

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DAN TINGKAT LITERASI
PENGOBATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG DENGAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Skripsi

Sebagian Persyaratan dalam Memperoleh Gelar
Sarjana Farmasi (S.Farm.)



Oleh:

Fatihah Bintang Indriasari

33102200056

Kepada

PROGRAM STUDI SARJANA FARMASI

FAKULTAS FARMASI

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2026

SKRIPSI

**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DAN TINGKAT LITERASI
PENGOBATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG DENGAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

Fatihah Bintang Indriasari


33102200056


Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada tanggal 20 Februari 2026
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing


Penguji I


Dr. Indrivati Hadi Sulistyaningrum, M.Sc


Dr. apt. Nisa Febrinasari, M.Sc

Penguji II

Penguji III


apt. Fildza Huwaina Fathnin, M.Kes


apt. Rissa Maharani Dewi, M. Farm, M.H

Semarang, 23 Februari 2026

Program Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi

Universitas Islam Sultan Agung Semarang

Dekan,




Dr. apt. Rina Wijavanti, M.Sc

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fatihah Bintang Indriasari

NIM : 33102200056

Dengan ini saya nyatakan bahwa skripsi yang berjudul:

**“HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DAN TINGKAT LITERASI
PENGOBATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG DENGAN
PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*”**

Saya menyatakan bahwa skripsi ini merupakan hasil karya asli yang disusun secara mandiri dan sadar sepenuhnya, tanpa melakukan penjiplakan atau mengambil sebagian maupun keseluruhan karya orang lain tanpa mencantumkan sumber. Apabila di kemudian hari terbukti terdapat unsur plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Semarang, 28/01/2026

Yang Menyatakan



Fatihah Bintang Indriasari

PRAKATA

Assalamualaikum Wr Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, dan petunjuk-Nya sehingga skripsi yang berjudul “**HUBUNGAN FAKTOR SOSIODEMOGRAFI DAN TINGKAT LITERASI PENGOBATAN MASYARAKAT KOTA SEMARANG DENGAN PENDEKATAN TEORI *HEALTH BELIEF MODEL***” dapat diselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Sarjana Farmasi pada Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga dan para pengikutnya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki keterbatasan. Proses penyusunannya tidak terlepas dari dukungan, bimbingan, dan bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., M.Hum. selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Ibu Dr. apt. Rina Wijayanti, M.Sc. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu apt. Chintiana Nindya Putri, M.Farm selaku Kepala Program Studi Sarjana Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Dr. Indriyati Hadi Sulistyaningrum, M.Sc. selaku dosen pembimbing yang telah memberi bimbingan serta arahan yang baik

kepada penulis dengan sabar dan pengertian sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan baik.

5. Ibu apt. Nisa Febrinasari, M.Sc selaku dosen penguji I, ibu apt. Fildza Huwaina Fathnin, M.Kes selaku dosen penguji II, dan ibu apt. Rissa Maharani Dewi, M.Farm, M.H selaku dosen penguji III yang telah meluangkan waktu serta memberikan kritik dan saran yang membangun agar skripsi ini menjadi lebih baik.
6. Seluruh dosen Program Studi Sarjana Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu selama menempuh perkuliahan.
7. Masyarakat Kota Semarang yang sudah bersedia membantu penulis dalam pelaksanaan penelitian.
8. Kedua orang tua penulis dan adik penulis, Bapak Jasmani, Ibu Evi Indriyatun, dan Kharisa Charen Indriasari selaku cinta pertama dan panutan dalam kehidupan penulis. Penulis mengucapkan terima kasih atas segala pengorbanan dan kasih sayang tulus yang telah diberikan.
9. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Prastyo, Cinthya, Naila, Indah dan Dyah selaku sahabat dan rekan-rekan yang telah memberikan semangat, dukungan moral, serta kebersamaan selama masa perkuliahan dan penyusunan skripsi. Ucapan terima kasih turut disampaikan kepada keluarga besar Laboratorium Farmakokimia Farmasi atas pengalaman akademik dan kebersamaan yang berharga.

10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah memberikan bantuan, arahan, serta dukungan dengan tulus.
11. Dan terakhir, Penulis mengucapkan terima kasih kepada diri sendiri atas keteguhan untuk terus berjuang, menahan ego, serta memilih untuk bangkit kembali dalam menyelesaikan setiap proses yang telah dimulai. Terima kasih atas keputusan untuk tidak menyerah, kemampuan mengendalikan diri dalam berbagai situasi, serta komitmen untuk terus melangkah.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih memiliki keterbatasan, sehingga kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu kesehatan, khususnya di bidang farmasi komunitas.

Wassalamualaikum Wr.Wb

Semarang, 15 Januari 2026



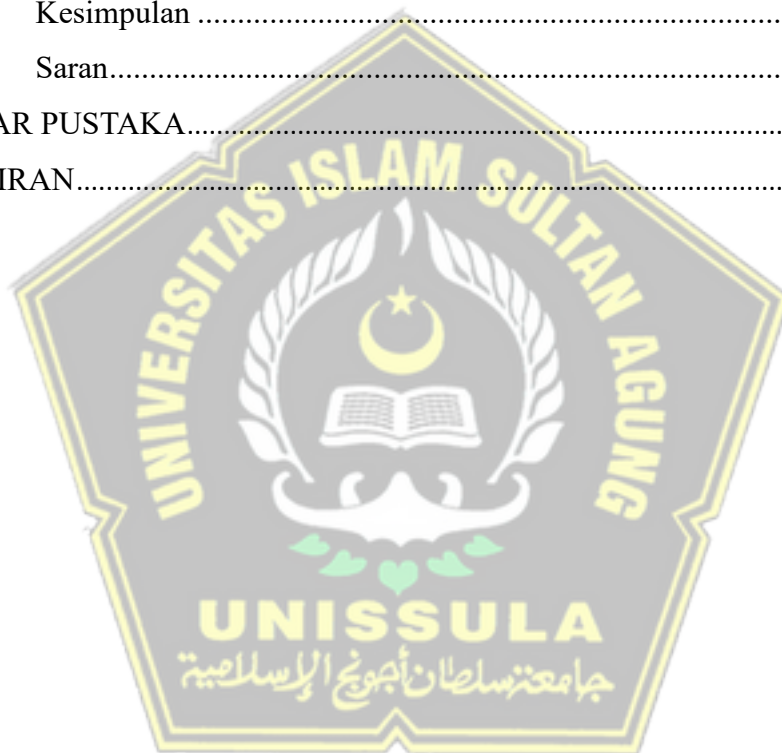
Fatihah Bintang Indriasari

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iv
PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
INTISARI.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1. 1 Latar Belakang	1
1. 2 Rumusan Masalah.....	3
1. 3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan khusus	3
1. 4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Kuesioner <i>Health Belief Model</i> (HBM)	5
2.1.1 Pengertian <i>Health Belief Model</i> (HBM)	5
2.1.2 Indikator <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	6
2.1.3 Faktor <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	9
2.1.4 Kuesioner <i>Health Belief Model</i> (HBM).....	11
2.2 Konsep Dasar Literasi Pengobatan	12
2.2.1 Definisi Literasi Pengobatan.....	12
2.2.2 Aspek Literasi Pengobatan.....	14
2.2.3 Faktor Literasi Pengobatan	15

2.3	Hubungan Literasi Pengobatan dan <i>Health Belief Model</i> (HBM)	16
2.4	Masyarakat Kota Semarang	16
2.5	Nilai Keislaman.....	17
2.6	Kerangka Teori.....	20
2.7	Kerangka Konsep	21
2.8	Hipotesis.....	21
BAB III METODE PENELITIAN.....		22
3.1	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	22
3.1.1	Jenis penelitian	22
3.2	Variabel dan Definisi Operasional	22
3.2.1	Variabel Penelitian	22
3.2.2	Definisi Operasional.....	23
3.3	Populasi dan Sampel.....	24
3.3.1	Populasi.....	24
3.3.2	Sampel.....	24
3.4	Instrumen dan Bahan Penelitian.....	27
3.4.1	Instrumen	27
3.4.2	Bahan penelitian.....	28
3.5	Cara Penelitian	29
3.5.1	Perizinan.....	29
3.5.2	Pelaksanaan.....	29
3.5.3	Pengumpulan data.....	30
3.5.4	Alur penelitian.....	31
3.6	Tempat dan Waktu.....	31
3.6.1	Tempat penelitian	31
3.6.2	Waktu Penelitian	32
3.7	Analisis Hasil	32
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		37
4.1.	Hasil Penelitian	37
4.1.1	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	37
4.1.2	Sosiodemografi Responden.....	39

4.1.3	Tingkat Literasi Pengobatan.....	40
4.1.4	Hasil Uji Chi Square	42
4.2	Pembahasan.....	43
4.2.1	Analisis Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian	44
4.2.2	Sosiodemografi Responden.....	45
4.2.3	Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Literasi Pengobatan.....	47
BAB V_KESIMPULAN DAN SARAN.....		53
5.1	Kesimpulan	53
5.2	Saran.....	53
DAFTAR PUSTAKA.....		55
LAMPIRAN.....		60



DAFTAR SINGKATAN

BPS	: Badan Pusat Statistiki
D3	: Diploma Tiga
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
HR	: Hadis Riwayat
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
QS	: Qur'an Surah
S1	: Strata Satu
SAW	: Shallallahu 'Alaihi Wasallam
SD (Pendidikan)	: Sekolah Dasar
SD (Statistika)	: Standar Deviasi
SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SPSS	: <i>Statistical Package for the Social Science</i>
UNESCO	: <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	20
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	21
Gambar 3.2 Alur Penelitian.....	31



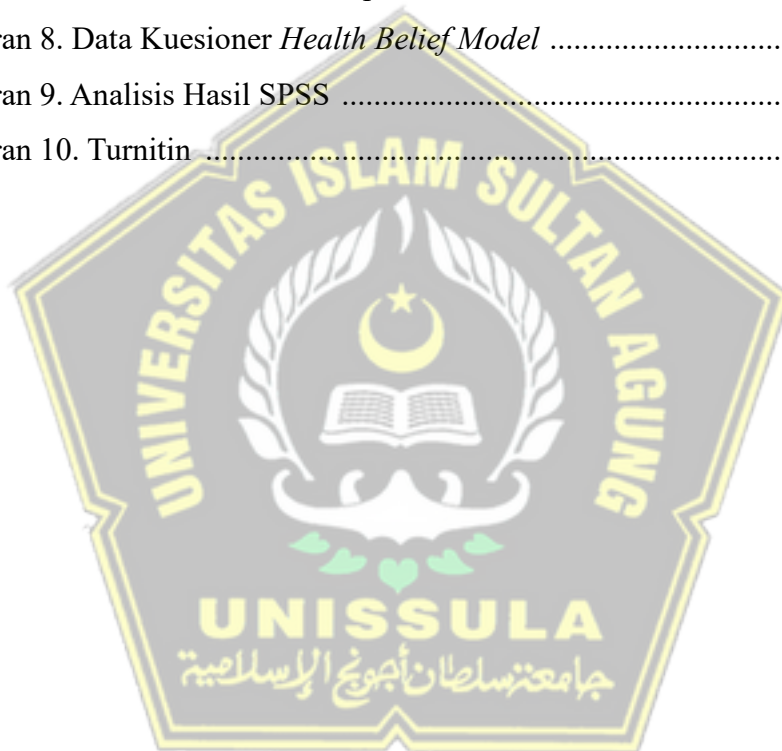
DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rentang Kategori Literasi Pengobatan	12
Tabel 3.1 Definisi Operasional	23
Tabel 3.2 Waktu Penelitian.....	32
Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas Kuesioner <i>Health Belief Model</i>	37
Tabel 4.2 <i>Reliability Statistics</i>	38
Tabel 4.3 Hasil Uji Frekuensi Sosiodemografi Responden	39
Tabel 4.4 Hasil Uji Frekuensi Tingkat Literasi Pengobatan	40
Tabel 4.5 Hasil Uji Frekuensi Tingkat Literasi Pengobatan Masing Masing Dimensi	41
Tabel 4.6 Hasil Uji Hubungan Sosiodemografi dan Tingkat Literasi Pengobatan	42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. <i>Informed Consent</i>	60
Lampiran 2. Ethical Clearance	62
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian	63
Lampiran 4. Lembar Kuesioner Penelitian	64
Lampiran 5. <i>Screenshot</i> kuesioner <i>google form</i>	67
Lampiran 6. Bukti Pengambilan Data	68
Lampiran 7. Data Karakteristik Responden	69
Lampiran 8. Data Kuesioner <i>Health Belief Model</i>	84
Lampiran 9. Analisis Hasil SPSS	98
Lampiran 10. Turnitin	105



INTISARI

Tingkat literasi pengobatan yang rendah dapat meningkatkan risiko kesalahan penggunaan obat yang berpotensi mengganggu keselamatan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh faktor sosiodemografi terhadap tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* (HBM).

