

**EVALUASI PERESEPAN OBAT DI LUAR FORMULARIUM NASIONAL
PADA PASIEN RAWAT JALAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(JKN) DI IFRS KARYA MEDIKA II TAMBUN PERIODE APRIL – JUNI
2021**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian
Syarat Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi



Disusun Oleh:

Putri Ayundha Oktalini Sudarsono

NPM: 18.307.184

**POLITEKNIK PIKSI GANESHA
2021**

PUTRI AYUNDHA OKTALINI SUDARSONO

NPM 183.07.184

Program Studi Farmasi

**EVALUASI PERESEPAN OBAT DI LUAR FORMULARIUM NASIONAL
PADA PASIEN RAWAT JALAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(JKN) DI IFRS KARYA MEDIKA II TAMBUN PERIODE APRIL – JUNI
2021**

ABSTRAK

Formularium Nasional (Fornas) adalah daftar obat yang digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam BPJS. Dalam penerapannya obat yang diresepkan masih banyak yang di luar Fornas. Tujuan penelitian untuk mengasalisis peresepan obat di luar Fornas pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun periode April – Juni 2021, dengan design deskriptif. Hasil dan kesimpulan menunjukkan presentase obat di luar Fornas terbanyak ada di poliklinik penyakit dalam (50,75%), paling sedikit di poliklinik bedah tulang (34,58%). Obat di luar Fornas paling banyak diresepkan di poliklinik penyakit dalam becom Z 10.888 tablet dan paling sedikit rhinos SR 830 tablet, di poliklinik saraf paling banyak diresepkan glucosamin 2.217 tablet dan paling sedikit neurobat A 413 tablet, di poliklinik bedah tulang paling banyak diresepkan osteosan 6.374 tablet dan paling sedikit rosagen 54 saset.

Kata kunci: Formularium Nasional, Jaminan Kesehatan Nasional,
Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

EVALUATION OF MEDICINE PRESCRIPTION OUTSIDE THE NATIONAL FORMULARIUM FOR NATIONAL HEALTH INSURANCE (JKN) OUTCOME PATIENTS PERIOD APRIL – JUNE 2021 AT IFRS KARYA MEDIKA II TAMBUN

ABSTRACT

National Formulary (Fornas) is a list of medicines used as a model for drug use in BPJS. Many medications prescribed in the application are outside the Fornas. research purposes for an outsourcing of drugs outside the Fornas in outpatient BPJS Hospital Pharmacy Installations Karya Medika II masking period April – June 2021, a description design. Results and conclusions indicate the percentage of the drug outside the Fornas is most prevalent in polycolic disease (50,75%), at least in polycoise-surgery (34,58%). Outside the Fornas is most widely prescribed in polychromatics of the disease in becom Z 10.888 tablets and at least rhinos SR 830 tablets, it is most likely to be glucosamine 2.217 tablets and at least neurobat A 413 tablets, in polyclinic bone surgery being most prescribed osteosan 6.374 tablets and at least rosagen 54 sachets.

Key words: *National Formulary, Health Insurance Agencies, Karya Medika II Tambun Hospital*

Bandung, August 17th 2021

Abstract Advisor,

Apt. Wempi Eka Rusmana, S. Farm., M.M

NIDN 04-250486-02

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Pertanyaan Penelitian	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS PENELITIAN	6
2.1 Kajian Pustaka	6
2.2 Definisi Operasional.....	18
2.3 Kerangka Penelitian	19
2.4 Hipotesis Penelitian.....	19
BAB III METODE PENELITIAN	20
3.1 Metode Penelitian.....	20
3.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data	20
3.3 Populasi Dan Sampel	20
3.4 Cara Pengolahan dan Analisis Data	21
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	22
4.1 Hasil Penelitian	22
4.2 Pembahasan	27

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	29
DAFTAR PUSTAKA.....	31
LAMPIRAN	33
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	42

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1.1 jumlah dan presentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan april 2021	22
Tabel 4.1.2 jumlah dan presentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan mei 2021	23
Tabel 4.1.3 jumlah dan presentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan juni 2021	24
Tabel 4.1.4 Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak Diresepkan pada Poliklinik Penyakit Dalam	25
Tabel 4.1.5. Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak Diresepkan pada Poliklinik Saraf.....	26
Tabel 4.1.6. Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak Diresepkan pada Poliklinik Bedah Tulang	26

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Logo Obat Bebas	7
Gambar 2.2. Logo Obat Bebas Terbatas	8
Gambar 2.3. Peringatan Obat Bebas Terbatas	9
Gambar 2.4. Logo Obat Keras	9
Gambar 2.5. Logo Obat Narkotika	10

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) Nomor 58 Tahun 2014, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pelayanan kefarmasian di rumah sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Selain itu pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Untuk mencapai hasil tersebut, pemerintah mengembangkan beberapa program utama salah satunya adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di bidang kesehatan.

BPJS Kesehatan merupakan jaminan kesehatan yang digunakan masyarakat dan diwajibkan Pemerintah Indonesia sekarang. BPJS Kesehatan sebagai badan pelaksana merupakan badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia. Operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS dalam pemberian obat berpedoman pada daftar dan harga obat yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Resep obat BPJS mengacu pada Formularium Nasional (Fornas) yang berisi daftar obat yang dijamin dan dibayar oleh BPJS dan obat diluar Fornas dapat diberikan atas persetujuan Komite Medik. Kesesuaian resep merupakan ketepatan

penulisan resep sesuai dengan Formularium Nasional berikut dengan retriaksi dan peresepan maksimal.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit penulisan resep seluruhnya harus mengacu pada Formularium Nasional dengan standar 100%. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit merupakan tolak ukur dari pelayanan kesehatan di rumah sakit (Krisnadewi dkk, 2014).

Ketidaksesuaian terhadap Formularium Nasional akan mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit dalam memberi pelayanan kefarmasian terhadap pasien karena akan memperlambat waktu tunggu obat disebabkan waktu tambahan yang diperlukan untuk konfirmasi kepada dokter penulis resep serta akan mempengaruhi tingkat kepercayaan pasien terhadap pelayanan rumah sakit karena mendapat obat yang berbeda dari yang dijelaskan oleh dokter. Manfaat Formularium Nasional dalam mengendalikan mutu dan biaya pengobatan serta untuk mengoptimalkan pelayanan pada pasien pun tidak akan tercapai karena penggunaan obat di luar Formularium Nasional dapat mengakibatkan biaya yang melebihi paket diagnosis INA-CBG's dimana obat yang diberikan memiliki harga yang lebih mahal sehingga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit tersebut.

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun merupakan salah satu Rumah Sakit yang melayani pasien BPJS sejak Februari 2019 dan menangani berbagai masalah kesehatan dalam masyarakat. Pelayanan obat penyakit kronis bagi pasien BPJS dapat diberikan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun dengan peresepan maksimum untuk 30 (tiga puluh) hari sesuai indikasi medis.

Berdasarkan penelitian sebelumnya di RSUD H. Hasan Basery Kandangan tahun 2014 menunjukkan hasil belum sesuai standar, persentase kesesuaian obat dengan Fornas II pada obat pelengkap, generik dan BPJS sebesar 0,12%, 55,22% dan 53,21. Penelitian lain di Rumah Sakit Umum di Bandung tahun 2017

menunjukkan penggunaan obat pada pasien rawat jalan peserta JKN sesuai dengan standar pelayanan minimal belum 100% mengacu pada Fornas.

Melihat hasil penelitian yang belum sesuai dengan Formularium Nasional, obat merupakan unsur penting dalam pelayanan kesehatan dan BPJS sudah memberikan standar persepan obat maksimal yang jelas untuk digunakan sebagai pedoman. Peresepan obat BPJS di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun selama ini belum pernah dilakukan evaluasi kesesuaiannya dengan standar Formularium Nasional. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis peresepan obat BPJS dengan Formularium Nasional sebagai acuan BPJS Kesehatan. Karena resep yang ada di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun cukup banyak, peneliti mengambil populasi resep dari poliklinik khususnya untuk resep pasien kronis.

1.2 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan diatas dapat dibuat suatu pertanyaan penelitian, yaitu:

- a. Bagaimana standar alur pelayanan resep pasien di Rumah Sakit Karya Medika II?
- b. Bagaimana tingkat kesesuaian peresepan obat terhadap Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II?
- c. Bagaimana tingkat kesesuaian peresepan obat non Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II?
- d. Bagaimana proses terjadinya peresepan obat diluar Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan?
- e. Bagaimana perbandingan kesesuaian item obat non Formularium Nasional terhadap kepatuhan Formularium pada bulan april, mei dan juni di Rumah Sakit Karya Medika II?

- f. Apa jenis obat yang sering diresepkan di luar formularium nasional pada bulan april, mei, juni di Rumah Sakit Karya Medika II?

1.3 Tujuan Penelitian

A. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran bagaimana analisa persepan obat di luar formularium nasional pasien BPJS rawat jalan terhadap kepatuhan pemakaian obat sesuai formularium nasional di instalasi farmasi rumah sakit karya medika II tambun Periode April – Juni 2021.

B. Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui alur pelayanan resep pasien di Rumah Sakit Karya Medika II.
- 2) Untuk mengetahui tingkat kesesuaian persepan obat terhadap Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II.
- 3) Untuk mengetahui tingkat kesesuaian persepan obat non Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II.
- 4) Untuk mengetahui proses terjadinya persepan obat diluar Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan.
- 5) Untuk mengetahui perbandingan kesesuaian item obat non Formularium Nasional terhadap kepatuhan Formularium pada bulan april, mei dan juni di Rumah Sakit Karya Medika II.
- 6) Untuk mengetahui jenis obat yang sering di resepkan di luar formularium nasional pada bulan april, mei, juni di Rumah Sakit Karya Medika II.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi peneliti

Untuk menambah wawasan bagi penulis mengenai analisis persepan obat di luar formularium nasional pasien BPJS rawat jalan terhadap kepatuhan pemakaian obat sesuai formularium nasional di instalasi farmasi rumah sakit karya medika II tambun Periode April – Juni 2021.

1.4.2 Bagi akademik

1. Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian.
2. Sebagai sumber informasi dan pengetahuan bagi mahasiswa mengenai analisis persepan obat di luar formularium nasional pasien BPJS rawat jalan terhadap kepatuhan pemakaian obat sesuai formularium nasional di instalasi farmasi rumah sakit karya medika II tambun Periode April – Juni 2021, serta menambah kepustakaan di perpustakaan.

1.4.3 Bagi instansi

Sebagai bahan evaluasi mengenai kepatuhan dokter dalam meresepkan obat sesuai dengan Formularium Nasional pada pasien BPJS Kesehatan.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS PENELITIAN

4.1 Kajian Pustaka

A. Analisis

Analisa data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan – bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain (Bogdan dalam Sugiyono, 244:2013).

Tujuan dari analisis data ini adalah untuk menyederhanakan dan memudahkan data untuk ditafsirkan. Analisis data terdiri dari analisis kuantitatif dan kualitatif. Peneliti menggunakan analisis kuantitatif, dalam menganalisa data kuantitatif, data yang berbentuk angka dihitung untuk mengetahui jawaban masalah yang diteliti.

B. Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada Apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi penderita sesuai peraturan perundang- undangan yang berlaku.

Pelayanan Resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep apakah terdapat obat yang sesuai dengan Formularium Nasional dan yang tidak sesuai dengan Formularium Nasional Rumah Sakit, setelah itu penyiapan sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Pada setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian Obat (*medication error*).

Dalam resep harus memuat: nama, alamat dan nomor izin praktek Dokter, Dokter gigi dan Dokter hewan; tanggal penulisan resep (*inscriptio*); tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep, nama setiap obat atau komposisi obat (*invocatio*); aturan pemakaian obat yang tertulis (*signatura*); tanda tangan atau paraf dokter penulis resep, sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku (*subscriptio*); tanda seru dan paraf dokter untuk resep mengandung obat yang jumlahnya melebihi dosis maksimal.

C. Konsep Obat

1. Pengertian Obat

Menurut Goodman & Gilman (2005), dikutip dari Pengantar Farmakologi (2017) Obat adalah zat kimia yang dalam dosis tertentu dapat mempengaruhi biokimia dan fungsi tubuh yang dapat digunakan untuk mendiagnosis, mengobati dan mencegah penyakit.

2. Penggolongan Obat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 949/MenKes/Per/VI/2000, penggolongan obat di Indonesia terdiri dari: obat bebas, obat bebas terbatas, obat wajib apotek, obat keras, psikotropika dan narkotika (Menteri Kesehatan, 2000).

a. Obat bebas

Menurut KepMenKes RI No. 2380/A/SK/VI/1983 menyatakan bahwa “obat bebas adalah obat yang dapat diserahkan kepada pasien tanpa resep yang pada etiket wadah dan bungkus luar atau kemasan terkecil dicantumkan secara jelas tanda khusus yang mudah dikenali. Pasal 3 ayat 1 menyatakan tanda khusus untuk obat bebas yaitu bulatan berwarna hijau dengan garis tepi warna hitam”.



Gambar 2.1. Logo obat bebas

b. Obat Bebas Terbatas

Obat bebas terbatas merupakan obat yang dalam jumlah tertentu masih dapat dibeli di apotek, tanpa resep dokter dan pada kemasannya terdapat logo



lingkaran berwarna biru. (Muchid, Umar, Chusun, Supardi, Sinaga, Azis, dkk, 2006)

Gambar 2.2. Logo obat bebas terbatas

Berikut tanda peringatan Obat Bebas Terbatas:

- 1) P.no.1 Awas! Obat Keras Bacalah aturan pakainya. Contohnya: tablet antimo, tablet CTM, tablet santonim
- 2) P.no.1 Awas! Obat Keras Hanya Untuk Kumur, jangan ditelan. Contohnya: Listerin, Oral-B.
- 3) P.no.1 Awas! Obat Keras Hanya Untuk Bagian Luar Badan. Contohnya: Biosopten, Alpadine.
- 4) P.no.1 Awas! Obat Keras Hanya Untuk Dibakar. Contohnya: Molexdine, Decoderm.
- 5) P.no.1 Awas! Obat Keras Tidak Boleh DItelan. Contohnya: Lysol, Bufacetin.
- 6) P.no.1 Awas! Obat Keras Wasir, jangan ditelan. Contohmya: Ambeven, Proris, Encare

P no. 1 Awat! Obat Keras Bacalah aturan memakainya	P no. 4 Awat! Obat Keras Hanya untuk dibakar
P no. 2 Awat! Obat Keras Hanya untuk kumur, jangan ditelan	P no. 5 Awat! Obat Keras Tidak boleh ditelan
P no. 3 Awat! Obat Keras Hanya untuk bagian luar badan	P no. 6 Awat! Obat Keras Obat wasir, jangan ditelan

Gambar 2.3. Peringatan Obat Bebas Terbatas

c. Obat Wajib Apotek (OWA)

Menurut KepMenKes RI No. 347 tahun 1990 menyatakan bahwa “Obat Wajib Apotek adalah obat keras yang dapat diserahkan tanpa resep dokter oleh apoteker di apotek”

Menurut KepMenKes RI No. 1027 tahun 2004, “Apoteker harus memberikan informasi apabila masyarakat ingin mengobati diri sendiri sesuai dengan kewenangannya. Kewajiban apoteker di apotek dalam melayani pasien yang memerlukan OWA adalah:

- 1) Memenuhi ketentuan dan balasan tiap jenis obat per pasien yang disebut dalam OWA yang bersangkutan.
- 2) Membuat catatan pasien serta obat yang telah diserahkan.
- 3) Memberikan informasi meliputi dosis dan aturan pakainya, kontraindikasi, efek samping dan lain-lain yang perlu diperhatikan oleh pasien”.

d. Obat Keras

Obat keras adalah obat yang hanya dapat dibeli di apotek dengan resep dokter (Muchid, dkk, 2006). Menurut KepMenKes RI No. 2396/A/SK/VII/86 tentang tanda khusus obat daftar G yang terkait dengan obat keras:

- 1) “pasal 3 ayat 1 menyatakan tanda khusus untuk obat keras adalah lingkaran bulat berwarna merah dengan garis tepi berwarna hitam dengan huruf K yang menyentuh garis tepi” (Mentri Kesehatan, 1986)



Gambar 2.4. Logo Obat Keras

- 2) Obat keras mudah menimbulkan keracunan, memiliki efek samping dan interaksi yang berbahaya. Dari segi keamanan, obat keras ini belum terjamin keamanannya dalam kehamilan dan bila cenderung disalahgunakan dapat menjadi pencetus kanker, mutasi gen dan kerusakan janin”. (Mentri Kesehatan, 1986).

e. Narkotika

Menurut Undang-undang No. 35 tahun 2009, menyatakan bahwa “Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semisintesis, dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan”.



Gambar 2.5. Logo Obat Narkotika

f. Psikotropika

Menurut PerMenKes No. 688/MenKes/Per/VII/1997, menyatakan bahwa “Psikotropika didefinisikan sebagai zat atau obat, baik alamiah maupun pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku”.

D. Di Luar Formularium Nasional (Non Fornas)

Obat diluar formularium nasional adalah semua obat yang tidak termasuk dalam daftar obat formularium nasional yang disusun dalam komite nasional yang ditetapkan oleh menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/MENKES/SK/VII/2013 tentang Formularium Nasional.

E. Pasien

Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

F. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. UU BPJS

disahkan oleh DPR pada tanggal 28 Oktober 2011. Kesepakatan yang diambil pasca pengesahan UU BPJS adalah dibentuknya BPJS I (PT. Askes) sebagai BPJS Kesehatan yang beroperasi mulai tanggal 1 Januari 2014 dan langsung menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), termasuk menampung pengalihan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT. Jamsostek dan PT. Asabri, serta peserta Jamkesmas dan Jamkesda.

1. Peserta

Peserta BPJS adalah seluruh warga Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta BPJS Kesehatan ada 2 kelompok, yaitu:

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**PBI**): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang- undangan.
- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (**Non PBI**), terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, meliputi: pegawai negeri sipil; anggota TNI; anggota Polri; pejabat negara; pegawai pemerintah non pegawai negeri; pegawai swasta; termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya, meliputi: pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - 3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya, meliputi: investor; pemberi kerja; penerima pensiun; veteran; perintis kemerdekaan; janda, duda, atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan.

2. Prosedur Pelayanan

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Setiap peserta harus terdaftar pada satu fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Peserta memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar. Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan.

b. Peserta datang ke BPJS Center Rumah Sakit dengan menunjukkan kartu peserta dan menyerahkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama/surat perintah kontrol pasca rawat inap. Peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan lanjutan.

c. Pelayanan Gawat Darurat (*Emergency*)

Pelayanan Gawat Darurat adalah pelayanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah kematian, keparahan dan atau kecacatan, sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan. Peserta yang memerlukan pelayanan gawat darurat dapat langsung memperoleh pelayanan di setiap fasilitas kesehatan. Kriteria kegawatdaruratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

3. Pelayanan Yang Tidak Dijamin

Pelayanan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan antara lain:

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja

atau hubungan kerja sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan kerja;

- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas;
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik dan mengatasi infertilitas;
- g. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
- h. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/ atau alkohol;
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
- j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*);
- k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan;
- l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah; Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan dan klaim perorangan.

G. Rawat Jalan

Menurut Huffman (1994), pelayanan rawat jalan adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang tidak mendapatkan pelayanan rawat inap di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan. Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap (*hospitalization*). Pelayanan rawat jalan ini termasuk tidak hanya yang diselenggarakan oleh sarana pelayanan kesehatan yang telah lazim dikenal rumah sakit atau klinik, tetapi juga yang diselenggarakan

di rumah pasien (*home care*) serta di rumah perawatan (*nursing homes*). Bentuk pertama dari pelayanan rawat jalan adalah yang diselenggarakan oleh klinik yang ada kaitannya dengan rumah sakit (*hospital based ambulatory care*). Jenis pelayanan rawat jalan di rumah sakit secara umum dapat dibedakan atas 4 macam yaitu:

- a. Pelayanan gawat darurat (*emergency services*) adalah untuk menangani pasien yang butuh pertolongan segera dan mendadak.
- b. Pelayanan rawat jalan paripurna (*comprehensive hospital outpatient services*) adalah yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Pelayanan rujukan (*referral services*) adalah hanya melayani pasien-pasien rujukan oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditangani oleh sarana kesehatan yang merujuk.

H. Kepatuhan

Pengertian Kepatuhan Menurut Kozier (2010) kepatuhan adalah perilaku individu (misalnya: minum obat, mematuhi diet, atau melakukan perubahan gaya hidup) sesuai anjuran terapi dan kesehatan. Tingkat kepatuhan dapat dimulai dari tindak mengindahkan setiap aspek anjuran hingga mematuhi rencana. Menurut Safarino (dalam Tritiadi, 2007) mendefinisikan kepatuhan atau ketaatan (*compliance* atau *adherence*) sebagai: “tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokternya atau oleh orang lain”. Pendapat lain dikemukakan oleh Sacket (Dalam Neil Niven, 2000) mendefinisikan kepatuhan pasien sebagai “sejauhmana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh professional kesehatan”. Pasien mungkin tidak mematuhi tujuan atau mungkin melupakan begitu saja atau salah mengerti instruksi yang diberikan.

I. Formularium Nasional

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/MENKES/SK/VII/2013 tentang Formularium Nasional. Dan tertuang dalam

Ketentuan umum Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, yang dimaksud Formularium Nasional adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

Dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional (JKN), ketersediaan obat yang bermutu menjadi salah satu bagian penting. Agar program bisa berjalan secara berkelanjutan maka perlu pengaturan manajemen obat yang baik. Untuk itu pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyusun formularium nasional (fornas) daftar obat pelayanan kesehatan.

Formularium nasional menjadi acuan penetapan penggunaan obat dalam program JKN agar penggunaan obat bisa rasional atau sesuai dengan kebutuhan medis. Selain itu penggunaan formularium nasional dapat mengendalikan mutu dan biaya pengobatan. Dengan demikian, pelayanan kesehatan kepada pasien menjadi optimal.

Formularium nasional dapat mempermudah dalam perencanaan dan penyediaan obat, serta meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan. Formularium nasional daftar obat ini disusun oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional. Obat-obat yang masuk dalam formularium nasional disertai dengan bukti ilmiah mutakhir, paling berkhasiat, aman dan memiliki harga terjangkau sehingga digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam jaminan kesehatan nasional.

Perlu diketahui, anggota komite nasional penyusunan formularium ini diambil dari berbagai bidang spesialisasi, antara lain farmakologi, farmakologi klinik, dokter gigi, apoteker, dan Badan Pengawas Obat dan Makanan yang tidak

mempunyai konflik kepentingan dan mau menandatangani pernyataan bebas konflik kepentingan.

Daftar obat formularium tersebut, kemudian ditampilkan dalam bentuk e-katalog yang dipastikan dapat digunakan baik oleh layanan kesehatan maupun masyarakat untuk mengetahui daftar obat yang termasuk dalam formularium nasional tersebut. Selain itu, formularium nasional itu juga memperbolehkan adanya "*auto switching*" atau penggantian obat secara otomatis oleh instalasi farmasi maupun apoteker. Penggantian obat itu dengan obat yang mempunyai kandungan sama untuk menekan biaya obat. Sistem ini akan menekan biaya kesehatan jadi rasional dan *cost effective*.

J. Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi farmasi rumah sakit (IFRS) dapat didefinisikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa orang apoteker yang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan kompeten secara profesional, tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian.

K. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang kompleks, menggunakan gabungan alat ilmiah khusus dan rumit, dan difungsikan oleh berbagai kesatuan personel terlatih dan terdidik dalam menghadapi dan menangani masalah medik modern, yang semuanya terikat bersama-sama dalam maksud yang sama, untuk pemulihan dan pemeliharaan kesehatan yang baik.

2. Tugas Rumah Sakit

Pada umumnya tugas rumah sakit ialah menyediakan keperluan untuk pemeliharaan dan pemulihan kesehatan. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 983/Menkes/SK/XI/1992, tugas rumah sakit umum

adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan rujukan.

3. Fungsi Rumah Sakit

Guna melaksanakan tugasnya, rumah sakit mempunyai berbagai fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik dan non medik, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan.

Secara tradisional, maksud dasar keberadaan rumah sakit adalah mengobati dan perawatan penderita sakit dan terluka. Sehubungan dengan fungsi dasar ini, rumah sakit melakukan pendidikan terutama bagi mahasiswa kedokteran, perawat, personel lainnya. Penelitian juga merupakan fungsi penting. Dalam zaman modern ini fungsi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan masyarakat juga telah menjadi fungsi rumah sakit. Jadi, empat fungsi dasar rumah sakit adalah pelayanan penderita, pendidikan, penelitian, dan kesehatan masyarakat.

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

1. Sejarah Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Pada tahun 1994 didirikan poliklinik Yayasan Karya Medika II atau disingkat YKM II yang terletak di JL.Sultan Hasanudin No. 63 Tambun, Bekasi. Dan pada saat itu poliklinik tersebut sudah dilengkapi dengan beberapa dokter Spesialis dan klinik umum 24 jam. Seiring dengan berkembangnya waktu dan bertambah kunjungan pasien ke klinik.

Maka pemilik memberanikan diri untuk merubah status Poliklinik YKM II menjadi RSIA Karya Medika II yang dimana pada tahun 2001 mulai membangun fisik dari RSIA dan selesai pembangunan di tahun 2003 yang diresmikan pada tanggal 28 Agustus 2003.

Dimana luas lahan RSIA Karya Medika II seluas 4924 m² dengan bangunan yang terdiri dari 5 lantai dengan standar yang mengacu pada standar pelayanan medis yang sesuai dengan peraturan DEPKES.

Tetapi setelah RSIA berjalan ternyata animo penerimaan masyarakat sekitar Tambun dan Bekasi serta tata letak RSIA yang sangat dekat dengan kawasan industri, yang menuntut pelayanan menyeluruh, tidak hanya terfokus pada ibu dan anak maka pada tanggal 27 Februari 2006 RSIA Karya Medika II berubah fungsi menjadi RS Karya Medika II tanpa meninggalkan identitas RS IBU dan ANAK.

2. Visi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Rumah sakit karya medika II menjadi rumah sakit yang handal & terkemuka di Bekasi.

3. Misi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

1. Melaksanakan upaya terencana berkesinambungan bertahap & periodic
2. Mewujudkan kinerja efektif, efisien & dapat dipertanggungjawabkan secara profesional
3. Meraih kepuasan pelanggan lahir batin

2.2 Definisi Operasional

1. Pasien BPJS rawat jalan adalah pasien BPJS rawat jalan dari poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang.
2. Persentase obat adalah persentase persepan obat yang tidak sesuai dengan Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang.
3. Obat terbanyak di luar Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang adalah obat-obatan dalam resep yang tidak sesuai dengan Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang.

2.3 Kerangka Pemikiran



2.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah adanya peresepan obat diluar Formularium Nasional pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi RS Karya Medika II.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Menurut Sugiyono (2017) yang dimaksud dengan metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Metode penelitian yang digunakan adalah menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif, dengan pengambilan data primer dari resep – resep di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Periode April–Juni 2021.

Menurut Sugiyono (2017:29) metode penelitian deskriptif adalah metode penelitian deskriptif yang dilakukan untuk mengetahui keberadaan variable mandiri, baik hanya pada saat variabel atau lebih (variabel yang berdiri sendiri atau variabel bebas) tanpa membuat perbandingan variabel itu sendiri dan mencari hubungan dengan variable lain.

3.2 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Periode April – Juni 2021.

3.3 Populasi Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lembar resep pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Periode April – Juni 2021.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh lembar resep pasien BPJS rawat jalan poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang yang mengandung obat di

luar Formularium Nasional Tahun 2020 di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Periode April – Juni 2021.

3.4 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Cara pengolahan dan analisis data yang dilakukan adalah:

1. Mengelompokkan resep yang mengandung obat di luar Formularium Nasional berdasarkan poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang.
2. Memasukkan data ke dalam tabel yang berisi data nama obat dan sesuai atau tidak sesuai dengan Formularium Nasional.
3. Melakukan perhitungan persentase obat di luar Formularium Nasional di ketiga poliklinik periode April – Juni 2021.
4. Mengelompokkan data berdasarkan obat terbanyak diresepkan di luar Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang.
5. Menyajikan data dalam bentuk tabel.
6. Membahas hasil pengamatan serta menyimpulkan data.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Pengamatan yang dilakukan tim penulis berdasarkan tujuan penelitian terhadap analisis peresepan obat di luar formularium nasional terhadap kepatuhan pemakaian obat sesuai formularium nasional di Instalasi Farmasi Karya Medika II Tambun periode april – juni 2021, maka dihasilkan data sebagai berikut: Dari penelitian ini dapat dilihat tingkat kesesuaian peresepan obat terhadap Formularium Nasional pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II.



Bulan	Formularium Nasional	Jumlah Jenis Obat berdasarkan poliklinik		
		Dalam	Saraf	Bedah
April	Sesuai	251	180	109
	Tidak Sesuai	42	31	11
Total Keseluruhan		293	211	120

Tabel dan Grafik 4.1.1. Jumlah dan persentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan April 2021

Berdasarkan tabel 4.1.1, di peroleh hasil tingkat kesesuaian obat sesuai formularium di bulan april pada poli penyakit dalam sebanyak 251 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 85,67%. Pada poli saraf sebanyak 180 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 85,31%. Pada poli bedah sebanyak 109 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 90,83%.

Pada tabel 4.1.1 juga didapatkan hasil tingkat ketidaksesuaian obat non formularium di bulan april pada poli penyakit dalam sebanyak 42 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 14,33%. Pada poli saraf sebanyak 31 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 14,64 %. Pada poli bedah sebanyak 11 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 9,17%.



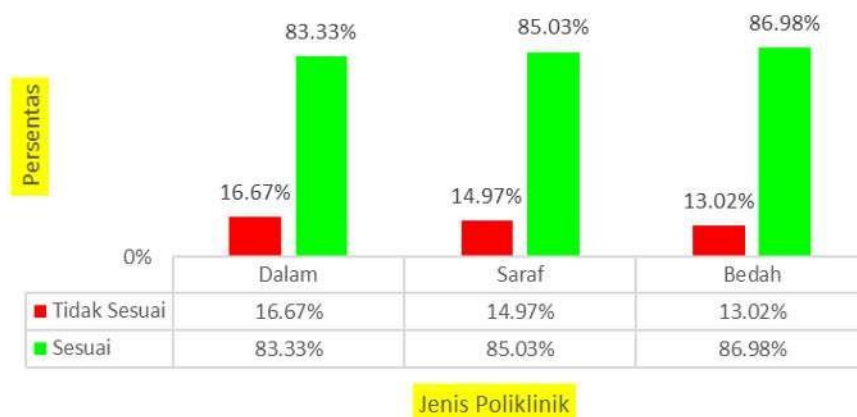
Bulan	Formularium Nasional	Jumlah Jenis Obat berdasarkan poliklinik		
		Dalam	Saraf	Bedah
Mei	Sesuai	252	188	99
	Tidak Sesuai	62	42	14
Total Keseluruhan		314	230	113

Tabel dan Grafik 4.1.2. Jumlah dan persentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan Mei 2021.

Berdasarkan tabel 4.1.2 pada bulan mei obat sesuai formularium pada poli penyakit dalam sebanyak 252 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 80,25%. Pada poli saraf sebanyak 188 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 81,74%. Pada poli bedah sebanyak 99 jenis obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 87,61%.

Berdasarkan tabel 4.1.2 pada bulan mei obat yang tidak sesuai formularium pada poli penyakit dalam sebanyak 62 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 19,75%. Pada poli saraf sebanyak 42 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 18,26%. Pada poli bedah sebanyak 14 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 12,39%.

Grafik Kesesuaian Formularium Nasional
Bulan Juni 2021



Bulan	Formularium Nasional	Jumlah Jenis Obat berdasarkan poliklinik		
		Dalam	Saraf	Bedah
Juni	Sesuai	365	267	167
	Tidak Sesuai	73	47	25
Total Keseluruhan		438	314	192

Tabel dan Grafik 4.1.3. Jumlah dan persentase resep sesuai formularium nasional dan tidak sesuai formularium nasional bulan Juni 2021.

Berdasarkan tabel 4.1.3 pada bulan juni obat yang sesuai formularium pada poli penyakit dalam sebanyak 365 obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 83,33%. Pada poli saraf sebanyak 267 obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 85,03%. Pada poli bedah sebanyak 167 obat dengan persentasi sesuai formularium sebesar 86,98%.

Pada bulan juni obat yang tidak sesuai formularium pada poli penyakit dalam sebanyak 73 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 16,67%. Pada poli saraf sebanyak 47 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 14,97%. Pada poli bedah sebanyak 25 jenis obat dengan persentasi tidak sesuai formularium sebesar 13,02%.

Pada presentase ini menunjukkan bahwa kesesuaian obat BPJS dengan Formularium Nasional sudah cukup tinggi, dimana hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan para dokter penulis resep tentang obat – obatan yang masuk Formularium Nasional.

Tabel 4.1.4. Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak Diresepkan pada Poliklinik Penyakit Dalam

No.	Nama Obat	Bulan			Jumlah Obat
		April	Mei	Juni	
1	Becom Z	3.398	4.495	2.995	10.888
2	Methisoprinol	1.949	2.975	1.994	6.918
3	Braxidin	2.434	2.123	2.325	6.882
4	Analsik	1.273	1.822	2.774	5.542
5	Rhinos SR	446	133	251	830

Pada tabel 4.1.4 dapat dilihat dari lima item obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam periode april - juni adalah Becom Z sebanyak 10.888 tablet dan yang paling sedikit adalah Rhinos SR sebanyak 830 tablet.

Tabel 4.1.5. Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak
Diresepkan pada Poliklinik Saraf

No.	Nama Obat	Bulan			Jumlah Obat
		April	Mei	Juni	
1	Glucosamin	596	549	1.072	2.217
2	Meloxicam	613	464	894	1.971
3	Neulin PS	250	300	252	802
4	Nutriflam Neo	194	124	222	540
5	Neurobat A	234	134	45	413

Pada tabel 4.1.5. dapat dilihat dari lima item obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik saraf periode april - juni adalah Glucosamin sebanyak 2.217 tablet dan yang paling sedikit adalah Neurobat A sebanyak 413 tablet.

Tabel 4.1.6. Lima Besar Obat di Luar Formularium Nasional yang Banyak
Diresepkan pada Poliklinik Bedah Tulang

No.	Nama Obat	Bulan			Jumlah Obat
		April	Mei	Juni	
1	Osteosan	724	2.749	2.901	6.374
2	Ossovit	776	558	887	2.221
3	Neurosanbe 5000	947	110	801	1.858
4	Posafit	77	249	199	525
5	Rosagen	0	6	48	54

Pada tabel 4.1.6. dapat dilihat dari lima item obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik bedah tulang periode april - juni adalah Osteosan sebanyak 6.374 tablet dan yang paling sedikit adalah Rosagen sebanyak 54 saset.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil pengamatan yang telah dilakukan pada pasien BPJS rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun periode April – Juni 2021, pada tabel 4.1. persentase obat di luar Formularium Nasional yang paling banyak diresepkan berasal dari poliklinik penyakit dalam yaitu sebesar 50,75%, dan yang paling sedikit berasal dari poli penyakit bedah tulang yaitu sebesar 34,58%. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa obat-obat yang diresepkan oleh dokter untuk pasien BPJS di ketiga poliklinik yaitu poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang di Instalasi Farmasi Rumah Karya Medika II Tambun masih kurang kepatuhannya terhadap Formularium Nasional, terutama pada poliklinik penyakit dalam (50,75%). Masih adanya ketidaksesuaian penulisan obat yang diresepkan dengan Formularium Nasional karena obat yang ditulis dalam resep tidak tercantum di Formularium Nasional sehingga obat tersebut tidak dijamin oleh pihak BPJS Kesehatan, contohnya seperti Becom Z, Methisoprinol, Braxidin, Analsik dan lain-lain.

Berdasarkan penelitian pada tabel 4.1.4. menunjukkan bahwa obat di luar Formularium Nasional yang paling banyak diresepkan pada poliklinik penyakit dalam adalah Becom Z sebanyak 10.888 tablet. Becom Z termasuk dalam vitamin dan suplemen sedangkan pada Formularium Nasional untuk terapi vitamin tersedia dengan zat aktif tunggal seperti vitamin B1, vitamin B6, vitamin B12. Tetapi dokter penulis resep sering menuliskan obat ini pada pengobatan pasien BPJS terutama untuk memudahkan pasien meminum obatnya serta berguna untuk mempercepat proses penyembuhan setelah sakit dan memelihara daya tahan tubuh terhadap serangan penyakit.

Pada tabel 4.1.5. menunjukkan bahwa obat di luar Formularium Nasional yang paling banyak diresepkan pada poliklinik saraf adalah glukosamin sebanyak 2.217 tablet. Didapatkan dari bulan April sebanyak 596 tablet, bulan Mei sebanyak 549 tablet dan bulan Juni sebanyak 1.072 tablet. Glukosamin termasuk dalam suplemen herbal yang berfungsi untuk menjaga kesehatan sendi dan tulang rawan, dan juga untuk mengatasi kondisi seperti peradangan, kerusakan pada

tulang rawan, atau penyakit yang timbul akibat hilangnya tulang rawan seperti Osteoarthritis.

Pada tabel 4.1.6. obat di luar Formularium Nasional yang paling banyak diresepkan pada poliklinik bedah tulang adalah Osteosan sebanyak 6.374 tablet. Didapatkan dari bulan April sebanyak 724 tablet, bulan Mei sebanyak 2.749 tablet, bulan Juni sebanyak 2.901 tablet. Obat ini masuk ke dalam golongan suplemen. Osteosan diindikasikan untuk mencegah kekurangan vit D, membantu memelihara tulang, membantu memelihara fungsi imun dan mencegah osteoporosis.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian, maka dapat disimpulkan:

1. Obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik penyakit dalam adalah Becom Z sebanyak 10.888 tablet dan yang paling sedikit adalah Rhinos SR sebanyak 830 tablet.
2. Obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik saraf adalah Glucosamin sebanyak 2.217 tablet dan yang paling sedikit adalah Neurobat A sebanyak 413 tablet.
3. Obat yang paling banyak diresepkan diluar Formularium Nasional pada poliklinik bedah tulang adalah Osteosan sebanyak 6.374 tablet dan yang paling sedikit adalah Rosagen sebanyak 54 saset.
4. Persentase obat di luar Formularium Nasional yang paling banyak diresepkan berasal dari poliklinik penyakit dalam yaitu sebesar 19,75%, dan yang paling sedikit berasal dari poli penyakit bedah tulang yaitu sebesar 9.17%. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa obat-obat yang diresepkan oleh dokter untuk pasien BPJS di ketiga poliklinik yaitu poliklinik penyakit dalam, saraf dan bedah tulang di Instalasi Farmasi Rumah Karya Medika II Tambun masih kurang kepatuhannya terhadap Formularium Nasional, terutama pada poliklinik penyakit dalam (19,75%). Masih adanya ketidaksesuaian penulisan obat yang diresepkan dengan Formularium Nasional karena obat yang ditulis dalam resep tidak tercantum di Formularium Nasional sehingga obat tersebut tidak dijamin oleh pihak BPJS Kesehatan, contohnya seperti Becom Z, Methisoprinol, Braxidin, Analsik dan lain-lain.

Saran

Untuk Rumah Sakit

1. Dapat meningkatkan kepatuhan dokter untuk menuliskan resep obat sesuai dengan formularium sehingga obat yang dibutuhkan dan tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan kesehatan.
2. Pengaturan obat dalam Fornas adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat yang rasional.

Untuk Peneliti

Agar kedepannya dapat melengkapi penelitian selanjutnya agar lebih bermanfaat bagi peneliti dan pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

Dokumen

1. BPJS Kesehatan. Buku Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan. 2013; hlm. 1-21, 32-35
2. Dwiastari, Ni Made Marheni, 2016. *Prosedur Penerimaan Pasien IGD (Instalasi Gawat Darurat) Pada Bali Royal Hospital (BROS) di Denpasar.*
3. Kemenkes RI. Buku Saku FAQ BPJS Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.2013; hlm. 2.
4. Kementerian Kesehatan RI.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013.
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1332/Menkes/SK/X/2002 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 922/Menkes/Per/X/1993) Tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2002.
6. Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/MENKES/SK/VIII/2013 Tentang Formularium Nasional.Kementerian Kesehatan RI.2013.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 949/MenKes/Per/VI/200 Tentang Penggolongan Obat.
8. Tim penyusun bahan sosialisasi dan advokasi JKN. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Kementerian Kesehatan RI. 2013; hlm. 8-11, 29-31.
9. Tim penyusun., Laporan Penelitian: Kajian Mekanisme Transisi Berbagai

Skema Asuransi Kesehatan di Indonesia Pasca Pengesahan UU BPJS Dalam Rangka Implementasi SJSN. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.2012.

Buku Ilmiah

1. Anief, M. Ilmu Meracik Obat Teori dan Praktek. Yogyakarta: Gajah Mada University Press. 2000; hlm 10-11.
2. M. Djamaludin, 2017, *Pengantar Farmakologi*, Penerbit Raja Grafindo Persada, Depok.
3. Rumah Sakit Karya Medika II, Standarisasi Obat Rumah Sakit Karya Medika II. Tambun: Rumah Sakit Karya Medika II. 2019.
4. Sugiyono. (2017). Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, CV.

Website

1. <http://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/> Peraturan BPJS Kesehatan No. 5 Tahun 2020, Perubahan Kedua Atas Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 Tentang Administrasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan.

**EVALUASI PENGGUNAAN GOLONGAN OBAT
NARKOTIKA SEBAGAI ANALGETIK TERHADAP PASIEN
RAWAT INAP BANGSAL CHRYSANTHEMUM DI SALAH
SATU RUMAH SAKIT SWASTA DI LIPPO CIKARANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat

Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III

Program Studi Farmasi

Disusun Oleh :

1. NINA TAZILAH ARBIKA

NPM 18307178

2. RETNO WULANDARI

NPM 18307187



POLITEKNIK

PIKSI GANESHA BANDUNG

2021

ABSTRAK

Analgetik narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yang disebabkan oleh penyakit kanker, serangan jantung akut, sesudah operasi, dan kolik usus atau ginjal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik terhadap pasien rawat inap di bangsal Chrysanthemum di salah satu Rumah Sakit Swasta di Lippo Cikarang. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian non eksperimental, yaitu penelitian yang dilakukan secara tidak langsung dan lebih mengarah kepada pengumpulan data. Dianalisa secara deskripsi, pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dari catatan resep pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Swasta di Lippo Cikarang bulan Januari hingga Maret tahun 2021. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* diperoleh data sebanyak 38 sampel yang memenuhi kriteria inklusi.

Dari hasil penelitian diperoleh hasil perhitungan yang menunjukkan bahwa obat analgetik narkotik golongan 2 yang banyak digunakan yaitu petidine (68,42%), pada laki-laki sebanyak (55,26%) dan sering diresepkan untuk pasien dengan diagnosa calculus of kidney and calculus of urether (55,26%) pasca operasi dengan skala nyeri antara 4-7 (71,05%).

Kata kunci: Analgetik, Narkotik, Nyeri, Rawat inap

ABSTRACT

Narcotic analgesics are compounds that can suppress the central nervous system selectively, used to reduce pain caused by cancer, acute heart attack, after surgery, and intestinal or renal colic.

This study aims to determine the use of narcotic drugs as analgesics for inpatients in the Chrysanthemum ward at a private hospital in Lippo Cikarang. The research method used is non-experimental research, namely research conducted indirectly and more directed to data collection. Analyzed descriptively, data collection was carried out retrospectively from prescription records of inpatients at a private hospital in Lippo Cikarang from January to March 2021. The sampling technique used purposive sampling to obtain 38 samples of data that met the inclusion criteria.

From the results of the study, it was obtained that the calculation results showed that the narcotic analgesic class 2 which was widely used was petidine (68.42%), in men (55.26%) and was often prescribed to patients with a diagnosis of calculus of kidney and calculus of kidney. ureter (55.26%) postoperatively with pain scale between 4-7 (71.05%).

Keywords: *Analgesics, Narcotics, Pain, Hospitalization*

Bandung, July 2021

Abstract Advisor,

Apt. Wempi Eka Rusmana, S.Farm., M. M.

NIDN 04-250486-02

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR TIM PENGUJI	v
PERNYATAAN PENULIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Kegunaan penelitian.....	5
BAB II.....	6
KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN....	6
2.1 Kajian Pustaka.....	6
2.2 Kerangka Pemikiran.....	13
BAB III	14
METODOLOGI PENELITIAN.....	14
3.1 Metode Penelitian.....	14
3.2 Operasional Variabel.....	14
3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	15

3.4	Sumber dan Teknik Pengumpulan Data.....	17
BAB IV		19
HASIL DAN PEMBAHASAN.....		19
BAB V		25
KESIMPULAN DAN SARAN.....		25
5.1	Kesimpulan	25
5.2	Saran	25
DAFTAR PUSTAKA		26

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Rumah sakit merupakan salah satu peranan penting dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit.

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal setidaknya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan rumah sakit. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Didalam proses rawat inap pasien atau penderita akan diberikan obat sesuai dengan instruksi dokter penanggung jawab sesuai dengan keluhan dan diagnosanya. Obat yang diinstruksikan oleh dokter penanggung jawab akan diproses serta disiapkan oleh instalasi farmasi rumah sakit. Salah satu obat yang sering diinstruksikan oleh dokter adalah analgetik atau obat penghilang rasa sakit atau nyeri.

Analgetika adalah zat yang bisa mengurangi rasa nyeri tanpa mengurangi kesadaran (Tjay dan Rahardja, 2015). Obat ini digunakan untuk membantu

meredakan sakit, sadar tidak sadar kita sering menggunakannya untuk menghilangkan rasa sakit atau nyeri seperti paracetamol, asam mefenamat, ibuprofen dan sebagainya. Nyeri adalah perasaan sensoris dan emosional yang mengganggu, berhubungan dengan ancaman, timbulnya gangguan atau kerusakan jaringan. Keadaan psikologis seseorang sangat berpengaruh, misalnya emosi dapat menimbulkan nyeri/sakit kepala atau membuatnya semakin parah. Ambang batas nyeri yang dapat ditoleransi oleh seseorang berbeda-beda karena nyeri merupakan suatu perasaan subjektif (Sherwood 2012). Tidak sedikit obat nyeri yang diberikan oleh dokter merupakan obat-obat golongan narkotika.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan tempat pengelolaan obat. Pengelolaan obat yang baik menjadi faktor utama dalam mendukung tingkat kepulihan pasien terhadap suatu penyakit, terlebih khusus dalam penggunaan obat yang bersifat psikoaktif seperti narkotika, psikotropika dan zat atau bahan pemula atau bahan kimia seperti prekursor farmasi. Pengelolaan obat terutama penyimpanan dilakukan instalasi farmasi agar keamanan dan kualitas narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi tetap terjaga dengan baik. Penyimpanan yang tidak efisien akan memberikan dampak negatif, seperti penyalahgunaan narkotika dan psikotropika. Narkotika dan psikotropika juga memiliki efek merugikan jika digunakan secara tidak rasional, salah satu efek samping dari penggunaan obat ini dapat menyebabkan ketergantungan dan perubahan psikologis. Oleh karena itu, perlu perhatian dan penanganan lebih terhadap penyimpanan narkotika dan psikotropika (Wirdah, 2013).

Penyimpanan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 yang menyebutkan bahwa keamanan obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi harus terjamin bermanfaat dan bermutu, agar masyarakat terlindung dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan atau khasiat kemanfaatan yang dapat berdampak buruk terhadap masyarakat (Permenkes, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas, sampai saat ini belum ada penelitian tentang penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik atau penghilang rasa nyeri terhadap pasien rawat inap disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, maka diperlukan penelitian untuk mengetahui ketepatan penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik dirumah sakit tersebut.

1.2 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang?
2. Apakah penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum sudah tepat?
3. Diambang batas nyeri berapakah penggunaan obat golongan narkotika diberikan?

4. Haruskah diberikan obat golongan narkotika untuk menghilangkan rasa nyeri atau analgetik?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan diatas maka tujuan dari penelitian ini adalah:

A. Tujuan umum

Memberikan gambaran serta mengevaluasi penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.

B. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.
2. Untuk mengetahui jenis kelamin apa yang lebih banyak menggunakan obat golongan narkotik sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum.
3. Untuk mengetahui pada skala nyeri berapa biasanya obat golongan narkotik digunakan sebagai analgetik.
4. Untuk mengetahui pada pasien dengan diagnosa apa yang banyak menggunakan obat golongan narkotik sebagai analgetik.
5. Untuk mengetahui jenis obat golongan narkotik apa yang banyak digunakan sebagai analgetik.

1.4 Kegunaan penelitian

A. Bagi Penulis

1. Memberikan pengalaman dalam penelitian tentang penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.
2. Dalam penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat baik menambah wawasan ilmu pengetahuan mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.

B. Bagi Rumah Sakit

1. Memberikan evaluasi untuk Rumah Sakit mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik pada pasien rawat inap.
2. Untuk menjalin kerjasama yang baik antara fasilitas kesehatan khususnya Rumah Sakit dengan penyelenggara pendidikan yaitu akademik

C. Bagi Akademik

1. Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam hal penelitian
2. Sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya sekaligus sebagai referensi yang dapat menambah khasanah keilmuan farmasi mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Pustaka

A. Konsep Evaluasi

Evaluasi adalah suatu pemberian nilai terhadap kualitas tertentu. Selain itu evaluasi juga dikatakan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang dipergunakan untuk menyusun alternatif-alternatif keputusan (Wulan, 2007)

Evaluasi juga diartikan sebagai proses untuk menentukan hasil yang dicapai dalam beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya suatu tujuan (Ratna Sundari, 2008)

B. Konsep Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit mendefinisikan rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berdasarkan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak, dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Definisi lain menyebutkan rumah sakit menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi rumah sakit dan perijinan rumah sakit menyatakan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan kelas rumah sakit didasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan, dan prasarana. Bangunan dan prasarana rumah sakit yang dimaksud harus memenuhi persyaratan tata bangunan dan lingkungan serta persyaratan keandalan bangunan dan prasarana rumah sakit. Setiap rumah sakit wajib mendapatkan penetapan kelas dari Menteri Kesehatan serta rumah sakit dapat ditingkatkan kelasnya setelah lulus tahapan pelayanan akreditasi kelas dibawahnya.

C. Konsep Pasien

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 296/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan guna memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi (Harma Oktafia Lingga Wijaya, 2017)

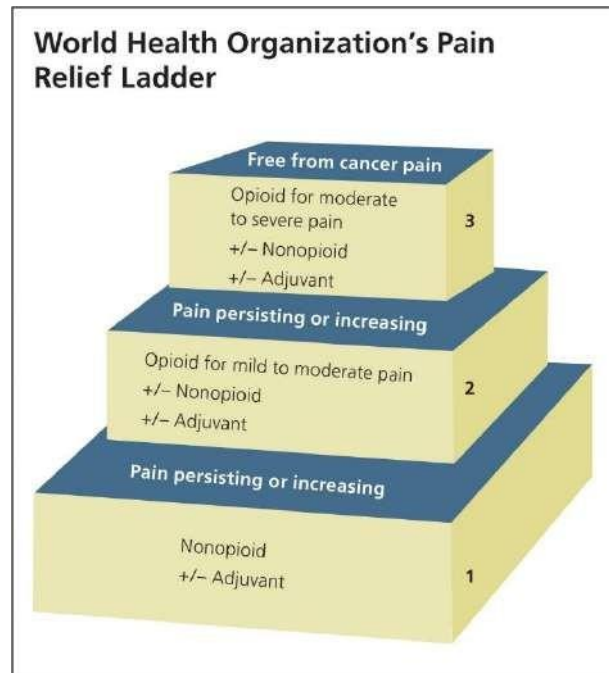
D. Analgetik

Analgetik adalah suatu senyawa yang dalam dosis terapeutik dapat meringankan atau menekan rasa nyeri tanpa menghilangkan kesadaran (Tjay dan Rahardja, 2007). Berdasarkan mekanisme kerja pada tingkat molekuler, analgetik dibagi menjadi dua golongan yaitu analgetik narkotik dan analgetik non narkotik (Siswandono dan Soekardjo, 2000).

Atas dasar kerja farmakologinya, analgetik dibagi dalam dua kelompok besar , yakni:

- 1) Analgetik perifer (non narkotik), yakni terdiri dari obat-obat yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja sentral. Analgetik antiradang termasuk kedalam kelompok ini.
- 2) Analgetik narkotik khusus digunakan untuk menghalau rasa nyeri sedang sampai nyeri hebat.

Semua obat yang memiliki efek analgetik biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Dalam pelaksanaan farmakoterapi terdapat berbagai prinsip umum dalam pengobatan nyeri.



Praktik dalam tatalaksana nyeri secara garis besar strategi farmakologi mengikuti “WHO Three Step Analgetic Ladder” yaitu:

- Tahap pertama dengan menggunakan obat anagetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 specific inhibitors.
- Tahap kedua dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti tahap pertama ditambah opiat secara intermiten.
- Tahap ketiga dengan memberikan obat pada tahap kedua ditambah opiat yang lebih kuat.

1. Analgetik narkotik

Analgetik narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yang disebabkan oleh penyakit kanker, serangan jantung akut, sesudah operasi, dan kolik usus atau ginjal. Aktivitas analgetik narkotik jauh lebih besar dibandingkan anakgetik non narkotik sehingga disebut juga

analgetik kuat. Golongan ini pada umumnya menimbulkan euphoria sehingga banyak disalahgunakan (Siswandono dan Soekardjo, 2008).

Analgetik opioid (analgetik narkotik) adalah obat-obat yang daya kerjanya meniru opioid endogen dengan memperpanjang aktivitas dari reseptor opioid. Tubuh dapat mensintesis zat-zat opioidnya sendiri, yakni zat-zat endorfin, yang juga bekerja melalui reseptor opioid. Endorfin bekerja menduduki reseptor nyeri di susunan saraf pusat hingga perasaan nyeri dapat di blokir. Apabila analgetik tersebut digunakan terus menerus, pembentukan reseptor-reseptor baru distimulasi dan produksi endorfin di ujung saraf otak dikurangi, akibatnya terjadilah kebiasaan dan ketagihan (Tjay dan Rahardja, 2007).

E. Konsep Nyeri

The International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai berikut, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan. Berdasarkan definisi tersebut nyeri merupakan suatu gabungan dari komponen objektif (aspek fisiologi sensorik nyeri) dan komponen subjektif (aspek emosional dan psikologis).

Berdasarkan derajat nyeri dikelompokkan menjadi tiga:

- Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang dan timbul, terutama saat beraktivitas sehari-hari dan menjelang tidur.
- Nyeri sedang adalah nyeri yang dirasakan terus menerus sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan hanya hilang apabila penderita tidur.
- Nyeri berat adalah nyeri yang dirasakan terus menerus sepanjang hari, sehingga mengakibatkan penderita sulit tertidur dan sering terjaga akibat nyeri yang dirasakan oleh penderita.

1. Skala Nyeri

Nyeri merupakan masalah yang sangat subjektif yang dipengaruhi oleh psikologis, kebudayaan dan hal lainnya, sehingga mengukur intensitas nyeri merupakan masalah yang relatif sulit. Ada beberapa metoda yang umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri, antara lain:

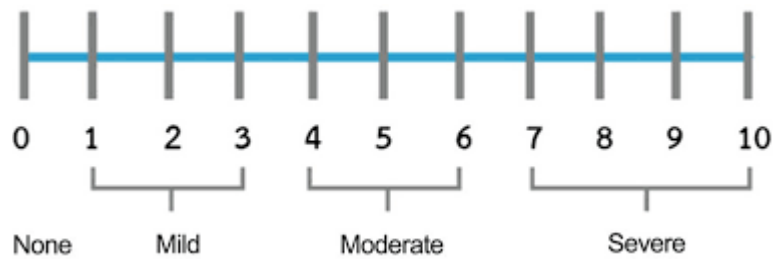
1. *Verbal Rating Scale (VRSs)*

Metoda ini menggunakan suatu *world list* untuk mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Pasien disuruh memilih kata-kata atau kalimat yang menggambarkan karakteristik nyeri yang dirasakan dari *world list* yang ada. Metoda ini dapat digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri dari saat pertama kali muncul sampai tahap penyembuhan. Penilaian ini menjadi beberapa kategori nyeri yaitu:

- Tidak nyeri (*none*)
- Nyeri ringan (*mild*)
- Nyeri sedang (*moderate*)
- Nyeri berat (*severe*)
- Nyeri sangat berat (*very severe*)

2. *Numerical Rating Scale (NRSs)*

Metoda ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan *range* dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari angka 0-10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang hebat.



3. *Visual Analogue Scale (VASs)*

Metoda ini paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Metoda ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang menggambarkan keadaan tidak nyeri sampai nyeri yang sangat hebat. Pasien menandai angka pada garis yang menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Keuntungan menggunakan metoda ini adalah sensitif untuk mengetahui perubahan intensitas nyeri, mudah dimengerti dan dikerjakan, dan dapat digunakan dalam berbagai kondisi klinis. Kerugiannya adalah tidak dapat digunakan pada anak-anak dibawah 8 tahun dan mungkin sukar diterapkan jika pasien sedang berada dalam nyeri hebat.

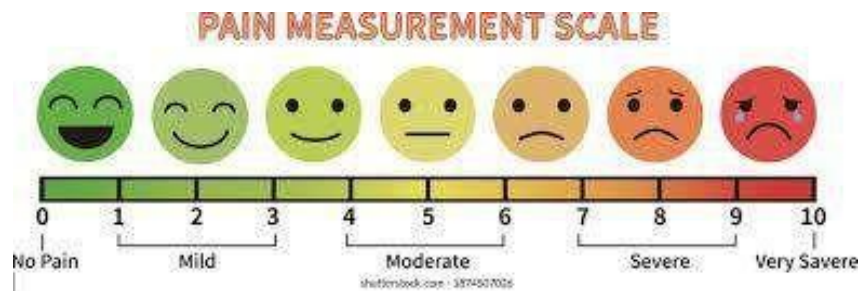


4. *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*

Metoda ini menggunakan check list untuk mendeskripsikan gejala-gejala nyeri yang dirasakan. Metoda ini menggambarkan nyeri dari berbagai aspek antara lain sensorik, afektif dan kognitif. Intensitas nyeri digambarkan dengan merangking dari “0” sampai “3”.

