

Perbandingan Metode CBIA dan FGD dalam Peningkatan Pengetahuan dan Ketepatan *Caregiver* dalam Upaya Swamedikasi Demam pada Anak

Marianti Avi Lathifah¹, Susanti¹, Much Ilham¹, Aji Wibowo¹

¹Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Email avi.lathifah@gmail.com

Abstrak

Swamedikasi yang sering dilakukan pada anak di antaranya yaitu batuk, pilek, flu, dan kongesti nasal sebanyak (17,2%), demam (15%), sakit kepala (14%), diare dan nyeri pada perut sebanyak (9%). Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa hanya 0.4% *caregiver* anak umur 4-6 tahun di Kabupaten Banyumas tepat dalam melakukan swamedikasi demam pada anak. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pemberian penyuluhan dengan metode *Community Based Interactive Approach* (CBIA) dan metode *Focus Group Discussion* (FGD) dalam meningkatkan pengetahuan dan ketepatan *caregiver* dalam upaya swamedikasi demam pada anak dengan metode penelitian rancangan eksperimen semu dengan menggunakan kelompok kontrol non acak desain *posttest pretest*. Hasil uji Wilcoxon menunjukkan bahwa terdapat perbedaan bermakna secara statistik pengetahuan antara sebelum dan sesudah perlakuan dengan menggunakan metode FGD maupun CBIA dengan nilai *significancy* pada kelompok FGD yaitu 0.000 ($p < 0.05$) dan untuk kelompok CBIA yaitu 0.002 ($p < 0.05$), sedangkan untuk ketepatan sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan dengan metode FGD maupun CBIA didapat tidak adanya perbedaan bermakna secara statistik dengan nilai *significancy* ketepatan untuk kelompok FGD yaitu 1.000 ($p > 0.05$) dan untuk kelompok CBIA yaitu 1.000 ($p > 0.05$). Hasil dari uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* 0.012 ($p < 0.05$), dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara kelompok FGD dengan kelompok CBIA. Rerata selisih skor pada kelompok FGD (2.45) lebih besar dibandingkan dengan CBIA (0.96). Sehingga dapat disimpulkan bahwa metode FGD lebih baik dalam meningkatkan pengetahuan dibandingkan dengan metode CBIA walaupun keduanya sama-sama mengalami peningkatan. Hasil uji Fisher's Exact menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* 1.000. Hasil analisis statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa berdasarkan perhitungan statistik tidak terdapat perbedaan bermakna antara metode FGD maupun metode CBIA dalam meningkatkan ketepatan responden dalam swamedikasi demam pada anak.

Abstract

Self medications which are often applied to children are including coughs, colds, flu, and nasal congestion (17.2%), fever (15%), headache (14%), diarrhea and abdominal pain (9%). The results from previous studies showed only 0.4% caregiver of 4-6 years old children in Banyumas Regency did correctly in children's fever self medication. Aim of this study is to determine the influence of Community Based Interactive Approach (CBIA) and Focus Group Discussion (FGD) methods for improving knowledge and correctness of caregivers in children's fever self medication with type of research of quasi experimental design with a control group of non random pretest posttest. Results of Wilcoxon test showed that there were significant differences of knowledge statistically before and after treatment using the FGD and CBIA methods with significancy values in FGD group of 0.000 ($p < 0.05$) and in CBIA group of 0.002 ($p < 0.05$), while for correctness before and after treatment with FGD and CBIA methods, there were no statistically significant difference in significancy values of correctness for FGD group of 1,000 ($p > 0.05$) and for the CBIA group of 1,000 ($p > 0.05$). Results of Mann-Whitney test showed that the obtained significancy value was 0.012 ($p < 0.05$), it can be concluded that there were significant differences between FGD with CBIA groups. The difference of Mean scores in FGD group (2.45) were greater than the CBIA group (0.96), so that the FGD method was better in improving the knowledge compared with CBIA method even though they both gave some improvements.. Fisher's Exact test results showed that the obtained significancy value was 1,000. According to these statistical analysis results, it can be concluded that based on statistical calculations, there is no significant difference between FGD and CBIA methods in improving the correctness of children's fever self medication.

