penelitian oleh :

Nama (NPM) : Dian Hermawati (0806327742)
Alamat / Telp : Jl. Gad. Indah Utr I NH-1/6 Rt. 021 Rw. 012 Kel. Pegangsaan Dua, Kec. Kelapa Gading. Jakarta Utara.
Telp. -

Jurusan : Farmasi
Judul : "Pengaruh pemberian edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan Rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi pada pasien di dua Apotek Kecamatan Cimanggis Depok".

Lama Waktu : 22 Februari 2012 s/d 22 Juni 2012
Tempat : Dinas Kesehatan Kota Depok

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 22 Februari 2012

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS
KOTA DEPOK
Kasubag Tata Usaha



[Signature]
Hi. YATI SUMIATY, SE, M.Si
NIP : 197104172003122005

Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan)
2. Sekretaris Departemen FMIPA UI;
3. Ybs.

Lampiran 9. Surat izin penelitian dari Dinkes Kota Depok

| | | | |
|---|--|--|--------|
|  | | <p>PEMERINTAH KOTA DEPOK DINAS KESEHATAN Jl. Margonda Raya No. 42, Ruko Depok Mas Blok A-7-8-9 Telp. : (021) 77203904, 77203724 Fax. : (021) 77212909 - DEPOK 16431</p> | |
| | | Depok, 24 Februari 2012 | |
| Nomor | : 070/047-/Umum | Kepada | |
| Lamp | : - | Yth. Ka. | |
| Hal | : Izin Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian | di - | Tempat |

Sehubungan dengan surat dari Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas – Kota Depok Nomor : 70 / 091 / Kesbang Pol & Linmas, tanggal 22 Februari 2012 tentang Surat Pemberitahuan Rekomendasi dan surat dari Sekretaris Departemen FMIPA UI, tanggal 7 Februari 2012 Nomor : 1606/H2.F3.12/PDP.04.01/2012, dengan perihal : Permohonan Data dan Izin Melakukan Penelitian

Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Pengambilan Data dan Melakukan Penelitian oleh :

| | |
|-----------|--|
| Nama/NPM | : Dian Hermawati (0806327742) |
| Peminatan | : Farmasi |
| Judul | : Pengaruh pemberian edukasi terhadap tingkat Pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dalam Swamedikasi pada pasien di dua Apotik Kecamatan Cimanggis Depok |
| Lama | : 27 Februari s.d 31 Mei 2012 |
| Tempat | : 1. Dinas Kesehatan Kota Depok 2. Puskesmas Kota Depok |

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/tidak ada kaitannya dengan judul penelitian /topik masalah/tujuan akademik.
2. Apabila masa berlaku surat pengantar ini berakhir sedangkan kegiatan yang dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh institusi pemohon dan disertai Surat Pemberitahuan Penelitian dari Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Depok.
3. Sesudah selesai melakukan kegiatan, yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok melalui Ka Sub Bag Umum, Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan.
4. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan seperti tersebut di atas.

Demikian surat pengantar ini dibuat untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

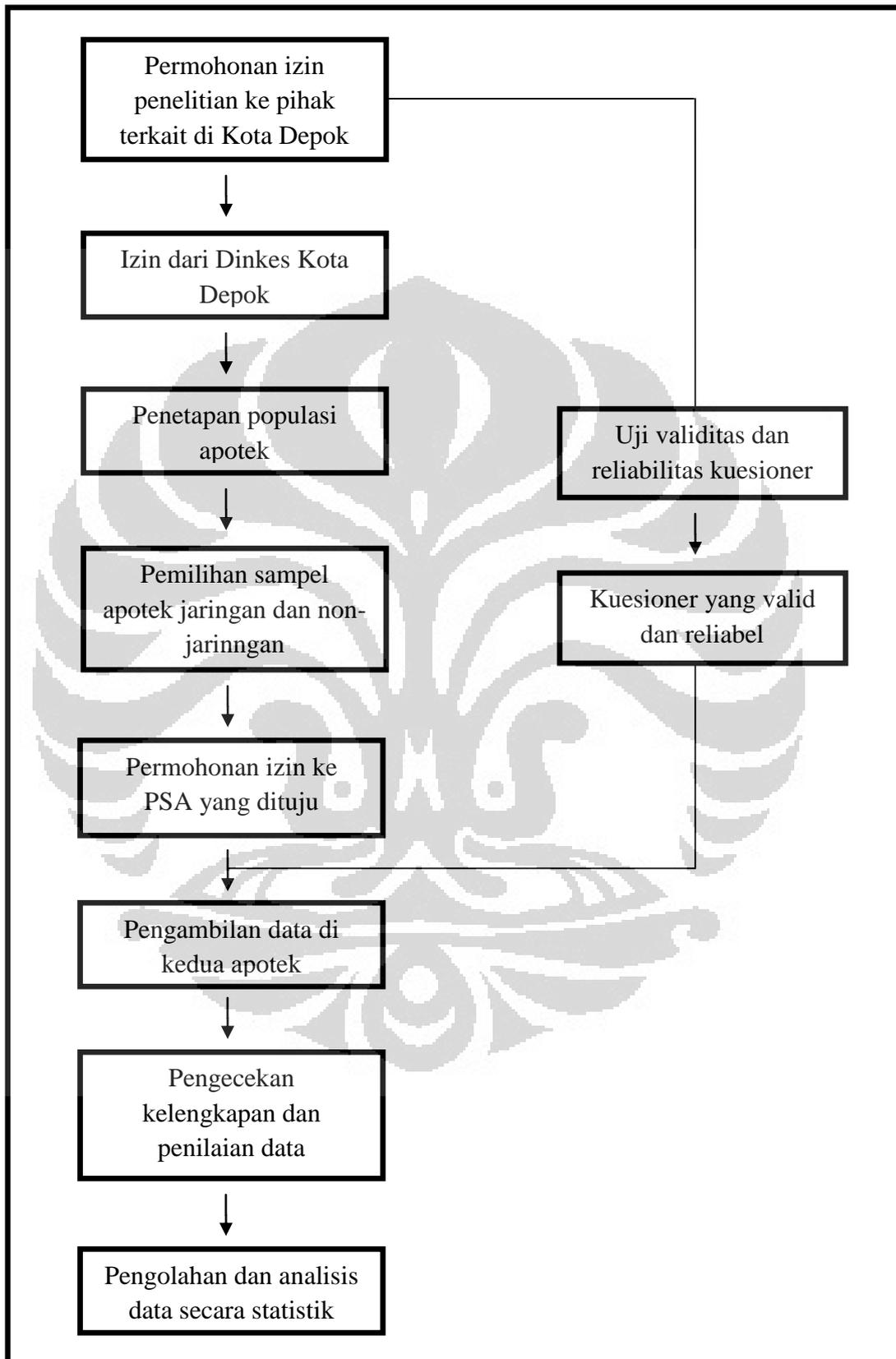
An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KOTA DEPOK
SEKRETARIS


 dr. Ani Rubiani, M.Kes
 NIP. 19591230 198903 2 001

Tembusan :

- Yth Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok (sebagai laporan)
- Sekretaris Departemen FMIPA UI

Lampiran 10. Skema alur penelitian



Lampiran 11. Lembar informasi penelitian

**PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT DALAM
SWAMEDIKASI PADA PENGUNJUNG DI DUA APOTEK KECAMATAN
CIMANGGIS, DEPOK**

Yang terhormat Saudara/I/Bapak/Ibu. Saya adalah mahasiswa Farmasi UI yang sedang melakukan penelitian mengenai pengaruh pemberian edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat dalam pengobatan sendiri di apotek yang Saudara/I/Bapak/Ibu kunjungi. Saya mohon kesediaan Saudara/I/Bapak/Ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan mengenai pengobatan sendiri dan obat-obat tanpa resep dokter yang pernah Saudara/I/Bapak/Ibu gunakan selama tiga bulan terakhir. Saya juga mohon kesediaan Saudara/I/Bapak/Ibu agar dapat dihubungi kembali untuk mendapatkan data terkait pengobatan sendiri dari Saudara/I/Bapak/Ibu setelah satu bulan dari sekarang. Saudara/I/Bapak/Ibu bebas untuk menolak diwawancara, tetapi kesediaan Saudara/I/Bapak/Ibu sangat diharapkan. Keterangan yang Saudara/I/Bapak/Ibu berikan hanya akan digunakan di dalam penelitian ini dan akan dijaga kerahasiaannya. Keterangan dari Saudara/I/Bapak/Ibu akan sangat berguna bagi saya dan bagi perbaikan dalam pelaksanaan edukasi kesehatan demi terlaksananya penggunaan obat yang tepat dan aman pada pengobatan sendiri.

Apabila terdapat hal-hal yang ingin ditanyakan terkait dengan penelitian ini, Saudara/I/Bapak/Ibu dapat menghubungi saya, Dian Hermawati, di nomor telepon 087781055920.

Hormat saya,
(Dian Hermawati)

Lampiran 12. Lembar kesediaan menjadi responden

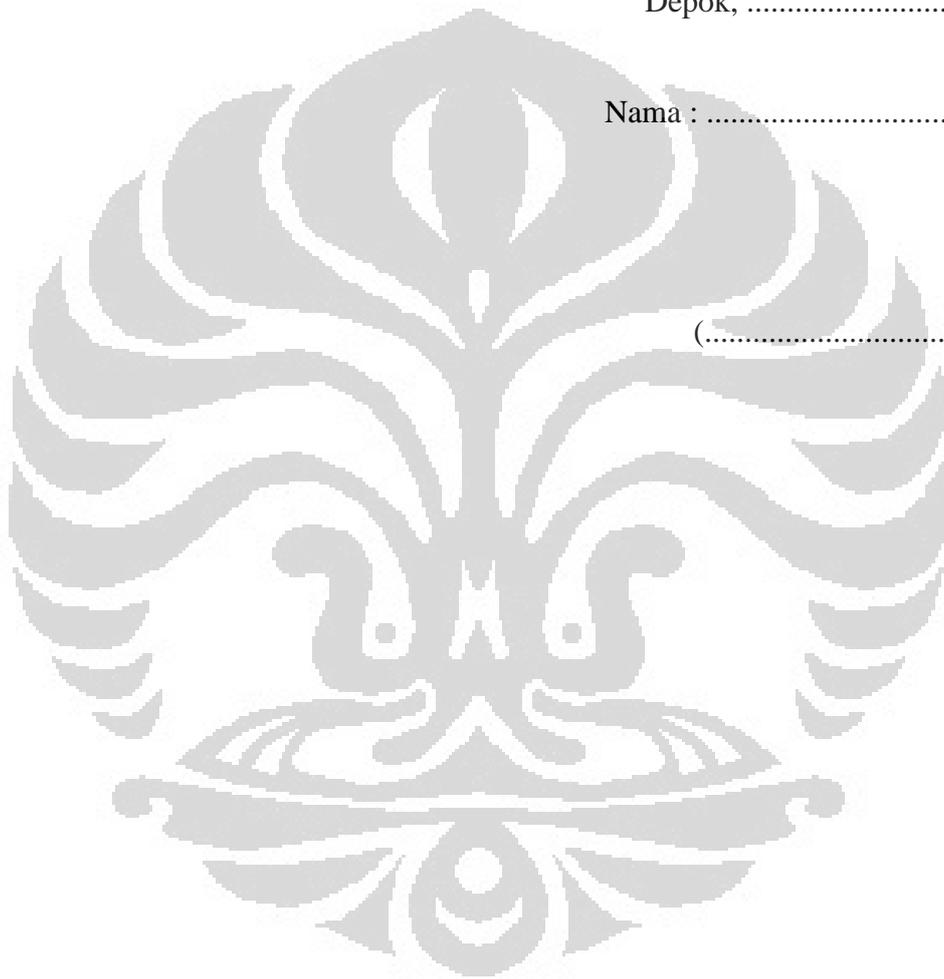
Apotek :

Setelah mendapat penjelasan mengenai penelitian ini, maka saya bersedia untuk diwawancara dan bekerja sama dalam penelitian ini.