Penelitian ini menggunakan analitik observasional pendekatan *cross sectional*. Sebanyak 385 responden masyarakat Kota Semarang yang memenuhi kriteria inklusi dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner literasi pengobatan dengan pendekatan indikator *Health Belief Model* (HBM) yang telah memenuhi uji validitas dan reliabilitas. Analisis data meliputi analisis univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi-Square* dengan taraf signifikansi 0,05.

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden memiliki tingkat literasi pengobatan kategori tinggi. Analisis bivariat menunjukkan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan yang signifikan dengan literasi pengobatan ($p < 0,05$), sedangkan usia, jenis kelamin, dan pekerjaan tidak menunjukkan hubungan yang bermakna ($p > 0,05$). Distribusi literasi pengobatan menunjukkan 55,3% responden kategori tinggi, 44,2% kategori sedang, dan 0,5% kategori rendah.

Disimpulkan bahwa tingkat literasi pengobatan masyarakat tergolong baik, dengan pendidikan sebagai faktor sosiodemografi yang berpengaruh signifikan. Peningkatan literasi pengobatan dapat dilakukan melalui edukasi penggunaan obat berbasis HBM serta optimalisasi peran tenaga kefarmasian dalam konseling obat. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain longitudinal serta menambahkan variabel yang lebih luas untuk memperoleh gambaran yang lebih komprehensif.

Kata Kunci: Literasi Pengobatan, *Health Belief Model*, Sosiodemografi, Masyarakat

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Literasi kesehatan yang berkaitan dengan penggunaan obat dikenal dengan berbagai istilah, antara lain "literasi obat," "literasi kesehatan farmasi," "literasi farmakoterapi," "literasi label obat," "literasi penggunaan obat," atau literasi kesehatan umum, yang berkaitan dengan akses terhadap informasi obat (Mortelmans et al., 2024). Literasi obat didefinisikan sebagai kemampuan individu dalam memperoleh, memahami, mengomunikasikan, menghitung, serta mengolah informasi spesifik terkait obat dan terapi, sehingga memungkinkan pengambilan keputusan kesehatan yang aman dan efektif (Kurniawan & Kamaluddin, 2024).

Berdasarkan data penelitian yang dilakukan di Semarang melibatkan sampel mahasiswa mengenai tingkat literasi kesehatan pada mahasiswa fakultas kesehatan dan non kesehatan, dapat disimpulkan bahwa tingkat literasi kesehatan pada mahasiswa fakultas kesehatan diklasifikasikan sebagai berikut: 48% berada dalam kategori baik, 30% buruk, 14% sangat baik, dan 8% sangat buruk. Sementara itu, untuk mahasiswa non-fakultas kesehatan hasil kategorinya adalah 38% buruk, 30% baik, 28% sangat buruk, dan 4% sangat baik (Butar *et al.*, 2024).

Sebuah studi oleh Alhomoud *et al.*, (2025) di Arab Saudi, yang melibatkan 3.557 responden, menunjukkan bahwa sebagian besar orang kurang memahami obat-obatan mereka dan cara menggunakannya dengan benar. Akibatnya, 39%

tidak tahu cara memantau pengobatan mereka, sebanyak 49% responden tidak mengetahui tindakan yang tepat ketika melewatkan dosis, dan 50% lainnya tidak memahami efek samping obat, yang menunjukkan adanya keterbatasan dalam literasi pengobatan (Alhomoud *et al.*, 2025).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa individu dengan literasi pengobatan rendah seringkali tidak mengetahui nama obat mereka, tidak memahami efek sampingnya, dan jarang berkonsultasi dengan apoteker. Mereka juga kesulitan memahami instruksi sederhana, seperti mengubah "1 tablet dua kali sehari" menjadi "2 tablet sekali sehari," yang dapat menyebabkan kesalahan pengobatan. Oleh karena itu, apoteker memiliki peran penting dalam memberikan pendampingan kepada pasien yang memiliki tingkat literasi pengobatan rendah. (Kurniawan & Kamaluddin, 2024).

Faktor-faktor yang memengaruhi literasi pengobatan meliputi tingkat pendidikan, bahasa informasi kesehatan, ketersediaan dan akses informasi, serta keyakinan dan persepsi individu terhadap informasi tersebut. Faktor lain termasuk aspek sosiodemografis, persepsi individu, dan keyakinan tentang perilaku terkait. Pendekatan yang efektif untuk meningkatkan literasi pengobatan adalah Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model/HBM*), yang menyatakan bahwa individu akan terlibat dalam pencegahan dan pengendalian jika mereka memiliki persepsi yang tinggi tentang kerentanan penyakit, tingkat keparahan, manfaat yang dirasakan, dan hambatan dalam menerapkan perilaku sehat (Dewi *et al.*, 2024; Kirwelakubun & Winarti, 2024).

Dengan latar belakang ini, penelitian ini bertujuan untuk menemukan variabel yang memengaruhi tingkat literasi pengobatan di masyarakat Kota Semarang. Dengan menggunakan pendekatan Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model/HBM*) (Laili *et al.*, 2023; Solihin & Abdullah, 2023).

1.2 Rumusan Masalah

- 1.2.1 Bagaimana tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang?
- 1.2.2 Apakah terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi dan tingkat literasi pengobatan berdasarkan pendekatan indikator teori *Health Belief Model*?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

- 1.3.1.1 Untuk mengetahui tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang
- 1.3.1.2 Untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi dan tingkat literasi pengobatan berdasarkan pendekatan indikator teori *Health Belief Model*.

1.3.2 Tujuan khusus

Untuk mengetahui hubungan faktor sosiodemografi dan tingkat literasi pengobatan berdasarkan pendekatan indikator teori *Health Belief Model* meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1.4.1.1 Bagi Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada responden dalam meningkatkan kesadaran diri terkait tingkat literasi pengobatan yang dimiliki. Responden dapat melakukan evaluasi diri terhadap kebiasaan sehari-hari, khususnya dalam mencari, memahami, dan menggunakan informasi pengobatan/literasi pengobatan secara benar.

1.4.1.2 Bagi Peneliti selanjutnya

Hasil dari penelitian ini untuk memberikan referensi dan informasi dalam melakukan studi sejenis mengenai tingkat literasi pengobatan menggunakan Teori HBM dengan populasi yang berbeda.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan bagi tenaga kesehatan khususnya apoteker serta tenaga kefarmasian lainnya untuk memberikan edukasi atau penyuluhan terkait penggunaan obat dengan benar terutama dikalangan masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 *Health Belief Model* (HBM)

2.1.1 Pengertian *Health Belief Model* (HBM)

Kerangka psikologis yang disebut Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*/HBM) menekankan prediksi dan perspektif individu mengenai nilai dan keyakinan mereka dalam memahami kesehatan. Pendidikan kesehatan berdasarkan HBM diimplementasikan oleh dua aktor utama yang saling bergantung secara sistematis, bertahap, dan terprogram, dengan tujuan mengubah perspektif seseorang tentang kesehatan orang lain, baik secara pribadi maupun dalam kelompok. *Health Belief Model* adalah konsep yang menjelaskan motivasi seseorang untuk terlibat atau menghindari perilaku sehat. Model ini juga dapat digunakan untuk menggambarkan keyakinan individu tentang gaya hidup sehat, yang mendorong mereka untuk terlibat dalam perilaku sehat, baik melalui aktivitas fisik maupun mental. Teori keyakinan kesehatan ini sering diterapkan untuk memprediksi tindakan pencegahan kesehatan dan respons pasien terhadap terapi untuk penyakit mendadak dan berkepanjangan. Pada dasarnya, model ini juga digunakan untuk memprediksi berbagai perilaku terkait kesehatan (Kurniawan & Yani, 2021; Meidiawati *et al.*, 2024).

Salah satu model komunikasi kesehatan yang dapat digunakan sebagai panduan untuk memahami keyakinan masyarakat tentang kesehatan, khususnya mengenai pengobatan, adalah Model Keyakinan Kesehatan. Model ini berfungsi sebagai referensi dan menjelaskan kondisi penting yang diperlukan untuk perubahan perilaku. Menurut model ini, ada sejumlah faktor yang memengaruhi kecenderungan orang untuk mencegah, mendeteksi, dan mengelola berbagai kondisi kesehatan (Wahyudin *et al.*, 2022).

2.1.2 Indikator *Health Belief Model* (HBM)

Terdapat indikator pembentuk teori *health belief model* menurut (Meidiawati *et al.*, 2024) antara lain : *Perceived Susceptibility* (kerentanan yang dirasakan). Kerentanan yang dirasakan menggambarkan bagaimana orang secara subyektif menilai kemungkinan mereka terkena suatu penyakit. Teori ini menyatakan bahwa orang mengambil tindakan untuk mengurangi risiko terkena masalah kesehatan tertentu karena mereka percaya bahwa mereka rentan terhadapnya. Sebaliknya, orang yang tidak menganggap diri mereka rentan terhadap suatu penyakit mungkin memilih untuk tidak merasa rentan. Orang yang menganggap diri mereka secara langsung terpengaruh oleh masalah kesehatan tertentu akan mengambil tindakan atau mengambil risiko mengadopsi gaya hidup yang tidak sehat, sementara orang yang menganggap kemungkinan terkena penyakit rendah akan mengambil tindakan pencegahan untuk mengurangi

peluang mereka terkena penyakit tertentu. Misalnya, seseorang mungkin percaya bahwa setiap orang memiliki peluang untuk terkena kanker (Meidiawati *et al.*, 2024).

Perceived Severity (tingkat keparahan yang dirasakan) menggambarkan seberapa serius penyakit tersebut dianggap. Orang yang menganggap masalah kesehatan mereka serius mungkin mengambil tindakan yang bermanfaat untuk mencegah masalah kesehatan mereka kambuh lagi atau untuk mengurangi tingkat keparahannya. Misalnya, orang percaya bahwa merokok dapat menyebabkan kanker (Meidiawati *et al.*, 2024).

Perceived Benefits (manfaat yang dirasakan dari tindakan yang diambil). Manfaat yang dirasakan dari suatu tindakan juga berdampak pada perilaku yang berkaitan dengan kesehatan. Istilah "manfaat" mengacu pada bagaimana seseorang menilai nilai atau efektivitas dari mengikuti kebiasaan yang dapat meningkatkan kesehatan dan mengurangi risiko penyakit. Misalnya, jika seseorang berperilaku sehat, seperti melakukan pemeriksaan medis rutin dan tidak merokok, mereka akan lebih kecil kemungkinannya untuk terkena kanker (Meidiawati *et al.*, 2024).

Perceived Barriers (hambatan yang dirasakan akan tindakan yang diambil). Hambatan yang dirasakan untuk bertindak: Evaluasi individu terhadap hambatan untuk mengubah perilaku mereka terkait dengan hambatan yang dirasakan. Hambatan dapat mencegah

seseorang untuk berpartisipasi dalam aktivitas yang meningkatkan kesehatan, bahkan jika mereka percaya bahwa aktivitas tersebut dapat mengurangi risiko yang ditimbulkan oleh kondisi kesehatan mereka. Agar perilaku berubah, manfaatnya harus lebih besar daripada hambatannya. Hambatan yang dirasakan terhadap tindakan meliputi biaya yang dirasakan, risiko yang dapat timbul meliputi efek samping dari tindakan medis, ketidaknyamanan seperti rasa nyeri, serta tekanan emosional yang berkaitan dengan perilaku tersebut. Misalnya, menghindari merokok dapat menyebabkan rasa tidak enak di mulut (Meidiawati *et al.*, 2024).

Cues to Action (isyarat untuk melakukan tindakan). Isyarat dan pemicu, atau isyarat internal dan eksternal, dapat mendorong tindakan untuk meningkatkan kesehatan. Isyarat internal dapat memengaruhi isyarat fisiologis seperti rasa sakit atau ketidaknyamanan. Misalnya, berhenti merokok dapat menjadi alasan untuk mengikuti saran dokter (Meidiawati *et al.*, 2024).

Self Efficacy (keefektifan diri sendiri). Keyakinan seseorang akan kemampuannya berhasil melakukan tugas tertentu dikenal sebagai efikasi diri. Efikasi diri, atau keyakinan bahwa seseorang memiliki kekuatan untuk mengubah hasil, merupakan komponen penting dalam mengubah perilaku terkait kesehatan. Komponen ini dapat diterapkan pada perubahan perilaku jangka panjang, seperti berhenti merokok, mengubah pola makan, berdiet, dan berolahraga. Misalnya, ini

mencakup keyakinan seseorang bahwa mereka mampu melakukan atau menunjukkan perilaku tertentu (Meidiawati *et al.*, 2024).