Keywords: swamedikasi, fever in children, caregiver, FGD, CBIA

August 2015 (Vol. 2 No. 2)

PENDAHULUAN

Minimnya pengetahuan masyarakat mengenai pengobatan sendiri dan ketepatan penggunaan obat bebas dan obat bebas terbatas menjadikan munculnya banyak masalah yang cukup serius untuk perlu diperhatikan lebih lanjut. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menunjukkan bahwa 35,2% masyarakat Indonesia menyimpan obat untuk pengobatan sendiri di rumah tangga, baik diperoleh dari resep dokter maupun dibeli sendiri secara bebas, di antaranya sebesar 27,8% adalah antibiotik dan 35,7% obat keras (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Beberapa kondisi kesehatan yang sering dilakukan swamedikasi di antaranya yaitu batuk, pilek, flu, dan kongesti nasal sebanyak (17,2%), demam (15%), sakit kepala (14%), diare dan nyeri pada perut sebanyak 9% (Pereira, 2007).

Pengobatan sendiri pada demam anak sering dilakukan oleh *caregiver* yang berinteraksi secara langsung dengan anak. Penelitian yang dilakukan oleh Wati (2014) mengenai "Evaluasi Perilaku Swamedikasi Demam pada Anak dengan Metode *Simulated Caregiver*" diketahui bahwa hanya ada 0,4% *caregiver* di Kabupaten Banyumas yang tepat dalam melakukan swamedikasi untuk menangani demam pada anak. Penelitian lain menyebutkan bahwa adanya pengaruh antara tingkat pengetahuan ibu mengenai pengobatan demam pada anak dengan kemampuan mereka dalam pengelolaan demam pada anak (Riandita, 2012).

WHO (2007), untuk dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat mengenai penggunaan obat yang tepat dapat dilakukan intervensi menggunakan beberapa metode pendekatan yaitu menggunakan metode komunikasi. Metode komunikasi dibagi lagi menjadi beberapa jenis yaitu *face-to-face*, *drama and folk media*, *print*, dan *mass media*. Strategi yang efektif biasanya melibatkan kombinasi dari dua atau lebih metode pendekatan ini, misalnya yaitu kombinasi antara metode pendekatan *face-to-face* dengan media cetak. Adanya pelatihan mungkin diperlukan untuk mengembangkan atau meningkatkan pengetahuan dan keterampilan untuk penggunaan metode yang berbeda. Metode pembelajaran partisipatif biasanya akan memberikan hasil terbaik, dan akan memotivasi para peserta untuk berubah kearah yang lebih baik.

Community Based Interactive Approach (CBIA) merupakan salah satu jenis metode edukasi dengan cara komunikasi yang dilakukan secara *face-to-face*. Hartayu *et al* (2012) meneliti bahwa metode CBIA efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek dalam perawatan sendiri pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan hasil terjadi peningkatan pengetahuan pasien dari 40% meningkat menjadi 80%.

Focus Group Discussion (FGD) merupakan teknik dalam mengumpulkan data kualitatif, namun dapat juga digunakan sebagai salah satu metode edukasi. Penelitian yang dilakukan oleh Rizki (2012) menyebutkan

bahwa metode FGD dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja siswa SMK dengan nilai $p < 0.05$. Tujuan penelitian ini dilakukan yaitu untuk mengetahui adanya perbedaan pengetahuan dan ketepatan *caregiver* antara sebelum dan sesudah dilakukan edukasi menggunakan metode CBIA dan FGD serta membandingkan keefektifan metode CBIA dan FGD dalam meningkatkan pengetahuan dan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi demam pada anak.

