

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Permasalahan swamedikasi telah menjadi fenomena global, terjadi tidak saja di negara berkembang tetapi juga negara maju pada setiap kelompok usia, meskipun tingkatannya berbeda antara individu dan daerah (Martin *et al.*, 2002; Shankar *et al.*, 2002; Garafalo *et al.*, 2015). Menurut WHO dibanyak negara lebih dari 80% gejala penyakit diobati sendiri oleh penderitanya melalui swamedikasi (Sobel *et al.*, 2003). Studi di negara-negara Eropa menunjukkan prevalensi swamedikasi 68% (Bretagne *et al.*, 2006), Chili 75% (Fuentes *et al.*, 2008), Meksiko 53% (Balbuena *et al.*, 2009) dan Brazil 65% (Bertoldi *et al.*, 2014). Sementara itu, penelitian di Wuhan, China mengungkapkan bahwa lebih dari 45% responden akan memilih swamedikasi jika mereka merasa sakit (Lei *et al.*, 2018).

Kondisi di Indonesia sendiri menunjukkan adanya peningkatan persentase penduduk yang mengobati sendiri dengan obat-obatan modern selama sebulan terakhir dari 85,1% pada tahun 2002 menjadi 90,5% di tahun 2014 (BPS, 2017). Prevalensi ini jauh lebih tinggi daripada situasi di negara maju seperti AS dan negara-negara di Eropa yang berkisar antara 8-14% (Bennadi, 2014).

Lebih dari itu, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 menunjukkan bahwa 35,7% masyarakat Indonesia menyimpan obat keras dan 27,8% antibiotika untuk swamedikasi dengan rata-rata 2,9 obat per rumah tangga. Sementara itu, dari 35,7% rumah tangga yang menyimpan obat, 81,9% rumah tangga menyimpan obat keras yang diperoleh tanpa resep dokter. Demikian juga halnya dengan antibiotika, 86,1% rumah tangga menyimpan antibiotika tanpa resep. Sebagian besar keluarga yang menyimpan obat tanpa resep ini tinggal di perdesaan dan berada di kelas ekonomi terbawah (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Selanjutnya, terkait tindakan swamedikasi di Sumatera Barat menurut data Badan Pusat Statistik (2017) menunjukkan sebesar 80,04% pada tahun 2014. Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan data Riskesdas (2013) dimana proporsi rumah tangga yang menyimpan obat di rumah untuk keperluan swamedikasi hanya sebesar 25,5% (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Hasil Statistik Kesehatan Indonesia tahun 2019 menunjukkan rata-rata biaya mengobati sendiri per kapita sebulan yang dibayar sendiri oleh penduduk sebesar Rp1.050 untuk obat modern dan Rp. 397 untuk obat tradisional. Adapun jika dilihat dari tipe daerah, besaran rata-rata biaya per kapita sebulan untuk mengobati sendiri antara obat tradisional dan obat modern menunjukkan pola yang sama, dimana rata-rata biaya untuk daerah perkotaan sedikit lebih besar dibandingkan dengan daerah perdesaan (Badan Pusat Statistik Indonesia, 2020).

Swamedikasi tidak hanya dilakukan oleh orang dewasa tetapi juga oleh manula, mahasiswa, pelajar dan anak-anak. Penelitian Jerez-Roig *et al.* (2014) menunjukkan 20-60% manula menggunakan obat swamedikasi sedangkan Jafari *et al.* (2015) menemukan nilai hingga 83% di Iran. Sementara itu, prevalensi swamedikasi mahasiswa di kota Damman, Arab Saudi dilaporkan 49,3% (Albusalih *et al.*, 2017). Praktek swamedikasi juga ditemukan pada sekitar 50% anak di Finlandia (Siponen, S, 2014).