2.1.3 Faktor *Health Belief Model* (HBM)

Demografi merupakan salah satu dari banyak variabel yang memengaruhi model kepercayaan kesehatan. Selain itu, variabel struktural seperti pengetahuan juga memiliki dampak. Dibandingkan dengan kelompok demografis lainnya, orang-orang dari kelas sosial ekonomi menengah ke bawah lebih memahami penyebab penyakit. Menurut Meidiawati *et al.*, 2024 terdapat hubungan antara teori *health belief model* dengan faktor faktor berikut:

i. Tekad kuat untuk menjaga kesehatan.

Tekad kuat untuk menjaga kesehatan merepresentasikan dimensi *perceived benefits* dan *self-efficacy* dalam Health Belief Model (HBM), di mana individu memiliki motivasi intrinsik untuk melakukan perilaku preventif. Individu dengan determinasi tinggi cenderung lebih konsisten dalam menjalankan tindakan promotif dan preventif seperti pemeriksaan kesehatan rutin, kepatuhan terhadap terapi, pola makan sehat, serta aktivitas fisik teratur. Tekad ini terbentuk melalui interaksi antara faktor demografis, pengalaman pribadi terhadap penyakit, serta tingkat pengetahuan kesehatan yang dimiliki, sehingga memperkuat persepsi bahwa upaya menjaga kesehatan merupakan investasi jangka panjang yang bernilai (Nugraha, 2024).

- ii. Kepercayaan bahwa seseorang mungkin mengidap penyakit serius yang dapat menyebabkan komplikasi.

Kepercayaan mengenai kemungkinan menderita penyakit serius mencerminkan komponen *perceived susceptibility* dan *perceived severity* dalam HBM. Individu yang menyadari kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit, serta memahami potensi komplikasi yang dapat timbul, akan menunjukkan tingkat kewaspadaan yang lebih tinggi terhadap gejala dan faktor risiko. Persepsi ancaman ini berfungsi sebagai pendorong kognitif yang memicu tindakan preventif maupun kuratif secara lebih dini. Semakin tinggi persepsi kerentanan dan tingkat keparahan penyakit, semakin besar pula probabilitas individu mengambil keputusan kesehatan yang rasional dan berbasis pencegahan (Ibrahim et al., 2022; Ong et al., 2023).

- iii. Keyakinan bahwa ada cara untuk mencegah penyakit tersebut, meskipun biayanya besar.

Keyakinan bahwa penyakit dapat dicegah, meskipun memerlukan pengorbanan biaya, berkaitan dengan aspek *perceived benefits* dan *perceived barriers* dalam HBM. Individu yang menilai manfaat pencegahan lebih besar dibandingkan hambatan finansial akan tetap memilih melakukan tindakan preventif, seperti vaksinasi, skrining, atau pengobatan profilaksis. Pertimbangan ini menunjukkan adanya evaluasi rasional antara risiko kesehatan dan

konsekuensi ekonomi, di mana persepsi manfaat jangka panjang (penurunan risiko komplikasi dan biaya pengobatan di masa depan) lebih dominan daripada beban biaya saat ini. Hal ini menegaskan bahwa keputusan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor ekonomi, tetapi juga oleh konstruksi kognitif terhadap nilai kesehatan itu sendiri (Ariyanti et al., 2025).

2.1.4 Kuesioner *Health Belief Model* (HBM)

Kuesioner *Health Belief Model* (HBM) memiliki enam dimensi: kerentanan yang dirasakan (*perceived susceptibility*), tingkat keparahan yang dirasakan (*perceived severity*), manfaat yang dirasakan (*perceived benefits*), hambatan yang dirasakan (*perceived barriers*), efikasi diri yang dirasakan (*self-efficacy*), dan isyarat untuk bertindak yang dirasakan (*cues to action*). Untuk penilaian, digunakan skala *Likert* dari 4 hingga 1, di mana 4 menunjukkan "sangat setuju," 3 menunjukkan "setuju," 2 menunjukkan "tidak setuju," dan 1 menunjukkan "sangat tidak setuju." Terdapat tiga kategori dalam penelitian ini: rendah, sedang, dan tinggi. Dengan demikian, menunjukkan distribusi kategori literasi pengobatan, dengan panjang interval kelas (p) = 18 dan batas bawah dimulai dari 18, maka distribusi kategori literasi pengobatan dapat dilihat pada **Tabel 2.1**.

Tabel 2.1 Rentang Kategori Literasi Pengobatan

Proses	Rentang	Kategori
$18 + 18 - 1 = 35$	18 – 35	Rendah
$36 + 18 - 1 = 53$	36 – 53	Sedang
$54 + 18 = 72$	54 – 72	Tinggi

(Rusmadi *et al.*, 2021; Santika *et al.*, 2023).

2.2 Literasi Pengobatan

2.2.1 Definisi Literasi Pengobatan

Pengertian literasi UNESCO saat ini menganggapnya lebih dari sekadar kemampuan berhitung, membaca, dan menulis. Definisi literasi lebih luas dan mencakup banyak aspek, termasuk komunikasi, identifikasi, pemahaman, interpretasi, kreativitas, dan penggunaan berbagai sumber daya. Hal ini merupakan hasil dari perkembangan teknologi digital dan perubahan global yang pesat. Literasi memiliki cakupan yang sangat luas, meliputi berbagai jenis pembelajaran. Literasi memungkinkan individu untuk mencapai tujuan mereka, belajar lebih banyak, dan berpartisipasi lebih luas dalam masyarakat dan bidang sosial lainnya. Literasi dapat digunakan di banyak bidang, termasuk kesehatan (Islami *et al.*, 2023).

Literasi pengobatan lebih dari sekadar pengetahuan tentang obat-obatan. Ini juga mencakup kemampuan seseorang untuk memahami dan memahami informasi khusus tentang obat-obatan dan perawatannya sehingga mereka dapat membuat keputusan kesehatan yang lebih baik tentang penggunaan obat yang aman dan efektif,

terlepas dari cara penyampaian informasi tersebut (misalnya, tertulis, lisan, atau visual) (Kurniawan & Kamaluddin, 2024).

Literasi pengobatan memiliki peran penting dalam membantu masyarakat memahami informasi terkait obat dan cara penggunaannya. Namun, tingkat kesadaran masyarakat terhadap literasi pengobatan masih tergolong rendah. Ketidakpahaman pasien terhadap informasi obat dan penggunaannya dapat menimbulkan berbagai permasalahan dalam terapi, mereka mungkin tidak dapat menggunakannya dengan benar. Individu dengan tingkat literasi pengobatan yang rendah umumnya memiliki kesadaran kesehatan yang terbatas serta kurang memahami pentingnya penggunaan obat secara tepat. Ketidakmampuan pasien untuk memahami instruksi yang tertulis pada label atau kemasan obat juga dapat membuat obat. Hal ini dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan, yang dapat menyebabkan dosis dan jenis obat yang tidak perlu, serta efek samping yang tidak diinginkan (Kurniawan & Kamaluddin, 2024).

Kemampuan seseorang untuk memahami informasi tentang obat-obatan dan penggunaannya disebut literasi pengobatan. Literasi pengobatan sangat penting untuk memahami informasi tentang obat-obatan dan penggunaannya. Mereka yang tidak memiliki literasi pengobatan mungkin tidak memahami informasi tentang obat-obatan dan cara penggunaannya. Mereka juga mungkin kurang peduli terhadap kesehatan mereka dan pentingnya minum obat dengan benar.

Ketidakmampuan pasien untuk memahami instruksi yang tertulis pada label atau kemasan obat juga dapat mempersulit penggunaan obat. (Kurniawan & Kamaluddin, 2024).

Kurangnya pemahaman mengenai obat dapat menimbulkan berbagai dampak negatif, seperti penggunaan obat yang tidak sesuai (berlebihan atau kurang), kesalahan dosis, waktu atau rute pemberian yang tidak tepat, rendahnya kesadaran terhadap peringatan dan tindakan pencegahan, terjadinya interaksi obat, serta penyimpanan obat yang tidak sesuai ketentuan. Pasien dengan keterbatasan informasi terkait obat juga berisiko mengalami peningkatan kunjungan ke unit perawatan intensif, masa rawat inap yang lebih lama, serta biaya pelayanan kesehatan yang lebih tinggi (Alhomoud *et al.*, 2025).

2.2.2 Aspek Literasi Pengobatan

Seseorang memiliki kemampuan untuk menerima dan melaksanakan instruksi tentang pengobatan mereka, yang merupakan salah satu dari beberapa aspek literasi pengobatan. Pasien memiliki kendali atas keputusan mereka tentang kesehatan dan pengobatan. Pasien mampu mengetahui waktu dan cara yang tepat untuk mencari pertolongan apabila terjadi overdosis. Selain itu, pasien dapat memahami serta menerapkan informasi dasar terkait pengobatan dan kesehatan, termasuk memahami dan menindaklanjuti informasi yang bersifat spesifik sesuai kondisi pasien. Misalnya, pasien dapat menghitung atau menyiapkan dosis yang tepat untuk obat mereka.

Pasien dapat mengetahui kapan harus mencari saran alternatif mengenai pengobatan mereka saat ini. Selain itu, pasien menerima informasi tambahan tentang obat mereka. Untuk mencapai terapi yang sukses, apoteker harus memiliki kemampuan untuk memberikan edukasi dan informasi tentang pengobatan yang sesuai dengan literasi pengobatan pasien (Mei *et al.*, 2024).

2.2.3 Faktor Literasi Pengobatan

Tingkat pendidikan, bahasa yang digunakan dalam informasi kesehatan, ketersediaan dan akses terhadap informasi kesehatan, serta kepercayaan dan persepsi individu terhadap informasi kesehatan merupakan beberapa faktor yang memengaruhi literasi kesehatan. Untuk meningkatkan literasi pengobatan, beberapa upaya dapat dilakukan, seperti memberikan pendidikan medis yang tepat dan terarah. Selain itu, dukungan dari pemerintah dan lembaga terkait diperlukan untuk meningkatkan literasi medis dan kesadaran masyarakat (Solihin & Abdullah, 2023).

Faktor lain yang mungkin menjelaskan rendahnya tingkat literasi pengobatan yaitu terbatasnya interaksi antara apoteker dan profesional farmasi lainnya dengan masyarakat. Banyak pasien berkonsultasi dengan dokter alih-alih apoteker, sehingga kehilangan konseling pengobatan yang penting. Kemampuan apoteker untuk memberikan instruksi individual semakin terbatas karena volume pasien yang tinggi dan apotek yang ramai. Informasi yang salah,

pengobatan sendiri, penggunaan obat bebas, dan ketergantungan pada sumber daring yang tidak terverifikasi atau rekomendasi keluarga seringkali menyebabkan kesalahpahaman tentang penggunaan obat. Selain hambatan budaya dan bahasa, banyak brosur dan label obat berbahasa Inggris, sehingga menyulitkan berkomunikasi bagi masyarakat, terutama lansia dan mereka yang memiliki pendidikan terbatas (Alhomoud *et al.*, 2025).

2.3 Hubungan Literasi Pengobatan dan *Health Belief Model* (HBM)

Terdapat hubungan antara literasi pengobatan yang baik dan teori HBM (*Health Belief Model*). Hal ini dapat dijelaskan dengan mengatakan bahwa ketika seseorang memiliki literasi pengobatan yang baik, mereka memiliki kemampuan untuk meningkatkan elemen-elemen model keyakinan kesehatan, seperti persepsi risiko, pemahaman manfaat, pengurangan hambatan, dan peningkatan efikasi diri. Pada akhirnya, ini mengarah pada peningkatan kepatuhan pengobatan. Memiliki keyakinan pengobatan berkaitan dengan perilaku kesehatan. Individu dengan keyakinan kesehatan yang kuat akan terlibat dalam perilaku kesehatan yang direkomendasikan oleh para profesional kesehatan karena mereka memahami dan dapat merasakan kerentanan dan keparahan suatu penyakit serta dapat merasakan manfaat dari perilaku kesehatan yang direkomendasikan (Rosaline & Rahmah, 2023).