METODE

Rancangan penelitian yang digunakan yaitu rancangan *quasi experimental design* (rancangan eksperimen semu) dengan menggunakan *non randomized control group pretest posttest design*. Hal ini untuk mengetahui adanya peningkatan pengetahuan dan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi penanganan demam pada anak sebelum dan sesudah diberikan intervensi yaitu berupa edukasi dengan metode CBIA maupun dengan kelompok yang diberi perlakuan edukasi dengan metode FGD.

Cara pengambilan data menggunakan kuesioner dan *checklist*. Kuesioner digunakan untuk mengukur pengetahuan sedangkan *check list* digunakan untuk mengecek dan mendokumentasikan hasil tindakan responden meliputi ketepatan pengambilan keputusan pengobatan, ketepatan pemilihan obat, ketepatan dosis, ketepatan frekuensi pemberian obat, ketepatan interval waktu

pemberian obat dengan melakukan simulasi *caregiver* dalam menangani demam pada anak. Sampel diambil dengan cara membagi peta wilayah Kabupaten Banyumas menjadi 4 bagian yaitu Kabupaten Banyumas bagian selatan, utara, barat dan timur. Kemudian perwakilan dari masing-masing Kabupaten yang diwakili oleh kecamatan dipilih secara random sampling menggunakan undian. Setelah itu masing-masing kecamatan dipilih secara random sampling 2 perwakilan TK untuk pemilihan tempat intervensi CBIA dan FGD. Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan rumus analitik kategorik berpasangan (Dahlan, 2010) :

$$N_1 = N_2 = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \pi}{(P_1 - P_2)^2} \right)$$

Keterangan	:
$Z\alpha$: deviat baku alpha
$Z\beta$: deviat baku beta
π	: besarnya diskordian (ketidaksesuaian)
$P_1 - P_2$: selisih minimal proporsi

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Riandita (2012) mengenai “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam Dengan Pengelolaan Demam Pada Anak”, diketahui bahwa:

- 1) Jumlah sampel : 44 orang
- 2) Responden (Ibu) yang memiliki tingkat pengetahuan rendah dengan pengelolaan demam pada anak buruk sebanyak 20 orang, sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan sedang-tinggi dengan pengelolaan demam pada anak buruk

sebanyak 2 orang.

- 3) Responden (Ibu) yang memiliki tingkat pengetahuan rendah dengan pengelolaan demam pada anak baik sebanyak 3 orang, sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan sedang-tinggi dengan pengelolaan demam pada anak baik sebanyak 19 orang.

$$\begin{aligned}
 &= \left(\frac{(1,64 + 0,84)^2 0,12}{(0,4 - 0,5)^2} \right) \\
 &= \left(\frac{6,15 \times 0,12}{0,01} \right) \\
 &= \left(\frac{0,738}{0,01} \right) \\
 &= 73,8
 \end{aligned}$$

Maka, dapat ditentukan nilai:

- a.) Proporsi diskordian π

$$\pi = \frac{b + c}{N}$$

$$\pi = \frac{3 + 2}{44} = 0,12$$

- b.) Proporsi pajanan pada kelompok 1 (P_1)

$$P_1 = \frac{a + b}{N}$$

$$P_1 = \frac{19 + 2}{44} = 0,4$$

- c.) Proporsi pajanan pada kelompok 2 (P_2)

$$P_2 = \frac{a + c}{N}$$

$$P_2 = \frac{19 + 3}{44} = 0,5$$

- d.) Jumlah sampel

Kesalahan tipe I ditetapkan sebesar 5%, sehingga $Z_\alpha Z_\alpha = 1,64$

Kesalahan tipe II ditetapkan sebesar 20%, sehingga $Z_\beta Z_\beta = 0,84$

$$N_1 = N_2 = \left(\frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \pi}{(P_1 - P_2)^2} \right)$$

Didapat sampel minimal dalam penelitian ini adalah 74 responden.