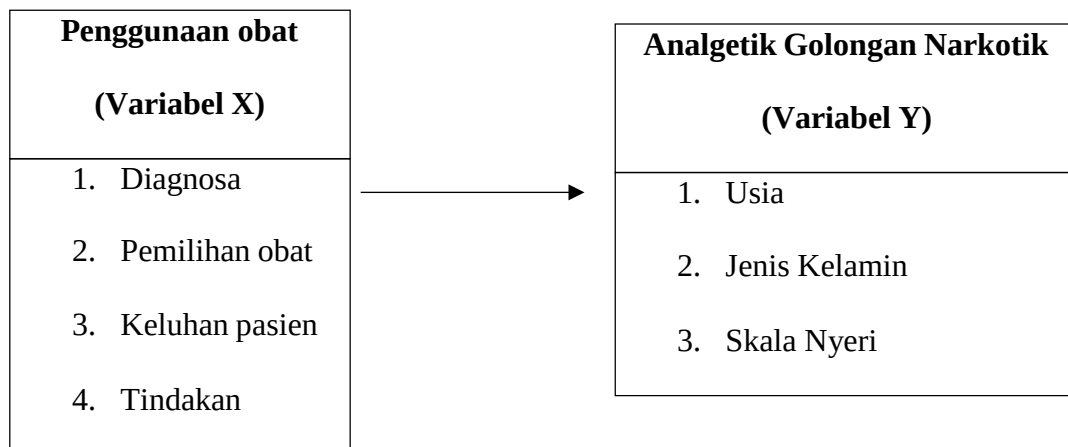
5. The Faces Pain Scale

Metoda ini dengan cara melihat mimik wajah pasien dan biasanya untuk menilai intensitas nyeri pada anak.



2.2 Kerangka Pemikiran

Tabel 2.1 Kerangka Pemikiran



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Menurut Sugiyono mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Dalam melakukan penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan waktu retrospektif.

Menurut Moh Nazir metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran, ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang.

Tujuan utama dalam menggunakan metode ini adalah untuk menggambarkan sifat suatu keadaan objek pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan dengan menggunakan sumber yang telah berlalu. Penelitian deskriptif tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol hal-hal yang telah terjadi, dan hanya dapat mengukur yang ada (Nasir, 2011).

3.2 Operasional Variabel

Tabel 3.1 Operasional Variabel

No	Variabel	Mutu	Indikator	Skala
1	Variabel X Penggunaan obat	Menurut WHO (2010) menjelaskan definisi dari	1. Diagnosa	Likert

		penggunaan obat rasional yaitu apabila pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan, dalam periode waktu yang sesuai dengan biaya yang terjangkau oleh dirinya dan kebanyakan masyarakat.	2. Pemilihan obat 3. Keluhan pasien 4. Tindakan	
2	Variabel Y Obat golongan narkotika sebagai analgetik	Analgetik golongan narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, dan digunakan untuk mengurangi rasa nyeri sedang sampai hebat. Obat golongan ini dapat menyebabkan euphoria sehingga banyak disalahgunakan penggunaannya.	1. Usia 2. Jenis Kelamin 3. Skala nyeri	Likert

3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

A. Populasi

Menurut Sugiyono (2010:215) Populasi adalah “Wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Populasi pada penelitian disalah satu rumah sakit swasta pada pasien rawat inap bangsal Chrysantemum di Cikarang ini dari 01 Januari 2021 sampai 31 April 2021.

Peneliti mendapatkan jumlah populasi sebanyak 38 pasien yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik.

B. Sampel

Menurut Sugiyono (2010:215) Sampel adalah “Sebagian dari populasi itu”. Sampel adalah suatu gugusan atau sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Supardi, S., dan Surahman, 2014).

Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah data dari pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik periode 01 Januari 2021 sampai 31 April 2021.

C. Teknik Pengambilan Sampel

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus sebagai pedoman didalam menentukan kriteria inklusi (Supardi, S., Surahman, 2014). Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Data pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik meliputi jenis kelamin, skala nyeri dan diagnosa.
2. Pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik yang telah diberikan analgetik lain sebelum analgetik narkotik.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Supardi, S., Surahman, 2014). Kriteria eksklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Data pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik tanpa sebelumnya menggunakan analgetik lain.

3.4 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

Dalam usaha untuk mendapatkan data yang selengkap-lengkapya dalam penyusunan tugas akhir ini, maka penulis menggunakan beberapa cara yaitu:

1. Observasi

Menurut Notoatmojo (2011:131) yang dimaksud dengan pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu ada hubungannya dengan masalah yang diteliti.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian langsung pada objek yang diteliti disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang sejak tanggal

2. Studi Pustaka

Metode yang dimaksud untuk menggambarkan data yang diperoleh dari lapangan penelitian dengan cara menguraikan dan menarik kesimpulan dari data apa adanya ditinjau dari berbagai aspek (Nasuha, 2007:33).

Metode penelitian yang dilakukan adalah dengan cara melihat dan mempelajari buku referensi yang tentu ada kaitannya dengan variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan studi pustaka terhadap dokumen-dokumen rumah sakit, dokumen-dokumen Kementerian Kesehatan dan dokumen lainnya yang terkait, buku ilmiah serta website yang berhubungan dengan penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik.

3. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan,transkrip,agenda,dan sebagainya(Dr.Sandu Siyoto,SKM., 2015).

Dalam penelitian ini,peneliti melakukan pengumpulan data-data yang diperlukan pada saat penelitian berlangsung dari catatan rekam medis pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dari data pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang periode Januari 2021 sampai dengan April 2021 dibagi menjadi 2 bagian yaitu **karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik dan analisis penggunaan obat analgetik golongan narkotik**. Karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik meliputi jenis kelamin, skala nyeri pasien, diagnosa pasien. Analisis penggunaan obat analgetik golongan sarkotik meliputi jenis analgetik yang termasuk analgetik golongan narkotik yang digunakan pada pasien rawat inap selama periode Januari 2021 sampai dengan April 2021.

Karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik

a. Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan dari data yang telah dikumpulkan pada pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum selama periode Januari 2021 sampai dengan April 2021, terdapat 38 pasien yang menggunakan analgetik narkotik yang dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin. Hasil karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4. 1 Distribusi Pasien Yang Menggunakan Analgetik Narkotik Berdasarkan Jenis Kelamin

<i>No</i>	<i>Jenis Kelamin</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	Laki-Laki	21	55,26
2	Perempuan	17	44,74
<i>Jumlah</i>		38	100

Pada tabel 4.1 dapat dilihat penelitian terhadap jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan penelitian terhadap perempuan yaitu 55,26% pada laki-laki dan 44,74% pada perempuan.

b. Karakteristik berdasarkan skala nyeri pasien

Skala nyeri adalah tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien dari tidak sakit sampai sakit sekali yang dapat diukur atau diketahui dengan beberapa metode. Hasil karakteristik pasien berdasarkan skala nyeri dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4. 2 Karakteristik Pasien Berdasarkan Dari Skala Nyeri Pasien

<i>No</i>	<i>Skala Nyeri</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	0-3	2	5,26
2	4-7	27	71,05
3	8-10	9	23,69
<i>Jumlah</i>		38	100

Pada tabel 4.2 dapat dilihat peneliti menggunakan skala numerik dalam melakukan pengukuran skala nyeri pada pasien. Skala numerik mempunyai rentang skala nyeri 1-3 mengalami nyeri ringan, 4-6 mengalami nyeri sedang, dan 7-10 mengalami nyeri hebat.

Dari 38 pasien, 2 pasien mengalami nyeri ringan (5,26%), 27 pasien mengalami nyeri sedang (71,05%), dan 9 pasien mengalami nyeri hebat (23,69%).

c. Karakteristik berdasarkan diagnosa pasien

Diagnosis adalah hal yang sangat penting. Tidak hanya untuk prognosis (ramalan/kemungkinan tentang peristiwa yang akan terjadi, khususnya yang berhubungan dengan penyakit atau penyembuhan setelah operasi) tapi juga untuk rencana pengobatan. Hasil karakteristik pasien berdasarkan diagnosa dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4. 3 Karakteristik Pasien Berdasarkan Diagnosa

<i>No</i>	<i>Diagnosa</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	Low back pain	2	5,26
2	Appendicitis	1	2,63
3	Malignant Neoplasm	2	5,26
4	Complicating Pregnancy	1	2,63
5	Cholelithiasis	5	13,17
6	Polycystic Kidney	1	2,63
7	Urethral Stricture	2	5,26
8	Calculus of kidney and calculus of urether	21	55,26

9	Other diagnose	3	7,90
<i>Jumlah</i>		<i>38</i>	<i>100</i>

Pada tabel 4.3 dapat dilihat pasien dengan diagnosa Calculus of kidney and calculus of urether yang paling banyak menggunakan analgetik narkotik yaitu 21 pasien (55,26%). Calculus of kidney and calculus of urether atau batu saluran kemih dapat didefinisikan sebagai pembentukan batu di saluran kemih yang meliputi batu ginjal, ureter, buli, dan uretra. Pembentukan batu dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologi, yaitu infeksi, non-infeksi, kelainan genetik, dan obat-obatan.

Di Indonesia, masalah batu saluran kemih masih menduduki kasus tersering diantara seluruh kasus urologi. Laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan perempuan yaitu 3:1 dengan puncak insiden terjadi pada usia 40-50 tahun.

Analisis Penggunaan Obat Analgetik Golongan Narkotik

Zat ini mempunyai daya penghalu nyeri yang kuat sekali dengan titik kerja yang terletak disistem saraf sentral, mereka umumnya menurunkan kesadaran (sifat meredakan dan menidurkan) dan menimbulkan perasaan nyaman, serta mengakibatkan ketergantungan fisik dan psikis (ketagihan /adiksi).

Berikut hasil penelitian analisis penggunaan obat analgetik golongan narkotik bangsal rawat inap chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis Penggunaan Obat Analgetik Golongan Narkotik

<i>Rute Pemberian</i>	<i>Kelas Terapi</i>	<i>Golongan</i>	<i>Jenis Obat</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
Intravena	Analgetik	Narkotik gol 2	Petidine	26	68,42
Patch transdermal	Analgetik	Narkotik gol 2	Fentanil	11	28,95
Intravena	Analgetik	Narkotik gol 2	Morfin	1	2,63
<i>Jumlah</i>				<i>38</i>	<i>100.00</i>

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan hasil penggunaan obat analgetik golongan narkotik bangsal rawat inap chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, penggunaan analgetik narkotik golongan 2 yaitu pethidine injeksi, merupakan terapi yang sering diresepkan oleh dokter pada pasien rawat inap bangsal chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.

Petidine secara farmakologik bekerja sebagai agonis reseptor μ . Seperti halnya morfin, petidine menimbulkan efek analgesia, sedasi, euforia, depresi nafas dan efek sentral lainnya. Waktu paruh petidine adalah 5 jam. Efektivitasnya lebih rendah dibanding morfin, tetapi lebih tinggi dari kodein. Durasi analgesinya pada penggunaan klinis 3-5 jam. Dibandingkan dengan morfin, petidine lebih efektif terhadap nyeri neuropatik. Petidine hanya digunakan untuk menimbulkan analgesia. Pada beberapa keadaan klinis, petidine diindikasikan atas dasar masa kerjanya yang lebih pendek daripada morfin. Petidine digunakan juga untuk menimbulkan analgesia obstetrik dan sebagai obat preanestetik.

Fentanil merupakan terapi alternatif pilihan bagi penanganan nyeri kanker berat (Saini dan Bhatnagar, 2016) sedangkan Tramadol tidak seefektif opioid lain untuk mengatasi nyeri hebat (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Ini berarti Fentanil lebih efektif dalam mengurangi nyeri berbanding Tramadol. Dan dari satu sisi perbandingan antara fentanil dan petidine, petidine merupakan analgesik yang cepat tetapi bertahan hanya untuk waktu singkat, kurang menimbulkan konstipasi dibanding morfin, tetapi kurang kuat sebagai analgesik, bahkan dalam dosis tinggi (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Petidine turut dimetabolisme menjadi norpetidin yang dapat terakumulasi, terutama pada gangguan fungsi ginjal serta norpetidin bisa menstimulasi sistem saraf pusat dan dapat menyebabkan kejang (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Karena itu, petidine tidak cocok untuk nyeri hebat yang berkepanjangan (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Selain itu, onset kerja dan metabolisme klirens petidine lebih lambat berbanding fentanil menjadikan fentanil sebagai terapi analgetik pilihan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari analisis data pasien rawat inap chrysanthemum, dapat disimpulkan bahwa evaluasi penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang yang paling banyak diresepkan oleh dokter ialah Petidine (68,42%), dan disusul dengan Fentanil (28,95%) dan Morfin yaitu sebesar (2,63%). Hal ini bersesuaian dengan hasil penelitian yang dijalankan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan, penulis mengemukakan saran-saran yang diharapkan dapat memberikan manfaat yaitu:

- A. Sesuai standar mutu pelayanan, pasien harus bebas dari nyeri untuk mendukung pemulihan pasca operasi.
- B. Teknik relaksasi dan teknik lainnya juga dapat diberikan untuk mengurangi nyeri dan ketegangan otot pasca operasi.
- C. Analgetik golongan NSAID (Non Steroid Anti Inflamasi Drugs) dapat digunakan terlebih dahulu untuk terapi nyeri akut sedang sampai berat sebelum akhirnya menggunakan analgetik golongan narkotik.
- D. Meningkatkan pengawasan penggunaan obat-obat analgetik golongan narkotik karena dapat menimbulkan efek ketergantungan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Pharmacists Association (APHA). 2009. *Drug Information Handbook: A Comprehensive Resource for All Clinicians and Healthcare Professionals 17th Edition*. Lexi Comp. U.S.A
- Badan POM RI. 2015. *Pusat Informasi Obat Nasional*. <http://pionas.pom.go.id/monografi/tramadol>
- Hardman, J.G. dan L.E. Limbird. 2012. *Goodman & Gilman: Dasar Farmakologi Terapi Edisi 10 Vol II*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Katz J.A., P.H. Berry, E.C. Covington J.L. Dahl dan C. Miaskowski. 2011. *Pain: Current Understanding of Assessments, Managements, and Treatments*. National Pharmaceutical Council. USA
- Price, Sylvia. *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Volume 2*. Jakarta: EGC. 2005.
- Sastramihardja. 2011. *Farmakologi Klinik*. Bandung: PT Kiblat Buku Utama
- Sherwood L. *Fisiologi manusia dari sel ke sistem*. 6th ed. Jakarta: EGC; 2012.
- Siswandono dan Soekardjo, B., 2000, *Kimia Medisinal, Edisi 2*, 228-232, 234, 239, Airlangga University Press, Surabaya.
- Siyoto, Sandu dan Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Sjamsuhidajat R, Jong. 2013. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Sulistia. *Farmakologi dan Terapi. edisi IV*. Jakarta : FK UI. 1995.
- Tjay T.H. and Rahardja K., 2015, *Obat-Obat Penting Khasiat, Penggunaan dan Efek - Efek Sampingnya*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, pp. 523–531.
- Wilmana Freddy, dan Sulistia Gan. *Farmakologi Dan Terapan Edisi Kelima: Analgesik-Antipiretik, Analgesik Anti-Inflamasi Nonsteroid, dan Obat Gangguan Sendi Lainnya*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2007.
- Wirdah, W.R.,Fudholi, A., Gunawan, P.W. (2013), *Evaluasi Pengelolaan Obat Dan Strategi Perbaikan Dengan Metode Hanlon Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sasuitubun Kabupaten Maluku Tenggara, Proseding Seminar Nasional Perkembangan Terkini Sains Farmasi Dan Klinik III*. (pp. 247-257). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

**EVALUASI PENGGUNAAN GOLONGAN OBAT
NARKOTIKA SEBAGAI ANALGETIK TERHADAP PASIEN
RAWAT INAP BANGSAL CHRYSANTHEMUM DI SALAH
SATU RUMAH SAKIT SWASTA DI LIPPO CIKARANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat

Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III

Program Studi Farmasi

Disusun Oleh :

1. NINA TAZILAH ARBIKA

NPM 18307178

2. RETNO WULANDARI

NPM 18307187



POLITEKNIK

PIKSI GANESHA BANDUNG

2021

ABSTRAK

Analgetik narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yang disebabkan oleh penyakit kanker, serangan jantung akut, sesudah operasi, dan kolik usus atau ginjal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik terhadap pasien rawat inap di bangsal Chrysanthemum di salah satu Rumah Sakit Swasta di Lippo Cikarang. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian non eksperimental, yaitu penelitian yang dilakukan secara tidak langsung dan lebih mengarah kepada pengumpulan data. Dianalisa secara deskripsi, pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dari catatan resep pasien rawat inap di salah satu Rumah Sakit Swasta di Lippo Cikarang bulan Januari hingga Maret tahun 2021. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* diperoleh data sebanyak 38 sampel yang memenuhi kriteria inklusi.

Dari hasil penelitian diperoleh hasil perhitungan yang menunjukkan bahwa obat analgetik narkotik golongan 2 yang banyak digunakan yaitu petidine (68,42%), pada laki-laki sebanyak (55,26%) dan sering diresepkan untuk pasien dengan diagnosa calculus of kidney and calculus of urether (55,26%) pasca operasi dengan skala nyeri antara 4-7 (71,05%).

Kata kunci: Analgetik, Narkotik, Nyeri, Rawat inap

ABSTRACT

Narcotic analgesics are compounds that can suppress the central nervous system selectively, used to reduce pain caused by cancer, acute heart attack, after surgery, and intestinal or renal colic.

This study aims to determine the use of narcotic drugs as analgesics for inpatients in the Chrysanthemum ward at a private hospital in Lippo Cikarang. The research method used is non-experimental research, namely research conducted indirectly and more directed to data collection. Analyzed descriptively, data collection was carried out retrospectively from prescription records of inpatients at a private hospital in Lippo Cikarang from January to March 2021. The sampling technique used purposive sampling to obtain 38 samples of data that met the inclusion criteria.

From the results of the study, it was obtained that the calculation results showed that the narcotic analgesic class 2 which was widely used was petidine (68.42%), in men (55.26%) and was often prescribed to patients with a diagnosis of calculus of kidney and calculus of kidney. ureter (55.26%) postoperatively with pain scale between 4-7 (71.05%).

Keywords: *Analgesics, Narcotics, Pain, Hospitalization*

Bandung, July 2021

Abstract Advisor,

Apt. Wempi Eka Rusmana, S.Farm., M. M.

NIDN 04-250486-02

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR TIM PENGUJI	v
PERNYATAAN PENULIS	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Kegunaan penelitian.....	5
BAB II.....	6
KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN....	6
2.1 Kajian Pustaka.....	6
2.2 Kerangka Pemikiran.....	13
BAB III	14
METODOLOGI PENELITIAN.....	14
3.1 Metode Penelitian.....	14
3.2 Operasional Variabel.....	14
3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	15

3.4	Sumber dan Teknik Pengumpulan Data.....	17
BAB IV		19
HASIL DAN PEMBAHASAN.....		19
BAB V		25
KESIMPULAN DAN SARAN.....		25
5.1	Kesimpulan	25
5.2	Saran	25
DAFTAR PUSTAKA		26

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Rumah sakit merupakan salah satu peranan penting dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit.

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan rumah sakit dimana penderita tinggal setidaknya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan rumah sakit. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Didalam proses rawat inap pasien atau penderita akan diberikan obat sesuai dengan instruksi dokter penanggung jawab sesuai dengan keluhan dan diagnosanya. Obat yang diinstruksikan oleh dokter penanggung jawab akan diproses serta disiapkan oleh instalasi farmasi rumah sakit. Salah satu obat yang sering diinstruksikan oleh dokter adalah analgetik atau obat penghilang rasa sakit atau nyeri.

Analgetika adalah zat yang bisa mengurangi rasa nyeri tanpa mengurangi kesadaran (Tjay dan Rahardja, 2015). Obat ini digunakan untuk membantu

meredakan sakit, sadar tidak sadar kita sering menggunakannya untuk menghilangkan rasa sakit atau nyeri seperti paracetamol, asam mefenamat, ibuprofen dan sebagainya. Nyeri adalah perasaan sensoris dan emosional yang mengganggu, berhubungan dengan ancaman, timbulnya gangguan atau kerusakan jaringan. Keadaan psikologis seseorang sangat berpengaruh, misalnya emosi dapat menimbulkan nyeri/sakit kepala atau membuatnya semakin parah. Ambang batas nyeri yang dapat ditoleransi oleh seseorang berbeda-beda karena nyeri merupakan suatu perasaan subjektif (Sherwood 2012). Tidak sedikit obat nyeri yang diberikan oleh dokter merupakan obat-obat golongan narkotika.

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan tempat pengelolaan obat. Pengelolaan obat yang baik menjadi faktor utama dalam mendukung tingkat kepulihan pasien terhadap suatu penyakit, terlebih khusus dalam penggunaan obat yang bersifat psikoaktif seperti narkotika, psikotropika dan zat atau bahan pemula atau bahan kimia seperti prekursor farmasi. Pengelolaan obat terutama penyimpanan dilakukan instalasi farmasi agar keamanan dan kualitas narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi tetap terjaga dengan baik. Penyimpanan yang tidak efisien akan memberikan dampak negatif, seperti penyalahgunaan narkotika dan psikotropika. Narkotika dan psikotropika juga memiliki efek merugikan jika digunakan secara tidak rasional, salah satu efek samping dari penggunaan obat ini dapat menyebabkan ketergantungan dan perubahan psikologis. Oleh karena itu, perlu perhatian dan penanganan lebih terhadap penyimpanan narkotika dan psikotropika (Wirdah, 2013).

Penyimpanan narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 yang menyebutkan bahwa keamanan obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi harus terjamin bermanfaat dan bermutu, agar masyarakat terlindung dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan obat narkotika, psikotropika dan prekursor farmasi yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan atau khasiat kemanfaatan yang dapat berdampak buruk terhadap masyarakat (Permenkes, 2015).

Berdasarkan latar belakang diatas, sampai saat ini belum ada penelitian tentang penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik atau penghilang rasa nyeri terhadap pasien rawat inap disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, maka diperlukan penelitian untuk mengetahui ketepatan penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik dirumah sakit tersebut.

1.2 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang?
2. Apakah penggunaan obat golongan narkotika sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum sudah tepat?
3. Diambang batas nyeri berapakah penggunaan obat golongan narkotika diberikan?

4. Haruskah diberikan obat golongan narkotika untuk menghilangkan rasa nyeri atau analgetik?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan diatas maka tujuan dari penelitian ini adalah:

A. Tujuan umum

Memberikan gambaran serta mengevaluasi penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.

B. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.
2. Untuk mengetahui jenis kelamin apa yang lebih banyak menggunakan obat golongan narkotik sebagai analgetik di bangsal rawat inap Chrysanthemum.
3. Untuk mengetahui pada skala nyeri berapa biasanya obat golongan narkotik digunakan sebagai analgetik.
4. Untuk mengetahui pada pasien dengan diagnosa apa yang banyak menggunakan obat golongan narkotik sebagai analgetik.
5. Untuk mengetahui jenis obat golongan narkotik apa yang banyak digunakan sebagai analgetik.

1.4 Kegunaan penelitian

A. Bagi Penulis

1. Memberikan pengalaman dalam penelitian tentang penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.
2. Dalam penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat baik menambah wawasan ilmu pengetahuan mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.

B. Bagi Rumah Sakit

1. Memberikan evaluasi untuk Rumah Sakit mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik pada pasien rawat inap.
2. Untuk menjalin kerjasama yang baik antara fasilitas kesehatan khususnya Rumah Sakit dengan penyelenggara pendidikan yaitu akademik

C. Bagi Akademik

1. Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam hal penelitian
2. Sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya sekaligus sebagai referensi yang dapat menambah khasanah keilmuan farmasi mengenai penggunaan obat golongan narkotik sebagai analgetik.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Pustaka

A. Konsep Evaluasi

Evaluasi adalah suatu pemberian nilai terhadap kualitas tertentu. Selain itu evaluasi juga dikatakan sebagai proses merencanakan, memperoleh, dan menyediakan informasi yang dipergunakan untuk menyusun alternatif-alternatif keputusan (Wulan, 2007)

Evaluasi juga diartikan sebagai proses untuk menentukan hasil yang dicapai dalam beberapa kegiatan yang direncanakan untuk mendukung tercapainya suatu tujuan (Ratna Sundari, 2008)

B. Konsep Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit mendefinisikan rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika, dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak, dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan, dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Definisi lain menyebutkan rumah sakit menurut peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang klasifikasi rumah sakit dan perijinan rumah sakit menyatakan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.

2. Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan kelas rumah sakit didasarkan pada pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan, dan prasarana. Bangunan dan prasarana rumah sakit yang dimaksud harus memenuhi persyaratan tata bangunan dan lingkungan serta persyaratan keandalan bangunan dan prasarana rumah sakit. Setiap rumah sakit wajib mendapatkan penetapan kelas dari Menteri Kesehatan serta rumah sakit dapat ditingkatkan kelasnya setelah lulus tahapan pelayanan akreditasi kelas dibawahnya.

C. Konsep Pasien

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI NOMOR 296/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatan guna memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi (Harma Oktafia Lingga Wijaya, 2017)

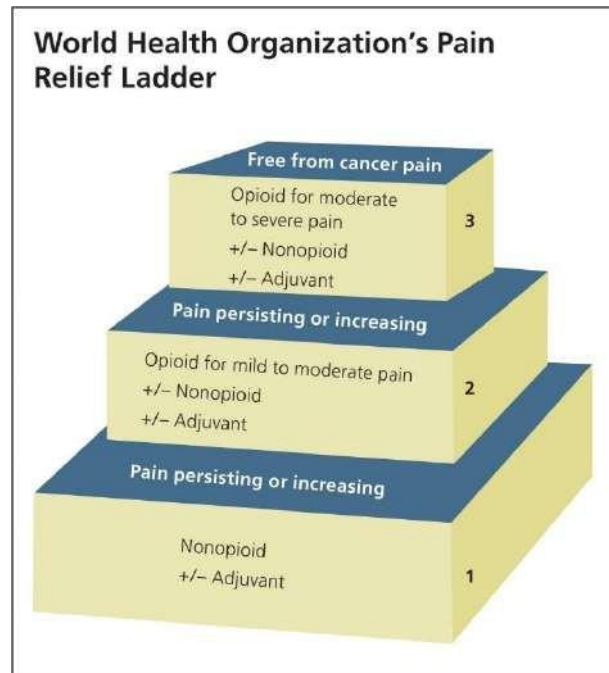
D. Analgetik

Analgetik adalah suatu senyawa yang dalam dosis terapeutik dapat meringankan atau menekan rasa nyeri tanpa menghilangkan kesadaran (Tjay dan Rahardja, 2007). Berdasarkan mekanisme kerja pada tingkat molekuler, analgetik dibagi menjadi dua golongan yaitu analgetik narkotik dan analgetik non narkotik (Siswandono dan Soekardjo, 2000).

Atas dasar kerja farmakologinya, analgetik dibagi dalam dua kelompok besar , yakni:

- 1) Analgetik perifer (non narkotik), yakni terdiri dari obat-obat yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja sentral. Analgetik antiradang termasuk kedalam kelompok ini.
- 2) Analgetik narkotik khusus digunakan untuk menghalau rasa nyeri sedang sampai nyeri hebat.

Semua obat yang memiliki efek analgetik biasanya efektif untuk mengatasi nyeri akut. Hal ini dimungkinkan karena nyeri akut akan mereda atau hilang sejalan dengan laju proses penyembuhan jaringan yang sakit. Dalam pelaksanaan farmakoterapi terdapat berbagai prinsip umum dalam pengobatan nyeri.



Praktik dalam tatalaksana nyeri secara garis besar strategi farmakologi mengikuti “WHO Three Step Analgetic Ladder” yaitu:

- Tahap pertama dengan menggunakan obat anagetik nonopiat seperti NSAID atau COX2 specific inhibitors.
- Tahap kedua dilakukan jika pasien masih mengeluh nyeri. Maka diberikan obat-obat seperti tahap pertama ditambah opiat secara intermiten.
- Tahap ketiga dengan memberikan obat pada tahap kedua ditambah opiat yang lebih kuat.

1. Analgetik narkotik

Analgetik narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, digunakan untuk mengurangi rasa nyeri yang disebabkan oleh penyakit kanker, serangan jantung akut, sesudah operasi, dan kolik usus atau ginjal. Aktivitas analgetik narkotik jauh lebih besar dibandingkan anakgetik non narkotik sehingga disebut juga

analgetik kuat. Golongan ini pada umumnya menimbulkan euphoria sehingga banyak disalahgunakan (Siswandono dan Soekardjo, 2008).

Analgetik opioid (analgetik narkotik) adalah obat-obat yang daya kerjanya meniru opioid endogen dengan memperpanjang aktivitas dari reseptor opioid. Tubuh dapat mensintesis zat-zat opioidnya sendiri, yakni zat-zat endorfin, yang juga bekerja melalui reseptor opioid. Endorfin bekerja menduduki reseptor nyeri di susunan saraf pusat hingga perasaan nyeri dapat di blokir. Apabila analgetik tersebut digunakan terus menerus, pembentukan reseptor-reseptor baru distimulasi dan produksi endorfin di ujung saraf otak dikurangi, akibatnya terjadilah kebiasaan dan ketagihan (Tjay dan Rahardja, 2007).

E. Konsep Nyeri

The International Association for the Study of Pain (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai berikut, nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan atau ancaman kerusakan jaringan. Berdasarkan definisi tersebut nyeri merupakan suatu gabungan dari komponen objektif (aspek fisiologi sensorik nyeri) dan komponen subjektif (aspek emosional dan psikologis).

Berdasarkan derajat nyeri dikelompokkan menjadi tiga:

- Nyeri ringan adalah nyeri yang hilang dan timbul, terutama saat beraktivitas sehari-hari dan menjelang tidur.
- Nyeri sedang adalah nyeri yang dirasakan terus menerus sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan hanya hilang apabila penderita tidur.
- Nyeri berat adalah nyeri yang dirasakan terus menerus sepanjang hari, sehingga mengakibatkan penderita sulit tertidur dan sering terjaga akibat nyeri yang dirasakan oleh penderita.

1. Skala Nyeri

Nyeri merupakan masalah yang sangat subjektif yang dipengaruhi oleh psikologis, kebudayaan dan hal lainnya, sehingga mengukur intensitas nyeri merupakan masalah yang relatif sulit. Ada beberapa metoda yang umumnya digunakan untuk menilai intensitas nyeri, antara lain:

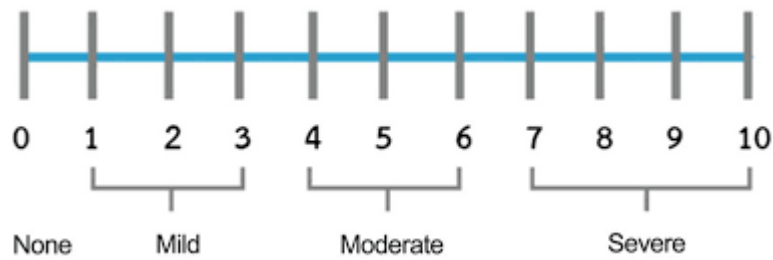
1. *Verbal Rating Scale (VRSs)*

Metoda ini menggunakan suatu word list untuk mendeskripsikan nyeri yang dirasakan. Pasien disuruh memilih kata-kata atau kalimat yang menggambarkan karakteristik nyeri yang dirasakan dari *word list* yang ada. Metoda ini dapat digunakan untuk mengetahui intensitas nyeri dari saat pertama kali muncul sampai tahap penyembuhan. Penilaian ini menjadi beberapa kategori nyeri yaitu:

- Tidak nyeri (*none*)
- Nyeri ringan (*mild*)
- Nyeri sedang (*moderate*)
- Nyeri berat (*severe*)
- Nyeri sangat berat (*very severe*)

2. *Numerical Rating Scale (NRSs)*

Metoda ini menggunakan angka-angka untuk menggambarkan *range* dari intensitas nyeri. Umumnya pasien akan menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan dari angka 0-10. “0” menggambarkan tidak ada nyeri sedangkan “10” menggambarkan nyeri yang hebat.



3. *Visual Analogue Scale (VASs)*

Metoda ini paling sering digunakan untuk mengukur intensitas nyeri. Metoda ini menggunakan garis sepanjang 10 cm yang menggambarkan keadaan tidak nyeri sampai nyeri yang sangat hebat. Pasien menandai angka pada garis yang menggambarkan intensitas nyeri yang dirasakan. Keuntungan menggunakan metoda ini adalah sensitif untuk mengetahui perubahan intensitas nyeri, mudah dimengerti dan dikerjakan, dan dapat digunakan dalam berbagai kondisi klinis. Kerugiannya adalah tidak dapat digunakan pada anak-anak dibawah 8 tahun dan mungkin sukar diterapkan jika pasien sedang berada dalam nyeri hebat.

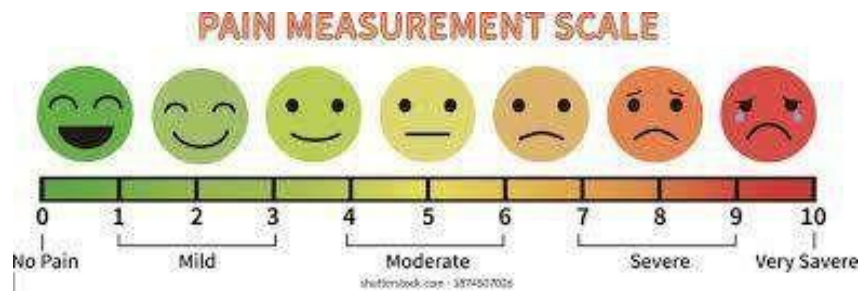


4. *McGill Pain Questionnaire (MPQ)*

Metoda ini menggunakan check list untuk mendeskripsikan gejala-gejala nyeri yang dirasakan. Metoda ini menggambarkan nyeri dari berbagai aspek antara lain sensorik, afektif dan kognitif. Intensitas nyeri digambarkan dengan merangking dari “0” sampai “3”.

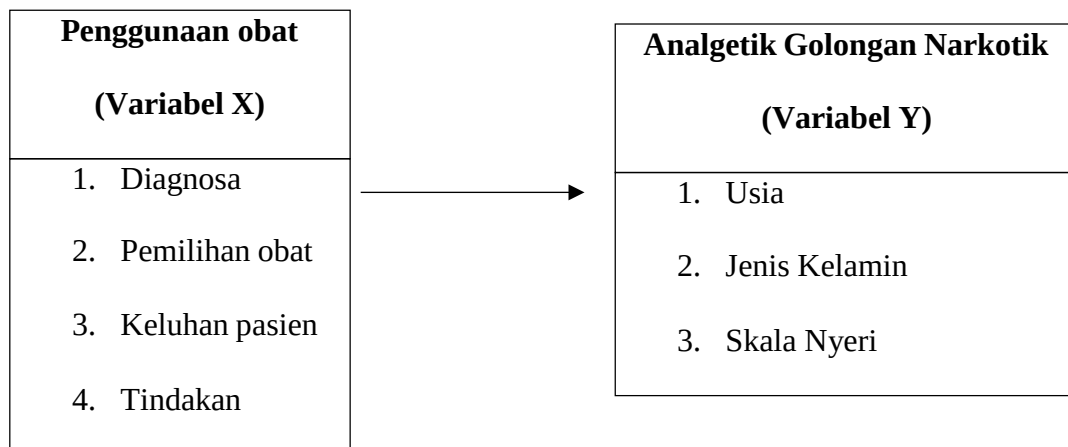
5. The Faces Pain Scale

Metoda ini dengan cara melihat mimik wajah pasien dan biasanya untuk menilai intensitas nyeri pada anak.



2.2 Kerangka Pemikiran

Tabel 2.1 Kerangka Pemikiran



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Menurut Sugiyono mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Dalam melakukan penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan waktu retrospektif.

Menurut Moh Nazir metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia , suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran, ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang.

Tujuan utama dalam menggunakan metode ini adalah untuk menggambarkan sifat suatu keadaan objek pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya, kemudian dianalisis dan diinterpretasikan dengan menggunakan sumber yang telah berlalu. Penelitian deskriptif tidak memiliki kekuatan untuk mengontrol hal-hal yang telah terjadi, dan hanya dapat mengukur yang ada (Nasir, 2011).

3.2 Operasional Variabel

Tabel 3.1 Operasional Variabel

No	Variabel	Mutu	Indikator	Skala
1	Variabel X Penggunaan obat	Menurut WHO (2010) menjelaskan definisi dari	1. Diagnosa	Likert

		penggunaan obat rasional yaitu apabila pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan, dalam periode waktu yang sesuai dengan biaya yang terjangkau oleh dirinya dan kebanyakan masyarakat.	2. Pemilihan obat 3. Keluhan pasien 4. Tindakan	
2	Variabel Y Obat golongan narkotika sebagai analgetik	Analgetik golongan narkotik adalah senyawa yang dapat menekan sistem saraf pusat secara selektif, dan digunakan untuk mengurangi rasa nyeri sedang sampai hebat. Obat golongan ini dapat menyebabkan euphoria sehingga banyak disalahgunakan penggunaannya.	1. Usia 2. Jenis Kelamin 3. Skala nyeri	Likert

3.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

A. Populasi

Menurut Sugiyono (2010:215) Populasi adalah “Wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya.

Populasi pada penelitian disalah satu rumah sakit swasta pada pasien rawat inap bangsal Chrysantemum di Cikarang ini dari 01 Januari 2021 sampai 31 April 2021.

Peneliti mendapatkan jumlah populasi sebanyak 38 pasien yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik.

B. Sampel

Menurut Sugiyono (2010:215) Sampel adalah “Sebagian dari populasi itu”. Sampel adalah suatu gugusan atau sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Supardi, S., dan Surahman, 2014).

Sampel yang diambil pada penelitian ini adalah data dari pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik periode 01 Januari 2021 sampai 31 April 2021.

C. Teknik Pengambilan Sampel

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus sebagai pedoman didalam menentukan kriteria inklusi (Supardi, S., Surahman, 2014). Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Data pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik meliputi jenis kelamin, skala nyeri dan diagnosa.
2. Pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik yang telah diberikan analgetik lain sebelum analgetik narkotik.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Supardi, S., Surahman, 2014). Kriteria eksklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Data pasien rawat inap yang menggunakan analgetik golongan narkotik tanpa sebelumnya menggunakan analgetik lain.

3.4 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

Dalam usaha untuk mendapatkan data yang selengkap-lengkapya dalam penyusunan tugas akhir ini, maka penulis menggunakan beberapa cara yaitu:

1. Observasi

Menurut Notoatmojo (2011:131) yang dimaksud dengan pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu ada hubungannya dengan masalah yang diteliti.

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian langsung pada objek yang diteliti disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang sejak tanggal

2. Studi Pustaka

Metode yang dimaksud untuk menggambarkan data yang diperoleh dari lapangan penelitian dengan cara menguraikan dan menarik kesimpulan dari data apa adanya ditinjau dari berbagai aspek (Nasuha, 2007:33).

Metode penelitian yang dilakukan adalah dengan cara melihat dan mempelajari buku referensi yang tentu ada kaitannya dengan variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan studi pustaka terhadap dokumen-dokumen rumah sakit, dokumen-dokumen Kementerian Kesehatan dan dokumen lainnya yang terkait, buku ilmiah serta website yang berhubungan dengan penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik.

3. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan,transkrip,agenda,dan sebagainya(Dr.Sandu Siyoto,SKM., 2015).

Dalam penelitian ini,peneliti melakukan pengumpulan data-data yang diperlukan pada saat penelitian berlangsung dari catatan rekam medis pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dari data pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum yang menggunakan obat analgetik golongan narkotik di salah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang periode Januari 2021 sampai dengan April 2021 dibagi menjadi 2 bagian yaitu **karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik dan analisis penggunaan obat analgetik golongan narkotik**. Karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik meliputi jenis kelamin, skala nyeri pasien, diagnosa pasien. Analisis penggunaan obat analgetik golongan sarkotik meliputi jenis analgetik yang termasuk analgetik golongan narkotik yang digunakan pada pasien rawat inap selama periode Januari 2021 sampai dengan April 2021.

Karakteristik pasien yang menggunakan analgetik narkotik

a. Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan dari data yang telah dikumpulkan pada pasien rawat inap bangsal Chrysanthemum selama periode Januari 2021 sampai dengan April 2021, terdapat 38 pasien yang menggunakan analgetik narkotik yang dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin. Hasil karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4. 1 Distribusi Pasien Yang Menggunakan Analgetik Narkotik Berdasarkan Jenis Kelamin

<i>No</i>	<i>Jenis Kelamin</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	Laki-Laki	21	55,26
2	Perempuan	17	44,74
<i>Jumlah</i>		38	100

Pada tabel 4.1 dapat dilihat penelitian terhadap jenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan penelitian terhadap perempuan yaitu 55,26% pada laki-laki dan 44,74% pada perempuan.

b. Karakteristik berdasarkan skala nyeri pasien

Skala nyeri adalah tingkatan nyeri yang dirasakan oleh pasien dari tidak sakit sampai sakit sekali yang dapat diukur atau diketahui dengan beberapa metode. Hasil karakteristik pasien berdasarkan skala nyeri dapat dilihat pada tabel 4.2

Tabel 4. 2 Karakteristik Pasien Berdasarkan Dari Skala Nyeri Pasien

<i>No</i>	<i>Skala Nyeri</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	0-3	2	5,26
2	4-7	27	71,05
3	8-10	9	23,69
<i>Jumlah</i>		38	100

Pada tabel 4.2 dapat dilihat peneliti menggunakan skala numerik dalam melakukan pengukuran skala nyeri pada pasien. Skala numerik mempunyai rentang skala nyeri 1-3 mengalami nyeri ringan, 4-6 mengalami nyeri sedang, dan 7-10 mengalami nyeri hebat.

Dari 38 pasien, 2 pasien mengalami nyeri ringan (5,26%), 27 pasien mengalami nyeri sedang (71,05%), dan 9 pasien mengalami nyeri hebat (23,69%).

c. Karakteristik berdasarkan diagnosa pasien

Diagnosis adalah hal yang sangat penting. Tidak hanya untuk prognosis (ramalan/kemungkinan tentang peristiwa yang akan terjadi, khususnya yang berhubungan dengan penyakit atau penyembuhan setelah operasi) tapi juga untuk rencana pengobatan. Hasil karakteristik pasien berdasarkan diagnosa dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4. 3 Karakteristik Pasien Berdasarkan Diagnosa

<i>No</i>	<i>Diagnosa</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
1	Low back pain	2	5,26
2	Appendicitis	1	2,63
3	Malignant Neoplasm	2	5,26
4	Complicating Pregnancy	1	2,63
5	Cholelithiasis	5	13,17
6	Polycystic Kidney	1	2,63
7	Urethral Stricture	2	5,26
8	Calculus of kidney and calculus of urether	21	55,26

9	Other diagnose	3	7,90
<i>Jumlah</i>		<i>38</i>	<i>100</i>

Pada tabel 4.3 dapat dilihat pasien dengan diagnosa Calculus of kidney and calculus of urether yang paling banyak menggunakan analgetik narkotik yaitu 21 pasien (55,26%). Calculus of kidney and calculus of urether atau batu saluran kemih dapat didefinisikan sebagai pembentukan batu di saluran kemih yang meliputi batu ginjal, ureter, buli, dan uretra. Pembentukan batu dapat diklasifikasikan berdasarkan etiologi, yaitu infeksi, non-infeksi, kelainan genetik, dan obat-obatan.

Di Indonesia, masalah batu saluran kemih masih menduduki kasus tersering diantara seluruh kasus urologi. Laki-laki lebih sering terjadi dibandingkan perempuan yaitu 3:1 dengan puncak insiden terjadi pada usia 40-50 tahun.

Analisis Penggunaan Obat Analgetik Golongan Narkotik

Zat ini mempunyai daya penghalu nyeri yang kuat sekali dengan titik kerja yang terletak disistem saraf sentral, mereka umumnya menurunkan kesadaran (sifat meredakan dan menidurkan) dan menimbulkan perasaan nyaman, serta mengakibatkan ketergantungan fisik dan psikis (ketagihan /adiksi).

Berikut hasil penelitian analisis penggunaan obat analgetik golongan narkotik bangsal rawat inap chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Analisis Penggunaan Obat Analgetik Golongan Narkotik

<i>Rute Pemberian</i>	<i>Kelas Terapi</i>	<i>Golongan</i>	<i>Jenis Obat</i>	<i>Jumlah</i>	<i>Persentase (%)</i>
Intravena	Analgetik	Narkotik gol 2	Petidine	26	68,42
Patch transdermal	Analgetik	Narkotik gol 2	Fentanil	11	28,95
Intravena	Analgetik	Narkotik gol 2	Morfin	1	2,63
<i>Jumlah</i>				<i>38</i>	<i>100.00</i>

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan hasil penggunaan obat analgetik golongan narkotik bangsal rawat inap chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang, penggunaan analgetik narkotik golongan 2 yaitu pethidine injeksi, merupakan terapi yang sering diresepkan oleh dokter pada pasien rawat inap bangsal chrysanthemum disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang.

Petidine secara farmakologik bekerja sebagai agonis reseptor μ . Seperti halnya morfin, petidine menimbulkan efek analgesia, sedasi, euforia, depresi nafas dan efek sentral lainnya. Waktu paruh petidine adalah 5 jam. Efektivitasnya lebih rendah dibanding morfin, tetapi lebih tinggi dari kodein. Durasi analgesinya pada penggunaan klinis 3-5 jam. Dibandingkan dengan morfin, petidine lebih efektif terhadap nyeri neuropatik. Petidine hanya digunakan untuk menimbulkan analgesia. Pada beberapa keadaan klinis, petidine diindikasikan atas dasar masa kerjanya yang lebih pendek daripada morfin. Petidine digunakan juga untuk menimbulkan analgesia obstetrik dan sebagai obat preanestetik.

Fentanil merupakan terapi alternatif pilihan bagi penanganan nyeri kanker berat (Saini dan Bhatnagar, 2016) sedangkan Tramadol tidak seefektif opioid lain untuk mengatasi nyeri hebat (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Ini berarti Fentanil lebih efektif dalam mengurangi nyeri berbanding Tramadol. Dan dari satu sisi perbandingan antara fentanil dan petidine, petidine merupakan analgesik yang cepat tetapi bertahan hanya untuk waktu singkat, kurang menimbulkan konstipasi dibanding morfin, tetapi kurang kuat sebagai analgesik, bahkan dalam dosis tinggi (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Petidine turut dimetabolisme menjadi norpetidin yang dapat terakumulasi, terutama pada gangguan fungsi ginjal serta norpetidin bisa menstimulasi sistem saraf pusat dan dapat menyebabkan kejang (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Karena itu, petidine tidak cocok untuk nyeri hebat yang berkepanjangan (Pusat Informasi Obat Nasional, 2015). Selain itu, onset kerja dan metabolisme klirens petidine lebih lambat berbanding fentanil menjadikan fentanil sebagai terapi analgetik pilihan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari analisis data pasien rawat inap chrysanthemum, dapat disimpulkan bahwa evaluasi penggunaan golongan obat narkotika sebagai analgetik disalah satu rumah sakit swasta di Lippo Cikarang yang paling banyak diresepkan oleh dokter ialah Petidine (68,42%), dan disusul dengan Fentanil (28,95%) dan Morfin yaitu sebesar (2,63%). Hal ini bersesuaian dengan hasil penelitian yang dijalankan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan, penulis mengemukakan saran-saran yang diharapkan dapat memberikan manfaat yaitu:

- A. Sesuai standar mutu pelayanan, pasien harus bebas dari nyeri untuk mendukung pemulihan pasca operasi.
- B. Teknik relaksasi dan teknik lainnya juga dapat diberikan untuk mengurangi nyeri dan ketegangan otot pasca operasi.
- C. Analgetik golongan NSAID (Non Steroid Anti Inflamasi Drugs) dapat digunakan terlebih dahulu untuk terapi nyeri akut sedang sampai berat sebelum akhirnya menggunakan analgetik golongan narkotik.
- D. Meningkatkan pengawasan penggunaan obat-obat analgetik golongan narkotik karena dapat menimbulkan efek ketergantungan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Pharmacists Association (APHA). 2009. *Drug Information Handbook: A Comprehensive Resource for All Clinicians and Healthcare Professionals 17th Edition*. Lexi Comp. U.S.A
- Badan POM RI. 2015. *Pusat Informasi Obat Nasional*. <http://pionas.pom.go.id/monografi/tramadol>
- Hardman, J.G. dan L.E. Limbird. 2012. *Goodman & Gilman: Dasar Farmakologi Terapi Edisi 10 Vol II*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Katz J.A., P.H. Berry, E.C. Covington J.L. Dahl dan C. Miaskowski. 2011. *Pain: Current Understanding of Assessments, Managements, and Treatments*. National Pharmaceutical Council. USA
- Price, Sylvia. *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Volume 2*. Jakarta: EGC. 2005.
- Sastramihardja. 2011. *Farmakologi Klinik*. Bandung: PT Kiblat Buku Utama
- Sherwood L. *Fisiologi manusia dari sel ke sistem*. 6th ed. Jakarta: EGC; 2012.
- Siswandono dan Soekardjo, B., 2000, *Kimia Medisinal, Edisi 2*, 228-232, 234, 239, Airlangga University Press, Surabaya.
- Siyoto, Sandu dan Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing.
- Sjamsuhidajat R, Jong. 2013. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Sulistia. *Farmakologi dan Terapi. edisi IV*. Jakarta : FK UI. 1995.
- Tjay T.H. and Rahardja K., 2015, *Obat-Obat Penting Khasiat, Penggunaan dan Efek - Efek Sampingnya*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta, pp. 523–531.
- Wilmana Freddy, dan Sulistia Gan. *Farmakologi Dan Terapan Edisi Kelima: Analgesik-Antipiretik, Analgesik Anti-Inflamasi Nonsteroid, dan Obat Gangguan Sendi Lainnya*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI. 2007.
- Wirdah, W.R.,Fudholi, A., Gunawan, P.W. (2013), *Evaluasi Pengelolaan Obat Dan Strategi Perbaikan Dengan Metode Hanlon Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Karel Sasuitubun Kabupaten Maluku Tenggara, Proseding Seminar Nasional Perkembangan Terkini Sains Farmasi Dan Klinik III*. (pp. 247-257). Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.

**EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PASIEN TERHADAP
PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN DIABETES MELITUS
DI APOTEK POPULER FARMA KOTA BEKASI**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Program Akhir Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun oleh :

DWI HASTUTI

NPM 18.307.156



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG**

2021

ABSTRAK

NAMA : DWI HASTUTI
NPM 18307156
KELAS : FAR/MBE1-18

EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PASIEN TERHADAP PENGUNAAN OBAT PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI APOTEK POPULER FARMA KOTA BEKASI.

Tugas Akhir : halaman

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus terhadap pada penggunaan obat yang dikonsumsi. Metode penelitian yang digunakan oleh penulis ialah metode deskriptif kualitatif dimana penulis menjelaskan dan menceritakan situasi, kondisi, dan keadaan yang ada di tempat penelitian. Metode konseling atau penyuluhan dalam hal ini penulis memberi bantuan kepada pasien diabetes melitus yang ada di sekitar apotek Populer Farma kota Bekasi, memberi informasi tentang diabetes melitus dengan selalu untuk patuh minum obat, cek kadar gula darah, pola hidup sehat dengan makan makanan bergizi dan olahraga yang teratur serta metode wawancara, disini penulis mengumpulkan data sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan melakukan wawancara secara langsung dengan pihak yang bersangkutan, dalam hal ini pengelola dan karyawan apotek Populer Farma kota Bekasi beserta dengan pasien yang datang ke apotek Populer Farma kota Bekasi. Wawancara tersebut dilakukan guna untuk mengetahui sejauh mana tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus terhadap obat yang dikonsumsi dan untuk selalu mengingatkan untuk rajin mengecek kadar gula darah supaya tetap stabil. Berdasarkan penelitian yang dilakukan, ternyata tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus berbeda-beda ada yang sangat patuh, tidak patuh, sangat tidak patuh/tidak peduli. Adapun saran yang dapat penulis berikan bahwa kita semua harus dapat menjaga pola makan, pola hidup sehat yang seimbang, juga olahraga yang teratur sehingga bisa terhindar dari penyakit yang berbahaya yang diantaranya penyakit diabetes melitus.

Kata kunci : Patuh, Minum obat, Diabetes melitus, Hidup sehat, Hidup seimbang

ABSTRACT

NAME : DWI HASTUTI
NPM 18307156
CLASS : FAR/MBE1-18

EVALUATION OF THE LEVEL OF PATIENT'S COMPLIANCE WITH DRUG USE IN PATIENT'S WITH DIABETES MELITUS AT A POPULAR PHARMACY IN BEKASI CITY.

Final Project.....page

This study aims to determine the level of adherence of diabetes mellitus patients to the use of drugs they consume. The research method that the author uses is a qualitative descriptive method in which the author explains and tells the situation, conditions, and circumstances that exist in the research area. The method of counseling or counseling in this case the author provides assistance to diabetes mellitus patients who are around the Popular Farma pharmacy in Bekasi city, provides information about diabetes mellitus by always obediently taking medication, checking blood sugar levels, healthy lifestyle by eating nutritious food and exercise. regular and interview methods, here the authors collect data as material for scientific papers by conducting direct interviews with the parties concerned, in this case the managers and employees of the Popular Farma pharmacy in Bekasi city along with patients who come to the Popular Farma pharmacy in Bekasi city The interview was conducted in order to determine the level of adherence of diabetes mellitus patients to the drugs they consume and to always remind them to be diligent in checking blood sugar levels to keep them stable. Based on the research conducted, it turns out that the level of compliance of diabetes mellitus patients is different, some are very obedient, disobedient, very disobedient/don't care. The advice that the author can give is that we all must be able to maintain a healthy diet, a balanced healthy lifestyle, as well as regular exercise so that we can avoid dangerous diseases including diabetes mellitus.

Keywords: Obedient, Taking medication, Diabetes mellitus, Healthy living, Balanced life

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Permasalahan.....	13
1.2 Identifikasi Masalah.....	14
1.3 Tujuan Penelitian	15
1.4 Kegunaan Penelitian	15

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Diabetes Miletus	16
2.2 Konsep Dasar Komplikasi	21
2.3 Konsep Dasar Kepatuhan.....	22

BAB III KERANGKA PEMIKIRAN DAN METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian Dan Teknik Pengumpulan Data	32
3.2 Waktu Dan Tempat Penelitian	32
3.3 Populasi Dan Sampel Penelitian.....	33
3.4 Teknik.Analisa Data	33

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian	34
4.2 Pembahasan.....	37

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan..... 40

5.2. Saran 40

DAFTAR PUSTAKA..... 42

LAMPIRAN..... 43

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 : Logo Apotek Populer Farma Kota Bekasi 45

Gambar 3.2 : Struktur Organisasi Apotek Populer Farma Kota Bekasi..... 46

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Permasalahan

Diabetes melitus adalah salah satu diantara penyakit degeneratif yang berkaitan erat dengan penyakit metabolisme dan cenderung akan mengalami peningkatan sehingga dampak adanya pergeseran perilaku pola konsumsi gizi makanan [Singgih.B.et al.2003].

Diabetes melitus (DM) merupakan salah satu masalah Kesehatan yang berdampak pada produktivitas dan dapat menurunkan kualitas sumber daya manusia. Penyakit ini tidak hanya berpengaruh secara individu tetapi sistem Kesehatan suatu negara. Walaupun belum ada survei nasional sejalan dengan perubahan gaya hidup termasuk pola makan masyarakat Indonesia diperkirakan penderita Diabetes melitus ini semakin meningkat, terutama pada kelompok umur dewasa keatas,pada seluruh status social ekonomi. Saat ini upaya penanggulangan penyakit Diabetes melitus belum menempati skala prioritas utama dalam pelayanan Kesehatan, walaupun diketahui dampak negatif yang ditimbulkan cukup besar antara lain komplikasi kronik pada penyakit jantung, hipertensi, otak, sistem syaraf, hati, mata dan ginjal. Keberhasilan upaya pembangunan kesehatan dapat diukur dengan menurunnya angka kesakitan, angka kematian umum dan bayi serta meningkatnya umur harapan hidup (UHH). Namun masa transisi demografi akibat keberhasilan upaya menurunkan angka kematian dapat menimbulkan transisi epidemilogis, sehingga pola penyakit bergeser dari infeksi akut penyakit degeneratif yang menahun. Menurut WHO angka penyandang penyakit yang populer dengan sebutan kencingmanis memang cukup tinggi, yaitu menempati urutan ke 4 terbesar di dunia. Menurut data WHO, dunia kini didiami oleh 171 juta penderita diabetes melitus (2000) dan akan meningkat dua kali lipat menjadi juta pada tahun 2030. Dari 50% yang sadar mengidapnya, hanya 30% yang rutin berobat. Kecenderungan peningkatan prevalensi akan membawa perubahan posisi diabetes melitus semakin menonjol, yang ditandai dengan perubahan atau kenaikan peningkatannya dikelompok 10 besar (*leading diseases*). Selain itu diabetes melitus

makin memberi kontribusi yang lebih besar terhadap kematian (*ten diseases leasding cause of death*). [Bustan, 2007]

Dengan adanya himbauan untuk patuh mengkonsumsi obat diabetes melitus yang teratur pola makan yang benar dengan makan makanan bergizi, juga hidup sehat dengan berolah raga secara teratur. Disini perlu peneliti untuk selalu mengingatkan kepada pasien yang khususnya berada di sekitar APOTEK POPULER FARMA untuk patuh minum obat pola makan yang bergizi dan pola hidup yang sehat dengan selalu berolah raga yang teratur.

