

132
FAR

LAP. PEN/1/4/88

L A P O R A N P E N E L I T I A N
P E N G G U N A A N G E A T P R O G R A M B E R S A M A
I D I - I S F I - P D G I - G F F A R M A S I
O L E H F A R A D O K T E R D I D K I J A K A R T A

P U S L I T B A N G F A R M A S I
B A D A N L I T B A N G K E S E H A T A N
D E P A R T E M E N K E S E H A T A N R I

1989

L A P O R A N P E N E L I T I A N
P E N G G U N A A N G E A T P R O G R A M B E R S A M A
I D I - I S F I - P D G I - G F F A R M A S I
O L E H P A R A D O K T E R D I D K I J A K A R T A

P U S L I T B A N G F A R M A S I
B A D A N L I T B A N G K E S E H A T A N
D E P A R T E M E N K E S E H A T A N R I .

1989

SUSUNAN TIM PENELITIAN

Ketua pelaksana	:	Drs.Sarjaini Jamal MSPH.
Peneliti utama	:	-
Anggota peneliti	:	-
Pembantu peneliti	:	-
Pembantu administrasi	:	-
Konsultan penelitian	:	Drg.Jaslis Iljas MPH.
		Dr.Hendrik M Taurany MPH.
		DR.Purnawan Djunaidi
		Dr.Yosephine M Sapri SKM.
		Drs.H.Abdullah Nawawi SKM.
Peneliti daerah	:	-

RINGKASAN EKSEKUTIF

Sarjaini Jamal

Penggunaan Obat Program Bersama IDI-ISFI-PDGI-GP Farmasi Oleh Para Dokter Di DKI Jakarta.

xiii + 140 halaman, 34 tabel, 9 lampiran

Penelitian ini menunjukkan deskripsi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta, disamping menyelusuri juga faktor-faktor yang berpengaruh pada penggunaannya.

Metodologi penelitian menggunakan pendekatan perilaku dengan mengambil, "PRECEDE frame work" dari Green (1980) sebagai dasar kerangka konseptual.

Penelitian ini dilakukan pada awal 1989 dengan mewawancarai 231 orang dokter praktek dengan rincian 120 orang dokter umum, 44 orang dokter spesialis dan 67 orang dokter gigi yang tersebar di lima Wilayah DKI Jakarta. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data adalah kuesioner yang telah diuji sebelumnya. Tiap dokter/dokter gigi yang terpilih sebagai responden didatangi oleh peneliti. Responden yang tak berhasil diwawancarai setelah dikunjungi tiga kali diganti dengan responden cadangan yang telah disiapkan sebelumnya.

Hasil penelitian menunjukkan 15 obat DOPB yang banyak digunakan oleh dokter praktek di DKI Jakarta, antara lain adalah :

Antalgin 500 mg tablet, Ampisillina 500 mg kaplet, Tetrasiklin 250 mg kapsul dan CTM 4 mg tablet. Disamping itu juga diketahui bahwa tingkat penggunaan obat DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta masih sangat rendah, yaitu baru meliputi kurang dari 9 orang pasien sebulan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta adalah:

1. Pengetahuan dokter tentang program obat DOPE
2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB
3. Kebiasaan dokter menuliskan obat paten dan generik dalam resep
4. Status kepegawaian dokter
5. Tempat kerja dokter pagi hari
6. Kelas sosial pasien

Disamping itu penelitian, mengemukakan pula beberapa saran untuk peningkatan penggunaan obat DOPB dimasa yang akan datang, yaitu:

1. Agar obat DOPB ditambah sehingga mencakup spektrum penyakit yang lebih luas
2. Agar obat-obat itu disediakan di seluruh apotek
3. Agar diberikan informasi yang lebih luas tentang obat-obat tersebut kepada dokter praktek dan masyarakat lain.

Dalam upaya memasyarakatkan obat DOPB telah disusun suatu konsep ,,sosial marketing'' obat DOPE, yang dapat mengidentifikasi faktor-faktor perilaku yang berkaitan dengan penggunaan obat DOPB oleh masyarakat, baik yang menghambat maupun yang mendorong serta cara mengatasinya.

Daftar kepustakaan : 17 (1957 - 1986)

Daftar lampiran : 9 buah

Klasifikasi :

ABSTRAK

Sebagai salah satu alternatif dalam mengatasi keluhan masyarakat tentang mahalnnya harga obat, telah diadakan program bersama antara IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi untuk menyediakan sejumlah obat esensial yang banyak digunakan bagi masyarakat kurang mampu di daerah perkotaan. Terdapat 50 items obat yang disusun dalam satu daftar yang disebut daftar obat program bersama (DOPB) dengan kualitas terjamin dan harga yang terjangkau oleh masyarakat banyak. Obat-obat itu disediakan di Apotek-Apotek dan dapat dibeli bebas atau menggunakan resep dokter bagi obat-obat keras.

Setelah berjalan beberapa tahun ternyata obat-obat tersebut kurang laku dan sedikit sekali para dokter yang menuliskannya dalam resep. Banyak faktor yang menyebabkan kenapa kurang suksesnya program DOPB ini di DKI Jakarta. Untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh serta deskripsi penggunaan obat DOPB di DKI Jakarta, telah dilakukan penelitian „Penggunaan Obat Program Bersama IDI - ISFI, PDGI dan GP Farmasi Oleh Para Dokter di DKI Jakarta” tahun 1989. Data dikumpulkan dengan menanyai 231 Orang dokter/dokter gigi yang praktek sore hari di daerah tersebut. Responden dipilih secara acak yang kemudian dibagi secara proporsional sesuai dengan jumlah masing-masing dokter di tiap wilayah DKI Jakarta.

Ternyata sebanyak 58,9 % responden menjawab pernah menggunakan obat DOPB, yang sering menggunakan sebanyak 3 % dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB. Disamping itu para dokter dengan status pegawai negeri, yang bekerja pagi hari di Dep. Kesehatan/unitnya, yang pernah dikirim blanko resep DOPB, yang pernah mendiskusikannya de -

ngan teman sejawat/orang lain,yang sering baca/dengar tentang DOPB dan yang biasa menuliskan obat dalam resep dengan nama generik serta pernah menawarkan obat DOPB pada pasien,adalah kelompok terbanyak menggunakan obat DCPB.Juga melalui penelitian ini dapat diketahui bahwa dokter umum kebanyakan tidak ragu dengan khasiat obat DOPE dan termasuk kelompok yang banyak menggunakan obat tersebut.

Ada 15 obat yang banyak digunakan oleh para dokter yang praktek di DKI Jakarta,diantaranya adalah Antalgin tablet 500 mg,Ampisilina kaplet 500 mg,Tetrasiklin kapsul 250 mg,CTM tablet 4 mg dan Parasetamol tablet 500 mg.

Beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB para dokter di DKI Jakarta adalah:Pengetahuan dokter tentang DOPB,Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB,kebiasaan dokter menulis obat dalam resep,status kepegawaian dokter,tempat kerja dokter pagi hari serta kemampuan ekonomi pasien.

Beberapa saran telah diusulkan oleh penelitian ini dalam upaya meningkatkan penggunaan obat tersebut dimasa datang antara lain agar dimanfaatkan dan ditingkatkannya dukungan sosial serta faktor-faktor yang mendorong penggunaan obat DCPB dan sejenisnya oleh para dokter dan masyarakat.

D A F T A R I S I

Halaman

DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
 BAB 1. PENDAHULUAN	 1
1.1. Latar belakang masalah	1
1.2. Masalah penelitian	5
1.3. Tujuan	6
1.3.1. Umum	6
1.3.2. Khusus	6
1.4. Manfaat penelitian	7
 BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	 8
2.1. Penggunaan obat di Indonesia	8
2.2. Ciri pelayanan kesehatan di kota besar	11
2.3. Program Kerjasama Organisasi IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi	 13
2.4. Daftar Obat Program Bersama (DOPB)	17
2.5. Dokter sebagai pengguna obat DOPE	20
2.6. Gambaran umum dan populasi dokter praktek di DKI Jakarta	 22
2.7. Teori perilaku	25
2.7.1. Pengertian perilaku	25
2.7.2. Pembentukan perilaku	26
2.7.3. Pengaruh lingkungan terhadap perilaku	27
2.7.4. Faktor-faktor dibalik perilaku	28
2.7.5. Proses perubahan perilaku	30
 BAB 3. KERANGKA KONSEPSIONAL	 34
3.1. Kerangka konsep	34
3.2. Hipotesa	38
3.3. Definisi operasional	38
3.3.1. Variabel terikat	38
3.3.2. Variabel bebas	39

	Halaman
3.3.2.1. Kebiasaan dokter	39
3.3.2.2. Pengetahuan dokter terhadap DOPB	40
3.3.2.3. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB	41
3.3.2.4. Kelas sosial pasien	42
3.3.2.5. Latar belakang pribadi dokter	45
3.3.2.5.1. Umur dokter	45
3.3.2.5.2. Status kepegawaian dokter ..	45
3.3.2.5.3. Tempat kerja dokter pagi hari	46
3.3.2.5.4. Status perguruan tinggi/Alma- mater dokter	46
3.3.2.5.5. Lama bekerja sebagai dokter. -	46
3.3.2.5.6. Jumlah pasien sebulan	46
3.3.2.5.7. Keahlian dokter/spesialisasi	47
3.3.3. Tingkat penggunaan obat DOPB oleh dokter di DKI Jakarta	47
3.3.3.1. Kesesuaian isi DOPB dengan obat kebutu- han dokter praktek	47
3.3.3.2. Permintaan pasien akan obat DOPB	48
3.3.3.3. Jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB satu bulan	50
BAB 4. METODOLOGI	51
4.1. Rancangan penelitian	51
4.2. Besar dan cara pengambilan sampel	51
4.3. Alat pengumpul data	55
4.4. Cara pengumpulan data	55
4.5. Pengolahan dan analisa data	55
4.5.1. Analisa distribusi	57
4.5.1.1. Modus (M_o)	57
4.5.1.1. Analisa persentase	57
4.5.2. Analisa hubungan	58
4.5.2.1. Koefisien Goodman Kruskal G (γ)...	59
4.5.2.2. Uji Chi-square (χ^2)	61
BAB 5. HASIL PENELITIAN	63
5.1. Pelaksanaan penelitian	63
5.2. Kualitas data	66

5.3.Karakteristik dokter yang menggunakan obat DOPB	
dan distribusinya	67
5.3.1.Umur dokter	67
5.3.2.Lama jadi dokter	69
5.3.3.Status perguruan tinggi/Almamater dokter ...	70
5.3.4.Status kepegawaian dokter	70
5.3.5.Tempat kerja dokter pagi hari	71
5.3.6.Tempat kerja dokter sore hari	72
5.3.7.Tarif dokter	73
5.3.8.Jumlah pasien sebulan rata-rata	74
5.3.9.Pernah menerima blanko resep DOPB	76
5.3.10.Pernah membaca dan mendengar tentang program DOPB	76
5.3.11.Diskusi tentang DOPB dengan sejawat/orang lain	77
5.3.12.Penawaran DOPB pada pasien	78
5.3.13.Kebiasaan dokter menuliskan obat dalam resep	79
5.3.14.Jumlah dokter yang menggunakan obat DOPB ...	81
5.3.15.Banyak pasien yang meminta obat DOPB pada dokter selama sebulan	82
5.3.16.Banyak pasien yang mendapatkan obat DOPB dari dokter selama sebulan	83
5.3.17.Kepercayaan dokter terhadap khasiat obat DOPB	84
5.3.18.Penilaian dokter terhadap penampilan obat DOPB	85
5.3.19.Kekhawatiran dokter atas penerimaan pasien terhadap obat DOPB	86
5.4.Jenis obat DOPB yang banyak digunakan para dokter praktek di DKI Jakarta	88
5.5.Saran dokter untuk peningkatan program DOPB	90
5.5.1. Saran tentang peningkatan sarana	90
5.5.2. Saran tentang penambahan jenis obat	92

5.6. Analisa hubungan antara penggunaan obat-obat DOPB oleh dokter dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya	95
5.6.1. Pengetahuan dokter tentang program bersama dengan penggunaan obat DOPB	96
5.6.2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB dengan penggunaan obat DOPB	98
5.6.3. Kebiasaan dokter menuliskan obat dalam resep dengan penggunaan obat DOPB	100
5.6.4. Kelas sosial pasien dengan penggunaan obat DOPB	102
5.6.5. Latar belakang pribadi dokter dengan penggunaan obat DOPB	104
5.6.5.1. Status perguruan tinggi/Almamater dokter.....	104
5.6.5.2. Status kepegawaian	106
5.6.5.3. Tempat kerja dokter pagi hari	107
BAB 6. PEMBAHASAN	110
6.1. Kerangka pembahasan	110
6.2. Keterbatasan penelitian	110
6.2.1. Keterbatasan ,,cross sectional survey''	110
6.2.2. Keterbatasan terhadap jumlah sampel	111
6.2.3. Keterbatasan terhadap kepustakaan	112
6.2.4. Keterbatasan terhadap hasil penelitian	112
6.3. Pembahasan tentang hasil penelitian	114
6.3.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh dokter	114
6.3.1.1. Kebiasaan dokter menulis resep	114
6.3.1.2. Pengetahuan dokter tentang program DOPB	115
6.3.1.3. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB	117
6.3.1.4. Kelas sosial pasien	119
6.3.1.5. Latar belakang pribadi dokter	120
6.3.1.5.1. Status perguruan tinggi/Almamater	120

6.3.1.5.2. Status kepegawaian dokter...	121
6.3.1.5.3. Tempat kerja dokter pagi hari	122
6.3.1.5.4. Umur dokter	123
6.3.1.5.5. Lama jadi dokter	124
6.3.1.5.6. Jenis dokter	124
6.3.1.5.7. Tempat kerja dokter sore hari	125
6.3.1.5.8. Jumlah pasien satu bulan terakhir	125
6.3.2. Tingkat penggunaan obat DOPB di DKI Jakarta	126
6.3.2.1. Banyak dokter yang menggunakan obat DOPB	126
6.3.2.2. Banyak pasien yang mendapatkan obat DOPB	126
6.3.2.3. Banyak pasien yang minta obat DOPB pada dokter sebulan terakhir	127
6.3.2.4. Kesesuaian obat-obat DOPB dengan kebu- tuhan dokter	127
6.4. Pembahasan tentang memasyarakatkan penggunaan obat DOPB	130
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	136
7.1. Kesimpulan	136
7.1.1. Karakteristik dokter yang banyak menggunakan obat DOPB	136
7.1.2. Jenis obat DOPB yang banyak digunakan oleh para dokter di DKI Jakarta	137
7.1.3. Beberapa saran dari para dokter di DKI Jakarta tentang program DOPB	137
7.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB	138
7.1.5. Alternatif peningkatan penggunaan obat DOPB	138
7.2. Saran penelitian	139
KEPUSTAKAAN	141
LAMPIRAN	143

DAFTAR TABEL

Halaman

2.1. Distribusi praktek dokter di DKI Jakarta, dibedakan atas Wilayah dan keahlian	24
5.2. Distribusi responden menurut wilayah dan jenis/keahlian dokter	65
5.3. Distribusi penggunaan obat DOPB berdasarkan kelompok umur dokter	68
5.4. Distribusi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter, dibedakan menurut lama jadi dokter	69
5.5. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut status perguruan tinggi/almamater	70
5.6. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut status kepegawaian dokter	71
5.7. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut tempat kerja dokter pagi hari	72
5.8. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut tempat kerja dokter sore hari	73
5.9. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut tarif kunjungan	74
5.10. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut kelompok jumlah pasien sebulan terakhir ..	75
5.11. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut pernah/tidak pernah dikirim blanko resep DOPB	76
5.12. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut sering, kadang-kadang, tak pernah mendengar dan membaca informasi tentang program DOPB	77
5.13. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut pernah mendiskusikan dengan sejawat/orang lain	78
5.14. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter, dibedakan menurut pernah menawarkan obat tersebut pada pasien	79
5.15. Distribusi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter, dibedakan menurut kebiasaan menuliskan obat paten dalam resep	80
5.16. Distribusi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter menurut kebiasaan menuliskan campuran obat paten dan generik dalam resep	81

5.17. Distribusi penggunaan obat DOPB dikalangan dokter, dibedakan menurut jenis/keahlian dokter	82
5.18. Distribusi pasien yang meminta obat DOPB pada dokter, dibedakan menurut jenis/keahlian dokter	83
5.19. Distribusi pasien yang mendapatkan obat DOPB dari dokter selama bulan Desember 1988	84
5.20. Distribusi tingkat kepercayaan dokter terhadap khasiat obat DOPB, dibedakan menurut jenis dokter	85
5.21. Distribusi tingkat penilaian dokter terhadap penampilan obat DOPB, dibedakan menurut jenis dokter	86
5.22. Distribusi tingkat kekhawatiran dokter atas penerimaan pasien terhadap obat DOPB	87
5.23. Distribusi penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta	88
5.24. Distribusi saran-saran dokter di DKI Jakarta untuk peningkatan program obat DOPB	91
5.25. Daftar obat-obat yang diusulkan ditambahkan pada DOPB	93
5.26. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan pengetahuan dokter tentang program DOPB	98
5.27. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan tingkat kepercayaan dokter pada kualitas obat DOPB	99
5.28. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan kebiasaan menuliskan obat paten dalam resep ...	101
5.29. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan kebiasaan menuliskan obat pada resep dalam bentuk campuran nama paten dan generik	102
5.30. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan kelas sosial pasien	104
5.31. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan status perguruan tinggi/almamater dokter	105
5.32. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan status kepegawaian dokter	107
5.33. Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan tempat kerja dokter pagi hari	108
5.34. Hasil uji statistik non parametrik beberapa variabel independen yang tidak mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh dokter	109

DAFTAR LANPIRAN

1. Alur pengadaan obat di Indonesia
2. Resep program bersama IDI-ISFI-PDGI-GP farmasi (DOPB)
3. Daftar harga obat program bersama (DOPB)
4. Daftar pertanyaan penelitian/Kuesioner
5. Rekomendasi dari Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI)
6. Rekomendasi dari Ikatan Dokter Indonesia (IDI)
7. Izin dari Pemda DKI Jakarta
8. Konsep sosial marketing obat DOPB
9. Hasil uji statistik nonparametrik beberapa variabel independen yang tidak mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh dokter

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Hampir seluruh obat jadi yang diperlukan sudah dibuat di Indonesia tetapi 90% bahan bakunya masih diimpor (1). Hal ini menyebabkan harga bahan baku obat tersebut tetap tinggi karena:

- Harga cenderung naik mengikuti nilai tukar mata uang asing tertentu (US.dollar, DM., dan Yen).
- Adanya penguasaan perdagangan oleh beberapa perusahaan multy national di Luar Negeri, menyebabkan terjadinya perbedaan harga yang cukup menyolok atas beberapa bahan baku obat.
- Tarif impor cukup tinggi untuk bahan baku tertentu.
- Banyaknya izin yang diperlukan untuk bahan baku (Dep. Perdagangan, Dep. Kesehatan dan Dep. Keuangan) cenderung menimbulkan praktek ekonomi biaya tinggi dalam pemasukan bahan baku obat di Indonesia.
- Tingkat suku bunga bank yang cukup tinggi.

Setelah berbentuk obat jadi, karena adanya berbagai merk/ patent, kemasan yang beraneka ragam, promosi/iklan dan jalur distribusi yang cukup panjang, dimana semuanya

(1). Sirait, Midian, Kebijakan dan langkah-langkah operasional Dit. Jen Pengawasan Obat dan Makanan, Raker. Tugu Bogor, Desember 1979.

memerlukan tambahan biaya, menyebabkan harga obat sampai pada konsumen semakin jauh dari jangkauan masyarakat yang berpenghasilan rendah. (Alur pengadaan obat di Indonesia dapat dilihat pada lampiran 1).

Keluhan tentang mahalnya harga obat ini pada akhir tahun 1986 dan awal 1987 banyak disoroti masyarakat melalui media massa.

Menanggapi keluhan-keluhan tersebut Departemen Kesehatan melalui Direktur Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan (POM) telah membentuk Team Pengkajian Harga Obat dan Kerasionalan Penggunaan Obat. Team ini beranggotakan wakil-wakil dari Organisasi Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia (ISFI), Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) dan Gabungan Pengusaha Farmasi (GP Farmasi) disamping wakil Dit.Jen. POM. Team ini secara sepakat telah mengusulkan banyak hal diantaranya adalah rasionalitas penulisan resep oleh Dokter dan usaha peningkatan penyampaian informasi yang efektif dan seimbang pada "Health provider" maupun pada "Health consumer" serta perlunya dikembangkan hubungan yang serasi antara Dokter, pasien dan Apoteker.

Untuk mencapai sasaran tersebut telah diambil langkah-langkah oleh organisasi profesi dan asosiasi yang terkait bersama Pemerintah. Penggunaan Daftar Obat Program Bersama (DOPB) yang telah ditandatangani oleh wakil-wakil dari IDI,

ISFI, PDGI dan GP Farmasi merupakan salah satu dari langkah-langkah tersebut. Program ini merupakan pula salah satu bentuk sumbangan profesi tentang bagaimana menjadikan harga obat dapat terjangkau oleh semua penduduk terutama bagi masyarakat berpenghasilan rendah di daerah perkotaan dalam keterbatasan sumber daya yang tersedia. Dengan demikian perbedaan tingkat ekonomi mampu dan tidak mampu tidak lagi menjadi penghambat bagi seseorang di daerah perkotaan mendapatkan Pelayanan Praktek Profesi Dokter dan Pelayanan Obat melalui Apotek sewaktu sakit.

Ditilik dari segi penawaran dan permintaan, pelayanan kesehatan merupakan suatu transaksi pelayanan jasa antara "health provider" dan "health consumer" yang melibatkan jasa medis, obat dan kemampuan untuk membayar sejumlah uang.

Khusus dalam pemilihan obat yang akan digunakan untuk mengobati penyakit yang diderita pasien, dinilai peranan seorang dokter sangat menentukan. Diperlukan berbagai pertimbangan atas tingkat penyakit yang diderita, teknologi yang tersedia, obat yang berkhasiat, harga obat dan kemampuan pasien untuk membayar, sebelum suatu keputusan medis diambil oleh dokter. Dalam hal ini peranan pasien tidak terlalu mencolok karena keterbatasan pengetahuan tentang penyakit serta adanya dorongan ingin lebih cepat sembuh dan cenderung menerima. Demikian juga peran apotek dinilai tak begitu kuat karena umumnya sepanjang ada permintaan dari dokter dan pasien mampu membayarnya suatu

obat akan selalu disediakan

Mahal atau murahnya biaya obat yang harus dibayar oleh seseorang pasien sangat tergantung pada pemilihan obat oleh dokter yang mengobatinya. Umumnya obat-obat paten lebih mahal dibandingkan obat generik/esensial/DOPB.

Salah satu cara mengatasi sementara keluhan masyarakat terhadap mahalnya harga obat adalah mengadakan program kerja sama organisasi profesi dokter (IDI), apoteker (IFSI), dokter gigi (PDGI) dan Pengusaha Farmasi (GP. Farmasi). Untuk maksud tersebut pemerintah melalui PT Kimia Farma dan Indo Farma telah mendistribusikan sebanyak 50 jenis obat ke apotek-apotek di DKI Jakarta sejak bulan Oktober 1986. Informasi tentang itu telah disebar-luaskan melalui TVRI, Berita IDI, Varia Farmasi. Blanko resep program bersama telah dibagikan kepada dokter.

Dari pengamatan pendahuluan di suatu apotek di Jakarta Selatan sejak bulan Februari sampai Agustus 1987 ditemukan bahwa hanya 12 macam obat diantara 50 jenis obat tersebut yang pernah ditulis oleh dokter dalam resep. Demikian juga berdasarkan hasil pembicaraan dengan beberapa orang dokter dapat disimpulkan bahwa program bersama ini belum mencapai sasaran yang diharapkan. Hal ini diperkuat oleh pernyataan ketua umum PB IDI bahwa resep DOPB hanya berjumlah 3% dari

resep-resep yang masuk ke Apotek (2). Pengamatan selanjutnya menunjukkan bahwa beberapa Apotek sudah ada yang mengembalikan sebagian dari obat-obat DOPE yang tidak laku ke Kimia Farma.

Untuk mengetahui bagaimana penggunaan DOPE oleh para dokter serta saran-sarannya dalam rangka evaluasi dan penyempurnaannya perlu dilakukan suatu penelitian.

Penelitian ini dilakukan di DKI Jakarta mengingat daerah ini telah digunakan sebagai tempat uji coba program tersebut sejak bulan Oktober 1986.

1.2. Masalah Penelitian

DOPE yang digunakan sebagai salah satu strategi dan sumbangan profesi yang terlibat dalam pelayanan kesehatan dalam upaya mengatasi mahalnnya harga obat patent agar dapat terjangkau oleh masyarakat berpenghasilan rendah di daerah perkotaan nampaknya kurang populer dan kurang diminati oleh para dokter di DKI Jakarta.

Masalah ini dapat diformulasikan dalam beberapa pertanyaan berikut :

1. Kenapa dokter di DKI Jakarta tidak banyak menggunakan obat-obat DOPE bagi pasiennya.

(2). Muhamad, Kartono, Obat Programn Bersama, Suara Karya, 27 Oktober 1988, halaman 4.

2. Kenapa hanya sedikit jenis obat DOPB yang ditulis oleh para dokter di DKI Jakarta dalam resep.
3. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi dokter di DKI Jakarta menggunakan obat-obat DOPB bagi pasiennya.
4. Bagaimana karakteristik dokter yang menggunakan obat-obat DOPB.

1.3. Tujuan

1.3.2. Umum

Mengetahui pelaksanaan program DOPB oleh dokter di DKI Jakarta, beberapa faktor yang mempengaruhi dan alternatif peningkatan penggunaannya.

1.3.3. Khusus

1. Diperolehnya informasi jenis obat DOPB yang banyak digunakan oleh para dokter di DKI Jakarta.
2. Diperolehnya informasi karakteristik dokter yang menggunakan obat-obat DOPB di DKI Jakarta.
3. Diketahuinya beberapa faktor yang mempengaruhi dokter menggunakan obat DOPB bagi pasiennya di DKI Jakarta.
4. Diperolehnya saran dokter di DKI Jakarta tentang DOPB.
5. Diformulasikannya alternatif peningkatan masyarakatkan obat DOPB di masa yang akan datang di DKI Jakarta

1.4. Manfaat Penelitian

Dengan memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh dokter dan saran-saran positif serta mengkaji pula kelemahan-kelemahan pengelolaan program termasuk sarana dan prasarana pendukung yang diperlukan yang meliputi segi: perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasinya, kemudian dapat diformulasikan saran-saran yang bermanfaat untuk peningkatan dan penyempurnaan program DOPB dimasa yang akan datang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Penggunaan Obat di Indonesia

Berdasarkan data tahun 1980/1981 anggaran pemerintahan di sektor kesehatan mencapai 641,8 milyar rupiah yang sebagian besar digunakan untuk upaya penyembuhan di Rumah Sakit dan Puskesmas. Dari masyarakat, termasuk swasta dan perorangan tercatat pengeluaran sebesar 788,9 milyar rupiah yang dibelanjakan untuk biaya penyembuhan melalui Rumah Sakit, laboratorium, praktek perorangan tenaga kesehatan, obat-obatan dan pemeliharaan kesehatan pegawai (3).

Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga 1986, orang yang merasa sakit dan mendapat pengobatan telah meningkat dari 55% pada tahun 1972 menjadi 74% pada tahun 1980 dan 63,2% pada tahun 1986. Ini menunjukkan semakin bertambahnya kesadaran penduduk untuk mencari pengobatan bila sakit.

Khusus tentang obat-obatan, menyebutkan bahwa obat merupakan alternatif yang paling banyak dipilih dalam tindakan kesehatan (4). Demikian juga Brotowasisto (1987) berdasarkan survei yang diadakan IDI mengatakan bahwa 32%

(3) Dep. Kes. RI. Rencana Pokok Program Jangka Panjang Bidang Kesehatan. Dep. Kes. RI. Jakarta 1985, hal 30.

(4) Sirait, Midian. Analisis dan Prospek Industri Farmasi di Indonesia, Faria Farmasi, 50, 1984, halaman 25.

kontribusi masyarakat dalam bidang pelayanan kesehatan merupakan obat-obatan (5). Sejak dahulu memang pengadaan obat-obatan masih merupakan pos paling besar menyedot biaya pelayanan kesehatan. Ini dibuktikan oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh ASKES tahun 1978 bahwa 40-50% dari biaya klaim asuransi digunakan untuk pembelian obat-obatan.

Menurut Judkin (1978) di Negara yang sedang berkembang biaya Departemen Kesehatan hanya 2% dari GNP, 17% diantaranya dibelanjakan untuk obat (6). Disebutkan juga bahwa belanja tahunan obat meningkat secara kumulatif sebesar 1/3 oleh karena semakin mahalnya harga obat dan meningkatnya kebutuhan.

Di Indonesia dewasa ini terdaftar sekitar 12.000 obat jadi, 75% diantaranya diperkirakan beredar di pasaran. Pada tahun 1980 nilai obat yang beredar berjumlah 283 milyar rupiah yang berarti konsumsi obat perkapita pertahun bernilai sekitar 1.900 rupiah. Biaya obat yang terbatas ini dinilai belum digunakan secara optimal karena sistem pengelolaan yang belum sempurna. Diharapkan dengan meningkatnya pertumbuhan ekonomi, tingkat pendidikan serta semakin meluasnya pelayanan kesehatan, konsumsi obat pada

(5) Brotowasisto, Survei Biaya Kesehatan, Medika, No.5 1987, halaman 407.

(6) Judkin John S., Provision of Medicine in a developing Country the Lancet, April 15, 1978, hal. 810.

tahun 2000 meningkat menjadi 5.700 rupiah perkapita pertahun (7).