- a. Kriteria inklusi

1. *Caregiver* yang berada di TK dan biasanya menangani demam pada anak.
2. Bukan tenaga kesehatan
3. Bisa membaca dan menulis
4. Dapat bekerja sama dengan peneliti

- b. Kriteria eksklusi

Responden yang tidak bersedia mengikuti jalannya penelitian.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner yang diadaptasi dari penelitian Riandita (2010) dengan terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas dan *check list* yang diadaptasi dari penelitian Wati (2014). Peneliti menggunakan skala Guttman untuk menilai kuesioner yaitu nilai 1 untuk jawaban benar, dan nilai 0 untuk jawaban salah. Peneliti melakukan penilaian *check list* dengan cara melihat jawaban responden yang telah melakukan simulasi pemberian obat demam pada anak dengan skor 1 jika jawaban tepat, skor 0.5 jika jawaban kurang tepat, dan skor 0 jika jawaban

Tabel 1. Hubungan antara pengetahuan dan pengelolaan demam pada anak (Riandita, 2012)

Tingkat Pengetahuan	Pengelolaan demam pada anak		Total
	Baik	Buruk	
Sedang-tinggi	19	2	21
Rendah	3	20	23
Total	22	22	44 (N)

tidak tepat. Responden dikatakan tepat dalam melakukan swamedikasi demam pada anak jika skor maksimal untuk pemilihan sediaan sirup yaitu 7 dan skor maksimal untuk pemilihan sediaan tablet yaitu 5.

Penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok perlakuan yaitu kelompok CBIA dan kelompok FGD. Masing-masing kelompok diberikan *pre test*, intervensi dan *post test* pada waktu yang telah ditetapkan. Peserta pada kelompok FGD diminta membentuk kelompok sebanyak 7-10 orang. Dikelompokkan berdasarkan kategori tertentu (jenis kelamin, umur, pendidikan, dll). FGD dilakukan selama 60-120 menit. Metode FGD memerlukan seorang fasilitator untuk menjelaskan mengenai topik diskusi serta pencatat untuk mencatat serta mendokumentasikan kegiatan. Diskusi dilakukan dengan duduk melingkar bersama dengan fasilitator, sedangkan pencatat berada di luar lingkaran (Paramita, 2013). Sebelum dilakukan diskusi, peserta dibagikan lembar materi mengenai swamedikasi demam dan dibaca selama 5 menit. Setelah itu, fasilitator mengawali diskusi dan memberikan pertanyaan-pertanyaan seputar swamedikasi demam kepada peserta diskusi. Metode CBIA

memerlukan pembagian kelompok peserta yang berisikan 6-8 orang. Masing-masing kelompok dibagikan lembar kerja, lembar materi, catatan obat dan satu set obat demam dengan berbagai jenis dan merek yang dapat digunakan dalam swamedikasi demam. Peserta diberikan arahan untuk terlebih dahulu mengisi lembar kerja pada kolom sebelum. Peserta kemudian membaca lembar materi swamedikasi demam dan mengisi kolom pada lembar sesudah. Peserta setelah itu mengidentifikasi mengenai berbagai macam informasi yang tertera pada kemasan obat diantaranya seperti informasi mengenai zat aktif, indikasi, dosis, kontra indikasi, aturan pakai, cara pemberian dan efek samping yang kemudian dicatat pada lembar catatan obat. Hasil dari diskusi kelompok kemudian didiskusikan bersama-sama.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil uji validitas kuesioner menunjukkan dari 30 poin pertanyaan, sebanyak 4 poin pertanyaan dinyatakan tidak valid dengan nilai $r < 0.195$. Poin pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan dari *instrument* penelitian sehingga didapat poin pertanyaan yang

digunakan yaitu sebanyak 26 nomor. Sebanyak 26 poin pertanyaan semua dinyatakan *reliable* dengan nilai *Cronbach's Alpha* $0.786 > 0.7$ (Riwidikdo, 2012).