Depok, 2012

Nama :

(.....)



Lampiran 13. Contoh lembar kesediaan yang telah ditandatangani responden

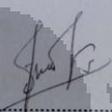
Lembar Kesediaan Menjadi Responden

Apotek : *Alam Farma*

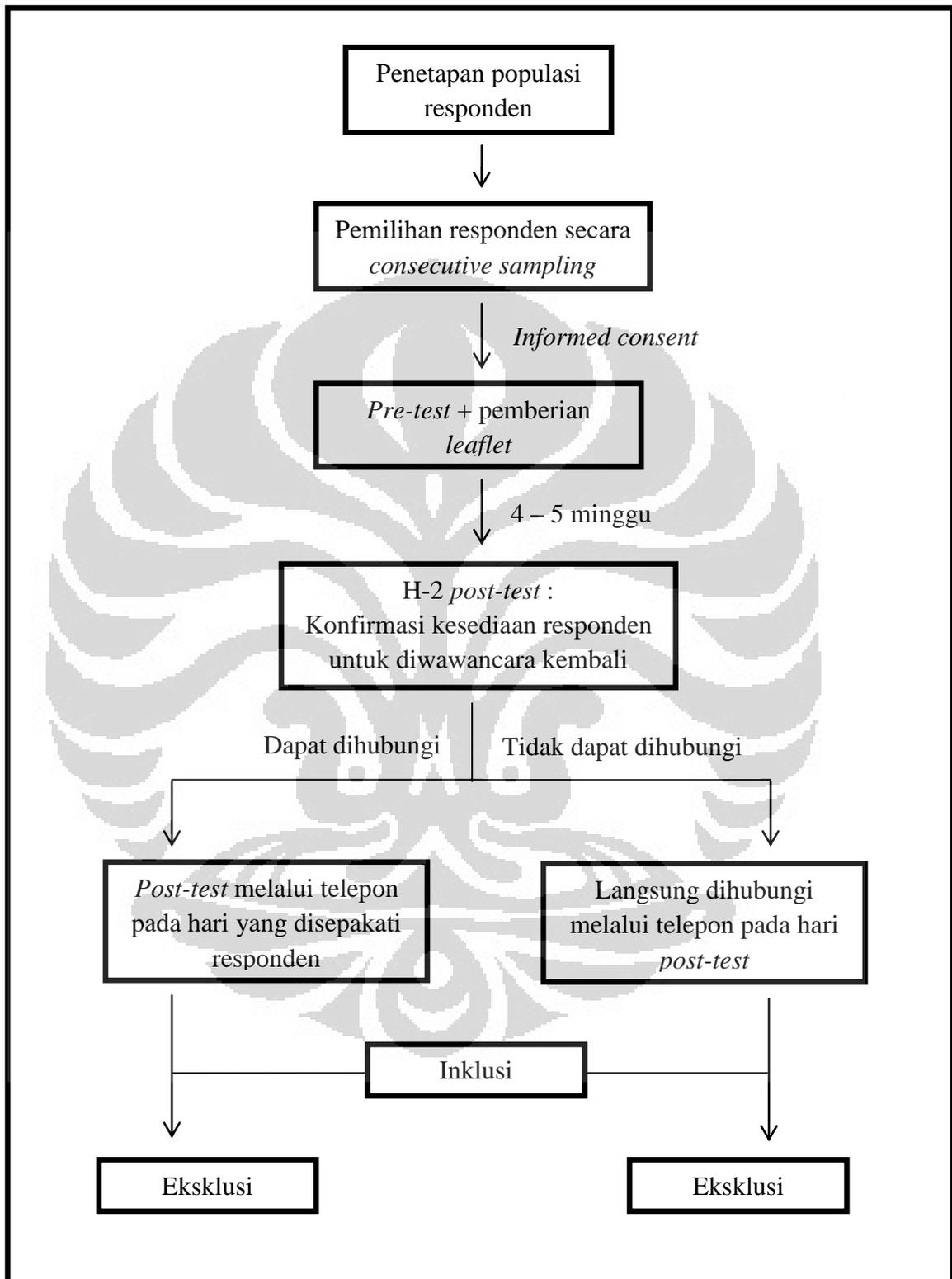
Setelah mendapat penjelasan mengenai penelitian yang sedang dilakukan, maka saya bersedia untuk diwawancara dan bekerja sama di dalam penelitian ini.

Depok, *26-3-* 2012

Nama : *Sugeng*


(.....)

Lampiran 14. Skema Pengambilan Data di Kedua Apotek Penelitian



Lampiran 15. Leaflet




SWAMEDIKASI

Pengobatan sendiri, atau sering disebut **swamedikasi**, adalah suatu cara untuk mengobati diri sendiri dengan obat-obatan yang dapat dibeli tanpa resep dokter.

Swamedikasi akan bermanfaat bila memenuhi kriteria :

- * Tepat pemilihan obat
- * Tepat pasien
- * Tepat dosis dan batas waktu penggunaan obat
- * Waspada terhadap efek samping obat
- * Tidak menggunakan banyak obat untuk satu jenis penyakit.

Obat-obat yang dapat digunakan untuk swamedikasi memiliki tanda lingkaran warna sebagai berikut :



Tanda Obat Bebas
Dijual bebas dan dapat dibeli tanpa resep dokter.



Tanda Obat Bebas Terbatas
Dijual bebas dan dapat dibeli tanpa resep dokter, tapi pemakaian obat harus memperhatikan tanda **PERINGATAN** dan informasi yang terdapat di kemasan obat.



Tanda Obat Keras
Hanya dapat dibeli **DENGAN** resep dokter. Beberapa obat keras ada yang dapat dibeli tanpa resep dokter, yaitu obat yang termasuk ke dalam **Daftar Obat Wajib Apotek (DOWA)**. Namun, obat tersebut **HARUS DISERAHKAN OLEH APOTEKER DI APOTEK**.

Swamedikasi hanya dilakukan untuk mengobati penyakit-penyakit ringan. Beberapa penyakit ringan yang umumnya dapat diobati dengan swamedikasi, antara lain :

- > **Demam**
 - # Dapat diobati dengan obat penurun panas. Contoh : **parasetamol, asetosal, atau ibuprofen.**
 - # Dosis untuk dewasa : 3x – 4x sehari.
 - # Waktu pengobatan sendiri : tidak lebih dari 2 hari.
- Penting!**
 - Jangan digunakan bersama dengan obat flu karena obat flu juga sudah mengandung obat penurun panas.
 - Asetosal & ibuprofen dianjurkan untuk diminum setelah makan atau bersama dengan makanan karena dapat menyebabkan iritasi lambung.
- > **Batuk**
 - # Pilih obat yang sesuai dengan jenis batuk :
 - **Batuk Kering**, dapat diobati dengan obat jenis **antitusif**.
Contoh : **dekstrometorfan HBr** atau **noskabin.**
 - **Batuk Berdahak**, dapat diobati dengan obat jenis :
 - ***Mukolitik** untuk mengencerkan dahak.
Contoh : **bromheksin** atau **asetilsistein.**
 - ***Ekspektoran** untuk mengeluarkan dahak. Contoh : **gliseril guaiakolat** atau **OBH.**
 - # Dosis untuk dewasa : 3x - 4x sehari
 - # Waktu pengobatan sendiri : tidak lebih dari 3 hari.



- > **Flu**
 - # Obat flu hanya untuk meringankan gejala, namun tidak dapat menyembuhkan.
 - # Obat flu umumnya mengandung kombinasi dari beberapa zat berkhasiat, antara lain :
 - Penurun panas : **parasetamol**
 - Pereda gejala flu yang disebabkan alergi : **CTM** atau **difenhidramin HCl.**
 - Pereda hidung tersumbat : **pseudoefedrin, efedrin HCl,** atau **fenilpropanolamin HCl.**
 - Pereda batuk : **antitusif** atau **ekspektoran.**
 - # Dosis untuk dewasa : 3x sehari
 - # Waktu pengobatan sendiri : tidak lebih dari 3 hari.
- > **Nyeri**
 - # Dapat diobati dengan obat pereda nyeri atau pengurang rasa sakit, antara lain : **asam mefenamot, ibuprofen, asetosal, atau parasetamol.**
 - # Dapat digunakan untuk mengobati sakit kepala, sakit gigi, & nyeri haid.
 - # Dosis untuk dewasa : 3x sehari
 - # Waktu pengobatan sendiri : tidak lebih dari 5 hari.
 - # Obat nyeri dianjurkan untuk diminum setelah makan atau bersama dengan makanan karena dapat menyebabkan iritasi lambung.





(lanjutan)

> Diare

Obat yang dianjurkan : **Oralit**.

Penting! Untuk mencegah terjadinya dehidrasi karena kehilangan cairan tubuh yang berlebihan.

Obat lain yang dapat digunakan untuk mengatasi diare :

- **Karbon aktif**. Dosis untuk dewasa : 3x sehari.
- Kombinasi **kaolin-pektin** atau **attapulgit**.

Dosis untuk dewasa : 1 tablet tiap setelah BAB.
Maksimal 12 tablet dalam 24 jam untuk dewasa & anak di atas 12 tahun.