Pengadaan obat di Indonesia mengikuti suatu alur yang berawal dari pengadaan bahan baku oleh Importir, produksi obat jadi oleh Pabrik Farmasi, pendistribusian oleh Pedagang Besar Farmasi (PBF), Apotek dan Toko Obat Berizin (TOB) sampai penggunaannya oleh pasien melalui pelayanan Rumah Sakit, Poliklinik, Puskesmas, praktek Dokter dan tenaga kesehatan lain (lihat lampiran 1). Data 1980 menunjukkan bahwa hanya 10% nilai obat yang beredar dikelola oleh pemerintah. Hingga saat ini sebagian besar pengadaan dan distribusi obat berada ditangan swasta. Diharapkan pada tahun 2000 pemerintah telah mampu menangani 20-30% nilai obat yang beredar yaitu melalui pemenuhan kebutuhan obat esensial untuk Rumah Sakit dan Puskesmas serta DOPE.

Menurut Sirait (1979) dari anatomi obat yang beredar, kelas terapi Antibiotika merupakan yang terbanyak digunakan yaitu sebanyak 25,1%, kemudian diikuti oleh Vitamin (11,7%), Obat saluran pernafasan (9,3%), Obat penyakit kulit (5,8%), Analgetika antipiretika (5,1%), Antituberkulosa (3,9%) dan Obat-obat kardiovaskuler (3%) (8).

Pada tahun 1986/1987 Puslitbang Farmasi telah melakukan suatu penelitian tentang preskripsi obat generik di Jakarta

(7) Dep. Kes. RI. op.cit, hal.30.

(8) Sirait, op.cit. hal. 26.

dan Banjarmasin. Khusus untuk Jakarta ternyata sebanyak 31,47% dari resep yang masuk ke Apotek yang diteliti merupakan obat generik. Kebanyakan ditulis oleh dokter ahli penyakit kulit dan kelamin (57,45%), menyusul spesialis bedah (54,54%), dokter umum (54,34%), spesialis paru (54%), spesialis THT (49,12%), spesialis anak (48,85%) dan dokter gigi (39,13%) (9). Jenis obat yang banyak ditulis dalam bentuk generik itu adalah Luminal, Khlorfenon, Codein tablet, Prednison, Efedrin HCl, Aminofilin dan Paracetamol. Kebanyakan diantara para dokter tersebut merupakan karyawan yang pagi harinya bekerja di pelayanan medik pemerintah (68,7%). Mereka menyebutkan hanya kadang-kadang saja menuliskan obat generik dalam resep dengan alasan disesuaikan dengan kondisi ekonomi-sosial pasien.

2.2. Ciri Pelayanan Kesehatan Di Kota Besar

Ada dua ciri pelayanan kesehatan di Kota Besar. Ciri pertama adalah adanya pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Puskesmas, Balai Pengobatan dan BKIA. Pelayanan ini sudah standar, baik ditinjau dari segi medis maupun dari segi obat yang digunakan. Standar pelayanan obat ditandai dengan tersedianya obat dalam bentuk, jenis dan jumlah terbatas berupa Obat Esensial Rumah Sakit, Obat Esensial Puskesmas

(9). Puslitbang Farmasi, Laporan Penelitian Pola Preskripsi Obat Generik, Jakarta, 1986, hal.9

dan lain-lain.

Ciri kedua adalah adanya pelayanan kesehatan melalui praktek swasta dokter umum/spesialis baik secara pribadi maupun berkelompok/klinik bersama. Pada ciri kedua ini ditandai dengan adanya pihak ketiga sebagai penyedia obat yaitu Apotek. Disamping itu juga dapat dilihat pada kelompok ini adanya keluasan daya gerak dokter dalam memilih obat untuk pasiennya dengan segala kebaikan dan keburukannya. Tidak terbatasnya pemilihan obat oleh dokter serta terjadinya kecenderungan penggunaan obat-obat paten dengan merk tertentu menyebabkan biaya obat yang dibayar menjadi lebih tinggi. Menurut Sudirman (1984) penggunaan obat paten akan meningkatkan biaya obat sampai 50% bila dibandingkan dengan obat generik (10%).

Nampaknya pelayanan kesehatan dengan ciri kedua semakin berkembang dan digandrungi oleh kelompok masyarakat berpenghasilan tinggi. Sebaliknya bagi masyarakat kurang mampu karena sesuatu sebab terpaksa menggunakan jasa pelayanan ini menjadi semakin menjerit. Oleh sebab itu kebiasaan memilih obat-obat paten ini perlu diberdung dan diarahkan pada penggunaan obat generik/esensial atau DOPE.

(10) Sudirman, Dikutip oleh Darmansyah, Iwan., Obat generik versus obat essensial, Varia Farmasi, 55. 1984. hal.18

2.3. Program Kerjasama Organisasi IDI, ISFI, PDGI Dan GP Farmasi

Sebagai realisasi sikap tanggap yang positif dan bertanggung jawab terhadap permasalahan yang dihadapi masyarakat, khususnya berkaitan dengan harga obat yang dirasakan relatif mahal bagi sebagian masyarakat, maka organisasi-organisasi non pemerintah di bidang kesehatan yaitu IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi Indonesia, dibawah bimbingan dan koordinasi Dep. Kesehatan / Dit.Jen. POM telah dilaksanakan suatu program bersama berupa penyediaan sejumlah obat bermutu dengan harga relatif lebih murah di Apotek. Secara resmi pada tanggal 27 September 1986 telah ditandatangani oleh wakil dari ke empat organisasi tersebut. Dir.Jen. POM juga telah menerbitkan surat edaran No.02888/A/IX/86 tanggal 18 September 1986 perihal program bersama antara IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi yang ditujukan kepada semua Apotek di DKI Jakarta. Dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan R.I. No.17/A/SK/I/87 tanggal 5 Januari 1987 telah dibentuk pula Kelompok Kerja Pengendalian, Pengelolaan dan Pengembangan Obat Terpadu yang diketuai oleh Dir.Jen. POM. Ketua umum dari ke empat organisasi tersebut bertindak sebagai pengarah dengan koordinator Ketua Umum PB IDI. Kelompok Kerja tersebut bertanggung jawab pada Menteri Kesehatan R.I.

Kelompok kerja ini bertugas antara lain :

1. Menyampaikan saran dan pertimbangan kepada Menteri

Kesehatan R.I. mengenai pengendalian, pengelolaan dan pengembangan program obat terpadu.

2. Melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam rangka membantu pelaksanaan pengawasan mutu, monitoring dan pengembangan serta promosi melalui penerbitan dan media komunikasi untuk program obat tersebut.
3. Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka tersebut, meliputi :
 - a. Menyelenggarakan perencanaan, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi mengenai pengadaan/produksi serta distribusi obat tersebut.
 - b. Menyelenggarakan koordinasi pengawasan mutu obat.
 - c. Menyelenggarakan pemantauan dalam rangka memasyarakatkan program obat terpadu.
 - d. Menyelenggarakan langkah-langkah pengembangan program obat terpadu.
 - e. Menyelenggarakan penerbitan Berita Obat Terpadu.
 - f. Menyiapkan bahan-bahan promosi program obat terpadu

Di bawah ini disebutkan petunjuk pelaksanaan program DOPB yang meliputi :

1. Obat-obat program bersama (DOPB) meliputi obat yang banyak digunakan seperti untuk penyakit infeksi dan penyakit khronik, diproduksi dibawah pengawasan ketat Departemen Kesehatan. Etiket obat program DOPE dibubuhi tanda Program Bersama IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi

dengan logo dan harga jualnya dicantumkan pada etiket tersebut.

2. Daftar obat serta harga jual apotek masing-masing obat terlampir. Daftar ini masih akan diperluas sesuai usul dari organisasi profesi yang bersangkutan.
3. Obat-obat program bersama tersebut didistribusikan ke semua Apotek dan semua Apotek harus menyediakan secara lengkap.
4. Pasien yang membawa resep yang ditulis diatas lembar resep khusus Program Bersama harus dilayani dengan obat tersebut. Dokter dapat pula menulis nama obat paten dengan kata LOCO (Lc) dimuka nama obat paten, dan resep tersebut harus dilayani dengan obat Program Bersama.
5. Bila Apotek menerima resep biasa yang tidak dapat ditebus sepenuhnya oleh pasien, Apoteker Pengelola Apotek (APA) dapat melayani dengan obat Program Bersama yang sama isinya setelah berkonsultasi dengan dokter atau dokter gigi bersangkutan. Kemudian APA menyalin obat yang bersangkutan dalam lembar resep khusus dengan membubuhi catatan tanggal penyerahan obat serta parafnya.
6. Buku resep khusus Program Bersama dibagikan kepada dokter, dokter gigi dan Apotek.
7. Apotek memberi harga resep sesuai dengan harga yang tercantum pada etiket obat yang bersangkutan ditambah uang R/ serta embalage yang ditetapkan GP Farmasi. Harga

resep program tidak boleh berbeda antara satu Apotek dengan Apotek lainnya.

8. Apotek mendapat margin sesuai dengan persentase yang ditetapkan khusus untuk program ini.

9. Resep Program Bersama yang dilayani Apotek diarsipkan tersendiri.

Bagi anggota IDI, pengurus besar IDI telah mengeluarkan penjelasan tentang Program-Obat-Generik (Daftar Obat Bersama IDI, ISFI, PDGI, GP Farmasi) dengan kata kunci : Mutu obat yang terjaga, harga terjangkau oleh pasien yang berdaya beli terbatas, dan pengobatan yang bertanggung jawab. Dijelaskan bahwa dari segi profesi kedokteran, program ini bertujuan mengurangi kebiasaan membeli obat separo resep, yang untuk antibiotika dapat memperluas spektrum kuman yang resisten dan semakin sulit diobati. Juga mengurangi kebiasaan masyarakat melakukan "self medication" secara keliru atau pergi berobat ke juru-juru pengobat yang tidak bertanggung jawab. Program ini tidak untuk menyaingi atau mematikan perdagangan obat yang sudah mapan, tetapi lebih bersifat menambah alternatif sehingga kelompok masyarakat yang semula enggan berobat atau membeli obat karena keterbatasan daya beli menjadi tidak ragu mendapatkan pelayanan dokter.

Keberhasilan program DOFB ini sangat tergantung pada berbagai faktor, termasuk pengetahuan masyarakat tentang

adanya program bersama ini, oleh karena itu kesediaan para dokter untuk memperhatikan pasien secara menyeluruh (termasuk anamnesis tentang latar belakang sosial ekonominya) serta kesediaan menjelaskan tentang adanya program akan sangat membantu keberhasilannya. Disamping itu usulan dari para dokter untuk melengkapi DOPB sangat bermanfaat untuk penyempurnaan di waktu yang akan datang.

2.4. Daftar Obat Program Bersama (DOPB)

Dalam rangka pengadaan obat-obat yang murah tetapi memenuhi syarat, baik dari segi kebenaran khasiat maupun segi keamanan penggunaannya pemerintah telah memproduksi dan mendistribusikan Obat-obat Esensial. Daftar Obat Esensial (DOE) dikembangkan dari Essential Drugs List yang telah disetujui oleh WHA dalam konferensi Almaata (1978). DOE telah mengalami penyempurnaan melalui beberapa kali revisi yang diadakan. DOE telah digunakan sebagai dasar pengadaan obat-obatan di tingkat Pusat, Daerah maupun Rumah Sakit-Rumah Sakit. Terdapat hampir 400 macam obat dalam berbagai bentuk sediaan, kekuatan sediaan dan kemasan yang dibagi atas 24 kelas terapi.

Obat esensial mempunyai kriteria sebagai berikut :

1. Memiliki rasio khasiat keamanan yang paling menguntungkan penderita.
2. Mutu terjamin, termasuk stabilitas dan bioavailabilitasnya.

3. Praktis dalam penyimpanan dan pengangkutan.
4. Praktis dalam penggunaan dan penyerahan disesuaikan dengan tenaga kesehatan dan sarana fisik yang ada.
5. Menguntungkan dalam hal kepatuhan dan penerimaan penderita.
6. Memiliki rasio manfaat-biaya yang tertinggi berdasarkan biaya langsung dan tidak langsung.
7. Bila terdapat lebih dari satu pilihan yang memiliki efek terapi yang serupa, pilihan dijatuhkan pada :
 - Obat yang paling banyak sifatnya diketahui berdasarkan data ilmiah.
 - Obat dengan sifat farmakokinetik yang diketahui paling menguntungkan.
 - Obat yang stabilitasnya paling baik.
 - Mudah diperoleh.
8. Obat jadi kombinasi tetap, harus memenuhi kriteria :
 - Obat hanya bermanfaat bagi penderita dalam bentuk kombinasi tetap.
 - Kombinasi tetap harus menunjukkan khasiat dan keamanan yang lebih tinggi dari masing-masing komponen.
 - Perbandingan dosis komponen kombinasi tetap, merupakan perbandingan yang tepat untuk sebagian besar penderita yang memerlukan kombinasi tersebut.
 - Kombinasi tetap dapat mencegah atau mengurangi terjadinya resistensi.

- Kombinasi tetap dapat meningkatkan rasio manfaat-biaya.

Untuk produksinya DOE dibagi atas kelompo Daftar A, Daftar B, Daftar C dan Daftar D. Obat-obat yang termasuk dalam Daftar A produksinya dilakukan oleh Indo Farma, Daftar B dan C oleh Kimia Farma, sedangkan Daftar D dibeli dari pabrik Farmasi Swasta.

Obat-obat esensial ini disediakan untuk masyarakat yang datang berobat ke Pusat-pusat Pelayanan Pemerintah seperti Puskesmas dan Rumah Sakit-Rumah Sakit, baik umum maupun peserta Asuransi Kesehatan.

Obat-obat esensial ini dibuat mengikuti persyaratan standar "Cara Pembuatan Obat yang Baik" (CPOB). Kualitasnya yang tinggi telah diakui oleh WHO (11).

Khusus untuk masyarakat yang ingin berobat pada sore hari dimana Pusat-pusat pelayanan kesehatan pemerintah telah tutup atau karena sesuatu sebab mereka terpaksa menggunakan pelayanan swasta telah disediakan pula obat-obat dari jenis yang sama melalui Apotek-Apotek dengan nama Obat-obat Program Bersama. Obat-obat tersebut tercantum dalam suatu daftar yang disebut Daftar Obat Program Bersama (DOPB), IDI, ISFI, PDGI dan GP Farmasi. Daftar ini mengandung 50 macam obat dari berbagai jenis, antara lain Antibiotika, Analgesik-Antipiretika, Antituberkulosa, Antihistamin,

(11). Laurence Ernst (WHO). Obat Esensial Indonesia Bermutu Tinggi, Varia Farmasi, 73, 1987, Hal. 19.

Antidiare dan Vitamin dengan harga jual yang relatif lebih murah (lihat lampiran 3). Obat-obat tersebut dikemas dalam kemasan sederhana, botol, strep, tube dan kantong-kantong yang dibagi atas 4 kotak. Obat-obat DOPB telah didistribusikan ke Apotek-apotek pada akhir tahun 1986 yang lalu. Dokter-dokter telah dihimbau agar menuliskan obat-obat tersebut dalam resep sepanjang dibutuhkan oleh pasiennya. Untuk itu kepada dokter-dokter telah dibagikan blangko-blangko resep dengan kop DOPB. apotek diwajibkan meladeni resep DOPB sama seperti resep-resep biasa dan sekali sebulan diwajibkan pula melaporkan penggunaan obat-obat DOPB ke Suku Dinas Kesehatan di Wilayah Kota masing-masing. Kewajiban ini dimulai sejak 1 Oktober 1986 yang lalu. Obat-obat DOPB ini dapat juga digunakan bila diminta pasien, yaitu untuk obat-obat yang ditulis dokter pada resep dalam bentuk generik.

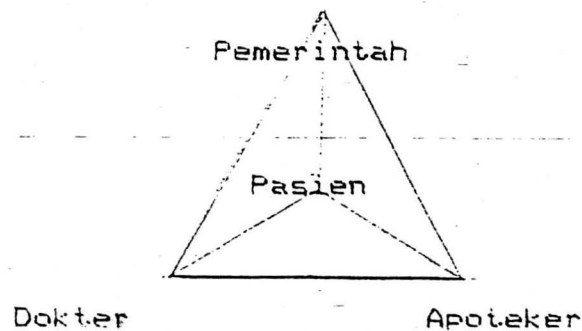
Pembayaran oleh Apotek kepada Kimia Farma pada mulanya dilakukan secara konsinyasi sesuai dengan harga yang telah ditetapkan.

Program ini telah berjalan lebih dari satu tahun dan suatu evaluasi menyeluruh perlu dilakukan.

2.5. Dokter Sebagai Pengguna DOPB

Hubungan antara pasien sebagai konsumen obat, dokter sebagai pemilih obat dan Apoteker sebagai penyedia obat serta pemerintah sebagai pengatur kebijaksanaan obat dapat

digambarkan dalam bentuk piramida berikut :



* Dikembangkan dari : Summer, Health care executive, Vol. 2, No. 4, July 1987, Halaman 22.

Dalam diagram di atas dapat dilihat bahwa terdapat kesaling terikatan antara keempat unsur yang menyatu dalam suatu sistem yang disebut pelayanan kesehatan. Khusus dalam penggunaan obat, seorang dokter yang memberikan pelayanan praktek profesi medis merupakan pula pemilih obat bagi seorang pasien. Dalam hal obat-obat DOPB seorang dokter dapat juga dikatakan pengguna obat DOPB itu sendiri, di mana dia diharapkan memilih obat-obat yang kira-kira sesuai dengan penyakit. Setelah melalui berbagai pertimbangan akhirnya dokter menentukan obat apa dan yang bagaimana akan digunakan. Jaminan atas kualitas yang telah diakui WHO seyogyanya dapat meyakinkan dokter tentang khasiat obat-obat DOPB walaupun dengan harga yang relatif lebih ringan dibanding obat paten dari jenis yang sama, untuk kemudian mau menggunakannya.

2.6. Gambaran Umum dan Populasi dokter Praktek di DKI Jakarta

Menurut sensus tahun 1980, jumlah penduduk di DKI Jakarta adalah sejumlah 6.500.580 jiwa, dengan luas daerah 650 km² dan kepadatan 9.999 orang per km² (12).

Kondisi masyarakat DKI Jakarta sebagai Ibu Kota Negara RI sangat kompleks. Ini terjadi karena heterogenitas penduduk dalam hal etnis. Tingkat sosial ekonomi dan pendidikan yang beragam. Ditambah pula pengaruh berbagai kebudayaan, baik asli daerah maupun dari Luar Negeri, maka dapat dikatakan DKI Jakarta mempunyai penduduk yang sangat heterogen.

DKI Jakarta dibagi atas lima wilayah administratif, yaitu wilayah Jakarta Pusat, wilayah Jakarta Utara, wilayah Jakarta Selatan, wilayah Jakarta Barat dan Wilayah Jakarta Timur. Setiap wilayah administratif dikepalai oleh seorang Walikota. wilayah administratif dibagi lagi atas wilayah kecamatan yang dikepalai oleh seorang Camat. Wilayah kecamatan dibagi pula atas Kelurahan yang dikepalai oleh seorang lurah. Tingkat kelurahan merupakan organisasi pemerintah terbawah. Pembagian selanjutnya ke bawah adalah dalam bentuk organisasi kemasyarakatan berupa Rukun Warga (RW) dan Rukun Tetangga (RT).

(12). Biro Pusat Statisti, Buku Saku Statistik Indonesia, Biro Pusat Statistik, Jakarta, 1983, Halaman 21.

Mobilitas penduduk cukup tinggi, karena penduduk sering pindah sebab pekerjaan atau alasan perubahan tempat tinggal. Walaupun terdapat status sosial yang heterogen - tapi distribusi penduduk hampir merata dan sarana pelayanan umum terdapat di tiap wilayah. Di DKI Jakarta terdapat sejumlah 2.020 dokter umum, 738 dokter spesialis, 1.135 dokter gigi dan 432 apotek (13).

Gambaran lebih rinci tentang distribusi dokter di DKI Jakarta dapat dilihat pada Tabel 1.

(13). Sekretariat Pusat G Farmasi, Almanak G Farmasi Indonesia, Gabungan Perusahaan Farmasi Indonesia, Jakarta, 1988, Hal.188

Tabel 2.1

Distribusi praktek dokter di DKI Jakarta,
dibedakan atas wilayah dan keahlian, Tahun 1987.

No.	Jenis dokter	Wilayah					Jumlah
		Jkt Pusat	Jkt Utara	Jkt Barat	Jkt Selatan	Jkt Timur	
I.	Dokter Umum	425	214	469	479	433	2.020
II.	Dokter Gigi	292	75	273	314	181	1.135
III.	Dokter Spesialis	249	48	108	188	135	738
Dengan perincian :							
1.	Sp. Anak	30	9	23	36	26	124
2.	Sp. Kebidanan	42	6	17	28	23	116
3.	Sp. Syaraf/Jiwa	15	2	8	9	10	44
4.	Sp. Bedah	35	-	9	16	13	73
5.	Sp. Penyakit Dalam	27	4	13	15	14	73
6.	Sp. THT	18	4	3	16	9	50
7.	Sp. Kulit-Kelamin	17	4	8	10	13	52
8.	Sp. Paru-paru	5	2	6	5	4	22
9.	Sp. Mata	14	3	5	11	6	39
10.	Sp. Radiologi	9	-	1	9	2	21
11.	Sp. Kardiologi	6	1	3	3	6	19
12.	Sp. SKM, MPH, dll.	31	13	12	30	19	105
J u m l a h		966	337	850	981	749	3.893

Sumber : Unit pengolahan data elektronik, Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

2.7. Teori Perilaku

2.7.1 Pengertian perilaku :

Memasyarakatkan DOPE dikalangan dokter merupakan suatu inovasi, dimana sebagai sasaran adalah perilaku dokter dalam memilihkan obat untuk pasien.

Menurut Soekidjo (1984), perilaku merupakan refleksi dari berbagai gejala jiwa seperti : keinginan, minat, kehendak, pengetahuan, emosi, berpikir, sikap, motivasi, reaksi dan persepsi. Perilaku timbul sebagai respon atas situasi atau keadaan di luar diri seseorang. Respon tersebut dapat bersifat pasif (tanpa tindakan dan dapat pula bersifat aktif (dengan tindakan) (14).

Bentuk opsional dari perilaku dapat dikelompokkan atas tiga jenis, yaitu :

- a. Perilaku dalam bentuk pengetahuan (knowledge) terhadap situasi atau rangsangan dari luar.
- b. Perilaku dalam bentuk sikap (attitude) yakni tanggapan batin terhadap situasi atau rangsangan dari luar.
- c. Perilaku dalam bentuk tindakan (practice) berupa perbuatan (action) terhadap situasi atau rangsangan dari luar.

(14) Soekidjo, et.al., Prinsip-prinsip pendidikan Kesehatan dalam Pendidikan Kesehatan Masyarakat, Staf Jurusan PKIP-FKMUI, Jakarta, 1984, halaman 33.

Bloom (1956) membedakan perilaku atas tiga macam bentuk yakni cognitive, affective dan psikomotor. Ki Hajar Dewantoro menyebutnya sebagai cipta, rasa dan karya.

2.7.2. Pembentukan perilaku :

Menurut Kwick (1979) perilaku dapat diamati dan dipelajari melalui tindakan dan perbuatan nyata individu (15). Proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor yang berasal dari dalam dan dari luar individu sendiri. Faktor dari dalam diri antara lain adalah : Susunan syaraf pusat, persepsi, motivasi, emosi dan belajar.

Susunan syaraf pusat memegang peranan penting dalam perilaku manusia, karena perilaku merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsangan yang masuk ke rangsang yang dihasilkan. Impul-impul syaraf indera pendengaran, penglihatan, pembauan, pencicipan/rasa dan perabaan disalurkan dari tempat terjadi rangsangan melalui impul-impul syaraf ke syaraf pusat (16).

Perubahan perilaku dalam diri seseorang dapat diketahui melalui persepsi. Persepsi merupakan pengalaman yang dihasilkan melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sebagainya. Tiap orang mempunyai persepsi yang

(15). Kwick R.Y., Applied Psychology For Law, Mc Graw Hill-co., New York, 1979, hal. 46.

(16). Soekidjo et.al, op.cit, hal. 34.

berbeda terhadap objek yang sama. Motivasi diartikan sebagai dorongan untuk bertindak dalam mencapai tujuan tertentu. Hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku.

Perilaku dapat juga timbul karena emosi. Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani. Sedangkan keadaan jasmani merupakan hasil bawaan (turunan). Dalam mencapai kedewasaan semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan mengalami perkembangan. Karena itu perilaku yang timbul karena emosi merupakan perilaku bawaan.

Belajar diartikan sebagai suatu perubahan perilaku yang dihasilkan dari praktek-praktek dalam lingkungan kehidupan. Ahli yang lain mengatakan bahwa belajar adalah suatu perubahan perilaku yang dihasilkan dari perilaku terdahulu.

Faktor-faktor yang berasal dari luar diri individu yang mempengaruhi perilaku adalah: objek, orang, kelompok dan hasil-hasil kebudayaan yang dijadikan sasaran dalam mewujudkan perilaku.

2.7.3. Pengaruh lingkungan perilaku :

Manusia dan lingkungan merupakan suatu kesatuan yang tak dapat dipisahkan dan saling mempengaruhi. Manusia sehat akan menghasilkan lingkungan yang sehat, dan sebaliknya lingkungan sehat akan menghasilkan manusia sehat. Lingkungan dapat dibedakan atas lingkungan fisik dan lingkungan sosio

budaya. Lingkungan fisik dapat bersifat alamiah (nature) dan dapat pula bersifat buatan manusia (man made). Lingkungan fisik alamiah seperti geografi mempunyai pengaruh kuat terhadap pembentukan perilaku manusia. Lingkungan sosio budaya dapat berupa : situasi perekonomian, pendidikan, pengetahuan, nilai-nilai yang dianut oleh masyarakat, situasi politik, agama, keamanan dan lain-lain (17).

2.7.4. Faktor-faktor dibalik perilaku:

Disamping yang telah diuraikan di atas terdapat pula faktor lain berupa pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya dan lain-lain yang mempengaruhi perilaku individu. Di bawah ini digambarkan diagram faktor-faktor yang berbeda di balik perilaku.



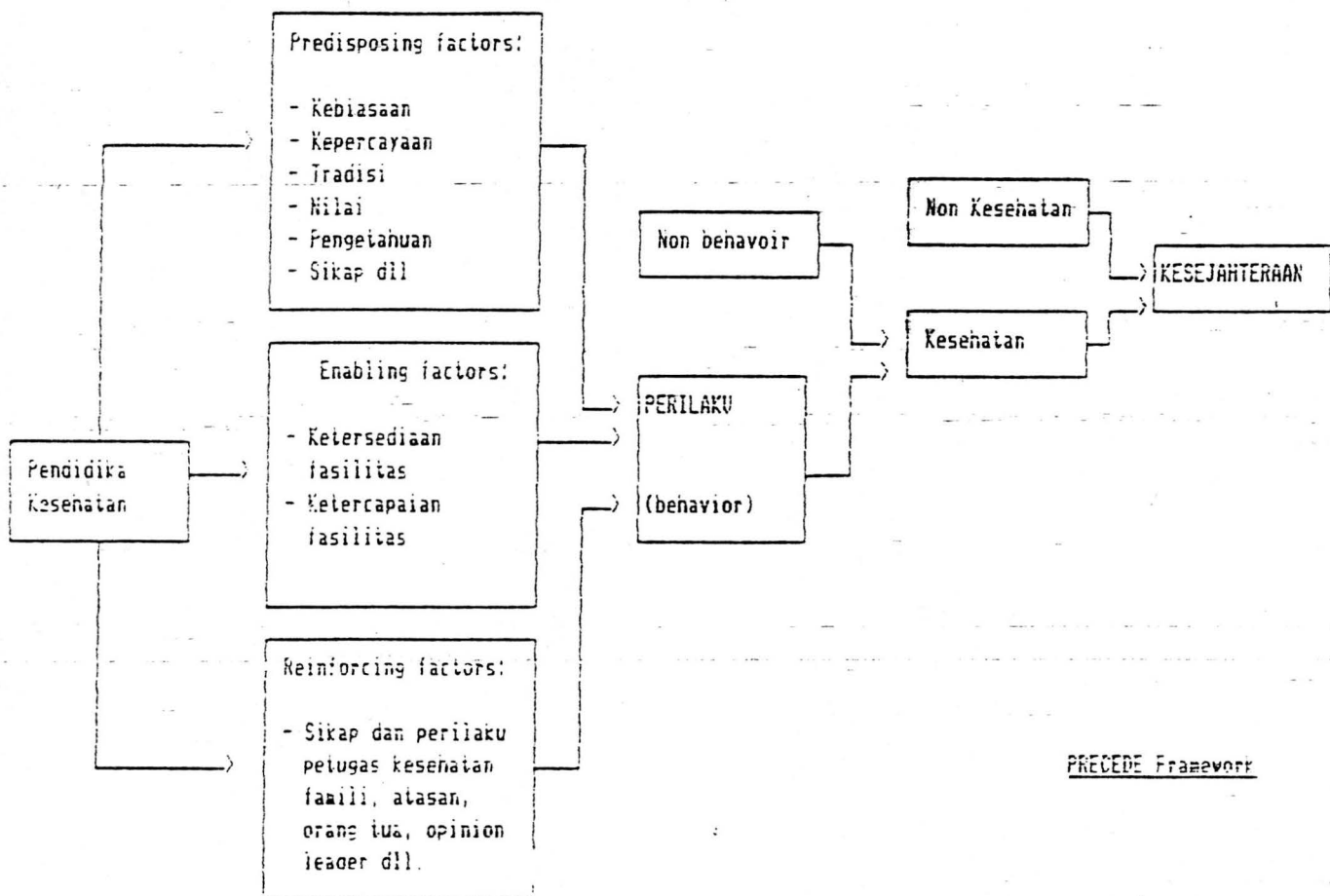
Menurut Green (1980) terdapat satu rantai ang menghubungkan kesejahteraan, kesehatan, perilaku dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku serta pendidikan kesehatan (18).