Karakteristik responden

Sebagian besar responden yang mengikuti penelitian adalah perempuan dengan kesetaraan antar kelompok FGD dan CBIA sama yaitu nilai *p-value* $1 (>0.05)$. Kelompok FGD maupun CBIA memiliki kesetaraan yang sama dalam karakteristik umur responden yaitu > 30 tahun dengan nilai *p-value* $0.415 (>0.05)$. Terdapat kesetaraan antar kelompok dengan nilai *p-value* untuk kedua perlakuan berdasarkan pendidikan terakhir responden yaitu $0.141 (>0.05)$. Sebagian besar

responden pada kelompok FGD maupun CBIA memiliki kesetaraan yang sama dalam karakteristik pekerjaan responden yaitu tidak bekerja atau hanya sebagai ibu rumah tangga dengan nilai *p-value* $0.864 (>0.05)$. Kedua kelompok memiliki kesetaraan yang sama dalam karakteristik pendapatan keluarga dengan nilai *p-value* $0.104 (> 0.05)$. Terdapat kesetaraan antar kedua kelompok dengan nilai *p-value* pada karakteristik berdasarkan status responden yaitu $0.897 (>0.05)$, sebagian besar responden dalam penelitian ini merupakan orang tua (ibu) yang sering menangani pengobatan sendiri demam pada anak. Sebagian besar responden memiliki anak berumur 6 tahun dengan nilai *p-value* antar kedua kelompok yaitu $0.931 (>0.05)$. Kedua

Tabel 2. Jadwal kegiatan penelitian kelompok FGD dan CBIA di 4 Kecamatan Kabupaten Banyumas

Kecamatan	FGD		CBIA	
	<i>Pretest</i> dan <i>intervensi</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i> dan <i>intervensi</i>	<i>Posttest</i>
Kedung banteng	22 April 2015	6 Mei 2015	8 Mei 2015	22 Mei 2015
Sokaraja	25 April 2015	12 Mei 2015	7 Mei 2015	21 Mei 2015
Patikraja	24 April 2015	13 Mei 2015	4 Mei 2015	20 Mei 2015
Ajibarang	29 April 2015	15 Mei 2015	5 Mei 2015	19 Mei 2015

kelompok memiliki kesetaraan berdasarkan pernah tidaknya anak mengalami demam dengan nilai *p-value* $0.363 (>0.05)$.

Perbandingan rerata pengetahuan responden sebelum dan sesudah perlakuan antara metode FGD dan CBIA.

Analisis yang digunakan untuk mengetahui perbandingan pengetahuan antara sebelum dan sesudah perlakuan baik dengan perlakuan FGD maupun CBIA digunakan uji

Wilcoxon. Uji Wilcoxon digunakan apabila data tidak terdistribusi normal dan data yang diujikan merupakan data 2 kelompok yang berpasangan (Dahlan, 2010). Normalitas data menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov karena sampel yang digunakan lebih dari 50 responden dan dikatakan data tidak terdistribusi normal apabila nilai $p < 0.05$ (Dahlan, 2010). Berikut ini menunjukkan data tidak terdistribusi normal :

