

FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TINGKAT LITERASI KESEHATAN PASIEN PELAYANAN KEDOKTERAN KELUARGA

Karina Samaria Santosa¹, Hadi Pratomo²

Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia¹

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia²

karinasamaria83@gmail.com¹, pratomohadi@gmail.com²

ABSTRACT

Health literacy is crucial for health management, but has still become a problem in many countries. The objective of this study was to assess patient's health literacy levels in Kiara Family Medicine Clinic of the Faculty of Medicine University of Indonesia and its determinants. This was a quantitative research with cross-sectional design. The population was all patients visiting the clinic during the data collection period. The samples were patients who met the inclusion and exclusion criteria, chosen with consecutive sampling. The minimal sample size was counted using different proportion hypothesis test formula, resulted in a minimum of 134 respondents. The independent variables were age, language, ethnicity, sex, level of education, length of education, occupation, income, access to health services, and health information access. The dependent variable was level of health literacy. The instruments were questionnaires on health literacy determinants and Newest Vital Sign adapted in bahasa Indonesia (NVS-I). Univariate, bivariate (chi-square test), and multivariate (logistic regression) analyses were conducted. There were 27.4% of respondents who had high health literacy level and 72.6% of respondents had low health literacy level. Factors associated with health literacy levels were health information access and length of education. The most dominant influencing factor of health literacy was accessibility to health information. More efforts are needed in promoting patient's health literacy through improving health information access.

Keywords : Family Medicine, Health Information Access, Health Literacy

ABSTRAK

Literasi kesehatan sangat penting untuk tata laksana kesehatan, namun masih menjadi masalah di berbagai negara. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat literasi kesehatan pasien di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara dan faktor-faktor yang berhubungan. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh pasien yang datang berobat selama periode pengambilan data. Sampel penelitian adalah pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, dipilih dengan teknik *consecutive sampling*. Besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus uji hipotesis beda proporsi dengan hasil total sampel minimal adalah 134 responden. Variabel bebas adalah usia, bahasa, etnis, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan responden. Variabel terikat adalah tingkat literasi kesehatan responden. Instrumen penelitian adalah kuesioner mengenai determinan tingkat literasi kesehatan dan instrumen *Newest Vital Sign* yang diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia (NVS-I) untuk mengukur tingkat literasi kesehatan. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (uji *chi-square*), dan multivariat (regresi logistik ganda) dengan batas kemaknaan $\alpha=0.05$. Terdapat 27.4% responden yang memiliki tingkat literasi kesehatan tinggi dan 72.6% memiliki tingkat literasi kesehatan rendah. Faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan tingkat literasi kesehatan adalah akses informasi kesehatan dan lama pendidikan. Akses informasi kesehatan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan. Diperlukan upaya peningkatan literasi kesehatan pasien melalui peningkatan akses informasi kesehatan.

Kata Kunci : Akses Informasi Kesehatan, Kedokteran Keluarga, Literasi Kesehatan

PENDAHULUAN

Literasi kesehatan merupakan sebuah tingkat kemampuan seseorang untuk mendapatkan, memproses, memahami serta menggunakan informasi kesehatan dan pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat mengenai kesehatan serta mengembangkan pengetahuan dan potensinya (Nielsen-bohlman et al., 2005; White, 2008). Literasi kesehatan melibatkan kemampuan untuk menggunakan dan menginterpretasikan teks, dokumen dan angka-angka secara efektif (Weiss et al., 2005). Kemampuan ini diantaranya adalah kemampuan membaca label obat, brosur informasi kesehatan, *informed consent*, memahami informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan baik secara tertulis maupun lisan, serta kemampuan untuk melakukan petunjuk atau prosedur pengobatan (White, 2008).

Literasi kesehatan yang tinggi akan membuat masyarakat memiliki kontrol yang lebih besar atas kesehatan mereka serta memungkinkan penggunaan informasi kesehatan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan (Peerson & Saunders, 2009). Dalam sistim pelayanan kesehatan saat ini, pasien dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah menghadapi lebih banyak tantangan dalam mengakses dan menggunakan sistem pelayanan kesehatan. Contohnya, mereka tidak mampu mengisi formulir yang diperlukan dalam prosedur kesehatan seperti dokumen asuransi kesehatan; menandatangani dokumen yang sebenarnya tidak dimengerti isinya; tidak memahami penjelasan atau instruksi tenaga kesehatan; salah mengikuti petunjuk yang tertera pada resep atau kemasan obat (Barclay, 2011.; Safeer & Keenan, 2005; Wolf et al., 2007). Mereka juga lebih buruk dalam menangani penyakit kronis karena penanggulangannya memerlukan pemahaman pasien yang mencukupi

mengenai penyakitnya, kemampuan mengatur diri (*self-management*), kepatuhan dalam mengkonsumsi berbagai obat serta modifikasi diet dan gaya hidup (Williams et al., 1998). Selain itu, pasien yang memiliki masalah literasi kesehatan cenderung lebih berisiko untuk dirawat di rumah sakit sehingga memiliki pengeluaran untuk perawatan kesehatan yang lebih tinggi, kurang menggunakan pelayanan kesehatan preventif dan memiliki perilaku kesehatan berisiko (Chew, 2004; Shah et al., 2010; Wallace, 2006).