(17). Soekidjo et.al., op.cit., hal.37

(18). Green, L.W.et.al., Health Education Planning A Diagnostic Approach, 1 th ed., May Field Publ. Co., California, 1980, hal. 14.

Keterkaitan ini digambarkan dalam apa yang disebut "PRECEDE framework" seperti terlihat pada halaman berikut.

Green menyebutkan tiga kelompok factor yang mempengaruhi perilaku yaitu : "predisposing factor", enabling factors dan reinforcing factors. Termasuk dalam "predisposing factors" : kebiasaan, kepercayaan, tradisi, pengetahuan, sikap, nilai dan lain-lain. : "Enabling factors" terdiri atas: ketersediaan fasilitas, ketercapaian fasilitas, prioritas dari masyarakat maupun dari pemerintah dan ketrampilan-ketrampilan yang berhubungan dengan kesehatan. "Reinforcing factors" yaitu sikap dan perilaku dari : petugas kesehatan, famili, atasan, orang tua, opinion leader dan lain-lain.



Sumber : Green L.W. Health education planning, Mayfield Publ. Co., California, 1980.

2.7.5. Proses perubahan perilaku :

Banyak teori yang berusaha menerangkan terjadinya perubahan perilaku. Dua diantaranya adalah teori Leewin dan teori Rogers.

Leewin (dalam Mico dan Ross, 1973) mengemukakan teori perubahan "unfreezing to refreezing" yang berlangsung

dalam lima fase, yaitu (19):

1. Fase pencairan (unfreezing).

Pada fase ini individu mulai mempertimbangkan untuk menerima perubahan. Dalam keadaan ditemukan kesiapan untuk menerima perubahan yaitu dalam hubungan dengan sikap dasar, motivasi dan perilaku. Pada fase ini masyarakat berada pada keadaan untuk perubahan kekuatan yang mempengaruhi proses perumusan kebijaksanaan, partisipasi masyarakat dan lain-lain.

2. Fase diagnosa masalah (the problem diagnosis phase)

Dalam fase ini individu mulai inditifikasi kekuatan-kekuatan yang mendukung dan yang menentang perubahan serta menganalisa kekuatan-kekuatan yang mengarahkan dan dengan cara bagaimana dilakukan.

3. Fase penentuan tujuan (the goal setting phase).

Pada fase ini individu yang telah memahami masalahnya mulai menentukan tujuan sesuai dengan perubahan yang diterima.

4. Fase tingkah laku (the new behavoir phase).

Pada fase ini individu mulai mencoba dan membandingkan dengan praktek-praktek yang telah dilakukan.

5. Fase pembekuan ulang (the refreezing phase).

Jika perubahan ini dianggap berguna, maka kemudian diasimilasikan menjadi pola perilaku yang permanen.

(19). Leewin, Dalam Mico P., Roos, H., Health Education and Behavior Sciences, Third Party Assoc. Inc., California, 1975.

Untuk mengefektifkan perubahan ini Leewin mengemukakan tiga cara :

- Memperkuat "driving force" melalui peningkatan pendidikan, penerangan dan peraturan perundang-undangan.
- Mereduksi "restraining force", melalui pengikutsertaan masyarakat atau individu dalam memecahkan persoalan yang sedang dihadapi. Dengan cara ini diharapkan kekuatan penahan yang ada padanya dapat dikurangi atau dihilangkan.
- Kombinasi kedua cara di atas.

Teori kedua adalah teori yang diajukan oleh Rogers dan Shoemaker (20). Teori ini merupakan teori inovasi. Rogers menyebutkan bahwa untuk menuju kepada perilaku yang "adopted" diperlukan langkah-langkah yang dibaginya menjadi lima tingkat, yaitu: "Awareness", "Interest", "Evaluation", "Trial" dan "adoption".

Awareness menyangkut tentang pemberian informasi dan pendidikan agar masyarakat menjadi sadar dan kemudian menjadi tertarik (interest) pada usaha pembaharuan. Pada tingkat selanjutnya masyarakat diharapkan telah mulai menimbang-nimbang (evaluation) akan baik buruknya menerima

(20). Shoemaker, Rogers, E.M., Communication of Inovation, Mc Milan Publ. Co., Inc., New York, 1971.

pembaharuan, lalu mulai mencoba (trial) berperilaku yang baru. Dengan adanya pengalaman baik selama trial dan sadar akan manfaat yang diperoleh kemudian menerima dan melaksanakan perilaku baru.

Kadang-kadang proses adopsi itu tidak semudah itu dan tidak selalu melewati fase-fase tersebut. Untuk penyempurnaannya kemudian Rogers melakukan modifikasi teori ini menjadi empat fase, Yaitu (21):

- Pengetahuan (knowledge), dalam fase ini subjek mulai mengenal ide baru serta belajar memahaminya.
- Persuasi, dimana individu membentuk sikap positif atau negatif terhadap ide atau objek baru tersebut.
- Mengambil keputusan (decision), dalam fase ini individu atau masyarakat sudah memutuskan untuk mencoba atau menolak ide atau objek baru tersebut.
- Konfirmasi, Dalam fase ini individu atau masyarakat yang mencoba ide atau objek baru tersebut berusaha mencari dukungan dari orang lain disekitarnya atas keputusan yang telah dibuatnya. Ada kemungkinan bila dia tidak mendapatkan dukungan atau tanggapan positif dari orang lain dia merubah keputusan yang telah diambilnya, yang berarti perilaku gagal. Tetapi bila ia memperoleh dukungan, berarti individu atau masyarakat tersebut telah berperilaku baru.

(21). Soekidjo, et.al., op.cit, hal.35.

BAB 3

KERANGKA KONSEPSIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Dokter merupakan kunci penentu dalam pemilihan obat dan tindakan medis lain yang diperkirakan paling cocok mengatasi suatu penyakit. Sebelum dokter menetapkan tindakan medis dan obat-obat yang akan digunakan bagi seseorang pasien terlebih dahulu serangkaian proses pengambilan keputusan telah dilaluinya. Rangkaian tersebut mencakup pertimbangan terhadap jenis dan tingkat keparahan penyakit yang diderita si sakit, pertimbangan atas efektifitas serta resiko atas tindakan yang dipilih, serta pertimbangan atas kemampuan pasien untuk membayar. Disamping itu keputusan yang diambil dipengaruhi pula oleh latar belakang pribadi masing-masing dokter.

Berdasarkan latar belakang pribadi ini para dokter yang berpraktek dapat terdiri dari berbagai kelompok yang berbeda menurut keahlian, status kepegawaian, tempat bekerja, lama bekerja/senioritas serta penyerapan informasi yang sampai padanya.

Sebagai contoh, seorang dokter umum akan berbeda dengan dokter spesialis dalam hal menentukan tindakan medis yang dipilih serta obat-obat yang akan diberikan, karena ilmu yang ada pada masing-masing berbeda.

Begitu pula akan terlihat perbedaan antara dokter yang

bekerja di pemerintahan (Puskesmas, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan) dengan yang bekerja di sektor swasta, karena adanya keterikatan dengan instansi yang bersangkutan.

Disamping itu antara dokter muda dan dokter tua/senior akan terdapat pula perbedaan dalam memilih dan menetapkan tindakan yang akan diambilnya termasuk obat-obat yang digunakan, karena adanya perbedaan pengalaman masing-masing.

Khusus untuk obat, pilihan seorang dokter sangat dipengaruhi oleh informasi tentang obat yang sampai padanya (jenis, kualitas, merk, khasiat dan harga obat), kebiasaan dokter serta kemampuan pasien untuk membayar harga obat.

Telaah penggunaan obat-obat DOPB oleh masyarakat dimulai dari adanya kebutuhan pelayanan kesehatan oleh masyarakat itu sendiri (need). Individu yang sakit mencari pengobatan dengan mendatangi praktek swasta dokter, baik di klinik pribadi maupun kelompok. Dokter menegakkan diagnosa, memilihkan obat-obat yang sesuai berdasarkan pertimbangan di atas dan menuliskannya dalam selemba resep. Selanjutnya si sakit membeli obat di Apotek sesuai dengan resep yang dia terima. Diharapkan penilaian terhadap penyakit yang diderita, kemampuan keuangan pasien, pengetahuan terhadap informasi DOPB dan adanya tanggapan yang positif terhadap program tersebut serta pengalaman dan kebiasaan dokter merupakan pertimbangan yang mempengaruhi seseorang dokter menggunakan obat-obat DOPB.

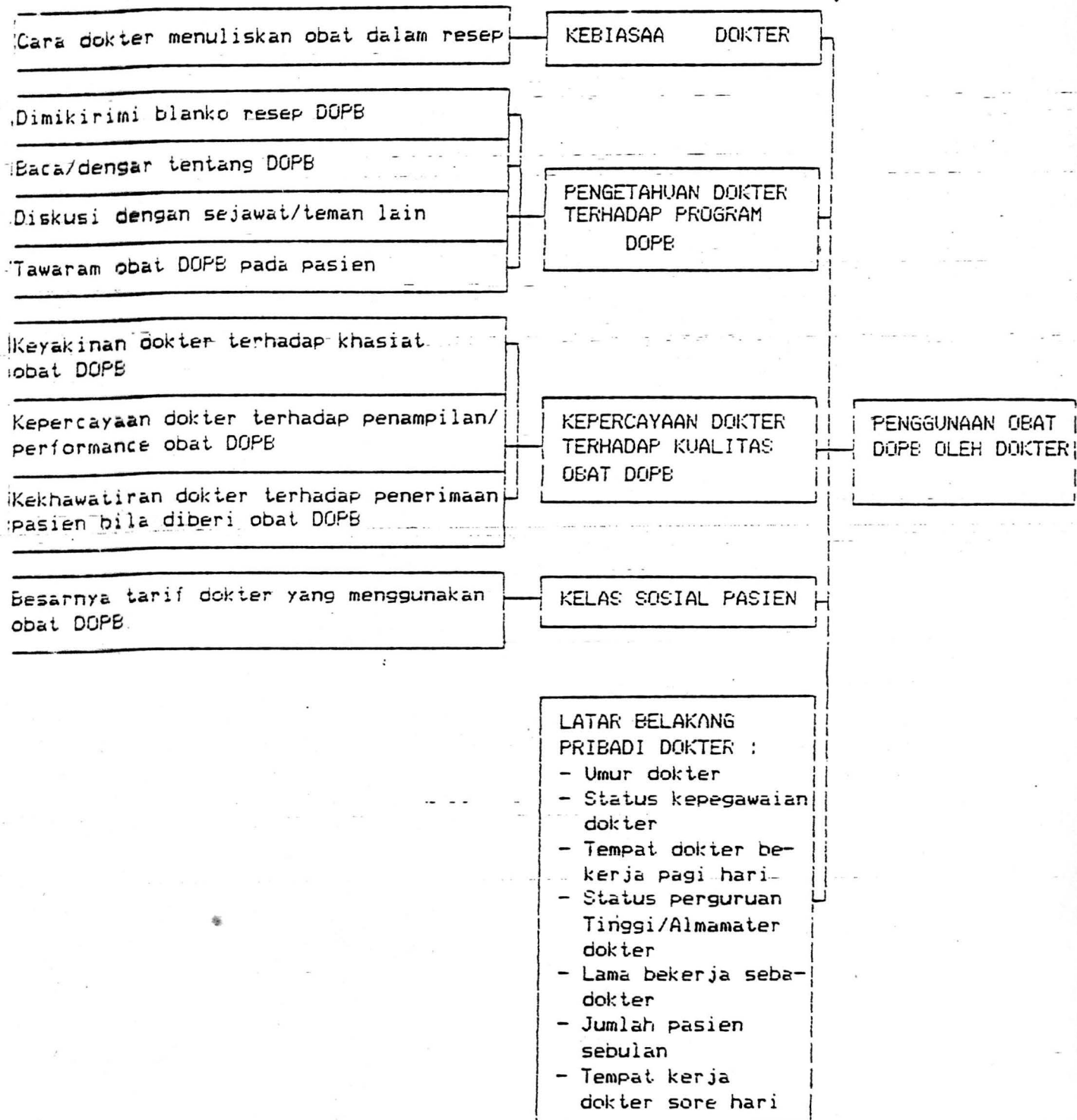
Berdasarkan uraian di atas dapat diidentifikasi beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh pada penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter yaitu :

1. Kebiasaan dokter (habit) memilih obat
2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat-obat DOPE
3. Pengetahuan dokter terhadap program DOPE
4. Kelas sosial pasien yang berobat ke praktek dokter
5. Latar belakang pribadi dokter

Selanjutnya PRECEDE framework khususnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku, digunakan sebagai model dalam meneliti penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter, dimana :

- Predisposing factor : 1. Pengetahuan dokter terhadap program DOPE
2. Kebiasaan dokter menulis obat.
- Enabling factors : 1. Kelas sosial pasien
- Reinforcing factors : 1. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPE
2. Latar belakang pribadi dokter

Berpedoman kepada tujuan khusus penelitian dan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter kemudian disusun suatu kerangka konsep seperti terlihat pada halaman berikut.



2.2. Hipotesa

Masalah penelitian beranjak dari hipotesa berikut:

Penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter dipengaruhi oleh pengetahuan dokter terhadap program DOPE, kepercayaan dokter terhadap program DOPE, kebiasaan dokter menulis resep, kelas sosial pasien dan latar belakang pribadi dokter.

Subhipotesa:

1. Pengetahuan dokter terhadap program DOPE mempengaruhi penggunaan obat DOPE oleh dokter.
2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat-obat DOPE mempengaruhi penggunaan obat DOPE oleh dokter.
3. Kebiasaan dokter menulis resep mempengaruhi penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter.
4. Kelas sosial pasien yang berobat ke praktek dokter mempengaruhi penggunaan obat DOPE oleh dokter.
5. Latar belakang pribadi dokter (umur, status kepegawaian, tempat kerja pagi hari, status perguruan tinggi (PT) almamater, lama bekerja seorang dokter, jumlah pasien 1 bulan, jenis keahlian dokter) mempengaruhi penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter.

3.3. Definisi Operasional

3.3.1. Variabel terikat:

Penggunaan obat-obat DOPE oleh dokter diartikan sebagai dipilihnya salah satu atau beberapa obat yang terdapat dalam Daftar Obat Program IDI-IFSI-PDGI-GP

Farmasi seperti tercantum pada lampiran 3 yang kemudian dituliskan dalam resep agar ditebus di apotek dan digunakan pasiennya sesuai cara yang dianjurkan dokter yang bersangkutan.

Skala yang digunakan adalah : Nominal

Dihitung dari banyak dokter yang menjawab pernah menuliskan obat DOPB pada resep selama kurun waktu 1 bulan terakhir (Desember 1988).

Dibedakan atas : tak pernah, dan pernah gunakan obat DOPB.

3.3.2. Variabel tak terikat/bebas:

3.3.2.1. Kebiasaan dokter.

Dokter mempunyai kebiasaan yang kalau didalami lebih lanjut dapat menjadi ciri khas dari yang bersangkutan dalam memilihkan obat-obat bagi pasiennya. Banyak hal yang menyebabkan kenapa dokter demikian, Antara lain adalah karena pengaruh dosen sewaktu masih mahasiswa dulu, pengaruh promosi obat, pengaruh teman sejawat dan pola pikir yang berbeda. Kebiasaan tersebut dapat berupa suka memilih obat paten saja, obat generik saja atau campuran keduanya. Disamping itu ada pula dokter yang suka menulis obat keluaran pabrik asing saja, pabrik PMDN, BUMN dan pabrik Domestik atau campuran. Selanjutnya ada pula dokter yang suka menggunakan obat yang mahal-mahal dan ada pula yang murah atau campuran keduanya. Kebiasaan dokter pada

penelitian ini diukur dari jawaban responden yang menyatakan mempunyai kebiasaan menulis obat dalam resep dalam bentuk obat generik saja, dalam bentuk paten saja atau dalam bentuk campuran paten dan generik.

Selalu gunakan obat paten: Bila responden menjawab semua obat dalam resep ditulis dengan nama paten

Sering kali gunakan obat paten: Bila responden menjawab dua dari tiga obat dalam resep ditulis dengan nama paten.

Kadang-kadang gunakan obat paten.: Bila responden menjawab satu dari tiga obat dalam resep ditulis dengan nama paten.

Skala yang digunakan : Ordinal.

3.3.2.2. Pengetahuan dokter terhadap DOPB.

Diketahui atau tidaknya program DOPB oleh seorang dokter sangat tergantung pada sampai atau tidaknya informasi itu pada dokter yang bersangkutan. Menurut Davis (1935) informasi merupakan data yang sudah diolah menjadi suatu yang berarti bagi si penerima dalam mengambil keputusan. Dalam hal ini informasi adalah berupa pesan pada dokter agar menggunakan obat-obat DOPB yang telah tersedia di Apotek-apotek di DKI Jakarta untuk pasien yang memerlukannya. Pesan tersebut telah disampaikan melalui media TVRI, Berita IDI, Buletin Varia Farmasi serta pengiriman blangko resep program bersama pada para dokter praktek. Untuk mendukung keputusan yang diambil seorang

dokter dalam menggunakan obat DOPB diperlukan kejelasan tentang jenis obat yang tersedia, harga, khasiat terapi dan kualitas serta besarnya kemasan.

Pengetahuan dokter tentang program DOPB dibedakan atas jumlah skoring/nilai jawaban atau 4 pertanyaan tentang :

1. Pernah membaca/mendengar tentang DOPB (penilaian:
2. sering
1. kadang-kadang
0. tak pernah)
2. Pernah dikirim blangko resep DOPB (penilaian
1. pernah
0. tak pernah)
3. Diskusi dengan sejawat/teman (Penilaian:
2. sering
1. kadang-kadang
0. tak pernah)
4. Menawarkan obat DOPB pada pasien (penilaian:
2. sering
1. Kadang-kadang
0 tak pernah)

ranking : - cukup bila nilai jawaban 4 s/d 7

- kurang bila nilai jawaban 0 s/d 3

Skala yang digunakan: Ordinal.

3.3.2.3. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB.

Proses perubahan sikap secara rasional melalui tahap-tahap perhatian, mengerti, menerima dan keyakinan. Menurut Mar'at (1982) perubahan sikap secara sadar baru akan timbul bila suatu ide telah diterima disamping telah ada keyakinan dalam diri individu atas kebenaran ide tersebut.

Penggunaan obat-obat DOPB oleh dokter juga merupakan suatu perubahan sikap melalui proses rasional. Perubahan tersebut adalah pengalihan kebiasaan menulis obat paten menjadi obat DOPB/generik. Untuk itu memerlukan adanya keadaan menerima dan percaya terhadap kualitas obat-obat DOPB, walaupun obat tersebut harganya relatif murah dan dibungkus dengan cara yang sederhana.

Kepercayaan atau keyakinan dokter dalam hal ini diukur terhadap keyakinan akan khasiat, tingkat kekhawatiran dokter terhadap penerimaan obat-obat DOPB oleh para pasien serta keyakinan dokter akan penampilan (performance) obat DOPB. Tingkat kepercayaan dokter dibedakan menurut perbedaan nilai (scoring) atas 3 pertanyaan tentang ketiga hal tersebut. Keyakinan dokter baik bila pada ketiga pertanyaan tersebut diperoleh nilai total 4 s/d 6 dan kurang bila nilai total 0 s/d 3.

Skala ukuran yang digunakan :Ordinal

3.3.2.4. Kelas sosial pasien.

Latar belakang sosial masyarakat berdasarkan pendapatan, pekerjaan dan pendidikan dapat dibedakan atau diklasifikasikan atas: tinggi, sedang dan rendah.

Kelas sosial akan menggambarkan "life style" dari individu, termasuk dalam mencari, memilih dan menggunakan pelayanan kesehatan. Menurut Sorkin (1984), pelayanan kesehatan merupakan suatu komoditi yang bersifat "

consumer ignorance" di mana ketidak tahuan konsumen lebih menonjol (22). Disamping itu pelayanan kesehatan memiliki pula sifat "supply induced demand" yang berakibat makin canggih teknologi yang digunakan dan makin mahal pelayanan yang diberikan makin diminati masyarakat. Oleh karena itu dapatlah dipahami kenapa individu yang berasal dari kelompok kelas sosial tinggi cenderung mencari dan menggunakan pelayanan kesehatan yang lebih mahal. Kelompok ini lebih menyukai pelayanan dokter spesialis ataupun super spesialis dan menggunakan obat-obat paten pilihan walaupun untuk itu diperlukan biaya lebih mahal. Sebaliknya individu yang berasal dari kelas sosial rendah cenderung mencari dan menggunakan fasilitas pelayanan umum serta menggunakan obat-obat standar (esensial/DOPB). Kalaupun tidak dirujuk atau terpaksa kelompok ini tidak akan menggunakan pelayanan kesehatan spesialis atau super spesialis. Penyediaan obat-obat DOPB di Apotek ditujukan untuk golongan ini dan golongan sosial menengah yang tidak mampu mendapatkan pelayanan obat-obat paten tanpa mengabaikan tujuan pemberian obat yaitu memperoleh kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Tiga indikator sosial yang diukur dalam Survei sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) adalah:

(22). Sorkin A.L., Health Economics, An Introduction, 2nd ed., D.G. Health Co., Massachusetts, 1984, hal.7.

- Pendidikan: Yaitu pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh individu, yang dapat dibedakan atas: Tidak/belum pernah sekolah, belum tamat SD, tamat SD, tamat SMTP, tamat SMTA, diploma I/II, Akademi/diploma III dan Universitas/ Diploma IV.
- Pendapatan: Diukur dari pengeluaran rata-rata keluarga selama satu bulan.
- Pekerjaan: Kegiatan yang dilakukan dengan maksud memperoleh penghasilan, paling sedikit dua hari dalam seminggu. Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 1986 membedakan pekerjaan responden atas : Tidak bekerja, Wiraswasta, Profesional, Administrator/ pegawai kantor, buruh, pensiunan/masih sekolah dan pengangguran.

Untuk menentukan kelas sosial seseorang individu, dilakukan penilaian terhadap semua tingkat indikator tersebut. Tinggi-rendahnya nilai total atas ketiganya menentukan kelas sosial seseorang. Dalam penelitian ini, karena responden hanya dokter praktek maka data tentang itu tidak mungkin dihitung dengan cara seperti di atas. Informasi yang diperoleh tentang kelas sosial pasien hanya didasarkan pada tarif dokter, dengan asumsi: Pasien hanya akan berobat pada dokter yang tarifnya sesuai dengan kemampuan ekonominya. Pasien yang mendapatkan resep DQPB dari dokter yang bertarif kurang dari Rp. 4000,- dianggap

mempunyai kelas sosial rendah, Rp. 4000,- s/d Rp. 7000,- kelas menengah dan di atas Rp. 7.500,- kelas atas.

Skala yang digunakan: Ordinal.

3.3.2.5. Latar belakang pribadi dokter

Latar belakang pribadi/karakteristik dokter yang diperkirakan mempengaruhi penggunaan obat DOPE adalah :

1. Umur dokter

Yang dimaksud dengan umur dokter adalah usia dokter sesuai dengan pengakuannya. Umur dibedakan atas 2 kelas yaitu di bawah lima puluh tahun dan di atas 50 tahun.

2. Status kepegawaian

Yang dimaksud dengan status kepegawaian adalah kedudukan dokter sebagai karyawan. Dalam hal ini apakah dia sebagai karyawan pemerintah (pegawai negeri/PNS, ABRI) atau karyawan swasta, wiraswasta dll. Sebagai karyawan di digaji oleh instansi dimana dia bekerja, sedangkan sebagai wiraswastawan dia menggaji dirinya sendiri. Dalam penelitian ini status kepegawain dibagi dua kelompok yaitu pegawai pemerintah (termasuk PNS, ABRI, BUMN, Pensiunan) dan pegawai swasta (karyawan di perusahaan swasta termasuk wiraswastawan dan lain-lain. Pegawai negeri (mempunyai Nomor Induk Pegawai NIP) yang diperbantukan termasuk kelompok pegawai negeri.

3. Tempat Kerja dokter pagi hari

Yang dimaksud dengan tempat kerja pagi hari adalah tempat dimana sebagai karyawan bekerja. Mungkin sebagai dokter dia bekerja di Rumah Sakit, di Puskesmas, di Klinik Perusahaan atau sebagai seorang karyawan di Departemen Kesehatan dan Kanwil/Dinkes Kesehatan dan unit-unitnya atau di perguruan tinggi dan lain-lain.

Dalam analisa, tempat kerja dokter dikelompokkan atas 3 kelompok yaitu yang bekerja sebagai karyawan administrasi di Departemen Kesehatan/ unit-unitnya, yang bekerja di Klinik/ RS/ Puskesmas/ RB/ BKIA/ BP dan yang bekerja di Perguruan Tinggi/lain-lain.

4. Status Perguruan Tinggi (PT)/ Almamater dokter.

Yang dimaksud status PT adalah kedudukan PT sebagai instansi pemerintah atau swasta dimana seorang dokter belajar sampai menamatkan pendidikannya sebagai seorang dokter. Dibedakan atas PT. Negeri, PT Swasta/ PT di luar negeri.

5. Lama bekerja/ masa kerja sebagai dokter yang dimaksud adalah sudah berapa lama seseorang sejak lulus sebagai dokter sampai sekarang. Diukur dengan tahun. Dikelompokkan atas di bawah 20 tahun dan 20 tahun ke atas.

6. Jumlah pasien 1 bulan.

Jumlah pasien 1 bulan yaitu berapa orang yang datang berobat ke tempat prakteknya selama bulan Desember 1988

yang lalu. Dikelompokkan atas sedikit sedang dan banyak. Dikatakan sedikit bila sebulan jumlah pasien 0-49 orang, sedang 50-124 orang dan banyak 125 atau lebih.

7. Keahlian dokter/spesialis.

Yang dimaksud dengan keahlian adalah pendidikan formal tambahan dalam bentuk spesialisasi/khusus. Dibedakan atas dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi.

3.3.3. Tingkat penggunaan obat DOPB oleh dokter di DKI Jakarta.

Pada tingkat penggunaan obat DOPB dibicarakan tentang kesesuaian DOPB dengan kebutuhan dokter, permintaan pasien akan obat DOPB dan jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB.

3.3.3.1. Kesesuaian isi DOPB dengan obat kebutuhan dokter praktek.

Digunakannya suatu obat oleh dokter sangat tergantung pada jenis dan tingkat penyakit yang diderita seorang pasien serta kesesuaian permintaan tersebut akan obat-obat yang tersedia di suatu unit pelayanan kesehatan. Khusus tentang obat-obat DOPB yang disediakan di Apotek-Apotek di DKI Jakarta, digunakan atau tidak oleh dokter akan tergantung pula pada kesesuaian isinya dengan kebutuhan dokter. Bila dianggap DOPB sebagai suatu komoditi maka transaksi jual beli baru akan terjadi bila ada kebutuhan konsumen akan obat-obat yang terdapat dalam DOPB itu. Walaupun konsumen

mempunyai pilihan lain berupa obat-obat paten yang lebih mahal, namun diasumsikan bahwa obat-obat DOPB akan digunakan oleh para dokter bila memang isi DOPB itu sesuai dengan kebutuhan mereka. Dalam penelitian ini dibedakan beberapa kategori kesesuaian sebagai berikut:

1. Tidak sesuai, yaitu bila diantara 50 items obat yang terdapat dalam DOPB hanya yang pernah ditulis dokter dalam resep berjumlah kurang dari lima items
2. Kurang sesuai, yaitu bila diantara 50 items obat yang terdapat dalam DOPB hanya yang pernah ditulis dokter dalam resep berjumlah 5-24 items.
3. Sesuai, yaitu bila diantara 50 items obat yang terdapat dalam DOPB lebih dari 24 items pernah ditulis dokter dalam resep.

3.3.3.2. Permintaan pasien akan obat DOPB.

Alternatif penggunaan obat DOPB disamping datangnya dari dokter, tetapi bisa juga datangnya dari pihak pasien.

Permintaan pasien ditandai dengan adanya pernyataan dari pasien kepada dokter secara lisan agar dokter mau menuliskan obat-obat DOPB dalam resep untuk mengobati penyakit yang dideritanya.

Adanya permintaan pasien akan obat DOPB pada dokter dapat dianggap sebagai indikator adanya perubahan perilaku dari anggota masyarakat dari kebiasaan menggunakan obat-obat paten ke penggunaan obat DOPB. Sebagai perilaku, maka

permintaan akan obat DOPB menunjukkan pula telah terjadinya proses kristalisasi berbagai aspek yang berhubungan dengan keputusan untuk meminta obat DOPB di dalam diri pasien yang bersangkutan. Keputusan tersebut dilatar belakangi oleh pengetahuan individu terhadap program DOPB, sikap individu terhadap DOPB, motivasi, reaksi, keinginan, minat dan kehendak untuk menggunakan obat-obat DOPB. Sampainya informasi tentang program DOPB pada pasien merupakan titik awal menuju terjadinya perubahan perilaku ke tahap yang diharapkan, yaitu digunakannya obat-obat DOPB oleh masyarakat. Sikap individu terhadap DOPB diartikan sebagai tanggapan batin individu terhadap situasi atau rangsangan dari luar yaitu program DOPB. Motivasi diartikan sebagai dorongan pada individu baik dari dalam maupun dari luar dirinya untuk menggunakan obat DOPB.