Tabel 3. Karakteristik responden

Karakteristik	Kelompok FGD N=69	Kelompok CBIA N=57	Kesetaraan antar kelompok (p-value)
Jenis Kelamin			
Perempuan	69 (100.0%)	57 (100.0%)	1.000
Laki-laki	0 (0%)	0 (0%)	
Umur			
< 30 tahun	17 (24.6%)	21 (36.8%)	0.415
> 30 tahun	52 (75.4%)	36 (63.2%)	
Pendidikan Terakhir			
Tidak lulus SD	10 (14.5%)	4 (7.0%)	0.141
Lulus SD/ sederajat	25 (36.2%)	17 (29.8%)	
Lulus SMP/ sederajat	22 (31.9%)	15 (26.3%)	
Lulus SMA/ sederajat	11 (15.9 %)	19 (33.3%)	
Lulus Perguruan Tinggi	1 (1.4%)	2 (3.5%)	
Pekerjaan Responden			
PNS	0 (0%)	1 (1.8%)	0.864
Karyawan swasta	0 (0%)	1 (1.8%)	
Wiraswasta	13 (18.8%)	5 (8.8%)	
Tidak bekerja	54 (78.3%)	45 (78.9%)	
Lain-lain	2 (2.9%)	5 (8.8%)	
Pendapatan keluarga			
< 500.000	19 (27.5%)	8 (14.0%)	0.104
500.000-1.000.000	36 (52.2%)	28(49.1%)	
1.000.000-2.500.000	7 (10.1%)	12 (21.1%)	
2.500.000-5.000.000	2 (2.9%)	3 (5.3%)	
> 5.000.000	0 (0%)	0 (0%)	
Tidak bersedia mengisi	5 (7.2%)	6 (10.5%)	
Status Responden			
Orang tua	65 (94.2%)	54 (94.7%)	0.897
Nenek/kakek	4 (5.8%)	3 (5.3%)	
Kakak	0 (0%)	0 (0%)	
Pengasuh anak	0 (0%)	0 (0%)	
Lain-lain	0 (0%)	0 (0%)	
Umur anak			
4 tahun	0 (0%)	1 (1.8%)	0.931
5 tahun	18 (26.1%)	14 (24.6%)	
6 tahun	51 (73.9%)	42 (73.7%)	
Anak Pernah Demam			
Ya	68	57	0.363
Tidak	1	0	

Tabel 4. Uji normalitas data

	<i>Tests of Normality</i>					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan sebelum perlakuan FGD	.143	69	.001	.930	69	.001
Pengetahuan setelah perlakuan FGD	.357	69	.000	.741	69	.000

^a. Lilliefors Significance Correction

Berikut ini merupakan perbandingan nilai antara sebelum dan sesudah dilakukan intervensi :

Tabel 5. Peningkatan pengetahuan swamedikasi demam pada anak sebelum dan sesudah perlakuan FGD maupun CBIA

Variabel	Rerata skor sebelum	Rerata skor sesudah	<i>P</i>
Pengetahuan			
FGD	16.94	19.39	0.000
CBIA	17.81	18.77	0.002

Hasil uji Wilcoxon menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* untuk kelompok FGD yaitu 0.000 ($p < 0.05$) dan untuk kelompok CBIA yaitu 0.002 ($p < 0.05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa baik kelompok FGD maupun CBIA memiliki perbedaan pengetahuan yang bermakna secara statistik antara sebelum dilakukan intervensi maupun sesudah dilakukan intervensi.

Efektifitas metode FGD dengan CBIA dalam meningkatkan pengetahuan caregiver dalam swamedikasi demam pada anak. Analisis yang digunakan untuk mengetahui efektifitas peningkatan pengetahuan antara perlakuan FGD dengan CBIA digunakan uji Mann-Whitney. Uji Mann-Whitney digunakan apabila data tidak terdistribusi normal dan data yang diujikan merupakan data 2 kelompok yang tidak berpasangan (Dahlan, 2010). Tabel 6 menggambarkan mengenai perbandingan efektifitas antara metode FGD dengan CBIA dalam meningkatkan pengetahuan.

Tabel 6. Efektifitas peningkatan pengetahuan antara kelompok FGD dan CBIA

Variabel	Rerata selisih skor	<i>P</i>
Pengetahuan		
FGD	2.45	0.012
CBIA	0.96	

Hasil dari uji Mann-Whitney menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* 0.012 ($p < 0.05$). Hasil dari tabel tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara kelompok FGD dengan kelompok CBIA. Rerata selisih skor pada kelompok FGD (2.45) lebih besar dibandingkan dengan CBIA (0.96). Sehingga dapat disimpulkan bahwa metode FGD lebih baik dalam meningkatkan pengetahuan dibandingkan dengan metode CBIA walaupun keduanya sama-sama mengalami peningkatan.