Sampai saat ini literasi kesehatan masih menjadi masalah di banyak negara. Melihat luasnya dampak literasi kesehatan, beberapa penelitian telah mencoba melihat faktor-faktor yang mempengaruhi literasi kesehatan. Penelitian sebelumnya di beberapa negara lain menemukan bahwa usia, pendidikan, keadaan ekonomi, jenis kelamin, disparitas etnis, akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan merupakan faktor yang berhubungan dengan literasi kesehatan (Jovic-vranes et al., 2009; Lee et al., 2010; Ozdemir et al., 2010; White, 2008).

Walaupun literasi kesehatan merupakan konsep yang kompleks dan multidimensi, para peneliti telah mengembangkan beberapa instrumen untuk menilai tingkat literasi kesehatan. Salah satunya adalah perangkat *Newest Vital Sign* (NVS). Penilaian menggunakan NVS dilakukan dengan memberikan responden sebuah label nutrisi es krim dan meminta responden untuk menjawab enam pertanyaan yang jawabannya terdapat pada informasi di label nutrisi tersebut. Setiap jawaban yang benar mendapat skor satu. Jumlah skor kurang dari empat mengindikasikan tingkat literasi kesehatan yang rendah. Dasar dari penggunaan instrumen ini adalah kemampuan pasien untuk membaca dan menganalisis label nutrisi sebanding dengan kemampuan untuk dapat berhitung, membaca, kemampuan memahami dan penalaran

abstrak dalam konteks kesehatan. NVS dikembangkan karena melihat perlunya penilaian tingkat literasi kesehatan pasien yang dapat dilakukan dengan cepat dan akurat dalam pelayanan kesehatan. Tingkat literasi kesehatan dianggap sama pentingnya dengan tanda-tanda vital pasien yang lain sehingga pengukurannya pun disarankan dilakukan bersamaan dengan pengukuran tanda-tanda vital pasien (Ozdemir et al., 2010; Shah et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Pemahaman mengenai tingkat literasi kesehatan pasien diperlukan oleh para petugas di pelayanan kesehatan sehingga dapat memberi pendekatan, bentuk informasi serta edukasi kesehatan yang dapat dimengerti oleh pasien sesuai tingkat literasi kesehatannya (Pan et al., 2010). Petugas kesehatan sering keliru dalam memperkirakan tingkat literasi kesehatan pasiennya sehingga akhirnya komunikasi kesehatan tidak berjalan dengan baik (Shah et al., 2010). Apalagi pasien dengan tingkat literasi kesehatan yang rendah sering merasa malu untuk bertanya, memperjelas informasi kesehatan atau mengulang instruksi serta mengakui keterbatasan mereka kepada petugas kesehatan (Parker, 2000; Safeer & Keenan, 2005).

Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia adalah pelayanan kedokteran keluarga. Unsur komunikasi dan edukasi kesehatan ini sangat diutamakan dalam pelayanan ini, sehingga kedokteran keluarga memiliki tempat yang penting dalam penanganan masalah literasi kesehatan. Pelayanan kedokteran keluarga memiliki ciri-ciri utama yaitu sebagai pelayanan kesehatan primer yang langsung berhubungan dengan masyarakat, bersifat holistik, komprehensif, berkesinambungan serta menekankan keluarga sebagai unit sasaran pelayanan kesehatan daripada perorangan (Lubis, 2008). Ciri-ciri tersebut membuat pelayanan dokter keluarga memegang peran yang penting dalam peningkatan literasi kesehatan masyarakat. Pendekatan

yang beranjak dari konteks lokal masyarakat, dilakukan melalui pendidikan keluarga dan partisipasi masyarakat, memperhatikan faktor sosial budaya serta dilakukan secara berkesinambungan telah terbukti menjadi intervensi yang efektif dalam menangani masalah literasi kesehatan (Jahan, 2000). Agar dapat melakukan fungsi dan cirinya dengan efektif, langkah awal bagi dokter keluarga dalam meningkatkan literasi kesehatan pasien adalah dengan mengenali tingkat literasi kesehatan pasien serta mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhinya agar dapat dilakukan intervensi yang sesuai (Adams et al., 2009; Ng & Omariba, 2010; Safeer & Keenan, 2005; Shah et al., 2010).