Penelitian ini tidak akan menguraikan lebih rinci tentang faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pasien tentang penggunaan obat DOPB karena dapat menjadi topik tersendiri.

Adanya permintaan pasien akan obat-obat DOPB ditentukan atas dasar jawaban yang diberikan oleh responden, yaitu tentang beberapa jumlah pasien yang berobat padanya pernah meminta agar diberi obat-obat DOPB selama 1 bulan terakhir.

Dikatakan sedikit bila jumlah pasien 0-29 orang 1 bulan

Dikatakan banyak bila jumlah pasien 30-50 orang 1 bulan

3.3.3.3. Jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB 1 bulan.

Tingkat penggunaan obat DOPB oleh dokter diukur dari jumlah pasien yang datang berobat ketempat prkteknya dan mendapatkan obat DOPB selama bulan Desember 1988.

Dikatakan banyak bila jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB 10 orang atau lebih.

Dikatakan sedikit bila jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB kurang dari 10 orang.

BAB 4

METODOLOGI

4.1. Rancangan Penelitian

Yang termasuk dalam populasi pada penelitian ini adalah dokter.

- Populasi sample: Seluruh dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi yang memberikan pelayanan/ praktek medis di DKI Jakarta.
- Populasi target: Seluruh dokter spesialis, dokter umum dan dokter gigi yang tercatat di registrasi IDI dan PDGI DKI Jakarta.

Penelitian ini merupakan "Cross Sectional Survey", bersifat deskriptif analitik. Karena dilakukan juga evaluasi pelaksanaan program DOPB di DKI Jakarta khususnya yang menyangkut penyerapannya oleh para dokter maka penelitian ini juga bersifat evaluatif.

4.2. Besar dan cara pengambilan sampel

Di DKI Jakarta berpraktek dokter umum sebanyak 2.020 orang., dokter spesialis 738 orang dan dokter gigi sebanyak 1.135 orang (data dari Dinas Kesehatan DKI Jakarta), dengan penduduk sekitar 6 juta orang. Walaupun terdapat status sosial yang heterogen tetapi distribusi penduduk hampir merata. Mobilitas penduduk cukup tinggi dengan sarana pelayanan umum terdapat di tiap daerah.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini bersifat kualitatif dengan populasi dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi yang diketahui jumlahnya (finit population).

Perhitungan sample didasarkan atas pertimbangan populasi di atas, dimana penyimpangan yang dikehendaki (E) sebesar 5% dengan confidence level 95% dan dugaan proporsi populasi p yang menggunakan obat DOPB adalah sebesar 20%.

Dengan menggunakan rumus

$$E = Z \sqrt{\frac{p \times q}{n} \times \frac{(N-n)}{(N-1)}}$$

Diperoleh perincian sampel sebagai berikut :

- Dokter umum 120 orang
- Dokter spesialis 44 orang
- Dokter gigi 67 orang

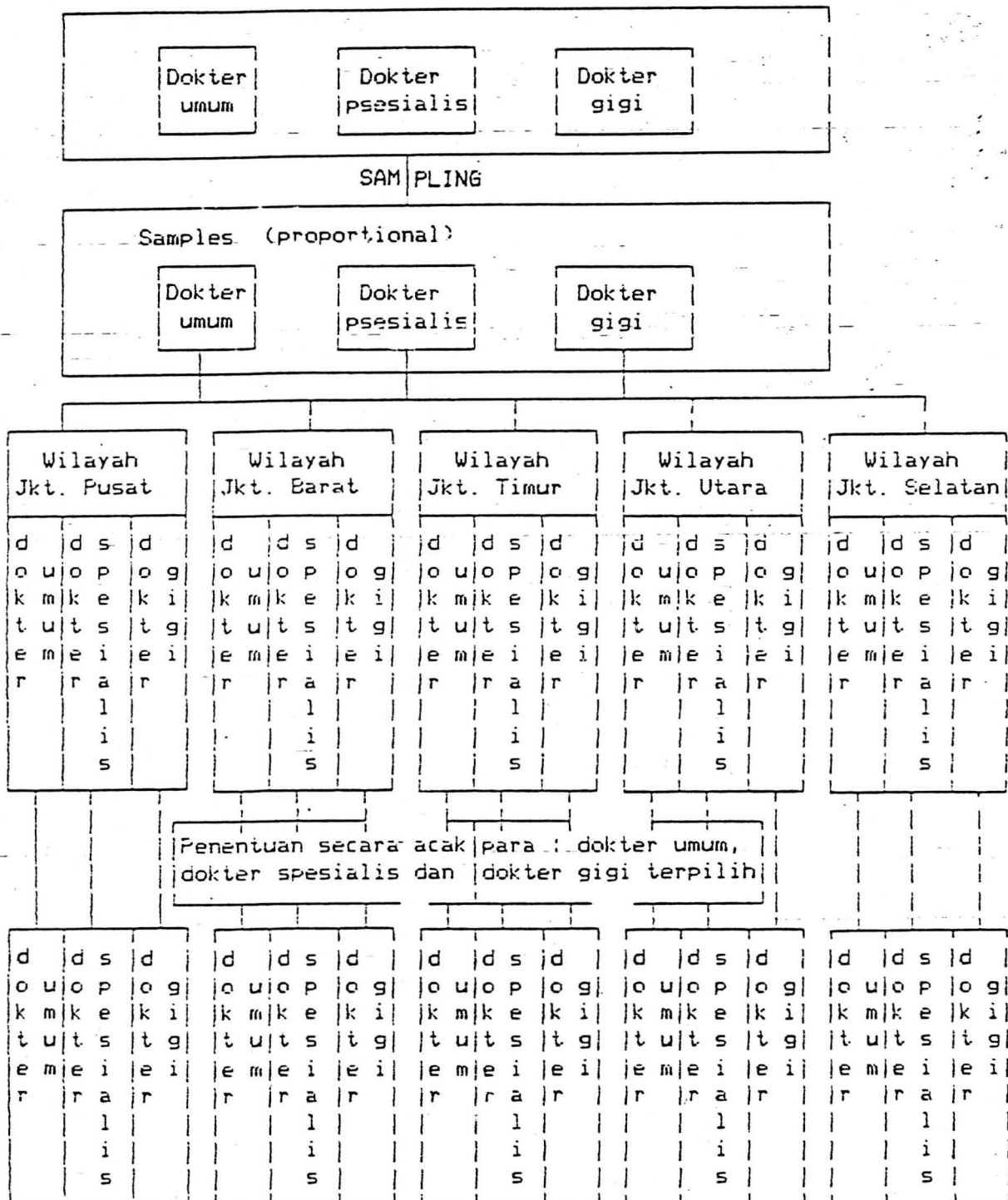
Masing-masing dipilih secara proporsional sesuai dengan jumlah dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi yang ada di tiap wilayah di DKI Jakarta.

Setelah dirinci lebih lanjut diperoleh pembagian sampel untuk tiap wilayah sebagai berikut:

Banyaknya Jenis Dokter	Wilayah					JMLH
	JKT PUSAT	JKT BARAT	JKT TIMUR	JKT UTARA	JKR SEL.	
Umum	25	28	26	13	28	120
Spesialis	15	7	8	3	11	44
Gigi	17	16	11	4	19	67
Jumlah	57	51	45	20	58	231

dengan uraian kerangka sampel sebagai berikut:

KERANGKA SAMPEL



4.3. Alat Pengumpul Data

Data primer:

1. Data dikumpulkan dengan alat pengumpul data/instrument berupa kuesioner yang telah diuji. (contoh lihat lampiran 4).

2. Pengujian kuesioner dilakukan dengan pertolongan beberapa orang dokter yang terdapat di Badan Litbang Kesehatan.

Dilihat tentang substansi, kemudahan menjawab, kesatuan pengertian dan lain-lain yang kemudian digunakan sebagai masukan untuk perbaikannya.

Data sekunder:

Literatur/tulisan/penerbitan dan wawancara dengan pengelola program (ketua PB: IDI, ISFI, PDGI, GP Farmasi)

4.4. Cara Pengumpulan Data

Para responden didatangi satu persatu ketempat praktek masing-masing oleh pewawancara. Setelah memperkenalkan diri dan menyampaikan maksud penelitian, kemudian dilakukan wawancara sesuai kuesioner. Pewawancara mencocokkan jawaban responden dengan pilihan pada kuesioner.

4.5. Pengolahan dan analisa data

Setelah data terkumpul, kemudian dilakukan penyortiran dan pemeriksaan kelengkapannya, lalu dipindahkan ke "coding sheet". Karena data cukup banyak pengolahan selanjutnya dilakukan dengan pertolongan komputer menggunakan program

Dbase III dan SPSS/PC.

Dalam penelitian ini dilihat deskripsi penggunaan obat-obat DQPB oleh dokter, dikaitkan dengan karakteristik para dokter yang berpraktek di DKI Jakarta. Disamping itu sesuai dengan hipotesa yang telah disusun, dicari pula informasi yang tepat tentang hubungan antara berbagai fenomena yaitu antara satu variabel dengan variabel yang lain. Hubungan tersebut meliputi arah (direction) dan eratnya (strength) hubungan.

Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala nominal dan ordinal. Analisa data dilakukan dengan membuat tabel distribusi frekuensi dan tabel contingensi/tabel silang.

Analisa distribusi meliputi :

- Modus (Mo) dan variation ratio untuk variabel yang berskala nominal
- Persentase untuk variabel yang berskala ordinal.

Analisa hubungan meliputi uji statistik menggunakan;

- Chi-square (χ^2) untuk uji kemaknaan
- Koefisien Goodman Kruskal (G) untuk variabel yang berskala nominal ordinal.

Skala nominal ditandai dengan hanya dapat dilakukan pengklasifikasian saja tanpa dapat dilakukan urutan jarak maupun titik nol absolut.

4.5.1. Analisa distribusi

4.5.1.1. Modus (Mo)

Modus merupakan karakteristik yang mempunyai frekuensi paling banyak dari suatu distribusi. Modus disebut juga "typical observation" dari suatu distribusi yang bersekala nominal. Untuk menentukan modus perlu dibuat tabel frekuensi lebih dahulu. Modus ialah karakteristik yang mempunyai frekuensi paling banyak. Sebagai contoh dapat dilihat pada tabel berikut:

Pengetahuan dokter tentang DOPB

Tingkat pengetahuan	f r e k u e n s i
1. Cukup	25
2. Kurang	55
Jumlah	80

Modus dari pengetahuan dokter tentang program DOPB adalah kurang. Dengan kata lain kurang mengetahui program DOPB merupakan "typical observation" dari para dokter yang diteliti.

4.5.1.2. Analisa persentase

Distribusi persentase adalah distribusi yang frekuensinya telah dirubah ke dalam bentuk persentase.

Penyusunan distribusi persentase dilakukan dengan membagi jumlah observasi dalam masing-masing katagori variabel (f) dengan jumlah frekuensi (N). Setelah pembagian dilakukan hasilnya dikalikan 100 untuk mendapatkan persentase.

Analisa persentase lebih menonjolkan jumlah proporsional atau frekuensi relatip. Analisa ini penting bila kita ingin membandingkan suatu variabel dalam dua kelompok atau lebih. Dengan mengubahnya ke persentase kita dapat menentukan secara relatip besarnya tiap kelompok.

4.5.2. Analisa hubungan

Menurut Anggarini (1980), pada hakekatnya pengertian dasar dari hubungan yaitu : Dua karakteristik (sifat) digambarkan hubungannya dengan menggunakan suatu derajat hubungan yang menyatakan bahwa sesuatu gejala dapat diramalkan atau diperkirakan secara saksama dengan menggunakan gejala yang lain. Hubungan dalam hal ini dapat berupa asosiasi maupun korelasi. Dengan menggunakan prosedur statistik, dapat diperoleh suatu angka yang dapat menyatakan gambaran yang lebih teliti dari derajat hubungan antara 2 variabel. Angka ini biasanya disebut koefisien asosiasi atau koefisien korelasi. Koefisien tersebut bergerak dari 0 - 1.

Nilai 0 menyatakan tidak ada hubungan sama sekali. Hubungan yang kuat ditunjukkan dengan semakin mendekatnya koefisien tersebut kearah satu.

Untuk mengetahui hubungan tersebut data haruslah disajikan dalam bentuk "joint bivariate distribution" atau dalam bentuk tabel contingensi.

Di bawah ini diuraikan satu persatu uji statistik yang akan digunakan dalam analisa hubungan.

4.5.2.1. Koefisien Goodman Kruskal G (Gamma).

Koefisien Godman Kruskal digunakan untuk uji hubungan dua variabel yang bersekala ordinal. Menurut Freeman (1965) G merupakan koefisien asosiasi antara dua "order observation" yang didasarkan pada "mutual predictability" antara jumlah "agreement" dan "inversion" dalam order ranking. Gamma dihitung dengan rumus :

$$G = \frac{f_{\text{a}} - f_{\text{i}}}{f_{\text{a}} + f_{\text{i}}}$$

dimana : f_{a} = Frekuensi dari agreement.

f_{i} = frekuensi dari inversion

Pada data yang telah dikelompokkan, f_{a} dapat dihitung dengan mengalikan frekuensi yang mengisi masing-masing sel dengan jumlah dari isi sel yang berbeda disebelah bawah kanan, kemudian hasilnya dijumlahkan. Selanjutnya

f_i dihitung dengan cara mengalikan frekuensi yang mengisi masing-masing sel dengan jumlah dari sel yang berada disebelah bawah kirinya, kemudian hasilnya dijumlahkan.

Bila harga $f_{ij} > f_i$ berarti diramalkan semua pasangan kearah similar.

$f_{ij} < f_i$ berarti diramalkan semua pasangan kearah dissimilar.

Sehingga bila harga :

$G = +1$ berarti menunjukkan "perfect agreement".

$G = -1$ berarti menunjukkan "perfect inversion".

Sebagai contoh penggunaannya pada kelompok data yang menggambarkan level pendidikan dengan level pendapatan yang disusun dalam skala ordinal. Bila dalam perhitungan uji Goodman Kruskal diperoleh harga $G = 0,65$ berarti sebanyak 65% dari kedua variabel tersebut menunjukkan keadaan saling mempunyai hubungan mempengaruhi. Dengan kata lain bila kita menggunakan pendidikan untuk meramalkan tingkat pendapatan, 65% kesalahan dapat ditolerir. Dapat juga dikatakan bahwa tingkat pendidikan cukup kuat mempengaruhi tingkat pendapatan seseorang.

4.5.2.2. Uji Chi-square (χ^2).

Uji Chi-square berguna untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan yang bermakna diantara dua variabel.

Dasar dari metoda tersebut diperoleh dari analisa mengenai data frekuensi atau data jumlah yang siap untuk dialihkan dalam bentuk data frekuensi, dengan perkataan lain bahwa uji Chi-square bertujuan untuk menguji bagaimana hubungan antara sebuah faktor terhadap suatu "outcome".

Formulasi dari uji Chi-square adalah sebagai berikut

$$\chi^2 = \frac{[O - E]^2}{E} \quad (23)$$

dimana χ^2 = Statistik Chi-square

O = Frekuensi hasil pengamatan

E = Frekuensi yang diharapkan.

Dalam Uji Chi-square terdapat derajat kebebasan yang formulanya sebagai berikut :

$$d.f = [R - 1] [C - 1]$$

dimana : d.f. = Derajat kebebasan

R = Jumlah baris dalam tabel silang

C = Jumlah kolom dalam tabel silang

(23). Johanes Ipsen, Polly Feil, Bancroft's introduction to Biostatistics, 2nd Ed., Harper & Row Publ., New York, 1970. Hal. 111

Nilai χ^2 yang besar berarti frekuensi yang diamati berbeda secara bermakna dimana dengan menggunakan tabel distribusi χ^2 dapat diketahui tingkat kemaknaan tersebut. Tingkat probabilitasnya diambil sebesar 5% (0,05), bila lebih kecil dianggap berbeda bermakna.

Untuk Tabel 2×2 digunakan formula :

$$\chi^2 = \frac{n [(ad - bc)]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

dimana χ^2 = nilai statistik Chi-square

a, b, c dan d = frekuensi hasil pengamatan

n = a + b + c + d

Bila terdapat sel yang berisi frekuensi kurang dari 10 diadakan penyesuaian dengan menggunakan koreksi Yates, menggunakan formula :

$$\chi^2 = \frac{n [(ad - bc) - n/2]^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pola penyajian hasil penelitian akan dibahas secara berturut-turut, pelaksanaan penelitian, kualitas data yang diperoleh, karakteristik dokter yang menggunakan obat DOPB, jenis obat DOPB yang banyak digunakan oleh para dokter di DKI Jakarta, saran-saran dari para dokter untuk peningkatan program dimasa yang akan datang, analisa hubungan beberapa faktor yang diduga mempengaruhi dokter menggunakan obat-obat DOPB, serta alternatif-alternatif peningkatan penggunaan DOPB.

5.1. Pelaksanaan penelitian

Pengumpulan data dilakukan sejak tanggal 23 Januari sampai dengan 3 April 1989, dilaksanakan setiap hari kerja dengan target ± 4 responden / hari. Waktu yang dibutuhkan untuk wawancara 15-30 menit. Karena responden terpancarn-pancar, maka waktu yang tersisa lebih banyak digunakan untuk pindah dari 1 responden ke responden lain yang kadang-kadang jaraknya cukup jauh. Untuk mewawancarai seorang responden tidaklah mudah dimana seringkali responden yang dituju menolak atau mengulur waktu dengan alasan yang bermacam-macam.

Untuk mendapatkan kesamaan pengertian, kepada responden

dijelaskan terlebih dahulu tentang tujuan penelitian legalisasi penelitian, kerahasiaan data dan ruang lingkup penelitian.

Wawancara dilakukan oleh peneliti sendiri tanpa bantuan orang lain. Suatu yang perlu dicatat dalam pelaksanaan penelitian ini adalah bahwa sebelum penelitian dilaksanakan di lapangan diperlukan izin terlebih dahulu dari Direktorat Sosial - Politik Pemerintah Daerah DKI Jakarta melalui rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan DKI Jakarta (Lihat lampiran 7).

Disamping itu peneliti dibekali surat pengantar dari Ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) cabang DKI Jakarta serta Ketua Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) (Lampiran 5 & 6). Surat-surat tersebut selalu dibawa dan bila perlu diperlihatkan kepada responden atau petugas keamanan.

Calon responden yang tak berhasil ditemui setelah 3 kali dikunjungi atau yang pergi keluar kota selama lebih dari 6 hari langsung diganti dengan dokter lain yang sejenis yang telah disiapkan sebagai cadangan.

Cadangan responden adalah sebanyak 50 orang, tiap wilayah 10 orang dengan perincian dokter umum 4 orang, dr. spesialis 3 orang dan dokter gigi 3 orang.

Terdapat 7 orang calon responden yang tak bisa ditemui setelah dikunjungi 3 kali berturut-turut atau bepergian ke luar kota di wilayah Jakarta Utara. Untuk hal yang sama terdapat 10 orang di Jakarta Pusat, 8 orang di Jakarta

Timur, 6 orang di Jakarta Selatan dan 10 orang di Jakarta Barat. Total calon responden yang diganti sejumlah 41 orang

Dengan demikian jumlah sampel penelitian sesuai dengan yang direncanakan yaitu sebanyak 231 orang dengan rincian sebagai berikut (Lihat Tabel 5.2).

Tabel 5.2
Distribusi Responden menurut wilayah dan jenis dokter yang diwawancarai.

No.	Jenis Dokter	Wilayah DKI Jakarta					Jumlah
		Pusat	Utara	Timur	Selatan	Barat	
1.	Dr. Umum	25	28	26	13	28	120
2.	Dr. Spesialis	15	7	8	3	11	44
3.	Dr. Gigi	17	16	11	4	19	67
T o t a l		57	51	45	20	58	231

Khusus untuk dokter spesialis terdapat 3 orang spesialis kulit kelamin, 7 orang spesialis Telinga Hidung dan Tenggorokan (THT), 12 orang Spesialis anak, 4 orang spesialis kandungan (Obstetri & Gynecology), 2 orang spesialis syaraf, 8 orang spesialis penyakit dalam, 5 orang spesialis paru-paru, 2 orang spesialis jantung dan 1 orang spesialis mata.

5.2. Kualitas Data

Responden penelitian ini seluruhnya berjumlah 231 orang, dimana kualitas data sangat dipengaruhi oleh validitas kuesioner dan kesahihan (reliabilitas) jawaban para responden. Kuesioner dibuat berdasarkan pemikiran logis melalui pengarahan dari para pembimbing, sedangkan jawaban dari responden banyak dipengaruhi oleh latar belakang pribadi responden, dimana tidak semuanya dapat diungkapkan dengan penelitian ini. Validitas kuesioner yang terbatas menyebabkan tak terlalu tajam dapat mengukur variasi yang ada pada responden, sehingga mempengaruhi pula kualitas data yang diperoleh.

Sebagian besar pengisian kuesioner didasarkan pada pengakuan responden, seperti umur, tahun lulus jadi dokter umum/spesialis/gigi, jenis perguruan tinggi, status kepegawaian, dan tempat bekerja pagi hari, atas pertimbangan etis tidak diperiksa lagi keabsahannya lebih jauh. Demikian juga pengakuan dokter menggunakan obat DOPB diterima begitu saja tanpa dapat dilakukan pengecekan pada tindakan/arsip/resep. Untuk hal-hal lain seperti jumlah pasien yang datang berobat, persentase jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB dan besarnya tarif dokter dilakukan konfirmasi lebih lanjut, melalui pertanyaan langsung pada beberapa pengunjung serta jawaban responden pada pertanyaan lain.

5.3. Karakteristik dokter yang menggunakan obat DOPB dan distribusinya.

Setelah data terkumpul dan diolah ternyata responden yang menjawab sering menggunakan obat DOPB, sangat sedikit dibandingkan dengan yang menggunakannya secara kadang-kadang atau tak pernah. Hal ini mungkin terjadi karena memang faktanya demikian atau kemungkinan juga kuesioner yang digunakan untuk mengumpulkan data kurang tajam dapat membedakan ketiga variasi penggunaan obat DOPB tersebut. Disamping itu untuk mempertajam analisa variasi yang tidak terlalu banyak perlu pula dipertimbangkan agar dikurangi. Berdasarkan alasan-alasan tersebut klasifikasi penggunaan obat DOPB oleh para dokter di bagi atas 2 kelompok saja (dichotom) yaitu pernah dan tak pernah. Dengan demikian kelompok yang tadinya pada kuesioner menjawab sering dan kadang-kadang dalam analisa dijadikan satu yaitu kelompok pernah menggunakan obat DOPB, sedangkan yang menjawab tak pernah menggunakan, tetap dalam kelompok tak pernah menggunakan obat DOPB.

Data disajikan dalam bentuk tabel-tabel distribusi frekuensi dan tabel-tabel silang.

5.3.1. Umur dokter.

Umur dokter yang jadi responden dalam penelitian ini berkisar antara 30-67 tahun dengan kelompok terbanyak adalah umur 40-49 tahun. Sebanyak 136 orang dokter yang

diteliti menjawab pernah menggunakan obat DOPB dan sisanya 95 orang menjawab tak pernah menggunakan obat DOPB.

Untuk kelompok umur 30-39 tahun ada 54 orang responden, dimana 85,7% menjawab pernah menggunakan obat DOPB. Sedangkan kelompok dokter yang berumur 40-49 tahun ada 144 orang, dimana 56,2% menjawab pernah menggunakan obat DOPB dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB (lihat tabel 5.3).

Tabel 5.3

Distribusi penggunaan obat-obat DOPB oleh dokter dibedakan berdasarkan kelompok umur dokter.

No.	Umur dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	30-39 TH	32 85,7	22 14,3	54 100,0
2	40-49 TH	81 56,2	63 43,8	144 100,0
3	50-67 TH	23 69,7	10 30,3	33 100,0
4	Total	136 58,9	95 41,1	231 100,0

5.3.2. Lama jadi dokter.

Sebagian besar (95 orang) responden telah menjadi dokter selama 15-19 tahun, dimana 56,8% dari jumlah ini menjawab pernah menggunakan obat DOPB, dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB. Responden yang telah menjadi dokter selama 20-35 tahun berjumlah 38 orang, dimana dari jumlah ini 71,1% menjawab pernah menggunakan obat DOPB dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB. (Lihat Tabel 5.4).

Tabel 5.4.

Distribusi penggunaan Obat DOPB di kalangan dokter dibedakan menurut lama jadi dokter.

No.	Lama Jadi Dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	05-09 TH	16 51.6	15 48.4	31 100.0
2	10-14 TH	39 58.2	28 41.8	67 100.0
3	15-19 TH	54 56.8	41 43.2	95 100.0
4	20-24 TH	27 71.1	11 28.9	38 100.0
5	Total	136 56.9	95 41.1	231 100.0

5.3.3. Lulusan Perguruan Tinggi / Almamater

Ada sebanyak 177 orang responden lulusan Perguruan tinggi negeri, dimana 66,7% dari jumlah ini menjawab pernah menggunakan obat DOPB dan sisanya tak pernah menggunakan obat DOPB.

Dari kelompok PT swasta yang pernah menggunakan obat DOPB hanya 33,3%, dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB (lihat tabel 5.5).

Tabel 5.5

Distribusi Penggunaan Obat DOPB oleh Dokter dibedakan menurut status Perguruan Tinggi/almamater.

No.	Jenis Perguruan Tinggi	Penggunaan Obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	PT NEGERI	118 66.7	59 33.3	177 100.0
2	PT SWASTA	18 33.2	36 66.7	54 100.0
4	Total :	130 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.4. Status Kepegawaian Dokter

Yang terbanyak pernah menggunakan adalah dokter dari kelompok pegawai negeri (yang mempunyai NIP) dan ABRI (yaitu 119 orang dari 166 orang). Sedangkan dari kelompok pegawai swasta kebanyakan tak pernah menggunakan obat DOPB (Lihat tabel 5.6).

Tabel 5.6.

Distribusi penggunaan Obat DOPB oleh dokter
dibedakan menurut status kepegawaian dokter.

No.	Status Kepegawaian Dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	PEG NEGERI dan ABRI	119 71.1	47 28.3	166 100.0
2	PEG SWASTA	11 21.2	41 78.8	52 100.0
3	PENSIUN	6 46.2	7 53.8	13 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.5. Tempat Kerja Dokter pagi hari.

Dokter yang banyak menggunakan obat DOPB adalah yang bekerja di Dep.Kes./Unit Dep.Kes./Puskemas dan Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Sedangkan yang tidak pernah menggunakan obat DOPB adalah dokter yang pagi harinya bekerja di klinik/praktek bersama/pribadi (Lihat tabel 5.7).

Tabel 5.7.

Distribusi penggunaan Obat DOPB oleh dokter dibedakan berdasarkan tempat kerja dokter pagi hari.

No.	Tempat kerja dokter pagi hari	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	RUMAH SAKIT	49 54.4	41 45.6	90 100.0
2	KANWIL/DIN/ SUDIN	29 85.3	5 14.7	34 100.0
3	PUSK/BALAI/ BKIA	18 72.0	7 28.0	25 100.0
4	KLINIK PERUS/ INS	10 34.5	19 65.5	29 100.0
5	DEPKED/UNIT PUS	19 79.2	5 20.8	24 100.0
6	KLINIK/PRAKT. SER.	1 33.3	2 66.7	3 100.0
7	KLINIK/PRAKT. PRI.	2 28.6	5 71.4	7 100.0
8	PT	7 41.2	10 58.8	17 100.0
9	LAIN-LAIN	136 58.0	1 50.0	2 100.0
10	TOTAL	129 58.9	95 41.1	231 100.0

5.6. Tempat Kerja / Praktek dokter sore hari

Dari 231 orang dokter yang ditanya 196 orang (84,8%) pada waktu sore hari bekerja di Klinik / praktek pribadi. Dari sejumlah ini 61,2% pernah menggunakan obat DOPB dan

sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB. Sedangkan dari 2 orang dokter yang bekerja sore hari di RS semuanya menjawab pernah menggunakan obat DOPB (Lihat tabel 5.8).

Tabel 5.8.

Distribusi penggunaan Obat DOPB oleh dokter dibedakan berdasarkan tempat kerja/praktek dokter sore hari.

No.	Tempat kerja/ praktek sore hari.	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	KLINIK/PRAKT. PRI	120 61.2	76 38.8	196 100.0
2	KLINIK/ PRAKTEK BER	11 44.0	14 56.0	25 100.0
3	DI RS	2 100.0		2 100.0
4	PUSK/EP/ BKIA/RS	1 50.0	1 50.0	2 100.0
5	Lain-lain	2 33.3	4 66.7	6 100.0
6	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.

5.3.7. Tarif Dokter

Dokter dengan tarif di bawah Rp. 4000,- kebanyakan pernah menggunakan obat-obat DOPB. Sedangkan yang paling sedikit menggunakan obat DOPB adalah dokter dengan tarif antara 7.500 dan 17.500 rupiah. Sedangkan yang mempunyai

tarif diatas 17.500 rupiah tidak terdeteksi dalam penelitian ini (Lihat tabel 5.9).

Tabel 5.9.

Distribusi penggunaan Obat DOPB oleh dokter dibedakan menurut tarif kunjungan.

No.	Tarif kunjungan (rupiah)	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	1500-4000	75 70.0	32 30.0	107 100.0
2	4500-7000	45 58.5	32 41.5	77 100.0
3	7500-17500	16 34.0	31 66.0	47 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.8. Jumlah Pasien 1 bulan rata-rata.

Kebanyakan jumlah pasien rata-rata 1 bulan adalah 100-124 orang. Dari kelompok ini 58,3% pernah menggunakan obat DOPB. Dokter dengan jumlah pasien rata-rata 1 bulan antara 10 orang dan 24 orang, yang menggunakan DOPB sebanyak 6 orang (60%), tapi dari kelompok 150-750 orang yang pernah menggunakan DOPB hanya sebanyak 33 orang (58,9%). Demikian pula Kelompok yang lain. Nampaknya tidak ada pola khusus penggunaan obat DOPB berdasarkan jumlah pasien rata-rata sebulan.