Selama pemberian obat diare lainnya, Oralit juga harus tetap diminum.



> Gastritis/Sakit Maag

Dapat diobati dengan beberapa jenis obat, antara lain :

- **Antasida** untuk menetralkan asam lambung, seperti **aluminium hidroksida, kalsium karbonat, magnesium oksida, magnesium karbonat, atau magnesium trisilikat.**
- **Antihistamin Generasi 2** untuk mengurangi produksi asam lambung, seperti **ranitidin** atau **famotidin.**

Obat *maag* yang mengandung **simetikon** atau **dimethylpolysiloxane** membantu mengeluarkan gas yang berlebihan dari saluran cerna.

Dosis untuk dewasa : 3x - 4x sehari

Waktu pengobatan sendiri : tidak lebih dari 2 minggu, kecuali atas saran dokter.

Penting diperhatikan pada penggunaan obat maag!

- Obat bentuk tablet harus dikunyah dulu sebelum ditelan.
- Obat diminum saat perut kosong, misalnya 1 jam sebelum makan, 2 jam setelah makan, atau menjelang tidur malam.
- Beri jarak minimal 1 jam bila akan meminum obat lain.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan swamedikasi!

- # **Baca terlebih dahulu keterangan-keterangan yang ada di kemasan atau brosur obat !!!**
- # Pilih obat yang sesuai dengan gejala penyakit. Khasiat obat dapat diketahui dari keterangan **INDIKASI** yang ada di kemasan obat.
- # Perhatikan keterangan **KONTRAINDIKASI** yang ada di kemasan obat, untuk mengetahui apa saja keadaan tubuh atau penyakit yang tidak diperbolehkan menggunakan obat tersebut.
- # Hati-hati dalam penggunaan lebih dari 1 jenis obat dalam waktu yang berdekatan.
- # Obat pada swamedikasi tidak untuk digunakan terus menerus.
- # Hentikan penggunaan obat bila tidak memberikan manfaat atau menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan. Segera hubungi dokter / tenaga kesehatan terdekat.
- # **Antibiotik** tidak untuk digunakan dalam swamedikasi, melainkan **harus dibeli dengan resep dokter.**

Perhatikan aturan minum obat :

- * 1x sehari : diminum tiap 24 jam sekali.
- * 2x sehari : diminum tiap 12 jam sekali.
- * 3x sehari : diminum tiap 8 jam sekali.
- * 4x sehari : diminum tiap 6 jam sekali.

- # Minumlah obat dengan segelas air putih.
- # Periksa tanggal kedaluarsa obat sebelum membeli atau meminum obat.
- # Hindarkan menggunakan obat orang lain walaupun gejala penyakit sama karena belum tentu obat orang lain juga cocok untuk kita.
- # Simpan obat di dalam kemasan aslinya & ikuti petunjuk penyimpanan yang ada di kemasan obat.
- # Tanyakan kepada apoteker di apotek untuk mendapatkan informasi yang lebih lengkap tentang pemilihan obat yang tepat & cara penggunaan obat yang baik.

“KENALI OBAT YANG ANDA MINUM DAN JADILAH DOKTER YANG BAIK BAGI DIRI ANDA SENDIRI”



Patuhi petunjuk pemakaian obat yang terdapat pada kemasan atau brosur obat!



Oleh :
DIAN HERMAWATI
FARMASI UI



Lampiran 16. Kuesioner yang belum valid dan reliabel

Kuesioner

PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT DALAM SWAMEDIKASI PADA PENGUNJUNG DI DUA APOTEK KECAMATAN CIMANGGIS, DEPOK

Apotek :

I. PENGETAHUAN SWAMEDIKASI

Apakah pernyataan-pernyataan berikut ini benar?

1. "Swamedikasi adalah suatu upaya mengobati penyakit dengan membeli obat sendiri di apotek atau toko obat tanpa resep dari dokter".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
2. "Logo lingkaran berwarna biru dengan garis batas berwarna hitam menunjukkan obat adalah golongan obat bebas terbatas".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
3. "Penyakit darah tinggi dapat diobati sendiri dengan obat tanpa resep dokter".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
4. "Antibiotik boleh dibeli sendiri di apotek tanpa resep dari dokter".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
5. "Dosis obat batuk umumnya adalah 3x sehari".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
6. "Jenis obat batuk yang dapat digunakan untuk mengobati batuk kering sama dengan obat batuk untuk mengobati batuk berdahak".

7. "Jika dosis obat adalah 2x sehari, maka obat harus digunakan pada pagi dan siang hari".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
8. "Parasetamol untuk penurun panas hanya boleh digunakan hingga maksimal selama 3 hari".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
9. "Khasiat suatu obat dapat diketahui dari keterangan Indikasi yang tercantum di kemasan atau brosur obat".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
10. "Obat dalam bentuk cair yang tidak habis digunakan dapat disimpan pada tempat yang sejuk dan di dalam wadah atau kemasan aslinya".
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

II. RASIONALITAS SWAMEDIKASI

1. Obat apa yang pernah Saudara/I/Bapak/Ibu gunakan selama 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir? (^{*)}Coret salah satu. Untuk pre-test : tiga bulan. Untuk post-test : satu bulan)
Nama obat :
Kegunaan :
2. Bagaimana dosis obat yang Saudara/I/Bapak/Ibu gunakan?
Dosis/hari :

(lanjutan)

- Jumlah obat 1x minum :
- Batas lama pemakaian :
3. Selama menggunakan obat tersebut, pernahkan merasakan gejala-gejala efek samping seperti berikut? (*Pilih salah satu yang disebutkan responden*)
- Gangguan saluran cerna (mual/muntah/diare/sembelit/nyeri lambung)
 - Gatal-gatal
 - Sering buang air kecil
 - Lainnya, sebutkan :
 - Tidak ada efek samping
4. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu sedang menderita penyakit/kondisi tertentu*) ketika menggunakan obat tersebut?
- Ya, sebutkan :
 - Tidak
- (*)*Kondisi tertentu : hamil/menyusui bagi perempuan*
5. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu menggunakan obat dari dokter selama menggunakan obat swamedikasi tersebut?
- Ya, sebutkan :
 - Tidak
- (*Jika "Ya", lanjutkan ke no. 6. Jika "Tidak", tidak perlu dilanjutkan*)
6. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu merasakan pengaruh dari penggunaan obat no. 5 dengan obat swamedikasi yang sedang digunakan?
- Ya, sebutkan :
 - Tidak
7. Pernahkah Saudara/I/Bapak/Ibu menggunakan dua atau lebih obat yang memiliki khasiat sama secara bersamaan selama tiga bulan/satu bulan*) terakhir? (**)Coret salah satu. Untuk pre-test : tiga bulan. Untuk post-test : satu bulan*)
- Ya, sebutkan berapa jenis obat :
 - Tidak

III. DATA DEMOGRAFI

- Nama :
- Umur : a. 18 – 28 tahun
b. 29 – 39 tahun
c. 40 – 50 tahun
d. 51 – 59 tahun
- Jenis Kelamin : L / P
- Alamat :
- Nomor telepon / HP:
- Pendidikan terakhir : a. Tidak tamat SD
b. SD
c. SMP
d. SMA / SMK
e. Perguruan tinggi (sains/kesehatan/sosial)
- Pekerjaan : a. Karyawan
b. Guru
c. Pelajar/mahasiswa (sains/kesehatan/sosial)
d. Tenaga kesehatan
e. Lainnya, sebutkan :
- Darimana Saudara/I/Bapak/Ibu memperoleh informasi mengenai obat untuk pengobatan sendiri yang digunakan?
 - Iklan dari media cetak/elektronik
 - Pengalaman penggunaan obat pribadi/keluarga
 - Petugas kesehatan (dokter, apoteker, petugas apotek)
 - Rekomendasi orang lain
 - Lainnya, sebutkan :

Lampiran 17. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (I)

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Kedua

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | SOAL 1 | SOAL 2 | SOAL 3 | SOAL 4 | SOAL 5 | SOAL 6 | SOAL 7 | SOAL 8 | SOAL 9 | SOAL 10 | Total |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|-------|
| Total Pearson Correlation | .454* | .331 | .159 | -.032 | .266 | .354 | .255 | .662** | .456* | .314 | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .045 | .154 | .504 | .893 | .257 | .125 | .277 | .001 | .043 | .177 | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

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

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

Terdapat 7 butir soal dengan nilai $p > \alpha$, sehingga kuesioner dinyatakan tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | N | % |
|-----------------------|----|-------|
| Cases Valid | 20 | 100.0 |
| Excluded ^a | 0 | .0 |
| Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .094 | 10 |

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,094, maka kuesioner ini dinyatakan tidak reliabel.

(lanjutan)

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Ketiga

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Soal7 | Total |
|---------------------------|-------|--------|-------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| Total Pearson Correlation | .178 | .749** | .474* | . ^a | .123 | -.123 | .433 | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .452 | .000 | .035 | | .606 | .606 | .056 | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

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

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

Terdapat 4 butir soal dengan nilai $p > \alpha$ dan 1 butir soal yang tidak dapat dianalisis karena pola jawaban yang sama pada ke-20 jawaban yang diperoleh. Dengan demikian, kuesioner ini dinyatakan tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | N | % |
|-----------------------|----|-------|
| Cases Valid | 20 | 100.0 |
| Excluded ^a | 0 | .0 |
| Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha ^a | N of Items |
|-------------------------------|------------|
| -.368 | 7 |

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah -0,368. Dengan demikian, kuesioner bagian ketiga ini dikatakan tidak reliabel.