Salah satu pelayanan kesehatan dengan pendekatan kedokteran keluarga di Indonesia adalah Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia (KDK FKUI) Kiara di Jakarta Pusat yang bernaung di bawah Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Pelayanan kesehatan yang dilakukan diantaranya adalah pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga, kegawatdaruratan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana. Klinik ini juga melakukan kunjungan rumah dan pembinaan keluarga, mendukung program kesehatan yang diprakarsai masyarakat seperti posyandu dan olah raga bersama, memberi penyuluhan kesehatan masyarakat dan pembinaan untuk para kader kesehatan secara rutin. Klinik ini melayani pasien-pasien dengan penyakit yang penanganannya membutuhkan literasi kesehatan, misalnya obesitas dan penyakit kronis (Kusumadewi, 2012).

Data mengenai tingkat literasi kesehatan pasien pada pelayanan kedokteran keluarga di Klinik Dokter Keluarga Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Kiara serta faktor-faktor yang berhubungan masih terbatas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya proporsi tingkat literasi kesehatan pasien di KDK FKUI Kiara Klinik serta faktor-

faktor yang berhubungan dengan tingkat literasi kesehatan tersebut.

METODE

Penelitian kuantitatif ini menggunakan desain potong lintang (*cross-sectional*). Data primer dikumpulkan dengan menggunakan metode wawancara dan pengamatan kepada responden yang terpilih sebagai sampel di KDK FKUI Kiara selama bulan Juni 2012. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah usia, bahasa, etnis, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan responden. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat literasi kesehatan responden.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang berobat ke KDK FKUI Kiara selama periode penelitian. Sampel penelitian adalah bagian dari populasi penelitian yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, sampai terpenuhi jumlah sampel yang diinginkan. Kriteria inklusi: (1) pasien berusia ≥ 17 tahun; (2) pasien menyetujui untuk ikut serta dalam penelitian dengan memberikan *informed consent*. Kriteria eksklusi: (1) pasien tidak dapat membaca instrumen penelitian; (2) pasien terlalu sakit untuk ikut serta dalam penelitian; (3) pasien memiliki gangguan kognitif. Penghitungan besar sampel minimal dalam penelitian ini menggunakan rumus uji hipotesis beda proporsi. Jumlah total sampel minimal yang dibutuhkan adalah

134 orang responden. Cara pemilihan sampel penelitian adalah dengan teknik *consecutive sampling* berdasarkan urutan datang pasien sampai terpenuhi besar sampel minimal.

Data primer mengenai determinan tingkat literasi kesehatan dikumpulkan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengamatan. Instrumen penelitian pertama adalah kuesioner mengenai determinan tingkat literasi kesehatan. Instrumen kedua adalah *Newest Vital Sign (NVS)* yang diadaptasi ke dalam bahasa Indonesia (NVS-I) untuk mengukur tingkat literasi kesehatan. Penerjemahan dilakukan dengan proses *translation and back-translation* (Fransen et al., 2011). Kedua instrumen telah diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Pengolahan data dilakukan dengan melalui proses pengeditan, pengkodean, pemrosesan, dan pembersihan dengan bantuan perangkat lunak statistik.

Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat (uji *chi-square*), dan multivariat (regresi logistik ganda) dengan batas kemaknaan $\alpha=0.05$. Asumsi dalam penelitian ini adalah akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan dapat diukur dalam skor. Jawaban responden atas pertanyaan-pertanyaan mengenai akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan diberi skor berdasarkan responnya. Skor ini kemudian dijumlahkan. Untuk kepentingan analisis, data dikategorikan seperti dalam Tabel 1 berikut.

Tabel 1. Pengkategorian Data

Variabel	Kategori Hasil Ukur
Tingkat literasi kesehatan	Tinggi(jumlah skor NVS-I ≥ 4) Rendah(jumlah skor NVS-I < 4)
Usia	17 – 25 tahun
	26 – 35 tahun
	36 – 45 tahun
	46 – 55 tahun
	≥ 56 tahun
Bahasa	Bahasa Indonesia
	Selain bahasa Indonesia

Etnis	Mayoritas Minoritas
Jenis kelamin	Pria Wanita
Tingkat Pendidikan	Tinggi = \geq Sekolah Menengah Pertama Rendah = $<$ Sekolah Menengah Pertama
Lama pendidikan	1 – 6 tahun 7 – 9 tahun 10 – 12 tahun 13 – 16 tahun \geq 17 tahun
Pekerjaan	Bekerja Tidak bekerja
Pendapatan	Tinggi = \geq Upah Minimum Regional saat tahun penelitian Rendah = $<$ Upah Minimum Regional saat tahun penelitian
Akses pelayanan kesehatan	Mudah = skor akses \geq median total skor akses seluruh responden Sulit = skor akses $<$ median total skor akses seluruh responden
Akses informasi kesehatan	Tinggi = skor akses \geq median total skor akses seluruh responden Rendah = skor akses $<$ median total skor akses seluruh responden

HASIL

Gambaran Tingkat Literasi Kesehatan Responden

Pengambilan data dilakukan terhadap 135 orang sampel. Dari hasil analisis didapatkan rata-rata skor NVS-I pasien KDK FKUI Kiara adalah 2.33 (95% CI: 2.00-2.67), dengan standar deviasi 1.974. Skor NVS-I terendah adalah 0 dan tertinggi adalah 6. Skor total responden kemudian dikategorikan menjadi tinggi (nilai skor total \geq 4) dan rendah (nilai skor total $<$ 4). Data distribusi tingkat literasi kesehatan responden menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden memiliki tingkat literasi kesehatan rendah yaitu 98 orang (72.6 %), sedangkan 37 orang responden (27.4 %) memiliki tingkat literasi kesehatan yang tinggi.