2.4 Masyarakat Kota Semarang

Kota Semarang dipilih sebagai lokasi penelitian karena beberapa isu mendesak atau isu penting yang menjadi dasar penelitian. Berdasarkan data

dari Badan Pusat Statistik (BPS), kota ini memiliki populasi yang beragam secara sosioekonomi dan menunjukkan berbagai tingkat literasi medis, yang mengindikasikan keberagaman karakteristik masyarakat. Dengan jumlah penduduk per kecamatan Mijen 93.088 jiwa, Gunungpati 101.577 jiwa, Banyumanik 143.746 jiwa, Gajah Mungkur 56.334 jiwa, Semarang Selatan 62.018 jiwa, Candisari 75.442 jiwa, Tembalang 201.821 jiwa, Pedurungan 197.468 jiwa, Genuk 137.356 jiwa, Gayamsari 70.388 jiwa, Semarang Timur 66.475 jiwa, Semarang Utara 117.865 jiwa, Semarang Tengah 55.208 jiwa, Semarang Barat 149.327 jiwa, Tugu 34.092 jiwa dan Ngaliyan 146.628 jiwa. Dengan tingkat pendidikan yang beragam, yaitu 99,14% (SD/SD PJK), 79,63% (SMP/SMP PJK), dan 60,49% (SMA/SMA PJK), masyarakat Kota Semarang dapat menentukan tingkat literasi medis mereka. Pada tahun 2024, Kota Semarang memiliki fasilitas kesehatan yang memadai dengan 25 rumah sakit umum, 12 rumah sakit spesialis, 10 puskesmas rawat inap, 30 puskesmas rawat jalan, 288 klinik puskesmas, dan 1.637 pos kesehatan terpadu (Posyandu). Hal ini menunjukkan sejauh mana masyarakat memahami dan memanfaatkan fasilitas kesehatan tersebut (BPS, 2025).

2.5 Nilai Keislaman

Mempelajari prinsip-prinsip Islam, masalah kesehatan, dan menjaga kesehatan yang baik adalah subjek yang mendalam dan fundamental. Kesehatan yang buruk dapat memaksa orang untuk mengambil tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kewajiban mereka sebagai hamba-Nya, baik dalam beribadah kepada Allah maupun dalam melayani-Nya. Penyakit dapat memengaruhi

seluruh tubuh, termasuk otak. Akibatnya, menjalankan aktivitas sehari-hari membutuhkan kesehatan fisik dan mental yang baik. Oleh karena itu, memahami perspektif Al-Quran dan hadits Nabi Muhammad (SAW) tentang ilmu pengetahuan dan kedokteran sangat penting bagi setiap orang. Obat membantu menjaga kesehatan dan proses penyembuhan. Obat dapat meringankan penyakit dan bahkan meningkatkan kesehatan seseorang. Obat dapat mengandung bahan-bahan hewani, nabati, atau sintetis. Oleh karena itu, pertimbangan berdasarkan Syariah sangat penting, terutama mengenai penggunaan obat oleh umat Islam. (Suryaningrat *et al.*, 2023).

Dari perspektif agama Islam, beberapa ayat dalam Alquran yang menekankan pentingnya literasi. Tahapan literasi seperti membaca (baik melalui tulisan maupun pengamatan), mengolah informasi, dan menerapkannya dalam kehidupan manusia, merupakan dasar peradaban dan ilmu pengetahuan. Allah SWT berfirman:

أَقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ - خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ - أِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ - الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ
 جامعته سلطان أبجوع الإسلامية
 عِلْمَ الْإِنْسَانِ مَا لَمْ يَعْلَمْ

Yang artinya: “*Bacalah dengan (menyebut) nama Tuhanmu Yang menciptakan, Dia telah menciptakan manusia dari segumpal darah. Bacalah, dan Tuhanmulah Yang Maha Pemurah, Yang mengajar (manusia) dengan perantaran kalam, Dia mengajar kepada manusia apa yang tidak diketahuinya.*” (QS. Al Alaq: 1-5).

“Kesehatan adalah mahkota, tidak ada yang dapat melihatnya kecuali orang sakit”. Pepatah bijak ini sejalan dengan nasihat Rasulullah SAW kepada

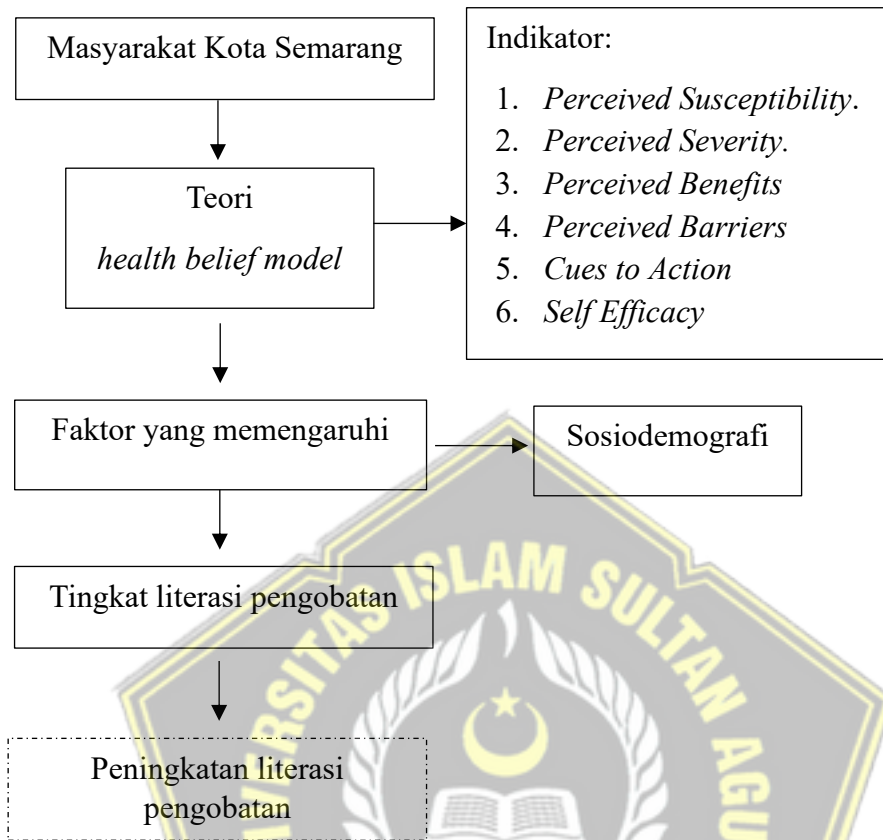
umat Islam untuk untuk senantiasa berikhtiar dalam mencari kesembuhan dari penyakit. Salah satu bentuk ikhtiar yang dilakukan adalah melalui penggunaan obat-obatan. Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, formulasi obat mengalami kemajuan yang pesat sehingga menghasilkan beragam jenis obat dengan berbagai bahan penyusun. Obat-obatan ini dirancang untuk membantu pasien pulih. Oleh karena itu, literasi medis sangat penting bagi masyarakat, dari perspektif Islam, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan yang pesat di era modern (Noviana & Awaludin, 2022). Terdapat hadis dari pernyataan tersebut :

قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ : تَدَاوُوا فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ لَهُ دَوَاءً
غَيْرَ دَاءٍ وَاجِدِ الْهَرَمُ

Rasulullah SAW bersabda: “Berobatlah kalian, sesungguhnya Allah ‘Azza wa Jalla tidak menurunkan penyakit kecuali dengan obat (penyembuh)nya, kecuali satu yaitu (penyakit) tua” (HR. Abu Daud).




2.6 Kerangka Teori



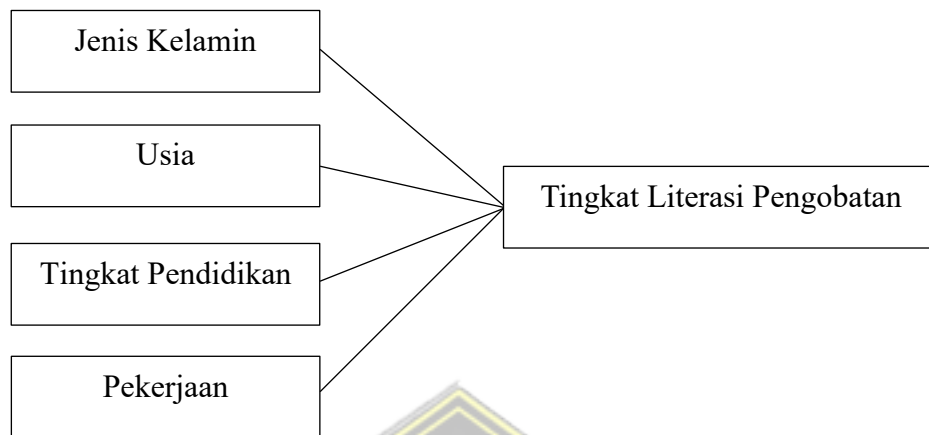
Gambar 2.1 Kerangka Teori

Keterangan :

 : Variabel yang tidak diteliti

 : Variabel yang diteliti

2.7 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.8 Hipotesis

H0: Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara faktor sosiodemografi dengan tingkat literasi pengobatan dengan pendekatan indikator teori *Health Belief Model* meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

H1: Terdapat hubungan yang signifikan antara faktor sosiodemografi dengan tingkat literasi pengobatan dengan pendekatan indikator teori *Health Belief Model* meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

3.1.1 Jenis penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah analitik observasional dengan metode rancangan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan pertimbangan tertentu yang ditetapkan oleh peneliti, dengan memperhatikan karakteristik atau sifat populasi yang telah diketahui sebelumnya.

3.2 Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1 Variabel Penelitian

3.2.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas yang digunakan yaitu faktor sosiodemografi.

3.2.1.2 Variabel terikat

Variabel terikat yang digunakan yaitu Tingkat Literasi

Pengobatan berdasarkan pendekatan teori HBM.

3.2.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Indikator	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel bebas				
Jenis Kelamin	Jenis kelamin yang didapatkan dari identitas responden saat mengisi data diri dalam kuesioner yang sesuai dengan KTP	Lembar kuesioner	A: Laki-laki B:Perempuan (Rusmadi <i>et al.</i> , 2021)	Nominal
Usia	Lama seseorang hidup dari lahir hingga saat ini yang didapatkan dari identitas responden saat mengisi data diri dalam kuesioner yang sesuai dengan KTP	Lembar kuesioner	A: 17 – 25 B: 26 – 35 C: 36 – 45 D: 46 – 55 E: \geq 56 (Y. Huang <i>et al.</i> , 2025).	Ordinal
Tingkat pendidikan Formal	Pendidikan Terakhir responden yang didapatkan dari identitas responden saat mengisi data diri dalam kuesioner yang sesuai dengan Ijazah terakhir responden	Lembar kuesioner	A:Tidak sekolah B: SD/ sederajat C:SMP/ sederajat D:SMA/ sederajat E:D3 F:S1 (Rusmadi <i>et al.</i> , 2021)	Ordinal
Pekerjaan	Pekerjaan yang didapatkan dari identitas responden saat mengisi data diri dalam kuesioner yang sesuai dengan pekerjaan responden	Lembar kuesioner	A:Tidak bekerja B:PNS C:Pensiunan D:Swasta F:Pelajar/ Mahasiswa G:Yang lain (Rusmadi <i>et al.</i> , 2021)	Nominal

Variabel	Indikator	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel terikat				
Tingkat literasi pengobatan	Penentuan tingkat literasi pengobatan berdasarkan indikator teori HBM yang didapatkan dengan mengukur responden berdasarkan 6 indikator, yaitu: 1. <i>Perceived Susceptibility</i> 2. <i>Perceived Severity</i> 3. <i>Perceived Benefits</i> 4. <i>Perceived Barriers</i> 5. <i>Cues to Action</i> 6. <i>Self Efficacy</i>	Kuesioner tingkat literasi pengobatan berdasarkan pendekatan <i>Health Belief Model</i>	Rendah = 18 – 35 Sedang = 36 – 53 Tinggi = 54 – 72 (Santika <i>et al.</i> , 2023)	Ordinal

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Pada penelitian yang dilaksanakan menggunakan populasi masyarakat Kota Semarang sebanyak 1.708.833 jiwa pada tahun 2024 berdasarkan Badan Pusat Statistik.

3.3.2 Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel berdasarkan pertimbangan tertentu. Sampel dalam penelitian ini merupakan masyarakat Kota Semarang yang sudah bersedia mengisi kuesioner.