Masyarakat melakukan swamedikasi tidak saja untuk obat bebas atau bebas terbatas tetapi juga obat-obat yang semestinya didapatkan dengan resep dokter. Data WHO tahun 2003 menyatakan lebih dari 50% obat di dunia yang diresepkan, diberikan dan dijual dengan cara yang tidak tepat (WHO, 2003). Studi Widayati *et al.* (2011) menunjukkan bahwa 64% responden di kota Yogyakarta membeli antibiotika tanpa resep di apotek dengan alasan terbanyak responden karena praktis. Sementara itu, hasil penelitian pola swamedikasi antibiotika di kota Denpasar menunjukkan 43% responden pernah melakukan swamedikasi antibiotik. Pengalaman sebelumnya menjadi alasan utama untuk menggunakan antibiotik yang tidak diresepkan (Ginotodihardjo *et al.*, 2013).

Perkembangan teknologi informasi menjadi salah satu faktor pendorong masyarakat untuk melakukan swamedikasi dalam menghadapi suatu penyakit. Internet (47,1%) merupakan salah satu sumber informasi paling umum tentang obat-obat swamedikasi populasi dewasa di Selangor, Malaysia (Jawahir *et al.*, 2017). Sementara itu, faktor-faktor lain yang mempengaruhi swamedikasi adalah karena penyakit ringan, biaya perawatan tinggi, kurangnya waktu untuk mengunjungi dokter, pengalaman sebelumnya dalam menggunakan obat dan waktu tunggu yang lama ketika mengunjungi praktisi kesehatan (Shaghaghi *et*

al., 2014; Nepal G *et al.*, 2018; Lei *et al.*, 2018). Selain itu, faktor pendidikan, keluarga, masyarakat, regulasi, ketersediaan obat-obatan dan iklan diberbagai media, juga menjadi pendorong perilaku swamedikasi (Kayalvizhi *et al.*, 2016). Penelitian lain menyatakan bahwa faktor penting yang terkait dengan swamedikasi adalah keterjangkauan (79,3%), aksesibilitas (68,4%) dan penggunaan resep sebelumnya (60,4%) (Abdulraheem *et al.*, 2016).

Apotek menjadi sumber obat-obat swamedikasi paling umum di beberapa negara. Hal ini sejalan dengan penelitian Ocan *et al.* (2015) yang menyatakan sumber utama swamedikasi antimikroba adalah apotek (65,5%), obat sisa (50%) dan toko obat (37,5%). Sementara itu, di kota Denpasar apotek menjadi sumber utama responden dalam swamedikasi antibiotik (91%) (Ginotodihardjo *et al.*, 2013). Selanjutnya, hasil RISKESDAS (2013) juga menunjukkan 47% RT menyimpan obat sisa. Obat sisa dalam hal ini adalah obat sisa resep dokter atau obat sisa dari penggunaan sebelumnya yang tidak dihabiskan. Seharusnya obat sisa resep secara umum tidak boleh disimpan karena dapat menyebabkan penggunaan salah (*misused*) atau disalahgunakan atau rusak/kadaluarsa (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Masalah lain dari swamedikasi adalah penyimpanan obat yang tidak benar. Penyimpanan obat sangat berpengaruh terhadap khasiatnya dan berkontribusi dalam penggunaan obat yang tidak rasional. Penelitian De Bolle *et al.* (2008) menyatakan banyak obat-obat disimpan sudah jauh lewat dari batas kadaluarsanya dan disimpan tanpa indentitas yang jelas (seperti dicampur dalam wadah tanpa kemasan asli), Selanjutnya, 21% dari obat yang disimpan dalam kotak obat keluarga sudah kadaluarsa dan 18% memasukan obat dalam kemasan yang salah.

Sementara itu, masalah pembuangan obat baik dari sisa resep dokter maupun swamedikasi belum mendapatkan perhatian yang serius dari masyarakat. Hasil penelitian Atinafu *et al.* (2014) di Ethiopia menunjukkan 25,3% responden membuang obat sisa dengan cara membakar, 14,8% membuang ke dalam toilet dan 14,1% membuang lebih dari satu cara. Selanjutnya, 13,3% responden membuang obat sisa dengan cara mengembalikan ke apotek terdekat, 11,7% membuang ke tempat sampah, 11,2% menguburkan dalam tanah dan 9,6% membuang dengan cara lainnya.