Karakteristik Responden

Karakteristik responden berdasarkan usia, bahasa untuk percakapan sehari-hari, etnis, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama pendidikan, pekerjaan, pendapatan, akses pelayanan kesehatan, dan akses informasi kesehatan dapat dilihat pada Tabel 2.

Responden paling banyak berada pada kelompok usia 46 – 55 tahun (28.1 %). Sebagian besar responden (91.1%)

menggunakan bahasa Indonesia untuk percakapan sehari-hari. Berdasarkan persentasenya, mayoritas responden berasal dari suku Jawa (40%). Sebanyak 96 pasien (71.1%) yang menjadi responden penelitian ini berjenis kelamin wanita, sedangkan yang berjenis kelamin pria berjumlah 39 orang (28.9%).

Tabel 2. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
Usia		
17 – 25 tahun	20	14.8
26 – 35 tahun	32	23.7
36 – 45 tahun	25	18.5
46 – 55 tahun	38	28.1
\geq 56 tahun	20	14.9
Bahasa		
Bahasa Indonesia	123	91.1
Selain bahasa Indonesia	12	8.9
Etnis		
Mayoritas	54	40
Minoritas		
Betawi	21	15.6
Sunda	18	13.3
Minang	13	9.6
Tionghoa	11	8.1
Batak	7	5.2
Melayu	4	3.0
Ambon	3	2.2
Bugis	2	1.5
Manado	1	0.7
India	1	0.7
Jenis kelamin		
Pria	39	28.9
Wanita	96	71.1

Tingkat pendidikan		
Tinggi (\geq SMP)	118	87.4
Rendah(<SMP)	17	12.6
Lama pendidikan		
1 – 6 tahun	13	9.6
7 – 9 tahun	20	14.8
10 – 12 tahun	54	40
13 – 16 tahun	36	26.7
\geq 17 tahun	12	8.9
Pekerjaan		
Bekerja	66	48.9
Tidak	69	51.1
Pendapatan		
Tinggi (\geq UMR)	113	83.7
Rendah (< UMR)	22	16.3
Akses pelayanan kesehatan		
Mudah	106	78.5
Sulit	29	21.5
Akses informasi kesehatan		
Tinggi	72	53.3
Rendah	63	46.7

Sebagian besar responden (87.4%) telah menyelesaikan tingkat pendidikan Sekolah Menengah Pertama. Dari jumlah tersebut, sebanyak 48.1% diantaranya telah menamatkan SMA dan 26.6 % telah mengenyam pendidikan di perguruan tinggi. Paling banyak responden (40%) mengenyam pendidikan selama 10-12 tahun.

Jumlah responden yang bekerja hampir sama dengan responden yang tidak bekerja. Terdapat 66 (48.9 %) responden yang bekerja, sedangkan sisanya (51.1%) tidak bekerja. Sebagian besar responden (83.7%) memiliki pendapatan keluarga di atas atau sama dengan UMR (Upah

Minimum Regional (UMR) DKI Jakarta tahun 2012 yaitu sebesar Rp. 1,529,150.00.

Akses pelayanan kesehatan dinilai dari persepsi responden terhadap jarak ke klinik, sarana dan biaya transportasi, biaya pengobatan, dan ketersediaan petugas kesehatan. Setelah dinilai dalam bentuk skor, sebanyak 78.5% responden memiliki akses yang mudah untuk menjangkau pelayanan kesehatan di KDK FKUI Kiara.

Akses informasi kesehatan dinilai dari persepsi responden mengenai banyaknya jenis sumber informasi kesehatan yang didapatkan frekuensi mendapat informasi kesehatan dari sumber-sumber tersebut, dan penerimaan atau akseptabilitas informasi kesehatan yang didapatkan. Setelah dinilai dalam bentuk skor, sebanyak 53.3 % responden memiliki akses informasi kesehatan yang tinggi, sedangkan 46.7 % termasuk ke dalam kategori akses informasi kesehatan yang rendah.

Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Literasi Kesehatan

Hasil analisis bivariat antara faktor sosiodemografi, akses pelayanan kesehatan dan akses informasi kesehatan dengan tingkat literasi kesehatan dapat dilihat dalam Tabel 3.