Tabel 5.10.

Distribusi penggunaan Obat DOPB oleh dokter
dibedakan menurut kelompok jumlah pasien 1 bulan terakhir.

No.	Jumlah pasien 1 bl praktek	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	10-24 ORANG	6 60.0	4 40.0	10 100.0
2	25-49 ORANG	16 66.7	8 33.3	24 100.0
3	50-74 ORANG	25 55.6	20 44.4	45 100.0
4	75-99 ORANG	23 59.0	16 41.0	39 100.0
5	100-124 ORANG	28 58.3	20 41.7	48 100.0
6	125-149 ORANG	5 55.6	4 44.4	9 100.0
7	150-750 ORANG	33 58.9	23 41.1	56 100.0
8	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.9. Pernah dikirim blanko resep DOPE.

Penggunaan obat DOPE yang terbanyak adalah kelompok yang pernah menerima blanko resep DOPE yaitu sebesar 76% dari dokter yang pernah dikirim blanko resep. Sedangkan yang tak dari kelompok yang tak pernah dikirim blanko resep hanya 27,2% yang pernah menggunakan obat DOPE (Lihat Tabel 5.11).

Tabel 5.11.

Distribusi penggunaan Obat DOPE oleh dokter dibedakan menurut pernah/tidak pernah dikirim blanko resep DOPE.

No.	Pernah/tak pernah dikirim blanko resep obat DOPE	Penggunaan obat DOPE		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	PERNAH DIKIRIMI	144 76.0	36 24.0	150 100.0
2	TAK PERNAH	22 27.2	59 72.8	81 100.0
3	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.10. Pernah membaca dan dengan tentang Program DOPE.

Sampainya informasi DOPE pada dokter adalah melalui media massa (Surat kabar, Radio, TVRI dan Berita IDI). Ternyata obat DOPE banyak digunakan oleh kelompok Responden yang sering dan kadang-kadang membaca/mendengar tentang DOPE. Sebesar 87.5% dari responden yang menjawab sering membaca/dengan tentang obat DOPE pernah menggunakan obat

DOPB. Sebesar 70.7% responden yang menjawab pernah membaca/dengar tentang DOPB pernah pula menggunakan obat DOPB. Demikian juga kelompok-dokter yang tidak pernah membaca/mendengar tentang DOPB kebanyakan tidak pernah pula menggunakan obat DOPB (lihat tabel 5.12).

Tabel 5.12.

Penggunaan Obat DOPB oleh dokter dibedakan menurut sering, kadang-kadang, tak pernah mendengar dan membaca informasi tentang program DOPB.

No.	Baca/dengar tentang DOPB	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	SERING BACA/ DENGAR	21 87.5	3 12.5	24 100.0
2	KADANG-KADANG	106 70.7	44 29.3	150 100.0
3	TIDAK PERNAH	9 15.8	48 84.2	57 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.11. Diskusi tentang DOPB dengan sejawat/teman lain.

Sebagian besar responden menjawab tak pernah mendiskusikan DOPB dengan sejawatnya / teman lain. Tabel 5.13 menunjukkan bahwa yang banyak menggunakan obat DOPB adalah kelompok yang sering dan kadang-kadang mendiskusikan DOPB dengan sejawat yang lain. Sebesar 71.4% kelompok yang sering

mendiskusikan DOPE dengan sejawat/teman lain pernah menggunakan obat DOPE. Demikian juga 80.2% kebanyakan yang kadang-kadang mendiskusikan DOPE dengan sejawat/teman lain pernah menggunakan obat DOPE sisanya tidak pernah.

Tabel 5.13

Penggunaan obat DOPE oleh dokter dibedakan menurut pernah mendiskusikan dengan sejawat/orang lain.

No.	Diskusi dengan sejawat/teman	Penggunaan obat DOPE		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	SERING DISKUSI	5 71.4	2 28.6	7 100.0
2	KADANG-KADANG	69 80.2	17 19.8	86 100.0
3	TIDAK PERNAH	62 44.9	76 55.1	138 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.12. Penawaran DOPE pada Pasien.

Ternyata obat DOPE sering juga ditawarkan pada pasien. Dari Tabel 5.14 dapat diketahui bahwa yang menggunakan obat DOPE adalah kelompok dokter yang memang pernah (sering dan kadang-kadang) menawarkannya pada pasien. Dari sejumlah 137 orang yang kadang-kadang menawarkan obat DOPE pada pasien, sebanyak 121 orang (88.3%) pernah gunakan obat DOPE. Demikian juga dari kelompok sering menawarkan obat DOPE pada

pasien 92.3% pernah menggunakan obat DOPB.

Tabel 5.14

Distribusi penggunaan obat DOPB oleh dokter dibedakan atas pernah/tak pernah menawarkan obat tersebut pada pasien.

No.	Penawaran obat DOPB pada pasien	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	SERING MENAWARKAN	12 92.3	1 7.7	13 100.0
2	KADANG-KADANG	121 88.3	16 11.7	137 100.0
3	TIDAK PERNAH	3 3.7	78 96.3	81 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.13. Kebiasaan dokter menuliskan obat dalam resep.

Kebanyak dokter seringkali menulis obat paten dalam resep. Tapi ia seringkali pula menulis campuran obat paten dengan obat generik (Lihat Tabel 5.15 dan Tabel 5.16).

Dokter yang seringkali menuliskan obat dalam bentuk campuran obat paten dengan obat generik banyak pula pernah menggunakan obat DOPB (Lihat Tabel 5.16). Sedangkan pada kelompok dokter yang selalu menuliskan nama obat dalam bentuk paten dalam resep sebanyak 57.9% tidak pernah menggunakan obat DOPB dan sisanya pernah menggunakan obat

DOPE. Tentang masih ditemukannya dokter yang selalu menulis obat paten menggunakan obat DOPE mungkin karena ada permintaan dari pasien akan obat DOPE.

Tabel 5.15

Penggunaan Obat DOPE di kalangan dokter menurut perbedaan kebiasaan menuliskan obat paten dalam resep.

No.	Kebiasaan menuliskan obat paten pada pasien	Penggunaan obat DOPE		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	SELALU GUNAKAN OBAT PATEN	8 42.1	11 57.9	19 100.0
2	SERINGKALI	79 49.1	82 50.9	161 100.0
3	KADANG-KADANG	48 96.0	2 4.0	50 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Tabel 5.16

Distribusi penggunaan Obat DOPB di kalangan dokter menurut perbedaan kebiasaan menuliskan campuran obat paten dan generik dalam resep.

No.	Kebiasaan menuliskan campuran obat paten & gen.	Penggunaan obat DOPB		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	SELALU CAMPURAN	3 75.0	1 25.0	4 100.0
2	SERINGKALI	41 62.0	9 18.0	50 100.0
3	KADANG-KADANG	92 52.0	85 48.0	177 100.0
4	Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.14. Jumlah dokter yang menggunakan obat DOPB.

Dokter umum merupakan yang terbanyak pernah menggunakan obat DOPB yaitu 90 orang dari 129 orang (62%) atau 66,7% dari seluruh dokter umum. Yang paling sedikit pernah menggunakan obat DOPB yaitu dokter spesialis (lihat Tabel 5.17).

Tabel 5.17

Distribusi penggunaan obat DOPE di kalangan dokter dibedakan menurut jenis dokter.

No.	JENIS DOKTER	Penggunaan obat DOPE		Total
		Pernah	Tak Pernah	
1	DR. UMUM	80 66.7	40 33.3	120 100.0
2	DR. GIGI	37 55.2	30 44.8	67 100.0
3	SPECIALIS	19 43.2	25 56.8	44 100.0
4	Total	129 58.9	95 41.1	231 100.0

5.3.15. Banyak pasien yang meminta obat DOPE kepada Dokter selama sebulan.

Sedikit sekali pasien yang meminta obat DOPE pada dokter. Kebanyakan 1-2 orang saja pasien yang meminta obat DOPE tersebut pada dokter. Ada 40 orang (17,3%) dari 231 dokter yang pernah diminta pasien untuk menuliskan obat DOPE dalam Resep. Kebanyakan dokter umum (lihat tabel 5.18).

Tabel 5.18

Distribusi pasien yang meminta obat DOPB per bulan pada dokter, dibedakan menurut jenis dokter.

No.	Jenis Dokter	Banyak pasien yng minta abat DOPB				Total
		0 Orang	01-02 Orang	03-04 Orang	05 Drg keatas	
1	Dokter Umum	92 76.7	23 19.2	1 0.8	4 3.3	120 100.0
2	Dokter Gigi	62 92.5	3 4.5	0 0.0	2 3.0	67 100.0
3	Spesialisasi	37 84.1	4 9.1	1 2.3	2 4.5	44 100.0
5	TOTAL	191 82.6	30 13.0	2 0.9	8 3.5	231 100.0

5.3.16. Banyak pasien yang mendapatkan obat DOPB dari dokter yang diteliti selama 1 bulan.

Pada tabel 5.19 dapat dilihat bahwa penggunaan obat DOPB oleh dokter sebagian besar baru meliputi kurang dari 9 orang pasien per bulan. Sedangkan yang meliputi 30-50 orang pasien baru mencakup 5 orang dokter.

Tabel 5.19

Distribusi pasien mendapatkan obat DOPB dari dokter selama bulan Desember 1988.

No.	Jumlah pasien yang mendapat resep DOPB (orang)	Banyaknya dokter (orang)	
		#	%
1	0-9	208	90.0
2	10-19	11	4.8
3	20-29	7	3.0
4	30-39	5	2.2
5	Total	231	100

5.3.17. Kepercayaan dokter terhadap khasiat obat DOPB.

Sebanyak 48,5% responden yang ditanya menjawab bahwa mereka tidak ragu terhadap khasiat obat DOPB. Sebanyak 22,9% responden menjawab kadang-kadang ragu dan hanya 10,2% menjawab ragu (lihat Tabel 5.20.)

Ditilik dari jenis dokter 60,0% dokter umum menyatakan tidak ragu, 16,7% kadang-kadang ragu terhadap khasiat obat DOPB. Selanjutnya 33,3% dokter gigi dan 31,5% dokter spesialis menyatakan ragu terhadap khasiat obat DOPB.

Tabel 3.20

Distribusi tingkat kepercayaan terhadap khasiat obat DOPB dibedakan menurut jenis dokter.

No.	Jenis Dokter	Tingkat Kepercayaan				Total
		Tidak Ragu	Kadang Ragu	Ragu	Tidak Tahu	
1	Dokter Umum	72 60.0	20 16.7	11 9.2	17 14.1	120 100.0
2	Dokter Gigi	26 38.8	19 28.4	7 10.4	15 22.4	67 100.0
3	Spesialisasi	14 31.8	14 31.8	7 15.9	9 20.5	44 100.0
4	TOTAL	122 48.5	53 22.9	25 10.8	41 17.8	231 100.0

5.3.18. Penilaian dokter terhadap penampilan obat DOPB.

Sebanyak 39,4% dokter menilai penampilan obat DOPB adalah kurang, hanya 35,1% yang menilai cukup dan 8,7% yang menilai baik. Sebanyak 43,2% dokter spesialis, 43,3% dokter gigi dan 35,8% dokter umum menilai kurang (Lihat Tabel 5.21).

Tabel 5.21

Distribusi tingkat penilaian dokter terhadap penampilan obat DOPB, dibedakan menurut jenis dokter.

No.	Jenis Dokter	Penilaian dokter				Total
		Baik	Cukup	Kurang	Tidak Tahu	
1	Dokter Umum	15 12.5	45 37.5	43 35.8	17 14.2	120 100.0
2	Dokter Gigi	2 3.0	21 31.3	29 43.3	15 22.4	67 100.0
3	Spesialis	3 6.8	15 34.1	17 43.2	7 15.9	44 100.0
5	TOTAL	20 8.7	81 35.1	91 39.4	39 16.8	131 100.0

5.3.19. Kekhawatiran dokter atas penerimaan pasien terhadap obat-obat DOPB.

Sebanyak 26,4% dokter tidak khawatir terhadap penerimaan pasien. Yang khawatir 11,7% dan kadang khawatir sebanyak 22,1% dan sisanya menjawab tidak tahu. Selanjutnya sebanyak 33,6% dokter umum, 20,9% dokter gigi dan 9,1% dokter spesialis tidak khawatir terhadap penerimaan pasien akan obat DOPB (lihat tabel 5.22).

Tabel 5.22

Distribusi tingkat Kekhawatiran dokter atas penerimaan pasien terhadap obat-obat DOFB.

No.	Jenis Dokter	Tingkat-kekhawatiran				Total
		Tidak Khawatir	Kadang Khawatir	Khawatir	Tidak Tahu	
1	Dokter Umum	43 35.8	26 21.7	11 9.2	40 33.3	120 100.0
2	Dokter Gigi	14 20.9	18 26.9	8 11.9	27 40.3	67 100.0
3	Spesialisasi	4 9.1	7 15.9	8 18.2	25 56.8	44 100.0
5	TOTAL	61 26.4	51 22.1	27 11.7	92 39.8	231 100.0

5.4. Jenis obat-obat DOPB yang banyak digunakan oleh para dokter praktek di DKI Jakarta.

Tabel 5.23

Distribusi penggunaan obat-obat DOPB oleh para dokter praktek di DKI Jakarta.

NO.	Nama obat	Banyak dokter yang menggunakan			Jumlah
		Dr.Umum	Dr.Gigi Spesialis		
1.	Antalgin	71	34	10	115
2.	Ampisilin 500 mg	69	28	13	110
3.	Tetrasiklin 250 mg	46	36	7	89
4.	CTM 4 mg	75	1	9	85
5.	Paracetamol 500 MG	49	11	8	68
6.	Sir. kering Ampisi- lina	36	9	8	53
7.	Etambutol 250 mg	39	0	8	47
8.	Kloramfenikol 250 mg	34	1	7	42
9.	Efedrin 25 mg	33	0	6	39
10.	Phenobarbital 30 mg	31	0	6	37
11.	Kaplet Eritromisin 250 mg	25	1	6	32
12.	INH 300 mg	24	0	6	30
13.	Diazepam	25	0	5	30
14.	Prednison 5 mg	23	1	6	30
15.	Vit B6 10 mg	18	4	6	28
16.	Ekstrak Belladon 10 mg	25	0	2	27
17.	Salap Mata Kloram- fenikol	25	0	2	27
18.	Vit B Kompleks	12	10	4	26
19.	INH 100 mg	21	0	5	26
20.	Garam Oralit 200 ml	22	0	3	25
21.	Dekstrometorfan sir. 10 mg/5 ml	22	0	3	25
22.	Paracetamol Sir. 120 mg/5 ml	14	5	3	23
23.	Hidroklortiazida 25 mg	15	0	4	19
24.	Phenobarbital 100 mg	16	0	3	19
25.	Antasida DOEN kunyah	17	0	2	19

(Sambungan Tabel 5.23).

26.	Vit B1 50 mg	11	3	3	17
27.	Salap Oksitetra- siklina 3%	12	0	4	16
28.	Deksametason 0,5 mg	10	1	4	15
29.	Acetosol	9	0	4	13
30.	Papaverin 40 mg	11	0	1	12
31.	Furosemida 40 mg	8	0	4	12
32.	Krim Hidrokortison 2,5%	7	0	5	12
33.	Reserpina 0,25 mg	11	0	0	11
34.	Metronidazol 250 mg	7	0	3	10
35.	Vit A 50.000 IU	6	0	3	9
36.	Griseofulvin 125 mg	6	0	3	9
37.	Kotrimoksazol 480 mg	4	1	4	9
38.	Salut Besi Sulfat 300 mg	6	0	2	8
39.	Kotrimoksazol Ped. 120 mg	3	0	4	7
40.	Dekstrometorfan 15 mg	4	0	3	7
41.	Pirantel Pamoat 365 mg	5	0	1	6
42.	Garam Oralit 1 lt	4	0	1	5
43.	Mebendazol 100 mg	3	0	1	4
44.	Propanolol 40 mg	3	0	0	3
45.	Salut Metil Ergo- metrin 0,125 mg	1	0	1	2
46.	Glibenklamida 5 mg	1	0	0	1
47.	Dapson 100 mg	1	0	0	1
48.	Dioksiantrkinon tab	1	0	0	1
49.	Kinina Sulfat 222 mg	1	0	0	1
50.	Klorokina 250 mg	0	0	0	0

Sepuluh jenis obat-obat yang banyak digunakan oleh dokter praktek yang diteliti adalah tablet Antalgin 500 mg, kaplet Ampisilina 500 mg, kapsul Tetrasiklin 250 mg, tablet CTM 4 mg, tablet Paracetamol 500 mg, sirup kering Ampisilin, tablet Etambutol 250 mg, kapsul Kloramfenikol 250 mg, tablet Phenobarbital 30 mg dan tablet Efedrin 25 mg.

5.5. Saran-saran dokter untuk peningkatan program DOPB.

5.5.1. Saran tentang peningkatan sarana.

Saran yang terbanyak berturut-turut :

- Agar obat DOPB disediakan di setiap apotek di DKI Jakarta
- Penyebar luasan informasi khasiat dan keamanan serta harga obat kepada dokter dan masyarakat
- Penyuluhan pada para dokter dan apoteker serta pengusaha apotek di DKI Jakarta
- Penambahan jenis obat
- Peningkatan bungkus obat DOPB.

Sedangkan yang terbanyak tidak disetujui adalah,, Perlunya DOPB didukung oleh peraturan perundang-undangan (lihat tabel 5.24).

Tabel 5.24

Distribusi saran-saran para dokter di DKI
Jakarta untuk peningkatan program DOPB

No.	Usul	Banyaknya dokter yang menjawab						Jumlah (orang)
		setuju		tidak setuju		tidak tahu		
		#	%	#	%	#	%	
1.	Disediakan di setiap apotek secara lengkap	223	96,5	1	0,4	7	3,1	231
2.	Informasi khasiat dan keamanan serta harga perlu disebar luaskan pada dokter dan masyarakat	221	95,7	4	1,8	6	2,5	231
3.	Penyuluhan pada dokter, apoteker dan pengusaha apotek	185	80,5	22	9,5	23	10,0	231
4.	Jenis obat ditambah	180	77,9	1	0,4	50	21,6	231
5.	Bungkus obat ditingkatkan	174	75,3	11	4,8	46	19,9	231
6.	Koordinasi perencanaan & pelaksanaan ditingkatkan	120	51,9	17	7,4	94	40,7	231
7.	Sistem monitoring & evaluasi ditingkatkan	71	30,7	49	21,2	111	48,1	231
8.	Perlu didukung oleh peraturan perundang-undangan	55	23,8	125	54,1	51	22,1	231
9.	Isi perbungkusan dikurangi	11	4,8	78	33,8	142	61,4	231

5.5.2. Saran tentang penambahan jenis obat

Sebanyak 223 orang dokter mengusulkan agar obat-obat DOPB ditambah. Terdapat 48 items obat yang diusulkan oleh para dokter untuk ditambahkan kedalam DOPB (lihat tabel 5.25). Berturut-turut terbanyak diusulkan diantaranya adalah :

- Amoxyllin kapsul
- Serasiopeptidase (Danzon)
- Mefenamic acid tablet (Ponstan)
- Rifampisin kapsul (Rifadin)
- Obat kumur-kumur (Gargle)
- Tabel vitamin C dosis tinggi
- Salep kulit Oxytetracycline + Cortikosteroide
- Klorpromazin tablet
- Obat hepatoprotector (Essensiale)
- Theofilin tablet.

Tabel 5.25

Daftar Obat-obat yang diusulkan ditambahkan
kedalam DOPB

No.	Nama Obat	Banyaknya dokter yang mengusul			Jumlah
		Dr umum	Dr spesialis	Drg	
1.	Amoxylline kap	5	1	2	8
2.	Sarasiopeptidase Tab	1	-	7	8
3.	Meferamic Acid kap (Fonstan)	2	1	5	3
4.	Rifampisin kap	1	4	-	5
5.	Obat kumur (Gargle)	1	-	4	5
6.	Vit C dosis tinggi tab	3	-	-	3
7.	Oxytetracycline + Cor- tisteroide Zalp kulit	2	1	-	3
8.	Klorpromazin tab	1	1	-	2
9.	Obat batuk hitam/putih	2	-	-	2
10.	Ethionamide tab	-	2	-	2
11.	Antispasmodic	2	-	-	2
12.	Hepatoprotector (essen- tiale)	2	-	-	2
13.	Doveri tab	2	-	-	2
14.	Theofilin tab	1	1	-	2
15.	Codein tab	2	-	-	2
16.	Hemostatic	-	1	-	1
17.	Streptomycin inj	-	1	-	1

18.	Fenilbutazon tab	1	-	-	1
19.	Pirazinamide tab	-	1	-	1
20.	Papase	1	-	-	1
21.	Dipirridamol	1	-	-	1
22.	Betadine cuci luka	1	-	-	1
23.	Vasodilator coroner	-	1	-	1
24.	Mycostatin tab	-	1	-	1
25.	Zalp Antijamur	-	1	-	1
26.	Antibiotika tetes mt	1	-	-	1
27.	Antibiotika golongan Cephalosporin	1	-	-	1
28.	Antibiotika inj	-	1	-	1
29.	Metoklopropamide	-	1	-	1
30.	Aminofilin retard	1	-	-	1
31.	Loperamide	-	1	-	1
32.	Nitrogliserin kap	-	1	-	1
33.	Ketoprofen	1	-	-	1
34.	Multivitamin	1	-	-	1
35.	Salisil talk	1	-	-	1
36.	Digoxin tab	1	-	-	1
37.	Scabex cream	1	-	-	1
38.	Kalsium antagonis	-	1	-	1
39.	Kortikosteroida inj	-	1	-	1
40.	Capoten	1	-	-	1

41.	Astma tab	1	-	-	1
42.	Digestif enzim	1	-	-	1
43.	Antihipertensi lain	-	1	-	1
44.	Antasida lain	1	-	-	1
45.	Obat Fluor albus	-	1	-	1
46.	Neutrofilik vitamin	-	-	1	1
47.	Betha blocker	-	1	-	1
48.	Motrin (Ibuprofen) tab	-	-	1	1

5.6. Analisa hubungan antara penggunaan obat-obat DOPB oleh dokter dengan faktor-faktor yang diduga mempengaruhinya.

Untuk mengetahui hubungan antara penggunaan obat DOPB dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya telah dilakukan uji statistik dengan pertolongan program SPSS/PC.

Untuk itu tabel-tabel yang sudah ada (yaitu tabel 3 sampai tabel 22) karena banyak dijumpai sel-sel yang kosong dan frekuensi yang berada dibawah 5, maka perlu disusun kembali dalam bentuk tabel 2 X 2 atau 2 X 3.

Dalam penyusunan kembali itu variabel dependen hanya dibagi atas 2 kelompok (dichotom) yaitu : pernah menggunakan obat DOPB dan tidak pernah menggunakan obat DOPB. Ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa hanya terdapat sedikit sekali responden yang menjawab sering menggunakan obat DOPB (yaitu hanya 3%). Disamping itu

karena jawaban didasarkan pada daya ingat dokter akan apa yang pernah dilakukannya pada waktu sebulan yang lampau sehingga terjadinya „recall bias“ perlu dipertimbangkan. Dalam hal ini jawaban sering menggunakan mungkin pada kenyataannya juga kadang-kadang saja menggunakan obat DOPB, sehingga sebaiknya keduanya dijadikan satu kelompok menjadi pernah menggunakan obat DOPB.

Sedangkan terhadap variabel independen, untuk menghindari adanya sel-sel yang kosong dan frekuensi yang kecil dari 5, reduksi kelas dari 3 menjadi 2 pada beberapa tabel perlu pula dilakukan. Misalnya untuk variabel independen lulusan perguruan tinggi (PT) terdapat 3 kelas yaitu PT Negeri, PT Swasta dan PT di Luar Negeri diubah jadi 2 kelas yaitu lulusan PT Negeri dan lulusan bukan PT Negeri. PT bukan Negeri meliputi perguruan tinggi swasta dan PT di Luar Negeri. Ada beberapa uji statistik yang keluar dengan metoda SPSS/PC ini, tetapi yang digunakan hanya dua yaitu :

1. Uji Chi square (χ^2)
2. Uji Gamma (G)

5.6.1. Pengetahuan dokter tentang Program Bersama dengan Penggunaan obat DOPB.

Pengetahuan dokter dikelompokkan atas 2 kelas yaitu cukup dan kurang. Sesuai dengan definisi operasional,

pengetahuan dokter cukup bila nilai atas jawaban pertanyaan no 9 (P9) sampai dengan P12 sebesar 4 sampai dengan 7, dan kurang bila nilai itu 0 sampai dengan 3.

Uji Chi-Square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara dokter yang berpengetahuan cukup dan kurang dalam penggunaan obat DOPE.

Dari uji gamma ($G=0,80030$) dapat diketahui adanya hubungan yang erat antara pengetahuan dokter tentang Program Bersama dengan penggunaan obat DOPE (lihat tabel 5.26).

Kebanyakan responden mempunyai pengetahuan yang kurang tentang program DOPE dan hanya 34,6% yang mempunyai pengetahuan cukup. Sebagian besar dari kelompok yang mempunyai pengetahuan kurang tersebut memang tidak pernah menggunakan obat DOPE (lihat tabel 5.26). Sedangkan dari kelompok yang mempunyai pengetahuan yang cukup yang pernah menggunakan obat DOPE adalah sebesar 51,5%.

Tabel 5.26

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan pengetahuan dokter tentang program DOPB

Pengetahuan dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Cukup	70 87.5	10 12.5	80 100.0
Kurang	66 43.7	85 56.3	151 100.0
Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (χ^2) = 39.62957 (DF=1), Significance = 0.0000

Gamma (G) = 0.80030

5.6.2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB dengan penggunaan obat DOPB.

Kepercayaan dokter atas kualitas obat DOPB dikelompokkan ada 2 kelas yaitu cukup dan kurang. Sesuai dengan definisi operasional, kepercayaan dokter dianggap cukup bila nilai atas jawaban pertanyaan no. 19 (F19) sampai dengan F21 4 sampai dengan 6 dan kurang bila nilai itu 0 sampai dengan 3.

Dalam hal ini responden yang memberikan jawaban tidak

tahu tidak dimasukkan dalam perhitungan.

Lebih dari separoh dokter cukup percaya dengan kualitas obat DOPB, dan hampir semuanya menjawab kadang-kadang menggunakan obat DOPB.

Uji statistik Chi-square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara dokter yang mempunyai kepercayaan cukup dan kurang dengan penggunaan obat DOPB (lihat tabel 5.27).

Dari uji gamma ($G=0,89723$) dapat diketahui adanya hubungan yang erat antara kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB dengan penggunaan obat DOPB.

Tabel 5.27

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan tingkat kepercayaan dokter pada kualitas obat DOPB

Kepercayaan Dr	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Cukup	72 97.3	2 2.7	74 100.0
Kurang	39 66.1	20 33.9	59 100.0
Total	111 83.5	22 16.5	133 100.0

Chi-square (χ^2) = 20.93616 (DF=1), Significance = 0.0000

Gamma (G) = 0.89723

5.3.3. Kebiasaan dokter menuliskan obat dalam resep dengan penggunaan obat DOPB.

Kebiasaan dokter menulis resep dibagi atas 2 bagian yaitu kebiasaan menulis obat pada resep dengan nama paten/merk dan kebiasaan menuliskan obat pada resep dalam bentuk campuran nama paten dan nama generik.

- Kebiasaan menuliskan obat paten :

Kebiasaan menuliskan obat paten dibedakan atas selalu gunakan obat paten dan kadang-kadang gunakan obat paten. Sedangkan penggunaan obat DOPB dibedakan atas kadang-kadang dan tidak pernah. Uji statistik χ^2 juga tidak menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna penggunaan obat DOPB diantara kelompok dokter yang selalu menulis obat paten dan yang tidak. Dari uji Gamma (G) dapat diketahui bahwa kebiasaan menuliskan obat paten kurang erat hubungannya dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter. Pengaruh tersebut bersifat inversi (G = - 0.35385) (lihat tabel 5.28).

Tabel 5.28

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan kebiasaan menuliskan obat paten dalam resep

Kebiasaan	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah 1	Tidak Pernah 2	
Selalu menulis obat paten	8 42.1	11 57.9	19 100.0
Kadang-kadang menulis obat paten	128 60.4	80 39.6	212 100.0
Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (χ^2) = 1.70901 (DF=1), Significance = 0.01911

Gamma (G) = - 0.35385

- Kebiasaan menuliskan campurn obat paten dan generik :

Kebiasaan menuliskan obat dalam resep dalam bentuk campuran nama paten dan generik dikelompokkan atas katagori selalu dan kadang-kadang. Uji Chi-Square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kelompok dokter yang selalu menulis obat campuran paten dan generik dengan kelompok yang kadang-kadang menulis obat campuran paten dan generik dalam penggunaan obat DOPB. Dari uji gamma pada tabel 5.29 dapat diketahui bahwa kebiasaan menuliskan obat dalam resep dalam bentuk campuran

obat paten dan generik terdapat hubungan yang cukup erat dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter ($G = 0.60515$).

Tabel 5.29

Tabel silang-penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan kebiasaan menuliskan obat pada resep dalam bentuk campuran nama paten dan generik.

Kebiasaan Menulis obat pada resep	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Selalu tulis dalam bentuk campuran paten & generik	44 81.5	10 18.5	54 100.0
Kadang-kadang tulis bentuk campuran paten dan generik	92 52.0	85 48.0	177 100.0
Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (χ^2) = 13.68222 (DF=1), Significance = 0.0002

Gamma (G) = 0.60515

5.6.4. Kelas sosial pasien dengan penggunaan obat DOPB

Pengukuran kelas sosial dilakukan berdasarkan besarnya tarif dokter yang dikunjungi pasien. Makin tinggi tarif dokter yang dikunjungi dianggap makin tinggi kelas sosial pasien. Tarif dokter dibedakan atas 3 kelas yaitu rendah, sedang dan tinggi.