Swamedikasi memberikan manfaat positif bagi kesehatan jika dilakukan dengan benar dan bertanggung jawab. Tindakan swamedikasi akan dapat membantu mencegah dan mengobati penyakit yang tidak memerlukan konsultasi medis serta memberikan alternatif biaya yang lebih murah dalam mengobati penyakit umum (WHO, 1994; Sepuveda *et al.*, 2002). Sebaliknya, swamedikasi yang dilakukan tidak tepat bisa menyebabkan resiko kesalahan diagnosis, salah pengobatan, penyalahgunaan obat, reaksi obat yang merugikan atau masalah terkait obat dan meningkatkan biaya pengobatan (Sharif *et al.*, 2015; Nguyen *et al.*, 2015; Ocan *et al.*, 2015; Clavijo *et al.*, 1995; Shah *et al.*, 2016; Hussaim *et al.*, 2014).

Menurut WHO (2012) faktor resiko terjadinya insiden obat berawal dari masalah cara mendapatkan, menggunakan, menyimpan obat yang tidak tepat. Oleh karena itu, faktor resiko ini harus dapat dikendalikan untuk mencegah terjadinya bahaya obat. Kompleksnya masalah obat tersebut dapat memberikan reaksi yang membahayakan sehingga menjadi penyebab kematian di banyak negara.

Peran pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan sangat diharapkan dalam memastikan bahwa tindakan swamedikasi dilakukan masyarakat dengan cara yang benar dan bertanggung jawab. Masyarakat semestinya dapat memperoleh informasi yang memadai tentang cara mendapatkan, penggunaan dan penyimpanan obat-obatan serta kapan harus berkonsultasi ke dokter. Oleh karena itu, peran apoteker di fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat sangat penting sekali dalam memberikan edukasi swamedikasi yang aman, efektif dan rasional kepada masyarakat. (Lior, *et al.*, 2009). Penelitian yang dilakukan oleh Universitas Carolina Selatan menunjukkan tentang pentingnya memperluas peran apoteker di masyarakat dalam memberikan advokasi kepada pasien terkait informasi obat (Lai *et al.*, 2013).

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tempat apoteker melaksanakan pekerjaan kefarmasian. Peran apoteker di Puskesmas sangat strategis dalam memberikan advokasi keamanan obat kepada masyarakat baik yang diperoleh melalui resep, swamedikasi maupun sumber lain. Pelayanan kefarmasian oleh apoteker di Puskesmas sebagai titik kontak pertama ke

masyarakat dalam upaya meningkatkan penggunaan obat rasional melalui upaya preventif dan promotif. Hal ini sesuai dengan salah satu tujuan dari standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas yaitu melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*) (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Kondisi pelayanan kefarmasian di Puskesmas secara kuantitas masih dalam situasi yang kurang menggembirakan. Menurut Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan tahun 2019 menunjukkan bahwa Puskesmas yang telah melaksanakan pelayanan kefarmasian sesuai standar dengan parameter melaksanakan pemberian informasi obat dan/atau konseling baru mencapai 60,6%. Permasalahan ini antara lain disebabkan belum semua Puskesmas melaksanakan pelayanan kefarmasian terutama PIO dan atau konseling yang terdokumentasi karena belum memiliki atau kurangnya tenaga apoteker. Tenaga apoteker dan tenaga kefarmasian di Puskesmas jarang/tidak pernah mendapatkan pelatihan pelayanan kefarmasian. Selanjutnya, belum ditindaklanjutinya Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.01/Menkes/ 382/2019 tentang Penempatan Tenaga Apoteker di Puskesmas sesuai harapan.