Selain hal tersebut peneliti juga dapat selalu mengingatkan kepada pemilik apotek, untuk selalu menyediakan obat-obat diabetes yang komplit dan lengkap baik itu obat diabetes skala kecil maupun skala besar. Obat skala kecil diantaranya metformin, glibenclamide, dll. Sedangkan obat skala besar seperti insulin, dan juga menyediakan obat diabetes yang bisa dibeli secara bebas (tanpa resep) yaitu obat diabetes herbal atau madu herbal.

Kesimpulannya adalah bahwa pasien diabetes melitus harus patuh minum obat secara teratur, menjaga pola makan yang sehat dengan makan makanan bergizi juga jangan lupa dengan berolah raga yang teratur pula. Dalam hal ini Apotek POPULER FARMA yang diteliti adalah Apotek yang berada di jalan H.Djole no.5 Kelurahan Pedurenan, Kecamatan Mustikajaya, Kabupaten Bekasi.

Berdasarkan latar belakang penelitian yang diuraikan diatas, penulis akan membahasnya dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul :

EVALUASI TINGKAT KEPATUHAN PASIEN TERHADAP PENGGUNAAN OBAT PADA PASIEN DIABETES MELITUS DI APOTEK POPULER FARMA KOTA BEKASI

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut. Maka masalah pokok yang akan diteliti adalah : Pasien yang datang ke apotek Populer Farma kota Bekasi khususnya pasien diabetes melitus untuk selalu patuh minum obat, mengecek kadar gula darah, pola makan yang sehat, bergizi dan seimbang juga berolah raga yang teratur.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Tujuan Umum

Tujuan Umumnya adalah untuk menambah wawasan pengetahuan tentang penyakit diabetes melitus beserta cara pencegahannya atau untuk mempelajari apapun yang berkaitan dengan penyakit diabetes melitus.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khususnya adalah untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus yang ada di sekitar apotek Populer Farma Kota Bekasi terhadap obat yang dikonsumsi.

1.4. Kegunaan Penelitian

Adapun kegunaan dari penelitian ini adalah :

1. Bagi penulis adalah selain untuk memenuhi persyaratan sebagai Tugas Akhir ialah agar dapat lebih memahami lagi tentang penyakit diabetes melitus juga mengenai tingkat kepatuhan pasien diabetes melitus yang ada di sekitar apotek Populer Farma kota Bekasi. Juga untuk bisa lebih dekat dengan pasien diabetes melitus untuk selalu mengingatkan agar patuh minum obat, rutin mengecek kadar gula darah, pola makan yang sehat, bergizi dan seimbang juga hidup sehat dengan berolah raga yang teratur.
2. Bagi sarana kefarmasian adalah sebagai bahan masukan agar kedepannya dapat menjadi lebih baik lagi.
3. Bagi lembaga adalah untuk dijadikan arsip serta untuk dijadikan contoh dari Tugas Akhir sehingga dapat digunakan oleh mahasiswa Politeknik Piksi Ganesha yang akan menyusun Tugas Akhir.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. KONSEP DASAR DIABETES MELITUS

Diabetes adalah penyakit kronis atau yang berlangsung jangka Panjang yang ditandai dengan meningkatnya kadar gula darah (glukosa). Diabetes (Diabetes Melitus) adalah suatu penyakit metabolis yang di sebabkan oleh meningkatnya kadar glukosa atau gula darah. Sejumlah penyakit yang mengakibatkan terlalu banyak kadar gula (glukosa darah tinggi) jenis yang paling umum diantara lain:

1. Diabetes Melitus tipe 2

Suatu kondisi kronis yang mempengaruhi cara tubuh memproses gula darah (glukosa).

2. Diabetes Melitus tipe 1

Suatu kondisi kronis saat pankreas memproduksi insulin sedikit atau tidak sama sekali.

3. Pradiabetes

Suatu Kondisi ketika gula darah tinggi, tetapi tidak cukup tinggi untuk masuk dalam kategori diabetes melitus tipe dua. Diabetes atau dikenal dengan diabetes melitus adalah salah satu penyakit kronis paling umum di Indonesia. Penyakit ini dapat menyebabkan komplikasi jika kondisinya terus bertambah parah sehingga penting untuk segera mendapatkan penanganan yang tepat. Diabetes tipe satu berhubungan dengan keturunan, sementara diabetes tipe dua disebabkan oleh gaya hidup yang kurang sehat.

4. Ada juga jenis diabetes yang dialami dalam masa kehamilan yang dikenal dengan istilah diabetes gestasional. Tidak mudah membedakan diabetes tipe satu dan dua karena secara umum gejala kedua jenis diabetes ini serupa.

5. Namun penelitian beberapa tahun terakhir turut menunjukkan bahwa masalah fungsi hormon insulin tubuh akibat diabetes juga mempengaruhi

otak sehingga menyebabkan Alzheimer. Kondisi ini diperkenalkan sebagai diabetes tipe 3. Gaya hidup tak sehat menyebabkan sel tubuh kebal atau kurang sensitif merespon hormon/insulin. Kondisi ini disebut dengan resistensi insulin.

Untuk mengatasi gejala diabetes tipe 2 Pasien perlu menjalani pola hidup yang lebih sehat seperti mengatur pola makan dan memperbanyak aktivitas fisik. Tidak seperti diabetes tipe satu yang memerlukan tambahan insulin. Jika mengidap penyakit diabetes melitus jangan lantas membuat anda putus asa meski tak bisa disembuhkan, karena anda masih bisa mengendalikannya agar gejala diabetes tidak sampai mengganggu anda dan anda dapat hidup dengan normal. Selain menjaga pola hidup sehat, minum obat, dan terapi insulin, pengobatan alternatif, seperti obat herbal juga masih jadi pilihan Sebagian besar masyarakat Indonesia untuk mengatasi diabetes secara alami. Menjaga kestabilan gula darah normal menjadi kunci utama agar badan tetap selalu sehat meski mengidap diabetes. Dari banyak cara mengendalikan gula darah, penggunaan obat alami dari tanaman atau herbal masih dipercaya oleh kebanyakan orang Indonesia sebagai terapi pendukung diabetes. Alasannya bahan alami dipercaya lebih minim efek samping, murah dan aman.

Jenis-jenis tanaman herbal diantaranya Gingseng, kunyit, kayu manis, jinten hitam, jahe, lidah buaya, bawang merah, daun sirih. Penting untuk dipahami bahwa obat herbal diabetes yang sudah disebutkan diatas tidak selalu aman dan memberikan dampak yang sama untuk semua orang. Beberapa orang mungkin saja merasakan manfaatnya tapi tidak bagi yang lain.

Bagi Pasien diabetes dengan Riwayat alergi atau penyakit kronis lain seperti kanker, tekanan darah tinggi (Hipertensi), dan penyakit jantung mungkin akan mengalami reaksi yang justru berbahaya setelah mengonsumsi dari obat bahan tradisional tertentu. Oleh karena itu sebaiknya berkonsultasi lebih dulu dengan dokter, sebelum memakan obat herbal apapun jika anda mengalami penyakit kencing manis ini. Ingat, masih dibutuhkan banyak penelitian medis untuk memastikan keamanan dan efektivitas bahan tradisional yang sudah disebutkan diatas untuk menjadi obat diabetes melitus.

Berikut ini adalah daftar makanan penurun gula darah yang memiliki indeks glikemik rendah untuk penderita diabetes: Jagung, ubi jalar, gandum utuh (seperti beras merah, quinoa, barley atau jelai, beras hitam, gandum kuda atau soba, sayuran berdaun hijau (brokoli, bayam, sawi, pokcoy, kubis), kacang-kacangan (kenari, almond, mete, kacang tanah dan kacang merah), biji chia, ikan (salmon, trout, atau ikan yang hidup di air tawar, tuna, kembung, halibut), yoghurt probiotik, kayu manis, mie shirataki) minuman yang aman dikonsumsi penderita diabetes: air putih, jus, teh tawar, kopi hitam tanpa gula, susu rendah lemak.

Empat pesan utama dari World Health Organization (WHO) dan International Diabetes Federation (IDF) dalam program Diabetes Action Now :

1. Diabetes Melitus (DM) adalah kondisi yang mengancam nyawa.
2. Diabetes Melitus (DM) adalah kondisi yang kerap di jumpai, dan saat ini prevalensinya meningkat pesat di seluruh dunia.
3. Penderita DM dapat tetap hidup secara penuh dan sehat.
4. Dalam banyak kasus DM dapat dicegah.

Diabetes Melitus (DM) adalah kondisi menahun yang terjadi akibat organ pankreas tidak mampu memproduksi insulin, atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin secara efektif. Insulin adalah hormon yang berperan penting dalam proses pengaturan kadar gula darah. Oleh karenanya, penyandang diabetes (diabetisi) memiliki kadar gula darah yang tinggi. Angka kejadian tahun 1995 terdapat sekitar 135 juta diabetisi di seluruh dunia dan diperkirakan akan meningkat menjadi 300 juta orang pada tahun 2025. Data dari International Diabetes Federation menyebutkan terdapat lebih dari 170 juta diabetisi di seluruh dunia pada tahun 2000, dengan 82 juta diantaranya adalah penduduk Asia dan Australia. WHO memperkirakan peningkatan jumlah penderita diabetes di Indonesia, yaitu dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi 21,3 juta orang di tahun 2030.

Secara garis besar ada 2 tipe utama DM, yaitu yang disebabkan tidak adanya produksi insulin sama sekali (DM Tipe I) dan yang disebabkan tidak cukup dan tidak efektifnya kerja insulin (DM Tipe II). Sebagian besar penderita DM adalah termasuk tipe 2. Selain itu ada DM gestational yaitu tipe DM yang muncul ketika penderita hamil. Juga DM tipe lain yang disebabkan oleh pemakaian obat, penyakit,

lain-lain, dan sebagainya. Penyebab spesifik DM belum sepenuhnya dipahami, namun terdapat beberapa faktor resiko yang sangat erat kaitannya dengan terjadinya DM seperti :

1. Kelainan genetik.
2. Penyakit autoimun (kelainan sistem imun).
3. Pola hidup dan makan yang tidak sehat.
4. Tidak diketahui sebabnya (Idiopatik).

Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi :

1. Riwayat keluarga dengan DM.
2. Umur.
3. Riwayat DM gestational / kehamilan.

Faktor resiko yang dapat dimodifikasi :

1. Kelebihan berat badan.
2. Kurangnya aktivitas fisik.
3. Tekanan darah tinggi (Hipertensi).
4. Kelebihan / ketidakseimbangan lemak / kolestero (dislipidemia).
5. Pola makan tidak sehat.

Patokan Penyaring dan Diagnosis DM (mg/dl)

		Bukan DM	Belum Pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dl)	Plasma Vena	< 100	100 - 199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90 - 199	≥ 200
Kadar glukosa darah Puasa (mg/dl)	Plasma vena	< 100	100 - 125	≥ 126
	Darah kapiler	< 90	90 - 99	≥ 100
Plasma vena darah yang diambil dari pembuluh darah yang lebih besar dan dalam (biasanya dengan suntikan di bagian lengan). Darah kapiler yang diambil dari pembuluh darah yang lebih halus (biasanya dengan tusukan diujung jari)				

Cara paling mudah mendiagnosis DM adalah berdasarkan adanya gejala / keluhan khas dan kadar glukosa darah sewaktu 200mg/dl atau lebih. Catatan : Glukosa darah sewaktu merupakan hasil pemeriksaan laboratorium sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir. Keluhan khas penderita DM adalah :

1. Sering kencing (poliuria).

2. Sering haus (polidipsia).
3. Sering merasa lapar (polifagia).
4. Dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan srbabnya.

Keluhan lainnya yang juga kerap ditemukan antara lain : badan terasa lemah, cepat lelah, mudah sakit, kaki dan tangan terasa baal atau kesemutan, gatal, pandangan kabur, disfungsi ereksi pada pria dan gatal pada daerah kemaluan. Tujuan pengobatan DM tipe 2 adalah meningkatkan kualitas hidup penderita diabetes, termasuk di dalamnya adalah menurunkan komplikasi dan kematian dini akibat DM, tujuan jangka pendek :

1. Hilangnya keluhan dan gejala DM.
2. Rasa nyaman.
3. Glukosa darah terkendali sesuai target.

Tujuan jangka panjang : Mencegah dan menghambat perburukan komplikasi pada pembuluh darah jantung dan sistem saraf.

Catatan : Pengobatan DM perlu dilakukan secara awal dan agresif agar diperoleh hasil yang optimal.

Pilar Penatalaksanaan DM :

1. Edukasi
DM adalah penyakit yang sangat berkaitan dengan perilaku dan gaya hidup, Oleh sebab itu partisipasi dan kerjasama pasien dalam pengobatan sangat penting. Pasien perlu memahami keadaan penyakitnya dan gaya hidup sehat.
2. Terapi gizi medis (TGM)
TGM merupakan bagian penting dari penatalaksanaan secara total. Keteraturan dalam jadwal makan, pemahaman tentang jenis dan jumlah makanan akan sangat mendukung pengobatan. Setiap diabetisi perlu mendapat terapi dan konsultasi secara individual dari ahli gizi / dokter ahli gizi.
3. Latihan Jasmani

- a. Latihan jasmani berguna untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan berlebih, dan memperbaiki kepekaan tubuh terhadap insulin, sehingga akan memperbaiki pengendalian gula darah.
 - b. Latihan jasmani yang dianjurkan adalah yang bersifat aerobik, misalnya jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang.
 - c. Latihan jasmani sebaiknya dilakukan secara teratur, sedikitnya 150 menit per minggu, atau 3-4 kali seminggu, selama kurang lebih 30 menit.
4. Pemakaian Obat-obatan.
- Saat ini telah tersedia berbagai jenis obat untuk penderita DM. Untuk mengetahui obat apa yang paling tepat bagi anda, berkonsultasilah dengan dokter.

2.2. KONSEP DASAR KOMPLIKASI

Komplikasi dalam kedokteran adalah sebuah perubahan tak diinginkan dari sebuah penyakit, kondisi kesehatan atau terapi. Penyakit dapat menjadi memburuk atau menunjukkan jumlah gejala yang lebih besar atau perubahan patologi, yang menyebar ke seluruh tubuh atau berdampak pada sistem organ lainnya.

Komplikasi dapat terjadi bila pengendalian gula darah tidak berhasil mencapai target. Komplikasi dapat mengenai pembuluh darah yang sangat kecil misalnya :

1. Di retina (retinopati diabetik) berakibat kebutaan.
2. Di ginjal (nefropati diabetik) berakibat gagal ginjal.

Selain itu dapat pula mengenai pembuluh darah yang lebih besar yang menyebabkan terjadinya :

1. Serangan jantung.
2. Stroke.
3. Penyumbatan pembuluh darah tungkai.

Komplikasi juga dapat mengenai sistem persarafan, berupa hilangnya rasa (baal/kesemutan) atau justru rasa nyeri seperti terbakar.

Pencegahan yang perlu dilakukan mencakup pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan Primer adalah upaya mengendalikan faktor-faktor resiko bagi mereka yang belum terkena DM. Sedangkan bagi yang telah diketahui menderita DM, dilakukan agar tidak terjadi komplikasi (Pencegahan Sekunder), atau agar komplikasi tidak menyebabkan kecacatan (Pencegahan Tersier).

Hal yang dapat dilakukan sebagai pencegahan primer antara lain :

1. Mencegah dan mengatasi kegemukan.
2. Melakukan olahraga secara teratur.
3. Mengobati hipertensi (tekanan darah tinggi).
4. Mengobatidislipidemia (mengatur kadar lemak dan kolesterol tubuh).
5. Pola makan sehat, seimbang, dan tidak berlebihan.

2.3. KONSEP DASAR KEPATUHAN

Secara umum dalam kamus besar bahasa Indonesia (2002: 837) yang dimaksud dengan kepatuhan adalah sifat patuh atau ketaatan dalam menjalankan perintah atau sebuah aturan. Menurut Milgram dalam Sears (1994: 93) kepatuhan merupakan suatu perilaku yang ditunjukkan seseorang untuk memenuhi perintah orang lain. Sarwono (2001: 173) menambahkan bahwa kepatuhan adalah perilaku yang sesuai dengan perintah agar sesuai dengan peraturan. Dalam ranah psikologi kesehatan Sarafino dalam Smet (1994: 250) mendefinisikan kepatuhan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Sacket dalam Niven (2002: 192) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

Berdasarkan teori dari beberapa tokoh di atas dapat disimpulkan bahwa kepatuhan adalah kerelaan individu untuk melakukan sesuatu yang diharapkan atau diminta oleh pemegang otoritas atau kekuasaan yang ditandai dengan kerelaan, mengalah, membuat suatu keinginan konformitas dengan harapan atau kemauan orang lain sehingga dapat menyesuaikan diri. Dalam aspek kesehatan dimaksudkan individu rela melakukan pengobatan dengan dukungan dari keluarga atau kerabat yang ditentukan oleh otoritas atau kebijakan petugas

kesehatan seperti dokter, ahli gizi maupun ahli medis serta kerelaan dari individu tersebut dalam menjalani pengobatan yang dilakukan. Kesadaran diri, pemahaman, kepribadian menjadi komponen terpenting dalam pembentukan kepatuhan terhadap sistem pengobatan tertentu.

Di dalam penelitian ini, ketidakpatuhan yang dimaksud adalah individu tidak melaksanakan sebuah program pengobatan yang disarankan dari pihak luar, yakni otoritas individu yang kuat yang menyebabkan individu enggan untuk melaksanakan kepatuhan yang disarankan. Dalam hal ini *sosial preasure* atau tekanan sosial baik dari petugas kesehatan atau keluarga tidak memberikan efek pada perubahan individu dalam melaksanakan pengobatan atau terapi. Ketidakpatuhan dapat mendatangkan beberapa konsekuensi yang harus ditanggung individu. Beberapa konsekuensi yang harus ditanggung individu mungkin tidak dirasakan secara langsung, namun dampak serius akibat sikap tidakpatuh mampu memberikan efek dikemudian waktu.

Di dalam ranah kesehatan, Smet (1994: 225) menjelaskan bahwa beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien atau penderita DM dalam menjalani pengobatan didasarkan pada hasil riset tentang kepatuhan pasien yang dilandasi atas pandangan tradisional mengenai pasien sebagai penerima nasehat dokter yang pasif dan patuh. Pasien yang tidak patuh dianggap sebagai orang yang lalai, dan masalahnya dianggap sebagai masalah kontrol, riset terdahulu berusaha untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok pasien yang tidak patuh dan patuh berdasarkan berbagai faktor seperti kelas sosio-ekonomis, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Usaha-usaha tersebut sedikit berhasil dan menunjukan bukti bahwa setiap orang dapat menjadi patuh dan tidak patuh kalau situasi dan berbagai kondisi memungkinkan. Pasien yang patuh adalah pasien yang tanggap terhadap saran tenaga medis dan kontrol terhadap menu makanan yang dikonsumsi, sedangkan pasien yang tidak patuh adalah pasien yang lalai serta tidakmematuhi saran yang dianjurkan tenaga medis.

Perilaku kepatuhan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya. Bahkan jika tidak dilakukan hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenai kesehatannya, faktor penting ini sering dilupakan

banyak pasien. Dokter juga beranggapan bahwa pasien akan mengikuti apa yang mereka nasehatkan, tanpa menyadari bahwa para pasien tersebut pertama-tama harus memutuskan terlebih dahulu apakah mereka akan benar-benar melakukan saran dari tenaga kesehatan tersebut atau tidak sama sekali. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan atau ketidakpatuhan pasien.

2.3.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Berikut adalah beberapa faktor yang mempengaruhi kepatuhan.

2.3.1.1. Karakteristik Individu

Karakteristik individu meliputi usia, pendidikan, kepribadian, ciri kesakitan serta ciri pengobatan. Karakteristik individu ini berpengaruh pada kepatuhan penderita penyakit kronis seperti penyakit DM, dikarenakan perilaku ketaatan umumnya lebih rendah untuk penyakit kronis, karena penderita tidak dapat langsung merasakan akibat dari penyakit yang diderita. Selain itu kebiasaan pola hidup lama, pengobatan yang kompleks juga mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Dunbar dan Wazack dalam Smet (1994: 225) menjelaskan bahwa tingkat ketaatan rata-rata minum obat untuk menyembuhkan kesakitan akut dengan pengobatan jangka pendek adalah sekitar 78%, sedangkan untuk kesakitan kronis dengan cara pengobatan jangka panjang seperti penyakit DM menurun sampai 54%. Hal ini dikarenakan adanya perubahan gaya hidup yang disarankan seperti berhenti merokok dan mengubah diet seseorang, secara umum hal ini sangat bervariasi dan terkadang sangat rendah untuk dilakukan oleh penderita. Namun terkadang karakteristik individu seperti usia, pendidikan dan kepribadian mampu mempengaruhi perubahan pola hidup dan kepatuhan individu.

Blumenthal et al dalam Niven (2002: 196) menjelaskan bahwa dari 35 orang pasien yang telah diberikan tes MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) menemukan bahwa data kepribadian secara benar dibedakan antara orang yang patuh dengan

orang yang gagal. Orang yang tidak patuh adalah orang yang mengalami depresi, ansietas, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan kehidupan sosialnya memusatkan perhatian pada dirinya sendiri. Sedangkan pasien patuh, hal tersebut menunjukkan adanya keyakinan tentang kesehatan pada diri seseorang tersebut dalam menentukan respon terhadap anjuran pengobatan. Jadi memang ada bukti hasil penelitian yang penting bahwa keyakinan tentang kesehatan dan kepribadian seseorang berperan dalam menentukan respons pasien terhadap anjuran pengobatan.

2.3.1.2. Persepsi dan Pengharapan Pasien

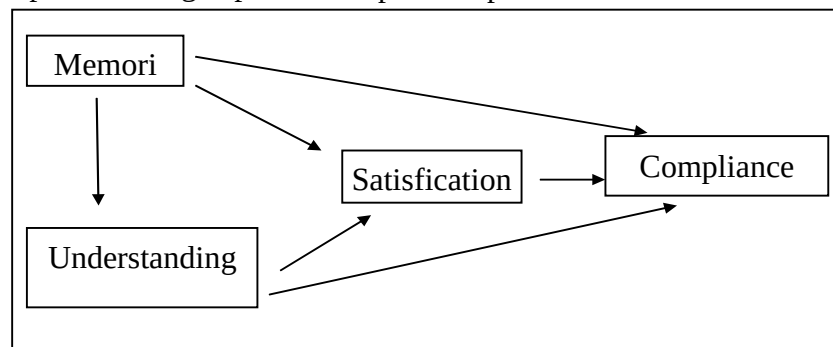
Persepsi dan pengharapan pasien terhadap penyakit yang dideritanya mempengaruhi kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatan. Dalam teori *Health Belief Model* (HBM) mengatakan bahwa kepatuhan sebagai fungsi dari keyakinan-keyakinan tentang kesehatan, ancaman yang dirasakan, persepsi, kekebalan, pertimbangan mengenai hambatan atau kerugian dan keuntungan. Seseorang akan cenderung patuh jika ancaman yang dirasakan begitu serius, sedangkan seseorang akan cenderung mengabaikan kesehatannya jika keyakinan akan pentingnya kesehatan yang harus dijaga rendah.

Theory of Reasoned Action (TRA), menjelaskan bahwa sikap dan norma subjektif terhadap suatu penyakit mempengaruhi perilaku kepatuhan dan perilaku tersebut. *Decision theory* menurut Janis dalam Smet (1994:256) menganggap pasien sebagai seorang pengambil keputusan, pasien sendirilah yang memutuskan apa yang akan dilakukannya dalam usaha pengobatan. Hal ini berkaitan dengan komunikasi yang terjalin antara pasien dengan profesional kesehatan. Oleh karena itu, pasien seharusnya diberitahu sebaik-baiknya mengenai prosedurnya, resiko dan efektivitas pengobatan agar mereka dapat mengambil keputusan yang tepat.

Teori pengaturan diri, Leventhal dalam Smet (1994:256) menyatakan bahwa orang akan menciptakan representasi ancaman kesehatan mereka sendiri dan merencanakan dalam hubungannya dengan representasi. Model tentang kesakitan pasien ini dapat mempengaruhi kepatuhan terhadap saran dari dokter karena pasien yang merasa perilakunya tidak patuh maka akan berpengaruh pada ancaman rasa sakit yang akan dirasakan waktu yang akan datang, sehingga pasien akan cenderung mematuhi nasehat dokter. Jadi perilaku ketaatan meliputi proses *sibernetis* yang diarahkan oleh pasien, dengan modifikasi periodik yang dibuat oleh pasien tersebut.

2.3.1.3. Komunikasi antara Pasien dengan Dokter

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan dokter mempengaruhi tingkat ketidakpatuhan, misalnya kurangnya informasi dengan pengawasan, ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan, frekuensi pengawasan yang minim. Hubungan antara kepuasan dengan kepatuhan telah banyak diteliti, berkaitan dengan komunikasi yang terjalin dengan profesional kesehatan, Ley et al dalam Smet (1994: 255) telah merumuskan sebuah bagan model kognitif yang menjelaskan hubungan antara pengertian, ingatan, kepuasan, dengan perilaku kepatuhan pasien.



Gambar 2.1 Hubungan Komunikasi Dokter dengan Pasien.

2.3.1.4. Dukungan Sosial

Hubungan antara dukungan sosial dengan kepatuhan pasien telah dipelajari secara luas. Secara umum, orang-orang yang merasa

mereka menerima penghiburan, perhatian dan pertolongan yang mereka butuhkan dari seseorang atau kelompok biasanya cenderung lebih mudah mengikuti nasehat medis, daripada pasien yang kurang merasa mendapat dukungan sosial. Sarafino dalam Smet (1994: 256) menyatakan bahwa keluarga memainkan peranan yang sangat penting dalam kepatuhan seseorang. Becker dalam Smet (1994: 257) menyarankan bahwa interaksi keluarga harus diintegrasikan pada proses pengaturan diri pasien tersebut dalam menjalani pengobatan. Variabel-variabel yang lain yang juga sangat penting antara lain sikap sosial terhadap sistem perawatan kesehatan khususnya untuk mematuhi serta mengkomunikasikannya terhadap para tenaga kesehatan.

2.3.2. Cara-cara Mengurangi Ketidakpatuhan

Dinicola dan Dimatteo dalam Niven (2002: 196) mengusulkan rencana untuk mengatasi ketidakpatuhan pasien antara lain :

1. Mengembangkan tujuan dari kepatuhan itu sendiri, banyak dari pasien yang tidak patuh yang memiliki tujuan untuk mematuhi nasihat-nasihat pada awalnya. Pemicu ketidakpatuhan dikarenakan jangka waktu yang cukup lama serta paksaan dari tenaga kesehatan yang menghasilkan efek negatif pada penderita sehingga awal mula pasien mempunyai sikap patuh bisa berubah menjadi tidak patuh. Kesadaran diri sangat dibutuhkan dari diri pasien.
2. Perilaku sehat, hal ini sangat dipengaruhi oleh kebiasaan, sehingga perlu dikembangkan suatu strategi yang bukan hanya untuk mengubah perilaku, tetapi juga mempertahankan perubahan tersebut. Kontrol diri, evaluasi diri dan penghargaan terhadap diri sendiri harus dilakukan dengan kesadaran diri. Modifikasi perilaku harus dilakukan antara pasien dengan pemberi pelayanan kesehatan agar terciptanya perilaku sehat.

3. Dukungan Sosial

Dukungan sosial dari anggota keluarga, dan sahabat dalam bentuk waktu, motivasi dan uang merupakan faktor-faktor penting dalam kepatuhan pasien. Contoh yang sederhana, tidak memiliki pengasuh, transportasi tidak ada, anggota keluarga sakit, dapat mengurangi intensitas kepatuhan. Keluarga dan teman dapat membantu mengurangi ansietas yang disebabkan oleh penyakit tertentu, mereka dapat menghilangkan godaan pada ketidaktaatan dan mereka seringkali dapat menjadi kelompok pendukung untuk mencapai kepatuhan.

Berdasarkan uraian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan serta ketidakpatuhan pasien dalam menjalani terapi di atas maka dalam penelitian ini dapat disimpulkan beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan atau ketidakpatuhan penderita DM dalam menjalani pengobatan antara lain sebagai berikut :

1. Faktor internal adalah hal-hal yang bersumber dari dalam diri individu, yaitu :
 - a. Pengetahuan
 - b. Pemahaman
 - c. Pengalaman
2. Faktor eksternal adalah hal-hal yang bersumber dari luar individu, yaitu :
 - a. Hukuman atau Sanksi
 - b. Pengawasan
 - c. Kelompok
 - d. Situasi

2.3.3. Cara-cara Meningkatkan Kepatuhan

Smet (1994: 260) menyebutkan beberapa strategi yang dapat dicoba untuk meningkatkan kepatuhan, antara lain :

2.3.3.1. Segi Penderita (Internal)

Usaha yang dapat dilakukan penderita DM untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani terapi diet, olahraga dan pengobatan yaitu:

1. **Meningkatkan Kontrol Diri**

Penderita DM harus meningkatkan kontrol dirinya untuk meningkatkan ketaatannya dalam menjalani pengobatan, karena dengan adanya kontrol diri yang baik dari penderita DM akan semakin meningkatkan kepatuhannya dalam menjalani pengobatan. Kontrol diri yang dilakukan meliputi kontrol berat badan, kontrol makan dan emosi.

2. **Meningkatkan Efikasi Diri**

Efikasi diri dipercaya muncul sebagai prediktor yang penting dari kepatuhan. Seseorang yang mempercayai diri mereka sendiri untuk dapat mematuhi pengobatan yang kompleks akan lebih mudah melakukannya.

3. **Mencari Informasi Tentang Pengobatan DM**

Kurangnya pengetahuan atau informasi berkaitan dengan kepatuhan serta kemauan dari penderita untuk mencari informasi mengenai DM dan terapi medisnya, informasi tersebut biasanya didapat dari berbagai sumber seperti media cetak, elektronik atau melalui program pendidikan di rumah sakit. Penderita DM hendaknya benar-benar memahami tentang penyakitnya dengan cara mencari informasi penyembuhan penyakitnya tersebut.

4. **Meningkatkan Monitoring Diri**

Penderita DM harus melakukan monitoring diri, karena dengan monitoring diri, penderita dapat lebih mengetahui tentang keadaan dirinya seperti keadaan gula dalam darahnya, berat badan, dan apapun yang dirasakannya.

2.3.3.2. Segi Tenaga Medis (External)

Usaha-usaha yang dilakukan oleh orang-orang di sekitar penderita DM untuk meningkatkan kepatuhan dalam menjalani pengobatan antara lain :

1. Meningkatkan Keterampilan Komunikasi para Dokter

Salah satu strategi untuk meningkatkan kepatuhan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter dengan pasien. Ada banyak cara dari dokter untuk menanamkan kepatuhan dengan dasar komunikasi yang efektif dengan pasien.

2. Memberikan informasi yang jelas kepada pasien tentang penyakitnya dan cara pengobatannya. Tenaga kesehatan, khususnya dokter adalah orang yang berstatus tinggi bagi kebanyakan pasien dan apa yang ia katakan secara umum diterima sebagai sesuatu yang sah atau benar.

3. Memberikan Dukungan Sosial

Tenaga kesehatan harus mampu mempertinggi dukungan sosial. Selain itu keluarga juga dilibatkan dalam memberikan dukungan kepada pasien, karena hal tersebut juga akan meningkatkan kepatuhan, dalam Smet (1994: 260) menjelaskan bahwa dukungan tersebut bias diberikan dengan bentuk perhatian dan memberikan nasehatnya yang bermanfaat bagi kesehatannya.

4. Pendekatan Perilaku

Pengelolaan diri (*self managment*) yaitu bagaimana pasien diarahkan agar dapat mengelola dirinya dalam usaha meningkatkan perilaku kepatuhan. Dokter dapat bekerja sama dengan keluarga pasien untuk mendiskusikan masalah dalam menjalani kepatuhan serta pentingnya pengobatan (Smet, 1994: 261).

Rustiana (2006: 43) beberapa hal yang dapat dilakukan penyedia perawatan kesehatan agar dapat meningkatkan kepatuhan pasien antara lain:

1. Bersikap hangat dan empatik.

2. Memberi detil khusus pada perlakuan.
3. Mengajar pasien bagaimana menjalani prosedur yang kompleks.
4. Merancang sistem hadiah dan dukungan sosial.
5. Memberikan suasana kekeluargaan, memantau tingkatan kepatuhan.

BAB III

KERANGKA PEMIKIRAN DAN METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metode Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

Metode yang digunakan dalam Tugas Akhir ini antara lain :

1. **Konseling atau Penyuluhan.**

Dalam hal ini penulis memberi bantuan kepada pasien diabetes melitus yang ada disekitar Apotek Populer Farma Bekasi memberi informasi tentang penyakit diabetes melitus dengan selalu untuk patuh minum obat, pola hidup sehat dengan makan makanan bergizi dan olah raga yang teratur.

2. **Wawancara**

Melalui metode ini penulis mengumpulkan data Sebagai bahan karya tulis ilmiah dengan melakukan wawancara secara langsung dengan pihak yang bersangkutan, dalam hal ini pengelola dan karyawan Apotek Populer Farma Bekasi. Wawancara tersebut dilakukan guna untuk mengetahui stok obat diabetes melitus sudah lengkap atau belum dan apakah juga sudah tersedia obat/madu herbal yang bisa dijual bebas juga alat insulin yang berhubungan dengan penyakit diabetes melitus.

3. **Literatur**

Metode pengumpulan data dengan memanfaatkan media bacaan sebagai sumber pengetahuan penunjang untuk menganalisa. Dalam hal ini literatur mengenai penyakit diabetes melitus, obat-obatan untuk penyakit diabetes melitus dan hal-hal lain yang berhubungan dengan penyakit melitus yang sesuai dengan tema tugas karya tulis ilmiah ini.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Penulis menetapkan waktu dan tempat penelitian di :

1. **Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret-Mei 2021 setiap hari kerja Senin-Sabtu.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini bertempat di Apotek Populer Farma yang bertempat di jalan H.Djole No.5 RT.001/02 Padurenan Mustikajaya Kota Bekasi. Lokasi tersebut di pilih karena memiliki semua aspek pendukung agar penelitian dapat berjalan dengan baik.

3.3. Populasi dan Sampel Penelitian

Jenis Obat-obatan di Apotik Populer Farma kota Bekasi :

1. Obat Asma
2. Obat Antibiotik
3. Obat Anti Radang
4. Multi Vitamin
5. Obat Diabetes
6. Obat Jantung
7. Obat Hipertensi
8. Jenis Obat Herbal termasuk Jenis Madu
9. Jenis Obat - obat Lainnya

Penulis mengambil populasi terhadap pembeli/pemakai/pasien obat Diabetes.

Dari sekian banyak pembeli obat/pasien penulis mengambil secara random 5 orang untuk dipantau tingkat kepatuhannya terhadap kontrol dirinya dan kepatuhan minum obat diabetesnya.

3.4 Teknik Analisa Data

Pada tahap ini peneliti menyusun semua data yang telah terkumpul secara sistematis dan terperinci sehingga mudah dipahami dan temuannya dapat di informasikan kepada orang lain secara jelas.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Berikut adalah hasil penelitian yang telah dilakukan.

NO	NAMA PASIEN	KETERANGAN
1	Bapak Asep	Pasien
2	Ibu Nur	Pasien
3	Ibu Aisyah	Pasien
4	Bapak Agung	Pasien
5	Ibu Lela	Pasien
6	Bapak Surono	Pasien

TABEL 1. JUMLAH PASIEN

Daftar Obat Diabetes DI APOTEK POPULER FARMA Yang banyak dipakai Pasien .

NO	NAMA OBAT GENERIK	NO	NAMA OBAT PATEN
1	Metformin 500 mg	1	Amaryl M.
2	Glibenclamide	2	Amadiab
3	Glimepiride	3	Forbetes
4	Acarbose	4	Glucopage 500 mg
5	Obat jenis lainnya (Madu & Herbal	5	Glucodex

TABEL 2. JENIS OBAT DIABETES

Dari data diatas dilakukan dengan wawancara untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien terhadap obat yang di minum oleh :

NO	NAMA	POSISI	KETERANGAN
1	Bapak Muhammad Zuhadi	Pemilik Sarana Apotek	Informan 1
2	Ibu Weni Lestiani, S.Far.Apt	Apoteker Pengelola Apotek	Informan 2
3	Ibu Dina Aprianti	Karyawan	Informan 3
4	Pasien	Pembeli	Informan 4

TABEL 3. INFORMAN /PEWAWANCARA

Dari hasil wawancara tingkat kepatuhan pasien terhadap obat yang diminumnya penulis memantau/mendata/mengkontrol selama 2 bulan :

NO	NAMA PASIEN	SANGAT PATUH	PATUH	TIDAK PATUH	SANGAT TIDAK PATUH
1	Bapak Asep		X		
2	Ibu Nur	X			
3	Ibu Aisyah		X		
4	Bapak Agung		X		
5	Ibu Lela			X	
6	Bapak Surono			X	
JUMLAH		1	3	2	

TABEL 4. HASIL WAWANCARA OLEH INFORMAN 1

Bulan Maret minggu ke 1 kepada 5 Pasien

Keterangan :

Sangat patuh : Melakukan timbang badan , konsultasi, cek gula darah , pembelian obat dan minum obat.

Patuh : Melakukan cek gula darah, Pembelian obat dan minum obat.

Tidak Patuh : Melakukan timbang badan cek gula darah tapi tidak membeli obat.

Sangat tidak patuh : Tidak melakukan apapun/tidak kontrol.

TABEL - 5 HASIL WAWANCARA OLEH INFORMAN -2

Bulan Maret minggu ke-3 tahun 2021 Kepada 5 Pasien

NO	NAMA PASIEN	SANGAT PATUH	PATUH	TIDAK PATUH	SANGAT TDK PATUH
1	Bpk Asep	x			
2	Ibu Nur		x		
3	Ibu Aisyah		x		
4	Bpk Agung		x		
5	Ibu Lela			x	
6	Bpk Surono		x		
	Jumlah	1	4	1	

TABEL - 6 HASIL WAWANCARA OLEH INFORMAN -2B

Bulan Maret minggu ke 5 tahun 2021 kepada 5 Pasien

NO	NAMA PASIEN	SANGAT PATUH	PATUH	TIDAK PATUH	SANGAT TDK PATUH
1	Bpk Asep			x	
2	Ibu Nur		x		
3	Ibu Aisyah	x			
4	Bpk Agung			x	
5	Ibu Lela			x	
6	Bpk Surono	x			
	Jumlah	2	1	3	

TABEL 7 HASIL WAWANCARA OLEH INFORMAN -1

Bulan Maret minggu ke 7 tahun 2021 kepada 5 pasien

NO	NAMA PASIEN	SANGAT PATUH	PATUH	TIDAK PATUH	SANGAT TDK PATUH
1	Bpk Asep			x	
2	Ibu Nur		x		
3	Ibu Aisyah				x
4	Bpk Agung			x	
5	Ibu Lela		x		
6	Bpk Surono				x
	Jumlah		2	2	2

4.2 Pembahasan .

Analisa data dari data Tabel - tabel tingkat kepatuhan pasien per 2 minggu selama 3 bulan dihasilkan sebagai berikut :

1. Di minggu pertama (1) .

- Tingkat kepatuhan SANGAT PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah, konsultasi dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 16,67 % (1 pasien)
- Tingkat kepatuhan PATUH terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 50 % (3 pasien) .
- Tingkat kepatuhan TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % (2 pasien) .
- Tingkat kepatuhan SANGAT TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 0 % (0 pasien)

2. Di Minggu ke Tiga (3)

- Tingkat kepatuhan SANGAT PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah, konsultasi dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 16,67 % (1 pasien).
- Tingkat kepatuhan PATUH terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 66,67 % (4 pasien) .
- Tingkat kepatuhan TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 16,67 % (1 pasien) .
- Tingkat kepatuhan SANGAT TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 0 % (0 pasien) .

3. Di Minggu Ke Lima (5) .

- Tingkat kepatuhan SANGAT PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah, konsultasi dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % (2 pasien) .

- Tingkat kepatuhan PATUH terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 16,67 % (1 pasien) .
- Tingkat kepatuhan TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 50,0 % (3 pasien)
- Tingkat kepatuhan SANGAT TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 0 % (0 pasien) .

4. Di Minggu ke Tujuh (7).

- Tingkat kepatuhan SANGAT PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah, konsultasi dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 0 % (0 pasien) .
- Tingkat kepatuhan PATUH terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % (2 pasien) .
- Tingkat kepatuhan TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % (2 pasien)
- Tingkat kepatuhan SANGAT TIDAK PATUH pasien terhadap pengecekan , kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % (2 pasien) .

Dari data diatas, penelitian kepatuhan pasien terhadap obat yang diminumnya selama 3 bulan kepada 6 pasien dihasilkan sebagai berikut :

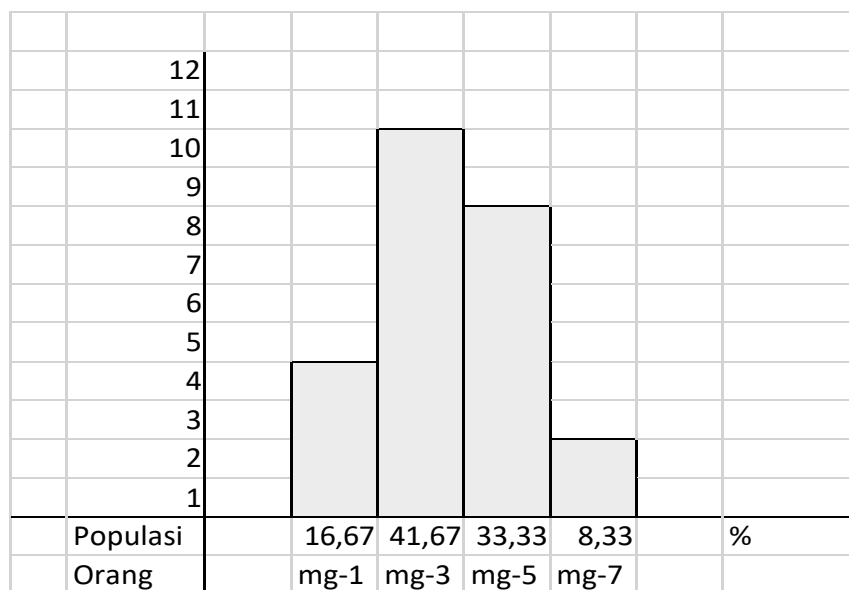
TABEL 8 HASIL WAWANCARA INFORMAN

Bulan Maret – Mei tahun 2021 kepada 6 pasien

NO	NAMA PASIEN	SANGAT PATUH	PATUH	TIDAK PATUH	SANGAT TDK PATUH
1	Bpk Asep	x	x	x	
2	Ibu Nur	x	xxx		
3	Ibu Aisyah	x	xx		x
4	Bpk Agung		xx	xxx	
5	Ibu Lela		x	xxx	
6	Bpk Surono	x	x	x	x
	Jumlah	4	10	8	2

1. Tingkat kepatuhan sangat patuh pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah, konsultasi dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 16,67 % setara dengan 4 pasien.
2. Tingkat kepatuhan Patuh pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 41,67 % setara dengan 10 pasien .
3. Tingkat kepatuhan tidak patuh pasien terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan pemakaian obat yang diminumnya sebesar 33,33 % setara dengan 8 pasien .
4. Tingkat kepatuhan sangat tidak patuh terhadap pengecekan, kontrol gula darah dan obat yang diminumnya sebesar 8,33 % setara dengan 2 pasien .

TABEL 9 GRAFIK KEPATUHAN PASIEN Selama 3 Bulan



Grafik tingkat kepatuhan pasien terhadap obat yang diminumnya .

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan dan Saran

A . Kesimpulan

Dari penelitian diatas dapat penulis simpulkan sebagai berikut :

1. Pasien membeli obat tanpa resep karena sudah melakukan pengecekan kadar gula darahnya dan hasil konsultasi dengan Apoteker pengelola Apotek (Informen – 1) karena di apotek Populer Farma kota Bekasi juga telah disediakan alat untuk cek Gula darah guna mengontrol kadar gula pasien sebelum membeli obat .
2. Pasien membeli obat sesuai dengan resep lama yang pernah didapatnya dari hasil berobatnya .
3. Tingkat kepatuhanya sangat bervariasi terhadap obat yang dibeli dan diminumnya .
4. Karena tanpa resep kebanyakan obat yang dibeli jenis generik .

B. Saran .

1. Bagi penulis menyadari sepenuhnya bahwa tugas ahir ini masih kurang dari kata sempurna, karena kesempurnaan milik Allah SWT. Untuk itu diharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak, demi mengejar kesempurnaan yang tidak ada standar atau batasannya. Penulis berharap dalam hati, lisan dan pikiran agar tugas ahir ini bisa bermanfaat bagi para pembaca dan masyarakat pada umumnya. Dan hasil karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi pedoman penerapan tingkat kepatuhan pada pasien

DM.Selanjutnya bagi penulis diharapkan untuk melanjutkan penelitian ini dengan melakukan metode yang berbeda seperti pengembangan instrumen yang lebih baik lagi dan melihat faktor-faktor yang mempengaruhi upaya pencegahan komplikasi DM oleh pasien DM.

2. Bagi pasien semoga dengan penulisan karya tulis ilmiah ini pasien dapat mengerti dengan penyakit yang pasien alami dan dapat menerapkan intervensi yang telah diberikan untuk mencapai kesembuhan yang pasien harapkan. Bagi pasien yang terdiagnosa DM diharapkan berperan aktif dalam melakukan upaya pencegahan komplikasi DM yaitu edukasi, pengetahuan diet, berolahraga dan kontrol gula darah secara rutin. Dan bagi bapak / ibu penderita DM yang telah memberikan informasi, bentuk kepatuhan dan pemahaman tentang DM yang baik yang berkontribusi sangat penting dalam tugas akhir ini.
3. Bagi mahasiswa lain hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dan pedoman untuk penelitian selanjutnya supaya mendapatkan hasil yang lebih baik lagi.
4. Bagi pemilik sarana Apotek Populer Farma kota Bekasi perlu dilakukan program untuk lebih meningkatkan pendidikan pasien mengenai DM dan komplikasinya, menyediakan fasilitas dan ruang konsultasi yang lebih memadai untuk pasien DM, sehingga pada pasien dapat menimbulkan rasa aman, nyaman, bersahabat dan kekeluargaan.

Daftar Pustaka :

1. Seftian, Ferdy. 2013. Penelitian Pengetahuan Diabetes Melitus <https://id.scribd.com/doc/139127031/Penelitian-Pengetahuan-DM>(diakses tanggal 20 januari 2021)
2. Barakati, Septian. 2014. Makalah Diabetes Melitus <https://www.slideshare.net/mobile/septianbarakati/makalah-diabetes-melitus-49173092> .
3. Siswanto, Budi Setyawati, Fitrah Ernawati. 2013. Peran Beberapa Zat Gizi Mikro Dalam Sistem Imunitas Gizi Indonesia, 57-61 .
4. Almtsier, Sunita. 2007. Penuntun Diet. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
5. Basyiroh, Nur Arifah. 2011. Hubungan Antara Kontrol Diri Dengan Kepatuhan Terhadap Pengobatan Pada Pasien Diabetes Melitus.
6. Bustan. 2007. Epidemiologi Penyakit Tidak Menular. Jakarta : PT Rineka Cipta.
7. Hendry, Fiona. 2007. Canadian Journal Of Diabets Author Guidelines. Canadian Diabetes Asosiasion (CDA) .
8. Courtney Mary. 1997. Terapi Diet Dan Nutrisi. Jakarta : Hipokrates Moleong, J.
9. Lexy. 2004 . Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
10. Ningrum, Retno Prasetya dan Hasanat Ui Nida. 2011. Dinamika Regulasi Diri Pada Penderita Diabetes Melitus.

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar Logo Apotek Populer Farma Kota Bekasi
2. Gambar Struktur Organisasi Apotek Populer Farma Kota Bekasi

Lampiran Gambar :



Gambar 3.1. 1 Apotek Populer Farma Kota Bekasi

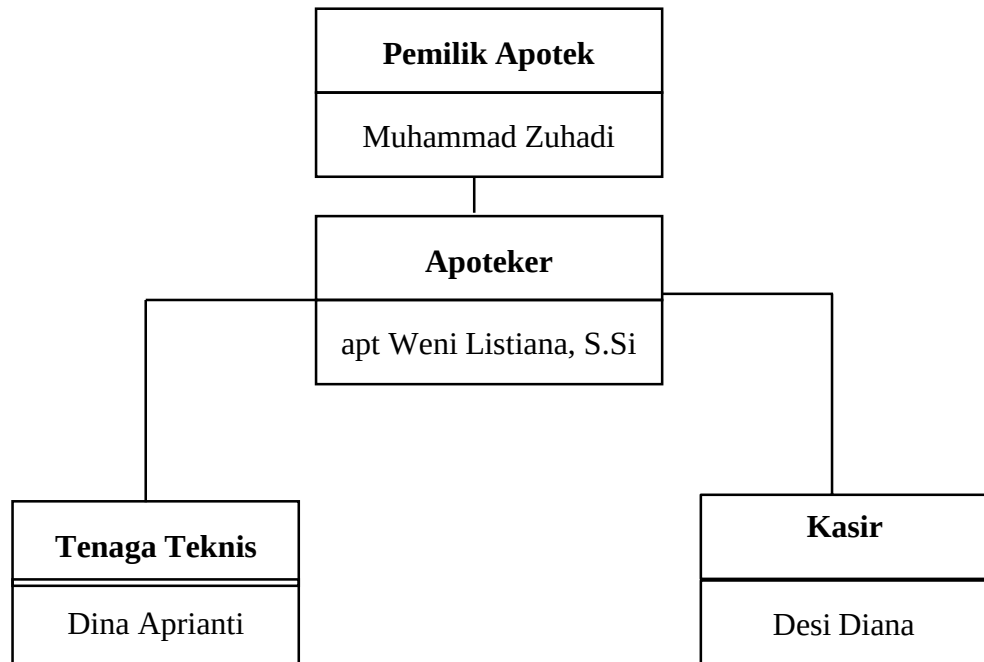


Gambar 3.1. 2 Apotek Populer Farma Kota Bekasi

LOGO APOTEK POPULER FARMA
KOTA BEKASI – JAWA BARAT



STRUKTUR ORGANISASI APOTEK POPULER FARMA
KOTA BEKASI – JAWA BARAT



**PENGARUH PENGENDALIAN PERSEDIAAN OBAT
TERHADAP PELAYANAN KEPADA PASIEN DI Primaya
Hospital BEKASI BARAT**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

MARLINA

NPM: 18307123



**POLITEKNIK PIKSI GANESHA
BANDUNG
2021**

ABSTRAK
PENGARUH PENGENDALIAN PERSEDIAAN OBAT
TERHADAP PELAYANAN KEPADA PASIEN DI Primaya Hospital BEKASI
BARAT

Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Kekurangan obat pada setiap unit pelayanan kesehatan merupakan suatu komponen masalah yang kompleks. Oleh karena itu diperlukan manajemen pengelolaan obat yang efektif dan efisien. Salah satu proses pengelolaan obat yang efektif adalah dengan menjamin ketersediaan obat baik dalam hal jenis dan jumlah yang tepat sesuai dengan kebutuhan sehingga dapat menghindari adanya kekurangan dan kelebihan obat. Gudang farmasi Primaya Hospital Bekasi belum optimal dalam melakukan pengelolaan obat sehingga terjadi kendala dalam pelayanan kepada pasien dan pembelian obat di luar rumah sakit dan mengakibatkan pendapatan keuntungan rumah sakit berkurang hal ini disebabkan karena petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang dalam buku defecta. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor penyebab kekosongan stok obat merek dagang di gudang farmasi Primaya Hospital Bekasi. Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode deskriptif yang diperoleh dengan pengambilan data dari buku daftar hutangan obat kepada pasien dengan menggunakan *purposive sampling*. Hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa pengendalian persediaan obat sangat berpengaruh terhadap pelayanan kepada pasien di Primaya Hospital Bekasi Barat hal ini disebabkan karena faktor kekosongan obat di gudang farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat yang disebabkan karena petugas kurang teliti dalam pencatatan.

Kata kunci : pengaruh, pengendalian, persediaan obat, terhadap, pelayanan, kepada pasien, Primaya Hospital Bekasi Barat.

ABSTRAK
EFFECT OF DRUG INVENTORY CONTROL
TOWARDS SERVICES TO PATIENTS AT Primaya Hospital
BEKASI BARAT

Pharmaceutical Service Standards are benchmarks used as guidelines for pharmaceutical staff in providing pharmaceutical services. Pharmaceutical service is a direct and responsible service to patients related to pharmaceutical preparations with the aim of achieving definite results to improve the quality of life of patients. Lack of drugs in every health care unit is a component of a complex problem. Therefore, effective and efficient drug management is needed. One of the effective drug management processes is to ensure the availability of drugs both in terms of the right types and quantities according to needs so as to avoid drug shortages and excesses. Primaya Hospital Bekasi pharmacy warehouse has not been optimal in managing drugs so that there are obstacles in service to patients and purchasing drugs outside the hospital and resulting in reduced hospital profit income. This study aims to determine the factors causing the vacancy of the trademark drug stock at the Primaya Hospital Bekasi pharmacy warehouse. This study is a descriptive research method obtained by taking data from a list of drugs owed to patients using purposive sampling. The results of the research that has been carried out that the control of drug supplies greatly affects the service to patients at Primaya Hospital Bekasi Barat this is due to the drug vacancy factor in the pharmacy warehouse at Primaya Hospital Bekasi Barat which is caused by the officers being less careful in recording

Keywords: influence, control, drug supply, to, service, to patients, Primaya Hospital Bekasi Barat.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vii
ABSTARK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
LATAR BELAKANG.....	1
PERUMUSAN MASALAH.....	3
TUJUAN PENELITIAN.....	3
MANFAAT PENELITIAN	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
PERAN LOGISTIK RUMAH SAKIT	5
PENGADAAN OBAT DI RUMAH SAKIT	6
PENGENDALIAN PERSEDIAAN OBAT MODEL ABC	7
STOK KOSONG	8
SUMBER DAYA MANUSIA IFRS.....	9
WAKTU TUNGGU (<i>LEAD TIME</i>).....	9
INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT	9
LANDASAN TEORI.....	10
BAB III METODE PENELITIAN	11
METODE	11
KERANGKA KONSEP.....	11
JENIS PENELITIAN	11

LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN	12
ALAT DAN BAHAN.....	12
LANGKAH KERJA.....	12
PROSEDUR PENELITIAN.....	12
POPULASI DAN SAMPEL	12
TEKNIK PENGUMPULAN DATA.....	12
RANCANGAN ANALISA DATA	12
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	14
FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA KEKOSONGAN STOK OBAT	
MEREK DAGANG PERIODE JANUARI-MARET 2021.....	14
ANALISIS ABC KELOMPOK OBAT MEREK DAGANG	16
PENGELOMPOKAN ANALISIS ABC BERDASARKAN FAKTOR	
PENYEBAB KEKOSONGAN.....	18
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	21
SIMPULAN	21
SARAN	21
DAFTAR PUSTAKA	22
LAMPIRAN.....	24

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit harus mampu meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dan terjangkau bagi masyarakat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk mencapai pelayanan paripurna, rumah sakit perlu melakukan perencanaan strategi dengan melakukan kegiatan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu serta meningkatkan derajat kesehatan yang optimal.

Dalam rumah sakit, terdapat segala fasilitas dan kegiatan termasuk di dalamnya yakni instalasi farmasi rumah sakit. Instalasi farmasi rumah sakit merupakan salah satu dari banyaknya divisi atau bagian dari rumah sakit yang mempunyai pengaruh sangat besar pada perkembangan profesional rumah sakit dan juga terhadap ekonomi serta biaya operasional total rumah sakit, disebabkan hubungan timbal balik dengan dan saling tergantungnya pelayanan lain pada instalasi farmasi rumah sakit. Instalasi farmasi rumah sakit adalah satu-satunya bagian atau divisi yang bertanggung jawab penuh atas pengelolaan dan pengendalian seluruh sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan lainnya yang beredar dan digunakan di rumah sakit, diantaranya obat-obatan.

Obat merupakan sarana mutlak yang diperlukan didalam rumah sakit, bagian farmasi khususnya instalasi farmasi rumah sakit yang bertanggung jawab atas pengawasan dan kualitas obat termasuk persediaan, penyimpanan yang efektif, dan perhatian terhadap tanggal kedaluwarsanya karena sangat mempengaruhi dalam pelayanan kesehatan khususnya bagi pasien yang akan menggunakan obat tersebut.

Pengelolaan sediaan farmasi di rumah sakit harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir, dan menggunakan proses efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya. Pengendalian mutu kefarmasian meliputi kegiatan

monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan. Kegiatan ini bertujuan menjamin kegiatan sesuai dengan rencana, salah satunya untuk mencegah bila terjadinya kekosongan stok persediaan farmasi pada saat dibutuhkan. Apabila stok obat yang kosong maka penyebabnya akan dipastikan dan diatasi sehingga masalah tersebut dapat segera dikendalikan dan meminimalkan kerugian.

Pengelolaan obat sangat penting dalam rangka tersedianya obat pada saat dibutuhkan, baik jumlah, jenis maupun kualitas. Pengelolaan obat terdiri atas perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi dan pengendalian persediaan. Pengendalian persediaan merupakan hal yang sangat penting di rumah sakit karena memiliki pengaruh yang sangat langsung terhadap perolehan kembali atas investasi yang dilakukan oleh rumah sakit. Hal ini bisa dijelaskan ketika di instalasi farmasi tidak tersedia obat yang dibutuhkan pasien, bisa menyebabkan kehilangan penjualan, dan jika hal ini terus terjadi maka pasien akan berkurang.