1. Kriteria Inklusi:

- a. Masyarakat bersedia menjadi responden
- b. Masyarakat yang berdomisili Kota Semarang

- c. Batas usia responden ≥ 17 tahun
- d. Responden pernah menggunakan obat dalam 6 bulan terakhir baik obat resep maupun non resep
- e. Mengisi kuesioner secara lengkap dan jujur

2. Kriteria Eksklusi:

- a. Responden yang tidak dapat membaca tulisan bahasa indonesia, sehingga menghambat pelaksanaan penelitian.
- b. Responden yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik yang telah diketahui jumlah populasi masyarakat Kota Semarang yaitu 1.708.833. Besar sampel minimum yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus *Raosoft sample size calculator* sehingga didapatkan sampel yang digunakan yaitu 385 responden. Rumus perhitungan sampel pada *Raosoft sample size calculator*, yaitu :

$$x = Z\left(\frac{c}{100}\right)^2 \cdot r(100-r)$$

$$n = \frac{N \cdot x}{(N-1)E^2 + x}$$

$$E = \text{Sqrt}\left[\frac{(N-n)x}{n(N-1)}\right]$$

Keterangan :

x = Faktor perantara (*intermediate value*)

$$Z\left(\frac{c}{100}\right) = \text{confidence level/tingkat kepercayaan} \rightarrow 1,96$$

$$r = \text{Response distribution} \rightarrow 50\%$$

n = Ukuran sampel atau *sample size*

$$N = \text{Jumlah populasi atau Population size} \rightarrow 1.708.833 \text{ jiwa}$$

$$E = \text{Toleransi kesalahan/Margin of error} \rightarrow 5\% \rightarrow 0,05$$

Perhitungan :

$$x = Z\left(\frac{c}{100}\right)^2 \cdot r(100-r)$$

$$x = (1,96)^2 \cdot 50 (100-50)$$

$$= 3.8416 \cdot 2.500 = 9.604$$

$$n = \frac{N \cdot x}{(N-1)E^2 + x}$$

$$n = \frac{1.708.833 \cdot 9.604}{(1.708.833-1)5^2 + 9.604}$$

$$n = \frac{16.411.632.132}{(1.708.832) 25 + 9.604}$$

$$n = \frac{16.411.632.132}{42.720.800 + 9.604}$$

$$n = \frac{16.411.632.132}{42.730.404} = 384,07388 \rightarrow 385 \text{ sampel}$$

Berdasarkan hasil perhitungan di atas menggunakan *Raosoft sample size calculator* dengan *margin of error* 5% (dihitung ulang dengan verifikasi rumus E untuk membuktikan hasil perhitungan ukuran sampel atau n

memang menghasilkan margin of error sesuai target yang diinginkan), dengan tingkat kepercayaan 95%, dan proporsi respon sebesar 50% diperoleh jumlah sampel minimum sebanyak 385 responden. Penggunaan *Raosoft sample size calculator* dipilih karena alat ini mampu memperhitungkan jumlah sampel berdasarkan *margin of error*, tingkat kepercayaan, dan populasi yang diteliti, sehingga hasil penelitian akan lebih representatif dan dapat dipertanggungjawabkan secara statistik. Total sampel yang diperoleh sebanyak 385 responden, sehingga mewakili jumlah minimum yang dibutuhkan secara statistik.

3.4 Instrumen dan Bahan Penelitian

3.4.1 Instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan berupa kuesioner yang disusun berdasarkan indikator *Health Belief Model* (HBM) yang mencakup enam dimensi untuk mengukur variabel bebas dan variabel terikat. Penilaian dilakukan menggunakan skala Likert dengan rentang skor 4 hingga 1, untuk jawaban 4 merupakan "sangat setuju", 3 untuk jawaban "setuju", 2 untuk jawaban "tidak setuju" dan 1 untuk jawaban "sangat tidak setuju". Jumlah pertanyaan dari kuesioner yang digunakan yaitu 18 item dengan pertanyaan yang telah disesuaikan dengan 6 indikator dari teori HBM. Indikator *Perceived susceptibility* terdapat 3 item pertanyaan, *perceived severity* terdapat 3 item pertanyaan, *perceived benefits* terdapat 3 item pertanyaan,

perceived barriers terdapat 3 item pertanyaan, *self-efficacy* terdapat 4 item pertanyaan, dan *cues to action* terdapat 2 item pertanyaan. Pertanyaan yang diberikan terdapat 13 pertanyaan positif dan 5 pertanyaan negatif (Rusmadi *et al.*, 2021).

3.4.2 Bahan penelitian

Penelitian ini menggunakan sumber data primer dengan kuesioner sebagai instrumen yang digunakan dalam penentuan tingkat literasi pengobatan di masyarakat Kota Semarang. Hal ini dilakukan dengan menggunakan model kepercayaan kesehatan. Untuk menentukan tingkat literasi pengobatan yaitu kemampuan individu dalam mengakses, memahami, mengomunikasikan, menghitung, serta mengolah informasi spesifik mengenai obat dan terapi pasien, sehingga mampu mengambil keputusan kesehatan yang aman dan efektif, yang diukur menggunakan kuesioner. Dengan menggunakan pendekatan teoritis *Health Belief Model* (HBM), kuesioner akan disajikan pada tautan berikut. Tujuan kuesioner ini adalah untuk mengukur tingkat literasi pengobatan, yang diadaptasi dan dimodifikasi dari penelitian Rosaline tahun 2023, kuesioner disusun dan disebarluaskan secara daring dan secara langsung oleh peneliti menggunakan *Google Form*, tautan yang dibuat oleh peneliti sendiri adalah sebagai berikut:

(<https://forms.gle/BnnfLcfRnMnM3kcx7>) (Rosaline & Rahmah, 2023).

3.5 Cara Penelitian

3.5.1 Perizinan

Sebelum melakukan penelitian, izin harus diperoleh, dimulai dengan peneliti mengajukan permohonan izin penelitian melalui bagian administrasi Program Studi Farmasi, Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Kemudian membuat *Ethical Clearance* untuk mengukur keberterimaan secara etik pada proses penelitian yang akan dilakukan dan dapat digunakan sebagai syarat kelulusan serta publikasi.

Selama penelitian, dapat memberikan penjelasan serta pertanyaan kepada responden, kemudian meminta persetujuan kepada responden dengan menanyakan kesediaan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian. Apabila bersedia maka responden dapat mengisi link kuesioner "Saya bersedia untuk berpartisipasi dalam pengambilan data atau sebagai responden" dan dapat melanjutkan penelitian lebih lanjut.

3.5.2 Pelaksanaan

Setelah peneliti mendapatkan persetujuan serta perizinan dari Program Studi Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang dan telah mendapatkan *Clearance* maka peneliti dapat memberikan link kuesioner kepada

masyarakat Kota Semarang sebagai responden yang telah memenuhi kriteria inklusi. Kuesioner digunakan untuk menentukan tingkat literasi pengobatan berdasarkan aspek komponen dari teori *health belief model*. Dan setelah menyelesaikan penelitian, peneliti akan mendapatkan surat selesai melakukan penelitian.

3.5.3 Pengumpulan data

- a. Peneliti memeriksa kuesioner yang telah diisi oleh masyarakat yang berperan sebagai responden. Pemeriksaan tersebut mengkonfirmasi bahwa jawaban-jawaban tersebut lengkap, sesuai, dan jelas.
- b. Mengonversi data yang semula berbentuk kategori atau huruf menjadi data numerik agar dapat diolah menggunakan perangkat lunak SPSS.
- c. Melakukan pengolahan dan pemrosesan data, dan dilanjutkan dengan analisis data.

3.5.4 Alur penelitian



3.6 Tempat dan Waktu

3.6.1 Tempat penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di masyarakat Kota Semarang.

3.6.2 Waktu Penelitian

Tabel 3.2 Waktu Penelitian

No	Jenis kegiatan	Bulan									
		6	7	8	9	10	11	12	1	2	
		2025							2026		
1.	Studi pustaka	■	■	■							
2.	Studi pendahuluan		■	■	■						
3.	Pembuatan kuesioner			■	■	■					
4.	Pembuatan <i>ethical clearance</i> dan mengurus perizinan penelitian			■	■	■					
5.	Seminar proposal					■					
6.	Uji validitas reliabilitas					■					
7.	Pengambilan data							■	■		
8.	Analisis data								■	■	
9.	Penyusunan naskah akhir									■	■
10.	Publikasi jurnal										■
11.	Pelaksanaan sidang akhir										■

3.7 Analisis Hasil

Analisis data pada penelitian ini dilakukan secara kuantitatif dengan bantuan perangkat lunak SPSS (*Statistical Package for the Social Science*).

a. Analisis Uji Validitas

Pengujian validitas digunakan untuk menentukan seberapa jauh setiap pertanyaan dalam kuesioner mewakili ukuran yang harus diukur. Validitas diuji dengan metode korelasi Pearson antara skor setiap item dan skor total, suatu item dapat dianggap valid jika nilai r tabel yang dihitung berada pada tingkat signifikansi 5%. Kriteria

validitas didefinisikan sebagai nilai r hitung $> r$ tabel (dengan n = jumlah responden dan taraf signifikan 0,05) (Machali, 2021).

b. Analisis uji reliabilitas

Pengujian reliabilitas dilakukan untuk mengetahui seberapa konsisten jawaban responden terhadap instrumen tersebut. Uji reliabilitas dinilai dengan menggunakan *Alpha Cronbach*, dengan nilai $> 0,60$ dianggap reliabel atau dapat dipercaya (Rosita *et al.*, 2021).

c. Skoring

Setelah instrumen dinyatakan valid dan reliabel, maka dapat dilakukan skoring untuk memperoleh skor total untuk setiap responden. Skor literasi pengobatan ditentukan berdasarkan instrumen *Health Belief Model* (HBM) terdiri dari enam dimensi yaitu *perceived susceptibility*, *perceived severity*, *perceived benefits*, *perceived barriers*, *self-efficacy*, dan *cues to action*. Penilaian dilakukan menggunakan skala *likert* mulai dari 4 – 1 untuk jawaban 4 merupakan "sangat setuju", 3 untuk jawaban "setuju", 2 untuk jawaban "tidak setuju" dan 1 untuk jawaban "sangat tidak setuju" (Rusmadi *et al.*, 2021).

Data skoring skala likert dapat dikategorikan menjadi rendah sedang tinggi dengan menggunakan rumus interval yaitu (skor maksimal - skor minimal) : 3. Dari 18 pertanyaan sehingga didapatkan skor minimal 18 (1 (skala terendah) x 18 (jumlah pertanyaan)) dan

skor maksimal 72 (4 (skala tertinggi) x 18 (jumlah pertanyaan), sehingga dapat dikategorikan rendah apabila memiliki skor 18 – 35, dikategorikan sedang jika memiliki skor 36 – 53 dan dikategorikan tinggi jika memiliki skor 54 – 72 (Santika *et al.*, 2023).

d. Analisis Univariat

Analisis univariat memberikan gambaran umum hasil penelitian dengan mendeskripsikan karakteristik responden. Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan kategori skoring adalah variabel yang digunakan untuk analisis univariat. Data dianalisis dengan menghitung presentase dan frekuensi menggunakan rumus berikut:

$$\text{Presentase} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

Keterangan :

f = Jumlah kejadian atau karakteristik tertentu

N = Jumlah total responden dalam penelitian

1. Karakteristik Responden Jenis Kelamin

$$\text{Laki laki} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$\text{Perempuan} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

2. Karakteristik Responden Usia

$$\text{A. } 17 - 25 = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$\text{B. } 26 - 35 = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$\text{C. } 36 - 45 = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$D. 46 - 55 = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$E. \geq 56 = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

3. Karakteristik Responden Tingkat Pendidikan

$$A. \text{ Tidak sekolah} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$B. \text{ SD/ sederajat} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$C. \text{ SMP/ sederajat} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$D. \text{ SMA/ sederajat} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$E. \text{ D3} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$F. \text{ S1} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

4. Karakteristik Responden Pekerjaan

$$A. \text{ Tidak Bekerja} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$B. \text{ PNS} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$C. \text{ Pensiunan} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$D. \text{ Swasta} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$E. \text{ Pelajar/ Mahasiswa} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

5. Kategori Skoring

$$\text{Rendah} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$\text{Sedang} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

$$\text{Tinggi} = \left(\frac{f}{N}\right) \times 100\%$$

Hasil yang diperoleh dari analisis univariat akan menghasilkan data yang akan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan presentase dari setiap variabel penelitian (Rosaline & Rahmah, 2023).

e. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *chi-square* untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (faktor yang didasarkan pada sosiodemografi) dan variabel terikat (tingkat literasi pengobatan dengan pendekatan indikator teori HBM). Hasil uji *chi-square* digunakan untuk data nominal-ordinal dan uji *spearman* untuk data nominal-nominal yang digunakan untuk menentukan apakah ada hubungan signifikan antara dua variabel tersebut. Dengan tingkat kepercayaan 95%, hasil dapat dianggap signifikan jika p-value mereka $<0,05$. Dengan demikian, akan diketahui faktor-faktor berdasarkan sosiodemografi yang dapat memengaruhi tingkat literasi pengobatan, dan analisis dilakukan menggunakan instrumen SPSS (Rosaline & Rahmah, 2023)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Pengujian validitas dilakukan untuk memastikan bahwa setiap pertanyaan kuesioner memiliki kemampuan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji validitas yang telah dilakukan dalam penelitian ini ditampilkan dalam **Tabel 4.1.**