Sementara itu, berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat tahun 2020 menunjukkan dari 279 Puskesmas baru 123 Puskesmas yang memiliki apoteker (44,08%). Selanjutnya, di Kabupaten Padang Pariaman yang menjadi lokasi penelitian dari 25 Puskesmas baru 4 Puskesmas yang memiliki tenaga apoteker diantaranya Puskesmas Sicincin di Kecamatan 2 x 11 Enam Lingkung, Puskesmas Sikucur di Kecamatan V Koto Kampung Dalam dan Puskesmas Koto Bangko Kecamatan Sungai Garinging.

Keterlibatan apoteker dalam pelayanan kesehatan berbasis masyarakat untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat telah dijalankan di beberapa negara seperti Amerika Serikat, Kanada dan Thailand (Sottiyotin, *et al.*, 2015). Apoteker memiliki peran penting dalam penilaian penggunaan obat, mengidentifikasi potensi kesalahan obat dan masalah yang berhubungan dengan obat, memantau dan membuat rekomendasi hasil terapi (Truong *et al.*, 2010). Bukan itu saja, apoteker juga berkolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan

lainnya dalam pelayanan primer yang berorientasi pada pasien dan berbasis populasi, mengelola sumber daya untuk meningkatkan hasil terapi, mempromosikan pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan (Lai, *et al.*, 2013).

Selama ini, sebenarnya Kementerian Kesehatan telah berupaya mendorong masyarakat untuk memakai obat secara rasional melalui beberapa program kegiatan yang melibatkan apoteker di Puskesmas. Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (GEMA CERMAT) merupakan salah satu program yang dicanangkan Kementerian Kesehatan tahun 2015. Sebelumnya, Kementerian Kesehatan juga telah melaksanakan program Cara Belajar Insan Aktif (CBIA). GEMA CERMAT merupakan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat melalui rangkaian kegiatan dalam mewujudkan kepedulian, kesadaran, pemahaman dan keterampilan masyarakat dalam menggunakan obat secara tepat dan benar (Infarkes, 2015).

Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) dalam mendukung program Kementerian Kesehatan, pada tahun 2015 juga mencanangkan Gerakan Keluarga Sadar Obat (GSKO) dan DAGUSIBU (Dapatkan, Gunakan, Simpanan dan Buang). Namun kegiatan CBIA dan GEMA CERMAT dan DAGUSIBU belum menjadikan keluarga sebagai fokus utama pelaksanaan program. Sementara itu, kegiatan GSKO tidak berjalan sesuai harapan. Pada hal keluarga memiliki peran yang sangat penting dan strategis dalam bidang kesehatan.

Peran keluarga sangat penting dalam membantu keberhasilan individu mengatasi masalah kesehatan yang sedang dihadapinya. Menurut Friedman *et al.*, (2010), fungsi keluarga yang harus dijalankan oleh keluarga adalah fungsi perawatan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga. Keluarga diharapkan dapat dan mampu mengenal masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga termasuk dalam masalah penggunaan obat. Penelitian Yeni, F. *et al.* (2016) menyatakan bahwa dukungan keluarga berkontribusi sebesar 61,8% terhadap kepatuhan pasien hipertensi. Semakin tinggi dukungan keluarga maka semakin tinggi tingkat kepatuhan pasien. Sementara itu, penelitian lain menemukan bahwa ada hubungan antara dukungan

informatif dan emosional keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien lansia hipertensi di Puskesmas Ranomuut Kota Manado (Sumantra *et al.*, 2017).

Penelitian tentang pemberdayaan keluarga memang telah banyak dilakukan, tetapi umumnya bersifat kuratif, seperti pada penderita penyakit kejiwaan (Pramujiwati *et al.*, 2013) atau masalah yang dipandang sangat kronis baik dari perspektif pemerintah maupun masyarakat seperti kemiskinan (Naufal dan Kusumastuti, 2010). Begitu pula penelitian dalam pemberdayaan masalah swamedikasi telah banyak dilakukan, tetapi belum memiliki basis teoritis sama sekali dan hanya bersifat insidental (Budiman dan Sunan, 2014).