Dalam pengelolaan obat sering kali terjadi masalah dalam pengendalian persediaannya. Akibat dari kekosongan obat yaitu terganggunya pelayanan terhadap pasien, sehingga rumah sakit akan mengalami nilai kerugian. Begitu pula yang terjadi di Primaya Hospital Bekasi Barat berdasarkan hasil penelitian sebelumnya pada tahun 2020, Primaya Hospital Bekasi Barat mengalami kekosongan obat sebanyak 101 kejadian (59,1%), sebanyak 73 jumlah jenis obat merek dagang, terdiri atas 59 jenis sediaan tablet, 7 jenis sediaan sirup, 5 jenis sediaan topikal, dan 2 jenis sediaan injeksi. Pengendalian persediaan obat dengan persentase tertinggi terjadi pada kelompok A dengan jumlah jenis obat 39 jenis obat (32,8%) menyerap biaya sebesar Rp. 260.675.119 dengan persentase 75,5%.⁽⁶⁾

Masalah kekosongan obat yang dialami Primaya Hospital Bekasi Barat ini mengakibatkan sering dilakukannya pemesanan obat secara cito, artinya pemesanan dan pengiriman harus segera dilakukan saat itu juga. Namun sering terjadinya keterlambatan pengiriman, sehingga terjadi pembelian obat merek dagang di apotek luar. Faktor yang mempengaruhi kekosongan obat beberapa diantaranya yakni disebabkan karena petugas kurang teliti pada saat pencatatan defekta barang sebanyak 101 kejadian (59,1%), slow moving (pergerakan penjualan yang lambat) sebanyak 16 kejadian (9,4%), waktu tunggu pemesanan hingga barang datang

sebanyak 46 kejadian (26,9%) dan faktor yang disebabkan karena kekosongan pada distributor sebanyak 8 kejadian (4,6%).(7)

Pengendalian persediaan yang efektif harus dapat menjawab tiga pertanyaan dasar, yaitu berapa banyak suatu jenis obat akan dipesan pada suatu waktu, kapan dilakukan pemesanan ulang, dan jenis-jenis obat yang perlu dilakukan pengawasan. Oleh sebab itu perlu dilakukan sebuah penelitian untuk mengetahui pengaruh pengendalian persediaan obat terhadap pelayanan kepada pasien di Primaya Hospital Bekasi Barat.

B. PERUMUSAN MASALAH

Bagaimana pengaruh pengendalian persediaan obat terhadap pelayanan kepada pasien di Primaya Hospital Bekasi Barat.

C. TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui dampak atau pengaruh dari pengendalian persediaan obat terhadap pelayanan kepada pasien di Primaya Hospital Bekasi Barat.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat bagi Peneliti

Mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang sudah diperoleh tentang pengaruh pengendalian persediaan obat terhadap pelayanan pasien di Rumah Sakit.

2. Manfaat bagi Institusi

Hasil Penelitian dapat dijadikan tambahan referensi bagi mahasiswa lain tentang pengendalian persediaan obat di Rumah Sakit.

3. Manfaat bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai tolak ukur efisiensi penggunaan perbekalan farmasi yang ada, dan diharapkan dengan gambaran pengendalian tersebut menjadi masukan kepada rumah sakit untuk meningkatkan pengendalian persediaan sehingga pelayanan terhadap pasien dapat maksimal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. PERAN LOGISTIK RUMAH SAKIT

Rumah sakit merupakan suatu satuan usaha melakukan kegiatan produksi. Kegiatan produksi rumah sakit adalah produksi jasa, sehingga yang dimaksud dengan kegiatan produksi logistik hanya menyangkut manajemen persediaan bahan barang serta peralatan yang dibutuhkan dalam rangka produksi jasa tersebut.

Logistik adalah bagian yang menyediakan barang dan jasa dalam jumlah, mutu dan waktu yang tepat dengan harga yang sesuai. Dari segi manajemen modern maka tanggung jawab bagian logistik lebih diperluas lagi yaitu :

1. Menjaga kegiatan yang dapat memasok material dan jasa secara tidak terputus.
2. Mengadakan pembelian inventaris secara bersaing.
3. Menjadwalkan investasi barang pada tingkat serendah mungkin.
4. Mengembangkan sumber pasokan yang dapat dipercaya dan alternatif pasokan lain.
5. Mengembangkan dan menjaga hubungan baik dengan bagian-bagian lain.
6. Memantapkan integrasi yang maksimal dengan bagian-bagian lain.
7. Melatih dan membina pegawai yang kompeten dan termotivasi dengan baik.

Barang atau bahan-bahan yang sudah disediakan bagian logistik rumah sakit tersebut tentunya perlu dilakukan *Inventori Control* yang bertujuan untuk menciptakan keseimbangan antara persediaan dan permintaan. Oleh karena itu hasil *Stock Opname* harus seimbang dengan permintaan yang didasarkan atas satu kesatuan waktu tertentu, misalnya satu bulan atau dua bulan atau kurang dari satu tahun.

Pengadaan barang yang dalam sehari-hari disebut juga pembelian merupakan titik awal dari pengendalian persediaan. Jika titik awal ini sudah tidak tepat, maka pengendalian akan sulit dikontrol. Pembelian harus menyesuaikan dengan pemakaian, sehingga ada keseimbangan antara pemakaian dan pembelian.

B. PENGADAAN OBAT DI RUMAH SAKIT

Penentuan pengadaan persediaan perbekalan farmasi dilakukan dengan

melihat atau berpatokan pada Formularium rumah sakit. Pengadaan obat dilakukan untuk kebutuhan pemakaian selama 1 bulan dengan proses pemesanan secara langsung dengan distributor- distributor resmi maupun distributor lainnya yang bekerja sama dengan rumah sakit. Untuk Pengalokasian anggaran tiap kebutuhan persediaan obat – obatan tidak ditetapkan secara tepat karena perencanaan serta pengadaan obatnya hanya berdasarkan kebutuhan, yaitu obat yang stoknya sudah berkurang atau sudah habis di gudang dan di apotek rumah sakit yang akan menjadi dasar atas perencanaan obat.

1. Memilih supplier/rekanan/pemasok

Pemilihan pemasok dilakukan dengan mempertimbangkan kriteria-kriteria pemasok/PBF yang baik. Cara menentukan pemasok adalah dengan melihat pabrik-pabrik mana saja yang memproduksi obat tersebut, kemudian mencari distributor/pemasok/PBF dari pabrik obat. Masing-masing pedagang besar farmasi memenuhi kriteria mendapatkan undangan yang sifatnya tertutup. Kemudian dari beberapa pedagang besar farmasi tersebut, dipilih pedagang besar farmasi yang memenuhi persyaratan hukum yang berlaku untuk melakukan produksi dan penjualan (telah terdaftar), telah terakreditasi sesuai dengan persyaratan CPOB (cara pembuatan obat yang baik) dan mempunyai reputasi baik, serta selalu mampu dan dapat memenuhi kewajibannya sebagai pemasok produk obat yang selalu tersedia dengan mutu tinggi dan harga rendah. Selain itu, diutamakan PBF yang lokasinya mudah terjangkau, pengiriman tepat waktu dengan *lead time* yang pendek, memberikan harga khusus dengan diskon besar, jangka waktu jatuh tempo yang diberikan lama, serta memberikan kebijakan dalam pengembalian obat yang telah kadaluarsa dan rusak.

2. Indikator-indikator dalam pengadaan obat di rumah sakit antara lain :

- a. Frekuensi pengadaan tiap item obat

Frekuensi pengadaan tiap item obat setiap tahunnya dapat digolongkan menjadi 3 kategori, yaitu frekuensi rendah, sedang, dan tinggi. Banyaknya obat dengan frekuensi sedang dan tinggi menunjukkan kemampuan Instalasi Farmasi Rumah Sakit dalam merespon perubahan kebutuhan obat dalam jumlah yang sesuai dengan kebutuhan obat saat itu. Pengadaan obat yang berulang juga menunjukkan bahwa yang tersedia di Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan obat dengan perputaran cepat (*fast moving*). Banyaknya obat

yang masuk kedalam jenis *slow moving* dapat berarti kerugian bagi rumah sakit.

b. Frekuensi kesalahan faktur

Kriteria kesalahan faktur pembelian yang digunakan adalah adanya ketidakcocokan jenis obat, jumlah obat dalam satu item, atau jenis obat dalam faktur terhadap surat pesanan yang bersesuaian. Ketidaksesuaian faktur dengan surat pesanan dapat disebabkan oleh beberapa kemungkinan yaitu :

1. Tidak ada stok, atau barang habis di pedagang besar farmasi, jadi barang yang dipesan pada distributor atau pedagang besar farmasi sedang mengalami kekosongan.
2. Stok barang yang tidak sesuai. Barang yang dipesan pada pedagang besar farmasi isi dalam kemasan tidak baik atau rusak sehingga tidak digunakan.
3. Reorder frekuensi pemesanan terlalu banyak, menyebabkan petugas bersagkutan tidak sempat untuk melakukan pembukuan dengan cermat.

C. PENGENDALIAN PERSEDIAAN OBAT MODEL ABC

Pengendalian perusahaan berhubungan dengan aktivitas pengaturan persediaan bahan agar dapat menjamin persediaan dan pelayanannya kepada pasien. Salah satu pengendalian persediaan adalah dengan metode ABC atau analisis pareto. Analisis ABC ini menekankan pada persediaan yang mempunyai nilai penggunaan yang relatif tinggi atau mahal.

Sistem analisis ABC ini berguna dalam sistem pengelolaan obat, yaitu dapat menimbulkan frekuensi pemesanan dan menentukan prioritas pemesanan berdasarkan nilai atau harga obat. Alokasi anggaran ternyata didominasi hanya oleh sebagian kecil atau beberapa jenis perbekalan farmasi. Sesuatu jenis perbekalan farmasi dapat memakan anggaran besar karena penggunaannya banyak atau harganya mahal. Dengan analisis ABC, jenis-jenis perbekalan farmasi ini dapat diidentifikasi, untuk kemudian dilakukan evaluasi lebih lanjut. Analisis ini berguna pada setiap sistem suplai untuk menganalisis pola penggunaan dan nilai penggunaan total semua item obat. Hal itu memungkinkan untuk

mengklasifikasikan item-item persediaan menjadi 3 kategori (A, B, dan C) sesuai dengan nilai penggunaannya. Pembagian 3 kategori tersebut adalah sebagai berikut:

A: merupakan 10-20% jumlah item menggunakan 75-80% dana;

B: merupakan 10-20% jumlah item menggunakan 15-20% dana;

C: merupakan 60-80% jumlah item menggunakan 5-10% dana.

Langkah-langkah yang menentukan kelompok A, B dan C :

1. Hitung jumlah data yang dibutuhkan untuk masing-masing obat dengan cara kuantum obat x harga obat
2. Tentukan rankingnya mulai dari dana terbesar sampai terkecil
3. Hitung persentasenya terhadap total dana yang dibutuhkan
4. Hitung kumulasi persennya
 - a. Obat kelompok A termasuk dalam kumulasi 75%
 - b. Obat kelompok B termasuk dalam kumulasi >75% s.d 95%
 - c. Obat kelompok C termasuk dalam kumulasi >95% s.d 100%. (8)

D. STOK KOSONG

Stok kosong adalah jumlah stok akhir obat sama dengan nol. Stok obat digudang mengalami kekosongan dalam persediaan sehingga bila ada permintaan tidak bisa terpenuhi. Faktor-faktor penyebab terjadinya stok kosong antara lain :

1. Tidak terdeteksinya obat yang hampir habis, hal ini terkait dengan ketelitian petugas dalam mencatat persediaan yang menipis.
2. Hanya ada persediaan yang kecil untuk obat-obat tertentu (*slow moving*), maka ketika habis tidak ada persediaan digudang.
3. Barang yang dipesan belum datang, hal ini terkait dengan waktu tunggu (*lead time*) dari pedagang besar farmasi yang berbeda-beda.
4. PBF mengalami kekosongan, hal ini terjadi karena pedagang besar farmasi mengalami kekosongan pengiriman dari industri farmasi, yang mengakibatkan pesanan tidak dapat terpenuhi, akibatnya persediaan di IFRS (Instalasi Farmasi Rumah Sakit) juga kosong.

E. SUMBER DAYA MANUSIA IFRS

Mengacu pada standar pelayanan farmasi rumah sakit, Kepmenkes No. 56 th 2014, instalasi farmasi harus memiliki apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang sesuai dengan beban kerja dan petugas penunjang lain agar mencapai sasaran dan tujuan instalasi farmasi rumah sakit. Ketersediaan jumlah tenaga apoteker dan tenaga teknis kefarmasian di rumah sakit dipenuhi sesuai dengan ketentuan klasifikasi dan perizinan rumah sakit yang ditetapkan oleh menteri. Uraian tugas tertulis dari masing-masing staf instalasi farmasi harus ada dan sebaiknya dilakukan peninjauan kembali paling sedikit setiap 3 tahun sesuai dengan kebijakan dan prosedur di instalasi farmasi rumah sakit.

F. WAKTU TUNGGU (*LEAD TIME*)

Waktu tunggu (*lead time*) adalah lamanya waktu antara mulai dilakukannya pemesanan barang sampai dengan kedatangan barang yang dipesan tersebut dan diterima digudang persediaan. Lamanya waktu tersebut tidaklah sama antara satu pesanan dengan pesanan yang lain, tetapi bervariasi. Waktu tunggu ini perlu diperhatikan karena sangat erat hubungannya dengan penentuan saat pemesanan kembali. Dengan waktu tunggu yang tepat maka perusahaan akan dapat membeli pada saat yang tepat pula, sehingga resiko penumpukan persediaan atau kekurangan persediaan dapat ditekan seminimal mungkin.

G. INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT

Unit ini merupakan unit pelaksanaan fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit. Instalasi farmasi dipimpin oleh seorang apoteker sebagai penanggung jawab. Instalasi Farmasi harus melakukan pengembangan pelayanan kefarmasian sesuai dengan situasi perkembangan kefarmasian terkini.

Daftar Kurangan/Hutangan Obat Kepada Pasien.

Buku pencatatan daftar kurangan/hutangan obat kepada pasien di buat oleh pihak Instalasi Farmasi Primaya Hospital Bekasi untuk mencegah terjadi terlewatnya data kurangan/hutangan obat kepada pasien. Dalam pencatatan daftar kurangan/hutangan obat mencakup tanggal kurangan obat, nama pasien, obat

kurangan/hutang, jumlah kekurangan, nomer telepon pasien, dan bukti tanda tangan pasien pada saat obat kekurangan tersebut sudah diberikan kepada pasien

H. LANDASAN TEORI

Persediaan merupakan sejumlah bahan-bahan yang disediakan dan bahan dalam proses yang terdapat dalam perusahaan untuk proses produksi serta barang-barang jadi/produk yang disediakan untuk memenuhi permintaan dari konsumen atau langganan setiap waktu.

Tujuan diadakannya persediaan antara lain untuk memberikan layanan terbaik pada pelanggan, untuk memperlancar proses produksi, untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya kekurangan persediaan yang dapat menghambat perawatan terapi obat pada pasien dan dapat memiliki nilai kerugian pada rumah sakit.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian Deskriptif, penelitian berupa pengamatan terhadap peristiwa-peristiwa yang telah terjadi bertujuan untuk mencari faktor yang berhubungan dengan penyebab kekosongan obat dengan menggunakan data sekunder.

B. KERANGKA KONSEP

Tabel III.1 Kerangka konsep

1.	Gambaran Faktor Penyebab Kekosongan Stok Obat Merek Dagang di Gudang Farmasi Rumah Sakit Awal Bros Bekasi meliputi : • Petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang. • Perputaran obat lambat (<i>slow moving</i>) • Waktu tunggu kedatangan barang (<i>lead time</i>) • Kosong distributor.
2.	Pengendalian Persediaan Obat dengan Analisis ABC meliputi : • Persediaan obat merek dagang kelompok A • Persediaan obat merek dagang kelompok B • Persediaan obat merek dagang kelompok C

C. JENIS PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian Deskriptif menggunakan metode penelitian penyajian data.

D. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Primaya Hospital Bekasi Barat dan waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Januari-Maret tahun 2021.

E. ALAT DAN BAHAN

Alat dan Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah daftar kurangan obat kepada pasien, alat tulis, buku dan laptop.

F. LANGKAH KERJA

1. Meminta izin kepada instansi untuk pengambilan data
2. Pengumpulan data
3. Pengolahan data
4. Pembahasan dan penyajian data.

G. PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Izin kepada instansi dilokasi penelitian untuk pengambilan data di Primaya Hospital Bekasi Barat.
2. Melakukan pengumpulan data dengan menggunakan daftar kurangan obat kepada pasien di Instalasi Farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat.
3. Mengolah data yang telah diperoleh dari daftar kurangan obat kepada pasien.
4. Membahas hasil penelitian dan menyajikan data yang telah diolah dari daftar kurangan obat kepada pasien.

H. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah obat-obat yang termasuk obat merek dagang.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *purposive sampling (non probability sampling)* yakni teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki dan berdasarkan suatu pertimbangan peneliti yaitu dimana sampel yang diambil dianggap baik dan sesuai untuk dijadikan sampel peneliti.

Kriteria Inklusi

Resep dokter yang tidak dapat diganti dengan obat merek dagang lainnya dan masuk ke dalam daftar kurangan obat kepada pasien di Instalasi Farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat.

I. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Mengumpulkan data kurangan obat pasien di Instalasi Farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat periode Januari-Maret 2021, kemudian mencatat faktor penyebab terjadinya kurangan obat pasien.

J. RANCANGAN ANALISA DATA

Mengumpulkan data dari daftar kurangan obat pasien, kemudian mencatat faktor penyebab terjadinya kurangan obat pasien, dan membuat persentase dari hasil tersebut. Seluruh data yang telah ditetapkan dari penelitian dikumpulkan, kemudian disusun dan dikelompokkan serta diolah dengan menggunakan program microsoft excel dan kalkulator. Hasil penelitian akan disajikan dan dijabarkan dalam bentuk tabel hasil. Umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari variabel.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di Primaya Hospital Bekasi Barat. Setelah dilakukan perhitungan dengan metode *purposive sampling (non probability sampling)* diperoleh dari resep dokter yang tidak dapat diganti dengan obat

merek dagang lainnya dan masuk ke dalam daftar kurangan/hutangan obat kepada pasien di Instalasi Farmasi.

Pengambilan data diperoleh dari buku daftar kurangan/hutangan obat kepada pasien pada bulan Januari-Maret 2021 dan diperoleh sebanyak 171 kejadian per tanggal kurangan/hutangan obat pasien dan sebanyak 119 jumlah *item* obat merek dagang.

A. FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA KEKOSONGAN STOK OBAT MEREK DAGANG PERIODE JANUARI-MARET 2021

Tabel IV.1 Hasil Faktor Penyebab Kekosongan

No	Faktor Penyebab	Jumlah <i>Item</i> Obat	Jumlah Kejadian	Persentase
1.	Petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang.	73 <i>item</i> obat	101 kejadian	59,1%
2.	Perputaran obat lambat (<i>slow moving</i>).	15 <i>item</i> obat	16 kejadian	9,4%
3.	Waktu tunggu kedatangan barang (<i>lead time</i>).	40 <i>item</i> obat	46 kejadian	26,9%
4.	Kosong distributor.	8 <i>item</i> obat	8 kejadian	4,6%
Total			171 kejadian	100 %

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat terlihat bahwa penyebab faktor kekosongan obat merek dagang di gudang farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat terjadi karena faktor petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang sebanyak 101 kejadian (59,1%), hal ini terkait karena kurangnya kontrol terhadap persediaan obat juga disebabkan pencatatan dan pelaporan dari perbekalan farmasi masih kurang lengkap serta pencatatannya tidak dilakukan

secara rutin dan kurang teliti, dibuktikan dengan pengisian buku defecta obat yang kadang lupa tercatat obat yang jumlahnya hanya tersisa sedikit pada rak obat tersebut. (15) Faktor yang disebabkan karena obat-obat *slow moving* sebanyak 16 kejadian (9,4%). Obat-obat yang perputaran lambat memiliki jumlah kecil karena beberapa faktor yaitu pergerakan penjualan yang lambat sehingga persediaan dalam jumlah sedikit, obat-obat yang harganya mahal, dan obat-obat yang bersifat sebagai penjunjang atau pelengkap, hanya ada persediaan yang kecil untuk obat-obat tertentu, maka ketika habis tidak lagi ada persediaan di gudang. (8) Faktor yang disebabkan karena waktu tunggu pemesanan hingga barang datang sebanyak 46 kejadian (26,9%), hal ini terkait karena terjadi keterlambatan pengiriman obat dari Pedagang Besar Farmasi yang disebabkan terkena macet di jalan, distributor memprioritaskan pemesanan cito dari rumah sakit lain. Faktor yang disebabkan karena kekosongan pada distributor sebanyak 8 kejadian (4,6%) hal ini karena Pedagang Besar Farmasi kehabisan bahan baku sehingga tidak dapat memenuhi permintaan pemesanan.

Berdasarkan data diatas penyebab faktor kekosongan obat merek dagang digudang farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat paling banyak terjadi karena faktor petugas kurang teliti dalam pencatatan dan defecta barang. Hal ini disebabkan karena kurangnya tenaga kerja untuk kegiatan perencanaan pengadaan sehingga menjadi tidak akurat. Kurangnya kontrol terhadap persediaan obat juga disebabkan pencatatan dan pelaporan dari buku defecta barang masih kurang lengkap serta pencatatannya tidak dilakukan secara rutin dan kurang teliti. Hal ini dibuktikan dengan pengisian buku defecta obat yang terkadang lupa untuk mencatat obat yang jumlahnya hanya tersisa sedikit pada rak obat tersebut.

Selain itu, petugas perencanaan cenderung kurang memperhatikan jumlah persediaan item obat yang akan dilakukan pemesanan terkait jumlah yang masih mencukupi untuk pemakaian pada periode waktu selanjutnya. Namun memang hal tersebut tidak selamanya dapat menjadi acuan mengingat adanya ketidakpastian dalam penggunaan obat. Kurangnya kontrol terhadap persediaan obat juga disebabkan pencatatan dan pelaporan dari perbekalan farmasi masih kurang lengkap serta pencatatannya tidak dilakukan secara rutin dan kurang teliti. Hal ini

dibuktikan dengan pengisian kartu stok yang terkadang lupa tidak diisi saat melakukan pengeluaran serta pencatatan pada buku laporan sering tidak diurutkan sesuai tanggal penerimaan atau pengeluaran.

B. ANALISIS ABC KELOMPOK OBAT MEREK DAGANG

Sistem analisis ABC berguna dalam sistem pengelolaan obat, yaitu dapat menimbulkan frekuensi pemesanan dan menentukan prioritas pemesanan berdasarkan nilai atau harga obat. Alokasi anggaran ternyata didominasi hanya oleh sebagian kecil atau beberapa jenis perbekalan farmasi. Sesuatu jenis perbekalan farmasi dapat memakan anggaran besar karena penggunaannya banyak atau harganya mahal. Dengan analisis ABC, jenis-jenis perbekalan farmasi ini dapat diidentifikasi, untuk kemudian dilakukan evaluasi lebih lanjut. Analisis ini berguna pada setiap sistem suplai untuk menganalisis pola penggunaan dan nilai penggunaan total semua item obat. Hal itu memungkinkan untuk mengklasifikasikan item-item persediaan menjadi 3 kategori (A, B, dan C) sesuai dengan nilai penggunaannya. Pembagian 3 kategori tersebut adalah sebagai berikut:

A: merupakan 10-20% jumlah item menggunakan 75-80% dana;

B: merupakan 10-20% jumlah item menggunakan 15-20% dana;

C: merupakan 60-80% jumlah item menggunakan 5-10% dana.

Tabel IV.2 Hasil Analisis ABC Investasi

Kelompok	Jumlah item obat	%	Jumlah Pemakaian	%
A	39	32,8 %	260.675.119	75,5%
B	45	37,8 %	70.527.110	20,4%
C	35	29,4 %	13.880.272	4,1%
Total	119	100%	345.082.501	100%

Berdasarkan hasil analisis ABC obat merek dagang menunjukkan gambaran kelompok A terdiri dari 39 obat merek dagang (32,08%) dan menyerap biaya sebesar Rp. 260.675.119 (75,05%) dari total pengeluaran (investasi). Pada kelompok B terdapat 45 obat merek dagang (37,08%) dan menyerap biaya sebesar Rp. 70.527.110 (20,04%) dari total pengeluaran (investasi). Pada kelompok C terdapat 35 obat merek dagang (29,04%) dan menyerap biaya sebesar Rp. 13.880.272 (4,01%).

Hal ini membuktikan bahwa dari obat yang mempunyai nilai investasi tertinggi dan nilai pemakaian yang tinggi ternyata sesuai dengan angka kritis obat terhadap pelayanan pasien. Sehingga terlihat bahwa dokter-dokter di Primaya Hospital Bekasi telah meresepkan obat sesuai dengan formularium atau standar obat Primaya Hospital Bekasi yang juga disusun berdasarkan nilai investasi dan pemakaian. Karena tingkat pemakaiannya terhadap pasien, pada ke 39 *item* obat merek dagang ini memerlukan pemantauan yang ketat, pencatatan yang akurat dan lengkap.

C. PENGELOMPOKAN ANALISIS ABC BERDASARKAN FAKTOR PENYEBAB KEKOSONGAN

1. Faktor I (Petugas Kurang Teliti Dalam Pencatatan Defecta Barang)

Tabel IV.3 Pengelompokan ABC Berdasarkan Faktor I

Kelompok	Jumlah Item	Persentase
A	24	32,9%
B	34	46,6%

C	15	20,5%
Total	73	100%

Berdasarkan hasil pengelompokan analisis ABC dalam faktor 1 yaitu petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang terdapat pada kelompok A sebanyak 24 jenis *item* obat dengan persentase 32,9%. Kelompok B sebanyak 34 jenis *item* obat dengan persentase 46,6% dan pada kelompok C sebanyak 15 jenis *item* obat dengan persentase 20,5%. Pada tabel diatas persentase tertinggi terdapat pada kelompok B menunjukan masih belum optimal dalam jumlah pengadnan.

2. Faktor II (Perputaran Lambat/*Slow Moving*)

Tabel IV.4 Pengelompokan ABC Berdasarkan Faktor II

Kelompok	Jumlah Item	Persentase
A	0	0%
B	0	0%
C	15	100%
Total	15	100%

Berdasarkan hasil pengelompokan analisis ABC dalam faktor 2 yaitu perputaran obat secara lambat (*slow moving*) terdapat dalam kelompok A sebanyak 0 jenis *item* obat dengan persentase 0%. Kelompok B sebanyak 0 jenis *item* obat dengan persentase 0% dan pada kelompok C sebanyak 15 jenis *item* obat dengan persentase 100%. Pada tabel diatas dalam jumlah 15 *item* obat masuk ke dalam kelompok C yang mempunyai nilai investasi kecil dan usaha pengendaliannya minimum.

3. Faktor III (Waktu Tunggu/*Lead Time*)

Tabel IV.5 Pengelompokan ABC Berdasarkan Faktor III

Kelompok	Jumlah Item	Persentase

A	18	45%
B	15	37,5%
C	7	17,5%
Total	40	100%

Berdasarkan hasil pengelompokan analisis ABC dalam faktor 3 yaitu waktu tunggu kedatangan barang dari Pedangang Besar Farmasi ke logistik (*lead time*) terdapat dalam kelompok A sebanyak 18 jenis *item* obat dengan persentase 45%. Kelompok B sebanyak 15 jenis *item* obat dengan persentase 37,5% dan pada kelompok C sebanyak 7 jenis *item* obat dengan persentase 17,5%. Pada tabel diatas persentase tertinggi terjadi pada kelompok A yang dalam pemesanannya harus lebih hati-hati karena pemakai yang sering terjadi. Terjadinya keterlambatan dalam pengiriman barang disebabkan karena terkena macet di jalan, distributor memprioritaskan pemesanan *cito* dari rumah sakit lain dan telat mengentry faktur dari bagian gudang sehingga pada bagian distribusi barang menunggu lagi untuk entry faktur lain karena masih ada yang kurang.

4. Faktor IV. (Kosong Distributor)

Tabel IV.6 Pengelompokan ABC Berdasarkan Faktor IV

Kelompok	Jumlah Item	Persentase
A	2	25%
B	3	37,5%
C	3	37,5%

Total	8	100%

Berdasarkan hasil pengelompokan analisis ABC dalam faktor 4 yaitu kekosongan pada distributor terdapat dalam kelompok A sebanyak 2 jenis *item* obat dengan persentase 25%. Kelompok B sebanyak 3 jenis *item* obat dengan persentase 37,5% dan pada kelompok C sebanyak 3 jenis *item* obat dengan persentase 37,5%.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Faktor penyebab terjadinya kekosongan obat paling banyak terjadi karena faktor petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang dengan jumlah kejadian 101 kejadian (59,1%) dan sebanyak 73 jumlah *item* obat merek dagang dan pengendalian persediaan obat dengan persentase tertinggi terjadi pada kelompok A dengan jumlah *item* obat 39 *item* obat (32,8%) dan menyerap biaya sebesar Rp. 260.675.119 dengan persentase 75,5%. Hal ini juga mempengaruhi pelayanan terhadap pasien sehingga banyak catatan hutang obat terhadap pasien.

B. SARAN

1. Berdasarkan faktor petugas kurang teliti dalam pencatatan defecta barang, hal ini perlu adanya mengoptimalkan sumber daya manusia yang ada di staff pelayanan instalasi farmasi dan di unit gudang obat dengan cara pemberian training untuk meningkatkan kemampuan dalam mendukung fungsi manajemen logistik obat rumah sakit.
2. Memerlukan pengkajian terhadap perhitungan kuantitas pembelian obat yang dapat memberikan keuntungan terbaik dan paling tidak berisiko *stockout* dalam melakukan sistem perencanaan obat.
3. Pembuatan laporan persediaan barang berdasarkan kartu stok agar didapatkan laporan persediaan yang sesuai dengan stok barang dan sesuai dengan kebutuhan.
4. Perlu diadakan penelitian lebih lanjut di Rumah Sakit Awal Bros Bekasi

untuk perhitungan dalam *safety stock* pada pengelompokan persediaan obat merek dagang sesuai kelompok untuk obat kelompok A, B dan C.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien; 2018, h 3-6.
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit; 2016, h 3-4, 60-62, 42-54.
3. Winasari A. Gambaran penyebab kekosongan stok obat paten dan upaya pengendaliannya di gudang medis instalasi farmasi RSUD Kota Bekasi pada triwulan I tahun 2015 (skripsi). Bekasi: Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta; 2015, h 3.
4. Mellen RC, Pudjirahardjo WJ. Faktor penyebab dan kerugian akibat stockout dan stagnant obat di unit logistik RSUD Haji Surabaya (skripsi). Surabaya: Universitas Airlangga; 2011.
5. Febriawati H. Manajemen Logistik Farmasi Rumah Sakit. Yogyakarta: Gosyen Publishing; 2013, h 18-19.
6. Nesi G, Kristin E. Evaluasi perencanaan dan pengadaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah Utara. Jurnal Kebijakan Indonesia. 2018; 7 (4): 147-153.
7. Sondakh FF, Astuty W, Uneputty J. Analisis perencanaan dan pengadaan obat antibiotik berdasarkan ABC indeks kritis di Instalasi Farmasi RSUD Monompia Kotamobagu. Jurnal Ilmiah Farmasi. 2018; 7 (4): 2302-2493.
8. Satibi. Manajemen Obat di Rumah Sakit. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2015, h 115.
9. Ristono A. Manajemen Persediaan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2018, h 7-8.
10. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 1148 tahun 2011 tentang Pedagang Besar Farmasi; 2011, h 3-4.
11. Satibi, Fudholi A, Tuko EC, *et al.* Pengendalian persediaan fasilitas penyimpanan dan distribusi pada industri farmasi dalam mendukung ketersediaan obat era JKN. Jurnal Manajemen Persediaan Farmasi. 2019; 9 (1): 27-37.

12. Syukma T. Analisis kebijakan pemesanan persediaan obat dengan metoda Economic Order Quantity (EOQ) studi kasus di Rumah Sakit “F” (skripsi), Bandung: Universitas Widyatama; 2011.
13. Noviyanti ED. Evaluasi obat-obat fast moving dan slow moving periode November 2008-Januari 2009 di satelit farmasi rawat inap dan rawat jalan Rumah Sakit Kanker Dharmais (Karya Tulis Ilmiah). Jakarta: Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia; 2009, h 9.
14. Yusuf F. Studi perbandingan obat generik dan obat dengan merek dagang. Jurnal Farmanesia. 2016; 1(1): 5-10.
15. Sayyidati I, Thinni N. Faktor penyebab kejadian stagnant dan stockout di instalasi farmasi UPT Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur. Jurnal Manajemen Kesehatan. 2016; 2(2): 110-117.
16. Rizki J. Pengendalian Persediaan Obat Antibiotik dengan metode analisis ABC dan EOQ di Instalasi Farmasi RS PKU Muhammadiyah Kartasura (skripsi), Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2019.
17. Suyaka M. Buku Saku Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Awal Bros Bekasi; 2013, h1-10.

**Gambaran Penggunaan Obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Pada Pasien Rawat
Jalan Di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Periode April-Juni 2021**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar

Ahli Madya Kesehatan Bidang Farmasi



**Disusun Oleh:
Ayu Pritanusi
18307119**

POLITEKNIK PIKSI GANESHA

PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI

BANDUNG

2021

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	Halaman
HALAMAN PERNYATAAN	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	Iv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. PERUMUSAN MASALAH	3
C. TUJUAN PENELITIAN	3
D. MANFAAT PENELITIAN	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. KAJIAN PUSTAKA	4
1. Gambaran Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	4
2. Penggunaan Terapi Antibiotik untuk Jenis Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	5
3. Terapi Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	8
4. Definisi ISPA	10
5. Definisni Pasien	11
6. Definisi Rumah Sakit	11
B. KERANGKA PEMIKIRAN	12
C. HIPOTESIS PEMIKIRAN	12
BAB III METODE PENELITIAN	13
A. METODE PENELITIAN	13
B. DEFINISI OPERASIONAL	13
C. DEFINISI PENELITIAN	14
D. PROSEDUR PENELITIAN	14
E. POPULASI DAN SAMPEL	15
F. TEKNIK PENGUMPULAN DATA	15
G. RANCANGAN ANALISIS DATA	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	16
A. PENGUMPULAN DATA	16
B. HASIL DAN PEMBAHASAN	16
1. Karakteristik Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA)	16
2. Terapi Infeksi Saluran Pernafasan Akut	17
3. Terapi Infeksi Saluran Pernafasan Akut Berdasarkan Antibiotik	20
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	22
A. KESIMPULAN	22
B. SARAN	22

ABSTRAK

Gambaran Penggunaan Obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Pada Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Hermina Grand wisata Periode April-Juni 2021

Infeksi pada saluran pernapasan merupakan penyakit yang umum terjadi pada masyarakat, berdasarkan wilayah infeksiya terbagi menjadi infeksi saluran pernapasan atas dan infeksi saluran pernapasan bawah. Instrument penelitian yang digunakan adalah pengumpulan data. Berdasarkan penelitian yang sudah dilaksanakan didapatkan hasil dari 395 sampel persentase tertinggi. Penggunaan obat berdasarkan terapi antibiotik ISPA yaitu 65,31% dan terapi obat suportif sebanyak 100%. Penggunaan obat berdasarkan golongan dan jenis terapi ISPA yaitu golongan antibiotik sefalosporin sebesar 51,16% dengan jenis cefixime sebesar 76,52%, golongan penisilin 6,98% dengan jenis Amoxyllin+Asam Clavulanat sebesar 61,11%, golongan makrolida 35,66% dengan jenis azithromisin sebesar 75%, golongan quinolon 6,98% dengan jenis levofloxacin 88,89%. Golongan dan jenis terapi obat suportif yaitu golongan analgetik/antipiretik 54,43% dengan jenis obat paracetamol sebanyak 83,26%, golongan ekspektoran/antitusiv/mukolitik 59,49% dengan jenis obat ambroxol sebesar 50,21%, golongan antihistamin 39,24% dengan jenis obat cetirizine sebesar 89,03%, golongan kortikosteroid 36,20% dengan jenis obat triamcinolone sebesar 63,63%, golongan dekonjestan 56,96% dengan jenis obat pseudoefedrin sebesar 50,22%, dan golongan bronkodilator 42,53% dengan jenis procaterol sebesar 51,19%.

Kata kunci : Gambaran Penggunaan Obat Pasien Rawat Jalan, Infeksi Saluran Pernafasan Akut,

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Infeksi pada saluran pernapasan merupakan penyakit yang umum terjadi pada masyarakat dikarenakan faktor lingkungan dan cuaca. Infeksi saluran pernapasan berdasarkan wilayah infeksiya terbagi menjadi infeksi saluran pernapasan atas dan infeksi saluran pernapasan bawah. Infeksi Saluran

Pernapasan Atas meliputi faringitis, sinusitis, otitis media. Sedangkan saluran pernapasan bawah meliputi infeksi pada bronkus, alveoli seperti bronchitis, bronchiolitis, pneumonia. Infeksi saluran nafas atas yang paling banyak terjadi serta perlunya penanganan dengan baik karena dampak komplikasinya yang membahayakan adalah otitis media, sinusitis, dan faringitis.

Menurut WHO tahun 2007, hampir 4 juta orang meninggal akibat infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) setiap tahun yaitu terbesar 98% yang disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan bagian bawah.

Menurut hasil riset kesehatan dasar tahun 2018, berdasarkan diagnosis/gejala Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebesar 9,3%. Lima provinsi dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur, Papua, Banten, Bengkulu, Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Jawa Barat.

Infeksi saluran pernapasan atas dikenal terhadap berbagai jenis patogen yang dapat masuk dan tumbuh pada berbagai area tubuh. Patogen dapat bersarang dalam hidung, faring (terutama tonsil), laring, atau trachea dan dapat berproliferasi jika daya tahan tubuh hospes rendah. Secara klinis infeksi saluran pernapasan atas sering ditemukan sebagai common cold (salesma). Kondisi ini ditandai oleh inflamasi akut yang menyerang baik hidung, sinus paranasal, tenggorokan, atau laring. Infeksi saluran pernapasan atas mempunyai kecenderungan meluas hingga trachea dan bronchi dan pada sejumlah kecil klien, kondisi dapat diperburuk oleh pneumonia. Pada anak-anak infeksi sering meluas ke dalam telinga tengah sehingga menyebabkan otitis media.

Infeksi saluran pernapasan atas yang disebabkan oleh bakteri seperti influenza yang ditandai oleh inflamasi akut nasofaring, trachea, dan bronkhioles yang mengarah pada nekrosis jaringan. Sedangkan infeksi saluran pernapasan atas yang disebabkan oleh virus adalah penyakit yang bersifat self-limited yang dapat sembuh secara spontan tanpa pengobatan spesifik. Namun demikian infeksi saluran pernapasan atas dapat mempredisposisi pasien terhadap superinfeksi bakteri. Bakteri ini dapat menyebar ke dalam struktur anatomi yang berdekatan dan menyebabkan sinusitis bakterialis, otitis media atau bronchitis mukopurulen. Maka pengobatan infeksi saluran pernapasan atas yang disebabkan oleh bakteri diobati dengan terapi antibiotik dan terapi suportif (terapi pendukung atau penunjang).

Berdasarkan hasil penelitian pada tahun 2019 penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) untuk terapi antibiotik yang diresepkan oleh dokter amoxyllin, cefadroxyl dan ciprofloxacin. Sedangkan untuk terapi suportif yang digunakan adalah glyceringuaiakolas, salbutamol, paracetamol, chlorpeniramine maleat, dexamethasone, prednisone, Vitamin B Komplek, Vitamin B1, Vitamin C, Vitamin B12, Vitamin B6, dan lactacur syr.

Rekapitulasi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, dapat diketahui bahwa penyakit infeksi saluran pernapasan akut termasuk dalam sepuluh besar dan masuk urutan ke-6 penyakit terbanyak. Pasien dengan diagnosa Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) selama bulan Oktober-Desember 2020 di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata berjumlah 395 orang baik pasien umum, asuransi maupun BPJS. Terjadinya kekosongan obat berkisar 110 resep di bulan oktober-november 2020 dikarenakan stok obat yang kehabisan dan pasien dibuatkan copy resep. Hal tersebut mengakibatkan kebutuhan obat pasien tidak terpenuhi, sehingga pasien harus mencari obat tersebut di tempat lain. Melihat kasus tersebut, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Gambaran Penggunaan Obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata periode April-Juni 2021.

B. PERUMUSAN MASALAH

Bagaimana gambaran penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata periode April-Juni 2021.

C. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata periode April–Juni 2021.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat bagi Peneliti

Manfaat bagi penulis menambah pengetahuan dan pengalaman tentang penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata.

2. Manfaat bagi Institusi

Manfaat bagi akademik sebagai referensi bacaan bagi mahasiswa jurusan farmasi mengenai ilmu kesehatan khususnya tentang penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

3. Manfaat bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan informasi dalam perencanaan dan pengadaan obat Infeksi Saluran Pernapasan akut di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KAJIAN PUSTAKA

1. GAMBARAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) didefinisikan sebagai penyakit saluran pernapasan akut yang disebabkan oleh agen infeksius yang ditularkan dari manusia ke manusia. Penyakit ini diawali dengan demam, batuk, dan sering juga nyeri tenggorok, coryza (pilek), sesak napas, mengi, atau kesulitan bernapas. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah penyakit saluran pernapasan atas atau bawah, biasanya menular, yang dapat menimbulkan berbagai spektrum penyakit yang berkisar dari penyakit tanpa gejala atau infeksi ringan sampai penyakit yang parah dan mematikan, tergantung pada patogen penyebabnya, faktor lingkungan, dan faktor pejamu.

Infeksi Saluran Pernapasan Atas meliputi Faringitis, Sinusitis, Otitis Media. Sedangkan Infeksi Saluran Pernapasan Bawah meliputi Bronkhitis dan Pneumonia.

a. Faringitis

Faringitis adalah peradangan yang terjadi pada faring. Faringitis akut merupakan peradangan tenggorokan yang paling sering terjadi. Faringitis akut berat sering disebut sebagai strep throat, karena pada umumnya disebabkan oleh streptococcus.

b. Sinusitis

Sinusitis adalah peradangan pada membran mukosa sinus. Sinusitis disebabkan oleh bakteri streptococcus pneumoniae, Hemophilus influenza, Moraxella catarrhalis, Sinusitis merupakan penyakit yang sering terjadi meskipun kejadiannya mulai berkurang dengan adanya antibiotik.

c. Otitis Media

Otitis media merupakan inflamasi pada telinga bagian tengah. Infeksi ini banyak menjadi problem pada bayi dan anak-anak. Otitis media mempunyai puncak insiden pada anak usia 6 tahun sampai 3 tahun dan diduga penyebabnya adalah obstruksi tuba Eustachius dan sebab sekunder yaitu menurunnya imunokompetensi pada anak. Disfungsi tuba Eustachius berkaitan dengan adanya infeksi saluran nafas atas dan alergi.

d. Bronkhitis

Bronkhitis adalah kondisi peradangan pada daerah trakheobronkhial. Peradangan tidak meluas sampai alveoli. Bronkhitis seringkali diklasifikasikan sebagai akut dan kronik. Bronkhitis akut mungkin terjadi pada semua usia, namun bronkhitis kronik umumnya hanya dijumpai pada dewasa. Pada bayi penyakit ini dikenal dengan nama bronkhiolitis.

e. Pneumonia

Pneumonia merupakan infeksi di ujung bronkiol dan alveoli yang dapat disebabkan oleh berbagai patogen seperti bakteri, jamur, virus dan parasit. Pneumonia menjadi penyebab kematian tertinggi pada balita dan bayi serta menjadi penyebab penyakit umum terbanyak.

2. PENGGUNAAN TERAPI ANTIBIOTIK UNTUK JENIS INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

a. Faringitis dengan Antibiotika

Terapi antibiotika ditujukan untuk faringitis yang disebabkan oleh Streptococcus Grup A, sehingga penting sekali untuk dipastikan penyebab faringitis sebelum terapi dimulai. Terapi dengan antibiotika dapat dimulai lebih dahulu bila disertai kecurigaan yang tinggi terhadap bakteri sebagai penyebab, sambil menunggu hasil pemeriksaan kultur. Terapi dini dengan antibiotika menyebabkan resolusi dari tanda dan gejala yang cepat.

b. Sinusitis dengan Antibiotika

Membebaskan obstruksi, mengurangi viskositas sekret, dan mengeradikasi kuman. Terapi pokok meliputi pemberian antibiotika dengan lama terapi 10-14 hari, kecuali bila menggunakan azitromisin.

c. Otitis Media dengan Antibiotika

Terapi otitis media akut meliputi pemberian antibiotika oral dan tetes bila disertai pengeluaran sekret. Lama terapi adalah 5 hari bagi pasien risiko rendah (yaitu usia $\geq$ 2 th serta tidak memiliki riwayat otitis ulangan ataupun otitis kronik) dan 10 hari bagi pasien risiko tinggi.

d. Terapi Suportif

1) Analgetik/Antipiretik

Obat ini seringkali digunakan untuk mengurangi gejala letargi, malaise, demam terkait infeksi pernapasan.

2) Antihistamin

Ada dua kelompok antihistamin yaitu: generasi pertama yang terdiri dari chlorpheniramine, diphenhydramine, hydroxyzine dan generasi kedua yang terdiri dari astemizole, cetirizine, loratadine, terfenadine, acrivastine. Antihistamin bekerja dengan menghambat pelepasan mediator inflamasi seperti histamine serta memblokir migrasi sel. Sedasi yang ditimbulkan oleh generasi pertama disebabkan oleh blokade neuron histaminergik sentral yang mengontrol kantuk.

3) . Kortikosteroid

Kortikosteroid digunakan untuk mengurangi oedema subglottis dengan cara menekan proses inflamasi lokal. Kortikosteroid mengatur mekanisme humoral maupun seluler dari respon inflamasi dengan cara menghambat aktivasi dan infiltrasi eosinofil, basofil dan mast cell ke tempat inflamasi serta mengurangi produksi dan pelepasan faktor-faktor inflamasi (prostaglandin, leukotrien). Selain itu kortikosteroid juga bersifat sebagai vasokonstriktor kuat.

4) Dekongestan

Dekongestan nasal digunakan sebagai terapi simptomatik pada beberapa kasus infeksi saluran nafas karena efeknya terhadap nasal yang meradang, sinus serta mukosa tuba eustachius. Ada beberapa agen yang digunakan untuk tujuan tersebut yang memiliki stimulasi terhadap kardiovaskuler serta SSP minimal yaitu: pseudoefedrin, fenilpropanolamin yang digunakan secara oral serta oxymetazolin, fenilefrin, xylometazolin yang digunakan secara topikal.

5) . Bronkhodilator

Penggunaan klinik bronkhodilator pada infeksi pernapasan bawah adalah pada kasus bronkhitis kronik yang disertai obstruksi pernapasan. Agen yang dapat dipilih adalah:

a) β -Adrenoceptor Agonist

β -Adrenoceptor Agonist memberikan onset kerja 10 menit serta lama kerja bervariasi dari 3-6 jam, dan >12 jam untuk agen yang long acting seperti bambuterol, salmeterol, formoterol. β -Adrenoceptor Agonist diberikan secara inhalasi baik dalam bentuk uap maupun serbuk kering. Dari dosis yang disemprotkan hanya 10% saja yang terdeposit di sepanjang bronchi hingga paru. Teknik penyemprotan yang salah sangat berpengaruh terhadap jumlah obat yang akan terdeposit. Upaya untuk meningkatkan kadar obat yang mencapai paru adalah dengan memilih bentuk sediaan serbuk yang disemprotkan yang dapat mencapai 30% terdeposit di saluran bronkus-paru. β -Adrenoceptor Agonist yang memiliki aksi intermediate

seperti Fenoterol, Salbutamol, Terbutaline terdapat pula dalam bentuk larutan yang akan diuapkan dengan bantuan nebuliser.

b) . Metilxantine

Derivat metilxantine meliputi teofilin dan derivatnya seperti aminofilin. Derivat metilxantin bekerja dengan menghambat enzim fosfodiesterase intrasel yang akan memecah cyclic-AMP (yang diasumsikan berguna untuk bronkhodilatasi).

c) . Mukolitik

Mukolitik merupakan obat yang dipakai untuk mengencerkan mukus yang kental, sehingga mudah diekspektorasi. Perannya sebagai terapi tambahan pada bronkhitis, pneumonia. Pada bronchitis kronik terapi dengan mukolitik hanya berdampak kecil terhadap reduksi dari eksaserbasi akut, namun berdampak reduksi yang signifikan terhadap jumlah hari sakit pasien. Agen yang banyak dipakai adalah Acetylcystein yang dapat diberikan melalui nebulisasi maupun oral. Mekanisme kerja adalah dengan cara membuka ikatan gugus sulfidril pada mucoprotein sehingga menurunkan viskositas mukus.

3. TERAPI INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

a. Terapi dengan Antibiotik

1) Penicilin

Penicilin merupakan derivat β -laktam tertua yang memiliki aksi bakterisidal dengan mekanisme kerja menghambat sintesis dinding sel bakteri. Masalah resistensi akibat penicillinase mendorong lahirnya terobosan dengan ditemukannya derivat penicilin seperti methicilin, fenoksimetil penicilin yang dapat diberikan oral, karboksipenicilin yang memiliki aksi terhadap *Pseudomonas* sp. Namun hanya Fenoksimetilpenicilin yang dijumpai di Indonesia yang lebih dikenal dengan nama Penicilin V. Spektrum aktivitas dari fenoksimetilpenicilin meliputi terhadap *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* serta aksi yang kurang kuat terhadap *Enterococcus faecalis*. Aktivitas terhadap bakteri Gram negatif sama sekali tidak dimiliki. Terobosan lain terhadap penicilin adalah dengan lahirnya derivat penicillin yang berspektrum luas seperti golongan aminopenicilin (amoksisilin) yang mencakup *E. Coli*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria gonorrhoeae*. Penambahan gugus β -laktamase inhibitor seperti klavulanat memperluas cakupan hingga *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides catarrhalis*. Sehingga saat ini amoksisilin-klavulanat merupakan alternative bagi pasien yang tidak dapat mentoleransi alternatif lain setelah resisten dengan Amoksisilin.

2) .Cefalosforin

Cefalosforin merupakan derivat β -laktam yang memiliki spektrum aktivitas bervariasi tergantung generasinya. Cefotaksim pada generasi tiga memiliki aktivitas yang paling luas di antara generasinya yaitu mencakup pula *Pseudomonas aeruginosa*, *B. Fragilis* meskipun lemah. Cefalosporin yang memiliki aktivitas yang kuat terhadap *Pseudomonas aeruginosa* adalah ceftazidime setara dengan cephalosporin generasi keempat, namun aksinya terhadap bakteri Gram positif lemah, sehingga sebaiknya agen ini disimpan untuk mengatasi infeksi nosokomial yang melibatkan *pseudomonas*. Spektrum aktivitas generasi keempat sangat kuat terhadap bakteri Gram positif maupun negatif, bahkan terhadap *Pseudomonas aeruginosa* sekalipun, namun tidak terhadap *B. fragilis*. Mekanisme kerja golongan cefalosporin sama seperti β -laktam lain yaitu berikatan dengan Penicilin Protein Binding (PBP) yang terletak di dalam maupun permukaan membran sel sehingga dinding sel bakteri tidak terbentuk yang berdampak pada kematian bakteri.

3) . Makrolida

Eritromisina merupakan prototipe golongan ini sejak ditemukan pertama kali tahun 1952. Komponen lain golongan makrolida merupakan derivat sintetik dari eritromisin yang struktur tambahannya bervariasi antara 14-16 cincin lakton. Derivat makrolida tersebut terdiri dari spiramycin, midekamisin, roksitromisin, azitromisin dan klaritromisin. Aktivitas antimikroba golongan makrolida secara umum meliputi Gram positif coccus seperti *Staphylococcus aureus*, koagulase-negatif staphylococci, streptococci β -hemolitik dan *Streptococcus* spp. lain, enterococci, *H. Influenzae*, *Neisseria* spp, *Bordetella* spp, *Corynebacterium* spp, *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Rickettsia* dan *Legionella* spp. Azitromisin memiliki aktivitas yang lebih poten terhadap Gram negatif, volume distribusi yang lebih luas serta waktu paruh yang lebih panjang. Klaritromisin memiliki fitur farmakokinetika yang meningkat (waktu paruh plasma lebih panjang, penetrasi ke jaringan lebih besar) serta peningkatan aktivitas terhadap *H. Influenzae*, *Legionella pneumophila*. Sedangkan roksitromisin memiliki aktivitas setara dengan eritromisin, namun profil farmakokinetiknya mengalami peningkatan sehingga lebih dipilih untuk infeksi saluran pernapasan. Hampir semua komponen baru golongan makrolida memiliki tolerabilitas, profil keamanan lebih baik dibandingkan dengan eritromisin. Lebih jauh lagi derivat baru tersebut bisa diberikan satu atau dua kali sehari, sehingga dapat meningkatkan kepatuhan pasien.

4) . Tetrasiklin

Tetrasiklin merupakan agen antimikrobia hasil biosintesis yang memiliki spektrum aktivitas luas. Mekanisme kerjanya yaitu blokade terikatnya asam amino ke ribosom bakteri (sub unit 30S). Aksi yang ditimbulkannya adalah bakteristatik yang luas terhadap gram positif, gram negatif, *chlamydia*, *mycoplasma*, bahkan *rickettsia*. Generasi pertama meliputi tetrasiklin, oksitetrasiklin, klortetrasiklin. Generasi kedua merupakan penyempurnaan dari sebelumnya yaitu terdiri dari doksisisiklin, minosiklin. Generasi kedua memiliki karakteristik farmakokinetik yang lebih baik yaitu antara lain memiliki volume distribusi yang lebih luas karena profil lipofiliknya. Selain itu bioavailabilitas lebih besar, demikian pula waktu paruh eliminasi lebih panjang (> 15 jam). Doksisisiklin dan minosiklin tetap aktif terhadap stafilokokus yang resisten terhadap tetrasiklin, bahkan terhadap bakteri anaerob seperti *Acinetobacter* spp, *Enterococcus* yang resisten terhadap Vankomisin sekalipun tetap efektif.

5) . Quinolon

Golongan quinolon Golongan quinolon merupakan antimikrobia oral memberikan pengaruh yang dramatis dalam terapi infeksi. Dari prototipe awal yaitu asam nalidiksik berkembang menjadi asam pipemidat, asam oksolinat, cinoksacin, norfloksacin. Generasi

awal mempunyai peran dalam terapi gram-negatif infeksi saluran kencing. Generasi berikutnya yaitu generasi kedua terdiri dari pefloksasin, enoksasin, ciprofloksasin, sparfloksasin, lomefloksasin, fleroksasin dengan spektrum aktivitas yang lebih luas untuk terapi infeksi community-acquired maupun infeksi nosokomial. Lebih jauh lagi ciprofloksasin, ofloksasin, pefloksasin tersedia sebagai preparat parenteral yang memungkinkan penggunaannya secara luas baik tunggal maupun kombinasi dengan agen lain. Mekanisme kerja golongan quinolon secara umum adalah dengan menghambat DNA-gyrase. Aktivitas antimikroba secara umum meliputi, Enterobacteriaceae, *P. aeruginosa*, *staphylococci*, enterococci, streptococci. Aktivitas terhadap bakteri anaerob pada generasi kedua tidak dimiliki. Demikian pula dengan generasi ketiga quinolon seperti levofloksasin, gatifloksasin, moksifloksasin.

6). Sulfonamida

Sulfonamida merupakan salah satu antimikroba tertua yang masih digunakan. Preparat sulfonamida yang paling banyak digunakan adalah Sulfametoksazol yang dikombinasikan dengan trimetoprim yang lebih dikenal dengan nama Kotrimoksazol. Mekanisme kerja sulfametoksazol adalah dengan menghambat sintesis asam folat, sedangkan trimetoprim menghambat reduksi asam dihydrofolat menjadi tetrahydrofolat sehingga menghambat enzim pada alur sintesis asam folat. Kombinasi yang bersifat sinergis ini menyebabkan pemakaian yang luas pada terapi infeksi community-acquired seperti sinusitis, otitis media akut, infeksi saluran kencing. Aktivitas antimikroba yang dimiliki kotrimoksazol meliputi kuman gram negatif seperti *e.coli*, *klebsiella*, *enterobacter sp*, *M. morganii*, *P. mirabilis*, *P.vulgaris*, *H.Influenza*, *salmonella* serta gram-positif seperti *S.Pneumoniae*, *Pneumocystis carinii*, serta parasit seperti *Nocardia sp*.

4. DEFINISI INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

Menurut Kemenkes RI (2003), ISPA merupakan infeksi akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih saluran nafas mulai dari hidung sampai alveoli termasuk adneksannya yaitu sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA merupakan suatu penyakit infeksi yang sering terjadi pada anak dengan insidensi 29% pertahun di negara berkembang dan 5% pertahun dinegara maju. Di negara berkembang seperti indonesia ISPA merupakan salah satu penyebab kematian yang cukup tinggi pada bayi dan balita yaitu satu dari empat kematian yang terjadi. Hal tersebut bisa dilihat dari tingginya kunjungan pasien di puskesmas 40-60% dan rumah sakit 15-30% disebabkan karena ISPA (Kemenkes RI, 2011)

5. DEFINISI PASIEN

Pasien atau pesakit adalah seseorang yang menerima perawatan medis. Kata pasien dari bahasa Indonesia analog dengan kata patient dari bahasa Inggris. Patient diturunkan dari bahasa Latin yaitu *patiens* yang memiliki kesamaan arti dengan kata kerja *pati* yang artinya "menderita". Sedangkan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pasien adalah orang sakit (yang dirawat dokter), penderita (sakit). Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter. Pasien adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dalam keadaan sakit maupun sehat.

Menurut Tjiptono dan Diana (2001:100) secara tradisional pasien diartikan sebagai pelanggan, yaitu orang yang membeli, menggunakan ataupun memanfaatkan suatu produk atau jasa. Istilah dalam perusahaan yang bergerak dibidang jasa, pelanggan adalah orang yang menggunakan jasa pelayanan.