Tabel 4.1.
Hasil Uji Validitas Kuesioner *Health Belief Model*

Indikator	r_{hitung}	Sig.	r_{tabel}	Kriteria
S1	0,550	0,001	0,361	Valid
S2	0,675	0,000	0,361	Valid
S3	0,424	0,017	0,361	Valid
S4	0,691	0,000	0,361	Valid
S5	0,428	0,016	0,361	Valid
S6	0,505	0,004	0,361	Valid
S7	0,656	0,000	0,361	Valid
S8	0,626	0,000	0,361	Valid
S9	0,486	0,006	0,361	Valid
S10	0,102	0,584	0,361	Tidak Valid
S11	0,498	0,004	0,361	Valid
S12	0,633	0,000	0,361	Valid
S13	0,462	0,009	0,361	Valid
S14	0,637	0,000	0,361	Valid
S15	0,465	0,008	0,361	Valid
S16	0,250	0,175	0,361	Tidak Valid
S17	0,402	0,025	0,361	Valid
S18	0,708	0,000	0,361	Valid
S19	0,761	0,000	0,361	Valid
S20	0,654	0,000	0,361	Valid

Data kepemilikan : Data primer

Berdasarkan hasil uji validitas dengan nilai r tabel sebesar 0,361 pada taraf signifikansi 0,05, diperoleh bahwa 18 dari 20 item pernyataan Health Belief Model (S1–S9, S11–S15, S17–S20) dinyatakan valid karena memiliki nilai r hitung lebih besar dari 0,361 dan nilai signifikansi kurang dari 0,05. Sementara itu, item S10 (r hitung = 0,102; Sig. = 0,584) dan S16 (r hitung = 0,250; Sig. = 0,175) dinyatakan tidak valid karena r hitung lebih kecil dari 0,361 dan nilai signifikansi lebih besar dari 0,05. Oleh karena itu, kedua item tersebut dieliminasi dan tidak digunakan dalam analisis selanjutnya agar instrumen tetap memiliki validitas yang baik.

Selanjutnya uji reliabilitas dilakukan untuk memastikan bahwa jawaban responden konsisten dengan instrumen. Sebelum dilakukannya uji reliabilitas, diperlukan nilai *Alpha Cronbach* sebesar 0,60 sebagai dasar pengambilan keputusan. Suatu variabel dianggap reliabel jika nilainya $>0,60$ jika nilai variabel $<0,60$ maka variabel yang diteliti tidak dianggap reliabel. Hasil pengujian reliabilitas pada penelitian ini ditampilkan dalam **Tabel 4.2**.

Tabel 4.2 Reliability Statistics

<i>Cronbach's Alpha</i>	N of items
0,875	18

Data kepemilikan : Data primer

Berdasarkan **Tabel 4.2** dalam Uji reliabilitas dilakukan terhadap item pertanyaan yang telah dinyatakan valid, jika jawaban dari pertanyaan tersebut konsisten, variabel dapat dianggap handal atau

reliabel. Hasil untuk variabel ini adalah 0,875 yang menunjukkan bahwa *Alpha Cronbach* $0,875 > 0,60$ yang mengindikasikan bahwa instrumen tersebut reliabel atau dapat dipercaya.

4.1.2 Sosiodemografi Responden

Analisis sosiodemografi responden dilakukan dengan melakukan uji frekuensi. Responden dalam penelitian ini berjumlah 385 orang yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil uji frekuensi sosiodemografi responden diperoleh pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Hasil Uji Frekuensi Sosiodemografi Responden

Karakteristik responden	N	Persen (%)
Jenis Kelamin		
Laki Laki	72	18.7
Perempuan	313	81.3
Usia		
17 – 25	289	75.1
26 – 35	43	11.2
36 – 45	39	10.1
46 – 55	13	3.4
≥ 56	1	0.3
Tingkat Pendidikan Formal		
Tidak sekolah	2	0.5
SD/ sederajat	2	0.5
SMP/ sederajat	12	3.1
SMA/ sederajat	101	26.2
D3	45	11.7
S1	223	57.9
Pekerjaan		
Tidak bekerja	30	7.8
PNS	6	1.6
Pensiunan	1	0.3
Swasta	58	15.1
Pelajar/ Mahasiswa	265	68.8
Yang lain	25	6.5
Total	385	100%

Data kepemilikan : Data primer

Tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah responden perempuan dalam penelitian ini lebih banyak daripada jumlah responden laki-laki. Terdapat 72 responden laki-laki (18.7%) dan 313 responden perempuan (81.3%). Mayoritas responden dalam penelitian ini berusia 17 – 25 tahun (75.1%). Selain itu, tingkat pendidikan formal responden didominasi oleh jenjang S1 sebanyak 223 (57.9%), dengan mayoritas berstatus pekerjaan sebagai Pelajar/Mahasiswa sebanyak 265 (68.8%).

4.1.3 Tingkat Literasi Pengobatan

Tingkat Literasi Pengobatan di masyarakat Kota Semarang dilakukan dengan menggunakan uji frekuensi. Hasil uji frekuensi tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang disajikan pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Hasil Uji Frekuensi Tingkat Literasi Pengobatan

Tingkat Literasi Pengobatan	N	Persen (%)
Rendah	2	0.5
Sedang	170	44.2
Tinggi	213	55.3
Total	385	100%

Data kepemilikan : Data primer

Berdasarkan hasil penelitian yang disajikan pada tabel di atas diketahui bahwa mayoritas responden memiliki tingkat literasi pengobatan tinggi, yaitu sebanyak 213 responden (55.3%). Selanjutnya, responden dengan tingkat literasi pengobatan sedang berjumlah 170 responden (44.2%), sedangkan responden dengan tingkat literasi pengobatan rendah hanya 2 responden (0,5%) dari total 385 responden.

4.1.4 Tingkat Literasi Pengobatan masing-masing Dimensi

Tingkat Literasi Pengobatan masing masing dimensi juga dianalisis menggunakan uji frekuensi. Hasil uji disajikan pada **Tabel 4.5**.

Tabel 4.5 Hasil Uji Frekuensi Tingkat Literasi Pengobatan Masing Masing Dimensi

Dimensi	Tingkat Literasi Pengobatan	N	Persen (%)
<i>Perceived Susceptibility</i>	Rendah	17	4,4
	Sedang	229	59,5
	Tinggi	139	36,1
<i>Perceived Severity</i>	Rendah	84	21,8
	Sedang	197	51,2
	Tinggi	104	27,0
<i>Perceived Benefits</i>	Rendah	23	6,0
	Sedang	226	58,7
	Tinggi	136	35,3
<i>Perceived Barriers</i>	Rendah	52	13,5
	Sedang	260	67,5
	Tinggi	73	19,0
<i>Cues to Action</i>	Rendah	34	8,8
	Sedang	239	62,1
	Tinggi	112	29,1
<i>Self Efficacy</i>	Rendah	78	20,3
	Sedang	215	55,8
	Tinggi	92	23,9

Data Kepemilikan : Data primer

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa pada seluruh dimensi *Health Belief Model*, tingkat literasi pengobatan responden didominasi kategori sedang. Pada dimensi *perceived susceptibility*, sebagian besar responden berada pada kategori sedang (59,5%), diikuti kategori tinggi (36,1%) dan rendah (4,4%). Pada dimensi *perceived severity*, kategori sedang juga

mendominasi (51,2%), sedangkan 27,0% berada pada kategori tinggi dan 21,8% pada kategori rendah.

Pada dimensi *perceived benefits*, 58,7% responden berada pada kategori sedang dan 35,3% pada kategori tinggi, sedangkan hanya 6,0% yang rendah. Dimensi *perceived barriers* menunjukkan proporsi kategori sedang paling besar dibandingkan dimensi lain, yaitu 67,5%, dengan 19,0% kategori tinggi dan 13,5% kategori rendah. Dimensi *cues to action* juga didominasi kategori sedang (62,1%), diikuti tinggi (29,1%) dan rendah (8,8%). Pada dimensi *self-efficacy*, 55,8% responden berada pada kategori sedang, 23,9% tinggi, dan 20,3% rendah.

4.1.5 Hasil Uji Hubungan Sociodemografi dan Tingkat Literasi Pengobatan

Hasil uji hubungan sociodemografi dan tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang dapat dilihat pada **Tabel 4.6** berikut:

Tabel 4.6 Hasil Uji Hubungan Sociodemografi dan Tingkat Literasi Pengobatan

Sociodemografi	Kategori	Tingkat Literasi Pengobatan			Total	P
		Rendah	Sedang	Tinggi		
		n	n	n		
Jenis Kelamin	Laki-laki	1	13	38	72	0.485
	Perempuan	1	137	175	313	
Usia	17 – 25 tahun	2	132	155	289	0.168
	26 – 35 tahun	0	15	28	43	
	36 – 45 tahun	0	17	22	39	
	46 – 55 tahun	0	5	8	13	
	≥56	0	1	0	1	
Tingkat Pendidikan	Tidak Sekolah	0	2	0	2	0.000*
	SD/Sederajat	0	2	0	2	
	SMP/Sederajat	2	9	1	12	
	SMA/Sederajat	0	83	18	101	
	D3	0	28	17	45	
	S1	0	46	177	223	

Sosiodemografi	Kategori	Tingkat Literasi Pengobatan				P
		Rendah	Sedang	Tinggi	Total	
		n	n	n		
Pekerjaan	Pensiunan	0	1	0	1	0.397
	Swasta	0	21	37	58	
	Pelajar/Mahasiswa	2	118	145	256	
	Yang lain	0	13	12	25	
Total		2	170	213	385	

Keterangan: Terdapat hubungan bermakna (uji *Chi-Square*, $p < 0,005$).
Data kepemilikan : Data primer

Berdasarkan **Tabel 4.6**, analisis hubungan karakteristik sosiodemografi dengan tingkat literasi pengobatan menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan literasi pengobatan ($p = 0,485$; $p > 0,05$). Demikian pula, variabel usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan ($p = 0,168$; $p > 0,05$). Sebaliknya, tingkat pendidikan memiliki hubungan yang bermakna dengan literasi pengobatan ($p = 0,000$; $p < 0,05$), yang mengindikasikan bahwa perbedaan tingkat pendidikan berkontribusi terhadap variasi tingkat literasi pengobatan masyarakat. Variabel pekerjaan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan ($p = 0,397$; $p > 0,05$). Temuan ini menegaskan bahwa faktor pendidikan merupakan determinan yang lebih relevan dalam memengaruhi literasi pengobatan dibandingkan karakteristik sosiodemografi lainnya.

4.2 Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi variabel berdasarkan sosiodemografi masyarakat Kota Semarang yang memengaruhi tingkat literasi pengobatan. Penelitian ini menggunakan responden yang tinggal di Kota

Semarang dengan usia >17 tahun dan telah menggunakan obat-obatan dalam 6 bulan terakhir, baik obat resep maupun non-resep. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan metode *cross sectional*. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *Health Belief Model* yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap 30 responden dan memperoleh hasil yang valid sehingga kuesioner dapat digunakan. Distribusi kuesioner dilakukan menggunakan platform digital, yaitu melalui *Google Form* selama 2 bulan, yaitu bulan November 2025 hingga Desember 2025, dengan total responden 385 yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Hasil penelitian ini diharapkan untuk mengetahui sosiodemografi masyarakat Kota Semarang sebagai faktor yang memengaruhi literasi pengobatan. Penelitian ini dilakukan setelah memperoleh izin dari komisi bioetik Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung dengan adanya *Ethical Clearence* No. 621/XI/2025/Komisi Bioetik.

4.2.1 Analisis Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

Analisis validitas instrumen dilakukan menggunakan uji *Pearson*, sedangkan uji reliabilitas menggunakan *Cronbach's Alpha* pada 30 responden. Uji validitas dilakukan terhadap 20 pertanyaan, dengan kriteria bahwa suatu item dinyatakan valid apabila memiliki nilai *r* hitung lebih besar dari *r* tabel. Terdapat dua pertanyaan yang dinyatakan tidak valid dan dieliminasi, sehingga jumlah item yang digunakan dalam kuesioner menjadi 18 pertanyaan. Selanjutnya, hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* sebesar 0,875, yang

mengindikasikan bahwa seluruh item yang valid memiliki reliabilitas yang memadai (*sufficient reliability*). Suatu instrumen dinyatakan reliabel apabila memiliki nilai *Cronbach's Alpha* lebih dari 0,70 (Machali, 2021; Rosita *et al.*, 2021).