Sementara itu, penelitian tentang pelayanan kefarmasian di Puskesmas juga telah banyak dilakukan. Namun penelitian tersebut baru menyangkut kualitas dan jenis standar pelayanan kefarmasian yang diberikan (Wibowo *et al.*, 2015; Adityawati *et al.*, 2016; Hanggara *et al.*, 2017). Belum ada penelitian tentang bagaimana peran apoteker di Puskesmas dalam masalah penggunaan obat rasional terkait obat-obat yang diperoleh masyarakat baik melalui resep, swamedikasi atau sumber lainnya. Pada hal salah satu strategi pembangunan kesehatan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang dicanangkan pemerintah pada tahun 2015 adalah meningkatkan pengawasan obat dan makanan. Sementara itu, upaya preventif dan promotif merupakan pilar utama pembangunan Indonesia sehat melalui pemberdayaan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2016).

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka perlu dilakukan penelitian untuk mengembangkan model Apoteker Hadir Edukasi Obat (Apoteker HEbat) melalui pemberdayaan keluarga. Penelitian ini penting dilakukan untuk meningkatkan peran apoteker di Puskesmas dalam upaya preventif dan promotif penggunaan obat yang rasional melalui pendekatan teori pemasaran sosial. Menurut Levebre (2000) model dan teori yang paling umum digunakan dalam pemasaran sosial untuk pendidikan dan promosi kesehatan adalah *health belief model*, *social cognitive theory*, *theory planned behavior* dan *stages of change theory*. Sementara itu, Infanti *et al.*, (2013) menyatakan pemasaran sosial menjadi pendekatan yang efektif sebagai bagian dari strategi kesehatan masyarakat komprehensif untuk lebih memahami dan secara positif mempengaruhi perilaku masyarakat terkait dengan pencegahan dan pengendalian penyakit. Penelitian ini

diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat yang benar sehingga terbentuk keluarga-keluarga yang cerdas obat. Selanjutnya, dalam jangka panjang, model ini dapat diterapkan pada seluruh Puskesmas di Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian kepada masyarakat.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat? serta faktor-faktor apa yang mempengaruhinya?
2. Apakah model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas dapat meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengembangkan model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat dan menentukan faktor-faktor apa yang mempengaruhinya.
- b. Membuat model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas.
- c. Menguji efektifitas dari model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan tindakan keluarga dalam memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan serta membuang obat.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah dalam pengembangan Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas.

2. Bagi Pembuat Program dan Kebijakan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk menggunakan model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga sebagai bagian dari standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas.

3. Bagi Puskesmas

Hasil penelitian ini diharapkan dapat diaplikasikan dalam standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian khususnya kegiatan edukasi tentang obat.

4. Bagi Keluarga/Masyarakat

Modul Apoteker HEbat tentang memilih, mendapatkan, menggunakan, menyimpan dan membuang obat yang dihasilkan dari penelitian ini dapat digunakan keluarga sebagai pedoman ketika sakit.

E. Novelty dan Potensi HAKI

Hasil penelitian ini memiliki potensi kebaharuan/novelty sebagai berikut:

1. Pendidikan obat melalui pemberdayaan keluarga selama ini belum pernah ada di Indonesia sehingga dengan adanya model Apoteker HEbat melalui pemberdayaan keluarga di Puskesmas dapat dinilai sebagai **novelty** dalam penelitian ini.
2. Penelitian ini berpotensi dihasilkan 3 (tiga) buah HAKI yaitu:
 - a. Model Apoteker HEbat, yang didaftarkan sebagai hak cipta.
 - b. Modul Apoteker HEbat, yang didaftarkan sebagai hak cipta.
 - c. Panduan modul Apoteker HEbat yang didaftarkan sebagai hak cipta.