Tabel 3. Hubungan antara Faktor Sosiodemografi, Akses Pelayanan Kesehatan dan Akses Informasi Kesehatan dengan Tingkat Literasi Kesehatan Responden

Variabel		Tingkat Literasi Kesehatan <i>p value</i>				
		Tinggi		Rendah		
		n	%	n	%	
Usia	17 – 25 tahun	7	35	13	65	0.457
	26 – 35 tahun	11	34.4	21	65.6	
	36 – 45 tahun	5	20	20	80	
	46 – 55 tahun	11	28.9	27	71.1	
	\geq 56 tahun	3	15	17	85	
Bahasa	Bahasa Indonesia	35	28.5	88	71.5	0.511
	Bahasa lain	2	16.7	10	83.3	
Etnis	Mayoritas	18	33.3	36	66.7	0.288
	Minoritas	19	3.5	62	76.5	

Jenis kelamin	Pria	6	15.4	33	84.6	0.075
	Wanita	31	32.3	65	67.7	
Tingkat pendidikan	Tinggi (\geq SMP/ sederajat)	37	31.9	81	68.6	0.003
	Rendah ($<$ SMP/ sederajat)	0	0	17	100	
Lama pendidikan	\geq 13 tahun	24	50	24	50	0.0005
	1-12 tahun	13	14.9	74	85.1	
Pekerjaan	Bekerja	20	30.3	46	69.7	0.586
	Tidak bekerja	17	24.6	52	75.4	
Pendapatan	Tinggi (\geq UMR)	37	32.7	76	67.3	0.004
	Rendah ($<$ UMR)	0	0	22	100	
Akses pelayanan kesehatan	Mudah	28	26.4	78	73.6	0.795
	Sulit	9	31	20	69	
Akses informasi kesehatan	Tinggi	32	44.4	40	55.6	0.0005
	Rendah	5	7.9	58	92.1	

Dari hasil analisis bivariat didapatkan bahwa faktor yang berhubungan dengan tingkat literasi kesehatan adalah tingkat pendidikan, lama pendidikan, pendapatan dan akses informasi kesehatan.

Untuk melihat faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat literasi kesehatan, dilakukan analisis multivariat yang melihat hubungan variabel- variabel independen dengan variabel dependen secara bersamaan. Untuk mewakili faktor pendidikan, variabel tingkat pendidikan dan lama pendidikan tidak dapat dimasukkan bersama-sama ke dalam

analisis multivariat karena dapat menyebabkan kolinearitas. Oleh karena itu, peneliti memilih variabel lama pendidikan untuk mewakili faktor pendidikan tersebut. Variabel yang memiliki nilai $p > 0.05$ dikeluarkan dari model multivariat secara bertahap, mulai dari variabel yang nilai p -nya terbesar. Jika pengeluaran variabel dari model menyebabkan perubahan OR $> 10\%$, maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Setelah melalui tahapan tersebut didapatkan model terakhir seperti dalam Tabel 4.

Tabel 4. Faktor Yang Paling Berpengaruh terhadap Tingkat Literasi Kesehatan

Variabel	<i>p value</i>	OR (95% CI)
Akses informasi kesehatan	0.0005	7.230 (2.378-21.985)
Lama pendidikan	0.0005	5.887 (2.217-15.634)
Usia	0.054	2.589 (0.982-6.828)
Etnis	0.141	2.101 (0.781-5.648)
Status pekerjaan	0.324	1.643 (0.613-4.405)
Jenis kelamin	0.116	0.370 (0.107-1.280)

Dari model multivariat terakhir didapatkan bahwa variabel yang berhubungan bermakna dengan tingkat literasi kesehatan adalah akses informasi kesehatan ($p = 0.0005$) dan lama pendidikan ($p = 0.0005$). Variabel yang

paling dominan adalah akses informasi kesehatan dengan OR=7,230. Artinya, individu yang akses informasi kesehatannya tinggi mendapat peluang untuk memiliki tingkat literasi kesehatan yang tinggi tujuh kali lebih besar

dibanding individu yang akses informasi kesehatannya rendah.

PEMBAHASAN

Besarnya proporsi literasi kesehatan rendah ini sejalan dengan hasil penelitian di Turki pada tahun 2010 yang juga dilakukan terhadap pasien klinik kedokteran keluarga dan menggunakan instrumen NVS versi bahasa Turki, yaitu 28.1 % responden memiliki literasi kesehatan tinggi dan 71.9% memiliki literasi kesehatan yang rendah (Ozdemir et al., 2010). Penelitian serupa di Amerika Serikat yang dilakukan di lima pelayanan kesehatan primer (dua klinik dokter keluarga di daerah sub-urban, satu klinik dokter keluarga di daerah rural, dan sebuah klinik kesehatan komunitas perkotaan) juga menunjukkan lebih banyak responden yang memiliki tingkat literasi kesehatan yang rendah (51.9%) dibandingkan literasi kesehatan tinggi (48.1%) (Shah et al., 2010). Di Belanda, instrumen NVS yang diadaptasi ke dalam bahasa Belanda digunakan untuk mengukur literasi kesehatan pasien penyakit jantung koroner dan diabetes melitus tipe 2. Sebanyak 20.1% responden memiliki tingkat literasi kesehatan yang tinggi dan 79.9% responden memiliki tingkat literasi kesehatan yang rendah (Fransen et al., 2011).