Sedangkan penggunaan obat DOPB dibagi atas 2 kelompok yaitu kadang-kadang dan tidak pernah. Uji Chi-Square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna di antara dokter yang bertarif rendah, sedang dan tinggi dalam penggunaan obat DOPB. Walaupun demikian dari uji gamma pada tabel 5.30 dapat diketahui bahwa besarnya tarif dokter kurang erat hubungannya dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter ($G = 0.4259$). Sebagian besar yang menggunakan obat DOPB adalah dokter dari kelompok bertarif rendah.. (lihat tabel 5.30). Atau dengan kata lain obat DOPB banyak digunakan oleh pasien dari kelas sosial rendah.

Tabel 5.30

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan
- tarif dokter

Tarif dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Rendah	75 70.1	32 29.9	107 100.0
Sedang	45 58.4	32 41.6	77 100.0
Tinggi	16 34.0	31 66.0	47 100.0
Total	136 55.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (X^2) = 17.53734 (DF=2), Significance = 0.0002

Gamma (G) = 0.42591

5.6.5. Latar belakang pribadi dokter dengan penggunaan obat DOPB

5.6.5.1. Lulusan Perguruan Tinggi/ Almamater.

Lulusan perguruan tinggi dibedakan atas dua kelompok yaitu P.T. Negeri dan bukan P.T. Negeri. Penggunaan obat DOPB dikelompokkan atas kadang-kadang dan tidak pernah. Uji chi-square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kelompok dokter yang lulusan PT Negeri

dengan FT swasta dalam penggunaan obat DOPB.

Dari tabel 5.31 dapat diketahui bahwa lulusan perguruan tinggi cukup kuat mempengaruhi penggunaan obat DOPB seorang dokter ($G=0.600000$). Disamping itu yang terbanyak menggunakan obat DOPB adalah kelompok dokter lulusan FT negeri (lihat tabel 5.31).

Tabel 5.31

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan jenis Perguruan Tinggi/Almamater Dokter

Perguruan Tinggi	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Perguruan Tinggi Negeri	115 66.7	59 33.3	177 100.0
Bukan Perguruan Tinggi Negeri	18 33.3	36 66.7	54 100.0
Total	133 58.9	95 41.1	228 100.0

Chi-square (X^2) = 17.63602 (DF=1), Significance = 0.00000

Gamma (G) = 0.60000

5.6.5.2. Status kepegawaian.

Status kepegawaian dikelompokkan atas 2 kelas yaitu pegawai pemerintah dan pegawai swasta. Pegawai pemerintah termasuk Pegawai Negeri, anggota ABRI dan Pensiunan sedangkan Pegawai Swasta disamping pegawai instansi swasta juga termasuk wiraswasta dan lain-lain. Uji chi-square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kelompok dokter pegawai negeri dengan kelompok pegawai swasta dalam penggunaan obat DOPB. Dari uji gamma pada tabel 5.32 dapat diketahui bahwa status kepegawaian dokter cukup kuat pengaruhnya pada penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter ($G=0.78981$). Dari tabel 5.32 juga dapat diketahui bahwa yang terbanyak menggunakan obat DOPB adalah para dokter kelompok pegawai pemerintah.

Tabel 5.32

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan status kepegawaian dokter

Status Kepegawaian	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Peg. Pemerintah	123 71.1	50 28.9	173 100.0
Peg. Swasta	13 22.4	45 77.6	58 100.0
Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (X^2) = 40.53415 (DF=1), Significance = 0.0000

Gamma (G) = 0.73981

5.6.5.3. Tempat kerja dokter pagi hari

Tempat kerja dokter dibedakan atas 3 kelompok yaitu yang kerja di Departemen Kesehatan serta unitnya, yang bekerja di RS/Puskesmas/BP/BKIA/RS/Klinik, dan yang bekerja di Perguruan Tinggi dan Lain-lain. Uji chi-square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara kelompok dokter yang bekerja di Dep. Kas/ Unitnya, yang bekerja di RS/Puskesmas dan Perguruan Tinggi dalam penggunaan obat DOPB. Para dokter yang terbanyak menggunakan obat DOPB adalah kelompok yang bekerja pagi

harinya di unit pelayanan kesehatan (rumah sakit/
Puskesmas/BP)

Dari uji gamma pada tabel 5.33 dapat diketahui bahwa
tempat bekerja dokter pagi hari berpengaruh agak kuat
pada penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter
($G=0.54229$).

Tabel 5.33

Tabel silang penggunaan obat DOPB oleh dokter dengan
tempat kerja dokter pagi hari

Tempat kerja dokter	Penggunaan obat DOPB		Total
	Pernah	Tidak Pernah	
Dep. Kesehatan dan Unitnya	48 82.8	10 17.2	58 100.0
RS/Pusk/BP/BKIA/ RS/Klinik	80 51.9	74 48.1	154 100.0
Perguruan Tinggi dan Lain-lain	8 42.1	11 57.9	19 100.0
Total	136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-square (χ^2) = 15.92307 (DF=2), Significance = 0.0001

Gamma (G) = 0.54229

Sedangkan umur dokter, lama jadi dokter/ masa kerja dokter, jenis dokter, tempat kerja sore hari dan jenis/ keahlian dokter serta jumlah pasien 1 bulan tidak cukup berpengaruh pada penggunaan obat DOPB oleh dokter (lihat hasil uji statistik pada tabel 5.34).

Tabel 5.34

Hasil uji statistik non parametrik beberapa variabel independen yang tidak mempunyai hubungan dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter (variabel dependen)

No.	Variabel Independen	Hasil Uji Statistik	
		χ^2 Significance	(B)
1.	Umur dokter	0.2405	- 0.26742
2.	Masa kerja dokter	0.1366	- 0.30834
3.	Jenis dokter	0.0197	0.30916
4.	Tempat Kerja dokter sore hari	0.7991	0.18552
5.	Jumlah pasien 1 bulan terakhir	0.7505	0.05180

* Hasil uji statistik non parametrik terinci dapat dilihat pada lampiran 9.

BAB 6

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

6.1. Kerangka pembahasan

Pembahasan hasil penelitian akan disajikan dalam tiga bagian, yaitu pembahasan tentang keterbatasan penelitian, pembahasan tentang hasil penelitian dan pembahasan tentang program DOFS.

6.2. Keterbatasan penelitian

6.2.1. Keterbatasan "Cross Sectional Survey"

Jenis penelitian yang dilakukan adalah suatu "Cross Sectional Survey" mempergunakan data primer yang diperoleh secara langsung melalui wawancara dengan para dokter yang terpilih di lima Wilayah DKI Jakarta. Ditilik dari data yang dikumpulkan sebagian besar pertanyaan yang diajukan untuk menjawabnya sangat tergantung pada daya ingat responden tentang suatu kejadian (reminding). Kelemahan dalam hal ini menyebabkan terjadinya „recall bias“ yang mempengaruhi reliabilitas/kesahihan data. Dalam penelitian ini „recall bias“ tersebut dibatasi dengan menanyakan secara berulang beberapa hal yang berhubungan dengan kejadian itu sampai dapat ditarik suatu kesimpulan. Keterbatasan instrumen yang digunakan/kuesioner dalam penelitian semacam ini mengurangi

pula validitas/keabsahan data yang diperoleh. Sebenarnya validitas data dapat ditingkatkan dengan menggunakan arsip resep yang mencatat obat-obat yang diberikan pada pasien tetapi dalam penelitian ini hal itu tidak dilakukan karena memerlukan suatu studi longitudinal yang lebih kompleks, lama dan mahal.

Disamping itu kelemahan dari studi semacam ini adalah informasi yang diperoleh hanya menggambarkan keadaan saat dilakukan survei itu saja dan tidak menggambarkan keadaan sebelum dan sesudahnya.

6.2.2. Keterbatasan terhadap sampel.

Seluruh jumlah sampel sesuai dengan yang telah ditetapkan yaitu 231 orang dokter/dokter gigi.

Sampel tidak dirancang mengikuti proporsi dokter berdasarkan karakteristiknya (umur, jenis kelamin tempat praktek, status kepegawaian, tempat kerja pagi hari dan status perguruan tinggi/almamater), tetapi ditarik secara random dari suatu populasi jenis dokter praktek di DKI Jakarta dan membaginya secara proporsional untuk tiap wilayah. Karena itu hasil yang diperoleh tentang karakteristik penggunaan obat DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta dapat dianggap menggambarkan keadaan populasinya. Sedangkan hasil penelitian tentang hubungan masing-masing faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB di kalangan para dokter praktek tidak

digeneralisasikan pada populasinya.

Disamping itu berbedanya proporsi penggunaan obat DOPB dikalangan para dokter praktek di DKI Jakarta yang pada penarikan sampel diperkirakan 20% dengan kenyataan yang diperoleh sesudah penelitian dilakukan yaitu sebesar 58,8% menyebabkan terjadinya "external error" yang cukup besar.

Pengambilan perkiraan populasi obat DOPB 20% berdasarkan hasil survei penggunaan obat generik di Jakarta yang dilakukan oleh Puslitbang Farmasi pada tahun 1986 sebesar 31,47%, sedangkan menurut Kartono (1988) penggunaan obat DOPB baru meliputi 3% resep yang masuk ke apotek di DKI Jakarta. Setelah ditelusuri lebih lanjut ternyata unit analisisnya berbeda-beda, dengan akibat estimasi yang digunakan kurang tepat sehingga hasilnya sangat menyimpang jauh. Untuk generalisasi hasil penelitian, hal ini perlu dipertimbangkan lebih lanjut.

6.2.3. Keterbatasan terhadap kepustakaan.

Keterbatasan kepustakaan mengenai penelitian penggunaan obat membatasi luasnya diskusi yang dapat dilakukan sebagai pembandingan.

6.2.4. Keterbatasan terhadap hasil penelitian.

Penelitian ini tidak bermaksud mencari hubungan sebab akibat, tetapi melihat bagaimana variasi penggunaan obat

DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta. Karena itu penelitian ini tidak dirancang sebagai suatu studi kasus kelola (Case Control Study) melainkan sebagai suatu "Cross Sectional Survey".

Suatu analisa hubungan yang dilakukan pada penelitian ini merupakan suatu konsekuensi dari adanya hipotesa yang telah disusun untuk mencoba mengukur adanya pengaruh suatu variabel pengubah (independence) terhadap variabel yang diubah (dependence), berdasarkan data yang diperoleh. Karena itu walaupun ditemukan adanya pengaruh yang kuat suatu faktor pada penggunaan obat DOPB oleh dokter, - tapi kesimpulan ini masih dibatasi hanya untuk sejumlah 231 orang dokter yang terpilih sebagai responden tersebut dan tidak berlaku bagi populasinya. Agar fenomena hubungan ini dapat digeneralisasikan pada populasi dokter di DKI Jakarta, perlu dirancang suatu penelitian lain dimana populasi tiap latar belakang/karakteristik dokter dipertimbangkan dalam pengambilan sampel.

Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini hanya dapat menggambarkan keadaan penggunaan obat DOPB di DKI Jakarta saja dan tentu tidak berlaku untuk daerah lain. Walaupun demikian metoda yang digunakan dalam penelitian ini dapat dipakai untuk penelitian yang sama di daerah lain, khususnya untuk melihat deskripsi penggunaan obat DOPB di kalangan para dokter praktek.

6.3. Pembahasan tentang hasil penelitian.

6.3.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh dokter.

6.3.1.1. Kebiasaan dokter menulis resep.

Sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Green (1980) bahwa salah satu yang mempengaruhi perilaku adalah kebiasaan, demikian juga dalam penggunaan obat DOPB oleh para dokter. Dilihat dari tabel 5.28, ternyata yang terbanyak pernah menggunakan obat DOPB adalah dari kelompok yang mempunyai kebiasaan kadang-kadang menulis obat dalam resep dalam bentuk nama paten. Walaupun demikian dokter yang selalu menuliskan obat paten dalam resep juga ada yang pernah menggunakan obat DOPB. Hal ini mungkin terjadi karena adanya permintaan dari pasien. Sedangkan dari tabel 5.29 dapat diketahui bahwa yang terbanyak menggunakan obat DOPB adalah dari kelompok yang kadang-kadang menuliskan obat dalam bentuk campuran nama paten dan nama generik. Walaupun terdapat distribusi yang tidak spesifik namun dari uji Gamma ($G = 0.60515$) dapat diketahui bahwa kebiasaan menuliskan obat dalam bentuk campuran obat paten dan obat generik mempunyai hubungan yang cukup kuat dengan penggunaan obat DOPB. Dengan cara menuliskan obat DOPB yang relatif murah bersama obat paten lain yang relatif mahal dapat menghilangkan prasangka masyarakat terhadap obat DOPB sebagai "obat murahan",

karena harga obat yang dibayar terlalu murah dibanding biaya konsultasi dokter. Teknik ini dapat digunakan untuk meningkatkan penggunaan obat DOPB dimasa yang akan datang pada kelompok masyarakat yang lebih mampu.

6.3.1.2. Pengetahuan dokter tentang program DOPB.

Sesuai dengan definisi operasional, pengetahuan dokter tentang DOPB diukur melalui jawaban atas 4 pertanyaan tentang :

- Pernah membaca/mendengar tentang DOPB
- Pernah menerima/dikirim blanko resep DOPB
- Pernah mendiskusikan DOPB dengan sejawat/ teman lain
- Pernah menawarkan penggunaan obat DOPB pada pasien.

Masing-masing jawaban dinilai dengan angka yang kemudian dibagi atas 2 kelompok yaitu cukup dan kurang. Setelah dilakukan uji gamma ($G = 0,80030$) ternyata pengetahuan dokter tentang DOPB berhubungan erat dengan penggunaan obat DOPB. Dari tabel 5.26 diketahui bahwa kebanyakan dokter mempunyai pengetahuan yang masih kurang tentang DOPB. Dengan demikian dapat dipahami kenapa penggunaan obat DOPB masih rendah di kalangan dokter di DKI Jakarta.

Pengetahuan yang oleh Bloom (1956) dimasukkan dalam kelompok kognitif, merupakan suatu awal dari perubahan

(24). Bloom, B., et.al., Taxonomy of Educational objectives, David M.C. Kay, New York 1956.

sikap dan perilaku seseorang (24). Karena itu informasi tentang program DOPB perlu disebarluaskan pada seluruh dokter yang berpraktek di DKI Jakarta, termasuk informasi tentang jenis obat, khasiat dan keamanan serta harga obat.

Dapat ditambahkan bahwa pengiriman blanko resep baru mencapai sebagian dokter. Dokter yang pernah dikirim blanko resep DOPB atau pernah membaca tentang DOPB atau mendengar ceramah atau ditatar tentang DOPB dianggap mempunyai pengetahuan tentang program DOPB.

Selama ini kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan dokter tentang DOPB belum luas dilakukan. Adanya diskusi diantara dokter tentang DOPB menunjukkan telah sampainya para dokter dalam proses perubahan perilaku pada tingkat menimbang-nimbang yang oleh Rogers (1971) disebut sebagai tingkat evaluasi (25).

Bila mendapatkan dukungan positif dalam diskusi si dokter akan menerima program DOPB, tetapi bila tidak ia akan meninggalkan apa yang telah dicobanya tersebut atau ia tidak jadi mencobanya.

Dengan demikian dapatlah dipahami bahwa untuk memperluas penggunaan obat DOPB adanya forum diskusi perlu dipelihara. Demikian juga dengan adanya penawaran DOPB pada pasien oleh dokter tentu akan mempengaruhi pula penggunaan obat DOPB.

(25) Shoemaker, Rogers E.M., *op. cit.*

Bila dilihat lebih lanjut tabel 5.14 dimana dari 231 responden yang ditanya sebanyak 150 (64,9%) menjawab pernah (sering atau kadang-kadang) menawarkan obat DOPB pada pasien. Ini menunjukkan bahwa cukup banyak dokter sampai pada tingkat mencoba menggunakan obat tersebut yang oleh Leawin (1975) disebut "the new behavior phase" (26).

5.3.1.3. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB.

Sesuai dengan definisi operasional kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB diukur dari jawaban atas 3 pertanyaan yaitu tentang:

- Adanya keragu-raguan dokter terhadap khasiat obat DOPB
- Bagaimana penilaian dokter tentang penampilan (appearance) obat DOPB
- Adanya kekhawatiran dokter atas penerimaan pasien bila diberi obat DOPB.

Masing-masing jawaban diberi nilai dengan angka yang kemudian dijumlahkan dan dilakukan "ranking" sehingga diperoleh 2 kelompok yaitu yang menilai cukup percaya dan kurang percaya.

Setelah dilakukan uji gamma ($G=0,35723$) ternyata kepercayaan dokter berhubungan erat dengan penggunaan obat DOPB.

(26). Leawin, dalam mico P. Roos, op. cit.

Walaupun sebagian besar responden menjawab tidak ragu dengan khasiat obat DOPB (lihat tabel 5.20) tapi penggunaannya oleh dokter masih rendah. Ini menunjukkan bahwa ada faktor lain yang menentukan digunakannya obat DOPB oleh dokter, misalnya faktor pasien. Dengan lebih rendahnya harga obat yang akan dibayar oleh seorang pasien yang menebus obat di Apotek dibandingkan dengan biaya konsultasi ke dokter tentu akan berpengaruh secara psikologik pada pasien. Misalnya pasien jadi ragu tentang khasiat obat yang diperolehnya, atau menyangsikan kemampuan dokter bila penyakitnya tidak cepat sembuh. Hal yang sama tentu akan dirasakan juga oleh dokter tersebut. Barangkali kekhawatiran itu dapat diatasi dengan cara memberikan obat DOPB bersama obat paten yang lain dalam satu lembar resep sehingga kesan murah dapat ditutupi.

Obat, sebagaimana barang konsumsi lainnya juga memerlukan promosi, baik melalui penampilan (appearance) yang menarik maupun melalui iklan terbatas. Dibandingkan dengan obat sejenis dari produsen lain, obat DOPB tidak kalah kualitasnya, untuk itu telah diakui oleh WHO (Laurence, 1967). Peningkatan "kemasan" dari tablet atau kapsul lepas dalam kaleng menjadi dalam blister atau strip dapat menghilangkan kesan obat DOPB sebagai "obat murahan". Hal ini dapat dipertimbangkan karena biaya kemasan strip diperkirakan hanya akan menaikkan harga obat

jadi sebesar 5-10% (27).

Mengenai kekhawatiran dokter, kebanyakan responden menjawab tidak khawatir tentang penerimaan pasien bila diberi obat DOPB (lihat tabel 5.22). Ini menunjukkan bahwa para dokter cukup percaya dengan kualitas obat ini. Disamping itu responden yang menjawab tidak tahu cukup banyak (39,4%). Barangkali mereka itu dari kelompok yang tidak pernah menggunakan obat DOPB yang jumlahnya 41,1% dari seluruh responden (lihat tabel 5.17).

6.3.1.4. Kelas sosial pasien

Dari uji gamma ($G=0,42591$) variabel kelas sosial pasien kurang erat hubungannya dengan penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter tetapi uji chi square menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna diantara kelas sosial pasien dalam menggunakan obat DOPB (lihat tabel 5.30). Dari kedua uji statistik itu dapat disimpulkan bahwa kelas sosial pasien berpengaruh pada penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter. Bila dilihat tabel 5.9 dapat diketahui bahwa yang banyak pernah menggunakan obat DOPB adalah kelompok dokter yang mempunyai tarif rendah yaitu antara Rp.1.500 - Rp.4.000,-. Jika tarif dokter dianggap dapat menunjukkan kelompok status sosial masyarakat yang menggunakan jasa tersebut, maka dapat dikatakan bahwa yang

(27). Setijono Yohanes, Faktor kenasan dalam pembentukan harga obat, Simposium harga dan biaya obat, Jakarta, 25 Oktober 1978, hal. 2.

menggunakan obat DOPB adalah dari golongan masyarakat yang kurang mampu. Keadaan ini sesuai dengan sasaran program DOPB ini yaitu kelompok masyarakat yang kurang mampu yang tinggal di daerah perkotaan.

Jika dilihat kembali besarnya tarif dokter yang banyak menggunakan obat DOPB itu, kemungkinan dokter tersebut adalah dari kelompok dokter umum. Ini sesuai dengan tarif dokter umum yang ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Azwar (1987). (28).

6.3.1.5. Latar belakang pribadi dokter

6.3.1.5.1. Status Perguruan Tinggi/Almamater

Dari uji gamma ($G=0.60000$) diketahui bahwa perbedaan lulusan Perguruan Tinggi mempunyai hubungan yang cukup erat dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter. Dalam hal ini dokter lulusan Perguruan Tinggi Negeri lebih banyak kemungkinannya menggunakan obat DOPB dibandingkan dokter lulusan Perguruan Tinggi swasta. Walaupun hasil uji statistik memberikan gambaran demikian tapi perlu dicatat bahwa rancangan sampel pada penelitian ini tidak membedakan karakteristik PT Negeri dan PT Swasta secara proporsional. Bila ditelaah lebih jauh perilaku menggunakan obat seorang dokter akan dipengaruhi oleh banyak hal

(28). Azwar Asrul, kontribusi masyarakat terhadap biaya kesehatan melalui dokter praktek swasta (laporan pendahuluan). 1987, hal. 8.

termasuk tentang teori-teori yang telah diperolehnya selama belajar di Perguruan Tinggi sewaktu menjadi mahasiswa di Fakultas Kedokteran. Mungkin di antara seorang dosen dengan dosen yang lain terdapat perbedaan-perbedaan yang mendasar dalam memilih dan menggunakan obat untuk mengobati suatu penyakit. Biasanya hal ini cukup lama berbekas dan menjadi ciri seorang dokter waktu memberi pengobatan. Disamping itu perbedaan fasilitas yang dimiliki oleh suatu Perguruan Tinggi Negeri dan Swasta tentu akan memberi pengaruh pula pada kebiasaan, yang selanjutnya menentukan perilaku dalam memilih dan menggunakan obat manakala si mahasiswa sudah menjadi dokter. Oleh karena itu konsep pengobatan menggunakan obat dengan nama generik perlu dimantapkan pada tingkat bangku kuliah (di Perguruan Tinggi).

6.3.1.5.2. Status kepegawaian dokter.

Dari uji Gamma ($G=0.78981$) diketahui bahwa status kepegawaian dokter berhubungan erat dengan penggunaan obat DOPB oleh dokter (lihat tabel 5.32). Disamping itu pada tabel 5.6 dapat pula dilihat bahwa dokter yang berstatus pegawai negeri merupakan kelompok yang terbanyak pernah menggunakan obat DOPB. Hal ini mungkin disebabkan oleh adanya rasa keterikatan psikologis antara seorang dokter dengan instansi dia bekerja yang memberi dampak pada sikap

dan perilaku memilih/menggunakan obat.

Khusus untuk kelompok dokter pegawai negeri adanya keterikatan sebagai aparatur negara tentu akan lebih mudah mengadaptasi program DOPB dibandingkan dengan dokter dari kelompok bukan pegawai negeri. Sebagai contoh, dokter yang bekerja di Rumah Sakit atau Puskesmas Pemerintah yang sudah biasa bekerja dengan obat-obat standar (esensial) tentu tidak canggung menggunakan obat DOPB pada praktek swastanya. Fenomena ini juga ditemukan oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Puslitbang Farmasi (1986) bahwa sebagian besar yang menggunakan obat generik adalah dokter yang pagi harinya bekerja di Puskesmas atau Rumah Sakit.

(29)

5.3.1.5.3. Tempat kerja dokter pagi hari.

Terdapat hubungan yang cukup erat ($G=0,54229$) antar variabel tempat bekerja dokter pagi harinya dengan di-gunakannya obat DOPB oleh seorang dokter (lihat tabel 5.33). Didamping itu dari tabel 5.7 dapat diketahui bahwa yang sering dan kadang-kadang menggunakan obat DOPB adalah para dokter yang pagi harinya bekerja di Rumah Sakit, Puskesmas, Kanwil/Dinas/Suku Dinas Kesehatan DKI Jakarta serta Departemen Kesehatan/Unitnya. Bila ditelusuri lebih lanjut ternyata kelompok ini adalah para dokter berstatus

(29). Puslit Farmasi, op.cit, hal. 24.

pegawai pemerintah (Departemen Kesehatan dan Departemen lain) yang sudah biasa bekerja dengan obat standar/generik.

6.3.1.5.4. Umur dokter.

Walaupun variabel umur tidak dapat meramalkan digunakan atau tidaknya obat DOPB oleh dokter, namun bila diamati lebih jauh kelompok yang pernah menggunakan obat DOPB ternyata yang terbanyak (mode) adalah dokter-dokter yang berumur antar 40-49 tahun (lihat tabel 5.3). Hal ini mungkin karena kelompok ini adalah para dokter dengan status pegawai pemerintah yang pada uji gamma (G) mempunyai hubungan cukup erat dengan penggunaan obat DOPB (lihat tabel 5.32). Disamping itu kemungkinan lain adalah bahwa dokter yang banyak melaksanakan praktek pribadi adalah dari kelompok umur tersebut. Ini sesuai dengan yang ditemukan oleh Azwar (1987), bahwa sebanyak 36,5% responden survei biaya kesehatan melalui dokter praktek swasta juga berumur 40-49 tahun (30).

(30). Azwar Asrul, op. cit. hal. 9.

6.3.1.5.5. Lama jadi dokter.

Uji statistik Gamma (G) menunjukkan bahwa variabel lama menjadi dokter kurang kuat hubungannya dengan penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter (lihat tabel 5.34). Tapi dari tabel 5.4 dapat dilihat bahwa pada kelompok dokter yang sering dan kadang-kadang menggunakan obat DOPB adalah para dokter yang telah menjadi dokter 10 - 19 tahun. Disamping itu kelompok dokter yang terbanyak tidak pernah menggunakan obat DOPB adalah juga para responden yang sudah jadi dokter 10 - 19 tahun. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena kelompok ini lebih banyak terpilih jadi responden. (lihat tabel 5.4)

6.3.1.5.6. Jenis dokter.

Uji statistik Gamma (G) menunjukkan bahwa jenis dokter tidak mempunyai hubungan yang cukup kuat dengan penggunaan obat DOPB (lihat tabel 5.26). Bila dilihat kembali tabel 5.18, dari kelompok yang pernah menggunakan obat DOPB, dokter umum merupakan yang paling banyak (58,9%), dokter spesialis yang paling sedikit. Walaupun nampaknya dokter umum yang terbanyak menggunakan obat DOPB, kita tidak bisa menyimpulkan begitu saja karena memang dokter umum merupakan responden yang paling banyak dalam penelitian ini yaitu 120 orang atau 51,9% dari seluruh responden.

6.3.1.5.7. Tempat kerja dokter sore hari.

Tempat kerja dokter sore hari tidak mempunyai hubungan yang cukup kuat dengan penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter (lihat tabel 6.34). Tetapi bila dilihat tabel 5.2 ternyata yang banyak menggunakan obat DOPB adalah para dokter yang bekerja di tempat praktek/klinik pribadi. Hal ini dapat dimaklumi karena memang populasi yang diteliti adalah dokter praktek sore hari, sehingga memberi gambaran seolah-olah obat DOPB banyak digunakan pada Praktek/klinik pribadi dokter.

6.4.8. Jumlah pasien satu bulan terakhir.

Variabel jumlah pasien satu bulan terakhir tidak mempunyai hubungan yang cukup kuat dengan penggunaan obat DOPB oleh seorang dokter (lihat tabel 5.34). Namun bila ditelusuri lebih lanjut tabel 5.10 dapat diketahui bahwa yang paling banyak menggunakan obat DOPB adalah kelompok dokter yang jumlah pasien satu bulan terakhir 150 orang keatas. Kemungkinan para dokter ini mempunyai tarif rendah namun hasil pengobatannya cukup efektif sehingga pasiennya banyak. Biasanya dokter tersebut praktek di tempat yang padat penduduknya dan agak dipinggiran kota.

6.3.2. Tingkat penggunaan obat-obat DOPB di daerah Jakarta

6.3.2.1. Banyak dokter yang menggunakan obat DOPB.

Dari 231 orang responden yang ditanya, yang menjawab pernah menggunakan obat DOPB adalah sejumlah 136 orang (58.8%), dan sisanya tidak pernah menggunakan obat DOPB (lihat tabel 5.17). Diantara kelompok pernah menggunakan obat DOPB sebagian besar adalah dokter umum. Bila obat DOPB banyak digunakan oleh masyarakat yang kurang mampu maka ini menunjukkan juga bahwa yang banyak didatangi oleh masyarakat yang kurang mampu bila sakit adalah dokter umum.

6.3.2.2. Banyak pasien yang mendapatkan obat DOPB.

Jumlah pasien yang mendapatkan obat DOPB dari dokter praktek di DKI Jakarta kebanyakan (~~mode~~) baru berjumlah kurang dari 9 orang perbulan (lihat tabel 5.19). Ini menunjukkan bahwa penggunaan obat DOPB dikalangan dokter praktek di DKI Jakarta masih sangat rendah. Keadaan ini sesuai dengan pernyataan Kartono (1988) bahwa resep DOPB baru meliputi $\pm 3\%$ resep yang masuk ke Apotek di DKI Jakarta. Jumlah ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan penggunaan obat DOPB di Daerah Jawa Barat yaitu kira-kira $\pm 10\%$ dari resep-resep yang masuk ke Apotik (Soeryadi, pada penyuluhan obat terpadu di Jawa Barat, Bandung, Februari 1989).