Lampiran 18. Perubahan pertama pada kuesioner

Ket : (*)Coret salah satu. Untuk pre-test : 3 bulan. Untuk post-test : 1 bulan)

I. PENDAHULUAN

1. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu pernah membeli obat di apotek dalam 3 bulan/1 bulan*) terakhir?
 - a. Ya
 - b. Tidak, sebutkan tempat (bila selain di apotek) :
.....
(Jika sama sekali tidak membeli, maka berhenti di sini)
 2. Di manakah Saudara/I/Bapak/Ibu memperoleh obat tersebut?
 - a. Apotek
 - b. Warung
 - c. Toko obat
 - d. Supermarket
 - e. Lainnya, sebutkan :
 2. Darimana Saudara/I/Bapak/Ibu memperoleh informasi mengenai obat bebas yang diminum?
 - a. Iklan dari media cetak/elektronik
 - b. Pengalaman penggunaan obat pribadi/keluarga
 - c. Petugas kesehatan (dokter, apoteker, petugas apotek)
 - d. Rekomendasi orang lain
 - e. Lainnya, sebutkan :
- ### II. PENGETAHUAN SWAMEDIKASI
1. Menurut Saudara/I/Bapak/Ibu, benarkah pengertian dari **swamedikasi** adalah suatu cara mengobati penyakit dengan menggunakan **obat yang dibeli sendiri** di apotek atau toko obat **tanpa resep dokter**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 2. Apakah **obat yang boleh dibeli sendiri tanpa resep dokter** umumnya memiliki **tanda lingkaran berwarna hijau atau biru** pada kemasannya?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 3. Apakah obat yang **paling dianjurkan** untuk diminum saat mengalami **diare** adalah **oralit**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 4. Apakah **obat flu** umumnya digunakan dengan **dosis 3x sehari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 5. Apakah jenis obat batuk yang digunakan untuk mengobati batuk kering sama dengan obat batuk untuk mengobati batuk berdahak?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
 6. Jika **dosis obat adalah 2x sehari**, apakah berarti obat harus **diminum pada pagi dan siang hari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

(lanjutan)

7. Apakah **parasetamol sebagai obat penurun panas** dalam pengobatan sendiri boleh digunakan hingga **maksimal selama 3 hari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
8. Apakah makna **Indikasi** yang tercantum di kemasan obat adalah **keterangan mengenai penyakit yang dapat diobati dengan obat tersebut**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
9. Jika menyimpan obat dalam bentuk **kapsul**, apakah obat harus disimpan **di dalam kemasan aslinya**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

III. RASIONALITAS SWAMEDIKASI

1. Obat tanpa resep dokter apa yang pernah Saudara/I/Bapak/Ibu minum selama 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir?
Nama obat :
Kegunaan :
2. Bagaimana Saudara/I/Bapak/Ibu minum obat tersebut?
Dosis/hari :
Jumlah obat 1x minum :
Batas lama pemakaian :
3. Selama menggunakan obat tersebut, pernahkah merasakan gejala-gejala efek samping seperti berikut?
 - a. Muntah
 - b. Diare/sembelit
 - c. Nyeri lambung
 - d. Alergi (gatal-gatal, ruam kulit)
 - e. Jantung berdebar-debar
 - f. Sesak napas

- g. Lainnya, sebutkan :
 - h. Tidak ada efek samping
4. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu sedang menderita penyakit/kondisi tertentu^{*)} ketika meminum obat tersebut? (^{*)Kondisi tertentu : hamil/menyusui bagi perempuan})
 - a. Ya, sebutkan :
 - b. Tidak
 5. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu sedang menggunakan obat dari dokter juga selama meminum obat yang disebutkan di atas?
 - a. Ya, sebutkan :
 - b. Tidak

(Jika "Ya", lanjutkan ke no. 6. Jika "Tidak", langsung ke no. 7)
 6. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu merasakan pengaruh dari penggunaan obat dari dokter dengan obat yang dibeli sendiri?
 - a. Ya, sebutkan :
 - b. Tidak

(Jika "Tidak", digali kembali apakah penyakit yang diobati dengan kedua obat tersebut sudah sembuh?)
 7. Pernahkah Saudara/I/Bapak/Ibu meminum dua atau lebih obat yang memiliki khasiat sama secara bersamaan dalam 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir? (misal : minum 2 obat dan keduanya adalah obat flu)
 - a. Ya, sebutkan obat apa saja yang diminum & jarak waktu pemberian :
 - b. Tidak

Lampiran 19. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (II)

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Kedua

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | Soal 1 | Soal 2 | Soal 3 | Soal 4 | Soal 5 | Soal 6 | Soal 7 | Soal 8 | Soal 9 | Total |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| Total Pearson Correlation | .584** | .596** | .338 | .275 | .291 | .246 | .397 | .532 | .076 | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .007 | .006 | .144 | .241 | .213 | .295 | .083 | .016 | .749 | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

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

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

Terdapat 6 butir soal dengan nilai $p > \alpha$, sehingga kuesioner bagian kedua ini dinyatakan tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 20 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .339 | 9 |

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,339. Dengan demikian, kuesioner ini dinyatakan tidak reliabel.

(lanjutan)

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Ketiga

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Soal7 | Total |
|---------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total Pearson Correlation | .597** | .547** | .552** | .082 | . | . | .150 | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .005 | .013 | .012 | .731 | . | . | .527 | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

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

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

Terdapat 2 butir soal dengan nilai $p > \alpha$ dan 2 butir soal yang tidak dapat dianalisis karena memiliki pola jawaban yang sama pada ke-20 jawaban yang diperoleh. Dengan demikian, kuesioner ini dinyatakan tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 20 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha ^a | N of Items |
|-------------------------------|------------|
| -.275 | 7 |

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah -0,275, maka kuesioner ini dapat dinyatakan tidak reliabel.

Lampiran 20. Perubahan kedua pada kuesioner

II. PENGETAHUAN SWAMEDIKASI

1. Menurut Saudara/I/Bapak/Ibu, benarkah pengertian dari **swamedikasi** adalah suatu cara mengobati penyakit dengan menggunakan **obat yang dibeli sendiri tanpa resep dokter**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
3. Apakah **antitusif** adalah jenis obat batuk yang diminum untuk **mengobati batuk tidak berdahak**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
4. Apakah **parasetamol**, selain sebagai obat penurun panas, **juga** dapat berfungsi **sebagai obat pereda nyeri**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
5. Apakah obat-obat yang dapat dibeli sendiri tanpa resep dokter **dosis pemakaiannya** selalu adalah **3x sehari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
6. Jika **dosis obat adalah 2x sehari**, apakah berarti obat harus **diminum setiap 12 jam sekali**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

7. Ketika mengalami diare, apakah **obat yang paling dianjurkan untuk diminum adalah oralit**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
8. Bila **parasetamol sebagai obat penurun panas** diminum tanpa resep dokter, bolehkah obat diminum hingga **selama 3 hari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
9. Apakah makna **Indikasi** yang tercantum di kemasan obat adalah **keterangan mengenai penyakit yang dapat diobati dengan obat tersebut**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
10. Apakah obat dalam bentuk cair umumnya boleh **disimpan di dalam kulkas**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

III. RASIONALITAS SWAMEDIKASI

5. Dalam 3 bulan/1 bulan*) terakhir ini, apakah Saudara/I/Bapak/Ibu pernah **meminum obat tanpa resep dokter dengan obat lain yang khasiatnya berbeda secara bersamaan**?
 - a. Ya, sebutkan nama obat :
 - b. Tidak

(lanjutan)

(Jika "Ya", lanjutkan ke no. 6. Jika "Tidak", langsung ke no. 7)

6. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu merasakan **pengaruh dari penggunaan obat-obat pada no.5 secara bersamaan?**
 - a. Ya, sebutkan pengaruhnya:.....
 - b. Tidak
7. Dalam 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir ini , pernahkah Saudara/I/Bapak/Ibu meminum **lebih dari 1 macam obat tanpa resep dokter yang khasiatnya sama secara bersamaan?** *(misal : minum 2 obat dan keduanya adalah obat flu)*
 - a. Ya, sebutkan obat apa saja yang diminum & jarak waktu pemberian :
 - b. Tidak



Lampiran 21. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (III)

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Kedua

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Soal7 | Soal8 | Soal9 | Soal10 | Total |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|-------|
| Total Pearson Correlation | .466* | .528* | .400 | .122 | .396 | .283 | .440 | .399 | .754** | .513* | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .038 | .017 | .081 | .610 | .084 | .227 | .052 | .081 | .000 | .021 | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

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

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

Terdapat 7 butir soal dengan nilai $p > \alpha$. Oleh karena itu, kuesioner ini dinyatakan tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 20 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .502 | 10 |

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,502, maka kuesioner ini belum dapat dikatakan reliabel.

(lanjutan)

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Ketiga

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

| | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Soal7 | total |
|---------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| total Pearson Correlation | .746** | .844** | .746** | .458 | . | . | . | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .000 | .000 | .000 | .042 | . | . | . | |
| N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

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

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

a. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Terdapat 3 butir soal yang tidak dapat dianalisis karena ke-20 jawaban yang diperoleh sama. Oleh karena itu, kuesioner ini tidak valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | N | % |
|-----------------------|----|-------|
| Cases Valid | 20 | 100.0 |
| Excluded ^a | 0 | .0 |
| Total | 20 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .538 | 7 |

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,538, maka kuesioner ini masih dikatakan tidak reliabel.

Lampiran 22. Kuesioner yang telah valid dan reliabel

Kuesioner

**PENGARUH PEMBERIAN EDUKASI TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN DAN RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT DALAM
SWAMEDIKASI PADA PENGUNJUNG DI DUA APOTEK KECAMATAN
CIMANGGIS, DEPOK**

Apotek :

Ket : (*)*Coret salah satu. Untuk pre-test : 3 bulan. Untuk post-test : 1 bulan*

I. PENDAHULUAN

1. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu pernah meminum obat bebas yang dibeli tanpa resep dokter dalam 3 bulan/1 bulan* terakhir?
 - a. Ya
 - b. Tidak*(Jika jawaban "Tidak", maka berhenti di sini)*
2. Di manakah Saudara/I/Bapak/Ibu memperoleh obat tersebut?
 - a. Apotek
 - b. Warung
 - c. Toko obat
 - d. Supermarket
 - e. Lainnya, sebutkan :
2. Darimana Saudara/I/Bapak/Ibu memperoleh informasi mengenai obat bebas yang diminum?
 - a. Iklan dari media cetak/elektronik
 - b. Pengalaman penggunaan obat pribadi/keluarga
 - c. Petugas kesehatan (dokter, apoteker, petugas apotek)
 - d. Rekomendasi orang lain
 - e. Lainnya, sebutkan :

II. PENGETAHUAN SWAMEDIKASI

1. Menurut Saudara/I/Bapak/Ibu, benarkah arti kata **swamedikasi** adalah suatu cara mengobati penyakit dengan menggunakan **obat yang dibeli tanpa resep dokter**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
2. Apakah obat-obat yang memiliki **tanda lingkaran warna hijau atau biru** pada kemasannya adalah obat-obat yang **boleh dibeli tanpa resep dokter**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
3. Apakah **jenis obat batuk** yang diminum untuk mengobati batuk kering **sama** dengan obat batuk untuk mengobati batuk berdahak?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
4. Apakah **oralit** adalah **obat yang paling dianjurkan** untuk diminum ketika mengalami diare?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
5. Apakah **parasetamol** adalah obat yang dapat digunakan untuk mengobati demam dan juga sakit kepala?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