6. DEFINISI RUMAH SAKIT

Rumah Sakit adalah Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit mendefinisikan Rumah Sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, sertamempunyai fungsi sosial.

Definisi lain menyebutkan rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi Rumah Sakit dan Perizinan Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit, sedangkan rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ atau jenis penyakit.

B. KERANGKA PEMIKIRAN

Tabel Kerangka Pemikiran

Variabel
Penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

C. HIPOTESIS PEMIKIRAN

Untuk mengetahui gambaran obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata periode April–Juni 2021.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif yang bertujuan untuk memberikan gambaran tentang penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan dengan diagnosa utama Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata pada periode April-Juni 2021.

B. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel III.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Penggunaan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	Penggunaan obat untuk Infeksi Saluran Pernapasan Akut yang meliputi: 1. Terapi Antibiotik a) Golongan Penisilin b) Golongan Cepalosporin c) Golongan Makrolida d) Golongan Quinolon 2. Terapi Supportif a) Analgetik/Antipiretik b) Antihistamin c) Kortikosteroid d) Dekongestan Bronkodilator	Lembar Rekam Medik dan Lembar resep	Data penggunaan obat dalam persentase	Rasio

C. JENIS PENELITIAN

Penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan jenis penelitian prospektif yaitu berupa pengambilan data penggunaan obat infeksi saluran pernapasan akut pada pasien rawat jalan dengan diagnosa utama infeksi saluran pernapasan akut di Rumah sakit Hermina Grand Wisata berdasarkan rekam medik.

D. PROSEDUR PENELITIAN

1. Perizinan

Mengajukan surat permohonan penelitian kepada instansi di lokasi penelitian untuk pengambilan data di RS Hermina Grand Wisata.

2. Pengumpulan data

- a. Melakukan survei pendahuluan untuk mengetahui 10 penyakit terbanyak di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata dengan hasil Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) memasuki urutan ke-6 dari penyakit terbanyak.
- b. Mengumpulkan seluruh lembar resep pada pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Periode April-Juni 2021.
- c. Memisahkan obat-obat infeksi saluran pernapasan yang terdapat pada pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Hermina Grand Wisata
- d. Memastikan resep obat infeksi saluran pernapasan akut benar-benar didiagnosa infeksi saluran pernapasan akut dengan melihat rekam medik pasien.

3. Pengolahan data

- a. Mencatat obat-obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang terdapat dalam rekam medik
- b. Membuat tabel dari data yang diperoleh.
- c. Melakukan perhitungan jumlah dan presentase.

4. Pembahasan dan penyajian data

- a. Menyajikan data dalam bentuk tabel dan diagram.
- b. Membahas hasil penelitian dan menyimpulkan data

E. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi yang diambil pada penelitian ini adalah seluruh resep pasien rawat jalan yang menderita Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata mulai bulan April-Juni 2021.

2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *total sampling* dimana jumlah sampel dalam penelitian ini sama dengan jumlah populasi.

3. Kriteria inklusi

Pasien rawat jalan dengan diagnosa Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dengan diagnosa komplikasinya berdasarkan rekam medik periode April-Juni 2021.

F. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Teknik pengumpulan data yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah resep di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata pada bulan April-Juni 2021. Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh secara langsung dari rekam medik pasien yang menderita penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata yaitu obat-obat yang digunakan pada pasien penderita penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

G. RANCANGAN ANALISIS DATA

Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis univariat. Data yang digunakan adalah data observasi berupa data rekam medik, kemudian dianalisis dengan menggunakan *software Microsoft Excel*, yaitu analisis presentase dan hasilnya akan dibuat tabel dan grafik berdasarkan pengelompokan obat, jenis obat dan golongan obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. PENGUMPULAN DATA

Berdasarkan pengumpulan data pasien Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Kecamatan Lambang Sari-Bekasi berdasarkan rekam medik periode April-Juni 2021 dipilih berdasarkan kriteria inklusi maka didapat 395 sampel yang dapat diteliti dan diperoleh gambaran penggunaan obat Infeksi saluran pernapasan akut.

B. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebanyak 400 kejadian. Adapun karakteristik pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dapat dilihat pada Tabel IV.1 berikut:

Tabel IV.1 Karakteristik Pasien rawat jalan penderita ISPA RS Hermina Grandwisata pada periode April-Juni 2021

No	Karakteristik	Frekuensi (Orang)
1	Jenis Kelamin a. Laki-laki b. Perempuan jumlah	206 189 395
2	Umur a. Masa Balita: (0-5 Tahun) b. Masa Kanak-kanak: (6-11 tahun) c. Masa Remaja: (12-25 tahun) d. Masa Dewasa: (26-45 tahun) e. Lansia: (46-65 tahun) f. Masa Manula: 66 sampai atas (>66 tahun) Jumlah	213 57 28 70 24 3 395
3	Kartu Pasien a. Asuransi b. Umum c. BPJS Jumlah	215 131 49 395
4	Pekerjaan a. Ikut Orang Tua (IOT) b. Pegawai c. Ibu Rumah Tangga (IRT) d. Wirausaha Jumlah	291 62 37 5 395

No	Karakteristik	Frekuensi (Orang)
5	Diagnosa	
	a. ISPA	330
	b. ISPA + Vomitus	5
	c. ISPA + Dermatitis	11
	d. ISPA + Gastritis	25
	e. ISPA + Hipertensi	2
	f. ISPA + Diare	12
	g. ISPA + Stomatitis	3
	h. ISPA + Candidiasis	3
	i. ISPA + Anemia	4
	jumlah	395

Berdasarkan Tabel IV.1 tentang karakteristik pasien menurut jenis kelamin pasien dapat digambarkan bahwa dari 395 Kasus Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 206 kasus (52,15%), dengan usia tertinggi balita sebanyak 213 kasus (53,92%). Kemudian dengan pekerjaan tertinggi adalah ikut orangtua sebanyak 291 kasus (73,67%), karna mayoritas usia rata-rata masih balita. Lalu rata-rata pasien menggunakan kartu asuransi sebesar 215 kasus (54,43%) dengan diagnosa terbanyak adalah Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) tanpa diagnosa penyerta sebanyak 330 kasus (83,53%).

2. Terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

a. Terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Berdasarkan Terapi Pengobatan.

Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan golongan dapat dilihat pada Tabel IV.2 berikut.

Tabel IV.2 Gambaran Penggunaan Obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Pada Periode April-Juni 2021 Berdasarkan Golongan Terapi.

Terapi	Yang Mendapatkan Terapi		Yang Tidak Mendapatkan Terapi		Jumlah	Total %
	F	%	F	%		
Terapi Antibiotik	260	65,82%	137	34,68%	395	100%
Terapi Suportif	395	100%	0	100%	395	100%

Berdasarkan Tabel IV.2 dapat diketahui bahwa dari seluruh pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang mendapat Terapi Antibiotik yakni 65,31% (258 kasus) sedangkan yang tidak mendapat Terapi Antibiotik 34,68% (137 kasus), dan pasien yang mendapat terapi suportif yaitu seluruh pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebesar 100% (395 kasus). Distribusi penggunaan obat Infeksi Berdasarkan Tabel IV.2 dapat diketahui bahwa dari seluruh pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang mendapat Terapi Antibiotik yakni 65,31% (258 kasus) sedangkan yang tidak mendapat Terapi Antibiotik 34,68% (137 kasus), dan pasien yang mendapat terapi suportif yaitu seluruh pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebesar 100% (395 kasus). Distribusi penggunaan obat Infeksi.

b. Golongan Antibiotik Yang Digunakan Dalam Terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).

Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan golongan antibiotic dapat dilihat pada Tabel IV.3 berikut.

Tabel IV.3 Distribusi penggunaan obat pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata pada periode April-Juni 2021 berdasarkan golongan terapi antibiotik.

Golongan Terapi Obat Antibiotik	Frekuensi	Presentase (%)
Penisilin	18	6,92%
Sefalosporin	132	50,77%
Makrolida	92	35,39%
Quinolon	18	6,92%
Jumlah	260	100%

Berdasarkan Tabel IV.3 dapat diketahui golongan obat terapi antibiotik yang paling sering diberikan pada penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah antibiotik golongan sefalosporin yakni 51,16% (132 kasus), golongan antibiotik yang kedua yang paling sering diberikan pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata adalah golongan makrolida yakni sebesar 35,66% (92 kasus). Distribusi penggunaan obat pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) .

c. Golongan Obat Suportif yang dalam Terapi Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan golongan terapi suportif dapat dilihat pada Tabel IV.4 berikut.

Tabel IV.4 Gambaran Penggunaan Obat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Grand Wisata pada periode April-Juni 2021 berdasarkan golongan Terapi Suportif.

Golongan Obat Terapi Suportif	Yang Menggunakan		Yang Tidak Menggunakan		Jumlah	Total %
	F	%	F	%		
Analgetik/ Antipiretik	215	54,43%	180	45,57%	395	100%
Ekspektoran/ Antitusiv/ Mukolitik	235	59,49%	160	40,51%	395	100%
Antihistamin	155	39,24%	240	60,76%	395	100%
Kortikosteroid	143	36,20%	252	63,80%	395	100%
Dekongestan	225	56,96%	170	43,04%	395	~
Bronkodilator	168	42,53%	227	57,47%	395	100%

Berdasarkan Tabel IV.4 dapat diketahui golongan obat terapi suportif pertama yang paling sering diberikan pada penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata digunakan pada penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah ekspektoran/antitusiv/mukolitik yakni 59,49% (235 kasus), golongan obatterapi suportif yang kedua adalah Dekongestan yakni 56,96% (225 kasus), dan Analgetik/Antipiretik menempati urutan ketiga yakni sebanyak 54,43% (215 kasus). Terapi Bronkodilator menempati urutan kelima yakni dengan jumlah pasien 42,53% (168 kasus) dan terapi suportif kortikosteroid menempati urutan keenam yang paling sedikit digunakan yakni dengan jumlah pasien 36,20% (143 kasus).

3. Terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Berdasarkan Golongan Antibiotik

a. Golongan sefalosporin

Penggunaan Antibiotik golongan sefalosporin pada pasien ISPA dapat dilihat pada Tabel IV.5 dibawah ini.

Tabel IV.5 Distribusi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Pada Periode April-Juni 2021 Berdasarkan Jenis Antibiotik Golongan Sefalosporin

Nama Obat Antibiotik	Presentase (%)
Cefadroxil	23,48%
Cefixime	76,52%
Jumlah	100%

Berdasarkan Tabel IV.5 dapat diketahui distribusi penggunaan antibiotik pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata berdasarkan jenis golongan antibiotik sefalosporin yang paling banyak digunakan yaitu penggunaan antibiotik Cefixime sebesar 76,52%.

b. Golongan Penisilin.

Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan jenis golongan penisilin dapat dilihat pada Tabel IV.6 di bawah ini.

Tabel IV.6 Distribusi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Pada Periode April-Juni 2021 Berdasarkan Jenis Antibiotik Golongan Penisilin.

Nama Obat Antibiotik	Presentase (%)
Amoxicilin	38,89%
Amoxyllin+Asam Clavulanat	61,11%
Jumlah	100%

Berdasarkan Tabel IV.6 dapat diketahui distribusi penggunaan antibiotik pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata berdasarkan jenis golongan antibiotik penisilin yang paling banyak digunakan yaitu penggunaan Amoxyllin+Asam Clavulanat sebesar 61,11%.

c. Antibiotik Golongan Makrolida.

Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan jenis golongan makrolida dapat dilihat pada Tabel IV.7 di bawah ini.

Tabel IV.7 Distribusi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Pada Periode April-Juni 2021 Berdasarkan Jenis Antibiotik Golongan Makrolida.

Nama Obat Antibiotik	Presentase (%)
Azitromicin	75%
Clarithromicin	16,31%
Erithromisin	6,52%
Clindamisin	2,17%
Jumlah	100%

Berdasarkan Tabel IV.7 dapat diketahui distribusi penggunaan antibiotik pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata berdasarkan jenis golongan antibiotik makrolida yang paling banyak digunakan yaitu antibiotik azithromisin yakni sebesar 75% dan Clarithromicin sebesar 16,31%.

d. Antibiotik Golongan Quinolon

Adapun terapi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) berdasarkan jenis golongan quinolon dapat dilihat pada Tabel IV.8 dibawah ini.

Tabel IV.8 Distribusi Penggunaan Antibiotik Pada Pasien Rawat Jalan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Pada Periode April-Juni 2021 Berdasarkan Jenis Antibiotik Golongan Quinolon.

Nama Obat Antibiotik	Presentase (%)
Levofloxacin	88,89%
Ciprofloxacin	11,11%
Jumlah	100%

Berdasarkan Tabel IV.8 dapat diketahui penggunaan antibiotik pada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata berdasarkan jenis golongan antibiotik quinolon yang paling banyak digunakan yaitu levofloxacin sebesar 88,89%.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Golongan terapi antibiotik yang diberikan kepada pasien rawat jalan penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yakni sebanyak 65,31% dan terapi suportif sebanyak 100%
2. Golongan dan jenis terapi antibiotik yang diberikan kepada pasien rawat jalan penderita infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu golongan sefalosporin sebesar 51,16% dengan jenis cefixim sebesar 76,52% dan cefadroxil sebesar 23,48%, kemudian golongan penisilin sebesar 6,98% dengan jenis Amoxillin sebesar 38,89% dan Amoxillin+asam clavulanat sebesar 61,11%, golongan makrolida sebesar 35,66% dengan jenis azithromycin 75%, clarithromycin sebesar 16,31%, Erithromisin sebesar 6,52% dan clindamisin sebesar 2,17%, dan golongan quinolon yaitu sebesar 6,98% dengan jenis levofloxacin sebanyak 88,89% dan Ciprofloxacin sebanyak 11,11%.

B. SARAN

Kepada peneliti selanjutnya agar meneliti hubungan karakteristik pasien dengan prevalensi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Rumah Sakit Hermina Grand Wisata Kabupaten Bekasi.

***Analisis Medication Error Pada Fase Prescribing,
Transcribing, dan Dispensing Di Poli Rawat Jalan
Primaya Hospital Bekasi Barat Periode Januari - Maret 2021***

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Progam Studi Farmasi

Disusun oleh :

Wika Lestari

18307127



POLITEKNIK PIKSI GANESHA

BANDUNG

2021

ABSTRAK

WIKA LESTARI

NPM: 18307127

Farmasi

Analisis Medication Error Pada Fase Prescribing, Transcribing, dan Dispensing Di Poli Rawat Jalan Primaya Hospital Bekasi Barat Periode Januari - Maret 2021

Tugas akhir: 26 Halaman

Kesalahan pengobatan adalah kejadian yang merugikan pasien, akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat di cegah. *Medication error* ini sering terjadi dirumah sakit yang umumnya terjadi pada pengelolaan dalam penulisan resep (*prescribing*), pembacaan resep (*transcribing*), dan penyiapan obat (*dispensing*). Penelitian ini bertujuan Mengetahui jumlah *Medication Error* yang terjadi pada fase *Prescribing, Transcribing* dan *Dispensing* dalam pelayanan obat di Poli Rawat Jalan Primaya Hospital Bekasi Barat Periode Januari - Maret 2021. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi *medication error* ketiga fase tersebut. Kejadian medication error yang palingbanyak terjadi pada fase *Dispensing* 69,56% , *transcribing* 17,39%, dan *Prescribing* 13.04 %. pada tahap *Transcribing*, yaitu kesalahan pada saat menerjemahkan nama obat, dosis pemberian obat, bentuk sediaan, tanggal permintaan resep. Sehingga dalam tahap *dispensing* juga salah dalam melakukan pelayanan obat yakni pada saat pengambilan obat, menghitung resep racikan dan pada saat pemberian etiket. Pada tahap *Prescribing* kesalahan menerjemahkan nama obat dan dosis pemberian obat. Hal ini terjadi karena salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas, informasi tidak jelas atau penggunaan singkatan tidak tepat. Pada tahap *dispensing* kesalahan terjadi pada saat mengambil obat, salah pasien, salah menghitung dosis racikan, salah pemberian etiket, salah meracik obat dan jumlah obat. Hal ini terjadi karena jumlah staf yang kurang, obat LASA (look-alike sound-alike), kemasan mirip dan system penyimpanan obat LASA (look-alike sound-alike). Kesalahan yang banyak terjadi pada Poli Penyakit Dalam 28,26%, poli Jantung 6,52%, Umum 6,52%, Kandungan 6,52%, Saraf 6,52%, Paru 4,34%, Anak 4,34%, Mata 4,34%, Bedah 4,34%, THT 2,17%, Urologi 2,17%, Orthopedi 2,17%. Kejadian yang paling sering terjadi pada poli Penyakit Dalam karna salah mengambil obat, salah pasien, salah menghitung dosis racikan, salah pemberian etiket, salah meracik obat, salah jumlah obat. Kesalahan yang tertinggi terjadi pada salah mengambil obat dan salah jumlah obat.

Kata kunci : Medication Error, Prescribing, Transcribing dan Dispensing

ABSTRACT

WIKI LESTARI

NPM: 18307127

Pharmaceutical

Analysis of Medication Error in Prescribing , Transcribing and Dispensing in Outpatient Poly Primaya Hospital Bekasi Barat

Periode January-March 2021

Thesis : 26 Pages

Medication Error is patient adverse due to the use of the drug for the treatment of health workers, which could otherwise be prevented. Medication Error are often common in hospital that generally occur in the management of prescribing, transcribing, and dispensing. This study aims to determine the number of medication error that occur in the Prescribing, Transcribing, and Dispensing phases in drug services at the outpatient clinic of Primaya Hospital Bekasi Barat in the January-March 2021 period. The results showed that the medication error occurred in all three phases. The most common medication error occurred in the *Dispensing* 69,56% , *transcribing* 17,39%, dan *Prescribing* 13.04 % . At the Transcribing stage, which is an error in translating the name of the drug, dosage of drug administration, dosage form, date of request for a prescription. So that the dispensing stage is also wrong in carrying out drug services namely when taking drug, calculating prescription concoctions and when giving etiquette. At the Prescribing stage the error translates the drug name and dosage of drug administration. This happens because of misreading recipes because of unclear writing, unclear information or incorrect use of abbreviations. At the dispensing stage, errors occur when taking drugs, wrong patients, wrong calculating dosage concoctions, wrong administration of etiquette, wrong dispensing drugs and the number of drugs. This happens because of a lack of staff, LASA (look-alike sound-alike), similar packaging and LASA (look-alike sound-alike) drug storage system. The most common errors occur in poly internal medicine 28,26%, Heart 6,52%, General 6,52%, Obstetrics 6,52%, Neurology 6,52%, Lung 4,34%, Children Polyclinic 4,34%, Eyes 4,34%, Surgery 4,34%, ENT 2,17%, Urology 2,17%, Orthopedics 2,17% .The most frequent occurrences in Internal Medicine polyclinic were due to taking the wrong medicine, wrong patient, wrongly calculating the dosage of the compound, giving wrong labeling, wrong drug composition, wrong amount of medicine The highest errors occurred in taking the wrong medicine and the wrong amount of medicine.

Keywords : Medication Error, Prescribing, Transcribing and Dispensing.

DAFTAR ISI

LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PENULIS.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. PERUMUSAN MASALAH.....	3
C. TUJUAN PENELITIAN	3
D. MANFAAT PENELITIAN.....	3
1. Bagi Peneliti	3
2. Bagi Akademik.....	4
3. Bagi Rumah Sakit	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. MEDICATION ERROR	5
1. Pengertian medication error	5
2. Jenis-jenis Medication Error	5
3. Penyebab terjadinya Medication Error.....	7
4. Upaya pencegahan medication error	10
B. KESELAMATAN PASIEN	11
1. Pengertian keselamatan pasien.....	11
2. Tujuan keselamatan pasien	12
C. RESEP	12
1. Definisi.....	12
2. Persyaratan Resep	12
1. Skrining resep.....	13
2. Penyiapan obat	13
a) Peracikan	13
b) Etiket.....	14
c) Kemasan obat yang diserahkan.....	14
d) Penyerahan obat.....	14
e) Informasi obat	14
f) Konseling.....	14
g) Monitoring penggunaan obat	14

BAB III.....	16
METODOLOGI PENELITIAN.....	16
A. METODE	16
B. KERANGKA KONSEP	16
C. DEFINISI OPERASIONAL.....	16
D. JENIS PENELITIAN	17
E. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN.....	17
F. ALAT DAN BAHAN	17
G. LANGKAH KERJA.....	18
H. PROSEDUR PENELITIAN.....	18
I. POPULASI DAN SAMPEL	18
1. Populasi	18
2. Sampel.....	18
J. TEKNIK PENGUMPULAN DATA.....	19
K. RANCANGAN ANALISIS DATA	19
BAB IV	20
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	20
1. <i>Medication error</i> pada fase <i>Prescribing</i>	21
2. <i>Medication error</i> pada fase <i>Trancribing</i>	22
3. <i>Medication error</i> pada fase <i>dispensing</i>	22
BAB V.....	25
KESIMPULAN DAN SARAN.....	25
DAFTAR PUSTAKA	26
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	36

DAFTAR TABEL

Tabel III.1.Kerangka Konsep	15
Tabel III.2.Definisi Operasional	15
Tabel IV.1 Data rata-rata <i>medication error</i>	20
Tabel IV.2 Hasil Penelitian <i>Medication Error</i> pada Fase <i>Prescribing</i> , <i>Trancribing</i> , dan <i>Dispensing</i> di Poli Rawat	22

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sampai saat ini *medication error* tetap menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang banyak menimbulkan berbagai dampak bagi pasien mulai dari resiko ringan bahkan resiko yang paling parah yaitu menyebabkan suatu kematian.(1) Kesalahan pengobatan dapat terjadi dalam tiap proses pengobatan, baik dalam proses peresepan (*prescribing*), pembacaan resep (*transcribing*), penyiapan hingga penyerahan obat (*dispensing*), maupun dalam proses penggunaan obat (*administering*). Kesalahan dalam peresepan (*prescribing*) dan pemberian obat (*dispensing*) merupakan dua hal yang sering terjadi dalam kesalahan pengobatan.(2)

Insiden *medication error* yang dilaporkan di RSUD Anwar Makkatutu Bantaeng yaitu sebanyak 18 kasus (0,038 % dari total 46.660 lembar resep yang dilayani) pada tahun 2010 dan 16 (0,031 % dari total 51.513 lembarresep yang dilayani) kasus pada tahun 2011, kejadian ini antara lain disebabkan karena pemberian obat yang salah, dosis yang tidak rasional, kesalahan rute pemakaian, adanya kegagalan komunikasi/salah interpretasiantara *prescriber* dengan *dispenser* dalam "mengartikan resep" yang disebabkan oleh tulisan tangan *prescriber* yang tidak jelas terutama bila ada nama obat yang hampir sama serta keduanya mempunyai rute pemberian obat yang sama pula, dan penulisan aturan pakai yang tidak lengkap. Tahun 2012 angka kejadian *medication error* di RSUD Prof Dr. H.M. Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng mengalami peningkatan menjadi 21 kasus (0,027 % dari total 77.571 lembar resep yang dilayani).(3)

Di Indonesia, angka kejadian *medication error* belum terdata secara akurat dan sistematis, tetapi angka kejadian *medication error* sangat sering kita jumpai di 3 berbagai institusi pelayanan kesehatan di Indonesia.

Angka kejadian akibat kesalahan dalam permintaan obat resep juga bervariasi, yaitu antara 0,03-16,9%. Dalam salah satu penelitian menyebutkan terdapat 11% *medication error* di rumah sakit berkaitan dengan kesalahan saat menyerahkan obat ke pasien dalam bentuk dosis atau obat yang keliru.(4)

Hasil penelitian kajian penulisan resep di kota Madya Yogyakarta Menunjukan bahwa resep yang memenuhi persyaratan yang berlaku adalah 39,8%. Ketidak lengkapan tersebut disebabkan antara lain karena tidak adanya paraf, nomor ijin praktek Dokter, tanggal resep. Tulisan tangan Dokter yang kurang dapat dibaca sangat menyulitkan sehingga berpotensi menimbulkan kesalahan interpretasi terutama pada nama obat, dosis, aturan pakai, dan cara pemberian, yang selanjutnya dapat menyebabkan kesalahan pengobatan.(5)

Dalam penelitian Sekhar dkk di India 2011 penelitian ini merupakan prospektif yang melibatkan resep rawat inap dari periode Desember 2007 hingga September 2008. Resep dari pasien dirawat di bangsal umum dilibatkan dalam penelitian ini. Kesalahan yang di laporkan oleh perawat, yang didokumentasikan oleh Apoteker dalam bentuk laporan kesalahan Dispensing. Semua kesalahan didokumentasikan di kumpulkan, dianalisis dan di kategorikan ke dalam berbagai jenis. Frekuensi terjadinya berbagai jenis kesalahan pengeluaran dihitung. Insiden kesalahan dispensing ditemukan menjadi 4,8% dan jenis yang paling sering ditemukan adalah dispensing obat yang salah (43,1%).(1)

Pada *medication error* untuk fase *prescribing* potensi kesalahan yaitu: tulisan resep yang tidak dapat terbaca 0,3%, nama obat yang disingkat 12%, tidak ada dosis pemberian 39%, tidak ada jumlah pemberian 18%, tidak menuliskan satuan dosis 59%, tidak ada aturan pakai 34%, tidak ada rute pemberian 49%, tidak ada bentuk sediaan 84%, tidak ada tanggal permintaan resep 16%, tidak lengkapnya identitas pasien (tidak ada nomor rekam medik yang tertulis 62%, tinggi badan 88%, jenis kelamin pasien 76%, usia 87%, dan berat badan 88%).(6).Jenis *Medication Error* yang terjadi di Primaya Hospital Bekasi Barat adalah kesalahan dalam *Transcribing error* misalnya Sanmol drop, tetapi yang diinput adalah Sanmol Syrup

Jenis *dispensing error* adalah kesalahan pelabelan pada etiket. Misalnya obat untuk pasien Tasya diberikan kepada pasien Dona dan jenis *Dispensing Error* pada kesalahan peracikan misalnya pasien Rafka mendapatkan obat racikan pasien Gabriel. Kesalahan ini dapat mengakibatkan terjadinya *Medication Error*

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Berpotensi terjadinya *medication error* pada fase *Prescribing*, *Transcribing* dan *Dispensing* di rumah sakit Primaya Hospital Bekasi Barat.

B. PERUMUSAN MASALAH

Medication error memiliki potensi yang membahayakan bagi keselamatan pasien. Salah satu kesalahan yang dimaksud adalah kesalahan dalam proses peresepan (*prescribing*), pembacaan resep (*transcribing*), dan penyiapan obat (*dispensing*). Sehingga dilakukan penelitian ketiga fase tersebut.

C. TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui jumlah *Medication Error* yang terjadi pada fase *Prescribing*, *Transcribing* dan *Dispensing* dalam pelayanan obat di Primaya Hospital Bekasi Barat periode Januari - Maret 2021

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Peneliti

Hasil Penelitian ini akan menambah ilmu pengetahuan bagi peneliti dan akan menjadi bekal nantinya ketika memasuki dunia kerja.

2. Bagi Akademik

Dapat digunakan sebagai referensi bacaan di perpustakaan Farmasi Politeknik Piksi Ganesha mengenai Analisis *Medication Error* fase *Prescribing*, *Transcribing* dan *Dispensing*.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil Penelitian ini dapat di gunakan sebagai informasi atau bahan masukan untuk memperbaiki *medication error* khususnya fase *Prescribing*, *Transcribing* dan *Dispensing* yang terjadi di Primaya Hospital Bekasi Barat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A.MEDICATION ERROR

Medication error merupakan salah satu permasalahan yang masih sering terjadi pada pasien. Dan secara umum *medication error* adalah suatu kesalahan dalam pengobatan yang dapat terjadi pada saat peresepan, pemberian dan administrasi obat yang salah yang dapat menyebabkan suatu konsekuensi terhadap pasien baik resiko ringan ataupun berat. Setiap tenaga kesehatan memiliki potensi tindakan kesalahan dalam keselamatan pasien.(7)

1. Pengertian medication error

Medication error merupakan kesalahan yang terjadi dalam pemberian pelayanan pengobatan terhadap pasien yang menyebabkan terjadinya kegagalan dalam pengobatan sehingga dapat memiliki potensi membahayakan keselamatan pasien dalam perawatan.(8) Dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 tahun 2014 menyebutkan bahwa *medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien, akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan yang sebetulnya dapat dicegah. Kesalahan dapat terjadi setiap fase mulai dari peresepan (Dokter), *dispensing* (Apoteker atau staf *dispensing*), *administration* (perawat atau pasien).(2)

2. Jenis-jenis Medication Error

a) Medication Error pada Prescribing

Kesalahan meresepkan dan kesalahan resep merupakan masalah utama di antara kesalahan pengobatan. *Prescribing* terjadi baik di rumah sakit umum maupun di rumah sakit khusus, meskipun kesalahan jarang terjadi hingga fatal namun dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas kesehatan.(1)

Penggunaan singkatan istilah dan satuan ukuran sering terdapat dalam resep dan order obat. Beberapa istilah diambil dari bahasa latin karena sejarah penggunaannya dalam obat-obatan dan farmasi, sementara istilah lain berkembang melalui penyingkatan penulisan oleh pembuat resep. Sayangnya, kesalahan pengobatan dapat terjadi akibat kesalahan pemakaian, kesalahan penafsiran, penulisan singkatan yang tidak terbaca, sebab penggunaan singkatan khusus atau buatan.(9)

Kesalahan pengobatan dapat di hindari melalui penggunaan singkatan, berhati-hati dalam menulis angka desimal, dan penulisan angka nol diawal dan di akhir secara tepat. Kesalahan resep mencakup segala hal yang terkait dengan tindakan menulis resep, sedangkan kesalahan peresepan meliputi peresepan irrasional, peresepan obat yang berlebih, peresepan obat yang kurang dan peresepan yang tidak efektif, yang timbul dari penilaian medis atau keputusan mengenai perawatan atau pengobatan dan pemantauan yang keliru.(1)

Apoteker hanya mencatat kesalahan resep dengan dampak klinis potensial atau yang terlihat dirumah sakit. Untuk kesalahan peresepan administrasi misalnya, tempat peresepan itu tidak sempurna tapi pada dasarnya tidak berarti dengan perawatan yang berkaitan pasien, seperti kesalahan ejaan atau kegagalan untuk menunjukkan rute tempat pemberian ini tidak dicatat. Tempat resiko potensial klinis itu diidentifikasi, diklasifikasikan kedalam kategori berpotensi serius, sangat serius, hanya signifikansi klinis relative kecil.(9)

b) Medication Error pada Transcribing

Transcribing error adalah kesalahan terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses *dispensing*, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas, informasi tidak jelas atau penggunaan singkatan tidak tepat.(9)

c) Medication Error pada Dispensing

Dispensing adalah proses menyiapkan dan menyerahkan obat kepada orang yang namanya tertulis pada resep. *Dispensing* merupakan

tindakan atau proses yang memastikan ketepatan resep obat, ketepatan seleksi zat aktif yang memadai dan memastikan bahwa pasien atau perawat mengerti penggunaan dan pemberian yang tepat.

Menurut Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2008) kategori kesalahan dalam pemberian obat adalah : (9)

- 1) Pasien mengalami reaksi alergi.
- 2) Kontraindikasi.
- 3) Obat kadaluwarsa.
- 4) Bentuk sediaan yang salah.
- 5) Frekuensi pemberian yang salah.
- 6) Label obat salah/ tidak ada/ tidak jelas.
- 7) Informasi obat kepada pasien yang salah/ tidak jelas.
- 8) Obat diberikan kepada pasien yang salah.
- 9) Cara menyiapkan (meracik) obat yang salah.
- 10) Jumlah obat yang tidak sesuai.
- 11) ADR (jika digunakan berulang).
- 12) Rute pemberian yang salah.
- 13) Cara penyimpanan yang salah.
- 14) Penjelasan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah.

3. Penyebab terjadinya *Medication Error*

Medication error dapat terjadi dikarenakan adanya petugas yang kurang berpengalaman, kemiripan nama obat (*look alike sound alike*), salah dalam proses transkripsi, beban pekerjaan yang berlebihan, dan jumlah petugas yang kurang memadai. *Medication error* dapat terjadi pada berbagai keadaan, menurut *American Hospital Association* (AHA, 1999) sebagai berikut:

1. Informasi pasien yang tidak lengkap, misalnya tidak ada informasi tentang riwayat alergi dan penggunaan obat sebelumnya.

2. Tidak diberikan obat yang layak, misalnya cara minum atau menggunakan obat, frekuensi dan lama pemberian hingga peringatan jika timbul efek samping.
3. Kesalahan komunikasi dalam persepan, misalnya interpretasi apoteker yang keliru dalam membaca resep dokter, kesalahan membaca nama obat yang relatif mirip dengan obat lainnya, kesalahan membaca desimal, pembacaan unit dosis hingga singkatan persepan yang tidak jelas (*q.d* atau *q.i.d/QD*).
4. Pelabelan kemasan obat yang tidak jelas sehingga beresiko dibaca keliru oleh pasien.
5. Faktor-faktor lingkungan, seperti ruang apotek atau ruang obat yang tidak terang sehingga suasana tempat kerja yang tidak nyaman yang dapat mengakibatkan timbulnya *medication error*.

Menurut Kemenkes 2004 Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain:

1. Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)

Komunikasi yang baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidaklengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkat dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

2. Kondisi Lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus di desain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu, area kerja harus bersih, dan teratur untuk mencegah

terjadinya kesalahan. Obat yang disediakan untuk pasien harus disediakan nampan yang terpisah.

3. Gangguan atau interupsi pada saat bekerja

Gangguan atau interupsi harus seminimal mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

4. Beban Kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup tinggi untuk mengurangi stress dan beban kerja yang berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

5. Edukasi Staff

Meskipun edukasi staff merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden atau kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden atau kesalahan.

4. Upaya pencegahan medication error

Kesalahan obat berkisar dari resiko minimal sampai ke resiko yang mengancam kehidupan pasien. Kesalahan ini diakibatkan oleh karena melaksanakan suatu kesalahan (*commission*) atau kesalahan karena tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Berbagaimetode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan *medication error* yang jika dipaparkan untuk menurunkan tingkat kesalahan pengobatan (*medication error*) menurut : (11)

a. Memaksa fungsi dan batasan (*forcing function and constraints*)

Suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh: sediaan potassium clorida siap pakai dalam konsentrasi 10% NaCl 0,9%, karena sediaan dipasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi).

b. Otomatis dan komputer (*computerized prescribing order entry*)

Membuat statis/ rebotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh : komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan tanda “ atau tanda peringatan jika diluar standar (ada standar otomatis,contoh: ketika clonidin tab 0,75mg ditulis 0,5g).

c. dan protokol, standarisasi prosedur

Menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam panitia farmasi dan terapi serta pemenuhan sertifikasi/akreditasi pelayanan memegang peranan penting.

5. Sistem daftar tilik dan cek ulang

Alat kontrol berupa alat tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dan sistem.

6. Peraturan dan kebijakan

Untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien, contoh: semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker.

7. Pendidikan dan Informasi

Penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi.

8. Lebih hati-hati dan waspada

Membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi sebelum menyerahkan.

B. KESELAMATAN PASIEN

1. Pengertian keselamatan pasien

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden Dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.(11)

2. Tujuan keselamatan pasien

- A. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
- B. Meningkatnya akutanbilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- C. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) dirumah sakit.
- D. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

C. RESEP

Kelengkapan resep merupakan aspek yang sangat penting dalam peresepan karena dapat membantu mengurangi terjadinya *medication error*. Dalam hasil penelitian yang dilakukan di rumah sakit Amerika menunjukan bahwa resep yang bebas dari kesalahan sebesar 85% tetapi 15% memiliki lebih dari satu kesalahan dalam peresepan. Pada penelitian di Yogyakarta menunjukkan bahwa resep yang memenuhi persyaratan yang berlaku adalah 39,8%.(5)

1. Definisi

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit , resep merupakan permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien. Resep yang benar adalah ditulis secara jelas, dapat dibaca, lengkap dan memenuhi peraturan perundangan serta kaidah yang berlaku

2. Persyaratan Resep

Kepmenkes no.280/menkes/SK/V/1984 menyebutkan bahwa pada resep harus dicantumkan :

1. Nama dan alamat penulis resep, serta nomor izin praktek.

2. Tanggal penulisan resep.
3. Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep.
4. Dibelakang lambang R/ harus ditulis nama setiap obat atau komposisi obat.
5. Tanda tangan atau paraf penulis resep.
6. Jenis hewan, nama serta alamat pemiliknya untuk resep dokter hewan.

Menurut kepmenkes (2004) pelayanan resep meliputi :

1. Skrining resep

- a) Persyaratan administratif
 - 1) Nama, SIP, dan alamat dokter.
 - 2) Tanggal penulisan resep.
 - 3) Tanda tangan/paraf dokter penulis resep.
 - 4) Nama, alamat, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien.
 - 5) Nama obat, potensi, dosis, jumlah yang di minta.
 - 6) Cara pemakaian yang jelas.
- b) Kesesuaian farmasetis bentuk sediaan, dosis, potensi, stabilitas, inkompatibilitas, cara dan lama pemberian.
- c) Pertimbangan klinis adanya alergi, efek samping, interaksi, kesesuaian (dosis, durasi, jumlah obat) jika ada keraguan terhadap resep hendaknya di konsultasikan kepada dokter penulis resep dengan memberikan pertimbangan dan alternative seperlunya bila perlu menggunakan persetujuan setelah pemberitahuan.

2.

Penyiapan obat

a) Peracikan

Merupakan kegiatan menyiapkan, menimbang, mencampur, mengemas dan memberikan etiket pada wadah. Dalam melaksanakan peracikan obat, harus dibuat suatu prosedur tetap dengan memperhatikan dosis, jenis dan jumlah obat serta penulisan etiket yang benar.

b) Etiket

Etiket harus jelas dan dapat dibaca.

c) Kemasan obat yang diserahkan

Obat hendaknya dikemas dengan rapi dalam kemasan yang cocok sehingga terjaga kualitasnya.

d) Penyerahan obat

Sebelum obat diserahkan kepada pasien, harus dilakukan pemeriksaan akhir terhadap kesesuaian antara obat dengan resep. penyerahan obat dilakukan oleh apoteker disertai pemberian informasi obat dan konseling kepada pasien dan tenaga kesehatan.

e) Informasi obat

Apoteker harus memberikan informasi yang benar, jelas dan mudah dimengerti, akurat, tidak bias, etis, bijaksana, dan terkini, informasi obat kepada pasien sekurang-kurangnya meliputi : cara pemakaian obat, cara penyimpanan obat, jangka waktu pengobatan, aktivitas serat makanan dan minuman yang harus dihindari selama terapi.

f) Konseling

Apoteker harus memberikan konseling, mengenai sediaan farmasi, pengobatan dan perbekalan kesehatan lainnya, sehingga dapat memperbaiki kualitas hidup pasien atau yang bersangkutan terhindar dari bahaya penyalahgunaan atau penggunaan salah sediaan farmasi atau perbekalan kesehatan lainnya.

g) Monitoring penggunaan obat

Setelah penyerahan obat kepada pasien, Apoteker harus melaksanakan pemantauan penggunaan obat, terutama untuk pasien tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asma dan penyakit kronis lainnya.

Untuk dapat menuliskan resep yang tepat dan rasional seorang dokter harus memiliki cukup pengetahuan dasar mengenai ilmu-ilmu farmakologi yaitu tentang farmakodinamik, farmakokinetik, dan sifat-sifat fisiko kimia obat yang diberikan. Oleh karena itu, dokter memainkan peranan penting dalam proses pelayanan kesehatan khususnya dalam melaksanakan pengobatan melalui pemberian obat kepada pasien.

D. LANDASAN TEORI

medication error tetap menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang banyak menimbulkan berbagai dampak bagi pasien mulai dari resiko ringan bahkan resiko yang paling parah yaitu menyebabkan suatu kematian. Kesalahan Pengobatan dapat terjadi dalam tiap proses pengobatan, baik dalam proses peresepan (*prescribing*), pembacaan resep (*transcribing*), penyiapan hingga penyerahan obat (*dispensing*), maupun dalam proses penggunaan obat (*administering*). Kesalahan dalam peresepan (*prescribing*) dan pemberian obat (*dispensing*) merupakan dua hal yang sering terjadi dalam kesalahan pengobatan.(2)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan metode retrospektif dalam besaran presentase, untuk mengetahui angka kejadian *medication error* di Farmasi Rawat Jalan Primaya Hospital Bekasi Barat.

B. KERANGKA KONSEP

Tabel III.1. Kerangka Konsep

Gambaran Medication Error yang meliputi :

1. Fase *Prescribing*
2. Fase *Transcribing*
3. Fase *Dispensing*

C. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel III.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat/ cara ukur	Hasil	Skala
Gambaran Medication error	Medication error fase Prescribing : Tulisan resep tidak terbaca, tidak ada nama dokter, tidak ada surat izin praktek dokter, tidak ada paraf dokter, tidak ada nomor rekam medic pasien, tidak ada usia pasien, tidak ada berat badan pasien, tidak ada jenis kelamin pasien, nama obat berupa singkatan	Lembar data medication error rawat jalan	Persentase pada fase prescribin g	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat/ cara ukur	Hasil	Skala
Gambaran Medication error	Medication error fase Transcribing: kesalahan pada saat menerjemahkan nama obat, tidak ada nama pasien, tidak ada usia pasien, tidak ada bentuk sediaan, tidak ada nama obat, tidak ada dosis pemberian obat	Lembar data medication error rawat jalan	Persentase pada fase Transcribing	Ordinal
Gambaran Medication error	Medication error fase Dispensing: salah mengambil obat, salah pasien, salah menghitung dosis, salah pemberian etiket, salah meracik obat, salah jumlah obat	Lembar data medication error rawat jalan	Persentase pada fase dispensing	Ordinal

D. JENIS PENELITIAN

Pendekatan kuantitatif menggunakan data sekunder. Menggunakan data internal Rumah Sakit yang diperoleh dari laporan data *Medication Error* pasien rawat jalan.

E. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Instalasi Farmasi Rawat Jalan selama hari kerja dimulai Maret-mei 2021 dengan mengambil data laporan data *Medication Error* resep pasien rawat jalan di Primaya Hospital Bekasi Barat

F. ALAT DAN BAHAN

Peralatan dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar data terjadinya *medication error*, pulpen, kertas, dan kalkulator.

G. LANGKAH KERJA

1. Meminta izin kepada instansi untuk pengambilan data
2. Pengumpulan data
3. Pengolahan data
4. Pembahasan dan penyajian data.

H. PROSEDUR PENELITIAN

1. Meminta Izin kepada instansi dilokasi penelitian untuk pengambilan data di Primaya Hospital Bekasi Barat .
2. Melakukan pengumpulan data dengan menggunakan data medication error.
3. Mengolah data yang telah diperoleh dari data medication error.
4. Membahas hasil penelitian dan menyajikan data yang telah diolah dari data medication error.

I. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi penelitian ini adalah semua data laporan *Medication Error* rawat jalan di Farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat periode januari - maret 2021

2. Sampel

Sampel yang digunakan adalah data *Medication Error* Farmasi Primaya Hospital Bekasi Barat.

J. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Data dikumpulkan dan dicatat dari pengamatan resep rawat jalan setiap temuan *Medication Error* pada fase *prescribing* (penulisan resep, nama dokter, SIP, paraf, identitas pasien, nama obat, dosis pemberian, lama pemberian, satuan dosis, bentuk sediaan, tanggal penulisan resep). *Transcribing error* (identitas pasien, nomor rekam medik, nama obat, dosis pemberian, durasi pemberian, bentuk sediaan). *Dispensing* (pengambilan obat, perhitungan dosis, etiket obat, tempat penyimpanan obat, stok obat, umur obat). Selanjutnya data di tabulasi dalam bentuk % (persen) dari masing-masing bentuk kejadian medication error.

K. RANCANGAN ANALISIS DATA

Data dihitung secara manual untuk setiap kejadian *medication error* setiap harinya dari bulan januari - maret 2021. Setelah diketahui setiap bulannya, dijumlahkan keseluruhan. Kemudian dihitung persentase masing-masing data yang didapat menggunakan kalkulator.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jumlah data *medication error* yang diperoleh dari Primaya Hospital Bekasi Barat merupakan jenis data sekunder. Alur perjalanan resep di Primaya Hospital Bekasi Barat yakni pasien bertemu dengan dokter, kemudiandokter akan menentukan diagnosis, serta terapi. Kemudian dokter akan menulis resep, pada penulisan resep tersebut bisa terjadi *prescribing error* (kesalahan dalam peresepan obat), kemudian pasien akan menyerahkan resep tersebut kepada apoteker, pada penerjemahan resep tersebut bisa terjadi *Transcribing error* (kesalahan dalam penerjemahan resep). Dan setelah menerjemahkan resep tersebut kemudian apoteker atau asisten apoteker akan menyiapkan, meracik, dan memberikan obat kepada pasien, pada proses tersebut bisa terjadi *dispensing error* (kesalahan dalam pelayanan obat).

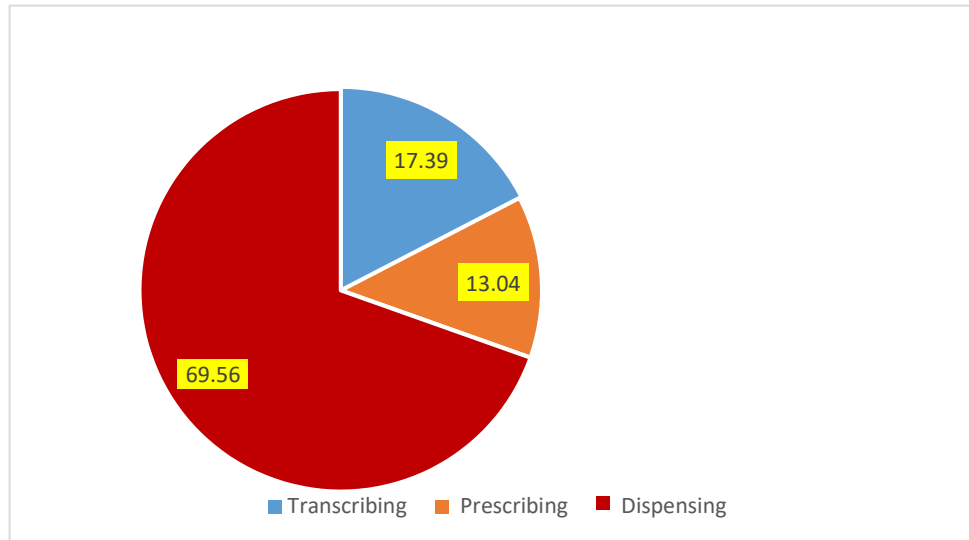
A.HASIL

Penelitian ini dilakukan pada 3 fase *medication error* yaitu pada fase *Prescribing, Transcribing, dan Dispensing*.

Tabel IV.1 Data rata-rata *medication error* periode januari - maret 2021

FASE	PASIEN			JUMLAH	PERSEN
	Januari	Februari	Maret		
Prescribing	6	2	4	12	13.04%
Transcribing	4	6	6	16	17.39%
Dispensing	2	40	22	64	69,56%
TOTAL				92	100%

Grafik IV.1 Diagram lingkaran fase *Prescribing*, *Transcribing*, *Dispensing*
Periode januari - maret 2021



Berdasarkan Grafik di atas menunjukkan medication error paling banyak terjadi pada fase *Transcribing* 17,39%, *Prescribing* 13.04% dan *Dispensing* 69,56%.

Kemudian resep tersebut di nilai berdasarkan medication error yang ada di Primaya Hospital Bekasi Barat. Pada peneliti menilai 3 fase pada medication error. Yakni pada fase *Prescribing*, *Transcribing*, dan *Dispensing*.

1. Medication error pada fase Prescribing

Pada tahap prescribing terdapat 13,04 % kejadian selama periode januari - maret 2021. Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan bahwa kesalahan yang berpotensi menimbulkan *medication error* tersebut terjadi karena dokter salah menuliskan nama pasien dan berat badan pasien . Jika dokter salah menuliskan nama pasien dan berat badan pasien maka bisa menimbulkan kesalahan pada tahap *Transcribing*, yaitu kesalahan pada saat menerjemahkan nama obat, dosis pemberian obat, bentuk sediaan, tanggal permintaan resep. Sehingga dalam tahap *dispensing* juga salah dalam melakukan pelayanan obat yakni pada saat pengambilan obat, menghitung resep racikan dan pada saat pemberian etiket.

Dengan demikian kemungkinan terjadinya medication error menjadi lebih besar.

2. Medication error pada fase Transcribing

Pada tahap Transcribing terdapat 17,39 % kejadian selama periode januari - maret 2021 Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan bahwa kesalahan yang berpotensi menimbulkan medication error tersebut terjadi pada kesalahan menerjemahkan nama obat dan dosis pemberian obat. Hal ini terjadi karena salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas, informasi tidak jelas atau penggunaan singkatan tidak tepat. Tidak adanya dosis pemberian obat juga membingungkan transcriber. Sehingga perlu klarifikasi dengan dokter penulis resep yang tentunya hal ini juga sangat mempengaruhi dalam ketepatan pemberian obat untuk pasien.

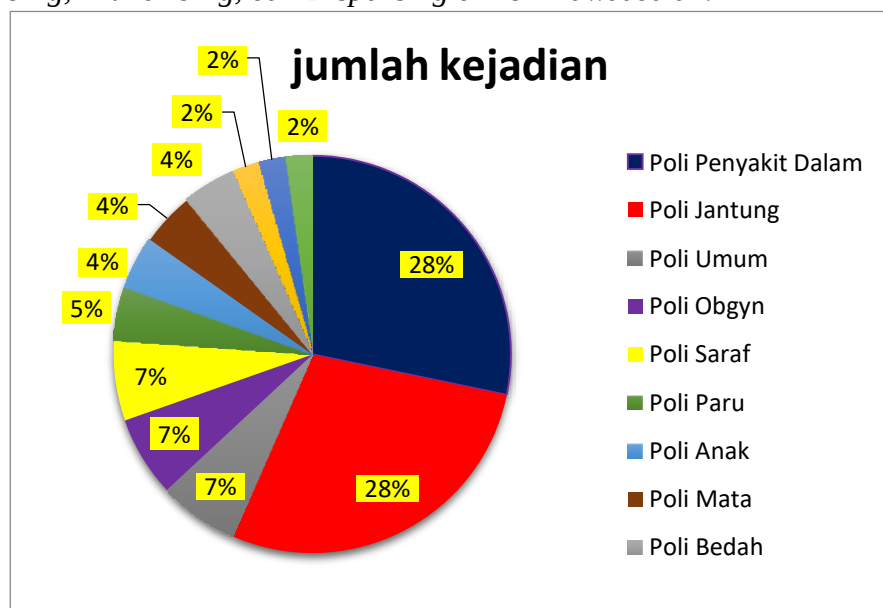
3. Medication error pada fase dispensing

Pada tahap dispensing terdapat 69,56 % kejadian selama periode januari - maret 2021 . Berdasarkan hasil penelitian ini ditemukan bahwa kesalahan yang berpotensi menimbulkan medication error tersebut terjadi pada: salah mengambil obat, salah menghitung dosis racikan, salah pemberian etiket, salah meracik obat, salah jumlah obat. Kesalahan yang tertinggi terjadi pada salah mengambil obat dan salah jumlah obat. Hal ini terjadi karena jumlah staf yang kurang, obat LASA (look-alike sound-alike), kemasan mirip, dan sistem penyimpanan obat LASA (look-alike sound-alike).

Gambar IV.2 Hasil Penelitian *Medication Error* pada Fase *Prescribing*, *Trancribing*, dan *Dispensing* di Poli Rawat Jalan

No	Jenis Poli	Jumlah Kejadian	Persen(%)
1.	Poli Penyakit Dalam	26	28,26 %
2.	Poli Jantung	26	28,26 %
3.	Poli Umum	6	6,52 %
4.	Poli Obgyn	6	6,52 %
5.	Poli Saraf	6	6,52 %
6.	Poli Paru	4	4,34 %
7.	Poli Anak	4	4,34 %
8.	Poli Mata	4	4,34 %
9.	Poli Bedah	4	4,34 %
10.	Poli THT	2	2,17 %
11.	Poli Urologi	2	2,17%
12.	Poli Orthopedi	2	2,17 %
Jumlah		92	100%

Grafik IV.2 Persentase Penelitian *Medication Error* pada Fase *Prescribing*, *Trancribing*, dan *Dispensing* di Poli Rawat Jalan.



Berdasarkan grafik diatas menunjukan bahwa kesalahan *medication error* pada fase *Prescribing*, *Transcribing*, dan *dispensing* yang paling banyak terjadi pada pada Poli Penyakit Dalam 28,26%, poli Jantung 6,52%, Umum 6,52%, Kandungan 6,52%, Saraf 6,52%, Paru 4,34%, Anak 4,34%, Mata 4,34%, Bedah 4,34%,THT 2,17%, Urologi 2,17%, dan Orthopedi 2,17%.

Dari data di atas, maka dapat diketahui bahwa *medication error* yang paling banyak terjadi di poli penyakit dalam . Kesalahan ini karena seringnya ditemukan resep manual, salah mengambil obat, salah pasien, salah menghitung dosis racikan, salah pemberian etiket, salah meracikobat, salah jumlah obat. Kesalahan yang tertinggi terjadi pada salah mengambil obat dan salah jumlah obat. Hal ini terjadi karena jumlah staf yang kurang, obat LASA(look-alike sound-alike), kemasan mirip, dan sistem penyimpanan obat LASA (look-alike sound-alike).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A.KESIMPULAN

Dari penelitian ini disimpulkan bahwa telah terjadi *Medication Error* di Poli Rawat Jalan Primaya Hospital Bekasi Barat Periode Januari - Maret 2021 dengan ini sebagai berikut :

1. *Prescribing* 13.04 %
2. *Transcribing* 17.39 %
3. *Dispensing* 69,56 %

B.SARAN

1. Pihak Rumah Sakit memberikan penyuluhan terhadap Dokter, Apoteker dan TTK (Tenaga Teknisi Kefarmasian) dalam mengurangi tingkat terjadi *medication error*.
2. Dilakukan penambahan personil petugas farmasi.
3. Kepada peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan Penelitian tentang *medication error* dengan katagori yang lain atau pada fase yang lain agar dapat mengurangi atau mencegah tingkat terjadi *medication error*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Susanti I.(2013). Identifikasi medication error pada fase prescribing, transcribing dan dispensing di depo farmasi rawat inap penyakit dalam gedung teratai, instalasi farmasi RSUP Fatmawati Periode 2013. Skripsi. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014. Tentang standar pelayanan kefarmasian di Apotek. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
3. Thenry Bayang,A.(2013). Faktor penyebab medication error di RSUD Anwar Makkatutu Kabupaten Bantaeng. Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Dwiprahasto I.(2006). Intervensi pelatihan untuk meminimalkan risiko medication error di pusat pelayanan kesehatan primer. Jurnal Berkala Ilmu Kedokteran
5. Rahmawati, fita & oetari, R.A.(2002). kajian penulisan resep: tinjauan aspek legalitas dan kelengkapan resep di apotek-apotek kota Madya Yogyakarta: majalah farmasi Indonesia;
6. Susanti I.(2013). Identifikasi medication error pada fase prescribing, transcribing dan dispensing di depo farmasi rawat inap penyakit dalam gedung teratai, instalasi farmasi RSUP Fatmawati Periode 2013. Skripsi. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah.
7. Cohen, MR.(1999). Medication error. Amarican pharmacist Acociation, Wangsington DC.
8. Aronson JK.(2009). Medication errors : definitions and classification. Br J Clin Pharmacol.
9. Zahra Wafiyatunisa.(2017).Kejadian medication error pada Frescribing di Poli klinik Pasien rawat jalan RSD Mayjendhm Ryacudu Kota Bumi (skripsi) Universitas Lampung
10. Departemen kesehatan RI. (2008). Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Tanggung jawab Apoteker terhadap Keselamatan Pasien (*patient safety*).