6.3.2.3. Banyak pasien yang minta obat DOPB pada dokter sebulan terakhir.

Dari tabel 5.18 dapat diketahui bahwa sedikit sekali pasien yang pernah meminta obat DOPB pada dokter praktek. Kebanyakan hanya 1-2 orang saja pernah memintanya. Ini menunjukkan kurangnya minat masyarakat umum pada obat DOPB sehingga penggunaanya juga rendah. Timbul pertanyaan apakah karena memang mereka tidak mengetahui atau memang tidak menyukainya. Mungkin adanya embel-embel „murah“ dan „tidak mampu“ mempunyai konotasi negatif bagi masyarakat. Seolah-olah obat-obat DOPB adalah obat murahan dan yang menggunakannya adalah orang tidak mampu. Hal ini mungkin cukup menyentuh harga diri seorang pasien yang mungkin sebenarnya tidak mampu namun tidak mau dilayani disepelakan sebagai warga kelas dua. Hal ini perlu diperhatikan pada kampanye obat DOPB dan sejenisnya dimasa yang akan datang.

6.3.2.4. Kesesuaian obat-obat DOPB dengan kebutuhan dokter.

Berdasarkan kriteria yang dibuat tentang kessesuaian, kurang sesuai dan tidak sesuai obat-obat DOPB dengan kebutuhan dokter praktek, telah diperoleh 3 kelompok obat sebagai berikut.

- Kelompok obat yang sesuai adalah :

1. Antalgin 500 tab
2. Parasetamol 500mg tab
3. Ampisilina 500 mg kpl
4. Tetrasiklina 250 mg kap
5. CTM 4 mg tab
6. Sirup kering Ampisilina
7. Etambutol 250 mg tab
8. Eritromisin 250 mg kpl
9. INH 300 mg tab
10. Kloramfenikol 250 mg kap
11. Diazepam 2 mg tab
12. Fenobarbital 30 mg tab
13. Vit B6 10 mg tab
14. INH 100 mg tab
15. Dekstrometorfan sirup
16. Garam oralit 200 ml
- 17 Vit B komplek tab
18. Salep mata Kloramfenikol
19. Ekstrak Belladon 10 mg tab
20. Prednison 5 mg tab
21. Efedrin 25 mg tab

- Kelompok obat yang kurang sesuai adalah:

1. Fenobarbital 100 mg tab
2. Hidroklortiazida 25 mg tab
3. Reserpina 0,25 mg tab
4. Deksametazon 0.5 mg tab
5. Furosemda 40 mg tab
6. Vit B1 50 mg tab
7. Kotrimoksazol 480 mg tab
8. Kotrimoksazol Ped 120 mg tab
9. Griseofulvin 125 mg tab
10. Pirantel Pamoat 365 mg tab
11. Papaverin 40 mg tab
12. Salep kulit Oksitetrasiklina 3 %
13. Metronidazol 250 mg tab
14. Antasida DOEN tab kunyah
15. Krim Hidrokortison 2,5%
16. Vit A 50.000 IU tab
17. Asetosal 500 mg tab
18. Paracetamol sirup
19. Dekstrometorfan 15 mg tab
20. Garam oralit 1 liter
21. Salut besi sulfat 300 mg tab

- Kelompok obat yang tidak sesuai adalah :

1. Propanolol 40 mg tab
2. Glibenklamid 5 mg tab
3. Dapson 100 mg tab
4. Mebendazol 100 mg tab
5. Klorkina 250 mg tab
6. Salut metil ergometrin 0,125 mg tab
7. Kinina sulfat 222 mg tab
8. Dioksiantrakinon 150 mg tab

Obat yang sesuai dengan kebutuhan dokter praktek di DKI Jakarta, sesuai pula dengan penyakit-penyakit yang banyak terdapat di daerah ini dimana penyakit infeksi dan saluran nafas masih merupakan penyakit-penyakit utama. Sedangkan obat-obat yang tidak sesuai dengan kebutuhan dokter praktek di DKI Jakarta seperti Klorkina dan Kinina sulfat memang sudah jarang ditemukan kasus (malaria) yang memerlukan obat tersebut di daerah ini. Dengan demikian dapat dimaklumi kenapa obat DOPB sedikit digunakan oleh para dokter di DKI Jakarta, karena memang kurang sesuai dengan kebutuhan dokter praktek.

6.4. Pembahasan tentang memasyarakatkan penggunaan obat DOPB.

Bila ditinjau lebih jauh, memasyarakatkan penggunaan obat DOPB merupakan bagian dari suatu proses perubahan perilaku sekelompok orang. Didalamnya terlibat unsur-unsur manusia, uang, materi dan cara. Unsur manusia terdiri dari pemerintah

dan ketua organisasi profesi sebagai provider dan pengelola program, dimana para dokter, masyarakat umum, apoteker dan pengusaha apotek sebagai sasaran program.

Untuk sampai pada tujuan memasyarakatkan obat DOPB pada awalnya dimulai dari bagaimana mengajak orang sebagai individu maupun sebagai anggota masyarakat agar mau menggunakan obat DOPB. Ditilik dari sudut kepentingan individu, agar seseorang mau diajak haruslah ada suatu kepentingan yang terkait bagi dia. Hal ini erat hubungannya dengan dalil, bahwa sikap orang sangat ditentukan oleh kepentingannya (31). Kepentingan tersebut disamping dapat bersifat materiil juga dapat bersifat idiiil. Kepentingan yang sifatnya materiil mungkin hanya sebentar mempengaruhi sikap yaitu sampai kepentingan materiilnya habis. Tetapi jika kepentingan materiil ini kemudian dapat disalurkan kearah kepentingan idiiil, maka sikap individu terdapat ajakan akan lebih permanen. Salah satu kepentingan yang sifatnya idiiil adalah harga diri, yang pada kenyataannya kerap sekali dibela sampai mati oleh seseorang.

Menurut Sasrodihardjo (1986) dalam kaitan mengajak masyarakat, pada dasarnya terdapat dua metoda yang dapat digunakan untuk mempengaruhi individu, yaitu melalui pendidikan dan melalui cara persuasi. Pendidikan merupakan

(31). Sasrodihardjo Soedjito, mengajak masyarakat menjadi sehat, Simposium Peningkatan Jangkauan Pelayanan Kesehatan, Yogyakarta, November, 1986, hal.1.

suatu lembaga formal yang dilengkapi dengan sarana dan prasarana tertentu serta dikelola dengan standar yang telah ditetapkan baik tentang sipendidik, anak didik, fasilitas maupun tentang metoda yang digunakan. Dalam pendidikan, segala aspek dari persoalan yang dihadapi dikemukakan dan dibahas. Untuk sampai pada tujuan yang diharapkan diperlukan waktu yang lama dan kadang-kadang hasilnya tidak lekas diketahui. Metoda ini juga dapat digunakan dalam memasyarakatkan penggunaan obat DOPE dengan cara membahas berbagai aspek obat DOPE di sekolah atau Universitas.

Persuasi merupakan suatu teknik untuk mengarahkan perhatian dan pemikiran orang kearah tertentu (32). Bentuk yang bergerak antara pendidikan dan persuasi adalah apa yang disebut penyuluhan. Dalam penyuluhan masih diketemukan kesempatan bagi yang mendapat penyuluhan untuk bertanya atau mengajukan pendapat tentang apa yang sedang dibicarakan. Metoda ini juga dapat digunakan dalam memasyarakatkan penggunaan obat DOPE. Suatu yang perlu dicatat dalam penyuluhan adalah : Kerap kali masyarakat lebih bersedia mendengar penyuluhan bila dilakukan oleh orang yang sudah dikenal dengan baik. Hal ini terjadi tidak saja bagi anggota masyarakat biasa tetapi juga pada anggota organisasi. Khusus tentang penyuluhan obat DOPE pada para dokter/dokter gigi,

(32). Sosrodihardjo Soedjito, op. cit., hal. 3.

apoteker dan pengusaha apotek hal tersebut perlu diperhatikan untuk melibatkan unsur-unsur Dep. Kesehatan, IDI, PDGI, ISEI dan GP Farmasi. Bentuk lain teknik mengajak masyarakat kearah berperilaku yang diharapkan adalah melalui penerangan. Dalam penerangan tidak diadakan persuasi. Yang diperlihatkan hanyalah segi-segi positif agar objek yang dibicarakan ditiru oleh orang yang diberi penerangan. Faktor Edukasinya diperoleh secara tidak langsung. Propoganda merupakan konotasi negatif dari penerangan. Dalam propoganda banyak digunakan efek ulangan, efek status/kedudukan dan efek ketakutan/fear effect. Dengan adanya efek ulangan, maka suatu pesan yang diulang terus menerus sampai bosan dan kemudian diteruskan lagi kemungkinan kebosanan ini akan berubah menjadi perhatian. Kemungkinan perubahan tersebut lebih besar terjadi jika sebelumnya belum pernah ada rasa antipati pada objek yang dipropogandakan tersebut. Metoda ini juga dapat digunakan dalam memasyarakatkan obat DOPE.

Orang Indonesia sangat peka terhadap gengsi karena menyangkut status atau kedudukannya. Dalam memasyarakatkan DOPE konotasi,,murah dan sederhana,, tentu tidak akan mencapai sasaran yang diharapkan. Barangkali dengan mengeks-ploitasi penggunaan obat itu dikalangan tokoh-tokoh masyarakat dapat sedikit membantu promosi obat DOPE. Efek ketakutan (fear effect) dapat juga digunakan berupa sangsi

bagi tenaga dokter yang tidak mau menggunakan obat DOPE seperti yang diberlakukan pada obat generik dengan Permenkes no.085/Menkes/Per/1989 tentang kewajiban menuliskan obat generik dalam resep dokter bagi pasien yang berobat di RS dan Puskesmas pemerintah. Dari hasil penelitian ini ternyata usul tersebut banyak ditentang oleh para responden, karena dianggap mengurangi ruang gerak kebebasan profesi. Masalah memasyarakatkan penggunaan obat DOPE tidak lepas dari masalah fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, kontrol dan evaluasi dari serangkaian kegiatan merubah perilaku manusia. Agar mencapai tujuannya fungsi-fungsi tersebut haruslah berjalan dengan baik untuk itu perlu perencanaan yang matang. Perencanaan adalah proses mengambil keputusan mengenai kegiatan yang akan dilakukan dirasa yang akan datang untuk mencapai tujuan tertentu (33). Langkah-langkah perencanaan meliputi analisa masalah, analisa tujuan, analisa partisipasi, analisa alternatif dan penyusunan matriks. Sedangkan keputusan yang diambil akan menjawab pertanyaan kegiatan apa yang perlu diambil untuk mencapai tujuan, mengapa kegiatan itu dilakukan, bagaimana melakukannya, siapa yang bertanggung jawab, dimana dilaksanakan dan kapan dilakukan. Dari hasil pembicaraan dengan beberapa orang pengelola program hal itu belum tentu

(33). Davis B.D., Olson M.H., Management Information System, 2nd Ed., M.C. Graw Hill Co., New York, 1985, hal. 200.

dilakukan, dan nampaknya baru sampai pada pembagian tugas siapa yang menyediakan obat, siapa yang mendistribusikannya ke Apotek dan siapa pula yang mencetak blanko resep serta mengirimkannya pada para dokter praktek di DKI Jakarta. Sedangkan yang menyangkut ,,social marketing'' masih belum dilakukan.

Jika dapat dibandingkan, maka besarnya penggunaan obat DOPE berdasarkan penelitian ini (58,9 %) jauh lebih tinggi dari perkiraan menurut laporan resep yang masuk ke Apotek (di Jakarta $\pm 3\%$ dan di Jawa Barat $\pm 10\%$).

Walaupun persentase dokter yang pernah menggunakan obat DOPE cukup besar, tetapi jumlah dokter yang sering menggunakannya hanya sekitar 3 % saja dari 231 orang dokter praktek yang ada di DKI Jakarta. Hal ini menunjukkan bahwa masih banyak faktor lain yang mempengaruhi penggunaan obat tersebut oleh para dokter, dimana tidak semuanya dapat diungkapkan melalui penelitian ini. Faktor-faktor tersebut berkaitan dengan Apotek, produsen obat DOPE, pasien dan ,,provider''. Walaupun semua faktor tersebut dipertimbangkan sejak awal penyusunan proposal penelitian ini, tetapi karena terbatasnya waktu, biaya dan tenaga maka ruang lingkup penelitian hanya dibatasi pada dokter saja. Oleh karena itu bidang yang lain masih terbuka untuk diteliti pada masa yang akan datang.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

7.1.1. Karakteristik dokter yang banyak menggunakan obat DOPB:

1. Sebanyak 58,9 % dokter yang berpraktek di DKI Jakarta pernah menggunakan obat DOPB, tetapi tingkat penggunaannya masih sangat rendah, yaitu baru mencapai kurang dari 9 pasien sebulan.
2. Dokter dengan status pegawai negeri merupakan kelompok yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
3. Dokter yang bekerja pagi harinya di Departemen Kesehatan/unitnya atau yang bekerja di Kanwil/Dinas Kesehatan/unitnya merupakan kelompok dokter yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
4. Dokter lulusan Perguruan Tinggi Negeri merupakan kelompok yang terbanyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
5. Dokter yang pernah dikirim blanko resep DOPB merupakan kelompok dokter yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
6. Dokter yang pernah mendiskusikan DOPB dengan teman sejawat/orang lain adalah kelompok yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
7. Dokter yang pernah menawarkan obat DOPB pada pasien merupakan kelompok yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.

8. Dokter yang biasa menuliskan obat dalam resep dengan bentuk campuran nama paten dan generik merupakan yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
9. Dokter yang sering baca/dengar tentang DOPB adalah kelompok yang banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
10. Dokter umum banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
11. Kebanyakan dokter umum tidak ragu dengan khasiat obat DOPB.
12. Dokter yang berumur antara 30 - 39 tahun banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
13. Dokter dengan tarif Rp:1.500,- - Rp:4.000,- banyak menggunakan obat DOPB di DKI Jakarta.
14. Pengetahuan dokter terhadap program DOPB di DKI Jakarta kebanyakan kurang.

7.1.2. Jenis obat yang banyak digunakan oleh para dokter di DKI Jakarta antara lain adalah: Antalgin 500 mg tablet, Ampisilina 500 mg kaplet, Tetrasiklin 250 mg kapsul, CTM 4 mg tablet, dan Parasetamol 500 tablet.

7.1.3. Beberapa saran dari para dokter di DKI Jakarta tentang program DOPB antara lain adalah: Agar disediakan di setiap Apotek di DKI Jakarta, agar informasi tentang khasiat, harga dan jenis obat DOPB disebar luaskan pada dokter dan masyarakat, perlu dilakukan penyuluhan pada dokter,

apoteker/asisten apoteker dan pengusaha apotek, serta perlunya dilakukan penambahan jenis obat sehingga dapat mencakup spektrum penyakit yang lebih luas.

7.1.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPE :

1. Pengetahuan dokter tentang program DOPB berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.
2. Kepercayaan dokter terhadap kualitas obat DOPB berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.
3. Kebiasaan dokter menuliskan obat dalam resep dengan bentuk campuran obat paten dan obat generik berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.
4. Kurangnya kemampuan ekonomi pasien berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.
5. Status pegawai negeri berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.
6. Tempat bekerja pagi hari di unit pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas, BP dan lain-lain) berpengaruh positif pada penggunaan obat DOPB oleh para dokter di DKI Jakarta.

7.1.5. Telah diformulasikan alternatif peningkatan penggunaan obat DOPE di DKI Jakarta dimasa datang, yaitu melalui program ,,social marketing'' obat DOPB (lihat lampiran 8).

7.2.Saran penelitian

- 7.2.1. Dalam rangka meningkatkan informasi dan pengetahuan masyarakat tentang manfaat obat DOPE perlu dilakukan suatu „sosial marketing,, yang lebih luas (konsepnya lihat lampiran 6).
- 7.2.2. Perlu dilakukan pengembangan dan peningkatan dukungan sosial serta faktor-faktor yang mendorong penggunaan obat DOPE oleh dokter dan masyarakat, misalnya dengan menampilkan dan meningkatkan peran serta tokoh-tokoh panutan masyarakat (seperti gubernur, bupati, camat, dll).
- 7.2.3. Perlu dilakukan peningkatan pelayanan melalui inovasi teknologi dan manajemen obat DOPE, misalnya melalui peningkatan kualitas pembungkus dan jaminan mutu obat DOPE, serta menganjurkan pada dokter agar DOPE ditulis bersama dengan obat paten lain dalam resep agar kesan murah dapat ditutupi.
- 7.2.4. Berikan penghargaan pada dokter/dokter gigi, apoteker/pengusaha apotek yang banyak menggunakan atau membantu program DOPE, berupa pemberian surat penghargaan, kemudahan-kemudahan dan lain-lain.
- 7.2.5. Bila obat DOPE dianggap sebagai salah satu pendahulu obat generik, maka jenis obat DOPE perlu ditambah sehingga diperoleh suatu daftar obat generik yang mencakup spektrum penyakit yang lebih luas.
- 7.2.6. Kepada kelompok dokter yang kurang mendukung program DOPE karena berbagai sebab, perlu dilakukan pendekatan-

persuasif, misalnya melalui penataran, memeberikan informasi yang rinci tentang DOPB (pokok pemikiran konsep obat DOPB, jenis, efek farmakologis, harga dan jaminan kualitas obat DOPB), pengiriman brosur serta blangko resep DOPB kepada para dokter sehingga menguatkan keyakinannya untuk menggunakan obat DOPB.

KEPUSTAKAAN

- Andrews Frank M., Klem L., et al., A Guide For Selecting Statistical Techniques For Analysing Social Science Data, 2nd Ed., The University Of Michigan, Michigan, 1981, halaman 17.
- Anggarini Sri, Siregal Kemal, Statistik Nonparametrik, Badan Penerbit Kesenatan Masyarakat, FKMUI, Jakarta, 1980, halaman 20.
- Arkin H., Colton Raymond R., Statistical Methods, As Applied To Economics, Business, Psychology, Education And Biology, 5th Ed., Barnes & Noble Inc., New York, 1957, halaman 100.
- ASNES, dalam The Country Report Of Indonesia, MTC ASEAN Among Drug Leg. Eval. Qual. Ass., Jakarta, Desember 1979.
- Budiarso Ratna L., et al., Survei Kesehatan Rumah Tangga 1986, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta, halaman 26.
- Departemen Kesehatan RI., Daftar Obat Esensial Nasional, Departemen Kesehatan RI., Jakarta, 1980 halaman 6.
- Dever, G.E. Alan, Epidemiology In Health Services Management, Aspen Publ., Maryland, 1984, halaman 289.
- Fakultas Kesenatan Masyarakat, Pedoman Pembuatan Skripsi Dan Thesis, 1982.
- Fleiss J.L., Statistical Methods For Rates And Proportions, 2nd Ed., John Willey & Sons, New York, 1981, halaman 58.
- Freeman L.O., Elementary Applied Statistics For Students In Behavioral Science, John Willey & Sons, New York, 1965, halaman 82.
- Isaac Stephen, Handbook In Research & Evaluation, 2nd Ed., Edits Publ., Sandiego, 1981.
- Kerlinger Fred N., Foundation Of Behavioral Research, 2nd Ed., Holt Rinehart And Winston Inc., New York, 1973.
- Kotler Philip, Marketing For Non Profit Organization, 2nd., Prentice Hall, Englewood Cliffs, N J., 1982.
- Marlat, Sikap Manusia, Perubahan Serta Pengukuran, Ghalia, Jakarta 1982, halaman 38.

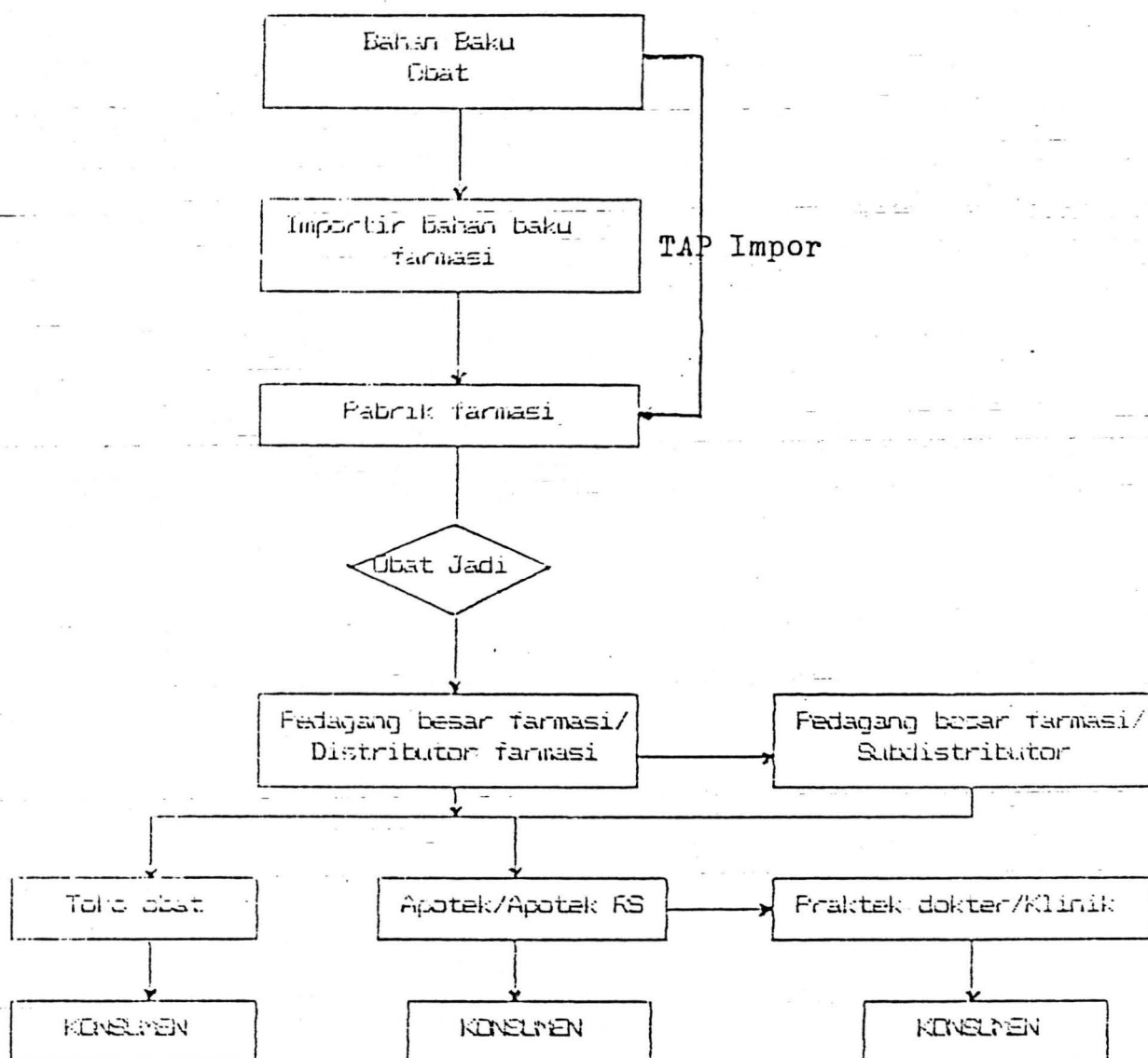
Siregar Kemal M., Et. al. Daftar Istilah Kesehatan Masyarakat
Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat, EKM-UI, Jakarta 1982.
halaman 11

WHO., Health For All, One Common Goal, WHO., halaman 5.

-, Penggunaan Obat Yang Rasional Bagi Setiap Orang, Bulletin
Direktorat Jendral POM., 8, 1986, halaman 18.

LAMP IRAN

Alur Pengadaan Obat di Indonesia



DAFTAR HARGA OBAT PROGRAM BERSAMA (DOPB)
PER 1 FEBRUARI 1987

P A K E T A

No.	Nama Obat	Satuan	HJ PBF Excl.FPN	HJ Apotik Incl.FPN
1.	Antalgin 500 mg	bt1.1000 tab	12.103	18.500
2.	Paracetamol 500 mg	bt1.1000 tab	10.925	16.700
3.	Diazepam 2 mg	bt1.1000 tab	2.813	4.300
4.	Fenobarbital 30 mg	bt1.1000 tab	2.617	4.000
5.	Fenobarbital 100 mg	bt1. 500 tab	4.383	6.700
6.	Propranolol 40 mg	bt1. 100 tab	5.037	7.700
7.	Hidroklortiazida 25 mg	bt1.1000 tab	3.598	5.500
8.	Reserpina 0,25 mg	bt1.1000 tab	2.290	3.500
9.	Deksametason 0,5 mg	bt1.1000 tab	8.505	13.000
10.	Efedrin 25 mg	bt1.1000 tab	2.944	4.500
11.	Dioksiantrakinon 150 mg	bt1.1000 tab	18.808	28.750
12.	Furosemida 40 mg	bt1. 250 tab	3.925	6.000
13.	CTM 4 mg	bt1.1000 tab	1.570	2.400
14.	Prednison 5 mg	bt1.1000 tab	12.430	19.000
15.	Glibenklamid 5 mg	bt1. 100 tab	3.598	5.500
16.	Vit. B 6 10 mg	bt1.1000 tab	2.028	3.100
17.	Vit. B 1 50 mg	bt1.1000 tab	5.234	8.000
18.	Ampisilina 500 mg	bt1. 100 kpl	15.701	24.000
19.	Kloramfenikol 250 mg	bt1.1000 kpl	31.727	48.500
20.	Kotrimoksazol 480 mg	bt1. 100 tab	8.542	10.000
21.	Kotrimoksazol Ped 120 mg	bt1. 100 tab	2.319	3.545
22.	Griseofulvin 125 mg	bt1. 100 tab	4.579	7.000
23.	Dapson 100 mg	bt1.1000 tab	9.813	15.000
24.	Etambutol 250 mg	ds.20x10 tab	9.159	14.000
25.	I N H 100 mg	bt1.1000 tab	2.944	4.500
26.	I N H 300 mg	bt1.1000 tab	8.505	13.000
27.	Mezendasol 100 mg	bt1. 100 tab	8.542	10.000
28.	Pirantel Pamoat 365 mg	bt1. 100 tab	4.383	6.700
29.	Klorokina 250 mg	bt1.1000 tab	19.888	30.400
30.	Papaverin 40 mg	bt1.1000 tab	5.692	8.700
31.	Salap Oksitetrasilina 3% tb. 5 mg		229	350
32.	Metronidazol 250 mg	bt1. 100 tab	4.187	6.400

P A K E T B

33.	Antasida Doen Kunyah	btl.1000 tab	11.449	17.500
34.	Syr.Kering Ampisilina	btl. 60 ml	1.308	2.000
35.	Kaplet Eritromisin 250 mg ds.20x10 kpl		23.879	36.500
36.	Krim Hydrokortison 2,5% tb. 5 mg		420	642
37.	Salut Metil Ergometrina 0,125 btl.100 tab		6.542	10.000
38.	Tetrasiklin 250 mg	btl.1000 kpl	30.093	46.000
39.	Vit A.50.000 IU	btl.1000 tab	19.463	29.750
40.	Acetosal	btl.1000 tab	5.600	8.560
41.	Paracetamol syr.120 mg/5ml btl.60 ml		556	850
42.	Dextrometorfan syr.10mg/5ml btl.60 ml		595	910
43.	Dextrometorfan 15 mg	btl.1000 tab	23.879	36.500
44.	Garam Oralit 200 ml	Kantong0 tab	91	139
45.	Garam Oralit 1 lt	Kantong0	241	369
46.	Ekstrak Belladon 10 mg	btl.1000 tab	2.100	3.210
47.	Vit B Kompleks	btl.1000 tab	2.682	4.100
48.	Kinina Sulfat 222 mg	btl.1000 tab	30.093	46.000
49.	Salut besi Sulfat 300 mg	btl.1000 tab	4.900	7.490
50.	Salap Mata Kloramfenikol tb. 5 grm tab		287	439

TAMBAHAN :

51.	.....
52.	.....
53.	.....
54.	.....
55.	.....
56.	.....
57.	.....
58.	.....
59.	.....
60.	.....

Note : HC = Harga Jual

PENELITIAN PENGGUNAAN OBAT-OBAT
PROGRAM BERSAMA IDI, ISFI, PDGI DAN GP FARMASI
DI KALANGAN DOKTER DI DKI JAKARTA

No. Kuesioner :

Wilayah :

Kecamatan :

Alamat :

Jenis keahlian : Dokter Umum/ Dokter Gigi/ Spesialis

Tanggal kunjungan :

Nama Pewawancara :

1. Berapakah umur dokter ? : . . . th

2. Pada tahun berapakah lulus :

1. Sebagai dokter : Tahun

Pada Perguruan Tinggi mana ?

1. PT Negeri

2. PT Swasta

3. PT di luar Negeri

2. Sebagai Spesialis : Tahun

Pada Perguruan Tinggi mana ?

1. PT Negeri

2. PT Swasta

3. PT di luar Negeri

3. Apakah status kepegawaian dokter ?

1. Pegawai Negeri
2. Anggota ABRI
3. Pensiunan
4. Pegawai swasta
5. Wiraswasta
6. Lain-lain, sebutkan

☐

4. Pada instansi/ klinik apakah Dokter bekerja pagi hari ?

1. Dep.Kesehatan/ Unit Dep.Kesehatan Pusat
2. Kanwil/ Dinas Kesehatan/ Suku Dinas
3. Rumah Sakit
4. Puskesmas/ Balai Pengobatan/IKIA/
Rumah Bersalin
5. Klinik Perusahaan/ Instansi
6. Klinik/ Praktek bersama
7. Klinik/ Praktek Pribadi
8. Perguruan Tinggi
9. Lain-lain, sebutkan :

☐

5. Disamping bekerja di tempat itu apakah dokter bekerja juga di tempat lain pada sore hari ?

1. Ya,
2. Tidak —> langsung ke P 7

☐

6. Bila ya, pada klinik mana dokter bekerja lagi ?

1. Di Rumah Sakit
2. Puskesmas/BP/IKIA/RB
3. Klinik/Praktek bersama

☐

4. Klinik perusahaan/ instansi

5. Klinik/ praktek pribadi.

6. lain-2, sebutkan

7. Berapa jumlah pasien dokter dalam satu bulan terakhir ?

orang

8. Berapa rata-rata tarif dokter satu kali kunjungan ?

Rp.