(lanjutan)

6. Jika **parasetamol** diminum **sebagai obat demam** tanpa resep dokter, apakah obat boleh diminum hingga **lebih dari 2 hari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
7. Apakah obat-obat yang boleh dibeli tanpa resep dokter **selalu memiliki dosis minum 3x sehari**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
8. Jika **dosis obat adalah 3x sehari**, apakah berarti obat seharusnya **diminum setiap 8 jam**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
9. Apakah **Indikasi** yang ada di kemasan obat berisi **keterangan tentang penyakit yang dapat diobati dengan obat tersebut**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu
10. Jika menyimpan obat di rumah, apakah setiap obat **harus disimpan di dalam kemasan aslinya**?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak tahu

III. RASIONALITAS SWAMEDIKASI

1. Obat tanpa resep dokter apa yang pernah Saudara/I/Bapak/Ibu minum selama 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir?
Nama obat :
Kegunaan :
2. Bagaimana Saudara/I/Bapak/Ibu meminum obat tersebut?
Dosis/hari :

- Jumlah obat 1x minum :
- Batas lama pemakaian :
3. Selama menggunakan obat tersebut, pernahkah merasakan gejala-gejala efek samping seperti berikut?
 - a. Muntah
 - b. Diare/sembelit
 - c. Nyeri lambung
 - d. Alergi (gatal-gatal, ruam kulit)
 - e. Jantung berdebar-debar
 - f. Sesak napas
 - g. Lainnya, sebutkan :
 - h. Tidak ada efek samping
 4. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu juga memiliki penyakit lain/kondisi tertentu^{*)} ketika meminum obat tersebut? (<sup>*)Kondisi tertentu : hamil/menyusui bagi perempuan)
 - a. Ya, sebutkan :
 - b. Tidak</sup>
 5. Dalam 3 bulan/1 bulan^{*)} terakhir, apakah Saudara/I/Bapak/Ibu pernah **dalam 1 hari meminum lebih dari 1 jenis obat, yang salah satunya adalah obat tanpa resep dokter**?
 - a. Ya, sebutkan nama obat & jarak waktu minum :
 - b. Tidak
(Jika jawaban Ya, lanjut ke no.6, jika jawaban Tidak, berhenti di sini)
 6. Apakah Saudara/I/Bapak/Ibu meminum obat-obat pada no.5 **hanya untuk mengobati satu macam keluhan penyakit**?
 - a. Ya, sebutkan keluhan yang diobati :
 - b. Tidak, sebutkan keluhan yang diobati :

Lampiran 23. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner (IV)

1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Kedua

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

Correlations

| | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Soal7 | Soal8 | Soal9 | Soal 10 | Total |
|-----------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|
| Soal1 Pearson Correlation | 1 | .309 | .351 | -.181 | .151 | .104 | .208 | .598* | .061 | .036 | .611 |
| Sig. (2-tailed) | | .174 | .119 | .434 | .514 | .652 | .366 | .004 | .792 | .877 | .003 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal2 Pearson Correlation | .309 | 1 | .027 | .138 | -.071 | .293 | .215 | .172 | -.204 | -.252 | .471 |
| Sig. (2-tailed) | .174 | | .906 | .550 | .761 | .197 | .350 | .455 | .374 | .270 | .031 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal3 Pearson Correlation | .351 | .027 | 1 | .111 | .208 | .236 | -.017 | .220 | .301 | .461 | .469 |
| Sig. (2-tailed) | .119 | .906 | | .631 | .365 | .302 | .940 | .339 | .185 | .035 | .032 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal4 Pearson Correlation | -.181 | .138 | .111 | 1 | .215 | .575** | .528 | -.117 | .292 | .411 | .500 |
| Sig. (2-tailed) | .434 | .550 | .631 | | .349 | .006 | .014 | .614 | .199 | .064 | .021 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal5 Pearson Correlation | .151 | -.071 | .208 | .215 | 1 | -.017 | .163 | .216 | .476 | .646** | .481 |
| Sig. (2-tailed) | .514 | .761 | .365 | .349 | | .942 | .481 | .347 | .029 | .002 | .027 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal6 Pearson Correlation | .104 | .293 | .236 | .575** | -.017 | 1 | .249 | .041 | .330 | .194 | .580* |
| Sig. (2-tailed) | .652 | .197 | .302 | .006 | .942 | | .277 | .859 | .144 | .400 | .006 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal7 Pearson Correlation | .208 | .215 | -.017 | .528 | .163 | .249 | 1 | .034 | .130 | .161 | .548 |
| Sig. (2-tailed) | .366 | .350 | .940 | .014 | .481 | .277 | | .883 | .574 | .487 | .010 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal8 Pearson Correlation | .598* | .172 | .220 | -.117 | .216 | .041 | .034 | 1 | .173 | .213 | .506 |
| Sig. (2-tailed) | .004 | .455 | .339 | .614 | .347 | .859 | .883 | | .454 | .353 | .019 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal9 Pearson Correlation | .061 | -.204 | .301 | .292 | .476 | .330 | .130 | .173 | 1 | .810 | .495 |
| Sig. (2-tailed) | .792 | .374 | .185 | .199 | .029 | .144 | .574 | .454 | | .000 | .022 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal 10 Pearson Correlation | .036 | -.252 | .461 | .411 | .646** | .194 | .161 | .213 | .810 | 1 | .514 |
| Sig. (2-tailed) | .877 | .270 | .035 | .064 | .002 | .400 | .487 | .353 | .000 | | .017 |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Total Pearson Correlation | .611 | .471 | .469 | .500 | .481 | .580 | .548 | .506 | .495 | .514 | 1 |
| Sig. (2-tailed) | .003 | .031 | .032 | .021 | .027 | .006 | .010 | .019 | .022 | .017 | |
| N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |

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

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

Keseluruhan butir soal memiliki nilai $p < \alpha$. Dengan demikian, kuesioner bagian kedua ini dapat dinyatakan valid.

(lanjutan)

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Cases | Valid | 21 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 21 | 100.0 |

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .661 | 10 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,661, maka kuesioner bagian kedua ini dapat dinyatakan reliabel.

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Bagian Ketiga

a) Uji Validitas

Hipotesis :

H_0 = tidak ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

H_1 = ada hubungan antara Soal1 - Soal10 dengan variabel total

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika $p > \alpha$, H_0 diterima dan kuesioner dinyatakan tidak valid.
- ii. Jika $p < \alpha$, H_0 ditolak dan kuesioner dinyatakan valid.

(lanjutan)

| | | Correlations | | | | | | |
|-------|---------------------|--------------|--------|-------|--------|---------|---------|--------|
| | | Soal1 | Soal2 | Soal3 | Soal4 | Soal5 | Soal6 | Total |
| Soal1 | Pearson Correlation | 1 | .795** | .331 | .331 | .222 | .222 | .710** |
| | Sig. (2-tailed) | | .000 | .143 | .143 | .333 | .333 | .000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal2 | Pearson Correlation | .795** | 1 | .447 | -.105 | -.132 | -.132 | .441* |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | | .042 | .650 | .567 | .567 | .046 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal3 | Pearson Correlation | .331 | .447 | 1 | -.105 | .331 | .331 | .564* |
| | Sig. (2-tailed) | .143 | .042 | | .650 | .143 | .143 | .008 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal4 | Pearson Correlation | .331 | -.105 | -.105 | 1 | .795** | .795** | .688** |
| | Sig. (2-tailed) | .143 | .650 | .650 | | .000 | .000 | .001 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal5 | Pearson Correlation | .222 | -.132 | .331 | .795** | 1 | 1.000** | .813** |
| | Sig. (2-tailed) | .333 | .567 | .143 | .000 | | .000 | .000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Soal6 | Pearson Correlation | .222 | -.132 | .331 | .795** | 1.000** | 1 | .813** |
| | Sig. (2-tailed) | .333 | .567 | .143 | .000 | .000 | | .000 |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |
| Total | Pearson Correlation | .710** | .441* | .564* | .688** | .813** | .813** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | .000 | .046 | .008 | .001 | .000 | .000 | |
| | N | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 | 21 |

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

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

Keseluruhan butir soal telah memiliki nilai $p < \alpha$. Dengan demikian, kuesioner bagian ketiga ini dapat dinyatakan valid.

b) Uji Reliabilitas

Cara pengambilan keputusan :

- i. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $> 0,600$, maka kuesioner dinyatakan reliabel.
- ii. Jika nilai *Cronbach's Alpha* $< 0,600$, maka kuesioner dinyatakan tidak reliabel.