11. Anomin, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011. tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta. 2011
12. Buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit. Bakti Husada. Jakarta 2008

**EFEKTIFITAS PENGGUNAAN OBAT SITOSTATIKA
TERHADAP PASIEN KANKER YANG MENJALANI
KEMOTERAPI
DI PRIMAYA HOSPITAL BEKASI**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

RINI AFRIANI

NPM: 18307125



**POLITEKNIKPIKSI GANESHA
BANDUNG
2021**

Efektifitas Penggunaan Obat Sitostatika Pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi Periode Januari – Maret 2021

ABSTRAK

Kanker merupakan salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia dimana pada tahun 2012, sekitar 8,2 juta kematian disebabkan oleh kanker. Penyakit kanker adalah penyakit yang timbul akibat pertumbuhan tidak normal sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker. Sejalan ini, penanganan untuk penyakit kanker dapat dilakukan dengan kemoterapi, radioterapi dan operasi. Pada bulan Oktober – Desember 2018 tercatat sebanyak 30 pasien kanker melakukan kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi dengan jenis kanker yang diderita yaitu kanker payudara, kolon, rektum, serviks, ovarium, sarkoma, multiple myeloma, dan limfoma. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021. Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif kuantitatif. Pengambilan sampel pada bulan Januari – Maret 2021 dilakukan dengan metode total sampling yaitu semua lembar resep pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi. Pengambilan data dilakukan dengan menghitung jumlah dan persentase berdasarkan golongan obat sitostatika dan obat sitostatika yang digunakan. Berdasarkan hasil pengamatan resep obat sitostatika di Primaya Hospital Bekasi selama bulan Januari – Maret 2021, dapat disimpulkan Obat sitostatika yang digunakan adalah Doxorubicin sebanyak 21 kali peresepan dengan persentase 15,1 %; Curacil 17 kali peresepan (12,2%); Leucovorin 15 kali peresepan (10,8 %); Vincristin dan Bleocin 14 kali peresepan (10,1%); Cyclophosphamide 10 kali peresepan (7,2%); Dacarbazine 7 kali peresepan (5,03%); Rexta 6 kali peresepan (4,3 %); Cisplatin, Herceptin 5 kali peresepan (3,6%), Etoposide 8 kali peresepan (5,8 %); Methotrexate 7 kali peresepan (5,03 %); Carboplatin 3 kali peresepan (2,2 %); Gemtazar, Halaven 1 kali peresepan (0,72 %); Zometa 2 kali peresepan (1,4%)

Kata kunci: kanker, kemoterapi, obat sitostatika, Primaya Hospital Bekasi

Effectiveness of the use of Cytostatica Drugs in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at Primaya Hospital Bekasi Period January to March 2021

ABSTRACT

Cancer is one of the leading cause of death in world. In 2012, about 8,2 million deaths caused by cancer. Cancer is a disease caused by abnormal growth of body tissue cells that turn into cancer cells. So far, handling of cancer can be done by chemotherapy, radiotherapy, and surgery. In October until 2018 Desember, 30 patients were taken for chemotherapy on Primaya Hospital Bekasi with breast cancer, colon cancer, rectal cancer, cervical cancer, ovarian cancer, sarcoma cancer, multiple myeloma cancer, and lymphoma cancer. This research has an aim to know about effectiveness of the use of cytostatica drugs in cancer survivor undergoing chemotherapy on Primaya Hospital Bekasi on January until 2021 March. This research conducted by the quantitative descriptive. Sampling in January until 2021 March is done by using the total sampling method, namely all prescription of cancer survivor undergoing chemotherapy at the Primaya Hospital Bekasi. The results of this study indicate that the cytostatics drug prescribed is Doxorubicin 21 times prescribed with a percentage of 15,1%; Curacil 17 times prescribed (12,2%); Leucovorin 15 times prescribed (10,8%); Vincristin and Bleocin 14 times prescribed (10,1%); Cyclophosphamide 10 times prescribed (7,2%); Dacarbazine and Methotrexate 7 times prescribed (5,03%); Rexta 6 times prescribed (4,3%); Cisplatin and Herceptin 5 times prescribed (3,6%); Methotrexate 7 times prescribed (3,1%); Brexel and Carboplatin 3 times prescribed (2,2%); Gemcitabine and Halaven once prescribed (0,4%); Zometa 2 times prescribed (1,4%)

Keywords: cancer, chemotherapy, cytostatica drugs, Primaya Hospital Bekasi.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
LATAR BELAKANG.....	1
RUMUSAN MASALAH.....	3
TUJUAN PENELITIAN.....	3
MANFAAT PENELITIAN.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
RUMAH SAKIT.....	5
UNIT KEMOTERAPI.....	5
DISPENSING SEDIAAN STERIL.....	5
KANKER.....	6
KEMOTERAPI.....	8
LANDASAN TEORI.....	11
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	13
METODE	13
KERANGKA KONSEP.....	13
DEFINISI OPERASIONAL.....	13
JENIS PENELITIAN.....	14
LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN.....	14
ALAT DAN BAHAN.....	14
LANGKAH KERJA.....	14
PROSEDUR PENELITIAN.....	14
POPULASI DAN SAMPEL.....	15
TEKNIK PENGUMPULAN DATA.....	15
RANCANGAN ANALISA DATA	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	16
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	21
SIMPULAN	21
SARAN.....	21
DAFTAR PUSTAKA.....	22

DAFTAR TABEL

III.1. Tabel Kerangka Konsep	13
III.2. Tabel Definisi Operasional	13
IV.1. Jumlah dan persentase obat sitostatika yang digunakan Periode Januari – Maret 2021.....	16

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kanker merupakan salah satu masalah kesehatan di dunia termasuk di Indonesia. Perkembangan kanker dari tahun ke tahun semakin meningkat, berdasarkan data WHO tahun 2013 kasus penyakit kanker meningkat dari 12,7 juta kasus tahun 2008 menjadi 14,1 juta kasus pada tahun 2012, dengan jumlah kematian meningkat dari 7,6 juta orang tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012, sedangkan pada tahun 2015 terhitung 8,8 juta jumlah kematian.

Berdasarkan data WHO tahun 2015 ada 5 jenis kanker yang menyebabkan jumlah kematian pasien kanker meningkat yaitu kanker paru-paru sebanyak 1,69 juta orang, kanker hati sebanyak 788 ribu orang, kanker otak 774 ribu orang, kanker usus 754 ribu orang, dan kanker payudara 571 ribu orang, serta kanker merupakan penyakit mematikan kedua setelah penyakit kardiovaskuler. Secara nasional prevalensi kanker pada semua umur di Indonesia tahun 2013 sebesar 1,4% atau diperkirakan sekitar 347.792 orang.

Pengobatan kanker dilakukan dengan beberapa cara, salah satunya adalah kemoterapi. Kemoterapi merupakan bentuk pengobatan kanker yang paling banyak digunakan saat ini. Kemoterapi dilakukan dengan menggunakan obat sitostatika. Obat sitostatika adalah obat-obatan yang digunakan untuk membunuh atau memperlambat pertumbuhan sel-sel kanker. Kemoterapi bermanfaat untuk menurunkan ukuran kanker sebelum operasi, merusak sel-sel kanker yang tertinggal setelah operasi dan mengobati berbagai macam kanker.

Obat sitostatika tidak hanya membunuh sel-sel kanker namun juga membunuh sel-sel tubuh lainnya yang sedang berkembang. Oleh sebab itu penggunaan obat ini harus selalu dalam pengawasan tenaga medis. Selain itu, berisiko tinggi menimbulkan efek samping sehingga membuat pasien merasa tidak nyaman bahkan tidak kuat menjalani kemoterapi karena efek samping tersebut.

Obat sitostatika yang biasa digunakan dalam kemoterapi sangat beragam, ada yang generik dan ada pula yang brand generik. Menurut mekanisme kerjanya o

obat sitostatika digolongkan menjadi 6 golongan yaitu *alkylating agent*, antimetabolit, hormon, antracycline, penghambat mikrotubul, dan topoisomerase inhibitors. Pemilihan jenis obat sitostatika yang akan digunakan dalam kemoterapi dilihat berdasarkan jenis kanker yang diderita pasien. Obat sitostatik mempunyai efek primer pada sintesis DNA, RNA, atau protein yang berperan dalam pertumbuhan sel kanker, sehingga sel kanker menjadi mati.

Modalitas pengobatan pada kanker secara umum terbagi menjadi dua, yaitu terapi lokal dan terapi sistemik. Terapi lokal dapat dilakukan dengan pembedahan dan radiasi, sedangkan terapi sistemik pada kanker adalah kemoterapi dengan obat sitostatik, terapi hormonal, dan terapi biologi, atau target molekular.

Penggunaan obat yang baik adalah penggunaan obat yang didasarkan pada POR (Penggunaan Obat yang Rasional). Menurut WHO (1985), Pengobatan dapat dinyatakan rasional apabila pasien menerima terapi yang tepat sesuai dengan kebutuhan kliniknya, sesuai dengan dosis yang dibutuhkannya, pada periode waktu yang sesuai dan dengan harga yang terjangkau untuk pasien dan masyarakat. Begitu pula pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi penggunaan obatnya juga harus didasarkan pada POR sehingga tujuan POR yaitu untuk menjamin bahwa masyarakat memperoleh obat yg aman, bermutu dan efektif dengan biaya yang terjangkau dapat tercapai.

Primaya Hospital Bekasi baru membuka poli onkologi untuk menangani pasien kanker. Pasien kanker melakukan kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi dengan jenis kanker yang diderita yaitu kanker payudara, kolon, rektum, serviks, ovarium, sarkoma, multiple myeloma, dan limfoma. Oleh sebab itu, gambaran efektivitas penggunaan obat sitostatika di Primaya Hospital Bekasi sangat diperlukan sehingga dapat diketahui jenis obat yang paling banyak digunakan untuk menangani kanker. Sebagai bahan pertimbangan dalam perencanaan dan pengadaan obat sitostatika, sehingga pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi dapat segera menjalani kemoterapi tanpa harus menunggu obat sitostatika yang akan digunakan dipesankan terlebih dahulu.

Berdasarkan hal-hal di atas maka peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran efektivitas penggunaan obat sitostatika pada pasien yang menjalani

kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021.

B. RUMUSAN MASALAH

Bagaimana efektifitas penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021.

C. TUJUAN PENELITIAN

Mengetahui efektifitas penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi Peneliti

Meningkatkan wawasan, pengetahuan peneliti akan dunia kesehatan dan farmasi, dan menjadikan pengalaman yang nyata dalam melakukan penelitian secara baik dan benar mengenai persepsi obat sitostatik pada pasien kanker di Primaya Hospital Bekasi, serta sebagai sarana untuk mengaplikasikan dan mengembangkan ilmu yang diperoleh.

2. Bagi Akademik

Sebagai sumber informasi dan pengetahuan bagi mahasiswa mengenai persepsi obat sitostatika pada pasien kanker serta sebagai bahan untuk menambah pustaka dan referensi perpustakaan Akademi Farmasi Piksi Ganesha Bandung.

3. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi penggunaan obat sitostatika dalam pelaksanaan kemoterapi di rumah sakit, serta sebagai bahan pertimbangan dalam perencanaan dan pengadaan obat terapi kanker di rumah sakit guna meningkatkan pelayanan pada pasien kanker.

4. Bagi masyarakat

Sebagai bahan informasi tentang gambaran penggunaan obat sitostatika pada pasien kemoterapi di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

RUMAH SAKIT

Rumah sakit menurut UU No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Tugas rumah sakit berdasarkan UU No. 44 tahun 2009 memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sedangkan fungsinya yaitu penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

UNIT KEMOTERAPI

Primaya Hospital Bekasi memiliki unit kemoterapi yang berada di ruang perawatan lantai 3. Pelaksanaan kemoterapi dilaksanakan dalam pengawasan dokter dan dilakukan oleh petugas farmasi dan perawat yang sudah diberikan pelatihan mengenai kemoterapi.

DISPENSING SEDIAAN STERIL

Dispensing sediaan steril merupakan salah satu bentuk pelayanan kefarmasian yang dilaksanakan di rumah sakit. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, dispensing sediaan steril harus dilakukan secara terpusat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Hal ini bertujuan untuk mencegah

terjadinya infeksi nosokomial, kontaminasi sediaan, paparan terhadap petugas dan lingkungan, untuk mencegah kesalahan dalam pemberian obat, serta untuk menjamin kualitas mutu sediaan. Oleh karena itu dalam pelaksanaannya diperlukan tenaga kefarmasian yang terlatih, fasilitas dan peralatan serta prosedur penanganan khusus.

KANKER

1. Pengertian kanker

Penyakit kanker adalah penyakit yang timbul akibat pertumbuhan tidak normal sel jaringan tubuh yang berubah menjadi sel kanker, sedangkan tumor adalah kondisi dimana pertumbuhan sel tidak normal sehingga membentuk suatu lesi atau dalam banyak kasus, benjolan di tubuh. Kanker adalah kelompok penyakit yang ditandai oleh pertumbuhan sel yang tidak terkendali dan penyebaran sel yang abnormal. Jika penyebaran tidak terkendali dapat menyebabkan kematian. Kanker disebabkan oleh dua faktor yaitu faktor eksternal meliputi merokok, zat kimia, radiasi, dan agen infeksi dan faktor internal meliputi mutasi yang diturunkan, hormon, dan kondisi imunitas. Terdapat rentang waktu sepuluh tahun atau lebih antara paparan faktor eksternal dan munculnya kanker.

2. Sifat

Sifat umum dari kanker ialah sebagai berikut :

- a. Pertumbuhan berlebihan umumnya berbentuk tumor.
- b. Gangguan diferensiasi dari sel dan jaringan sehingga mirip jaringan mudigah.
- c. Bersifat invasif, mampu tumbuh di jaringan sekitarnya (perbedaan pokok dengan jaringan normal)
- d. Bersifat metastatik, menyebar ke tempat lain dan menyebabkan pertumbuhan baru.
- e. Memiliki hereditas bawaan (acquired heredity) yaitu turunan sel kanker juga dapat menimbulkan kanker.
- f. Pergeseran metabolisme ke arah pembentukan makromolekul dari nukleosida dan asam amino serta peningkatan katabolisme karbohidrat untuk energi sel.

3. Penyebab

Riset pada dasawarsa terakhir mengungkapkan bahwa kanker disebabkan oleh terganggunya siklus sel akibat mutasi gen-gen yang mengatur pertumbuhan. Pada umumnya dibutuhkan minimal dua jenis mutasi untuk membentuk pertumbuhan sel ganas. Sel-sel tumor berdaya menjauhkan diri dari regulasi pertumbuhan sel normal. Hal ini dicapai dengan jalan perubahan genetis, sehingga sel tumor menjadi mandiri dari regulasi tersebut. Oleh karena itu, kanker termasuk yang diakibatkan defek pada gen.

Efek pada gen dapat disebabkan oleh berbagai hal berikut :

- a. Radiasi dari X-ray, Gamma-ray dan UV-C (260 nm) yang diabsorpsi kuat oleh DNA;
- b. Zat-zat kimia dari lingkungan (polusi, asap rokok dengan zat karbohidrogen), juga aflatoksin yang dibentuk oleh jamur *Aspergillus*;
- c. Radikal bebas yang sangat reaktif (O_2^{--} , H_2O_2 , OH^-) dari pernapasan biasa dan proses-proses faal lainnya;
- d. Sitostatik, obat-obat untuk kemoterapi kanker, yang sendirinya memiliki risiko besar untuk menimbulkan kanker baru, seringkali leukemia. Sitostatika yang dapat merusak DNA dan bersifat zat-zat alkilasi dan cisplatin, bleomisin, dactinomycin, irinotecan dan mitoxantron.

4. Jenis kanker

Jenis kanker yang umumnya dikenal saat ini adalah :

- a. Karsinoma

Yaitu jenis kanker yang berasal dari sel yang melapisi permukaan tubuh atau permukaan saluran tubuh, misalnya jaringan seperti sel kulit, testis, ovarium, kelenjar mukus, sel melanin, payudara, leher rahim, kolon, rektum, lambung, pankreas, dan esofagus.

- b. Limfoma

Yaitu jenis kanker yang berasal dari jaringan yang membentuk darah, misalnya, limfa, kelenjar limfe, dan sumsum tulang. Limfoma spesifik antara lain adalah penyakit Hodgkin (kanker kelenjar limfe dan limfa)

- c. Leukemia

Kanker jenis ini tidak membentuk massa tumor, tetapi memenuhi pembuluh darah dan mengganggu fungsi sel darah normal.

d. Sarkoma

Yaitu jenis kanker dimana jaringan penunjang yang berada di permukaan tubuh seperti jaringan ikat, termasuk sel-sel yang ditemukan di otot dan tulang.

e. Glioma

Yaitu kanker susunan syaraf, misalnya sel-sel glia (jaringan penunjang) di susunan saraf pusat.

f. Karsinoma in situ

Yaitu istilah yang digunakan untuk menjelaskan sel epitel abnormal yang masih terbatas di daerah tertentu sehingga masih dianggap lesi pra-invasif (kelainan/luka yang belum menyebar).

KEMOTERAPI

1. Pengertian kemoterapi

Kemoterapi adalah terapi pengobatan yang diberikan pada pasien kanker dengan memberikan obat-obat yang bertujuan untuk menghambat proliferasi sel-sel kanker, obat tersebut bisa diminum ataupun diinfuskan ke pembuluh darah sehingga obatnya dapat menyebar ke seluruh jaringan tubuh. Penyebaran obat kemoterapi dalam tubuh sangat luas sehingga efektivitas obatnya baik serta efek samping yang diberikan juga banyak.

Obat kemoterapi secara umum disebut sitostatika, obat ini berefek menghambat atau membunuh semua sel yang sedang aktif membelah diri termasuk sel normal seperti sel akar rambut, sel darah dan sel selaput lendir pada mulut. Oleh sebab itu, pemberian obat sitostatika harus di bawah pengawasan dokter yang berpengalaman dan tenaga medis lainnya untuk mencegah timbulnya efek samping yang serius. Penderita kanker yang menjalani kemoterapi biasanya pengobatannya diberi selang waktu selama 2-4 minggu sebelum dilakukan kemoterapi berikutnya, hal ini bertujuan agar sel tubuh normal mempunyai kesempatan untuk memulihkan diri.

Kemoterapi terkadang merupakan pilihan pertama dalam menangani kanker,

karena kemoterapi bersifat sistemik berbeda dengan radiasi atau pembedahan yang bersifat setempat sehingga kemoterapi dapat menjangkau sel-sel kanker yang telah menjalar dan menyebar ke bagian tubuh yang lain.

2. Tujuan kemoterapi

Tujuan dilakukan kemoterapi pada pasien kanker yaitu :

- a. Sebagai terapi induksi, kemoterapi merupakan satu-satunya pilihan terapi bagi pasien karena sel kanker telah menyebar dan tidak ada pilihan terapi lainnya.
- b. Sebelum pembedahan, untuk mengecilkan ukuran tumor sebelum dibedah.
- c. Setelah pembedahan, untuk mengurangi penyebaran atau kambuhnya kanker.
- d. Sebagai pengobatan setempat, obat kemoterapi disuntikkan langsung ke dalam tumor misalnya pada kanker hati.

3. Mekanisme kerja kemoterapi

Obat kemoterapi terutama bekerja pada DNA yang merupakan komponen utama gen yang mengatur pertumbuhan dan diferensiasi sel. Oleh karena itu, obat kemoterapi tidak hanya bekerja pada sel kanker tetapi juga pada sel yang sehat.

Mekanisme obat kemoterapi yaitu :

- a. Menghambat atau mengganggu sintesa DNA atau RNA
- b. Merusak replikasi DNA
- c. Mengganggu transkripsi DNA oleh RNA
- d. Mengganggu kerja gen

Obat-obat ini ada yang bekerja pada fase spesifik (fase M, S, G1, G2) dan ada juga yang bekerja pada fase nonspesifik yaitu pada semua fase dalam siklus sel. Fase M adalah proliferasi sel kanker melalui proses mitosis, fase G1 adalah fase persiapan pengumpulan bahan-bahan dasar DNA, fase S adalah fase sintesa DNA sedangkan fase G2 adalah fase pembelahan yang terdiri dari profase dan telofase.

4. Obat kemoterapi (sitostatika)

Dalam pengobatan kanker menggunakan kemoterapi, biasanya digunakan obat sitostatika dalam bentuk kombinasi 2 atau 3 obat. Dilakukan terapi kombinasi untuk obat yang bekerja pada bagian yang berbeda dari proses metabolisme sel sehingga meningkatkan kemungkinan hancurnya jumlah sel-sel

kanker. Selain itu, efek samping yang berbahaya dari obat sitostatika dapat dikurangi karena masing-masing obat diberikan dalam dosis yang lebih rendah dari dosis obat jika obat tersebut digunakan dalam bentuk tunggal.

Penggolongan obat sitostatika berdasarkan mekanisme kerja :

- a. Alkilator : obat golongan alkilator dapat membentuk ikatan dengan asam nukleat, protein, dan banyak molekul dengan berat molekul rendah. Mekanismenya adalah interaksi antara molekul elektrofil dengan DNA. Interaksi ini menyebabkan terjadinya reaksi substitusi, ikatan silang atau pemutusan untai DNA. Efek samping alkilator dapat menyebabkan depresi hemopoetik yang irreversibel. Contoh : mekloreタミン, siklofosamid, ifosamid, melfalan, klorambusil, carboplatin, dan cisplatin.
- b. Antimetabolit : obat ini bekerja dengan menghambat enzim-enzim penting yang terlibat dalam sintesis asam nukleat dan menghasilkan kode genetik yang salah. Bekerja dalam sintesis asam nukleat, membuat antipurin dan antipirimidin mengambil tempat purin dan pirimidin dalam pembentukan nukleosida, sehingga mengganggu berbagai reaksi penting dalam tubuh. Efek sampingnya sering menyebabkan stomatitis aftosa. Contoh obat dari golongan ini diantaranya : 5 FU , metotreksat, gemsitabin.
- c. Produk Alamiah : obat-obat ini dimasukkan ke dalam satu golongan bukan berdasarkan cara kerjanya namun karena sumbernya yang berasal dari produk natural (Alamiah). Diantaranya alkaloid vinka, taksan, epipodofilotoksin, kamptotesin, antibiotik, enzim.
 - 1) Alkaloid vinka: berikatan secara spesifik dengan tubulin, komponen protein mikrotubulus, spindle mitotik, dan memblokir polimerisasinya. Akibatnya terjadi disolusi mikrotubulus, sehingga sel terhenti dalam metafase. Contoh: vinblastin, vinkristin, vinorelbin.
 - 2) Taksan: bekerja dengan mekanisme sebagai racun spindle. Contoh: Paclitaxel, Docetaxel.
 - 3) Epipodofilotoksin: membentuk kompleks tertier dengan topoisomerase II dan DNA sehingga mengganggu penggabungan kembali DNA yang secara normal dilakukan oleh topoisomerase. Contoh : etoposid,

teniposid.

- 4) Kampotesin: bekerja menghambat topoisomerase I, enzim yang bertanggung jawab dalam proses pemotongan dan penyambungankembali rantai tunggal DNA. Hambatan ini menyebabkan kerusakan DNA. Contoh : irinotekan, topotekan.
 - 5) Antibiotik: senyawa antimikroba yang bekerja dengan mempengaruhi fungsi dan sintesis asam nukleat. Contoh : daunorubisin, doksorubisin.
 - 6) Enzim: merupakan katalisator enzim yang berperan dalam hidrolisa asparagin menjadi asam aspartat dan ammonia, Sel kanker kekurangan asparagin yang berakibat kematian sel ini. Contoh : L-asparaginase.
- d. Hormon dan Antagonis: berbagai hormon steroid digunakan pada pengobatan kanker, antara lain kortikosteroid (prednison, hidrokortison), hormon progestin (hidrosiprogesteron kaproat, medrosiprogesteron asetat), estrogen (megastrol asetat, dietilstilbestrol, etinil estradiol), dan androgen (testoteron propionat, fluoksimesteron).
- e. Lain-lain: Obat golongan lain sering kali menimbulkan efek samping yang lebih sedikit dibandingkan dengan obat kemoterapi yang biasa digunakan, karena obat – obat golongan ini ditarget bekerja hanya pada sel kanker dan tidak banyak berpengaruh pada sel normal. Contoh : hidroksiurea, prokarbazin, tretinoin, arsen trikosid, imatinib, gefitinib, bortezomib, interferon alfa dan interleukin 2.

LANDASAN TEORI

Kemoterapi adalah terapi pengobatan yang diberikan pada pasien kanker dengan memberikan obat-obat yang bertujuan untuk menghambat proliferasi sel-sel kanker, obat tersebut bisa diminum ataupun diinfuskan ke pembuluh darah sehingga obatnya dapat menyebar ke seluruh jaringan tubuh. Penyebaran obat kemoterapi dalam tubuh sangat luas sehingga efektivitas obatnya baik serta efek samping yang diberikan juga banyak.

Obat sitostatika dapat menimbulkan toksisitas karena dapat menghambat pembelahan sel normal yang proliferasinya cepat misalnya sumsum tulang, epitel

germinativum, mukosa saluran cerna, folikel rambut dan jaringan limfosit. Selain itu, obat sitostatika dapat menyebabkan toksisitas yang lebih spesifik terhadap organ seperti ginjal (cisplatin) dan saraf (vinkristin).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. METODE

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan prospektif, yaitu dengan mengambil data primer yang berasal dari lembar resep pasien yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi bulan Januari – Maret 2021.

B. KERANGKA KONSEP

Tabel III.1. Kerangka Konsep

VARIABEL
Efektifitas penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi Periode Januari – Maret 2021.

C. DEFINISI OPERASIONAL

Tabel III.2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Cara ukur	Hasil	Skala
Efektifitas penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi	Lembar resep yang mengandung obat sitostatika yang digunakan untuk kemoterapi pada pasien kanker di Primaya Hospital Bekasi	Lembar resep pasien	% obat sitostatika yang digunakan	Rasio

D. JENIS PENELITIAN

Pendekatan kuantitatif menggunakan data primer. Menggunakan data internal Rumah Sakit yang diperoleh dari setiap lembar resep pasien yang menjalani kemo terapi di Primaya Hospital Bekasi. Data yang diperoleh merupakan data manual yang dikumpulkan setiap harinya.

E. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Primaya Hospital Bekasi yang dilaksanakan pada bulan Januari – Maret 2021.

F. ALAT DAN BAHAN

Alat dan bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar resep di Instalasi Farmasi, pulpen, kertas dan kalkulator.

G. LANGKAH KERJA

1. Pengumpulan sampel
2. Menghitung jumlah dan persentase sampel
3. Penyajian hasil penelitian

H. PROSEDUR PENELITIAN

1. Pengumpulan sampel

Pengumpulan sampel dilakukan dengan cara mengumpulkan lembar resep pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi pada bulan Januari – Maret 2021.

2. Menghitung jumlah dan persentase sampel

Menghitung jumlah dan persentase berdasarkan obat sitostatika yang digunakan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi pada bulan Januari – Maret 2021.

3. Penyajian hasil penelitian

Menyusun dan menyajikan seluruh data kedalam bentuk tabel dan membuat pembahasan serta menyimpulkan data.

I. POPULASI DAN SAMPEL

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah lembar resep pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi bulan Januari – Maret 2021.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah lembar resep pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi bulan Januari – Maret 2021 dengan menggunakan metode *Total Sampling*.

J. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

1. Mengumpulkan resep – resep obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi Periode Januari – Maret 2021.
2. Mencatat dan menghitung jumlah dan persentase obat sitostatika yang digunakan.
3. Menyajikan data dalam bentuk tabel.
4. Menganalisa hasil data yang diperoleh, membuat pembahasan dan kesimpulan.

K. RANCANGAN ANALISIS DATA

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian adalah teknik analisa data deskriptif, dengan cara data yang didapat akan dideskripsikan dalam bentuk tabel meliputi obat sitostatika yang digunakan pada bulan Januari – Maret 2021. Selanjutnya data dibuat dalam bentuk persentase.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian mengenai gambaran penggunaan obat sitostatika pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021 dilakukan dengan cara mengumpulkan lembar resep pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi periode Januari – Maret 2021, maka diperoleh 31 pasien yang menjalani kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi. Setelah diperoleh data, kemudian data dikelompokkan berdasarkan obat sitostatika yang digunakan. Berdasarkan hasil pengamatan dan pengumpulan data terhadap penggunaan obat sitostatika di Primaya Hospital periode Januari – Maret 2021 diperoleh data sebagai berikut:

Tabel IV.1. Jumlah dan persentase obat sitostatika yang digunakan periode Januari – Maret 2021

No	Nama Obat	Jumlah item obat			total	%
		Jan	Feb	Mar		
1	Doxorubicin	8	8	5	21	15,1
2	Curacil	9	4	4	17	12,2
3	Bleocin	7	4	3	14	10,1
4	Vincristin	6	6	2	14	10,1
5	Leucovorin	6	6	3	15	10,8
6	Cyclophosphamide	4	4	2	10	7,2
7	Dacarbazine	3	3	1	7	5,03
8	Rexta	2	3	1	6	4,3
9	Cisplatin	2	1	2	5	3,6
10	Etopul	3	3	2	8	5,8
11	Herzemb	1	2	2	5	3,6
12	Methotrexate	2	5	0	7	5,03
13	Brexel	0	0	3	3	2,2
14	Carboplatin	3	0	0	3	2,2
15	Halaven	0	0	1	1	0,72
16	Zometa	1	0	1	2	1,4
17	Gemcikal	0	1	0	1	0,72
		139				100

Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Curacil (5-FU) adalah obat sitostatika golongan Antimetabolit yang paling banyak diresepkan yaitu sejumlah 17 kali peresepan selama bulan Januari – Maret 2021. Curacil merupakan agen kemoterapi utama yang digunakan untuk terapi kanker kolon. Curacil adalah antimetabolit yang bekerja secara antagonis dengan timin terhadap aktivitas enzim timidilat sintetase (TS). Merupakan prodrug, metabolisme 5-FU menghasilkan fluoridin-5'-trifosfat (FUTP) yang bergabung ke dalam RNA dan mempengaruhi fungsinya, dan fluorodeoksiuridilat (FdUMP) yang menghambat replikasi DNA.

Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Etopul adalah obat sitostatika golongan epipodofilotoksin yang tidak banyak diresepkan yaitu sejumlah 8 kali peresepan selama bulan Januari – Maret 2021. Etopul merupakan obat sitostatika yang digunakan oleh dokter untuk terapi kanker PTG, yang penggunaannya dikombinasi dengan obat methotrexate. Etopul juga digunakan oleh dokter untuk terapi kanker ovarium yang penggunaannya dikombinasi dengan cisplatin dan bleocin. Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Brexel adalah obat sitostatika golongan takson yang tidak banyak diresepkan yaitu sejumlah 3 kali peresepan selama bulan Januari – Maret 2018. Brexel merupakan obat sitostatika yang digunakan oleh dokter untuk terapi kanker ovarium, yang penggunaannya dikombinasi dengan obat carboplatin.

Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Herzemeb dan halaven merupakan obat sitostatika yang tidak banyak diresepkan selama bulan Januari – Maret 2021. Herzemeb sebanyak 5 kali peresepan, sedangkan halaven sebanyak 1 kali peresepan. Herzemeb merupakan obat sitostatika yang digunakan oleh dokter untuk terapi kanker payudara stadium awal. Sedangkan halaven digunakan oleh dokter untuk terapi kanker payudara stadium akhir. Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Zometa merupakan obat sitostatika yang tidak banyak diresepkan yaitu sejumlah 2 kali peresepan selama bulan Januari – Maret 2021. Zometa merupakan obat sitostatika yang digunakan oleh dokter untuk mengobati kerusakan tulang akibat dari sel kanker pada terapi kanker payudara.

Menurut hasil pengamatan pada tabel IV.1. Gemcikal merupakan obat sitostatika yang tidak banyak diresepkan (1 kali peresepan) selama bulan Januari –

Maret 2021. Gemcikal merupakan obat sitostatika yang digunakan oleh dokter untuk terapi kanker pankreas.

Dari hasil pengamatan tabel IV.1. Adanya pasien baru yang menjalani kemoterapi mempengaruhi banyak sedikitnya penggunaan obat sitostatika tertentu. Banyak sedikitnya obat sitostatika tersebut diresepkan juga tergantung dari jenis kanker dan stadium kanker yang diderita oleh pasien yang melakukan kemoterapi di Primaya Hospital Bekasi. Adanya diagnosa lain jugamempengaruhi pilihan obat yang digunakan.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya peningkatan maupun penurunan peresepan obat kanker. Peningkatan jumlah lembar resep obat kanker yang dilayani menuntut rumah sakit dalam menyediakan pelayanan obat kanker yang lebih baik. Penanganan obat kanker tidak hanya melibatkan peranan tenaga kesehatan saja (dokter, perawat, petugas farmasi), namun juga tenaga umum lainnya seperti tenaga kebersihan, administrasi, dan sebagainya. Hal ini karena penanganan obat kanker membutuhkan perhatian dan keahlian khusus dibanding obat-obat lainnya, misalnya siapa dan bagaimana menanganinya bila ada tumpahan obat kanker. Pengembangan pelayanan pengobatan kanker perlu dilakukan rumah sakit mengingat terapi kanker merupakan terapi yang mahal. Pelayanan yang tidak cermat dan buruk hanya akan menambah penderitaan pasien akibat efek samping obat dan lamanya terapi yang berimbas pada pemborosan biaya.

Bagi Instalasi Farmasi Primaya Hospital Bekasi, penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan guna meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanannya, misalnya dengan memberikan pelatihan dan pendidikan yang berkesinambungan kepada petugas farmasi dalam menangani obat kanker, menambah lemari pendingin, menyediakan sarana dan prasarana yang lebih memadai (APD, BSC, Chemoterapy Kit, dan sebagainya), mengembangkan prosedur dan alur pelayanan obat kanker yang lebih baik, dan sebagainya.

Hasil pengamatan ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi Primaya Hospital Bekasi dalam meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan, misalnya dalam membuat perencanaan atau pengembangan alokasi kamar pasien

kanker yang dibedakan berdasarkan jenis kelaminnya guna meningkatkan kenyamanan ;0pasien, pengembangan dan pelatihan petugas rumah sakit yang terlibat dalam pelayanan langsung pengobatan kanker (dokter, perawat, petugas farmasi), dan sebagainya Hal ini perlu dilakukan karena tidak dapat dipungkiri bahwa pengobatan kanker haruslah secara komprehensif sesuai dengan komitmen Primaya Hospital Bekasi.

Hasil dari penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan gambaran dan masukan bagi Primaya Hospital Bekasi, khususnya pihak Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) untuk mengevaluasi persepsian obat kanker di Primaya Hospital Bekasi selama bulan Januari – Maret 2021, sehingga dapat dilakukan revisi atau perbaikan untuk formularium rumah sakit edisi berikutnya. Bagi IFRS Primaya Bekasi, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan, khususnya dalam menyediakan sarana dan prasarana yang lebih memadai, seperti lemari pendingin, ruang handling cytotoxic, alat medis dan cairan pelarut, dan sebagainya.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil pengamatan resep obat sitostatika di Primaya Hospital Bekasi selama bulan Januari – Maret 2021, dapat disimpulkan jumlah dan persentase obat sitostatika yang sering diresepkan adalah: Doxorubicin 21 kali peresepan (15,1 %); Curacil 17 kali peresepan (12,2 %); Leucovorin 15 kali peresepan (10,8 %); Vincristin 14 kali peresepan (10,1 %); Bleocin 14 kali peresepan (10,1 %); Cyclophosphamide 10 kali peresepan (7,2 %); Dacarbazine 7 kali peresepan (5,03%); Rexta 6 kali peresepan (4,3 %); Cisplatin, Herzetinib 5 kali peresepan (3,6%), Etoposide 8 kali peresepan (5,8 %); Methotrexate 7 kali peresepan (5,03 %) ; Brexel, Carboplatin 3 kali peresepan (2,2 %); Gemcitabine, Halaven 1 kali peresepan (0,72 %).

B. SARAN

1. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut menggunakan metode ABC atau Pareto untuk melihat seberapa besar pengaruh biaya yang diperlukan rumah sakit dalam hal pengadaan obat kanker dan sarana-prasarana yang mendukung terapi kanker. Hasil dari penelitian lebih lanjut ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi Primaya Hospital Bekasi mengenai manajemen logistik dan pihak PFT (Panitia Farmasi dan Terapi) khususnya dalam merevisi Formularium Primaya Hospital Bekasi.
2. Peningkatan sarana dan prasarana cytotoxic handling guna peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kanker di rumah sakit sehingga pada akhirnya akan meningkatkan kepuasan pasien dan keluarganya.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs297>. Diakses 28 Desember 2018.
2. Pusat Data Dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Situasi penyakit kanker. Jakarta: Kemenkes RI;2015, h.1.
3. Kelvin, J. F. dan Tyson, L. B. 2011. 100 Tanya Jawab Mengenai Gejala Kanker dan Efek Samping Pengobatan Kanker. Jakarta: PT. Indeks.
4. Sukardja, I. D. G. 2000. Onkologi Klinik. Edisi II. Surabaya: Airlangga University Press.
5. Junaidi I. 2007. Kanker. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer.
6. Abdulmuthalib. Prinsip dasar terapi sistemik pada kanker. Dalam: Setiati S, Alwi I, W. Sudayo Aru, K Simadibrata M, Setiyohadi B, Fahrial Syam A, editor. Ilmu penyakit dalam. Edisi 6. Jakarta: InternaPublishing;2014, h 2882.
7. Kementerian Kesehatan RI. 2011. Modul Penggunaan Obat Rasional. Kemenkes: Jakarta.

8. Depkes. 2009. Undang-Undang RI No.44 tahun 2009. Departemen Kesehatan Indonesia. Jakarta.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016. Jakarta: Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;2016.
10. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Depkes RI.2009. Pedoman Dasar Dispensing Sediaan Steril; 2009.
11. America Cancer Society. Basic cancer facts and figures 2016. Atlanta: American Cancer Society; 2013, h 1.
12. Nafrialdi, Gan S. Antikanker. Dalam: Gunawan SG, Setiabudy R, Nafrialdi Elysa beth, editor. Farmakologi dan terapi. Edisi 5. Jakarta: Gaya Baru;2007, h 732.
13. Tan HT, Rahardja K. Obat-obat penting. Edisi 6. Jakarta: Elex Media Komputindo;2007, h 208-9.
14. CancerHelps. Jenis-jenis Kanker (Cancer). 2004. <http://www.cancerhelps.com/jenis-jenis-kanker.htm>. Diakses 20 Januari 2019.
15. Sukardja, I. D. G. 2000. Onkologi Klinik. Edisi II. Surabaya: Airlangga University. Press.
16. William, S., Daely, C. L., Forsmark, C. E., 2008. Penuntun Terapi medis. Edisi XVIII. Penerbit Buku Kedokteran. Alih bahasa Indraty Secilia.
17. Nafrialdi GS. Antikanker. Dalam: Gunawan SG, Setiabudy R, Nafrialdi Elysa beth, editor. Farmakologi dan terapi. Edisi 5. Jakarta: Gaya Baru, Jakarta;2007, h 732 – 56.
18. Abdulmuthalib. Prinsip dasar terapi sistemik pada kanker. Dalam: Setiati S, Alwi I, W. Sudayo Aru, K Simadibrata M, Setiyohadi B, Fahrial Syam A, editor. Ilmu penyakit dalam. Edisi 6. Jakarta: InternaPublishing;2014, h 839-43.
19. Faisel C.W.T. 2012. Gambaran Efek Samping Kemoterapi Berbasis Antrasiklin pada Pasien Kanker Payudara di RSUD Dokter Soedarso Pontianak. Jurnal Penelitian.

20. Davey P. 2006. At a Glance Medicine. Alih bahasa: Anissa Raacmalia. Jakarta: Erlangga.
21. Childs, A.C., Phaneuf, S.L., Dirks, A.J., Phillips, T., and Leeuwenburgh, 2002, Doxorubicin Treatment in Vivo Causes Cytochrome c Release and Cardiomycocyte Apoptosis, As Well As Increased Mitochondrial Efficiency, Superoxide Dismutase Activity, and Bcl-2:Bax Ratio, *Cancer Research*, 62:4592-4598.
22. Minotti, G., Menna, P., Salvatorelli, E., Cairo, G., and Gianni, L. 2004. Anthracyclins: Molecular Advances and Pharmacologic Developments in Antitumor Activity and Cardiotoxicity. *Pharmacol Rev.*, 56:185-228.
23. Bruton, L., Lazo, J. S., and Parker, K. L., 2005, Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 11th Edition, McGrawHill, Lange.
24. American Society of Health – System Pharmacists. Leucovorin Calcium. Archived from the original on May 2017.
25. Longley, D.B. and Johnston, P.G., 2007, 5-Fluorouracil Molecular Mechanisms of Cell Death in Srivastava R., Apoptosis, Cell Signaling, and Human Diseases, Humana Press.

**PROFIL PERESEPAN ANTIPSIKOSIS DI UNIT RAWAT JALAN
RUMAH SAKIT X PERIODE APRIL – MEI 2021**

ARTIKEL JURNAL ILMIAH

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun oleh :

YULIYANTI

NPM. 18307208



POLITEKNIK PIKSI GANESHA

2021

PROFIL PERESEPAN ANTIPSIKOSIS DI UNIT RAWAT JALAN RUMAH SAKIT X PERIODE APRIL – MEI 2021

Yuliyanti¹, Wempi Eka Rusmana²

Program Studi Farmasi, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia¹

Program Studi Farmasi, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia²

devanyulihope@gmail.com¹ ; wempiekarusmana86@gmail.com²

Abstrak

Salah satu beban global yang sedang melanda di dunia saat ini adalah pandemi Covid- 19. Tetapi sebelum Covid-19 ditetapkan sebagai pandemik oleh WHO, dunia sedang berjuang menghadapi beban global gangguan jiwa. WHO menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa yang frekuensinya paling tinggi. Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang seringkali luput dari perhatian. Untuk menangani penyakit gangguan jiwa dibutuhkan terapi dengan antipsikosis yang bisa didapatkan di berbagai fasilitas kesehatan salah satunya di Rumah Sakit X yang melayani pasien dengan gangguan jiwa. Antipsikosis bermanfaat pada terapi psikosis akut maupun kronik, suatu gangguan jiwa seperti impian dan pikiran khayali (halusinasi) serta menormalkan perilaku yang tidak normal. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui profil persepan antipsikosis di unit rawat jalan farmasi Rumah Sakit X periode April-Mei 2021. Penelitian ini dilakukan menggunakan deskriptif kuantitatif dengan mengambil data primer dari resep dokter yang mengandung antipsikosis. Hasil yang diperoleh dapat melihat profil persepan antipsikosis yang paling banyak digunakan berdasarkan zat aktif, golongan obat, obat yang digunakan bersamaan dengan obat antipsikosis dan penggunaan obat antipsikosis yang paling banyak digunakan berdasarkan jenis kelamin. Hasil analisis akhir yang diperoleh dapat membantu dalam pengadaan obat antipsikosis di fasilitas kesehatan.

Kata kunci: profil, persepan, antipsikosis, unit rawat jalan, Rumah Sakit X

Abstract

One global burden that swallows in the world today is a pandemic Covid-19. But before Covid-19 was appointed as a pandemic by World Health Organization (WHO), the world struggled to face the global burden of mental disorders. The WHO states that depression and anxiety are the highest public mental disorders of prevalence. Mental disorders are one of the health problems that often run away. To deal with mental disorders, therapy with anti- psychosis can be obtained at various health facilities, one of which is at the X hospital that serves patients with mental disorders. Anti-psychosis is useful for acute and chronic psychosis therapy, mental disorders such as dreams and imaginary minds (hallucinations) and normalize abnormal behavior. The purpose of this study was to find out the profile of anti-psychosis in the pharmaceutical outpatient unit of the X hospital for the period April to May 2021. This research was conducted using quantitative descriptive by taking primary data from the prescription of doctors containing anti-psychosis. The results obtained can see the most widely used profiles of antipsychosis based on active substances, groups of drugs, drugs used together with antipsychotic drugs and the use of antipsychosis drugs that are most widely used based on sex. The results of the final analysis obtained can help in the procurement of antipsikosis drugs in health facilities.

Keywords : *profile, antipsikosis, outpatient unit, X Hospital*

PENDAHULUAN

Salah satu beban global yang sedang melanda di dunia saat ini adalah pandemi Covid-19. Tetapi sebelum Covid-19 ditetapkan sebagai pandemik oleh WHO, dunia sedang berjuang menghadapi beban global gangguan jiwa. Di negara-negara berkembang, penyakit tidak menular seperti gangguan jiwa dan penyakit jantung akan mengambil alih kedudukan penyakit infeksi dan kekurangan gizi sebagai penyakit yang menyebabkan kematian (Saleh, 2018). WHO menyatakan bahwa depresi dan kecemasan merupakan gangguan jiwa yang frekuensinya paling tinggi.

Studi Bank Dunia (*World Bank*) di beberapa negara menunjukkan bahwa hari-hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years* (DALY'S) disebabkan oleh masalah kesehatan jiwa. Angka ini lebih tinggi dari pada dampak yang disebabkan penyakit Tuberculosis (7.2%), kanker (5.8%), penyakit jantung (4.4%), maupun malaria (2.6%). Tingginya masalah tersebut menunjukkan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang besar di bandingkan dengan masalah kesehatan lainnya yang ada di masyarakat.

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang seringkali luput dari perhatian. Untuk menangani penyakit gangguan jiwa dibutuhkan terapi dengan antipsikosis. Antipsikosis bermanfaat pada terapi psikosis akut maupun kronik, suatu gangguan jiwa seperti impian dan pikiran khayali (halusinasi) serta menormalkan perilaku yang tidak normal (Tjay TH dan Rahardja, 2007). Terapi dengan antipsikosis dapat diberikan diberbagai fasilitas kesehatan, salah satunya adalah di Rumah Sakit X.

METODE

Metode penelitian yang di gunakan adalah dengan menggunakan metode deskripsi kuantitatif yaitu dengan mengambil data primer dari resep dokter yang mengandung antipsikosis di unit Rawat jalan di Rumah Sakit X periode April-Mei 2021. Tahapan dalam pengolahan data yaitu mengumpulkan data dan mencatat resep antipsikosis, mengklasifikasikan antipsikosis berdasarkan golongan obat, mengklasifikasikan obat lain yang digunakan bersama antipsikosis dan mengklasifikasikan resep antipsikosis berdasarkan jenis kelamin. Setelah data

selesai diambil akan dianalisis dan dilakukan perhitungan kemudian hasil akan dijabarkan dalam bentuk tabel.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil persepan antipsikosis di unit rawat jalan farmasi Rumah Sakit X periode April – Mei 2021.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pereseapan Antipsikosis di Rumah Sakit X Periode April – Mei 2021

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di unit farmasi Rumah Sakit X jumlah resep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 2297 resep dan semua resep tersebut akan menjadi sampel dalam penelitian ini. Dari resep yang diambil akan dibagi berdasarkan resep yang mengandung zat aktif dari antipsikosis, resep yang mengandung golongan obat antipsikosis, resep dengan obat-obatan lain yang digunakan bersama dengan obat antipsikosis dan resep antipsikosis yang diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin.

**Tabel 1. Pereseapan Antipsikosis di Rumah Sakit X
Periode April – Mei 2021**

No.	Zat Aktif	Bulan	Jumlah	Persentase (%)

	April	Mei	Resep (R/)	
1. Haloperidol	350	488	838	36.50
2. Resperidon	158	305	463	20.16
3. Klorpromazin	81	62	350	15.24
4. Klozapin	152	111	263	11.45
5. Trifluoperazin	17	09	26	9.84
6. Quetapin	34	87	121	5.26
7. Olanzapin	8	9	17	0.74
8. Zotepin	5	9	14	0.60
9. Aripiprazola	3	2	5	0.21
Total	1015	1282	2297	100.00

Tabel 1 diatas menggambarkan jenis antipsikosis yang paling banyak digunakan berdasarkan zat aktifnya. Dari ke sembilan obat tersebut, persentase obat antipsikosis terbanyak yang diresepkan adalah Haloperidol sebesar 36.50 %. Haloperidol memperlihatkan antipsikosis yang kuat dan efektif untuk fase mania penyakit manik depresif dan skizofrenia. Haloperidol menenangkan dan menyebabkan tidur pada orang yang mengalami eksitasi, menghambat system dopamine dan hipotalamus, juga menghambat muntah yang di timbulkan oleh apomorfine.

Peresepan Antipsikosis berdasarkan Penggolongan di Unit Rawat Jalan di Rumah Sakit X Periode April – Mei 2021

Peresepan antipsikosis dilihat berdasarkan golongan obatnya. Antipsikosis memiliki dua golongan yakni tipikal dan atipikal. Golongan antipsikosis tipikal umumnya hanya merespon mengatasi gejala positif.

Tabel 2. Peresepan Antipsikosis berdasarkan Penggolongan di Unit Rawat Jalan di Rumah Sakit X Periode April – Mei 2021

No.	Golongan	Bulan	Jumlah Resep	Persentase

Antipsikosis		April	Mei	(R/)	(%)
Atipikal					
1.	Risperidon	158	305	869	37.83
2.	Klozapin	152	111		
3.	Sulpiride	34	87		
4.	Olanzapin	8	9		
5.	Aripirazole	3	2		
Tipikal					
1.	Haloperidol	350	488	1428	62.17
2.	Klorpromazin	188	162		
3.	Trifluoperazin	117	109		
4.	Zotepin	5	9		
Total Peresepan		1015	1282	2297	100

Tabel 2 diatas menunjukkan perbedaan peresepan antipsikosis berdasarkan penggolongan obatnya. Berdasarkan penggolongan, pasien lebih banyak mendapat antipsikosis tipikal sebanyak 1428 R/ (62.17%) daripada antipsikosis atipikal sebanyak 869 R/ (37.83%).

Kebanyakan antipsikosis tipikal mempunyai afinitas tinggi dalam menghambat reseptor dopamin 2, hal inilah yang diperkirakan menyebabkan reaksi ekstrapiramidal yang kuat. Obat golongan antipikal pada umumnya mempunyai afinitas yang lemah terhadap dopamin 2 selain itu juga memiliki afinitas terhadap reseptor dopamin 4, serotonin, histamin, reseptor muskarinik dan reseptor alfa adrenergik.

Golongan Obat Lain yang Diresepkan Bersama Antipsikosis di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit X Periode April – Mei 2021

Antipsikosis sering digunakan bersama dengan obat lain untuk tujuan tertentu. Golongan obat lain yang sering digunakan bersama dengan antipsikosis adalah antiparkinson, antidepresi, antiansietas, antiepilepsi, vitamin dan lain-lain.

Tabel 3. Golongan Obat Lain yang Diresepkan Bersama Antipsikosis di Unit Rawat Jalan Rumah Sakit X Periode April – Mei 2021

No.	Golongan Obat	Bulan		Jumlah	
		April	Mei	Resep	Persentase (%)
1.	Antiparkinson	336	277	613	65.35
2.	Antidepresi	45	30	75	8.00
3.	Antiansietas	41	38	79	8.42
4.	Antiepilepsi	41	38	51	5.44
5.	Vitamin	9	13	22	2.34
6.	Lain – lain	50	48	98	10.45
Total		504	434	938	100.00

Dari tabel 3 menunjukkan golongan obat lain yang diresepkan bersama dengan antipsikosis. Dari golongan obat-obat tersebut golongan antiparkinson yang paling banyak diresepkan bersamaan antipsikosis dengan peresepan sebanyak 613 R/ (65.35%).

Penggunaan antiparkinson (Triheksifendil) untuk menanggulangi gangguan ekstrapiramidal yang umumnya merupakan efek samping dari antipsikosis. Antipsikosis diberikan guna mengatasi kegelisahan dan kecemasan dengan efek sedatif ringan. Sedangkan vitamin di berikan guna menambah nutrisi otak.

Penggunaan Obat Antipsikosis yang Paling Banyak Digunakan Berdasarkan Jenis Kelamin

Penggunaan obat antipsikosis diklasifikasikan berdasarkan jenis kelamin.

Pada tabel 4 dibawah ini menunjukkan jumlah pasien laki-laki yang menderita gangguan jiwa lebih banyak daripada perempuan, dengan persentase 690 orang (55.70%).

Tabel 4. Penggunaan Obat Antipsikosis yang Paling Banyak Digunakan Berdasarkan Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Bulan		Jumlah	
		April	Mei	Resep	Persentase (%)
1.	Laki – laki	273	417	690	55.70
2.	Perempuan	243	306	549	44.30
	Total	516	516	1239	100.00

Laki-laki biasanya mengalami perjalanan gangguan jiwa yang lebih berat dibandingkan perempuan. Selain itu faktor lingkungan sosial dapat mempengaruhi seseorang menderita gangguan jiwa. Sebagai kepala keluarga laki-laki memiliki tanggung jawab yang sangat besar. Perekonomian yang semakin sulit mengakibatkan keadaan seperti stress dalam pekerjaan, pengangguran akibat pemutusan hubungan kerja dan kemiskinan, dapat memicu seseorang mengalami gangguan jiwa berat.

KESIMPULAN

1. Peresepan antipsikosis berdasarkan zat aktif yang paling banyak digunakan adalah Haloperidol sebanyak 838 R/ (36.50%), sedangkan yang paling sedikit adalah Aripiprazole sebanyak 5 R/ (0.21%).
2. Peresepan antipsikosis berdasarkan penggolongan yang paling banyak adalah antipsikosis golongan tipikal 1428 R/ (62.17%) dan antipikal sebanyak 869 R/ (37.83%).
3. Golongan obat lain yang paling banyak diresepkan bersama antipsikosis adalah golongan antiparkinson sebanyak 613 R/ (65.35%).

4. Pasien gangguan jiwa berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak adalah pasien laki-laki sebanyak 690 orang (55.70%) dan pasien perempuan sebanyak 549 orang (44.30%).

DAFTAR PUSTAKA

- Arozal,. Wawaimuli., dkk. (2007) Farmakologi dan Terapi Edisi Kelima Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Jakarta.
- Arozal, W. dan Gan, S. Psikotropik. In: Gunawan, S. G., Setiabudy, R., Nafrialdi, dan Elysabeth (Eds.). (2009) Farmakologi dan Terapi Edisi 5. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Edisi ke 4. 1996. Juniman, P.T. (2018) 15,8 persen keluarga hidup dengan penderita gangguan mental. CNN Indonesia. Diambil dari :
<https://www.cnnindonesia.com/gayahidup/20180830182931-255-326289/158-persenkeluarga-hidup-denganpenderita-gangguan-mental>
- Katzung, Bertam G. (1998) Farmakologi Dasar dan Klinik Edisi Keenam Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: ECG.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2018) Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2013.
- Kemenkes RI (2016) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds). The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge (Massachusetts). Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. 1996 Mental Health Promotion and Suicide Prevention. 2019. Diambil dari :
<https://wfmh.global/world-mental-health-day-2019/>

- Sebayang, R. (2020) Efek Tabligh Akbar, Kasus Covid-19 di Malaysia Bertambah 190. Malaysia. Diambil dari :
<https://www.cnbcindonesia.com/news/20200315175314-4-145000/efektablighakbar-kasus-covid-19-di-malaysia-bertambah-190-kesehatandisarakandibenahi-demi-wujudkan-sdm-indonesia-yang-unggul>
- Satibi, Rokhman MR dan Aditama H. (2016) Manajemen Apotek. Yogyakarta; Gadj Mada University Press
- Sukandar, dkk. (2008) ISO Farmakoterapi. PT.ISFI. Penerbitan, Jakarta.
- Siswandono dan Soekarjo. Kimia Medisinal Edisi Kedua. Jakarta: Salemba Medika; 2000.
- Sinaga, B. Rudyanto. Skizofrenia dan Diagnosis Bandling. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2007.
- Tjay TH dan Rahardja. (2007) Obat- Obat Penting Edisi keenam: PT. Elex Media Komputindo.
- Tjay, Tan Hoan dan Kirana Rahardja. (2007) Obat-Obat Penting Khasiat, Penggunaan dan Efek-Efek Sampingnya, Edisi Keenam. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo;.
- Utari. (2019) Kendala Penanganan Kesehatan Mental di Indonesia. Diambil dari :
<https://www.suara.com/yoursay/2019/12/23/121930/butuh-perhatianinikendalapenanganan-kesehatan-mental-di-indonesia>
- World Health Organization. (2017) Mental Health ATLAS 2017. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). Mental health in the workplace. Diambil dari :
https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/
- World Health Organization. (2014) Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: World Health Organization.

**ANALISIS PEMAKAIAN OBAT RASIONAL GOLONGAN
DIABETES MELLITUS TIPE II PADA PASIEN RAWAT JALAN
DI KLINIK JANTUNG HASNA MEDIKA INDRAMAYU**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

NINA OKTAVIANA

NPM. 18307177



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG**

2021

ABSTRAK

Diabetes Melitus (DM) didefinisikan sebagai penyakit kronis atau gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak akibat tidak cukupnya sekresi insulin pada jaringan. Tujuan dari studi ini untuk mengetahui dan analisis pemakaian obat rasional golongan DM Tipe II pada pasien rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu pada periode bulan Maret 2021. Studi yang dilakukan merupakan non-eksperimental dengan rancangan *cross-sectional* yang bersifat deskriptif. Data yang diperoleh bersifat *retrospektif* dengan menggunakan resep dan rekam medis pasien DM Tipe II. Data yang diperoleh dianalisis kesesuaiannya dengan standar PERKENI 2015. Hasil dari studi ini menunjukkan bahwa berdasarkan Karakteristik jenis kelamin paling banyak perempuan 65%, sedangkan laki-laki sebanyak 35%. Dan berdasarkan usia lansia 46-65 tahun 40,8%, manula >65 tahun 29,1%, dan dewasa 35-45 tahun 27,2%. Pengobatan Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hana Medika Indramayu yang rasional sebanyak 97,08%, untuk terapi tidak rasional sebanyak 2,91%. Penggunaan obat antidiabetik yang banyak digunakan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu berdasarkan PERKENI 2015 dilihat dari kriteria tepat indikasi sebesar 98,05 %, tepat obat 99,02 %, tepat dosis, tepat cara pemakaian, tepat interval waktu dan kepatuhan penggunaan obat sebesar 100%.

Kata Kunci: Diabetes Mellitus Tipe 2, Analisis, Evaluasi Rasionalitas Pengobatan.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is defined as a chronic disease or disorder of carbohydrate, protein and fat metabolism due to insufficient insulin secretion in tissues. The purpose of this study was to determine and analyze the rational use of type II diabetes drugs in outpatients at the Hasna Medika Indramayu Heart Clinic in the period March 2021. The study was a non-experimental with a descriptive cross-sectional design. The data obtained are retrospective using prescriptions and medical records of Type II DM patients. The data obtained were analyzed for conformity with the 2015 PERKENI standard. The results of this study show that based on gender characteristics, the majority of women are 65%, while men are 35%. And based on the elderly age 46-65 years 40.8%, seniors >65 years 29.1%, and adults 35-45 years 27.2%. Treatment of Type II Diabetes Mellitus at the Heart Clinic of Hana Medika Indramayu which is rational as much as 97.08%, for irrational therapy as much as 2.91%. The use of antidiabetic drugs that are widely used at the Hasna Medika Indramayu Heart Clinic based on PERKENI 2015 seen from the criteria for the right indication of 98.05%, the right drug 99.02%, the right dose, the right usage, the right time interval and 100% adherence to the drug use.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus, Analysis, Evaluation of Treatment Ration

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT.....	iii
DAFTAR ISI	Error! Bookmark not defined.
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	2
1.3. Tujuan Penelitian	2
1.4. Kegunaan Penelitian.....	3
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KRANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN.....	4
2.1. Kajian Pustaka.....	4
2.1.1. Analisis.....	4
2.1.2. Pemakaian	4
2.1.3. Obat.....	6
2.1.4. Diabetes Militus	6
2.1.5. Pasien	10
2.1.6. Rawat Jalan	10
2.1.7. Klinik	10
2.2. Kerangka Pemikiran.....	10
2.3. Hipotesis Penelitian.....	11
BAB III METODOLEGI PENELITIAN.....	12
3.1. Metodologi Penelitian	12
3.2. Populasi Dan Sampel Penelitian	12
3.3. Instrumen Penelitian.....	12
3.4. Teknik Pengumpulan Data.....	13
3.5. Teknik Pengolahan Dan Analisis Data	13
3.6. Prosedur Kerja.....	13

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	14
4.1. Hasil Dan Pembahasan Analisis Pemakaian Obat Diabetes Millitus Tipe II.....	14
4.1.1. Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Usia.....	14
4.1.2. Karakteristik Berdasarkan Penyakit Komplikasi	15
4.1.3. Penggunaan Obat Diabetes Melitus Tipe II	16
4.1.4. Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Diabetes Melitus Tipe II.....	17
BAB V KESIMPULAN DAN PENUTUP.....	21
5.1. KESIMPULAN	21
5.2. SARAN	21
DAFTAR PUSTAKA.....	2

DAFTAR TABEL

Table 4.1.1 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Usia.....	14
Tabel 4.1.2 Karakteristik Berdasarkan Penyakit Komplikasi	15
Tabel 4.1.3 Penggunaan Obat Diabetes Tipe II	16
Tabel 4.1.4 Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Diabetes Melitus Tipe II.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Diabetes Melitus (DM) didefinisikan sebagai penyakit kronis atau gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak akibat tidak cukupnya sekresi insulin pada jaringan. Diabetes Melitus merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia, karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Hiperglikemia adalah suatu keadaan dimana kadar glukosa dalam darah meningkat atau melebihi batas normal.