4.2.2 Sosiodemografi Responden

Analisis karakteristik sosiodemografi terhadap 385 responden disajikan pada Tabel 4.3 berdasarkan hasil uji distribusi frekuensi. Proporsi responden perempuan (81,3%) lebih besar dibandingkan laki-laki (18,7%). Temuan ini sejalan dengan penelitian Alhomoud *et al.* (2025) yang melaporkan bahwa 75,7% respondennya adalah perempuan. Secara sosiologis, perempuan umumnya memiliki peran dominan dalam pengelolaan kesehatan keluarga, termasuk pengambilan keputusan terkait penggunaan obat. Menurut Mahemba *et al.* (2025) dan Narwadan *et al.* (2025), peran tersebut berkontribusi terhadap tingginya partisipasi perempuan dalam penelitian kesehatan serta kecenderungan yang lebih aktif dalam mencari informasi mengenai pengobatan. Komposisi responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok dengan keterlibatan tinggi dalam praktik penggunaan obat telah terwakili secara proporsional (Alhomoud *et al.*, 2025).

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada rentang usia 17–25 tahun (75,1%). Karakteristik ini sejalan dengan penelitian Alhomoud *et al.* (2025) di Arab Saudi yang melaporkan bahwa sekitar setengah responden berusia 18–24 tahun. Kelompok usia tersebut

termasuk generasi digital yang memiliki keterampilan tinggi dalam memanfaatkan internet untuk memperoleh informasi kesehatan. Selain itu, studi Lu et al. (2023) menyatakan bahwa individu berusia lebih muda memiliki fungsi kognitif yang lebih baik serta kemampuan memahami instruksi pengobatan secara lebih cepat dibandingkan kelompok usia lanjut (Alhomoud *et al.*, 2025; Lu *et al.*, 2023).

Mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan formal sarjana (S1), yaitu sebanyak 223 orang (57,9%). Tingkat pendidikan yang tinggi merupakan faktor penting dalam mendukung literasi pengobatan karena berkaitan dengan kemampuan memahami informasi kesehatan secara komprehensif. Temuan ini sejalan dengan penelitian Alhomoud *et al.* (2025) di Arab Saudi yang menyatakan bahwa individu dengan pendidikan tinggi memiliki tingkat literasi yang lebih baik, terutama dalam memahami teks kesehatan yang kompleks serta melakukan perhitungan dosis secara tepat. Pendidikan perguruan tinggi juga membentuk kemampuan berpikir kritis, sehingga mempermudah individu dalam menafsirkan label obat maupun informasi pada brosur kesehatan. Dengan demikian, karakteristik pendidikan responden dalam penelitian ini mendukung kapasitas kognitif yang memadai dalam pengambilan keputusan terkait penggunaan obat (Alhomoud *et al.*, 2025).

Tabel sosiodemografi juga menunjukkan bahwa mayoritas responden berprofesi sebagai pelajar/mahasiswa dengan total 265 responden (68.8%), Hal ini menunjukkan bahwa mahasiswa berada dalam

lingkungan belajar yang mendukung, seperti yang dibahas dalam penelitian Lu *et al.*, tahun 2023, yang menunjukkan bahwa mahasiswa terbiasa mencari solusi atau informasi permasalahan secara mandiri. Penelitian Alhomoud *et al.*, tahun 2025 juga mendukung temuan ini, karena penelitian mereka tentang profesi didominasi oleh pelajar/mahasiswa, kelompok ini cenderung lebih kritis dalam menerima informasi kesehatan (Alhomoud *et al.*, 2025; Lu *et al.*, 2023).

4.2.3 Tingkat Literasi Pengobatan

Tingkat literasi pengobatan pada seluruh dimensi *Health Belief Model* didominasi kategori sedang, yang menunjukkan bahwa pemahaman masyarakat sudah terbentuk namun belum optimal. Pada dimensi *perceived susceptibility*, proporsi kategori tinggi mencapai 36,1% dan rendah hanya 4,4%, sehingga dimensi ini dapat dikategorikan relatif kuat. Artinya, sebagian besar responden telah memiliki kesadaran terhadap kerentanan risiko kesalahan penggunaan obat. Temuan ini sejalan dengan studi Bachrun (2025) yang menyatakan bahwa persepsi kerentanan berkontribusi terhadap peningkatan perhatian individu terhadap informasi kesehatan dan perilaku preventif (Bachrun., 2025).

Dimensi *perceived benefits* juga tergolong kuat, dengan 35,3% kategori tinggi dan hanya 6,0% kategori rendah. Distribusi ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memahami manfaat penggunaan obat secara tepat. Penelitian Lu (2023) menjelaskan bahwa persepsi manfaat yang tinggi berkorelasi dengan kecenderungan individu

untuk mematuhi anjuran pengobatan dan mencari informasi kesehatan yang akurat. Demikian pula pada dimensi *cues to action*, meskipun didominasi kategori sedang (62,1%), proporsi kategori tinggi mencapai 29,1% dan rendah hanya 8,8%, sehingga dapat dikategorikan cukup kuat. Hal ini menunjukkan bahwa rangsangan eksternal, seperti informasi dari tenaga kesehatan atau media, telah berperan dalam membentuk literasi pengobatan (Lu et al., 2023).

Sebaliknya, dimensi *perceived severity* dan *self-efficacy* tergolong lebih lemah dibandingkan dimensi lainnya. Pada *perceived severity*, persentase kategori rendah mencapai 21,8% dan kategori tinggi hanya 27,0%, yang menunjukkan bahwa persepsi terhadap tingkat keparahan dampak kesalahan penggunaan obat belum sepenuhnya kuat. Kondisi serupa terlihat pada *self-efficacy*, dengan 20,3% kategori rendah dan 23,9% kategori tinggi. Proporsi kategori rendah yang relatif besar mengindikasikan bahwa sebagian responden belum memiliki keyakinan diri yang optimal dalam menggunakan obat secara tepat. Dzerounian et al (2022) menyebutkan bahwa *self-efficacy* merupakan determinan penting dalam perubahan perilaku kesehatan karena memengaruhi kemampuan individu dalam menerapkan pengetahuan yang dimiliki (Dzerounian et al., 2022)

Adapun dimensi *perceived barriers* didominasi kategori sedang (67,5%) dengan kategori tinggi sebesar 19,0% dan rendah 13,5%. Distribusi ini menunjukkan bahwa hambatan dalam memahami dan

menggunakan obat masih dirasakan pada tingkat moderat. Secara teoritis, semakin tinggi persepsi hambatan, semakin besar kemungkinan individu menunda atau menghindari perilaku kesehatan (Zulka et al, 2024). Oleh karena itu, penguatan literasi pengobatan perlu difokuskan pada peningkatan persepsi keparahan dan *self-efficacy*, serta reduksi hambatan yang dirasakan, agar seluruh dimensi dapat bergerak dari kategori sedang menuju tinggi secara lebih merata (Zulka et al, 2024).

4.2.4 Analisis Hubungan Sosiodemografi dengan Tingkat Literasi Pengobatan

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat literasi pengobatan kategori tinggi sebanyak 213 responden (55,3%), diikuti kategori sedang sebanyak 170 responden (44,2%), dan kategori rendah sebanyak 2 responden (0,5%). Distribusi ini menggambarkan bahwa mayoritas masyarakat telah memiliki kemampuan yang baik dalam memahami informasi terkait penggunaan obat.

Hubungan antara jenis kelamin dan tingkat literasi pengobatan menunjukkan nilai p sebesar 0,485 ($p > 0,05$), sehingga tidak terdapat hubungan yang signifikan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Huang et al. (2025), Iqbal et al. (2023), serta Kavit et al. (2022) yang melaporkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan secara signifikan dengan tingkat literasi kesehatan. Menurut Kavit et al. (2022), literasi kesehatan lebih dipengaruhi oleh faktor pendidikan, pengalaman, dan akses informasi dibandingkan karakteristik biologis. Dengan demikian, perbedaan laki-

laki dan perempuan tidak menjadi determinan utama dalam kemampuan memahami dan menggunakan obat secara rasional (L. Huang *et al.*, 2025; Iqbal *et al.*, 2023; Kavit *et al.*, 2022).

Berdasarkan analisis uji *Spearman* hubungan usia dengan tingkat literasi pengobatan, hasil dalam penelitian ini menunjukkan hasil nilai *P-value* 0.168 (> 0.05), sehingga hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat literasi pengobatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Kavit *et al.*, (2022), dan Iqbal *et al.*, (2023), yang menunjukkan bahwa pada populasi ini bahwa usia tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan tingkat literasi pengobatan. Menurut Kavit *et al.*, orang dewasa yang lebih tua masih dapat memiliki literasi yang baik selama faktor pendukung lainnya, seperti pengalaman mereka dengan penyakit kronis dan akses informasi. Temuan ini menguatkan bahwa usia muda maupun lansia memiliki peluang yang relatif sama dalam memahami informasi terkait penggunaan obat (Cartwright & Smith, 2024; Blows & Isaacs, 2022). Hasil penelitian ini menunjukkan secara statistik bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dan tingkat literasi pengobatan (Iqbal *et al.*, 2023; Kavit *et al.*, 2022).

Hasil uji hubungan antara tingkat pendidikan dan tingkat literasi pengobatan mendapatkan hasil nilai *P-value* 0.000 ($p < 0.05$), yang menunjukkan hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan tingkat literasi pengobatan. Studi ini sejalan dengan penelitian Huang *et*

al., (2025), Iqbal *et al.*, (2023), dan penelitian Kavit *et al.*, (2022). Dengan demikian, temuan ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan literasi pengobatan. Menurut Huang *et al.*, tingkat pendidikan yang lebih tinggi membantu individu memperoleh dan memahami prosedur penggunaan obat. Hal ini secara langsung dapat meningkatkan literasi pengobatan mereka. Dibandingkan dengan individu dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, kelompok ini lebih mampu mengelola pengobatan mereka sendiri karena mereka memiliki keunggulan dalam hal informasi yang tersedia dan kedalaman pengetahuan (L. Huang *et al.*, 2025; Iqbal *et al.*, 2023; Kavit *et al.*, 2022).

Hasil uji hubungan pekerjaan dan tingkat literasi pengobatan mendapatkan hasil dengan nilai *P-value* 0.397 (< 0.05), sehingga hasil ini menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan dan tingkat literasi pengobatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Kavit *et al.*, (2022), Alhomoud *et al.*, (2025), dan penelitian Lu *et al.*, (2023). Oleh karena itu, hasil ini menunjukkan bahwa pekerjaan tidak meningkatkan pemahaman informasi medis. Kavit *et al.*, menyatakan bahwa, meskipun pekerjaan memengaruhi kondisi ekonomi, akses ke sumber informasi, dan asuransi kesehatan perusahaan, namun faktor-faktor ini tidak secara signifikan meningkatkan kompetensi literasi pengobatan tanpa pendidikan yang memadai (Alhomoud *et al.*, 2025; Kavit *et al.*, 2022; Lu *et al.*, 2023).

Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan kausal maupun perubahan variabel dari

waktu ke waktu. Karakteristik responden didominasi oleh kelompok usia 17–25 tahun, berpendidikan S1, dan berstatus pelajar/mahasiswa, sehingga sampel kurang heterogen. Maji & Ghosh (2025) serta Lyu & Simkins (2024) menyatakan bahwa kondisi ini berpotensi memengaruhi hasil uji statistik dan dapat menjadi salah satu penyebab tidak signifikannya beberapa variabel sosiodemografi. Distribusi kuesioner melalui Google Form dengan teknik *purposive sampling* juga belum sepenuhnya menjamin keterwakilan seluruh lapisan masyarakat Kota Semarang, khususnya kelompok usia lanjut dan masyarakat dengan keterbatasan akses digital. Oleh karena itu, generalisasi hasil penelitian perlu dilakukan secara hati-hati. Selain itu, penggunaan kuesioner daring berpotensi menimbulkan *self-report bias* karena pengisian dilakukan secara mandiri tanpa pendampingan peneliti (Akbulut, 2025; Gardner et al., 2024).

Keterbatasan dalam heterogenitas responden dan representativitas sampel memberikan implikasi metodologis bahwa penelitian selanjutnya disarankan menggunakan teknik *probability sampling* serta distribusi kuesioner secara luring (offline) untuk menjangkau kelompok masyarakat yang lebih beragam. Selain itu, diperlukan strategi distribusi yang lebih sistematis pada berbagai wilayah administratif di Kota Semarang guna meningkatkan validitas eksternal dan daya generalisasi hasil penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Tingkat literasi pengobatan masyarakat Kota Semarang sebagian besar berada pada kategori tinggi (55,3%).
- 5.1.2 Faktor sosiodemografi tingkat pendidikan memiliki hubungan dengan tingkat literasi pengobatan masyarakat. Sebaliknya, jenis kelamin, usia, dan pekerjaan tidak menunjukkan hubungan dengan tingkat literasi pengobatan.