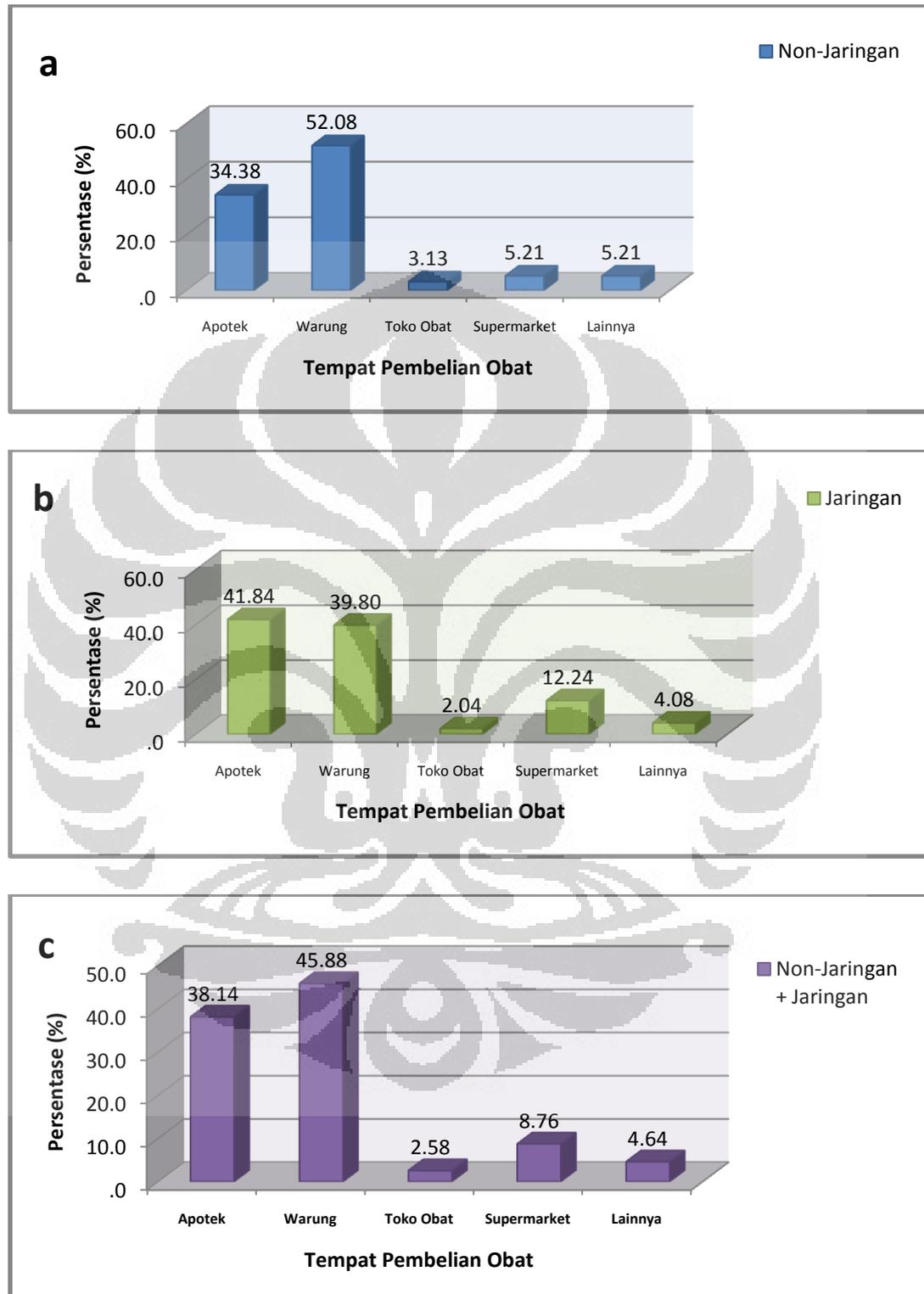
| Case Processing Summary | | | |
|-------------------------|-----------------------|----|-------|
| | | N | % |
| Cases | Valid | 21 | 100.0 |
| | Excluded ^a | 0 | .0 |
| | Total | 21 | 100.0 |

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

| Reliability Statistics | |
|------------------------|------------|
| Cronbach's Alpha | N of Items |
| .765 | 6 |

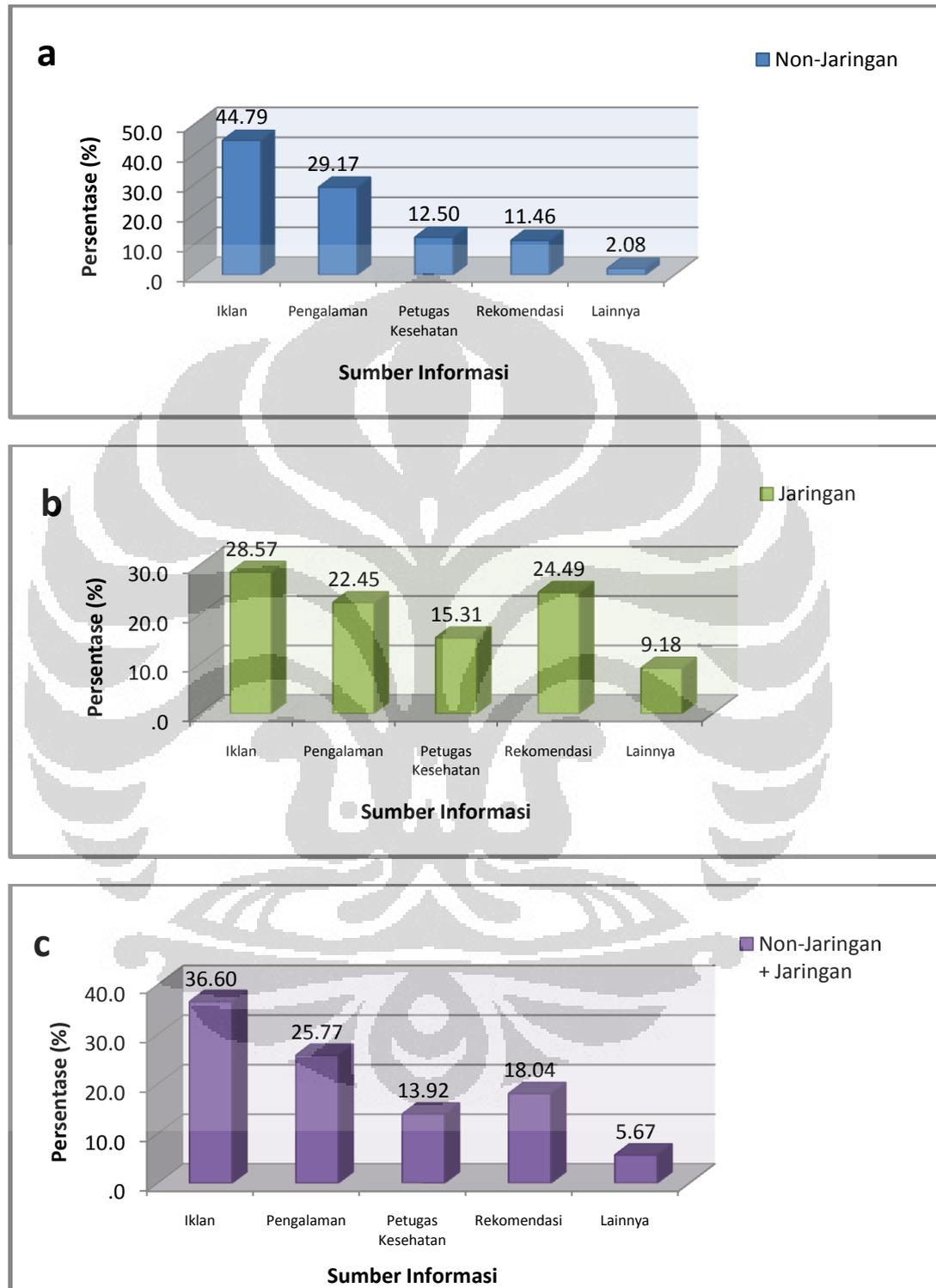
Nilai *Cronbach's Alpha* yang diperoleh adalah 0,765. Dengan demikian, kuesioner bagian ketiga ini dapat dinyatakan reliabel.

Lampiran 24. Grafik distribusi frekuensi tempat pembelian dari obat yang digunakan responden



Keterangan : a. Apotek non-jaringan; b. Apotek jaringan; c. Apotek non-jaringan + jaringan

Lampiran 25. Grafik distribusi frekuensi sumber informasi dari obat yang digunakan responden



Keterangan : a. Apotek non-jaringan; b. Apotek jaringan; c. Apotek non-jaringan + jaringan

Lampiran 26. Hasil uji normalitas data dengan uji Kolmogorov-Smirnov

A. Untuk Data Sosiodemografi

| Tests of Normality | | | |
|---------------------|---------------------------------|----|------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| Jenis Kelamin | .407 | 97 | .000 |
| Umur | .276 | 97 | .000 |
| Pendidikan Terakhir | .259 | 97 | .000 |
| Pekerjaan | .298 | 97 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

B. Untuk Data Tingkat Pengetahuan dan Rasionalitas Penggunaan Obat

| Tests of Normality | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----|------|
| | Kolmogorov-Smirnov ^a | | |
| | Statistic | df | Sig. |
| Tingkat Pengetahuan Pre-Test | .280 | 97 | .000 |
| Tingkat pengetahuan post-test | .463 | 97 | .000 |
| Rasionalitas Pre-Test | .458 | 97 | .000 |
| Rasionalitas post-test | .518 | 97 | .000 |

a. Lilliefors Significance Correction

Hipotesis:

- i. H_0 : data berdistribusi normal
- ii. H_1 : data tidak berdistribusi normal

Kriteria uji hipotesis :

- i. Jika nilai $p < 0,050$, H_0 ditolak.
- ii. Jika nilai $p > 0,050$, H_0 diterima

Kesimpulan :

Nilai p untuk semua data sosiodemografi, tingkat pengetahuan, dan rasionalitas penggunaan obat lebih kecil dari nilai α (0,050). Dengan demikian, data pada ketiga variabel tersebut tidak terdistribusi normal

Lampiran 27. Hasil uji homogenitas data dengan uji Levene

| Test of Homogeneity of Variances | | | | |
|----------------------------------|------------------|-----|-----|------|
| | Levene Statistic | df1 | df2 | Sig. |
| Tingkat Pengetahuan | 15.911 | 1 | 192 | .000 |
| Rasionalitas | 23.619 | 1 | 192 | .000 |

Hipotesis :

- i. H_0 : nilai variansi kedua variabel pada *pre-test* dan *post-test* sama
- ii. H_1 : nilai variansi kedua variabel pada *pre-test* dan *post-test* berbeda

Kriteria uji hipotesis :

- i. Jika nilai $p < 0,050$, H_0 ditolak
- ii. Jika nilai $p > 0,050$, H_0 diterima

Kesimpulan :

Nilai p untuk kedua variabel lebih kecil dari nilai α (0,050). Oleh karena itu, nilai varian dari variabel tingkat pengetahuan dan rasionalitas penggunaan obat, baik pada *pre-test* maupun *post-test*, berbeda (tidak homogen).