Hasil serupa didapatkan oleh beberapa penelitian di Indonesia dalam beberapa tahun terakhir. Pengukuran literasi kesehatan pada pasien hipertensi di Malang tahun 2014 yang menggunakan kuisioner REALM-R (*the Rapid Estimate for Adult Literacy in Medicine-Revised*) memperoleh hasil 65.35% responden memiliki tingkat literasi kesehatan yang buruk (Soemitro, 2014). Penelitian di Cilegon tahun 2019 yang menggunakan instrumen *Health Literacy Scale European Union 16 Questions* (HLS-EU-Q16) yang diadaptasi memberikan hasil rerata skor yang menunjukkan tingkat literasi kesehatan yang rendah (Sahroni et al.,

2019). Penelitian di Universitas Pattimura, Maluku yang menggunakan NVS versi bahasa Indonesia yang dimodifikasi untuk mengukur literasi gizi pada mahasiswa memberikan hasil hanya 19.89% partisipan memiliki tingkat literasi yang adekuat (Sopamena et al., 2020). Hasil-hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa dalam kurun waktu satu dasawarsa ini belum banyak perbaikan dalam tingkat literasi kesehatan masyarakat di Indonesia.

Upaya peningkatan literasi kesehatan perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang mempengaruhinya agar dapat dilakukan intervensi yang tepat. Akses informasi kesehatan menjadi determinan yang paling berpengaruh dalam penelitian ini. Hasil ini sejalan dengan penelitian Lastiti et al. (2018) yang menemukan bahwa dengan makin meningkatnya akses terhadap informasi kesehatan, maka literasi kesehatan juga makin meningkat dan pada akhirnya mempengaruhi peningkatan perilaku kesehatan. Sebuah penelitian yang membandingkan tingkat literasi kesehatan antara mahasiswa kesehatan dan non-kesehatan memberikan hasil bahwa frekuensi akses informasi kesehatan *online* memiliki hubungan yang bermakna dengan tingkat literasi kesehatan. Mahasiswa yang memiliki tingkat literasi kesehatan yang lebih tinggi cenderung menggunakan sumber informasi kesehatan yang terpercaya (Lestari & Handiyani, 2017).

Peningkatan akses terhadap informasi kesehatan serta kapasitas dalam menggunakan informasi tersebut secara efektif sangat penting dalam masalah literasi kesehatan karena informasi kesehatan yang komprehensif, dapat diakses serta sesuai dengan kebutuhan dan latar belakang sosial budaya individu akan menghasilkan keputusan-keputusan kesehatan yang baik (Ishikawa & Kiuchi, 2010; Nutbeam, 2000). Di sisi lain, orang dengan tingkat literasi kesehatan yang lebih tinggi akan memiliki perilaku pencarian informasi kesehatan yang lebih baik (Lee et al., 2021) dan cenderung

untuk dapat memperoleh informasi kesehatan yang mencukupi dari berbagai sumber (Suka et al., 2015). Literasi kesehatan yang lebih tinggi akan memungkinkan seseorang untuk menganalisis informasi yang didapat serta menentukan informasi yang sesuai dan dapat dipercaya (Chen, 2017).

Pelayanan kedokteran keluarga memiliki peranan penting dalam pemberian informasi kesehatan yang memperhatikan tingkat literasi kesehatan pasien. Sifat pelayanan ini adalah mengembangkan hubungan jangka panjang dengan pasien serta melihat pasien secara komprehensif. Hal ini memberi kesempatan lebih besar untuk edukasi kesehatan yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik pasien (Kumar & Sharma, 2013).

Selain isi informasi kesehatan, media yang digunakan untuk memberikan informasi juga berpengaruh dalam penerimaan informasi kesehatan. Penelitian Arneliwati et al. (2019) dan Musdalifah et al. (2021) yang menggunakan media audiovisual untuk upaya promosi kesehatan membuktikan bahwa media ini berpengaruh signifikan terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku kesehatan karena memberikan rangsangan terhadap indera penglihatan dan pendengaran, serta memberikan contoh nyata yang mempengaruhi perhatian, persepsi serta emosi sehingga hasil yang diperoleh dapat lebih maksimal.