Menurut *World Health Organization* (WHO) kenaikan jumlah penyakit Diabetes Melitus di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 bertambah menjadi 21,3 juta pada tahun 2030. *International Diabetes Federation* (IDF) memprediksi bahwa pada tahun 2009-2014 adanya kenaikan jumlah penyakit Diabetes Melitus dari 9,1 juta pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 prevalensi penyakit Diabetes Melitus, pada usia ≥ 15 tahun di Indonesia mengalami peningkatan dari 1,5% di tahun 2013 menjadi 2,0% di tahun 2018.

Penyakit Diabetes Melitus tidak dapat menyebabkan kematian secara langsung, tetapi dapat berakibat fatal jika penggunaan terapinya tidak tepat. Ketidaktepatan terapi dapat menyebabkan kondisi pasien semakin memburuk dengan munculnya penyakit komplikasi, diantaranya komplikasi makrovaskular seperti penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah otak, dan penyakit pembuluh darah perifer. Penyakit Diabetes Melitus memerlukan perawatan medis jangka panjang agar dapat mengendalikan berbagai risiko multifaktor demi tercapainya terapi yang maksimal dalam pengontrolan kadar glukosa darah. Pentingnya perawatan untuk pasien Diabetes Melitus adalah mencegah terjadinya komplikasi akut dan mengurangi risiko terjadinya komplikasi berkelanjutan, sehingga tidak membahayakan jiwa maupun kualitas hidup seseorang.

Tingginya angka kejadian Diabetes Melitus serta pentingnya penanganan secara tepat mendorong dibutuhkannya pengobatan secara rasional. Saat ini rasionalitas penggunaan obat masih menjadi masalah besar dalam dunia pengobatan. Rasionalitas pengobatan terdiri atas ketepatan terapi yang dipengaruhi proses diagnosis, pemilihan terapi, pemberian terapi, serta evaluasi terapi.

Penggunaan obat yang rasional harus tepat dalam hal indikasi, tepat dosis, tepat obat dan tepat cara penggunaan serta lama penggunaan obat. Menurut *World Health*

Organization (WHO) terdapat 50% lebih penggunaan obat tergolong tidak rasional dalam hal persepsian, penyiapan, ataupun penjualannya, 50% lainnya adalah penggunaan yang tidak tepat oleh pasien.

Ketidakrasionalan penggunaa obat dapat menyebabkan meningkatnya biaya pengobatan. Dampak kerugian yang didapat bisa mencapai miliaran pertahunnya akibat terjadinya reaksi obat yang merugikan dan kesalahan pengobatan. Penggunaan obat yang rasional sangat penting untuk pasien agar tercapainya kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat yang lebih baik. Salah satu upaya untuk mencegah penggunaan obat tidak rasional adalah dengan melakukan evaluasi penggunaan obat. Kegiatan ini merupakan suatu proses jaminan mutu yang terstruktur dan dilakukan secara terus menerus untuk menjamin agar obat-obat yang digunakan tepat, aman dan efisien.

Berdasarkan uraian diatas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengobatan Diabetes Melitus Tipe II pada pasien rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu berdasarkan parameter tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat interval waktu, dan kepatuhan pengambilan obat.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas maka dapat diambil rumusan masalah sebagai berikut:

- A. Bagaimana pola penggunaan obat antidiabetes oral pada pasien Diabetes Melitus Tipe II rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu?
- B. Bagaimana persentase rasionalitas pengobatan Diabetes Melitus Tipe II pada pasien rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu ?

1.3. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas maka dapat diambil tujuan penelitian sebagai berikut:

- A. Tujuan Umum
 - 1) Untuk mengetahui pola penggunaan obat antidiabetes oral pada pasien Diabetes Melitus Tipe II rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu
 - 2) Untuk mengetahui persentase rasionalitas pengobatan Diabetes Melitus Tipe II pada pasien rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu

B. Tujuan Khusus

- 1) Mengetahui kesesuaian indikasi pengobatan Diabetes Militus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.
- 2) Mengetahui kesesuaian obat dalam pengobatan Diabetes Militus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.
- 3) Mengetahui kesesuaian dosis pengobatan Diabetes Militus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.
- 4) Mengetahui kesesuaian pasien dalam pengobatan Diabetes Militus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.

1.4. Kegunaan Penelitian

A. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan saran serta keritik atau masukan pada Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu, dalam hal penyediaan obat-obatan Diabetes agar meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya untuk pasien-pasien Diabetes Militus Tipe II.

B. Bagi Peneliti

Merupakan pengalaman berharga bagi peneliti yang dapat menambah ilmu pengetahuan dan wawasan peneliti sehingga meningkatkan kinerja yang optimal dalam melakukan analisa

C. Bagi Ilmu Pengetahuan

Memberikan informasi tentang penggunaan obat Antidiabetes oral dalam proses pengobatan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II rawat jalan yang sering terjadi.

D. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat dipakai sebagai salah satu kajian dasar untuk penelitian lanjutan dan bahan bacaan kepustakaan

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1. Kajian Pustaka

2.1.1. Analisis

Menurut kamus besar bahasa Indonesia analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya. Sedangkan menurut Komaruddin dalam Syafrilia (2013) analisis adalah kegiatan berpikir untuk menguraikan suatu keseluruhan menjadi komponen sehingga dapat mengenal tanda-tanda komponen, hubungannya satu sama lain dan fungsi masing-masing dalam satu keseluruhan yang terpadu. Dari pendapat diatas penulis menyimpulkan bahwa analisis adalah suatu penyelidikan terhadap suatu peristiwa, komponen dan hubungannya satu sama lain untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya dalam satu keseluruhan yang padu.

2.1.2. Pemakaian

1. Pengertian Pemakaian obat

Menurut kamus besar bahasa Indonesia pemakaian adalah proses, cara, perbuatan memakai, penggunaan.

World Health Organization WHO (2010) menjelaskan definisi dari pemakaian obat rasional, pemakaian Obat Rasional adalah apabila pasien menerima pengobatan sesuai dengan kebutuhan klinisnya, dalam dosis yang sesuai dengan kebutuhan, dalam periode waktu yang sesuai dan dengan biaya yang terjangkau oleh dirinya dan kebanyakan masyarakat.

Cara pemakaian Obat yaitu :

- 1) Penggunaan obat tidak untuk pemakaian secara terus menerus.
- 2) Gunakan obat sesuai dengan anjuran yang tertera pada etiket atau brosur.
- 3) Bila obat yang digunakan menimbulkan hal-hal yang tidak diinginkan, hentikan penggunaan dan tanyakan kepada Apoteker dan dokter.
- 4) Hindarkan menggunakan obat orang lain walaupun gejala penyakit sama.
- 5) Untuk mendapatkan informasi penggunaan obat yang lebih lengkap, tanyakan kepada Apoteker.

2. Indikator Pemakaian Obat

Menurut kementrian RI (2011) penggunaan obat dikatakan rasional apabila memenuhi kriteria :

a) Tepat Indikasi Penyakit.

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya di indikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya di anjurkan untuk pasien yang member gejala adanya infeksi bakteri.

b) Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi di ambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

c) Tepat Dosis

Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapinya kadar terapi yang di harapkan.

d) Tepat Cara Pemberian

Obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan, sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

e) Tepat Waktu Interval Pemberian

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah di taati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

f) Tepat Lama Pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing –masing. Untuk tuberkolosis dan kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari.

Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

2.1.3. Obat

1. Pengertian Obat

Dalam farmakologi, Obat adalah zat kimia, biasanya struktur kimianya diketahui, yang ketika diberikan pada organisme hidup akan menghasilkan efek biologis. obat farmasi, juga disebut medikasi atau obat dalam pemahaman masyarakat umum, adalah zat kimia yang digunakan untuk mengobati, menyembuhkan, mencegah, atau mendiagnosis suatu penyakit atau untuk meningkatkan kesejahteraan.

2. Penggolongan Obat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 917/Menkes/Per/X/1993 yang kini telah diperbaiki dengan Permenkes RI Nomor 949/Menkes/Per/IV/2000. Penggolongan obat berdasarkan jenis dan penandaan terdiri dari : obat bebas, obat bebas terbatas, obat wajib apotek, obat keras, psikotropika dan narkotika

2.1.4. Diabetes Militus

1. Pengertian Diabetes Militus

Diabetes Mellitus adalah penyakit autoimun kronis yang disebabkan oleh gangguan pengaturan gula darah. Itulah kenapa Diabetes juga sering disebut sebagai penyakit gula atau kencing manis. Diabetes Mellitus merupakan suatu kelompok Metabolik dengan karakteristik Hiperglikemia yang terjadi karena kelainan Sekresi Insulin, Kerja Insulin, Atau Kedua-duanya (*American Diabetes Association, 2010*)

2. Klasifikasi Diabetes Militus Tipe II

Klasifikasi Diabetes Mellitus berdasarkan etiologi menurut PERKENI (2015) adalah sebagai berikut :

- Diabetes melitus tipe I
- Diabetes melitus tipe II
- Diabetes Melitus Tipe Lain

3. Diagnosis Diabetes Mellitus Tipe II

Diagnosis Diabetes Mellitus ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan glukosa darah secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Penggunaan darah vena ataupun kapiler tetap dapat dipergunakan dengan memperhatikan angka-angka kriteria diagnostik yang berbeda sesuai pembakuan oleh *World Health Organization* (WHO). Untuk tujuan pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler.

Diagnosis Diabetes Mellitus dapat ditegakkan melalui pemeriksaan darah vena dengan sistem enzimatik dengan hasil :

1. Gejala klasik + GDP ≥ 126 mg/dl
2. Gejala klasik + GDS ≥ 200 mg/dl
3. Gejala klasik + GD 2 jam setelah TTGO ≥ 200 mg/dl
4. Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GDP ≥ 126 mg/dl
5. Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GDS ≥ 200 mg/dl
6. Tanpa gejala klasik + 2x Pemeriksaan GD 2 jam setelah TTGO ≥ 200 mg/dl
7. HbA1c $\geq 6.5\%$

4. Factor Resiko Diabetes Mellitus Tipe II

Faktor risiko Diabetes Mellitus Tipe II dikelompokkan menjadi 3 kelompok yaitu faktor risiko sosiodemografi, perilaku dan gaya hidup dan keadaan klinis dan mental (Irawan, 2010). Faktor risiko sosiodemografi Diabetes Mellitus Tipe II adalah umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan. Aktifitas fisik, konsumsi sayur dan buah, asap rokok dan alkoholisme termasuk ke dalam faktor risiko pola hidup pada Diabetes Mellitus Tipe II. Indeks massa tubuh, lingkar perut, tekanan darah, kadar kolesterol dan stress adalah faktor risiko kondisi klinis dan mental Diabetes Mellitus Tipe II. Selain itu, ada juga faktor risiko riwayat kesehatan keluarga terutama riwayat Diabetes Mellitus (Fitriyani, 2012).

5. Manifestasi Klinik Diabetes Mellitus Tipe II

Tanda dan gejala diabetes melitus menurut Smeltzer et al, (2013) dan Kowalak (2011), yaitu:

1. Poliuria (air kencing keluar banyak) dan polydipsia (rasa haus yang berlebih) yang disebabkan karena osmolalitas serum yang tinggi akibat kadar glukosa serum yang meningkat.
2. Anoreksia dan polifagia (rasa lapar yang berlebih) yang terjadi karena glukosuria yang menyebabkan keseimbangan kalori negatif.
3. Keletihan (rasa cepat lelah) dan kelemahan yang disebabkan penggunaan glukosa oleh sel menurun.
4. Kulit kering, lesi kulit atau luka yang lambat sembuhnya, dan rasa gatal pada kulit.
5. Sakit kepala, mengantuk, dan gangguan pada aktivitas disebabkan oleh kadar glukosa intrasel yang rendah.
6. Kram pada otot, iritabilitas, serta emosi yang labil akibat ketidakseimbangan elektrolit.
7. Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur yang disebabkan karena pembengkakan akibat glukosa.
8. Sensasi kesemutan atau kebas di tangan dan kaki yang disebabkan kerusakan jaringan saraf.
9. Gangguan rasa nyaman dan nyeri pada abdomen yang disebabkan karena neuropati otonom yang menimbulkan konstipasi.
10. Mual, diare, dan konstipasi yang disebabkan karena dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit serta neuropati otonom.

6. Komplikasi Diabetes Militus Tipe II

Diabetes yang tidak terkontrol dengan baik akan menimbulkan komplikasi akut dan kronis. Menurut PERKENI (2015) komplikasi Diabetes Mellitus dapat dibagi menjadi dua kategori, yaitu :

a) Komplikasi Akut Diabetes Mellitus Tipe II

▪ Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kadar glukosa darah seseorang di bawah nilai normal (< 50 mg/dl). Hipoglikemia lebih sering terjadi pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 1 yang dapat dialami 1-2 kali per minggu, Kadar gula darah yang terlalu rendah menyebabkan sel-sel otak tidak mendapat pasokan energi sehingga tidak berfungsi bahkan dapat mengalami kerusakan.

- **Hiperglikemia**

Hiperglikemia adalah apabila kadar gula darah meningkat secara tiba-tiba, dapat berkembang menjadi keadaan metabolisme yang berbahaya, antara lain ketoasidosis diabetik, Koma Hiperosmoler Non Ketotik (KHNK) dan kemolakto asidosis.

b) **Komplikasi Kronik Diabetes Mellitus Tipe II**

- **Mikrovaskular**

Komplikasi mikrovaskuler terutama terjadi pada penderita Diabetes Mellitus Tipe 1 seperti nefropati, diabetik retinopati (kebutaan), neuropati, dan amputasi

- **Makrovaskular**

Komplikasi makrovaskuler yang umum berkembang pada penderita Diabetes Mellitus adalah trombositis otak (pembekuan darah pada sebagian otak), mengalami Penyakit Jantung Koroner (PJK), gagal jantung kongestif, dan stroke.

7. Obat Hipoglikemik Oral (OHO)

Apabila kadar glukosa darah belum mencapai sasaran, dilakukan intervensi farmakologis dengan Obat Hipoglikemik Oral (OHO). Dengan pertimbangan tertentu, Obat Hipoglikemik Oral (OHO) dapat segera diberikan secara tunggal atau langsung kombinasi, sesuai indikasi.

a) **Golongan Sulfonilurac**

Obat ini digunakan sebagai terapi farmakologis pada awal pengobatan Diabetes dimulai, terutama bila konsentrasi glukosa darah tinggi. Obat yang tersedia meliputi Sulfonilurea generasi pertama (Asetoheximid, Klorpropramid, Tolbutamid, Tolazamid), generasi kedua (Glipizid, Glibenklamid, Glikuidon, Glikopiramid), dan generasi ketiga (Glimepirid).

b) **Golongan Biguanid**

Dikenal 3 jenis golongan Biguanid, yaitu Fenformin, Buformin dan Metformin. Fenformin telah ditarik dari peredaran karena sering menyebabkan asidosis laktat. Metformin ($C_4H_{11}N_5$) adalah obat pertama yang akan diberikan dokter kepada penderita Diabetes Mellitus Tipe II. Jika dengan metformin kadar gula darah tetap tidak terkontrol, barulah biasanya metformin dikombinasikan dengan golongan obat lainnya.

c) Golongan Tiazolidinediones

Thiazolidinediones atau juga dikenal dengan obat golongan Glitazone juga kerap diberikan untuk membantu mengendalikan kadar gula darah pada pasien Diabetes Mellitus Tipe II. Obat ini bekerja dengan cara membantu tubuh untuk menghasilkan lebih banyak insulin. Golongan ini lazim juga disebut the Glitazones. Contoh yang paling sering digunakan adalah Pioglitazone

2.1.5. Pasien

Menurut Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

2.1.6. Rawat Jalan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005:806) Rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap.

2.1.7. Klinik

Menurut Undang-Undang RI Nomor 9 tahun 2014 klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis.

2.2. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian merupakan proses keberhasilan pembelajaran. Selain itu, kerangka pemikiran memberikan berbagai permasalahan yang penulis hadapi dan permasalahan objek yang akan diteliti oleh penulis.

Sugiyono mengemukakan bahwa yang dimaksud metodologi penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan tertentu. dalam penelitian ini penulis menggunakan metode survey deskriptif, dimana dalam penelitian ini bertujuan untuk Mengetahui kesesuaian indikasi, obat dan dosis dalam pengobatan Diabetes Militus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.

2.3. Hipotesis Penelitian

Menurut Ari kunto (2010, hlm 110) hipotesis dapat di artikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara. Belum adanya evaluasi dari hasil penelitian tersebut oleh karena itu saya mengajukan karya ilmiah ini untuk dapat di tindak lanjuti kepada para peneleti setelah saya yang melakukan hasil riset terhadap klinik tersebut. Dan untuk yang ingin melanjutkan penelitian mudah2an dapat memberikan hasil evaluasi yang tepat dan gambaran secara luas khususnya bagi para pembaca dan penulis.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metodologi Penelitian

Sugiyono mengemukakan bahwa yang dimaksud metodologi penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan tertentu. Dalam penelitian ini penulis menggunakan metode survey deskriptif, Dimana dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana analisis persepan penggunaan obat anti Diabetes Mellitus Tipe II berdasarkan resep pada pasien rawat jalan poliklinik penyakit dalam di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu periode bulan Maret 2021.

3.2. Populasi Dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Dalam penelitian ini populasi yang digunakan adalah seluruh pasien rawat jalan poliklinik penyakit dalam di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu periode Maret 2021.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara acak sederhana (Simple Random Sampling), kemudian dihitung menggunakan rumus Slovin :

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi

e = besar kesalahan yang ditoleransi 5%

$$n = \frac{297}{1 + 297(5\%)^2}$$

$$n = 170,4$$

3.3. Instrumen Penelitian

Instrument penelitian data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer, Dimana pada penelitian ini data diambil langsung oleh peneliti dari resep yang mengandung obat anti Diabetes Mellitus Tipe II.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Dimana pada penelitian ini dilakukan oleh peneliti dengan cara mengumpulkan dan melihat dari lembar resep yang mengandung obat anti Diabetes Mellitus Tipe II kemudian memasukkan data kedalam table frekuensi.

3.5. Teknik Pengolahan Dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan Microsoft Excel, Kemudian di sajikan dalam bentuk tabel, sehingga di dapat analisis peresepan penggunaan obat anti Diabetes Mellitus Tipe II pada pasien rawat jalan berdasarkan persentase penggunaan obat.

2. Analisa Data

Dilakukan secara deskriptif dengan melihat lembar resep pada periode bulan Maret 2021 di Instalasi Farmasi Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu.

3.6. Prosedur Kerja

1. Mengumpulkan semua lembar resep penggunaan obat-obatan Diabetes Melitus Tipe II yang ada di instalasi farmasi Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu pada bulan Maret 2021.
2. Mencatat sampling resep penggunaan obat-obatan Diabetes Melitus Tipe II bulan maret 2021.
3. Mencatat Menghitung persentase resep penggunaan obat anti Diabetes Melitus Tipe II periode bulan maret 2021.
4. Menghitung presentase dengan rumus sebagai berikut.

$$I = \frac{n}{p} \times 100 \%$$

I : Jumlah presentase obat dari jumlah obat keseluruhan

n : Jumlah rata-rata obat

p : Jumlah keseluruhan obat

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Dan Pembahasan Analisis Pemakaian Obat Diabetes Millitus Tipe II

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis lakukan terhadap analisis resep obat anti Diabetes Mellitus Tipe II pada pasien rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu periode bulan Maret 2021 diperoleh *sample* data resep obat anti Diabetes Melitus Tipe II yaitu 103 lembar resep (34,6%) dari 297 lembar resep (100%).

4.1.1. Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Usia

Table 4.1.1 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin Dan Usia

No	Karakteristik Pasien	Jumlah	Presentase %
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	67	65 %
	Laki-Laki	36	35 %
2	Usia		
	26-35 tahun	3	2,9 %
	36-45 tahun	28	27,2 %
	46-65 tahun	42	40,8 %
	> 65 tahun	30	29,1 %
	Total	103	100 %

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah pasien Diabetes Melitus Tipe II berdominan pada jenis kelamin perempuan yakni 67 pasien (65%) dibandingkan laki-laki 36 pasien (35%). Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya prevalensi penderita Diabetes Melitus Tipe II pada perempuan lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini karena perempuan memiliki Sindrom siklus bulanan yang tidak teratur pasca menopause yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi mudah terakumulasi akibat proses hormonal efeknya perempuan lebih berisiko menderita Diabetes Melitus Tipe II. Faktor gaya hidup tidak sehat, obesitas juga dapat mempengaruhi kerja insulin. Jaringan lemak yang menumpuk akan menghambat kerja insulin di jaringan tubuh dan otot sehingga glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel dan menimbun di dalam darah yang mengakibatkan hiperglikemia.

Berdasarkan usia pasien yang menderita penyakit Diabetes Melitus Tipe II paling banyak pada usia lansia 46 - 65 tahun yakni 42 pasien (40,8%), manula >65

tahun 30 pasien (29,1%), usia dewasa akhir 35 - 45 tahun 28 pasien (27,8%), sedangkan untuk usia dewasa awal 26 - 35 tahun 3 pasien (2,9%). Data yang diperoleh sesuai dengan pernyataan dari *American Diabetes Association* (ADA) menyatakan bahwa usia diatas 45 tahun merupakan salah satu faktor risiko terjadinya penyakit Diabetes Melitus Tipe II. Orang yang mempunyai usia lebih dari 45 tahun dengan pengaturan diet glukosa yang rendah akan mengalami penyusutan sel-sel beta pankreas. Sel beta pankreas yang tersisa pada umumnya masih aktif, tetapi sekresi insulinnya semakin berkurang. Pertambahan usia menjadi faktor resiko tinggi pada penyakit Diabetes Melitus Tipe II, hal ini berkaitan dengan penurunan fungsi sel pankreas, sekresi insulin, dan resistensi insulin akibat berkurangnya masa otot dan perubahan vascular. Kurangnya aktivitas fisik, juga dapat menyebabkan seseorang rentan terhadap berat badan berlebih bahkan obesitas.

4.1.2. Karakteristik Berdasarkan Penyakit Komplikasi

Tabel 4.1.2 Karakteristik Berdasarkan Penyakit Komplikasi

No	Diagnosa	Jumlah	Presentasi %
1	Diabetes Melitus Tipe II dengan Penyakit Komplikasi	103	100%
2	Diabetes Melitus Tipe II Tanpa Penyakit Komplikasi	0	0
Total		103	100%

Tabel diatas menunjukkan pasien Diabetes Melitus Tipe II dengan penyakit komplikasi sebanyak 103 kasus dengan presentase 100% sedangkan Diabetes Melitus Tipe II tanpa penyakit komplikasi tidak ditemukan. Hal ini menunjukkan bahwa pasien Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu banyak yang mengalami penyakit komplikasi. Pasien Diabetes Melitus lebih rentan mengalami penyakit komplikasi, karena kadar gula darah yang tidak terkontrol dengan baik dapat menimbulkan berbagai komplikasi. Semakin lama Diabetes yang diderita pasien akan semakin besar kemungkinan terjadi komplikasi. Hasil ini sejalan dengan penelitian arifin Ibrahim yang menyatakan bahwa 50% penderita Diabetes Melitus Tipe II mengalami komplikasi antara lain hipertensi, ulkus.

4.1.3. Penggunaan Obat Diabetes Melitus Tipe II

Berdasarkan rekam medik, pasien Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu mendapatkan obat-obat hipoglikemik oral yang meliputi golongan biguanid, sulfonilurea, Tiazolidindion dan kombinasi ketiganya. Gambaran penggunaan obat Antidiabetik pada pasien Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu dapat dilihat dibawah ini:

Tabel 4.1.3 Penggunaan Obat Diabetes Tipe II

No	Golongan	Obat Yang Diberikan	Jumlah	Presentasi
1	Biguanid	Metformin	19	18,45 %
2	Sulfonilurea	Glikuidon	12	11,65 %
		Glikazid	9	8,73 %
3	Tiazolidindion	Pioglitazone	2	1,94 %
	Kombinasi Golongan Obat	Metformin+Glikuidon	25	24,27 %
		Metformin+Glikazid	14	13,59 %
		Metformin+Pioglitazone	22	21,36 %
	Total		103	100 %

Hasil penelitian menunjukkan gambaran penggunaan obat antidiabetik pada pasien Diabetes Melitus Tipe II yang digunakan yaitu obat tunggal dan kombinasi. Pada penelitian ini, dari 103 kasus Diabetes Melitus Tipe II terdapat 19 kasus menggunakan obat tunggal Antidiabetik golongan biguanid (metformin), 21 kasus golongan Sulfonilurea (Gliquidon), 2 kasus golongan Tiazolidindion dan 25 kasus menggunakan obat kombinasi (Metformin, gliquidon) 14 kasus obat kombinasi (Metformin,Glikazid) serta 22 kasus menggunakan obat kombinasi (metformin, Pioglitazone).

Golongan biguanid dengan jenis obat metformin dan golongan sulfonilurea (glikuidon,glikazid) banyak digunakan untuk pasien diabetes militus tipe II rawat jalan di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu dengan presentasi 18,45 % dan 20,38% banyaknya penggunaan metformin dipertimbangkan kembali dengan kondisi pasien. Pasien bertubuh gemuk atau obesitas, lebih tepat jika menggunakan metformin.

Hasil penelitian terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah Metformin dan Gliquidon sebanyak 25 kasus dengan presentasi 24,27 %. penggunaan obat golongan Biguanida, Sulfonilurea dan Tiozolidindion bekerja dengan saling menguntungkan dimana golongan Sulfonilurea bekerja untuk

pemicu sekresi insulin dan golongan Biguanida serta Tiozolidindion berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas sel terhadap insulin, sehingga lebih banyak glukosa atau gula yang bisa diolah dan digunakan oleh tubuh

4.1.4. Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Diabetes Melitus Tipe II

Evaluasi kerasionalan penggunaan obat antidiabetik dilakukan untuk mengetahui kesesuaian obat antidiabetik yang diberikan dengan standar (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015. Penelitian ini akan dilakukan evaluasi kerasionalan penggunaan obat antidiabetik terhadap tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat interval waktu, kepatuhan pengambilan obat.

Tabel 4.1.4 Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Diabetes Melitus Tipe II

No	Hasil	Jumlah Pasien		Presentasi (%)
		Tepat	Tidak Tepat	
1	Tepat Indikasi	101	2	98,05%
2	Tepat Pemilihan Obat	102	1	99,02%
3	Tepat Dosis	103		100%
4	Tepat Cara Pemberian	103		100%
5	Tepat Interval Waktu	103		100%
6	Kepatuhan Pengambilan Obat	103		100%

1. Tepat Indikasi

Hasil penelitian diatas didapat dari rekam medik yang dievaluasi tepat indikasi dilakukan dengan merujuk pada pedoman penatalaksanaan Diabetes melitus dari (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015. Berdasarkan evaluasi rasionalitas diperoleh sebanyak 101 pengobatan pasien sebesar (98,05%) teridentifikasi tepat indikasi dan hanya 2 pasien (1,94%) tidak tepat indikasi.

Tepat indikasi merupakan pemberian obat yang sesuai dengan ketepatan diagnosis dan keluhan dari pasien. Pada penelitian ini penilaian yang digunakan yaitu pasien awal atau baru didiagnosis menderita Diabetes Melitus Tipe II

Menurut (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015 diagnosis Diabetes Melitus ditegakkan atas pemeriksaan glukosa darah. Diabetes Melitus dapat ditegakkan melalui tiga cara yang pertama jika keluhan klasik ditemukan maka pemeriksaan glukosa sewaktu >200 mg/dl sudah cukup untuk menegakkan diagnosa Diabetes Melitus. Kedua pemeriksaan glukosa plasma ≥ 126 mg/dl dengan adanya keluhan klasik dan yang ketiga adalah Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO).

2. Tepat Pemilihan Obat

Berdasarkan penelitian hasil ketepatan pemilihan obat sebanyak 102 kasus dengan persentase 99,02% dan tidak tepat obat sebanyak 1 kasus dengan presentase 0,97%. Pada penderita Diabetes Melitus komplikasi hipertensi yaitu darah yang terlalu kental akibat tingginya kadar gula dapat menyebabkan penyempitan pada pembuluh darah yang mengakibatkan otot jantung menjadi lemah. Menurut *American Diabetes Association* (ADA) pengobatan Diabetes Melitus komplikasi hipertensi diberikan obat golongan ACE dan ARBs untuk mencapai tekanan darah 130/80 mmHg yang harus dicapai pasien Diabetes Melitus komplikasi hipertensi. Ketepatan pemilihan obat adalah kesesuaian pemilihan suatu obat diantara beberapa jenis obat yang mempunyai efek terapi yang sesuai untuk penyakit Diabetes Melitus Tipe II, berdasarkan standar (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015. Obat yang diberikan harus terbukti manfaat dan keamanannya, baik penggunaan obat tunggal maupun kombinasi dua obat antidiabetik yang digunakan secara bersamaan dapat memberikan manfaat yang lebih dalam mengontrol kadar gula darah.

3. Tepat Dosis

Berdasarkan penelitian hasil ketepatan dosis dikatakan tepat dosis sebanyak 103 kasus dengan persentase 100% . Hasil dari penelitian ini yaitu ketepatan dosis pada pasien Diabetes Melitus Tipe II dikatakan tepat dosis berdasarkan diagnosa dan standar (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015. Dosis metformin yang digunakan untuk pasien Diabetes Melitus Tipe II sebesar 500 mg, Gliquidon sebesar 30 mg, Glikazid 60 mg dan Pioglitazone sebesar 30 mg. Pengobatan dikatakan tepat dosis apabila dosis pemberian Antidiabetik sesuai dengan standar (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015.

Dosis yang sesuai juga dilihat dari keadaan fungsi organ tubuh pasien, misalnya dalam keadaan fungsi ginjal yang menurun pemberian dosis terapi akan terpengaruh, bahkan jika fungsi ginjal telah memburuk pemberian antidiabetik dapat diberikan secara parenteral untuk menghindari keparahan penyakit pasien.

4. Tepat Cara Pemberian

Berdasarkan penelitian hasil ketepatan cara pemberian obat sebanyak 103 kasus dengan persentase 100% dikatakan tepat cara pemberian obat. Pemberian obat Antidiabetik oral dapat diberikan sebelum makan, bersama makanan, atau sesudah makan. Pemberian obat ini akan mempengaruhi efektivitas kerja dari obat tersebut sehingga dapat mempengaruhi jumlah obat yang masuk ke dalam tubuh.

5. Tepat Interval Waktu

Berdasarkan penelitian hasil ketepatan interval waktu dikatakan 100% tepat karena sesuai dengan standar (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015. Penggunaan Gliquidone 1-2 kali sehari maksimal 60 mg per hari karena waktu paruhnya sekitar 2-3 jam lebih singkat dibanding Sulfonilurea lain. Dan penggunaan Pioglitazone 1 kali sehari maksimal 60 mg per hari karena waktu paruhnya 2-2,5 jam penggunaan Pioglitazone sebagai monoterapi menunjukkan efek kontrol glikemik sama baiknya dengan pengobatan monoterapi obat Diabetes lain, Sementara itu, penggunaan metformin 1-3 kali sehari maksimal 500 mg per hari diberikan pada kondisi pasien berpuasa sekitar 50%-60%, makanan menurunkan kecepatan absorpsi Metformin, waktu paruhnya 2-3 jam.

Diberikannya obat golongan Biguanid atau Metformin dan golongan Tioziodindion atau Pioglitazone karena obat tersebut bekerja mengurangi produksi gula pada hati sedangkan untuk golongan Sulfonilurea berfungsi meningkatkan sekresi insulin. Metformin bisa digunakan bersama atau sesudah makan, Sedangkan untuk Gliquidon, Glikazid atau Pioglitazone dapat digunakan 15-30 menit sebelum makan untuk menghindari efek hipoglikemi. Interval Waktu penggunaan obat merupakan hal yang penting dalam penggunaan suatu obat sebab dapat mempengaruhi lama efektivitas obat tersebut, yakni selisih waktu antara waktu mula kerja dan waktu yang diperlukan obat untuk turun kembali ke

konsentrasi minimum. Interval penggunaan obat yang tidak sesuai akan menyebabkan frekuensi penggunaan obat yang tidak sesuai.

6. Kepatuhan Pengambilan Obat

Berdasarkan penelitian kepatuhan pengambilan obat dikatakan 100% tepat karena, Pemberian obat (*Original Animation DVD*) OAD harus diminum secara rutin dan tidak boleh putus karena pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

BAB V

KESIMPULAN DAN PENUTUP

5.1. KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan terhadap penggunaan antidiabetik pasien rawat jalan Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu tahun 2021 dapat disimpulkan:

1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin pasien Diabetes Melitus Tipe II paling banyak yaitu pada jenis kelamin perempuan sebanyak 67 pasien (65%) dan laki-laki sebanyak 36 pasien (35%).
2. Berdasarkan usia paling banyak pada usia lansia 46 - 65 tahun sebanyak 42 pasien (40,8%), dan manula >65 tahun sebanyak 30 pasien (29,1%), dan dewasa akhir 35 - 45 tahun sebanyak 28 pasien (27,2%).
3. Pengobatan Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu yang mendapatkan terapi rasional sebanyak 100 pasien dengan presentasi 97,08%, sedangkan untuk terapi tidak rasional sebanyak 3 pasien dengan persentase 2,91%.
4. Penggunaan obat antidiabetik yang digunakan pada pasien Diabetes Melitus Tipe II di Klinik Jantung Hasna Medika Indramayu periode 2021 berdasarkan (Perkumpulan Endrokinologi Indonesia) PERKENI 2015 dilihat dari kriteria tepat indikasi sebesar 98,05%, tepat obat sebesar 99,02%, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat interval waktu, dan kepatuhan pengambilan obat sebesar 100%.

5.2. SARAN

Saran yang dapat disampaikan berdasarkan hasil penelitian yaitu:

1. Bagi Klinik diperlukan upaya peningkatan dalam hal kelengkapan pencatatan rekam medik.
2. Bagi peneliti selanjutnya dapat dilakukan penelitian lebih lanjut di klinik lain dengan jumlah sampel yang lebih banyak agar semakin memperkuat hasil penelitiannya dalam evaluasi rasionalitas pengobatan pada kasus yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Assosiation, *Standart Of Medical Care in Diabetes*. USA: Diabetes Care, 2016.
- Arifin Ibrahim. Evaluasi Kerasionalan Pengobatan Diabetes Mellitus Tipe 2 pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang Universitas Wahid Hasyim, Semarang. 2012
- Departemen Kesehatan republik Indonesia, *Pharmaceutical Care Untuk penyakit Diabetes Melitus*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005
- Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pengendalian Diabetes Melitus dan Penyakit Metabolik*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI. Jakarta: 2010.
- Ef Yudi Harjo, Evaluasi Rasionalitas Pengobatan Diabetes Mellitus Tipe 2 Pada Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Kampung Bali Kota Pontianak Periode Januari Desember Tahun 2015. Pontianak : 2016.
- Hongdiyanto, A. Yamlean, P.V.Y. dan Supriati H.S. Evaluasi Kerasionalan Pengobatan Diabetes Melitus Tipe 2 Pada Pasien Rawat Inap di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2013. *Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT* (3); 2014
- International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015.
- Kementrian Kesehatan RI, Hasil Utama Riskesdas Tentang Prevalensi Diabetes Mellitus di Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018.
- Kementerian Kesehatan RI. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011
- Perkeni, *Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2015
- Perkeni, *Konsesus Pengendalian dan Pencegahan DM tipe 2 di Indonesia*. jakarta: Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, 2011

**EVALUASI KEPUASAN KONSUMEN TERHADAP
PELAYANAN KEFARMASIAN DI APOTEK KIMIA
FARMA INDRAMAYU**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi**

Disusun Oleh:

SUPRIYANTO

NPM. 18307197



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG**

2021

EVALUASI KEPUASAN KONSUMEN TERHADAP PELAYANAN KEFARMASIAN DI APOTEK KIMIA FARMA INDRAMAYU

ABSTRAK

Apotek merupakan suatu tempat tertentu dimana dilakukan usaha-usaha dalam bidang farmasi, pekerjaan kefarmasian dan penyaluran obat kepada masyarakat. Dalam sebuah apotek, kepuasan konsumen sangat diperlukan agar konsumen dapat kembali ke apotek yang sama sehingga dapat meningkatkan keuntungan apotek. Kepuasan konsumen merupakan pengalaman yang akan mengendap di dalam ingatan konsumen sehingga mempengaruhi proses pengambilan keputusan pembelian ulang produk yang sama. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan informasi mengenai karakteristik pelayanan kefarmasian dan kepuasan konsumen dengan pelayanan kefarmasian yang diberikan di Apotek Kimia Farma Indramayu sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan di apotek.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode observasional dengan rancangan prospektif. Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret-Mei 2021 dan penyusunan data dilakukan pada bulan April 2021 di Apotek Kimia Farma Indramayu.

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan mengisi kuisioner untuk pengumpulan data yang diberikan kepada 112 responden pasien di Kimia Farma Indramayu. Dari hasil penelitian ini didapat bahwa rata-rata point kehandalan 78,6%, ketanggapan 73,2%, keyakinan 77,6%, empati 65%, dan fasilitas berwujud 71,65%. Secara keseluruhan nilai yang didapat kurang memenuhi Standar Pelayanan Minimal $\geq 80\%$ dengan nilai rata-rata seluruh domain sebesar 73,23%

Kata kunci : Apotek, Kepuasan Konsumen, Kimia Farma Indramayu

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

BAB I

ABSTRAK i

KATA PENGANTAR..... ii

DAFTAR ISI.....iv

DAFTAR TABEL..... vi

DAFTAR GAMBAR..... vii

DAFTAR LAMPIRAN viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang..... 1

B. Perumusan Masalah..... 3

C. Tujuan Penelitian..... 3

D. Manfaat Penelitian..... 3

E. Ruang Lingkup Penelitian 4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kepuasan Pelanggan..... 5

B. Pelayanan Obat..... 9

C. Resep 13

D. Apotek Kimia Farma Indramayu 14

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian..... 15

B. Waktu dan Tempat	15
C. Populasi dan Sampel	15
D. Kriteria Penelitian	15
E. Variabel Penelitian	16
F. Definisi Variabel Operasional	16
G. Teknik Pengumpulan Data	17
H. Alat Penelitian.....	18
I. Prosedur Penelitian.....	18
J. Analisis Data	19

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Pasien	20
B. Kepuasan Pasien	21

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	26
B. Saran.....	27

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Variabel Operasional	22
Tabel 4.2 Hasil penelitian kepuasan pasien.....	26
Tabel 4.1 Hasil penelitian karakteristik pasien	28

DAFTAR GAMBAR

Gambar2.1	Konsep Kepuasan Pelanggan Terhadap Kualitas Pelayanan	8
Gambar 3.1	Alur Prosedur Penelitian	24

BAB II

BAB III

BAB IV.....

BAB V

BAB VI.....

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kepuasan konsumen adalah tingkat kepuasan dari persepsi konsumen dan keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkan. Bila konsumen menunjukkan hal-hal yang bagus mengenai pelayanan kesehatan terutama pelayanan kefarmasian dan konsumen mengindikasikan dengan perilaku positifnya, maka dapat kita tarik kesimpulannya bahwa konsumen memang puas terhadap pelayanan tersebut (Aditya, 2017).

Pelayanan dan kepuasan merupakan dua hal yang tidak dapat dipisahkan, karena dengan adanya kepuasan maka pihak terkait dapat saling mengoreksi sampai dimana pelayanan yang diberikan apakah bertambah baik atau buruk. Hal tersebut sangat dipengaruhi oleh setiap aparat petugas dalam memberikan pelayanan, dengan kata lain pelayanan yang dapat memuaskan adalah pelayanan yang dilakukan berdasarkan ketentuan yang berlaku dan dapat memahami apa yang diminta masyarakat dari jurusan pelayanan itu sendiri (Kurniati, 2016).

Apotek merupakan suatu tempat tertentu dimana dilakukan usaha-usaha dalam bidang Farmasi, pekerjaan kefarmasian dan penyaluran obat kepada masyarakat. Kepuasan konsumen dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke apotek yang sama. Kepuasan merupakan pengalaman yang akan mengendap di dalam ingatan konsumen sehingga mempengaruhi proses pengambilan keputusan pembelian ulang produk yang sama (Bahem, 2017).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Bararah (2014) terhadap kualitas pelayanan di apotek kota Yogyakarta hasilnya konsumen puas terhadap kualitas pelayanan pada dimensi *tangible* dan empati, sedangkan pada dimensi *assurance*, *responsiveness* dan *reliability* konsumen belum puas terhadap kualitas pelayanan karena konsumen beranggapan kinerja apotek masih rendah dibandingkan dengan harapan konsumen.

Berdasarkan pengalaman, ada beberapa petugas apotek yang tidak memberikan informasi obat kepada beberapa konsumen yang membeli obat di apotek. Berdasarkan uraian diatas sangatlah perlu dilakukan penelitian tentang sejauh mana kepuasan konsumen terhadap pelayanan di apotek. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan bagi pihak apotek untuk meningkatkan mutu pelayanannya guna menunjang pelayanan kesehatan di apotek dan dapat melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik untuk kepentingan dan kesejahteraan penderita.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan diatas dapat diambil suatu perumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana karakteristik pasien yang mendapatkan pelayanan kefarmasian di Apotek Kimia Farma Indramayu?
2. Bagaimana kepuasan konsumen dengan pelayanan kefarmasian yang diberikan di Apotek Kimia Farma Indramayu?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui karakteristik pasien yang mendapatkan pelayanan kefarmasian kepada konsumen di Apotek Kimia Farma Indramayu.
2. Mengetahui kepuasan konsumen dalam menerima pelayanan kefarmasian di Apotek Kimia Farma Indramayu.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat untuk apotek :

Agar dapat menjadi informasi bagi apotek tentang memenuhi kebutuhan dan kepuasan yang diinginkan oleh konsumen.

2. Manfaat untuk Penulis

Dengan membuat Karya Tulis Ilmiah penulis dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman terkait dengan kepuasan konsumen terhadap pelayanan kefarmasian.

3. Manfaat untuk Akademik

Untuk digunakan sebagai bahan acuan, perbandingan bagi penelitian lain dan dapat mengembangkan topik bahasan ini lalu dapat dilakukan penelitian secara lebih lanjut. Sebagai salah satu wadah keluhan konsumen atas puas dan tidak puasnya pelayanan suatu apotek.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan pengambilan data secara prospektif, sampel yang digunakan adalah data kusioner konsumen yang datang ke Apotek Kimia Farma Indramayu. Waktu penelitian dimulai dari bulan Maret 2021 sampai dengan Mei 2021. Pengambilan data pada bulan April 2021 di Apotek

Kimia Farma Indramayu dengan pasien yang mendapatkan pelayanan kefarmasian pada bulan April 2021. Data yang diperoleh dari kuesioner dan karakteristik yang masuk sebagai kusioner seperti umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan merupakan reaksi emosional terhadap kualitas pelayanan yang dirasakan dan kualitas pelayanan yang dirasakan merupakan pendapat menyeluruh atau sikap yang berhubungan dengan keutamaan pelayanan. Dengan kata lain kepuasan pelanggan adalah kualitas pelayanan yang dipandang dari kepentingan pelanggan (Ilmi, 2017)

Salah satu cara untuk mengukur sikap pelanggan ialah dengan menggunakan kuesioner. Organisasi bisnis/ perusahaan harus mendesain kuesioner pelanggan yang secara akurat dapat memperkirakan persepsi pelanggan tentang mutu barang atau jasa. Hasil pengukuran tingkat kepuasan pelanggan dapat menunjukkan karakteristik atau atribut apa dari produk/jasa yang membuat pelanggan tidak puas. Pimpinan harus melakukan koreksi/perbaikan (Bahem, 2017).

Ada lima faktor utama yang menentukan tingkat kepuasan konsumen / konsumen, yaitu:

- 1) Kualitas produk farmasi yaitu kemampuan menyembuhkan penyakit. Hal ini menyangkut ketersediaan farmasi dan ketersediaan hayati, sehingga tercapai tujuan efek terapi. Persepsi konsumen/konsumen terhadap produk farmasi dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan sesungguhnya kualitas

produk farmasi dan komunikasi.

- 2) Kualitas pelayanan terhadap konsumen. Konsumen akan merasa puas bila mereka dapat pelayanan yang baik, ramah, sesuai dengan yang diharapkan.
- 3) Merupakan komponen emosional yaitu pengaruh atau pertimbangan yang bersifat emosional seperti : karena sugesti, angan-angan, gambaran yang indah, perasaan bangga, agar kelihatan lain dari yang lain. Kepuasan tersebut membuat konsumen merasa puas terhadap produk farmasi tersebut.
- 4) Harga. Meskipun produk farmasi yang dipilih mempunyai kemanjuran khasiat yang sama dengan produk farmasi yang lain tetapi harganya relatif lebih murah. Hal tersebut juga merupakan faktor penting untuk menentukan tingkat kepuasan.
- 5) Faktor biaya untuk memperoleh produk farmasi tersebut. Konsumen tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan juga tidak perlu membuang waktu untuk memperoleh obat tersebut (Widayati, 2012).

Menurut Fandy Tjiptono (2014) Terdapat lima determinan kualitas jasa yang dapat dirincikan sebagai berikut :

- 1) Keandalan (*reliability*) adalah kemampuan untuk melakukan pelayanan yang di janjikan secara akurat dan terpercaya.
- 2) Keresponsifan (*responsiveness*) adalah kesediaan untuk membantu konsumen dan menyediakan layanan yang dijanjikan
- 3) Keyakinan (*assurance*) adalah pengetahuan dan perilaku karyawan serta kemampuan untuk menginspirasi kepercayaan dan keyakinan.
- 4) Empati (*emphaty*) adalah syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan.

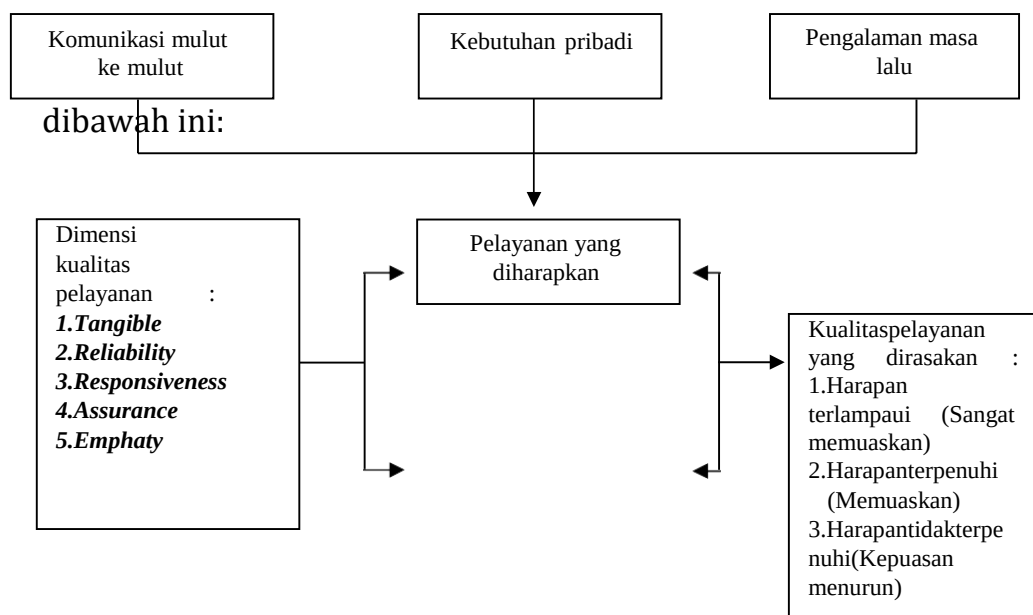
5) Berwujud (*tangibles*) adalah fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan dari personil.

Sebagai pihak yang ingin memperoleh pelayanan yang baik dan memuaskan, maka perwujudan pelayanan yang didambakan ialah:

- 1) Adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat dalam arti tanpa hambatan yang kadang kala dibuat-buat.
- 2) Memperoleh pelayanan secara wajar.
- 3) Mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama, tertib dan tidak pilihkasih.
- 4) Pelayanan yang jujur dan terus terang (Alwi, 2011).

Informasi memainkan peranan vital dalam pengambilan keputusan. Sistem informasi dapat digunakan sebagai sarana strategis untuk memberikan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan (Aditya, 2017).

Konsep kepuasan pelanggan terhadap kualitas pelayanan oleh Kotler (2006) digambarkan seperti terlihat pada gambar



Pelayanan yang dirasakan

VI.1 Gambar 2.1 Konsep Kepuasan Pelanggan Terhadap Kualitas

Pelayanan

Kebutuhan-kebutuhan manusia itu bertingkat-tingkat atau sesuai “hierarki” dan menyatakan bahwa :

- 1) Manusia adalah suatu makhluk sosial “berkeinginan” dan keinginan itu menimbulkan kebutuhan yang perlu dipenuhi.
- 2) Kebutuhan yang telah terpenuhi (dipuaskan), mempunyai pengaruh untuk menimbulkan keinginan atau kebutuhan lain dan yang lebih meningkat.
- 3) Kebutuhan manusia tersebut tampaknya berjenjang atau bertingkat-tingkat.
- 4) Tingkatan tersebut menunjukkan urutan kebutuhan yang harus dipenuhi dalam suatu waktu tertentu.

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara kinerja (hasil) produk yang dipikirkan terhadap kinerja (atau hasil) yang diharapkan. Jika kinerja di bawah harapan, pelanggan tidak puas. Jika kinerja memenuhi harapan pelanggan puas. Jika kinerja melebihi harapan, pelanggan amat puas atau senang. Kunci untuk menghasilkan kesetiaan pelanggan adalah memberikan nilai pelanggan yang tinggi. Jika perusahaan meningkatkan kepuasan pelanggan dengan menurunkan harga atau meningkatkan pelayanan nya, hasilnya mungkin adalah laba yang lebih rendah (Kotler,2006).

B. Pelayanan Obat

Informasi obat merupakan bagian dari suatu kegiatan konsultasi dimana konsumen dapat memperoleh informasi mengenai proses pengobatannya. Tenaga kesehatan dan juga konsumen memerlukan ketrampilan untuk berkomunikasi sehingga hasil yang diperoleh dapat saling memuaskan (Murtiana, 2016)

Apotek adalah suatu tempat tertentu, tempat dilakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran perbekalan farmasi kepada masyarakat. Apotek mempunyai fungsi utama dalam pelayanan obat atas dasar resep dan pelayanan obat tanpa resep serta untuk praktek dokter. Apoteker adalah tepat sebagai tenaga yang memberi nasehat kepada langganan pemakai obattanpa resep. Arti informasi obat bagi rakyat adalah besar. Informasi secara umum terhadap golongan obat untuk pengobatan sendiri akan dapat menolong pemakai untuk memahami lebih baik mengenai aksi obat, mencegah dan merawat risiko yang mungkin timbul (Murtiana, 2016)

Salah satu fungsi Apoteker sebagai penanggung jawab teknis farmasi yaitu memberikan pelayanan informasi obat. Peranan Apoteker di apotek yang terpenting adalah sebagai pemberi informasi kepada masyarakat dan segala sesuatu yang ingin diketahuinya. Para petugas apotek sebaiknya dibiasakan agar mereka selalu memberikan informasi kepada setiap konsumen bagaimana cara mempergunakan atau minum obatnya. Dengan pemberian informasi kepada konsumen, maka dapat dijalin

hubungan yang baik sehingga dapat mengurangi atau menghindarkan kemungkinan terjadinya kesalahan penyerahan obat (Permatasari, 2017).

Tujuan konseling yaitu :

- 1) Menciptakan hubungan dengan konsumen dengan membentuk *trust*.
- 2) Memperlihatkan perhatian dan asuhan kepada konsumen
- 3) Membantu konsumen mengatur dan adaptasi penyakitnya.
- 4) Mencegah atau meminimalkan masalah yang berhubungan dengan efek samping.
- 5) Meningkatkan kapasitas konsumen untuk menyelesaikan masalah kesehatan (Permatasari, 2017).

Petugas Apotek / Apoteker sebaiknya menginformasikan hal-hal dibawah ini kepada konsumennya meliputi :

- a. Nama obat (merek dagang) dan kegunaannya.

Cara menggunakan, digunakan sebagai obat dalam atau sebagai obat luar beserta aturan pemakaian, meliputi dosis atau takaran serta jadwal penggunaan obat.

- b. Petunjuk khusus tentang cara penyediaan obat.
- c. Hal-hal yang mungkin timbul selama penggunaan obat.
- d. Pantangan-pantangan selama menggunakan obat.
- e. Cara penyimpanan obat yang benar.
- f. Tindakan yang harus segera diambil bila terjadi kesalahan dosis atau kesalahan makan obat.
- 6) Apa yang harus dilakukan bila persediaan obat masih banyak padahal sakit sudah dirasakan sembuh (Permatasari, 2017).

Tanggung jawab tugas Apoteker di apotek adalah :

- 1) Bertanggung jawab atas obat dengan resep. Apoteker harus mampu menjelaskan tentang obatnya pada konsumen, sebab:
 - a. Apoteker mengatakan bagaimana obat tersebut diminum.
 - b. Apoteker mengatakan efek samping obat yang mungkin ada.
 - c. Apoteker mengatakan stabilitasnya obat dalam bermacam-macam kondisi.
 - d. Apoteker mengatakan efek toksisitas obat dandosisnya.
 - e. Apoteker mengatakan tentang cara dan rute pemakaian obat (Permatasari, 2017).

Bertanggung jawab untuk memberi informasi pada konsumen dalam menggunakan obat bebas dan bebas terbatas. Apoteker bertanggung jawab penuh dalam menghadapi kasus *self diagnosis* atau mengobati sendiri dan pemakaian obat tanpa resep. Apoteker yang menentukan apakah *self diagnosis*, *self medication* dari penderita dapat dibenarkan dan diberi obatnya atau disuruh periksa dulu ke dokter atau tidak perlu. Pengobatan sendiri atau pengobatan dengan non resep jelas akan makin bertambah (Widiyati, 2012).

Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek sesuai Permenkes No.73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian yaitu :

1. Pasal 2

Pengaturan Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek bertujuan untuk:

- a. meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian.
- b. menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian.

- c. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan Obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patientsafety*).

2. Pasal 3

- (1) Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek meliputi standar
 - a. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai
 - b. Pelayanan Farmasi Klinik
- (2) Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:
 - a. perencanaan
 - b. pengadaan
 - c. penerimaan
 - d. penyimpanan
 - e. pemusnahan
 - f. pengendalian
 - g. pencatatan dan pelaporan.
- (3) Pelayanan farmasi klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b meliputi:
 - a. Pengkajian Resep
 - b. Dispensing
 - c. Pelayanan Informasi Obat(PIO)
 - d. Konseling
 - e. Pelayanan Kefarmasian di rumah (*homepharmacy care*)

- f. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
 - g. Monitoring Efek Samping Obat (MESO).
- (4) Ketentuan lebih lanjut mengenai pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan pelayanan farmasi klinik sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

3. Pasal 4

- (1) Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien.
- (2) Sumber daya kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:
- a. sumber daya manusia
 - b. sarana dan prasarana.

4. Pasal 5

- (1) Untuk menjamin mutu Pelayanan Kefarmasian di Apotek, harus dilakukan evaluasi mutu Pelayanan Kefarmasian.
- (2) Ketentuan lebih lanjut mengenai evaluasi mutu Pelayanan Kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

5. Pasal 6

- 1) Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian di Apotek harus menjamin ketersediaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan

Bahan Medis Habis Pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan terjangkau (Menkes,2016).

C. Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *electronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (Kemenkes RI,2016).

Persyaratan administrasi yang harus dimiliki resep menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 73 tahun 2016, meliputi :

1. Nama pasien,umur,jenis kelamin dan berat badan
2. Nama dokter, nomor Surat Izin Praktek (SIP), alamat,nomor telepon,dan paraf dokter
3. Tanggal penulisan resep

D. Apotek Kimia Farma Indramayu

Kimia Farma Indramayu adalah apotek yang telah berdiri sejak tahun 2014 hingga sekarang, Apotek Kimia Farma Indramayu adalah cabang dari unit bisnis manager cabang Cirebon, Apotek Kimia Farma Indramayu ini terletak di Jl. Jend Sudirman - Indramayu No.94, Lemahmekar, Kec. Indramayu, Kab. Indramayu. Jam kerja di Apotek Kimia Indramayu terbagi menjadi 3 shift yaitu :

1. Shift pagi dimulai dari pukul 07.30-14.30 WIB
2. Shift siang dimulai dari pukul 14.30-21.30 WIB
3. Shift malam dimulai dari pukul 21.30-07.30 WIB

Terdiri dari 1 Apoteker Penanggung Jawab, 1 Apoteker Pendamping dan

5 orang Tenaga Teknis Kefarmasian, Apotek Kimia Farma Indramayu melayani resep atau pembelian obat secara umum baik dari resep dokter atau secara swamedikasi.