Lampiran 28. Hasil uji Wilcoxon untuk menyatakan pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan responden

| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
|--|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| Tingkat Pengetahuan Pre-Test - Tingkat pengetahuan post-test | Negative Ranks | 75 ^a | 39.29 | 2947.00 |
| | Positive Ranks | 2 ^b | 28.00 | 56.00 |
| | Ties | 20 ^c | | |
| | Total | 97 | | |

- a. Tingkat Pengetahuan Pre-Test < Tingkat pengetahuan post-test
 b. Tingkat Pengetahuan Pre-Test > Tingkat pengetahuan post-test
 c. Tingkat Pengetahuan Pre-Test = Tingkat pengetahuan post-test

| Test Statistics ^b | |
|-------------------------------|--|
| | Tingkat Pengetahuan Pre-Test - Tingkat pengetahuan post-test |
| Z | -7.715 ^a |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | .000 |

- a. Based on positive ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

• **Uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*)**

Hipotesis :

- i. H_0 : hasil *post-test* = hasil *pre-test*
- ii. H_1 : hasil *post-test* \neq hasil *pre-test*

Kriteria uji hipotesis :

- i. Jika nilai $p < 0,050$, H_0 ditolak
- ii. Jika nilai $p > 0,050$, H_0 diterima

• **Uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*)**

Hipotesis :

- i. H_0 : hasil *post-test* \leq hasil *pre-test*
- ii. H_1 : hasil *post-test* $>$ hasil *pre-test*

Kriteria uji hipotesis :

- i. Jika nilai $\frac{1}{2} p < 0,050$, H_0 ditolak
- ii. Jika nilai $\frac{1}{2} p > 0,050$, H_0 diterima

Kesimpulan :

Nilai p dan $\frac{1}{2} p$ adalah 0,000. Jadi, terdapat pengaruh yang bermakna dari pemberian edukasi terhadap peningkatan pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Lampiran 29. Hasil uji McNemar untuk menyatakan pengaruh edukasi terhadap rasionalitas penggunaan obat oleh responden

| Rasionalitas post-test & Rasionalitas Pre-Test | | |
|--|-----------------------|----------|
| Rasionalitas post-test | Rasionalitas Pre-Test | |
| | Tidak rasional | Rasional |
| Tidak rasional | 7 | 6 |
| Rasional | 19 | 65 |

| Test Statistics ^b | |
|------------------------------|--|
| | Rasionalitas post-test & Rasionalitas Pre-Test |
| N | 97 |
| Exact Sig. (2-tailed) | .015^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

- **Uji hipotesis dua sisi (*two-tailed test*)**

Hipotesis :

- H_0 : hasil *post-test* = hasil *pre-test*
- H_1 : hasil *post-test* \neq hasil *pre-test*

Kriteria uji hipotesis :

- Jika nilai $p < 0,050$, H_0 ditolak
- Jika nilai $p > 0,050$, H_0 diterima

- **Uji hipotesis satu sisi (*one-tailed test*) untuk sisi atas (*upper tailed*)**

Hipotesis :

- H_0 : hasil *post-test* \leq hasil *pre-test*
- H_1 : hasil *post-test* $>$ hasil *pre-test*

Kriteria uji hipotesis :

- Jika nilai $\frac{1}{2} p < 0,050$, H_0 ditolak
- Jika nilai $\frac{1}{2} p > 0,050$, H_0 diterima

Kesimpulan :

Nilai p adalah 0,015 dan nilai $\frac{1}{2} p$ adalah 0,0075. Jadi, terdapat pengaruh yang bermakna dari pemberian edukasi terhadap peningkatan rasionalitas penggunaan obat swamedikasi oleh responden.

Lampiran 30. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan tingkat pengetahuan responden

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 1.296 ^a | 2 | .523 | .591 | | |
| Likelihood Ratio | 1.971 | 2 | .373 | .544 | | |
| Fisher's Exact Test | .915 | | | .736 | | |
| Linear-by-Linear Association | .699 ^b | 1 | .403 | .514 | .273 | .128 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .74.

b. The standardized statistic is .836.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 33,3% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,736, maka tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Lampiran 31. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara umur dengan perubahan tingkat pengetahuan responden

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 10.888 ^a | 6 | .092 | .101 | | |
| Likelihood Ratio | 8.979 | 6 | .175 | .172 | | |
| Fisher's Exact Test | 7.728 | | | .188 | | |
| Linear-by-Linear Association | 4.078 ^b | 1 | .043 | .048 | .027 | .013 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 7 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .12.

b. The standardized statistic is 2.019.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara umur dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara umur dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 58,3% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,188, maka tidak ada hubungan antara umur dengan perubahan tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Lampiran 32. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan tingkat pengetahuan responden

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 6.200 ^a | 6 | .401 | .349 | | |
| Likelihood Ratio | 6.242 | 6 | .397 | .368 | | |
| Fisher's Exact Test | 7.682 | | | .350 | | |
| Linear-by-Linear Association | 1.822 ^b | 1 | .177 | .219 | .118 | .046 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 7 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .02.

b. The standardized statistic is 1.350.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
- ii. H_1 : ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.

α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 58,3% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,350, maka tidak ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Lampiran 33. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan responden

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 5.527 ^a | 8 | .700 | .573 | | |
| Likelihood Ratio | 6.836 | 8 | .554 | .530 | | |
| Fisher's Exact Test | 7.693 | | | .557 | | |
| Linear-by-Linear Association | .173 ^b | 1 | .677 | .704 | .362 | .041 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 10 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

b. The standardized statistic is .416.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan tentang swamedikasi.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 66,7% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,557, maka tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan tingkat pengetahuan responden tentang swamedikasi.

Lampiran 34. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 1.962 ^a | 2 | .375 | .391 | | |
| Likelihood Ratio | 2.076 | 2 | .354 | .391 | | |
| Fisher's Exact Test | 1.808 | | | .420 | | |
| Linear-by-Linear Association | 1.838 ^b | 1 | .175 | .203 | .126 | .069 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.23.

b. The standardized statistic is 1.356.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 33,3% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,420, maka tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi oleh responden.

Lampiran 35. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara umur dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 2.074 ^a | 6 | .913 | .936 | | |
| Likelihood Ratio | 2.335 | 6 | .886 | .931 | | |
| Fisher's Exact Test | 1.947 | | | .953 | | |
| Linear-by-Linear Association | .138 ^b | 1 | .710 | .799 | .404 | .094 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .37.

b. The standardized statistic is .371.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara umur dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara umur dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 66,7% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,953, maka tidak ada hubungan antara umur dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi oleh responden.

Lampiran 36. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 4.429 ^a | 6 | .619 | .543 | | |
| Likelihood Ratio | 6.022 | 6 | .421 | .409 | | |
| Fisher's Exact Test | 5.773 | | | .484 | | |
| Linear-by-Linear Association | 3.159 ^b | 1 | .076 | .101 | .050 | .024 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 7 cells (58.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

b. The standardized statistic is 1.777.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
- ii. H_1 : ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.

α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 58,3% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,484, maka tidak ada hubungan antara pendidikan terakhir dengan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi oleh responden.

Lampiran 37. Hasil uji mutlak Fisher untuk menyatakan hubungan antara pekerjaan dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat

| Chi-Square Tests | | | | | | |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|-------------------|
| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
| Pearson Chi-Square | 13.697 ^a | 8 | .090 | .104 | | |
| Likelihood Ratio | 10.174 | 8 | .253 | .244 | | |
| Fisher's Exact Test | 11.512 | | | .115 | | |
| Linear-by-Linear Association | 4.036 ^b | 1 | .045 | .047 | .025 | .006 |
| N of Valid Cases | 97 | | | | | |

a. 10 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .12.

b. The standardized statistic is 2.009.

Hipotesis :

- i. H_0 : tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
 - ii. H_1 : ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat.
- α : 0,050

Keterangan :

Terdapat 66,7% sel dengan nilai harapan kurang dari 5, sehingga syarat untuk uji kai kuadrat tidak terpenuhi. Oleh karena itu, hasil uji mutlak Fisher digunakan untuk penarikan kesimpulan. Nilai p dari uji mutlak Fisher menunjukkan nilai 0,115, maka tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan perubahan rasionalitas penggunaan obat dalam swamedikasi oleh responden.

Lampiran 38. Tabel rekapitulasi data sosiodemografi seluruh responden

| Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden | Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden |
|-----|----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|-----|----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|
| 1 | 1 | 1 | 4 | 5 | 5 | 2 | 1 | 40 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 2 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 | 1 | 41 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 3 | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 42 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 4 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 43 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 |
| 1 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 1 | 44 | 1 | 1 | 5 | 2 | 1 |
| 1 | 6 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 45 | 1 | 3 | 5 | 5 | 1 |
| 1 | 7 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 | 1 | 46 | 2 | 4 | 3 | 5 | 1 |
| 1 | 8 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 1 | 47 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 9 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 48 | 1 | 2 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 10 | 2 | 3 | 5 | 2 | 2 | 1 | 49 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 11 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 | 1 | 50 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 12 | 1 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 51 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 13 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 1 | 52 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 14 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 1 | 53 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 15 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 1 | 54 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 16 | 2 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 55 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 17 | 1 | 4 | 5 | 2 | 2 | 1 | 56 | 2 | 2 | 5 | 2 | 1 |
| 1 | 18 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 | 1 | 57 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 19 | 1 | 2 | 4 | 5 | 2 | 1 | 58 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 20 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 59 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 21 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 60 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| 1 | 22 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 61 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 |
| 1 | 23 | 1 | 4 | 5 | 5 | 2 | 1 | 62 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 |
| 1 | 24 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 63 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 |
| 1 | 25 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 1 | 64 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 26 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 65 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 27 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | 66 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 28 | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 | 1 | 67 | 1 | 4 | 4 | 5 | 2 |
| 1 | 29 | 1 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 68 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 30 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 | 1 | 69 | 1 | 1 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 31 | 2 | 1 | 4 | 5 | 2 | 1 | 70 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 32 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 1 | 71 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 33 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 72 | 2 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 34 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 1 | 73 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 35 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 1 | 74 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 |
| 1 | 36 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 75 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 |
| 1 | 37 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 76 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 38 | 1 | 1 | 4 | 5 | 1 | 1 | 77 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 39 | 1 | 3 | 3 | 5 | 2 | 1 | 78 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden | Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden |
|-----|-----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|-----|-----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|
| 1 | 79 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 119 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 |
| 1 | 80 | 2 | 1 | 3 | 5 | 2 | 2 | 120 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 81 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 121 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 82 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 122 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 83 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 123 | 1 | 2 | 4 | 5 | 2 |
| 1 | 84 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 124 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 85 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 125 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 86 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 126 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 87 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 127 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 |
| 1 | 88 | 2 | 1 | 4 | 5 | 2 | 2 | 128 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 89 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 129 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 90 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 130 | 2 | 1 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 91 | 1 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 131 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 92 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 132 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 1 | 93 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 133 | 2 | 3 | 3 | 5 | 2 |
| 1 | 94 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 134 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1 | 95 | 1 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 135 | 1 | 4 | 5 | 5 | 2 |
| 1 | 96 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 136 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 1 | 97 | 2 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 137 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 |
| 1 | 98 | 2 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 138 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 |
| 1 | 99 | 1 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 139 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 1 | 100 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 140 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| 1 | 101 | 1 | 3 | 4 | 2 | 1 | 2 | 141 | 2 | 1 | 4 | 1 | 2 |
| 1 | 102 | 1 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 | 142 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| 2 | 103 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 143 | 1 | 4 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 104 | 1 | 1 | 4 | 2 | 1 | 2 | 144 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 |
| 2 | 105 | 2 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 | 145 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 |
| 2 | 106 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 146 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 |
| 2 | 107 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 147 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 2 | 108 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 | 2 | 148 | 1 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 2 | 109 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 149 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 |
| 2 | 110 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 150 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 |
| 2 | 111 | 2 | 3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 151 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 2 | 112 | 2 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 152 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 113 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | 2 | 153 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 114 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | 2 | 154 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 |
| 2 | 115 | 2 | 1 | 4 | 4 | 2 | 2 | 155 | 2 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 2 | 116 | 1 | 2 | 4 | 5 | 2 | 2 | 156 | 1 | 2 | 5 | 2 | 2 |
| 2 | 117 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 157 | 1 | 2 | 3 | 5 | 1 |
| 2 | 118 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 2 | 158 | 1 | 2 | 5 | 5 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden | Apt | No | Jenis Kelamin | Umur | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan | Status Responden |
|-----|-----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|-----|-----|---------------|------|---------------------|-----------|------------------|
| 2 | 159 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 199 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 2 | 160 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 | 2 | 200 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 |
| 2 | 161 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 201 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 162 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 202 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 |
| 2 | 163 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | 2 | 203 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 |
| 2 | 164 | 1 | 4 | 5 | 5 | 2 | 2 | 204 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 165 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 205 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 |
| 2 | 166 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 | 2 | 206 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 |
| 2 | 167 | 1 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 207 | 1 | 3 | 5 | 5 | 2 |
| 2 | 168 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 169 | 1 | 3 | 5 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 170 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 171 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 172 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 173 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 174 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 175 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 176 | 2 | 3 | 5 | 3 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 177 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 178 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 179 | 1 | 2 | 5 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 180 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 181 | 2 | 1 | 5 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 182 | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 183 | 1 | 1 | 5 | 3 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 184 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 185 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 186 | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 187 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 188 | 1 | 1 | 5 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 189 | 1 | 1 | 4 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 190 | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 191 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 192 | 2 | 2 | 5 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 193 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 194 | 1 | 3 | 4 | 5 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 195 | 2 | 1 | 5 | 2 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 196 | 2 | 3 | 5 | 5 | 1 | | | | | | | |
| 2 | 197 | 2 | 1 | 5 | 2 | 2 | | | | | | | |
| 2 | 198 | 2 | 1 | 5 | 5 | 2 | | | | | | | |