Perbandingan ketepatan responden sebelum dan sesudah perlakuan antara metode FGD dan CBIA. Analisis yang digunakan untuk mengetahui perbandingan ketepatan antara sebelum dan sesudah perlakuan baik dengan perlakuan FGD maupun CBIA digunakan uji McNemar. Uji McNemar digunakan untuk menguji jenis hipotesis komparatif kategorik berpasangan (Dahlan, 2010). Berikut gambaran ketepatan sebelum dan sesudah perlakuan FGD maupun CBIA:

Tabel 7. Gambaran ketepatan sebelum dan sesudah perlakuan FGD

		Pengetahuan sesudah penyuluhan		Total	<i>p</i>
		Tepat	Tidak Tepat		
Pengetahuan sebelum penyuluhan	Tepat	0	0	0	1.000
	Tidak Tepat	1	68	67	
Total		1	68	67	

Tabel 8. Gambaran ketepatan sebelum dan sesudah perlakuan CBIA

		Pengetahuan sesudah penyuluhan		Total	<i>p</i>
		Tepat	Tidak Tepat		
Pengetahuan sebelum penyuluhan	Tepat	0	0	0	1.000
	Tidak Tepat	1	56	57	
Total		1	56	57	

Responden menjawab tepat sesuai dengan jawaban pada lembar *check list* mendapatkan skor maksimal 1 dan jika tidak tepat skor 0 kecuali untuk nomor 3. Hasil dari uji McNemar menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* untuk kelompok FGD yaitu 1.000 dan CBIA yaitu 1.000 ($p > 0.05$). Hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa baik kelompok FGD maupun CBIA tidak terdapat perbedaan bermakna secara statistik dalam peningkatan ketepatan antara sebelum dilakukan intervensi maupun sesudah dilakukan intervensi.

Efektifitas metode FGD dengan metode CBIA untuk meningkatkan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi demam pada anak. Analisis yang digunakan untuk mengetahui efektifitas antara metode FGD dengan CBIA untuk meningkatkan ketepatan *caregiver* dalam melakukan swamedikasi demam pada anak digunakan uji Fisher's Exact. Berikut perbandingan efektifitas antara metode FGD dengan metode CBIA dalam meningkatkan ketepatan *caregiver* :

Tabel 9. Efektifitas metode FGD dengan metode CBIA dalam meningkatkan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi demam pada anak

		FGD n=69	CBIA n=57	P
Ketepatan	Tepat	1	1	1.000
	Tidak tepat	68	56	

Hasil uji Fisher's Exact menunjukkan bahwa diperoleh nilai *significancy* 1.000. Hasil analisis statistik tersebut dapat disimpulkan bahwa berdasarkan perhitungan statistik tidak terdapat perbedaan bermakna antara metode FGD maupun metode CBIA dalam meningkatkan ketepatan responden dalam swamedikasi demam pada anak.

Metode CBIA merupakan metode diskusi yang menuntut peserta untuk berperan aktif dalam diskusi. Metode ini diperkenalkan pertama kali oleh Suryawati pada tahun 1993 (Hartayu *et al.*, 2012). Sedangkan metode FGD merupakan metode diskusi kelompok dimana dalam satu kelompok dipimpin oleh satu

fasilitator untuk mendiskusikan permasalahan tertentu (WHO, 1993). Biasanya metode FGD digunakan untuk mengumpulkan suatu data. Metode FGD dalam penelitian ini dimodifikasi sebagai metode diskusi dalam meningkatkan pengetahuan dan ketepatan responden. Sebelumnya terdapat penelitian yang dilakukan oleh Rizki (2012) menggunakan metode FGD untuk meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi. Hasil dari penelitian yang dilakukan Rizki (2012) menyebutkan bahwa metode FGD dapat meningkatkan pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi. Handayani (2009), metode diskusi kelompok dengan fasilitator dapat

meningkatkan pengetahuan, sikap dan motivasi remaja tentang perilaku seks pranikah. Notoatmodjo (2010), mengatakan bahwa pendidikan kesehatan kepada masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap informasi yang didapat, namun tidak dengan peningkatan perubahan perilaku. Pendidikan kesehatan baru memunculkan kemauan masyarakat untuk mengubah perilaku masyarakat tersebut.