9. Pernahkah dokter dikirim blanko resep Program Bersama IDI, ISFI, PDXI dan GP Farmasi ?

1. Pernah

2. Tidak pernah

10. Pernahkah dokter membaca/ mendengar dari surat kabar, Berita IDI, TVRI atau Radio tentang Program Bersama tersebut ?

1. Sering

2. Kadang-kadang

3. Tidak pernah

11. Pernahkah dokter mendiskusikan/ membicarakan/ diajak bicara oleh teman sejawat lain tentang Program tersebut ?

1. Sering

2. Kadang-kadang

3. Tidak pernah

12. Pernahkah dokter menawarkan penggunaan obat Program Bersama pada tersebut pada pasien ?

1. Sering

2. Kadang-kadang

3. Tidak pernah

13. Pada umumnya bagaimana dokter menuliskan obat dalam resep ?

1. Dengan bentuk Merk/ obat patent ?

1. Selalu

2. Seringkali

3. Kadang-kadang

☐

2. Campuran obat patent dengan obat generik ?

1. Selalu

2. Seringkali

3. Kadang-kadang

☐

14. Pernahkah dokter menggunakan obat-obat Program Bersama IDI, ISFI, PTGI dan GP Farmasi bagi pasien ?

1. Seringkali

2. Kadang-kadang

3. Tidak pernah ———> ke P No.18

☐

15. Bila dokter pernah menggunakan obat Program Bersama tersebut selama bulan Desember yang lalu berapa orang pasien yang menerima obat-obat tersebut ?

_____ orang

☐

16. Berapa % kira-kira dari jumlah pasien yang berobat pada bulan tersebut ?

_____ %

☐

17. Obat-obat apakah yang pernah dipakai untuk itu ?

Jawab dengan melingkari nomor obat pada daftar DOPB terlampir.

18. Selama bulan Desember yang lalu berapa orang pasien yang minta agar dokter mau menuliskan obat-obat Program Bersama untuknya ?

... orang

19. Apakah dokter merasa ragu tentang khasiat obat-obat Program Bersama ?

1. Tidak

2. Kadang-kadang

3. Ya

4. Tidak tahu

20. Karena obat-obat Program Bersama dikemas dalam bentuk sederhana, bagaimana penilaian dokter terhadap penampilan obat tersebut ?

1. Baik

2. Cukup

3. Kurang

4. Tidak tahu

21. Bila seorang pasien diberi obat IXPI, apakah ada perasaan khawatir dalam hati dokter terhadap penerimaannya ?

1. Tidak

2. Kadang-kadang

3. Ya

4. Tidak tahu

22. Menurut dokter obat-obat apa lagi yang perlu ditambah ke dalam daftar Obat Program Bersama ?

Jawaban harap ditulis dibawah nama obat yang terdapat pada daftar Obat Program Bersama terlampir.

23. Bagaimana tanggapan dokter terhadap beberapa usul untuk peningkatan Program Bersama seperti dibawah ini ?

No. U S U L	Tanggapan			
	1 Setuju	2 Tak Setuju	3 Tidak Tahu	
1. Jenis obat ditambah	1	2	3	-
2. Bungkus obat ditingkatkan	1	2	3	-
3. Isi perbungkus dikurangi	1	2	3	-
4. Informasi khasiat dan keamanan serta harga perlu disebar luaskan pada dokter dan masyarakat.	1	2	3	-
5. Supaya dilakukan penyuluhan pada Dokter Fraktek, Apoteker Pengelola Apotek, dan Pengusaha Apotek yang lebih terarah.	1	2	3	-
6. Supaya disediakan disetiap Apotek di DKI Jakarta secara lengkap.	1	2	3	-
7. Koordinasi perencanaan, pelaksanaan perlu ditingkatkan	1	2	3	-
8. Sistem monitoring dan Evaluasi perlu ditingkatkan	1	2	3	-
9. Perlu didukung oleh peraturan per undang-undangan untuk pelaksanaannya.	1	2	3	-
10. Lain-lain, (Sebutkan)	1	2	3	-



INDONESIAN DENTAL ASSOCIATION

Sekretariat : Maroonette Kramat Jaya Baru B. 15
Jln. Percetakan Negara II
JAKARTA - 10560
Telpon : 4203898

Alamat Surat : P.O. Box 4541 Jakarta Pusat 10.000.

Lampiran 5

Nomor : 213/PB PDGI/I/1989.
Lampiran : 1 (satu) helai.
Perihal : Permohonan Izin dan bantuan
untuk Pengumpulan Data.

Jakarta, 9 Januari 1989.

Kepada.

Yth, Bapak Koordinator PPS (S2)
Bidang Kesehatan Masyarakat UI
di -

Jakarta.-

Dengan hormat,

Menghubungi surat Bapak No : 172/KN-S2/1988 tertanggal :
20-12-1988 yang lalu, tentang : Permononan Izin bantuan untuk
Pengumpulan Data a/n. Drs. Sarjaini Jamal, pada prinsip PB PDGI
tidak berkeberatan untuk melaksanakan penelitian tersebut diatas
bagi dokter gigi diwilayah DKI Jakarta.

Demikian untuk menjadikan periksa dan untuk dipergunakan
seperlunya.

PENGURUS BESAR

PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA

Sekretaris Jenderal, *MC*



(Drs. Utoyo Sutopo, SKM)

Tembusan dikirim kepada :-

1. Ketua Umum PB PDGI (sebagai laporan)
2. Pengurus PDGI Korwil DKI di Jakarta.
3. Pengurus PDGI Cabang Jakarta Pusat, Barat, Timur,
Utara. dan Selatan.
4. Pertiinggal.



IKATAN DOKTER INDONESIA

(The Indonesian Medical Association)

WILAYAH JAKARTA RAYA

R.S. Dr. Cipto Mangunkusumo

Jl. Diponegoro 71

Jakarta Pusat Telp. 322580

Lampiran 6

Pengurus IDI Wilayah Jakarta Raya
Periode 1985 - 1988.

Pelindung : Gubernur KDKI Jakarta
Penasehat : Kakanwil Dep. Kes. DKI Jaya
DR. R. Soeharto.
Dr. Amoroso Katamsi.
Ketua Umum : Dr. Suhantoro DSM.
Ketua I : DR. P. Snyoto H.
Ketua II : Dr. Sidartawan Sugondo DTMH.
Sekretaris
Unium : Dr. Harjono Soemintardjo
Sekretaris I : Dr. Saefi Ali Gumay.
Sekretaris II : Dr. Ingriani Gandha.
Bendahara I : Dr. Budhiarti Darodjatoen.
Bendahara II : Dr. Loesje M. Sompie.

Bidang-Bidang :

1. Pengembangan Organisasi
Ketua : Dr. H. Masfar Salim.
Anggota : Dr. Dawam Marse
Dr. H. Azwan Nurdin.
Dr. H. Iwan Sabirin
2. Pengembangan Ilmu & Penelitian
Ketua : Dr. Baharoedin Ildrem
Anggota : Dr. Dangina Moeloek. MS.
Dr. Mustafa Widjaja.
Dr. Aru Sudojo.
3. Pelayanan Kesehatan Perkotaan
Ketua : Dr. Hermansyur K.
Anggota : Dr. Hardywinoto.
Dr. Amir S. Lubis.
Dr. Tunjung H. Soeharso.
Dr. Sutopo Widjaja.
4. Pengabdian Profesi & Peranserta Masyarakat
Ketua : Dr. Rafid Hasan.
Anggota : Dr. Suheni Sudjarmiko.
Dr. Harun Adam.
Dr. James Hayadi.
5. Peningkatan Kesejahteraan Anggota
Ketua : Dr. Sonny Lumban Tobing
Anggota : Dr. Nico Lumenta.
Dr. Kabul Nuh Idris.
Dr. Kedja Musadik.
Dr. Martin Bimbuain
Dr. Zulkifli Amin
6. Majelis Kehormatan Etik Kedokteran
Ketua : Prof. Dr. H.M. Judono.
Anggota : Prof. Dr. Asri Rasad, Ph. D.M.Sc.
Prof. Dr. Ratna Suprapti Samil
Prof. Dr. H. AH. Markum.
Prof. Dr. Ratwita Gandasoebata
Prof. Dr. Widodo Talogo MPH.

Dewan Pertimbangan.

Ketua : Prof. Dr. Ratna Suprapti Samil
Anggota : Prof. Dr. H.M. Judono.
Dr. Abdul Mun'im Idries.
Prof. Dr. Sudarto Pringgoutomo
Dr. H. Samsudin, M.Sc.
Dr. Amoroso Katamsi.

Badan Pembelaan Anggota

Ketua : Dr. Abdul Mun'im Idries.
Anggota : Dr. Sutomo Slamet Iman Santoso
Dr. Budi Sampurna.
Dr. Amir Syarif SKM.
Dr. Agus Purwadianto.

Jakarta, 18 Januari 1989

No. : 430/K/I/89
Lampiran :
Perihal : pengumpulan data.

Kepada Yth :
Ts. Para Dokter Praktek Swasta
di DKI. Jakarta.

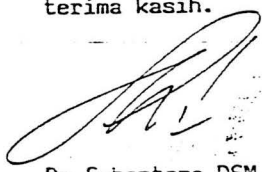
Dengan hormat,

Sehubungan dengan rencana Sdr. Drs. Sarjaini Jamal.
Mahasiswa Program Pascasarjana (S-2) Bidang
Kesehatan Masyarakat UI melalui surat dari Koor-
dinator Program Pascasarjana (S2) Bidang Kesehatan
Masyarakat UI yang akan mengadakan penyusunan
thesisnya dengan judul :

"PENGUNAAN OBAT BERSAMA IDI-ISFI-PDGI
GP.FARMASI (DOPB) OLEH DOKTER DI DKI JAKARTA."

maka dengan ini kami mohon kesediaan Ts. bersedia
menjadi responden untuk maksud tersebut.

Atas perhatian dan kesediaan Ts. kami ucapkan banyak
terima kasih.


Dr. Suhantoro DSM.

Ketua Umum.





SURAT - KETERANGAN
No. : 14 / II / SV / Per / 1989.

Gubernur Kepala Daerah Khusus Ibukota Jakarta menerangkan bahwa sesuai dengan permohonan dari Koordinator Program Pasca Sarjana Bidang Kesehatan Masyarakat UI Nomor: 172/Ka.si/1988 Tanggal 20 Desember 1988.

P e n a : Drs. Sarjaini Jamal
Pekerjaan : Mahasiswa
No. Mahasiswa : 118610225
A l a m a t : Jl. Rasamala 283 Rt.001/07 Bakti Jaya Sukmajaya

adalah Mahasiswa pada Fakultas Kesehatan Masyarakat UI

mulai tanggal : 6 Februari s/d 6 April 1989.

akan mengadakan Pengumpulan Data dalam rangka penulisan Skripsi/ Disertasi/Thesis/Makalah/Tugas Mata Kuliah tentang :

" PENGGUNAAN OBAT PROGRAM BERSAMA IDI ISFI-PDGI-GP. FARMASI
(DOPB) OLEH DOKTER DI DKI JAKARTA ".

Dengan ketentuan :

1. Kepada para Kepala Wilayah (Walikota, Camat) dan Lurah serta Instansi/Lembaga/Dadan dan RT/RW setempat, diharapkan agar memberikan bantuan yang diperlukan dengan catatan apabila menyangkut Data-data ke-Wilayah-an bahwa Saudara tersebut di atas sebelum melaksanakan tugasnya harus memberitahukan terlebih dahulu kepada Kepala Wilayah dan Lurah yang bersangkutan.
2. Pemegang Surat Keterangan tersebut diatas sesudah menyelesaikan tugasnya diminta untuk menyampaikan laporan tertulis hasil pelaksanaan Pengumpulan Data dimaksud (Skripsi) kepada Gubernur Kepala Daerah Khusus Ibukota Jakarta c.q. Biro Pina Pemerintahan, Jalan Medan Merdeka Selatan No. 8-9, Blok G, Lantai 10.

Jakarta, 6 Februari 1989.

A. N. GUBERNUR KEPALA DAERAH KHUSUS
IBUKOTA JAKARTA

Pih. Kepala Biro Pina Pemerintahan,

Drs. EDI TARMIDI
NIP. 0135712.

KONSEP SOSIAL MARKETING OBAT DOPB

1. Pendahuluan

Konsep ini merupakan saran dari peneliti dalam rangka merformulasikan suatu alternatif memasyarakatkan penggunaan obat DOPB.

Program obat DOPB yang telah dimulai sejak 1986 ternyata baru mencapai sedikit pasien yang berobat ke praktek dokter di DKI Jakarta. Timbul pertanyaan kenapa program ini belum mencapai sasaran yang diharapkan? Dalam upaya memasyarakatkannya perlu disusun suatu konsep yang jelas. Sehubungan dengan itu suatu penelitian telah dilakukan untuk mengetahui karakteristik penggunaan obat DOPB, melalui pendekatan perilaku di DKI Jakarta pada tahun 1989. Melalui uji statistik non parametrik telah diketahui beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan obat DOPB oleh para dokter praktek di DKI Jakarta.

Untuk tahap selanjutnya dalam upaya peningkatan penggunaan obat DOPB perlu dilakukan suatu program pemasaran.

2. Pemilihan alternatif

Karena menyangkut penerapan prinsip dan teknis pemasaran untuk memperkenalkan gagasan atau perilaku sosial maka dalam memasyarakatkan penggunaan obat DOPB dilakukan melalui teknik ..sosial marketing,..

3. Sosial marketing obat DOPB

Menurut Kotler (1971), sosial marketing (SM) adalah upaya perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian program yang ditujukan untuk meningkatkan penerimaan suatu gagasan atau perilaku

sosial oleh sekelompok atau beberapa kelompok sasaran.

Sosial marketing obat DOPB meliputi beberapa tahap kegiatan sebagai berikut :

1. Perumusan masalah penggunaan obat DOPB
2. Penentuan tujuan pemasaran obat DOPB
3. Penentuan segmentasi pasar sasaran obat DOPB
4. Analisis terhadap konsumen obat DOPB
5. Analisis terhadap saluran/pihak yang berpengaruh pada konsumen obat DOPB
6. Perumusan strategi dan teknik pemasaran obat DOPB
7. Pelaksanaan, kontrol dan evaluasi sosial marketing obat DOPB.

Lebih jauh kegiatan tersebut diuraikan lagi sebagai berikut.

3.1. Perumusan masalah penggunaan obat DOPB, yang meliputi :

1. Identifikasi masalah, yaitu menetapkan adanya „gap,, antara harapan dan kenyataan dalam penggunaan obat DOPB
2. Memformulasikan masalah dalam batas ruang, waktu, tempat dan besarnya masalah penggunaan obat DOPB di DKI Jakarta.

3.2. Penentuan tujuan pemasaran obat DOPB, yang meliputi :

1. Tujuan umum dalam kaitan penggunaan obat DOPB dengan program pelayanan kesehatan.
2. Tujuan khusus yang menyangkut tentang yang akan dicapai dengan pemasaran obat DOPB.

3.3. Segmentasi pasar sasaran obat DOPB

Pasar sasaran program DOPB terdiri atas 3 kelompok, yaitu :

1. Prescriber (dokter/dokter gigi)
2. Dispenser (Apoteker/asisten apoteker)
3. Pengusaha apotek

Termasuk didalamnya ciri-ciri demografi masing-masing seperti umur, pendidikan, keahlian, pekerjaan, tingkat ekonomi dan tempat bermukim.

3.4. Analisis terhadap pasar sasaran (target group)

Dalam analisis ini diharapkan dapat diungkapkan latar belakang yang melandasi timbulnya perilaku menggunakan atau tidak menggunakan obat DOPB dalam diri anggota masyarakat, prescriber dan dispenser. Dengan demikian dapat diketahui dan ditetapkan latar belakang mana yang paling dominan pengaruhnya dalam perilaku tersebut. Selanjutnya dapat pula diketahui latar belakang dominan mana yang sebaiknya diintervensi atas dasar kelayakannya (Feasibility).

Latar belakang tersebut adalah :

1. Latar belakang demografi
2. Latar belakang psikologis (pengetahuan, persepsi, sikap dan motivasi)
3. Latar belakang sosial budaya (status dan peran, konsep-konsep, lingkungan sosial dan komunikasi)
4. Latar belakang sarana (Fasilitas, Kemudahan mendapatkan obat DOPB).

Dikalangan prescriber latar belakang tersebut antara lain adalah :

1. Sikap terhadap obat DOPB
2. Persepsi terhadap obat paten dan obat DOPB
3. Motivasi dalam penulisan resep
4. Pengetahuan terhadap obat DOPB
5. Pengaruh media komunikasi/informasi
6. Konsep tentang penggunaan obat DOPB

7. Persepsi terhadap harapan pasien

8. Dampak perilaku terhadap diri sendiri

9. Pengaruh lingkungan sosial

Dikalangan dispenser latar belakang tersebut antara lain adalah :

1. Sikap terhadap obat DOFB

2. Persepsi terhadap obat paten dan obat DOFB

3. Motivasi dalam penulisan resep

4. Pengetahuan terhadap obat DOFB

5. Pengaruh media komunikasi/informasi

6. Konsep tentang penggunaan obat DOFB

7. Pengaruh lingkungan sosial

8. Sikap terhadap pasien obat DOFB

9. Dampak perilaku terhadap diri sendiri

10. Persepsi terhadap harapan pasien

Dikalangan anggota masyarakat yang lain latar belakang tersebut antara lain adalah :

1. Pengetahuan tentang obat DOFB

2. Sikap terhadap obat DOFB

3. Motivasi dalam memilih obat DOFB

4. Harapan terhadap obat DOFB

5. Dampak perilaku menggunakan obat DOFB pada diri sendiri

6. Pengaruh lingkungan sosial

3.5. Analisis terhadap saluran pengaruh

Saluran pengaruh pada dasarnya ada dua kelompok, yaitu :

1. Media komunikasi

2. Manusia atau kelompok/organisasi

Analisis terhadap saluran pengaruh harus sampai pada pemilihan intervensi yang akan digunakan.

1. Media komunikasi

Media komunikasi secara umum dapat dikelompokkan dalam tiga golongan, yaitu :

1. Media pandang (visual) seperti poster, leaflet, buku, majalah dan surat kabar.
2. Media dengar (audio) seperti radio, kaset.
3. Media pandang dengar (audio-visual) seperti televisi, film dan vidio.

2. Manusia atau kelompok/organisasi yang berpengaruh

Termasuk dalam kelompok ini adalah :

1. Organisasi profesi (IDI, ISFI, PDGI, GP Farmasi)
2. Guru besar/dosen/pengajar di Fakultas Kedokteran-kedokteran gigi
3. Dokter-dokter yang jadi leader dalam pengobatan
4. Pejabat dari Dinas Kesehatan/Unit-unit pelayanan kesehatan
5. Pemuka masyarakat (Gubernur, Camat, Ketua PKK).

Setelah dilakukan analisis terhadap saluran pengaruh kemudian diperoleh :

1. Jenis media komunikasi yang paling besar pengaruhnya terhadap masyarakat, prescriber dan dispenser.
2. Jenis media komunikasi yang cenderung lebih disukai oleh masyarakat, prescriber dan dispenser.

3. Kelompok/organisasi atau tokoh mana yang paling disegani oleh masyarakat, prescriber dan dispenser sehingga dapat digunakan sebagai saluran untuk memasyarakatkan penggunaan obat DOPB.

3.6. Rencana Strategi komunikasi

Didasarkan pada hasil penelitian serta urun rembuk dengan para konsultan kemudian disusun suatu strategi komunikasi yang meliputi :

1. Penentuan komponen strategi komunikasi
2. Penentuan target sasaran
3. Penentuan strategi untuk mengubah perilaku sasaran
4. Penentuan pesan-pesan (massage) yang digunakan dalam promosi

3.7. Media development (rencana design, pretest, produksi obat DOPB dan distribusinya).

Berdasarkan rencana strategi komunikasi tahap berikutnya adalah mengembangkan media promosi yang dipilih meliputi tahap-tahap :

1. Penyusunan modul untuk training dokter/dokter gigi, Apoteker, pengusaha apotek, asisten apoteker di DKI Jakarta.
2. Penyusunan rencana media yang akan digunakan untuk promosi, yang meliputi :

1. Penyusunan pamflet atau spanduk dengan pesan :
,,OBAT DOPB UNTUK ANDA DAN KELUARGA,,
mintalah agar dokter menuliskannya dalam resep
dapatkan di apotek-apotek di DKI Jakarta
Ukuran : 90 cm x 7 m

Warna : dasar hijau muda dengan hurup kuning terang

Pemasangan : Ditempat strategis seperti didepan RS/Klinik, apotek, simpang jalan dan lain-lain.

2. Pencetakan buku informatorium obat DOPB, leaflet, blanco resep DOPB yang disebarakan pada dokter praktek di DKI Jakarta.

3. Produksi obat-obat DOPB oleh pabrik farmasi yang ditunjuk dan pendistribusiannya pada apotek-apotek di DKI Jakarta.

4. Pencetakan ,,script,, dan kaset tape yang akan digunakan dalam siaran radio atau TVRI dalam bahasa Indonesia. Tiap siaran selama 60 detik di radio dan 10 detik di TVRI dua kali sehari.

Background music : Nyanyi hidup sehat bersama DOPB yang akan disusun kemudian.

5. Lakukan uji coba (pretest) untuk melihat needs, selera dan demand masyarakat terhadap obat DOPB setelah 4 minggu.

6. Lakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaannya. Untuk itu diperlukan instrumen yang akan disusun kemudian.

7. Lakukan penyempurnaan dan perbaikan.

3. Promosi/kampanye obat DOPB yang lebih luas

1. Gunakan media yang lebih luas seperti koran, majalah, radio swasta dan TV swasta, film bioskop dan lain-lain.

2. Lakukan kegiatan tersebut secara periodik misalnya tiap 3 bulan, tiap 6 bulan dan seterusnya untuk mengingatkan masyarakat kembali (reminding).
3. Lakukan monitoring dan evaluasi terus menerus untuk melihat trend penggunaan obat DOPB melalui resep-resep yang masuk ke apotek. Untuk itu perlu dibuat dan disusun sistem pencatatan dan pelaporannya, termasuk instrumennya, mekanisme dan tenaga serta anggarannya.

3.8. Evaluasi melihat dampak program DOPB pada masyarakat perlu dilakukan penelitian setelah program berjalan 1 tahun, 2 tahun, 3 tahun dan seterusnya.

4. Penutup

Konsep ini masih merupakan garis besar dan untuk pelaksanaannya masih memerlukan telaah yang lebih dalam serta uraian terperinci. Misalnya tentang modul penataran dokter/dokter gigi, apoteker/asisten apoteker, pengusaha apotek diperlukan kejelasan tentang materi penataran, tenaga penatar, jadwal penataran, alat peraga/AVA, alat tulis, target yang ingin dicapai serta anggarannya.

Demikian juga uraian terperinci masih diperlukan pada kampanye seperti jenis kegiatan yang akan diadakan, alat yang diperlukan, jadwal, tenaga yang melaksanakannya serta anggarannya.

Disamping itu suatu matrix perencanaan perlu disusun sehingga tujuan, strategi, indikator, sumber daya, sasarannya dapat terlihat dengan jelas.

NUMBER of MISSING OBSERVATIONS = 0

Page 12

SPSS/PC+

8/21/89

Crosstabulation: P1R UNUR DOKTER
By P14R PERNAH GUNAKAN DOB B6 PASIEN

P14R->	Count Row Pct Col Pct	KADANG-TIDAK PERNAH		Row Total
		1.00	2.00	
P1R				
30-49 TH	1.00	113	85	198
		37.1	42.9	85.7
		83.1	89.5	
50 KEATAS	2.00	23	10	33
		69.7	30.3	14.3
		16.9	10.5	
	Column Total	136	95	231
		58.9	41.1	100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
1.32745	1	.2405	13.571	None
1.86242	1	.1723	(Before Yates Correction)	

Page 13

SPSS/PC+

8/21/89

Statistic	Symmetric	With P1R Dependent	With P14R Dependent
Lambda	.00000	.00000	.00000
Uncertainty Coefficient	.00764	.01013	.00614
Somers' D	-.08482	-.06395	-.12626
Phi		.08979	.08979

Statistic	Value	Significance
Phi	.08979	
Contingency Coefficient	.08543	
Cramér's Tau B	-.08979	.0866
Cramér's Tau C	-.06104	.0866
Pearson's R	-.08979	.0869
Sigma	-.26742	

Number of Missing Observations = 0

***** Given WORKSPACE allows for 10476 Cells with
2 Dimensions for CROSSTAB problem *****

Page 10

SPSS/PC+

8/21/8

Crosstabulation: MASKER NASA KERJA DOKTER
By P14R PERNAH GUNAKAN DOPB BG PASIEN

		Count	KADANG-2 TIDAK PE	
p14R->		Row Pct	PERNAH	
		Col Pct	1.00	2.00
			Total	
MASKER	1.00	109	94	193
	56.5	43.5	83.5	
	80.1	89.4		
20	2.00	27	11	38
	71.1	28.9	16.5	
	19.9	11.6		
Column Total		136	95	231
		58.9	41.1	100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
2.2141	1	.1366	15.628	None
2.78587	1	.0951	(Before Yates Correction)	

Page 11

SPSS/PC+

9/21/8

Statistic	Symmetric	With MASKER Dependent	With P14R Dependent
Lambda	.00000	.00000	.00000
Uncertainty Coefficient	.01110	.01396	.00921
Gomara's D	-.10556	-.08274	-.14576
Cla		.10982	.10982

Statistic	Value	Significance
Phi	.10982	
Contingency Coefficient	.10214	
Kendall's Tau B	.10202	.0477
Kendall's Tau C	.08013	.0477
Pearson's R	-.10982	.0477
Gamma	-.30834	

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: AHLN KEAHLIAN /JENIS DOKTER
By P14R PERNAH GUNAKAN DOPE BG PASIEN

P14R->	Count	KADANG-KADANG TIDAK PERNAH		Row Total
		1.001	2.001	
AHLN				
	1	80	40	120
DOKTER UMUM		66.7	33.3	51.9
		58.8	42.1	
	2	37	30	67
DOKTER GIGI		55.2	44.8	29.0
		27.2	31.6	
	3	19	25	44
SPECIALIS		43.2	56.8	19.0
		14.0	26.3	
Column Total		136	95	231
Total		58.9	41.1	100.0

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5

7.83320 2 .0197 18.095 None

Statistic

Symmetric

With AHLN
DependentWith P14R
Dependent

Lambda	.02913	.00000	.06316
Uncertainty Coefficient	.02003	.01670	.02502
Somers' D	.17233	.19466	.15460
Eta		.18436	.18436

Statistic

Value

Significance

Cramer's V	.18438	
Contingency Coefficient	.18133	
Kendall's Tau B	.17348	.0029
Kendall's Tau C	.10853	.0029
Pearson's R	.18436	.0025
Gamma	.30916	

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: P&R
By P14R

DI KLINIK MANA KERJA SORE HARI
PERNAH GUNAKAN DOPB BG PASIEN

	Count	IKADANG-2	TIDAK PERNAH	
P14R->	Row Pct			Row
	Col Pct	1.00	2.00	Total
P&R				
	1.00	131	90	221
PRAKTEK PRI/BER		59.3	40.7	95.7
		96.3	94.7	
	2.00	5	5	10
RS/PUS/BR/BKIA/R		50.0	50.0	4.3
		3.7	5.3	
	Column	136	95	231
	Total	58.9	41.1	100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.06480	1	.7991	4.113	1 of 4 (25.0%
.33999	1	.5598	(Before Yates Correction)	

Statistic	Symmetric	With P&R Dependent	With P14R Dependent
Lambda	.00000	.00000	.00000
Uncertainty Coefficient	.00167	.00407	.00167
Somers' D	.02710	.01537	.09276
Cla		.03836	.03036

Statistic	Value	Significance
Phi	.03036	
Contingency Coefficient	.03836	
Kendall's Tau B	.03836	.2903
Kendall's Tau C	.01537	.2903
Pearson's R	.03836	.2909
Gamma	.18552	

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: P7R
By P14R

JUMLAH PASIEN SEBULAN TERAKHIR
PERNAH GUNAKAN DOPB BG PASIEN

P14R->	Count	KADANG-2 TIDAK PE		Row Total
	Row Pct Col Pct	1.00	2.00	
P7R				
SEDIKIT	1.00	22 64.7	12 35.3	34 14.7
		16.2	12.6	
SEDANG	2.00	76 57.6	56 42.4	132 57.1
		55.9	58.9	
BANYAK	3.00	38 58.5	27 41.5	65 28.1
		27.9	28.4	
Column Total		136 58.9	95 41.1	231 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
.57405	2	.7505	13.983	None

Statistic

Symmetric

With P7R
DependentWith P14R
Dependent

Lambda	.00000	.00000	.00000
Uncertainty Coefficient	.00154	.00131	.00186
Somers' D	.02709	.02957	.02500
Cta		.03091	.04985

Statistic

Value

Significance

Cramer's V	.04785	
Contingency Coefficient	.04979	
Kendall's Tau B	.02719	.3334
Kendall's Tau C	.02864	.3334
Pearson's R	.03091	.3201
Gamma	.05180	

Number of Missing Observations = 0

This procedure was completed at 13:07:20
SET LIST OFF.