Tingkat literasi kesehatan juga dipengaruhi oleh pendidikan. Makin tinggi tingkat pendidikan maka makin tinggi tingkat kemelekan kesehatannya. Hasil ini sejalan dengan yang ditemukan dalam berbagai penelitian yang lain di luar dan dalam negeri (Jovic-vranes et al., 2009; Ozdemir et al., 2010; Sahroni et al., 2019; White, 2008). Pendidikan membangun tingkat literasi. Literasi mempengaruhi kemampuan seseorang untuk mendapatkan informasi, kemampuan kognitif dan linguistik serta kemampuan untuk mengatur perilaku. Tingkat literasi secara

langsung berpengaruh pada kemampuan untuk mendapatkan informasi kesehatan, mempelajari pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan, mengikuti aturan pengobatan dan berkomunikasi dengan orang lain tentang kesehatan. Pondasi literasi kesehatan dimulai sejak usia dini dan berlanjut seiring proses pembelajaran seumur hidup (Kickbush et al., 2013). Sistem pendidikan memiliki peranan penting dalam meningkatkan literasi kesehatan. Sekolah dapat menjangkau peserta didik dari berbagai latar belakang sosial ekonomi sejak dari anak-anak untuk waktu yang panjang sehingga menjadi intervensi jangka panjang yang sesuai untuk memperkuat kemampuan literasi kesehatan (Vamos et al., 2020).

Meski demikian, menjadi catatan bahwa tingkat pendidikan atau literasi tidak selalu berjalan beriringan dengan literasi kesehatan oleh karena keduanya bersifat dinamis dan harus dilihat dalam konteksnya (Kickbush et al., 2013). Pada penelitian ini, 87.4% responden telah menyelesaikan wajib belajar 9 tahun dan 74.7% telah menamatkan SMA dan jenjang perguruan tinggi. Meski demikian, hanya 27.4% yang memiliki tingkat kemelekan kesehatan yang tinggi. Hal ini perlu diingat oleh tenaga kesehatan saat berkomunikasi dengan pasien. walaupun tingkat pendidikan pasien cukup tinggi, belum tentu pasien tersebut memiliki pemahaman yang baik terhadap informasi kesehatan yang diberikan. Kondisi serupa juga ditemukan pada penelitian tingkat literasi kesehatan mahasiswa tahun pertama dan tahun ketiga di beberapa fakultas kesehatan dan non-kesehatan, bahwa kedua kelompok tidak mencapai tingkat literasi kesehatan yang memuaskan (Lestari & Handiyani, 2017).

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, penelitian ini hanya mengukur literasi kesehatan dalam dimensi fungsional, tidak mengukur dimensi komunikatif dan dimensi kritis. Saat ini, berbagai penelitian telah dan sedang dilakukan untuk mengembangkan

instrumen pengukuran literasi kesehatan yang komprehensif dan sesuai dengan konteks populasi yang diukur (Pelikan et al., 2020). Kedua, pelaksanaan penelitian ini terlokalisasi di satu klinik pelayanan kedokteran keluarga dan memakai *teknik non-probability sampling* yaitu *consecutive sampling* sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisir untuk pasien di pelayanan kesehatan yang lain atau di daerah yang lain. Ketiga, peneliti tidak dapat melakukan validasi perbandingan instrumen pengukuran tingkat literasi kesehatan NVS versi Indonesia yang digunakan dengan instrumen baku karena pada saat penelitian dilakukan, belum tersedia instrumen pengukuran literasi kesehatan yang menjadi gold standard di Indonesia. Keempat, terdapat pertanyaan-pertanyaan dalam instrumen yang membutuhkan *memory recall* sehingga dapat menyebabkan *recall bias*.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa sebagian besar pasien di KDK FKUI Kiara pada tahun 2012 memiliki tingkat literasi kesehatan rendah dengan pengukuran menggunakan instrument NVS-I. Terdapat hubungan yang bermakna antara akses informasi kesehatan dan lama pendidikan dengan tingkat literasi kesehatan pasien. Akses informasi kesehatan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan terhadap tingkat literasi kesehatan pasien.

Disarankan adanya penelitian lebih lanjut mengenai instrumen pengukuran literasi kesehatan untuk mengembangkan instrumen yang telah tersedia atau membuat instrumen tambahan, serta adanya survei literasi kesehatan dalam skala lebih besar yang hasilnya dapat menjadi dasar rekomendasi kebijakan (Pelikan et al., 2020).

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada pimpinan dan jajaran staf KDK FKUI Kiara, seluruh responden, MedGo serta semua pihak yang telah mendukung proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, R. J., Stocks, N. P., Wilson, D. H., Hill, C. L., Gravier, S., Kickbush, I., & Beilby, J. J. (2009). Health literacy: an new concept for general practice? *Australian Family Physician*, 38(3), 144–146.
- Barclay, L. (2011). *Limited Literacy May Reduce Prescription Adherence - Medscape - Feb 28, 2011*. Medscape. <https://www.medscape.com/viewarticle/738090>
- Chen, H. (2017). *Association Between Health Literacy , Health Information Access , and Health Care Choices in China* (Issue April) [Instituto Universitario de Lisboa]. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15902/1/han_chen_diss_mestrado.pdf
- Chew, L. D. (2004). The impact of low health literacy on diabetes outcomes. *Diabetes Voice*, 49(3), 30–32.
- Fransen, M. P., Van Schaik, T. M., Twickler, T. B., & Essink-Bot, M. L. (2011). Applicability of internationally available health literacy measures in the Netherlands. *Journal of Health Communication*, 16(SUPPL. 3), 134–149. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604383>
- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-18>
- Jahan, R.A. (2000). Promoting health literacy: a case study in the prevention of diarrhoeal disease from Bangladesh. *Health Promotion*