Keterangan :**Apt : Apotek**

1 = Non-Jaringan

2 = Jaringan

Jenis Kelamin

1 = Laki-laki

2 = Perempuan

Umur

1 = 18-28 tahun

2 = 29-39 tahun

3 = 40-50 tahun

4 = 51-59 tahun

Pendidikan Terakhir

1 = Tidak tamat SD

2 = SD

3 = SMP

4 = SMA/ sederajat

5 = Perguruan Tinggi

Pekerjaan

1 = Tidak/belum kerja

2 = Karyawan

3 = Tenaga pengajar

4 = Mahasiswa

5 = Lainnya

Status Responden

1 = Inklusi

2 = Eksklusi

Lampiran 39. Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian kedua (*pre-test*) dari responden inklusi

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 4 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 1 | 5 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 1 | 7 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 10 | 50 | 1 |
| 1 | 8 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 9 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 10 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 11 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 1 | 12 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 13 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 14 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 15 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 16 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 17 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 18 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 11 | 55 | 1 |
| 1 | 19 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 20 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 21 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 1 | 22 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 1 | 23 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 1 | 24 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 25 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 26 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 27 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 1 | 28 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 29 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 30 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 31 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 32 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 33 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 34 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 35 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 1 | 36 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 37 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 38 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 39 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 1 | 40 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 41 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 42 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 43 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 44 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 45 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 14 | 70 | 2 |
| 1 | 46 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 47 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 1 | 48 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 49 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 50 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 51 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 52 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 53 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 8 | 40 | 1 |
| 2 | 54 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 55 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 56 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 57 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 58 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 59 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 60 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 12 | 60 | 1 |
| 2 | 61 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 62 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 63 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 2 | 64 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 65 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 9 | 45 | 1 |
| 2 | 66 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 67 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 2 | 68 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 69 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 70 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 9 | 45 | 1 |
| 2 | 71 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 72 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 73 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 74 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 75 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 13 | 65 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 2 | 76 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 100 | 3 |
| 2 | 77 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 12 | 60 | 1 |
| 2 | 78 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 79 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 2 | 80 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 81 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 82 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 2 | 83 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 84 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 85 | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 86 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 12 | 60 | 1 |
| 2 | 87 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 88 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 89 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 2 | 90 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 13 | 65 | 2 |
| 2 | 91 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 92 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 2 | 93 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 94 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 10 | 50 | 1 |
| 2 | 95 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 5 | 25 | 1 |
| 2 | 96 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 11 | 55 | 1 |
| 2 | 97 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 70 | 2 |

Keterangan :**Apt : Apotek**

1 = Non-jaringan

2 = Jaringan

Penilaian jawaban

2 = Benar

1 = Salah

0 = Tidak tahu

Status

1 = Buruk

2 = Sedang

3 = Baik

Lampiran 40. Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian kedua (*post-test*) dari responden inklusi

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 100 | 3 |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 5 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 8 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 9 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 12 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 14 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 15 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 16 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 17 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 19 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 20 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 21 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 22 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 23 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 25 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 26 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 27 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 28 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 29 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 30 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 31 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 32 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 33 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 34 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 35 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 1 | 36 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 37 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 38 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 39 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 40 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 41 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 42 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 43 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 1 | 44 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 1 | 45 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 46 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 1 | 47 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 1 | 48 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 49 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 50 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 51 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 52 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 53 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 54 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 55 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 56 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 57 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 58 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 59 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 60 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 61 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 62 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 14 | 70 | 2 |
| 2 | 63 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 64 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 65 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 66 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 67 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 68 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 69 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 70 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 71 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 72 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 73 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 74 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 75 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 14 | 70 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Soal | | | | | | | | | | Skor | % Skor | Status |
|-----|--------------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 2 | 76 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 77 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 78 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 79 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 80 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 81 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 82 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 83 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 84 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 85 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 20 | 100 | 3 |
| 2 | 86 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 87 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 88 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 89 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 17 | 85 | 3 |
| 2 | 90 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 19 | 95 | 3 |
| 2 | 91 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 92 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 93 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 94 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 16 | 80 | 2 |
| 2 | 95 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 15 | 75 | 2 |
| 2 | 96 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |
| 2 | 97 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 18 | 90 | 3 |

Keterangan :**Apt : Apotek**

1 = Non-jaringan

2 = Jaringan

Penilaian jawaban

2 = Benar

1 = Salah

0 = Tidak tahu

Status

1 = Buruk

2 = Sedang

3 = Baik

Lampiran 41. Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian ketiga (*pre-test*) dari responden inklusi

| Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status | Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status |
|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 37 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 38 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 40 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 42 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 43 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 44 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 45 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 46 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 47 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 50 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 15 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 51 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 52 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 53 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 18 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 55 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 56 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 21 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 57 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 22 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 1 | 2 | 58 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 59 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 60 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 |
| 1 | 25 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 61 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 |
| 1 | 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 62 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 27 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 63 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 64 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 65 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 30 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 66 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 31 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 2 | 67 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 |
| 1 | 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 68 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 4 | 1 |
| 1 | 33 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 69 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 70 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 35 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 71 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 36 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 72 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status |
|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 2 | 73 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 74 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 75 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 76 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 77 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 78 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 79 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 80 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 81 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 82 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 83 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 84 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 85 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 86 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 87 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 88 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 89 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 90 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 |
| 2 | 91 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 92 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 93 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 94 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 95 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 96 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 97 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |

Keterangan :**Apt : Apotek**

1 = Non-jaringan

2 = Jaringan

Kriteria

1 = Ketepatan pemilihan obat

2 = Ketepatan dosis obat

3 = Tidak adanya efek samping obat

4 = Tidak adanya kontraindikasi

5 = Tidak adanya interaksi obat

6 = Tidak adanya polifarmasi

Nilai untuk kriteria 1 & 2

0 = Tidak tepat

1 = Tepat

Nilai untuk kriteria 3, 4, 5, & 6

0 = Ada

1 = Tidak ada

Status

1 = Tidak rasional

2 = rasional

Lampiran 42. Tabel rekapitulasi hasil penilaian kuesioner bagian ketiga (*post-test*) dari responden inklusi

| Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status | Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status |
|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 37 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 38 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 39 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 40 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 41 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 42 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 43 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 44 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 9 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 45 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 46 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 11 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 47 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 1 | 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 49 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 14 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 50 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 15 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 51 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 16 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 52 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 53 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 54 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 19 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 55 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 56 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 21 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 | 2 | 57 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 58 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 23 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 59 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 24 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 60 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 | 1 |
| 1 | 25 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 61 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 26 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 62 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 27 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 63 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 1 | 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 64 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 65 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 30 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 66 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 31 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 | 2 | 67 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 32 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 68 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 33 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 69 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 34 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 70 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 35 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 71 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 1 | 36 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 | 2 | 72 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |

(lanjutan)

| Apt | No Responden | Kriteria | | | | | | Skor | Status |
|-----|--------------|----------|---|---|---|---|---|------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 2 | 73 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 74 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 75 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 76 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 77 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 78 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 79 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 80 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 81 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 82 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 83 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 84 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 85 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 86 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 87 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 88 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 89 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 90 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 91 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 92 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 93 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 94 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| 2 | 95 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 96 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| 2 | 97 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |

Keterangan :**Apt : Apotek**

1 = Non-jaringan

2 = Jaringan

Kriteria

1 = Ketepatan pemilihan obat

2 = Ketepatan dosis obat

3 = Tidak adanya efek samping obat

4 = Tidak adanya kontraindikasi

5 = Tidak adanya interaksi obat

6 = Tidak adanya polifarmasi

Nilai untuk kriteria 1 & 2

0 = Tidak tepat

1 = Tepat

Nilai untuk kriteria 3, 4, 5, & 6

0 = Ada

1 = Tidak ada

Status

1 = Tidak rasional

2 = rasional

Lampiran 43. Tabel daftar produk obat keras yang digunakan responden pada swamedikasi

| No. | Nama Obat | Komposisi | Tujuan Penggunaan |
|-----|-------------------------|--|--|
| 1. | Amoxicillin | Amoxicillin trihidrat | Pengobatan keluhan batuk, bersamaan dengan obat batuk dari golongan obat bebas |
| 2. | Lanacol [®] | Tiamfenikol | Pengobatan sakit <i>maag</i> |
| 3. | FG Troches [®] | Fradiomycin sulfat 2,5 mg, gramicidin-S HCl 1 mg | Pengobatan sakit tenggorokan yang menyertai batuk |