KESIMPULAN

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kedua metode edukasi baik CBIA maupun FGD dapat meningkatkan pengetahuan *caregiver* mengenai swamedikasi demam pada anak. Hasil selisih rerata skor pengetahuan antara metode CBIA dan FGD didapat bahwa metode FGD lebih unggul dibandingkan dengan metode CBIA dalam meningkatkan pengetahuan. Peningkatan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi demam pada anak tidak terdapat perbedaan secara statistik baik sebelum dan sesudah perlakuan dengan metode CBIA maupun FGD. Hasil uji Fisher's Exact menunjukkan bahwa keefektifan antara metode CBIA dan FGD terhadap peningkatan ketepatan *caregiver* dalam swamedikasi demam pada anak secara statistik tidak terdapat perbedaan bermakna dengan nilai $p > 0.05$.

DAFTAR ACUAN

Anggraeni, R. (2013). *Pengaruh penerapan Cara Belajar Ibu Aktif (CBIA)*

terhadap peningkatan perilaku dan pengetahuan pengobatan sendiri pada ibu-ibu di beberapa Kecamatan di Kabupaten Banyumas bagian utara. Skripsi. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto

Dahlan, M.S. (2010). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan (Seri Evidence Based Medicine 2 Edisi 3)*. Jakarta: Salemba Medika

Dahlan, M.S. (2010). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika

Hartayu, T.S, Izham, M., Suryawati, S. (2012). Improving of Type 2 Diabetic Patients Knowledge, Attitude and Practice Towards Diabetes Self-Care by Implementing Community-Based Interactive Approach-Diabetes Mellitus Strategy. *BMJ Research Notes*, 5, 315

Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset kesehatan dasar*. Jakarta: Kemenkes RI

Paramita, A., & Kristiana, L. (2013). Teknik *Focus Group Discussion* dalam penelitian kualitatif. <http://www.ejournal.litbang.depkes.go.id> [16 November 2014]

Pereira, F. S. V. T., et al. (2007). Self-medication in Children and Adolescent. *Journal de Pediatria*, 5, 453-458

Riandita, A. 2012. *Hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang demam dengan pengelolaan demam pada anak . Skripsi.* Semarang: Universitas Diponegoro

Rizki, N. A. (2012). Metode *Focus Group Discussion* dan *Simulation Game* terhadap peningkatan pengetahuan

- kesehatan reproduksi, *KEMAS*, (8), 1, 23-29, <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas> [16 November 2014]
- Riwidikdo, H. (2012). *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Saputri, M. S. (2014). *Meningkatkan pengetahuan dan ketaatan pasien terhadap pengobatan TB paru dengan metode CBIA di BKPM Purwokerto*. Skripsi. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto
- Setiani. (2012). *Peningkatan pengetahuan ibu-ibu mengenai perilaku pengobatan sendiri dengan menggunakan metode CBIA (Cara Belajar Ibu Aktif) di beberapa Kecamatan Kabupaten Purbalingga bagian utara*. Skripsi. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto
- Wati, D.I.M. (2014). *Evaluasi perilaku swamedikasi demam pada anak dengan metode simulated caregiver di Kabupaten Banyumas*. Skripsi. Purwokerto: Universitas Muhammadiyah Purwokerto
- WHO. (1993). *A manual for the use of focus group*. INFDC, USA
- WHO. (2007). *How to improve the use of medicines by consumers*. Switzerland: WHO Press