- International*, 15(4), 285–291.
- Jovic-vranes, A., Bjegovic-mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients : data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490–495. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp049>
- Kickbush, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health Literacy: The Solid Facts. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- Kumar, R., & Sharma, K. . (2013). Role of Family Physicians in Healthcare System. *Wolters Kluwer India*, December, 1–8.
- Kusumadewi, D. (2012). *Kiara Family Medicine Clinic*.
- Lee, H. Y., Jin, S. W., Henning-smith, C., Lee, J., Lee, J., & Ave, H. (2021). Role of Health Literacy in Health-Related Information-Seeking Behavior Online : Cross-sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e14088. <https://doi.org/10.2196/14088>
- Lee, S. D., Tsai, T., Tsai, Y., & Kuo, K. N. (2010). Health literacy , health status , and healthcare utilization of Taiwanese adults : results from a national survey. *BMC Public Health*, 10(1), 614. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-614>
- Lestari, P., & Handiyani, H. (2017). The higher level of health literacy among health students compared with non-health students. *UI Proc. HealthMed*, 1, 46–50. <http://proceedings.ui.ac.id/index.php/uiphm/article/download/141/185>
- Lubis, F. (2008). Dokter Keluarga Sebagai Tulang Punggung dalam Sistem Pelayanan Kesehatan. *Majalah Kedokteran Indonesia*, 58, 27–34. GoogleScholar
- Ng, E., & Omariba, D. W. R. (2010). *Health Literacy and immigrants in Canada : Determinants and effects on health outcomes* (Issue March).
- Nielsen-bohlman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A., & Literacy, H. (2005). Health literacy: a prescription to end confusion. In *Choice Reviews Online* (Vol. 42, Issue 07). National Academies Press. <https://doi.org/10.5860/choice.42-4059>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century CONTEMPORARY HEALTH. *Health Promotion International*, 15(3), 259–268.
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464–477. <https://doi.org/10.1093/her/cyp068>
- Pan, F. C., Su, C. L., & Chen, C. H. (2010). Development of a health literacy scale for chinese-Speaking adults in taiwan. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 37(1), 1201–1207.
- Parker, R. (2000). Health literacy: A challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277–283. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277>
- Peerson, A., & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter? *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Pelikan, J. M., Straßmayr, C., Sørensen, K., & Nowak, P. (2020). *Health Literacy Measurement*.
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: The gap between physicians

- and patients. *American Family Physician*, 72(3), 463–468.
- Sahroni, Anshari, D., & Krianto, T. (2019). Determinan Sosial Terhadap Tingkat Literasi Kesehatan Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Kota Cilegon. *Jurnal Kesehatan*, 6(3), 111–117.
- Shah, L. C., West, P., Bremmeyr, K., & Savoy-Moore, R. T. (2010). Health literacy instrument in family medicine: The “newest vital sign” ease of use and correlates. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 195–203. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.070278>
- Soemitro, D. H. (2014). Analisis tingkat health literacy dan pengetahuan pasien hipertensi di Puskesmas Kabupaten Malang. *Calyptra*, 3(1), 1–13.
- Sopamena, Y., Pongtaming, Y. S., Andriani, W. O. A. S., Fitriani, Y., & Anshari, D. (2020). Adaptasi Alat Ukur Literasi Gizi Pada Mahasiswa Angkatan Pertama Program Sarjana di Universitas Pattimura, Maluku. *JGMI: The Journal of Indonesian Community Nutrition*, 9(2), 83–92.
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayama, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>
- Vamos, S., Okan, O., Sentell, T., & Rootman, I. (2020). Making a Case for “ Education for Health Literacy ”: An International Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1436), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041436>
- Wallace, L. (2006). Patients’ Health Literacy Skills: The Missing Demographic Variable in Primary Care Research. *Annals of Family Medicine*, 4(1), 85–86. <https://doi.org/10.1370/afm.2431>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- White, S. (2008). *Assessing the Nation’s Health Literacy: Key concepts and findings of the National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*. American Medical Association Foundation.
- Williams, M. V., Baker, D. W., Parker, R. M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients’ knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*, 158(2), 166–172. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.2.166>
- Wolf, M. S., Davis, T. C., Shrank, W., Rapp, D. N., Bass, P. F., Connor, U. M., Clayman, M., & Parker, R. M. (2007). To err is human: Patient misinterpretations of prescription drug label instructions. *Patient Education and Counseling*, 67(3 SPEC. ISS.), 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.024>