5.2 Saran

- 5.2.1 Masyarakat diharapkan lebih aktif mencari informasi obat dari sumber yang tepercaya, seperti tenaga kesehatan dan institusi resmi, serta membiasakan verifikasi informasi dari media digital. Peningkatan pemahaman, kesadaran risiko, dan keyakinan diri dalam penggunaan obat akan mendukung praktik penggunaan obat yang rasional dan aman.
- 5.2.2 Institusi pendidikan, pemerintah daerah, serta instansi terkait di bidang kesehatan diharapkan dapat menyusun dan mengembangkan program edukasi literasi pengobatan yang lebih merata dan inklusif. Upaya ini penting untuk menjangkau kelompok masyarakat yang belum terwakili secara optimal, terutama masyarakat dengan tingkat pendidikan rendah, usia lanjut, serta keterbatasan akses digital.

5.2.3 Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan desain *longitudinal* atau *intervensi* untuk mengamati perubahan tingkat literasi pengobatan dari waktu ke waktu. Selain itu, perlu dilakukan pengambilan sampel dengan teknik *probability sampling* dan distribusi data secara luring agar memperoleh responden yang lebih heterogen dan representatif. Penambahan variabel di luar faktor sosiodemografi juga dianjurkan agar hasil penelitian lebih komprehensif dan memiliki validitas eksternal yang lebih kuat.



DAFTAR PUSTAKA

- Akbulut, Y. (2025). Beyond self-reports: Addressing bias and improving data quality in educational research. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 16(2), 115-123.
- Alhomoud, F., Alsaeed, W., Alzainaldain, F., Alelq, K., Alhomoud, F., Alamer, K., Alsultan, M., Alqarni, Y., Alshehail, B., & Alhifany, A. (2025). Think Before You Take: Understanding Adult Medication Literacy in Saudi Arabia. *Patient Preference and Adherence*, Volume 19, 1973–1990. Dikutip dari <https://doi.org/10.2147/PPA.S536578>
- Ariyanti, K. S., Dewi, T. P., Indraswari, N. L. A., Herliawati, P. A., & Sariyani, M. D. (2025). Perilaku Pengambilan Keputusan tentang Kesehatan Ibu dan Anak dalam Tradisi Perkawinan Nyentana: Studi Kasus di Desa Gadungan Tabanan Bali. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar*, 20(1), 28-37.
- Bachrun, E. (2025). *Model Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Pada perilaku Pencegahan Faktor Risiko Sindroma Metabolik*. Penerbit NEM.
- Blows, S., & Isaacs, S. (2022). Prevalence and factors associated with substance use among university students in South Africa: implications for prevention. *BMC psychology*, 10(1), 309.
- BPS. (2025). KOTA SEMARANG DALAM ANGKA Semarang Municipality In Figures 2025 (Vol. 52).
- Butar, H. A. B., Aryani, L., Hartini, E., & Wulandari, F. (2024). Perbandingan Literasi Kesehatan Mahasiswa Aktif Fakultas Kesehatan dengan Non Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang. *Afiasi: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(2), 146–154. Dikutip dari <https://doi.org/10.31943/afiasi.v9i2.368>
- Cartwright, A., & Smith, C. (2024). *Elderly people, their medicines, and their doctors*. Routledge.
- Dewi Rury Arindari, Dessy Suswitha, & Shinta Maharani. (2024). Aplikatif Health Belief Model Melalui Promosi Kesehatan Pentingnya Hidup Bersih Dan Sehat Pada Keluarga Dengan Resiko Tinggi. *Ukhuwah : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(1), 33–39. Dikutip dari <https://doi.org/10.52395/ujpkm.v2i1.425>
- Dzerounian, J., Pirrie, M., AlShenaiber, L., Angeles, R., Marzanek, F., & Agarwal, G. (2022). Health knowledge and self-efficacy to make health behaviour changes: a survey of older adults living in Ontario social housing. *BMC geriatrics*, 22(1), 473.

- Gardner, B., Lally, P., & Rebar, A. L. (2024). Can—And should—Automaticity be self-reported using a single item? A secondary analysis of 16 datasets. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, *16*(4), 2438-2457.
- Huang, L., Wei, F., Liu, Y., Xu, J., Wu, J., Wang, Q., Wang, S., & Wu, W. (2025). Measuring the medication literacy level of community residents: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1605296. Dikutip dari <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1605296>
- Huang, Y., Yang, Y., Wang, T., Ho, Y., & Chan, H. (2025). Translation and Validation of the Medication Understanding and Use Self-Efficacy Scale Among Patients With Type 2 Diabetes in Taiwan. *Health Expectations*, *28*(2), e70222. Dikutip dari <https://doi.org/10.1111/hex.70222>
- Ibrahim, H. A., Nahari, M. H., Alshahrani, M. A., Al-Thubaity, D. D., Elgzar, W. T., El Sayed, H. A., & Sayed, S. H. (2022). Cervical cancer perceived risks and associated factors among women in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *African Journal of Reproductive Health*, *26*(7s), 13-22.
- Iqbal, W., Gusti, A., Pratama, D. K., & Wahyuni, R. (2023). Determinan Tingkat Literasi Kesehatan Masyarakat yang Berkunjung ke Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, *6*(1), 8–19. Dikutip dari <https://doi.org/10.36984/jkm.v6i1.336>
- Islami, D., Anugerah, M. F., Yahya, M. R., Dini, B., & Anita, F. (2023). Kedisiplinan Literasi Kesehatan Dalam Pemakaian Obat Guna Meningkatkan Kualitas Kesehatan Siswa Pesantren Darul Qur'an. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*.
- Kavit, M. A. A. A., Purnami, C. T., Agushybana, F., & Dharminto, D. (2022). Hubungan Faktor Demografi dengan Literasi Kesehatan tentang Penyakit tidak Menular pada Lansia. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, *10*(2), 95–105. <https://doi.org/10.14710/jmki.10.2.2022.95-105>
- Kirwelakubun, A., & Winarti, E. (2024). Implementasi Health Belief Model Pada Perilaku Pencegahan Demam Berdarah Dengue: *Literature Review*. *5*.
- Kurniawan, D. W., & Kamaluddin, R. (2024). Peningkatan Literasi Obat Melalui Pengabdian Kepada Masyarakat Berbasis Asset Based Community Development (Abcd) Di Sekitar Pondok Pesantren Darussalam Dukuhwaluh Purwokerto.
- Kurniawan, Y., & Yani, S. (2021). Efektifitas Pendidikan Kesehatan Berbasis Health Belief Model Terhadap Penyakit Kronis: *A Systematic Review*.
- Laili, N., Aini, E. N., & Rahmayanti, P. (2023). Hubungan Model Kepercayaan Kesehatan (Health Belief Model) dengan Kepatuhan Minum Obat pada

Pasien Hipertensi. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 7(2), 1–13. Dikutip dari <https://doi.org/10.33377/jkh.v7i2.157>

- Lu, T., Yang, Z., Chen, P., Li, J., Zheng, C., Kong, L., & Zhang, H. (2023). Influencing factors of medication literacy among community-dwelling older adult patients with hypertension: A study based on social learning theory. *Frontiers in Pharmacology*, 14, 1184701. Dikutip dari <https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1184701>
- Lu, X. (2023). The effects of patient health information seeking in online health communities on patient compliance in China: social perspective. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e38848.
- Lyu, H., Lu, Q., & Simkins, D. C. (2024). Statistical analysis of ordered pavement roughness perceptions with two-group random effects. *Journal of Transportation Engineering, Part B: Pavements*, 150(2), 04024018.
- Machali, I. (2021). Metode Penelitian Kuantitatif (Panduan Praktis merencanakan, Melaksanakan, Dan Analisis Dalam Penelitian Kuantitatif). Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan Universitas Islam Negeri (UIN).
- Mahemba, Y. S., Soegiantoro, D. H., & Rawar, E. A. (2025). Persepsi Masyarakat Indonesia Terhadap Peran Apoteker Komunitas Dalam Promosi Dan Edukasi Kesehatan Berdasarkan Pekerjaan. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 10(2).
- Mei, C., Xu, B., Cai, X., Wan, M., Zhao, Z., Lv, Y., Zhang, Y., & You, R. (2024). Factors affecting the medication literacy of older adults and targeted initiatives for improvement: A cross-sectional study in central China. *Frontiers in Public Health*, 11, 1249022. Dikutip dari <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1249022>
- Meidiawati, Y., Rahayu, A., Monica, R., & Nursya, F. (2024). *Promosi Kesehatan*. Gita Lentera.
- Mortelmans, L., Gentizon, J., & Dilles, T. (2024). Medication Literacy and Medication Self-Management: A Cross-Sectional Study in Hospitalised Patients (65+) With Polypharmacy. *Journal of Nursing Management*, 2024(1), 5430265. Dikutip dari <https://doi.org/10.1155/jonm/5430265>
- Noviana, L., & Awaludin, A. (2022). Health and Medicine In the Islamic Worldview (Study on Aqidah and Shari'ah Perspectives). *Tasfiah: Jurnal Pemikiran Islam*, 6(1), 21. Dikutip dari <https://doi.org/10.21111/tasfiah.v6i1.7422>
- Nugraha, A. (2024). Determinan dalam Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Penerbit NEM.

- Ong, Y. X., Kim, H. K., Pelzer, B. O., Tan, Y. Y., Lim, W. P., Chua, A. K. L., & Koh, B. Y. (2023). Profile identification and characterization of risk perceptions and preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: a latent profile analysis. *Frontiers in Psychology, 14*, 1085208.
- Rosaline, M., & Rahmah, N. A. (2023). Hubungan Health Belief dan Health Literacy dengan Kepatuhan Pengobatan pada Penderita Hipertensi. *MAHESA : Malahayati Health Student Journal, 3*(3), 572–585. Dikutip dari <https://doi.org/10.33024/mahesa.v3i3.9876>
- Rosita, E., Hidayat, W., & Yuliani, W. (2021). Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuesioner Perilaku Prososial. *FOKUS (Kajian Bimbingan & Konseling dalam Pendidikan), 4*(4), 279. Dikutip dari <https://doi.org/10.22460/fokus.v4i4.7413>
- Rusmadi, N., Pristianty, L., & Zairina, E. (2021). Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Kepatuhan Pengobatan Pasien Lansia dengan Hipertensi berdasarkan Teori Health Belief Model. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis, 8*(1), 60. Dikutip dari <https://doi.org/10.25077/jsfk.8.1.60-68.2021>
- Santika, A. A., Saragih, T. H., & Muliadi, M. (2023). Penerapan Skala Likert pada Klasifikasi Tingkat Kepuasan Pelanggan Agen Brilink Menggunakan Random Forest. *Jurnal Sistem dan Teknologi Informasi (JustIN), 11*(3), 405. Dikutip dari <https://doi.org/10.26418/justin.v11i3.62086>
- Solihin, O., & Abdullah, A. (2023). Komunikasi Kesehatan Era Digital Teori Dan Praktik. KENCANA.
- Suryaningrat, D., Abubakar, A., & Haddade, H. (2023). Pandangan Al-Qur'an Terhadap Penggunaan Obat Dalam Pengobatan Penyakit. 7.
- Wahyudin, U., Arifin, H. S., Gemiharto, I., & Setiaman, A. (2022). Pelatihan Peningkatan Literasi Kesehatan Dalam Mendisiplinkan Masyarakat Mematuhi Protokol Kesehatan Di Kabupaten Pangandaran: Pelatihan Peningkatan Literasi Kesehatan Dalam Mendisiplinkan Masyarakat Mematuhi Protokol Kesehatan Di Kabupaten Pangandaran. *Jurnal Kajian Budaya dan Humaniora, 4*(3), 362–366. Dikutip dari <https://doi.org/10.61296/jkbh.v4i3.70>
- Widyakusuma, N. N., Wiedyaningsih, C., & Kurniawati, F. (2019). Medication Literacy for Pharmacists: A Review. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (Journal of Management and Pharmacy Practice), 9*(1), 12. Dikutip dari <https://doi.org/10.22146/jmpf.41550>
- Zulka, A. N., Suryaningsih, Y., Wahyuningtiyas, N. L., Oktaviani, N. W., & Arifinda, P. A. B. (2024). Analisis Faktor Determinan Peningkatan Resiko Sedentary

lifestyle Mahasiswa Dengan Pendekatan Health belief model. *Professional Health Journal*, 5(2), 362-369.