BAB III

METODE PENELITIAN

E. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan penelitian observasional dengan rancangan prospektif yang dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada konsumen Apotek Kimia Farma Indramayu.

F. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret 2021 – Mei 2021, pengambilan data dilakukan pada bulan April 2021, dan tempat penelitian dilakukan di apotek Kimia Farma Indramayu.

G. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh konsumen Apotek yang datang ke apotek. Sedangkan sampel penelitian adalah sebagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut yang diambil berdasarkan dengan Random Sampling yang memenuhi kriteria inklusi.

H. Kriteria Penelitian

1. Kriteria inklusi

- a. Konsumen yang datang pada jam 08.00 – 15.00 atau 15.00 – 22.00 WIB yang membeli obat dengan resep pada tanggal 1-30 April 2021.

- b. Berusia > 17 Tahun
 - c. Konsumen yang bersedia untuk mengisi kuesioner (*Informed Consent*)
2. Kriteria eksklusi
- a. Konsumen tunarungu
 - b. Konsumen tunanetra
 - c. Konsumen tunawicara
 - d. Konsumen yang membeli obat OTC

I. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah variabel yang mempengaruhi variabel lain seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, dan pekerjaan.

2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah variabel yang faktornya diamati dan diukur untuk menentukan pengaruh yang disebabkan oleh variabel bebas seperti tingkat kepuasan terhadap pelayanan kefarmasian.

J. Definisi Variabel Operasional

Tabel 3.1 Definisi Variabel Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Kriteria	
				Pengukuran	Data
1	Kepuasan Konsumen	Kepuasan konsumen adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan	Kuesioner	Tidak Baik, Kurang Baik, Cukup Baik, Baik,	Ordinal

		farmasi			Sangat Baik	
2	Pelayanan Kefarmasian	Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan Sediaan Farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.	Kuesioner	Tidak Baik, Kurang Baik, Cukup Baik, Baik, Sangat Baik	Ordinal	
3	Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah jenis kelamin konsumen yang didapatkan dari pengakuan konsumen pada lembar kuesioner.	Kuesioner	Laki-laki dan Perempuan	Nominal	
4	Pendidikan	Pendidikan adalah pendidikan formal terakhir yang didapatkan dari pengakuan konsumen pada lembar kuesioner.	Kuesioner	Tidak sekolah, SD, SMP, SMA, Perguruan Tinggi / Akademi.	Nominal	
5	Pekerjaan	Pekerjaan adalah pekerjaan konsumen dalam kehidupannya	Kuesioner	Tidak bekerja, Wiraswasta,	Nominal	

		dalam mencari PNS,	
		nafkah yang Pegawai	
		didapatkan dari Swasta,	
		pengakuan Lain-lain.	
		konsumen pada	
		lembar kuesioner.	
6	Usia	Usia adalah usia Kuesioner >17 Tahun Ordinal	
		biologis konsumen	
		yang didapatkan dari	
		pengakuan	
		konsumen pada	
		lembar kuesioner.	

K. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapat secara langsung dari sumber asli.

Dalam penelitian ini data primer diperoleh dari jawaban kuesioner kepuasan konsumen di Apotek Kimia Farma Indramayu.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh oleh peneliti dari berbagai sumber yang sudah ada. Dalam penelitian ini data sekunder yang penulis peroleh yakni dari teori-teori yang sudah ada seperti jurnal penelitian, buku-buku, website, wawancara dari tempat penelitian.

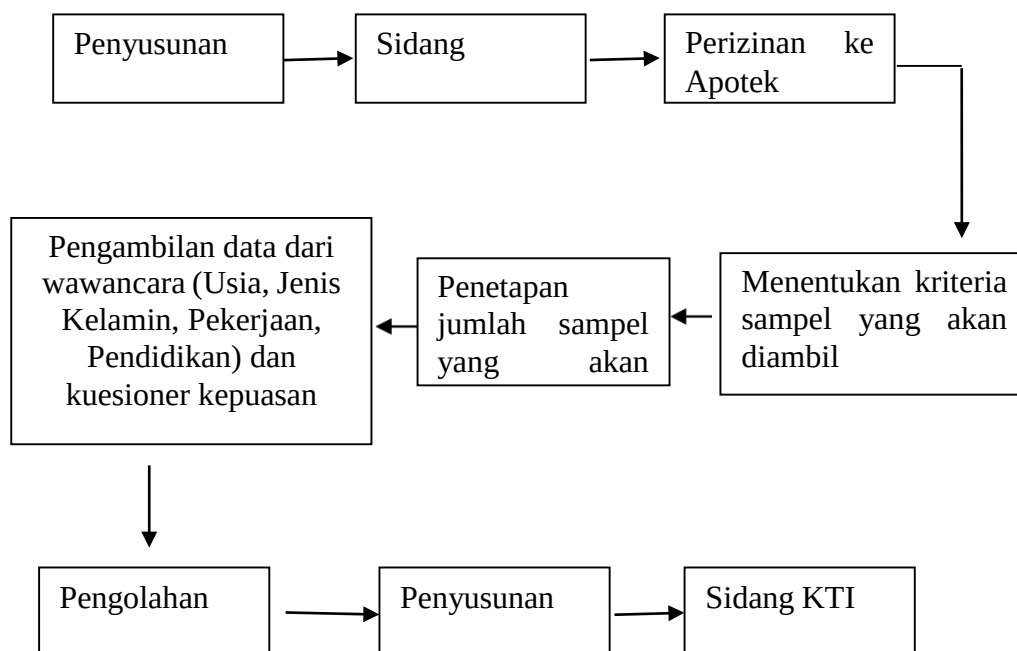
L. Alat Penelitian

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari kuesioner karakteristik responden, *informed consent* dan kuesioner

(Pratiwi 2014), tingkat kepuasan responden terhadap pelayanan kefarmasian yang diberikan oleh Apotek Kimia Farma Indramayu.

M. Prosedur Penelitian

Alur prosedur penelitian ini dapat dilihat pada gambar 3.1 sebagai berikut :



Gambar 3.1 Alur Prosedur Penelitian

N. Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis data secara deskriptif. Analisis data secara deskriptif adalah teknik analisis yang digunakan dalam menganalisis data dengan membuat gambaran data-data yang terkumpul tanpa membuat generalisasi dari hasil penelitian tersebut.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

O. Karakteristik Pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan di Apotek Kimia Farma Indramayu mengenai karakteristik pasien yang didapatkan dari hasil kuisioner, maka hasil dan pembahasan dari penelitian ini dapat dilihat melalui tabel beserta deskripsinya sebagai berikut.

Tabel 4.1 Hasil penelitian karakteristik pasien di Apotek Kimia Farma Indramayu

No	Keterangan	Jumlah Pasien	Persentase
Jenis Kelamin:			
1	a. Laki-laki	50	44,64 %
	b. Perempuan	62	55,36%
Pendidikan:			
2	a. Tidak sekolah	9	8,15 %
	b. SD	10	8,82 %
	c. SMP	14	12,5 %
	d. SMA	53	47,32 %
	e. Perguruan Tinggi	20	23.21 %
Pekerjaan:			
3	a. Tidak Bekerja	26	23,21 %
	b. Wiraswasta	41	36,60 %
	c. PNS	14	12.50 %

d. Pegawai Swasta	15	13,39 %
e. Lain-lain	16	14,30 %

Berdasarkan dari tabel 4.1 hasil penelitian karakteristik yang diobservasi di Apotek Kimia Farma Indramayu terhadap pasien yang bersedia sebagai responden sebanyak 112 orang yang diambil selama 30 hari yaitu Senin-Sabtu. Proporsi responden terdiri dari laki laki sebanyak 50 orang (44,64 %) dan perempuan sebanyak 62 orang (55,36%). Dari hasil penelitian ini dinyatakan jumlah responden perempuan lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden laki-laki.

Berdasarkan tingkat kondisi pendidikan dinyatakan yang tidak sekolah sebanyak 9 orang (8,15%), pendidikan SD sebanyak 10 orang (8,82%), pendidikan SMP sebanyak 14 orang (12,5%), pendidikan SMA sebanyak 58 orang (47,32%), dan Perguruan Tinggi sebanyak 26 orang (23,21%). Maka dapat disimpulkan bahwa tingkat kondisi pendidikan dari 112 orang responden ini yang mendominasi adalah tamat SMA yaitu sebanyak 58 orang (47,32%).

Berdasarkan hasil kategori jenis pekerjaan dari 112 orang responden didapatkan yang tidak bekerja sebanyak 26 orang (23,21%), wiraswasta sebanyak 41 orang (36,60%), PNS (Pegawai Negri Sipil) sebanyak 14 orang (12.50%), pegawai swasta sebanyak 15 orang (13,39%), dan pekerjaan lain-lain sebanyak 16 orang (14,30%). Dapat disimpulkan, hampir keseluruhan responden mempunyai pekerjaan atau bekerja, responden yang paling banyak adalah wiraswasta yaitu sebanyak 41 orang (36,60%).

P. Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang penulis dapatkan di Apotek Kimia Farma Indramayu mengenai kepuasan pasien yang didapatkan dari hasil kuisisioner, maka hasil dan pembahasan dari penelitian ini dapat dilihat melalui tabel beserta deskripsinya sebagai berikut.

Tabel 4.2 Hasil penelitian kepuasan pasien di Apotek Kimia Farma Indramayu

No.	Keterangan	Persentase
Kehandalan:		
1	a. Kecepatan Pelayanan	72 %
	b. Keramahan Petugas Pelayanan Obat	84,6%
	c. Kesiapan Membantu Pelayanan Obat	79,2%
	Rata-rata	78,6%
Ketanggapan:		
2	a. Cepat Tanggap	79,4%
	b. Pemberian Solusi	69,2%
	c. Komunikasi Efektif	71,8%
	d. Informasi Obat	72,4%
	Rata-rata	73,2%
Keyakinan:		
3	a. Pengetahuan dan Keterampilan	74,8%
	b. Kualitas Obat	80,4%
	Rata-rata	77,6%
Empati:		
4	a. Perhatian Petugas	43%
	b. Pelayanan Tanpa Memandang Status Sosial	80,4%
	c. Kenyamanan Menunggu	71,6%
	Rata-rata	65%

Fasilitas Berwujud:	
a. Kebersihan dan Kerapian Rumah Sakit	60%
b. Eksterior dan Interior Ruangan	74,2%
5 c. Kenyamanan ruang tunggu obat	76,8%
d. Kebersihan dan Kerapian Petugas	75,6%
Rata-rata	71,65%
Rata-rata Keseluruhan	73,23%

1. Kehandalan

Dimensi mutu kehandalan yang terdiri dari tiga pertanyaan yaitu kecepatan pelayanan petugas 72%, Keramahan petugas pelayanan obat 84,6%, dan kesiapan membantu pelayanan obat 79,2% dengan rata-rata kehandalan 78,6%. Dari ketiga pertanyaan ini skore terendah didapat dari kecepatan pelayanan petugas. Pelayanan yang cepat akan menentukan kepuasan pasien, dari mulai seberapa lama pasien harus menunggu saat menyerahkan resep sampai pasien disiapkan obat dan menerima obat untuk dibawa pulang. Kecepatan pelayanan yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan. (Kepmen:Nomor:63/KEP/M.PAN/7/2003).

2. Ketanggapan

Dimensi mutu ketanggapan yang terdiri dari empat pertanyaan yaitu berdasarkan cepat tanggap petugas 79,4%, pemberian solusi 69,2%, keefektifan komunikasi 71,8%, dan informasi petugas terhadap obat 72,4%. Maka didapat rata-rata ketanggapan petugas 73,2%. Dari keempat pertanyaan ini skore terendah didapat dari pemberian solusi. Pemberian solusi disini yaitu mengenai menyelesaikan keluhan yang dialami pasien selama berobat di Apotek Kimia Farma Indramayu, apakah keluhan yang

diungkapkan pasien terhadap petugas mendapatkan respon atau tidak. Baik keluhan ketika menunggu obat, ketika pasien datang dengan menanyakan obat yang diberikan.

3. Keyakinan

Dimensi mutu keyakinan yang terdiri dari dua pertanyaan yaitu berdasarkan pengetahuan dan keterampilan pelayanan farmasi sebesar 74,8%, dan tingkat kualitas obat 80,4%. Maka didapat rata-rata keyakinan 77,6%. Dari kedua pertanyaan ini skore terendah didapat pengetahuan dan keterampilan. Peran Tenaga teknis kefarmasian dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku agar dapat melaksanakan interaksi langsung dengan pasien. Bentuk interaksi tersebut antara lain adalah pemberian Pelayanan Informasi Obat dan konseling kepada pasien yang membutuhkan. Tenaga teknis kefarmasian harus memahami dan menyadari terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses pelayanan dan mengidentifikasi, mencegah, serta mengatasi masalah terkait obat (*drug related problems*), masalah *farmako ekonomi* dan farmasi sosial (*sociopharmacoeconomy*). Tenaga teknis kefarmasian harus mampu berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menetapkan terapi untuk mendukung penggunaan obat yang rasional.

4. Empati

Dimensi mutu empati yang terdiri dari 3 pertanyaan yaitu berdasarkan perhatian petugas terhadap pasien 43%, pelayanan tanpa memandang status sosial 80,4%, dan tingkat kenyamanan menunggu pasien 71,6%. Maka rata-

rata berdasarkan empati 65%. Dari ketiga pertanyaan ini skor terendah didapat dari perhatian petugas terhadap pasien. Salah satu kepuasan pasien yang perlu diperhatikan yaitu kenyamanan pada saat menunggu, sarana dan prasarana di apotek perlu diperhatikan guna memenuhi kebutuhan pasien agar merasa nyaman pada saat menunggu. Pasien merasa senang dan nyamanketika keadaan apotek terlihat bersih, rapih, dan tertata rapi.

5. Fasilitas Berwujud

Dimensi mutu fasilitas berwujud yang terdiri dari 4 pertanyaan yaitu berdasarkan kebersihan dan kerapian apotek 60%, eksterior dan interior ruangan 74,2%, kenyamanan ruang tunggu obat 76,8%, dan kebersihan serta kerapian petugas 75,6%. Maka rata-rata fasilitas berwujud 71,65%. Dari keempat pertanyaan ini skor terendah didapat dari kebersihan dan kerapian apotek. Ruang tunggu obat merupakan sarana prasaran yang harus ditata sedemikian rupa guna mendapatkan nilai positif dimata pasien. Ruang tunggu yang bersih dan tertata rapih membuat pasien nyaman selama proses menunggu obat selesai dilayani.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa nilai rata-rata tertinggi terdapat pada domain keyakinan yaitu dengan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan serta tingkat kualitas obat dengan nilai 77,6% sedangkan nilai rata-rata terendah terdapat pada domain empati yaitu dengan berdasarkan perhatian petugas terhadap pasien, pelayanan tanpa memandang status sosial, dan tingkat kenyamanan menunggu pasien dengan nilai 65%. Maka dari itu sebagian besar responden yang berobat di Apotek Kimia Farma Indramayu sudah merasa puas, tetapi nilai keseluruhan kurang memenuhi SPM $\geq 80\%$ dengan nilai rata-rata seluruh domain sebesar 73,23%.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Q. Kesimpulan

1. Karakteristik pasien di Apotek Kimia Farma Indramayu
 - a. Jenis kelamin laki-laki sebanyak 50 orang (44,64%) dan perempuan sebanyak 62 orang (55,36%).
 - b. Pendidikan responden terdiri dari tidak sekolah sebanyak 9 orang (8,15%), pendidikan SD sebanyak 10 orang (8,82%), pendidikan SMP sebanyak 14 orang (12,5%), pendidikan SMA sebanyak 53 orang (47,32%), dan Perguruan Tinggi sebanyak 26 orang (23,21%).
 - c. Pekerjaan responden terdiri dari tidak bekerja sebanyak 26 orang (23,21%), wiraswasta sebanyak 41 orang (36,60%), PNS (Pegawai Negeri Sipil) sebanyak 14 orang (12,50%), pegawai swasta sebanyak 15 orang (13,39%), dan lain-lain sebanyak 16 orang (14,30%).
2. Gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kefarmasian di Instalasi Rawat Jalan Apotek Kimia Farma Indramayu
 - a. Pada point kehandalan didapat rata-rata 78,6%.
 - b. Pada point ketanggapan didapat rata-rata 73,2%.
 - c. Pada point keyakinan didapat rata-rata 77,6%.
 - d. Pada point empati didapat rata-rata 65%.
 - e. Pada point fasilitas berwujud didapat rata-rata 71,65%.
3. Hasil Penelitian Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Instalasi Rawat Jalan Apotek Kimia Farma Indramayu didapat 73,23% maka dapat dinyatakan belum sesuai dengan SPM $\geq 80\%$

R. Saran

1. Bagi Pihak Apotek Kimia Farma Indramayu

- a. Perlu ditingkatkan lagi kualitas pelayanannya menjadi lebih baik lagi agar pasien merasa lebih nyaman. Seperti pada unsur pelayanan kefarmasian berdasarkan perhatian petugas terhadap pasien, pelayanan tanpa memandang status sosial, dan tingkat kenyamanan menunggu.
- b. Perlu peningkatan terhadap fasilitas apotek untuk pasien agar pasien merasa nyaman berada di apotek selama proses membeli obat.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Dapat dilakukan penelitian yang serupa di tempat yang sama, tetapi ditempat yang berbeda.
- b. Dapat dilakukan penelitian yang serupa dengan menggunakan kuisioner yang berbeda dan tempat yang berbeda, seperti dapat melakukan penelitian di puskesmas, rumah sakit, klinik, dan lain sebagainya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, A. (2011). Analisis Mutu Pelayanan Kesehatan Ditinjau dari Aspek Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Makassar. *Jurnal MKMI*, Vol 7 No. 1, April 2011, hal 141-149. Aditama T.Y. 2006. *Tuberkulosis, Rokok, dan Perempuan*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, pp: 26-40.
- Anief, M., 2010. *Penggolongan Obat*. 10th , Yogyakarta: Gadjah Mada University Press. 9-10.
- Aditya, F. 2017. *Analisis Kepuasan Konsumen Terhadap Pelayanan Kefarmasian Di Klinik PKU Muhammadiyah Lemahwungkuk Cirebon*. Program Studi Diploma III Akademi Farmasi Muhammadiyah Cirebon.
- Bahem, Nurreyah 2017 Analisis Tingkat Kepuasan Konsumen Terhadap Pelayanan Kuliatas Pelayanan Obat Tanpa Resep Di Apotek Nur Farma. Skripsi. Malang. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim. Hal 1.
- Bararah, T dan Jauhar, M. 2014. *Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat professional*. Jakarta : Prestasi Pustaka karya.
- Kurniati, Eka; Evanila Silvia; Zulman Efendi. 2016. Analisis Kepuasan Konsumen terhadap Pelayanan kefarmasiaan di apotek Bengkulu dalam *Jurnal Administrasi Kesehatan*
- Kementiran kesehatan. 2016. *Peraturan Standar Pelayanan Kefarmasian*, Jakarta. Republik Indonesia
- Kemenkes RI 2016. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.
- Koetler, P., 2006, Manajemen pemasaran, edisi ke 11, Jilid 1, *Pretince Hall International Inc*, New Jersey, 138,245-246,344,372-373,375-377
- Ilmi, F 2017., *Tingkat Kepuasan Pelayana Kefarmasian di Apotek Buring Farma Kota Malang*. Karya Tulis Ilmiah. Malang. Akademi Farmasi Putra Indonesia Malang. Hal 5.
- Murtiana, E. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien BPJS di RSUD Kota Kendari. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Haluoleo
- Nurulita, N. A., dan Siswanto, A., 2003, Pola Pengobatan Sendiri di Kecamatan Kembaran kabupaten Banyumas, *Pharmacy*,1(2), 51 – 56.

VI.1.1 Pratiwi, Sukarsi. 2014. *Evaluasi Kepuasan Konsumen Terhadap Pelayanan Kefarmasian di Apotek Kota Yogyakarta*. Universitas Ahmad Dahlan.

Permatasari, Jelly. dkk. 2017. Pengaruh Konseling Farmasis Terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan Pasien HIV/AIDS di Poliklinik VCT RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*. 3(2): 178-185

Rahardja, K., 2010, Obat-obat penting . Jakarta : Elex Media Komputindo.

Tjay, H, T Dan Rahara, K, 1993, *Obat-Obat Penting Khasiat Penggunaan dan Efek Sampingnya*, Edisi IV, PT. Kimia Farma, Jakarta

Tjiptono, Fandy 2014 Service Quality Satisfaction, Manajemen dan jasa, *management mewujudkan layanan prima service quality satisfaction*. Yogyakarta.

Widayati, A. 2012. Swamedikasi di Kalangan Masyarakat Perkotaan di Kota Yogyakarta. *Jurnal Farmasi Klinis Indonesia*. Fakultas Farmasi.

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TERHADAP PENGUNAAN OBAT TANPA RESEP DOKTER DI APOTEK KIMIA FARMA KARANG TURI INDRAMAYU

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

INDAH SARI

NPM. 18307166



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG**

2021

ABSTRAK

INDAH SARI

NPM 18307166

Program Studi Farmasi

GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TERHADAP PENGGUNAAN OBAT TANPA RESEP DOKTER DI APOTEK KIMIA FARMA KARANG TURI INDRAMAYU

Tugas Akhir

Obat tanpa resep merupakan obat-obatan yang dapat digunakan dalam upaya pelaksanaan swamedikasi. Swamedikasi biasanya dilakukan untuk mengobati penyakit yang ringan seperti demam, batuk ringan dan flu yang tidak membutuhkan konsultasi kepada dokter.

Kesalahan penggunaan obat menimbulkan pemborosan dan keracunan obat. Efek samping yang ditimbulkan pada penggunaan tanpa resep dokter adalah kerusakan ginjal, iritasi system pencernaan, perubahan suhu tubuh, tekanan darah, detak jantung, gangguan saluran pernafasan, muntah darah dan pada kasus yang parah bisa berakibat koma dan meninggal dunia.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Di Apotek Kimia Farma Karang Turi Indramayu

Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif. Teknik pengambilan sample menggunakan teknik random sampling. Populasi penelitian masyarakat yang berumur 17-70 tahun sebanyak 77.

Hasil penelitian menunjukan pengetahuan masyarakat kategori baik 33 orang (42,85%), cukup baik 39 orang (50,64%), kurang baik 5 orang (6,49%), tidak ada yang memiliki kategori pengetahuan tidak baik. Sikap masyarakat kategori baik 19 orang (24,67%), cukup baik 58 (75,32%), tidak ada yang memiliki sikap kurang baik dan tidak baik.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukan bahwa persentase pengetahuan masyarakat (74,28%) cukup baik, sikap masyarakat (73,44%) cukup baik.

Kata Kunci: Pengetahuan, Sikap, Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter.

ABSTRACT

INDAH SARI

NPM 18307166

Pharmacy Study Program

DESCRIPTION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF THE COMMUNITY ON THE USE OF MEDICINE WITHOUT A DOCTOR'S PRESCRIPTION AT A PHARMACY OF KIMIA FARMA KARANG TURI INDRAMAYU

Thesis

Non-prescription drugs are drugs that can be used in an effort to implement self-medication. Self-medication is usually done to treat minor ailments such as fever, mild cough and flu that do not require consulting a doctor.

Misuse of drugs leads to wastage and drug poisoning. Side effects caused by use without a doctor's prescription are kidney damage, irritation of the digestive system, changes in body temperature, blood pressure, heart rate, respiratory tract disorders, vomiting blood and in severe cases can result in coma and death.

The purpose of this study was to determine the description of community knowledge and attitudes towards the use of drugs without a doctor's prescription at Kimia Farma Pharmacy Karang Turi Indramayu.

The method used is descriptive method. The sampling technique used was random sampling technique. The population of the research community aged 17-70 years was 77.

The results showed that the knowledge of the community was in the good category of 33 people (42.85%), quite good 39 people (50.64%), not good 5 people (6.49%), none of which had poor knowledge categories. The attitude of the community in the good category was 19 people (24.67%), quite good 58 (75.32%), none of them had a bad or bad attitude.

Based on the results of the study showed that the percentage of community knowledge (74.28%) was quite good, the attitude of the community (73.44%) was quite good.

Keywords: Knowledge, Attitude, Use of Drugs without a Doctor's Prescription.

Bandung, August 27th 2021

Abstract Advisor,

Apt. Wempi Eka Rusmana, S. Farm., M.M.

NIDN : 04-250486-02

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT.....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Penelitian.....	1
1.2 Pokok Permasalahan.....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.5 Kegunaan Penelitian	4
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN,	
DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	6
2.1 Kajian Pustaka	6
A. Pengetahuan.....	6
B. Sikap	9
C. Masyarakat.....	10
D. Mobat.....	10
E. Narkotika.....	18
F. Psikotropika.....	18
G. Swamedikasi	18
H. Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.....	19

2.2 Kerangka Pemikiran	20
2.3 Hipotesis Penelitian	20
BAB III METEDOLOGI PENELITIAN.....	21
3.1 Metode Penelitian	21
3.2 Operasional Variabel	22
3.3 Populasi dan Sempel Penelitian.....	22
3.4 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data	23
3.4.1 Teknik Pengumpulan Data	24
3.5 Teknik Analisis Data	24
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	27
4.1 Hasil Penelitian.....	27
4.1.1 Krakter Responden	28
4.1.2 Pengetahuan Responden	29
4.2 Pembahasan	31
4.2.1 Karakteristik Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu Karakteristik responden yang berjumlah 77 orang yang diperoleh dari hasil survei meliputi usia, pendidikan dan pekerjaan yang diperoleh dari hasil kuisisioner pasien Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu	31
4.2.2 Pengetahaun Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.....	32
4.2.3 Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.....	33
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	35
5.1 Kesimpulan	35
5.2 Saran	35

DAFTAR PUSTAKA.....	36

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel	22
Tabel 4.1 Data Konsumen Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.....	27
Tabel 4.2 Disteribusi Frekuensi Karakteristik.....	28
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter	29
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Logo Obat Bebas	12
Gambar 2.2. Logo Obat Bebas Terbatas	14
Gambar 2.3. Logo Obat Keras.....	17
Gambar 2.4. Logo Obat Narkotik.....	18
Gambar 2.5. Kerangka Pemikiran	20

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Kesehatan merupakan hak asasi manusia. Setiap orang mempunyai hak untuk hidup layak, termasuk didalamnya mendapatkan kesehatan yang baik. Oleh karena itu, pemerintah mengeluarkan Undang-undang yang mengatur tentang Kesehatan yang merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945.

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomi. Kesehatan merupakan sumber daya yang penting dalam kehidupan sehari-hari, karena tanpa hidup sehat manusia tidak dapat melakukan aktivitas dengan baik. (Undang-Undang Republik Nomor 36 Tahun 2009).

Obat tanpa resep dokter merupakan obat-obatan yang dapat digunakan dalam upaya pelaksanaan swamedikasi. Menurut Undang-Undang berkaitan dengan hal tersebut, untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri dan untuk mengatasi masalah kesehatan dasar secara cepat, aman dan rasional. Maka pemerintah menetapkan keputusan Menteri Kesehatan No.919/MENKES/PER/X/1993 pasal 2 tentang obat tanpa resep yang terdiri dari obat bebas, obat bebas terbatas, obat wajib apotek (OWA) dijual bebas di masyarakat untuk digunakan sendiri tanpa pengawasan ahli, dan pada kemasannya tercantum cara penggunaan dan aturan pemakaiannya. Namun penggunaan harus hati-hati. (Mercil, 1983 dalam Susan dan Susi dkk).

Umumnya obat ini dikonsumsi untuk menangani gejala ringan yang dianggap tidak membutuhkan konsultasi kepada dokter, seperti

demam, flu atau batuk ringan. Banyak orang yang sering menggunakan obat-obatan yang dijual bebas tanpa mencari penyebab penyakitnya dengan mengonsumsi obat-obatan jenis ini dapat membahayakan kesehatan jika tidak dikonsumsi dengan takaran yang tepat atau dalam jangka panjang. (Supardi, S. & Rahami, 2006).

Mengonsumsi obat-obatan bebas dengan dosis yang tidak tepat dapat mendatangkan resiko kesehatan serius. Tidak sedikit orang meninggal karena mengonsumsi obat-obatan bebas seperti parasetamol dalam dosis berlebihan. Pengetahuan masyarakat tentang obat secara umum juga masih belum baik, terbukti sebanyak 35% rumah tangga melaporkan penyimpanan obat termasuk antibiotika tanpa adanya resep dokter. (Rencana Strategi Kementerian Kesehatan 2015-2019). 35% dari pasar produk farmasi merupakan produk obat bebas atau *Over-The-Counter* (OTC) (World Bank, 2009). Banyaknya jenis obat yang dijual dipasaran memudahkan seseorang melakukan pengobatan sendiri (swamedikasi) terhadap keluhan penyakit. Informasi tentang gejala penyakit mungkin belum diketahui masyarakat. Masyarakat seringkali mendapatkan informasi obat melalui orang ke orang dan iklan, baik dari media cetak maupun media elektronik yang merupakan jenis informasi yang paling berkesan sangat mudah ditangkap. Ketidaksempurnaan iklan obat yang mudah diterima oleh masyarakat, salah satunya adanya informasi obat mengenai kandungan bahan aktif. Dengan demikian apabila hanya mengandalkan jenis informasi ini masyarakat akan kehilangan informasi yang sangat penting yaitu jenis obat yang dibutuhkan untuk mengatasi gejala sakitnya. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Pelaksanaan swamedikasi didasari oleh pemikiran bahwa pengobatan sendiri cukup untuk mengobati masalah kesehatan yang dialami tanpa melibatkan tenaga teknis kefarmasian. (Fleckenstein, Hanson & Venturelli, 2011). Tidak cukupnya waktu yang dimiliki untuk berobat, jauhnya akses ke fasilitas kesehatan. (Atmoko, dkk 2009 dalam Gupta, dkk 2011).

Swamedikasi bertujuan untuk meningkatkan kesehatan diri, mengobati penyakit ringan dan mengelola pengobatan rutin dari penyakit kronis setelah melalui pemantauan dokter. Fungsi dan peran swamedikasi lebih terfokus pada penanganan terhadap gejala secara cepat dan efektif tanpa intervensi sebelumnya oleh konsultan medis kecuali Apoteker, sehingga dapat mengurangi beban kerja pada kondisi terbatasnya sumber daya dan tenaga (WHO, 1998) Berdasarkan data di Indonesia setidaknya terdapat 60% masyarakat memilih melakukan swamedikasi. (Suryawati, 1997 dalam Susan dan Susi dkk).

Adapun efek samping yang ditimbulkan pada pelaksana swamedikasi ialah kerusakan ginjal akibat bahan kimia dalam obat-obatan, iritasi system pencernaan, perubahan suhu tubuh, tekanan darah, detak jantung, gangguan saluran pernapasan (nyeri dada, sesak napas), kulit menjadi panas, muntah darah atau feses berdarah pada kasus yang parah bisa berakibat koma hingga meninggal dunia.

Masyarakat memiliki peran penting dalam penggunaan obat tanpa resep dokter. Sebagai upaya untuk mengurangi keluhan penyakit, dikarenakan akses tidak cukupnya waktu yang dimiliki untuk berobat, jauhnya akses ke fasilitas-fasilitas kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang, **“GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP MASYARAKAT TERHADAP PENGGUNAAN OBAT TANPA RESEP DOKTER DI APOTEK KIMIA FARMA KARANG TURI INDRAMAYU”**

1.2 Pertanyaan Penelitian

Adapun pertanyaan penelitian dalam laporan ini adalah:

1. Bagaimana pengetahuan konsumen terhadap penggunaannya obat tanpa resep dokter?
2. Bagaimana sikap konsumen terhadap penggunaannya obat tanpa resep dokter?

1.3 Tujuan penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

A. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.

B. Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui pengetahuan masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.
- 2) Untuk mengetahui sikap masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.

1.4 Kegunaan Penelitian

A. Bagi Apotek

- 1) Sebagai bahan pertimbangan bagi apotek untuk memperbaiki kualitas pelayanan kefarmasian khususnya pengetahuan mengenai obat tanpa resep dokter.
- 2) Sebagai masukan atau saran bagi Instalasi Farmasi dalam proses pelayanan kefarmasian dan pengolahan laporannya.
- 3) Untuk menjalin kerjasama yang baik antara pihak apotek dan akademi.

B. Bagi Penulis

- 1) Menambah pengalaman dalam penelitian penggunaan obat tanpa resep dokter.
- 2) Dalam penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat baik, menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai penggunaan obat tanpa resep dokter.
- 3) Berharap penelitian ini dapat dijadikan referensi dan gambaran dalam mengembangkan ilmu kefarmasian khususnya dalam penggunaan obat tanpa resep dokter.

C. Bagi Akademik

- 1) Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian.
- 2) Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dokumen diperpustakaan dan sebagai bahan pembanding dan referensi bagi peneliti berikutnya.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Pustaka

A. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2016) yang dimaksud dengan pengetahuan (knowledge) merupakan hasil tahu, dari manusia, yang sekedar menjawab pertanyaan “what”. Menurut Notoatmodjo(2014) pengetahuan hasil pengindraan manusia, atau hasil seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda-beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yakni:

1. Tahu (*know*)

Tahu artinya hanya sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek untuk sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar hanya menyebutkan tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

3. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

5. Sintesis (*synthesis*)

Menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Berdasarkan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

Untuk pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Untuk mengetahui pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur, dapat kita sesuaikan dengan tingkatan tersebut diatas.

Factor yang mempengaruhi pengetahuan:

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

3) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan. Pertama, perubahan ukuran. Kedua, perubahan proporsi. Ketiga, hilangnya ciri-ciri lama. Keempat, timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

4) Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

5) Pengalaman

Adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

6) Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan,

karena lingkungan sangat berpengaruh dalam pembentukan sikap pribadi seseorang.

7) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

B. Sikap

Sikap adalah juga respon yang tertutup terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan factor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Senang, tidak senang, setuju, tidak setuju, baik, tidak baik, dan sebagainya (Notoatmodjo 2014).

Menurut Allopri (1945) dalam Notoatmodjo, sikap mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berfikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

Tingkatan-tingkatan sikap ada 4 yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*), yaitu bahwa seseorang mau menerima atau memperhatikan stimulus yang diberikan.
- 2) Menanggapi (*responding*), yaitu memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- 3) Menghargai (*valuing*), yaitu subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap objek atau stimulus.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), yaitu bertanggung jawab atas segala yang telah dipilih dengan segala resiko. Bertanggung jawab merupakan sikap yang paling tinggi.

Sikap dapat diukur secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapatan atau pertanyaan responden terhadap suatu objek.

C. Masyarakat

Manusia adalah makhluk social yang dalam hidupnya tidak bisa hidup sendiri sehingga membentuk kesatuan hidup yang dinamakan masyarakat. Menurut Kontjtaraningrat (1996) dalam Notoatmodjo, masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi sesuai dengan system adat istiadat tertentu yang sifatnya berkesinambungan dan terikat oleh suatu rasa identitas bersama. Menurut J.L Gilin dan J.P Gilin (1945) dalam Notoatmodjo, masyarakat adalah kelompok yang besar yang mempunyai kebiasaan, sikap, tradisi, dan persamaan persatuan yang sama.

Unsur-unsur masyarakat:

1. Kesatuan social

Merupakan bentuk dan susunan dari kesatuan-kesatuan individu yang berinteraksi dalam kehidupan masyarakat yang meliputi kerumunan, golongan dan kelompok.

2. Pranata social

Himpunan norma-norma dari segala tingkatan dan berkisar pada suatu kebutuhan pokok dalam kehidupan masyarakat.

D. MObat

Menurut Syamsuni dalam ilmu resep (2006:14) Obat adalah semua bahan tunggal atau campuran yang dipergunakan oleh semua makhluk untuk bagian dalam dan luar tubuh guna mencegah, meringankan, dan menyembuhkan penyakit. Obat adalah semua zat kimia, hewani maupun nabati yang dalam dosis layak dapat mengurangi, menyembuhkan dan menghilangkan penyakit serta mendiagnosa suatu penyakit. (obat-obat penting, Ed, V).

Obat adalah suatu zat yang digunakan untuk diagnose pengobatan, melunakkan, menyembuhkan, atau mencegah penyakit pada manusia atau pada hewan. (Anif, 1997). Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki system fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan atau kontrasepsi untuk manusia. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009).

Obat adalah suatu bahan atau campuran bahan yang dimaksudkan untuk digunakan dalam menentukan diagnose, mencegah, mengurangi, mmenghilangkan, menyembuhkan penyakit atau gejala penyakit, luka atau kelainan badaniah atau rohaniah pada manusia atau hewan. Termasuk memperelok bagian tubuh manuasia. (Syamsuni).

Obat merupakan sediaan atau paduan bahan-bahan yang siap untuk digunakan untuk mempengaruhi atau menyeliidki system fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan, kesehatan dan kontrasepsi. (Kebijakan Obat Nasional, Departemen Kesehatan RI 2005).

Obat merupakan komponen dasar suatu pelayanan kesehatan. Dengan pemberian obat, penyakit yang diderita oleh pasien dapat diukur tingkat kesembuhannya. Selain itu, obat merupakan kebutuhan pokok masyarakat, maka persepsi masyarakat tentang hasil yang diperoleh dari pelayanan kesehatan adalah menerima obat setelah berkunjung ke sarana kesehatan baik Puskesmas, Rumah Sakit maupun Poliklinik. Obat merupakan komponen utama dalam intervensi mengatasi masalah kesehatan, maka pengadaan obat dalam pelayanan kesehatan juga merupakan indicator untuk mengukur tercapainya efektifitas dan keadilan dalam pelayanan kesehatan. (Idham, 2005)

1. Penggolongan obat

Menurut peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 949/MenKes/Per/VI/2000., penggolongan obat di Indonesia terdiri dari: obat bebas, obat bebas terbatas, obat wajib apotek, obat keras, psikotropika, dan narkotika (Menteri Kesehatan, 2000).

a. Obat bebas

Menurut KepMenKes RI No. 2380/A/SK/VI/1983 menyatakan bahwa “obat bebas adalah obat yang dapat diserahkan kepada pasien tanpa resep yang pada etiket wadah dan bungkus luar atau kemasan terkecil dicantumkan secara jelas tanda khusus yang mudah dikenali. Pasal 3 ayat 1 menyatakan tanda khusus untuk obat bebas yaitu bulatan berwarna hijau dengan garis tepi warna hitam”.

Penandaan obat bebas diatur berdasarkan S.K. Menkes RI nomor 2380/SK/VI/1983 tentang tanda khusus untuk obat bebas. Obat bebas ini digunakan untuk mengobati gejala penyakit yang ringan dan obat ini merupakan tanda obat paling aman. Contoh obat bebas: paracetamol, obat batuk hitam, tablet vitamin C, oralit dan lain-lain.



Gambar 2.1. Logo Obat Bebas

b. Obat bebas terbatas

Obat bebas terbatas atau obat yang termasuk dalam daftar “W”, menurut bahasa belanda “W” singkatan dari “Waarschuwing” artinya peringatan. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.2380/A/SK/VI/83. Tanda khusus pada

kemasan dan etiket obat bebas terbatas adalah lingkaran biru dengan garis tepi berwarna hitam. Seharusnya obat jenis ini hanya dijual bebas di toko obat berizin (dipegang seorang asisten apoteker) serta apotek (yang hanya boleh beroperasi jika ada apoteker (No Pharmacist No Service), karena diharapkan pasien memperoleh informasi obat yang memadai saat membeli obat bebas terbatas.

Obat bebas terbatas adalah obat keras yang dapat diserahkan kepada pemakainya tanpa resep dokter, bila penyerahannya memenuhi persyaratan sebagai berikut:

1. Obat tersebut hanya boleh dijual dalam bungkus asli dari pabriknya atau pembuatnya.
2. Pada penyerahannya oleh pembuat atau penjual harus mencantumkan tanda peringatan yang bercetak sesuai contoh.

Tanda peringatan tersebut harus berwarna hitam, berukuran panjang 5cm, lebar 2cm, dan membuat pemberitahuan sebagai berikut:

P No.1 : Awas ! Obat Keras, Baca Aturan Memakainya
Ultraflu, Decolgen, Antimo, Konvermex, Faramex.

P No. 2 : Awas! Obat Keras! Hanya Untuk Berkumur.
Contoh: Enkasari, Listerine, Alphadine, Biosepton.

P No.3 : Awas! Obat Keras! Hanya Untuk Bagian Luar Tubuh.

Contoh: Neo Ultrasiline, Betadine, Tintucra Jodii.

P No.4 : Awas ! Obat Keras. Hanya Untuk Dibakar Contoh:
Sigaret Astma.

P No.5 : Awas ! Obat Keras. Tidak Boleh Ditelan
Contoh: Sulfanilamide Steril, Bufacetin, Bravoderma.

P No 6 : Awas ! Obat Keras. Obat Wasir, Jangan Ditelan
Contoh: Laxarec, Anusol Suppositoria, Molexidine.



Gambar 2.2. Logo Obat Bebas Terbatas

c. Obat wajib apotek (OWA)

Daftar obat wajib apotek (DOWA) yang merupakan bagian dari golongan keras dan dapat diperoleh tanpa melalui resep dokter. Obat ini bisa diserahkan secara langsung kepada apoteker di apotek terdekat. Kemudahan seperti ini tertuang dalam keputusan yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan. Hingga saat ini sudah terdapat beberapa pembaharuan yang dilakukan pada keputusan ini. Sehingga terdapat beberapa pengelompokkan yang membuat daftar obat wajib apotek lebih bervariasi.

Peraturan tentang Daftar Obat Wajib Apotek Pemerintah melalui Menteri Kesehatan telah memberikan kemudahan terhadap seluruh masyarakat untuk menentukan pilihan obatnya. Selain itu, keputusan dari peraturan ini juga dianggap memberikan edukasi kepada masyarakat tentang seluruh jangkauan obat yang lebih baik. Keputusan menteri Kesehatan No.347/Menkes/SK/VII/1990. Peraturan ini berisi tentang beberapa obat yang masuk dalam golongan wajib apotik no. 1 Keputusan Menteri Kesehatan No. 924/Menkes /Per/X /1993. Keputusan ini merupakan pembaharuan terhadap peraturan sebelumnya yang berisi beberapa tambahan dari obat wajib apotek no. 2 Keputusan Menteri Kesehatan No. 1176/Menkes/Sk/X/1999. Ini adalah keputusan tentang tambahan obat wajib apotek no. 3 Pertimbangan pemerintah terhadap keputusan daftar obat wajib apotek.

1. Pemerintah menganggap bahwa keputusan tentang obat wajib apotek ini akan memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk menjangkau obat yang dibutuhkan tanpa melalui resep dokter. Selain itu, pemerintah juga ingin seluruh lapisan masyarakat memiliki kemampuan tentang pengetahuan yang lebih baik saat mengatasi masalah melalui pengobatan sendiri secara aman, tepat dan sangat rasional. Bahkan, pemerintah juga mendukung peraturan ini untuk memberikan kemudahan jangkauan melalui harga dari seluruh obat yang tersedia di apotek. Pengetahuan tentang harga ini akan memudahkan masyarakat melakukan kontrol terhadap hidup sehat.
2. Keputusan menteri kesehatan ini juga akan meningkatkan peran apoteker di apotek untuk memaksimalkan pelayanan kepada masyarakat yang membutuhkan obat. Bahkan, apoteker juga dianggap perlu memberikan edukasi terhadap penggunaan dan fungsi obat yang baik sesuai dengan dosis yang dibutuhkan. Apoteker juga bisa menjadi konselor terhadap seluruh fungsi jenis obat yang dibutuhkan oleh masyarakat. Apoteker diwajibkan memberikan informasi yang benar dan sesuai terhadap fungsi, dosis hingga harga obat yang diberikan kepada masyarakat secara langsung.
3. Melalui keputusan ini, pemerintah ingin seluruh penyediaan obat yang berada di apotek bisa semakin meningkat untuk memberikan kemudahan jangkauan kepada masyarakat. Namun, persediaan obat yang berada di apotek juga akan melalui proses pengendalian yang juga telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan. Sehingga jumlah obat yang bisa dijangkau oleh masyarakat luas memiliki dampak yang baik dan tidak terlalu berlebihan.

Pada penyerahan obat wajib apotek ini peran apoteker di apotek dalam pelayanan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) serta pelayanan obat kepada masyarakat perlu ditingkatkan dalam rangka peningkatan pengobatan sendiri. Walaupun boleh memberikan obat keras, namun ada persyaratan yang harus dilakukan dalam penyerahan Obat Wajib Apotek.

- 1) Apoteker wajib melakukan pencatatan yang benar mengenai data pasien (nama, alamat, umur) serta penyakit yang diderita.
- 2) Apoteker wajib memenuhi ketentuan jenis dan jumlah yang boleh diberikan kepada pasien. Contohnya hanya jenis oksitetrasiklin salep saja yang termasuk OWA, dan hanya boleh diberikan 1 tube.
- 3) Apoteker wajib memberikan informasi obat secara benar mencakup: indikasi, kontra-indikasi, cara pemakaian, cara penyimpanan dan efek samping obat yang mungkin timbul serta tindakan yang disarankan bila efek tidak dikehendaki tersebut timbul.

Contoh Obat Wajib Apotek: Contoh Obat wajib apotek no 1

1. Linestrenol
2. Asam mefenamat
3. Hexsatidine

Tujuan Obat wajib apotek adalah memperluas keterjangkauan obat untuk masyarakat, maka obat-obat yang digolongkan dalam OWA adalah obat yang diperlukan bagi kebanyakan penyakit yang diderita pasien. Dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat menolong dirinya sendiri, guna mengatasi masalah kesehatan, dirasa perlu ditunjang dengan sarana yang dapat meningkatkan pengobatan sendiri secara rasional.

Obat yang dapat diserahkan tanpa resep dokter harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Tidak dikontraindikasikan untuk penggunaan pada wanita hamil, anak di bawah usia 2 tahun dan orang tua di atas 65 tahun.
2. Pengobatan sendiri dengan obat dimaksud tidak memberikan risiko pada kelanjutan penyakit.
3. Penggunaannya tidak memerlukan cara atau alat khusus yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan.
4. Penggunaannya diperlukan untuk penyakit yang prevalensinya tinggi di Indonesia.
5. Obat dimaksud memiliki rasio khasiat keamanan yang dapat dipertanggung jawabkan untuk pengobatan sendiri.

d. Obat keras

Obat keras adalah obat yang hanya dapat dibeli diapotek dengan resep dokter (Muchid, dkk., 2006). Menurut KepMenKes RI No. 2396/A/SK/VIII/86 tentang tanda khusus obat daftar G yang terkait dengan obat keras:

- 1) “Pasal 3 ayat 1 menyatakan tanda khusus untuk obat keras adalah lingkaran bulat berwarna merah dengan garis tepi berwarna hitam dengan huruf K yang menyentuh garis tepi”. Menteri Kesehatan, 1986).



Gambar 2.3. Logo Obat Keras

- 2) Obat keras mudah menimbulkan keracunan, memiliki efek samping dan interaksi yang berbahaya. Dari segi keamanan, obat keras ini belum terjamin keamanannya dalam kehamilan dan bila cenderung disalah gunakan dapat menjadi pencetus kanker, mutasi gen dan kerusakan janin”. (Menteri Kesehatan, 1986).

E. Narkotika

Menurut Undang-undang No. 35 tahun 2009, menyatakan bahwa “Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintesis maupun semi sintesis, dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan”.



Gambar 2.4. Logo Obat Narkotik

F. Psikotropika

Menurut PerMenKes No. 688/MenKes/Per/VII/1997, menyatakan bahwa “Psikotropika didefinisikan sebagai zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan narkotika, berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku”.

G. Swamedikasi

Swamedikasi adalah penggunaan obat-obatan oleh seseorang untuk mengobati segala keluhan ringan pada diri sendiri atas inisiatif sendiri atau tanpa konsultasi medis yang berkaitan dengan indikasi, dosis, dan lama penggunaan (Agabna, 2014). Di Indonesia, pengobatan dapat dilakukan secara mandiri menggunakan golongan obat bebas maupun obat bebas terbatas. Keuntungan dari swamedikasi salah satunya yaitu mengurangi beban pelayanan medis dan obat

untuk mengatasi keluhan-keluhan ringan, serigkali sudah tersedia dirumah. Disisi lain, terdapat resiko dari swamedikasi yaitu gejala tersamarkan dan tidak dikenali yang sebenarnya merupakan penyakit serius serta resiko efek samping dan pemakaian obat yang kurang tepat. (Rahardja, 2010).

Kecenderungan swamedikasi yang masih tinggi dipengaruhi beberapa factor, diantaranya persepsi masyarakat tentang penyakit ringan, harga obat yang lebih terjangkau, serta kepraktisan dalam penggunaan obat-obat yang dapat digunakan untuk mengatasi penyakit ringan dengan penanganan sendiri dengan obat-obat yang dapat dibeli tanpa resep dokter. Factor yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan terapi swamedikasi pasien yaitu perilaku swamedikasi dikalangan masyarakat (Rikomah, 2016).

H. Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu

Kimia Farma Karangturi Indramayu adalah apotek yang telah berdiri sejak tahun 2019 hingga sekarang. Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu adalah cabang dari unit bisnis Cirebon. Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu ini terletak di Jl. Yos Sudarso No.79, Paoman, Kec. Indramayu, Kab Indramayu, Jawa Barat.

Jam kerja di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu terbagi menjadi 2 shift yaitu:

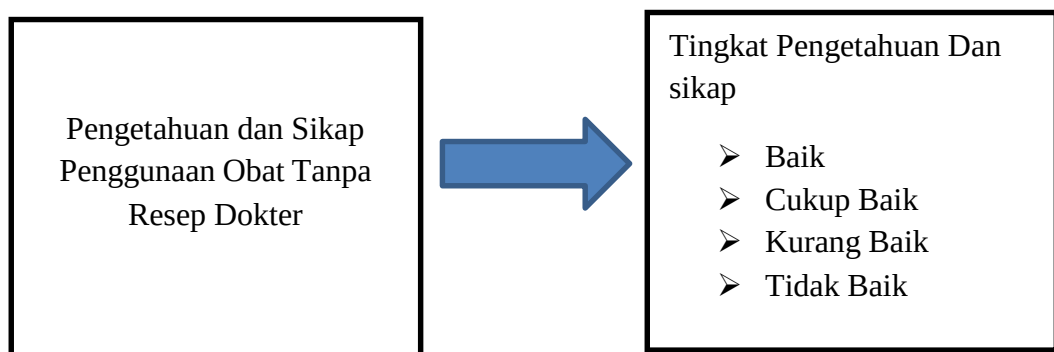
1. Shift pagi dimulai dari pukul 07.30-14.30 WIB
2. Shift siang dimulai dari pukul 14.30-21.30 WIB

Terdiri dari 1 Apoteker dan 4 Tenaga Teknis Kefarmasian. Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu melayani pembelian obat secara umum baik dari resep dokter atau secara swamedikasi.

2.2 Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian merupakan proses keberhasilan pembelajaran. Selain itu, kerangka pemikiran memberikan berbagai permasalahan yang penulis hadapi dan permasalahan objek yang akan diteliti oleh penulis.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka dibuat kerangka pemikiran penelitian mengenai Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.



Gambar 2.5 : kerangka pemikiran

2.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan penelitian tersebut, hipotesa penelitian akan dibahas dalam penelitian ini yaitu, Bagaimana Gambaran Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Sugiyono (2010:2) mengemukakan bahwa yang dimaksud dengan metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan tertentu. Dalam melakukan penelitian ini penulis menggunakan metode deskriptif, kuantitatif.

Menurut Moh. Nazir (2009:54) Metode deskriptif adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu kondisi, suatu system pemikiran, ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Metode kuantitatif menurut Sugiyono (2010:7) adalah metode tradisional, karena metode ini sudah cukup lama digunakan sehingga sudah mentradisi sebagai metode untuk penelitian. Metode ini disebut sebagai metode ilmiah karena telah memenuhi kaidah-kaidah ilmiah yaitu kongkrit atau empiris, objektif, terukur, rasional, dan sistematis. Metode ini disebut metode kuantitatif karena data penelitian berupa angka-angka dan analisis menggunakan statistik.

Penelitian ini menggunakan jenis deskriptif suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi didalam masyarakat. Dalam bidang kesehatan masyarakat survei deskriptif digunakan untuk menggambarkan atau memotret masalah kesehatan serta yang terikat dengan kesehatan sekelompok penduduk atau orang yang tinggal dalam komunitas tertentu. (Notoatmodjo, 2016)

Penelitian ini hanya menggambarkan objek yang diteliti bertujuan untuk mengetahui Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma karangturi Indramayu.

3.2 Operasional Variabel

Tabel 3.2
Definisi Operasional Variabel

No.	Variabel	Definisi Operasional	Pengukuran	Kriteria Pengukuran	Skala
1.	Pengetahuan	Pengetahuan adalah hasil tahu masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter diukur menggunakan kuisioner.	Kuisioner	Baik, Cukup Baik, Kurang Baik, Tidak Baik.	Ordinal
2.	Sikap	Sikap adalah respon tertutup masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter yang diukur menggunakan kuisioner.	Kuisioner	Baik, Cukup Baik, Kurang Baik, Tidak Baik.	Ordinal

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. (sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini

adalah pasien Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu yang berumur 17-70 tahun sebanyak 327.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. (Sugiono, 2016). Cara pengambilan sampel yang digunakan sampel acak sederhana (simple random sampling) yaitu setiap anggota atau unit dari populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diseleksi sebagai sampel.

Rumus untuk menentukan sampel menggunakan rumus Slovin.

$$n = \frac{327}{1 + 327 (0.10)}$$

$$n = \frac{327}{1 + 3,27}$$

$$n = \frac{327}{4,27}$$

$$n = 77$$

Keterangan:

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = presisi yang ditetapkan (0.10)

Berdasarkan besar populasi dan dari perhitungan rumus tersebut jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 77 orang.

3.4 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

1) Data Premier

Data premier adalah data yang langsung diperoleh/diambil oleh peneliti. Data premier diperoleh secara langsung dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden yang telah berisi daftar pertanyaan serta pilihan jawaban yang telah disiapkan.

2) Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang tidak langsung diperoleh/diambil oleh peneliti akan tetapi diperoleh dari data yang sudah ada atau sudah dikumpulkan oleh pihak lain. Data sekunder dapat diperoleh yakni dari teori-teori yang sudah ada seperti jurnal penelitian, buku-buku, website, wawancara dari tempat penelitian.

3.4.1 Teknik Pengumpulan Data

a) Editing (penyuntingan data)

Dalam tahap ini dilakukan pemeriksaan antara lain kesesuaian jawaban, kelengkapan pengisian, serta konsistensi jawaban. Pada editing tidak dilakukan penggantian atau penafsiran jawaban responden.

b) Coding (pemberian kode)

Coding dalam penelitian ini yaitu data dirubah dalam bentuk kode yaitu dengan cara merubah data yang berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan untuk mempermudah proses entri.

c) Input data (pemasukan data)

Mengisi kolom atau lembar kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

d) Tabulating (tabulasi)

Data disusun dalam bentuk table kemudian dianalisa yaitu proses penyederhanaan data dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasikan. Proses tabulasi dalam peneliti ini adalah memasukan table hasil analisa kedalam pembahasan.

3.5 Teknik Analisis Data

Setelah pengolahan data selesai, proses selanjutnya adalah analisis data. Tujuan dari analisis data ini adalah untuk menyederhanakan dan menyederhanakan dan memudahkan data untuk ditafsirkan. Analisis data terdiri dari analisis kuantitatif dan kualitatif. Dalam menganalisa

data kuantitatif, data yang berbentuk angka dihitung untuk mengetahui jawaban masalah yang diteliti.

Analysis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah dipahami, dan temuannya dapat di informasikan kepada orang lain (Bogdan dalam Sugiyono, 2013:244).

Analisis data dilakukan dengan melihat jumlah responden dan jumlah dari setiap jawaban yang benar. Permasalahan yang dinyatakan seperti “Ya-Tidak” (Sugiono, 2016). Penelitian diberikan dengan skor (1) untuk pilihan jawaban “Ya” dan skor (0) untuk pilihan jawaban yang “Tidak”. Nilai tertinggi tiap satu pertanyaan adalah 1, jumlah pertanyaan 10, maka nilai tertinggi setiap dari seluruh pertanyaan adalah 10.

Menurut Arikunto (1998), skoring untuk penarikan kesimpulan ditentukan dengan membandingkan skor maksimal. $\text{Skor} = \frac{\text{skor yang diperoleh}}{\text{skor maksimal}} \times 100\%$
Menurut Arikunto (1998), data yang terkumpul dilakukan kategori menurut skala ordinal, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. 76%-100% jawaban benar : Pengetahuan baik
- b. 56%-75% jawaban benar : Pengetahuan cukup baik
- c. 40%-55% jawaban benar : Pengetahuan kurang baik
- d. <40% jawaban benar : Pengetahuan tidak baik

1. Sikap

Sikap diukur berdasarkan skala Likert (Sugiono, 2016). Nilai tertinggi tiap satu pertanyaan adalah 4, jumlah pertanyaan 10, nilai tertinggi seluruh pertanyaan seluruh pertanyaan adalah 40.

Bobot setiap pertanyaan adalah sebagai berikut:

1. Sangat Setuju : bobot 4
2. Setuju : bobot 3
3. Tidak Setuju : bobot 2
4. Sangat Tidak Setuju : bobot 1

Menurut Arikunto (1998), scoring untuk penarikan kesimpulan ditentukan dengan membandingkan skor maksimal.

$$\text{Skor} = \frac{\text{skor}}{\text{maksimal}} \times 100\%$$

Menurut Arikunto (1998), data yang terkumpul dilakukan kategori menurut skala ordinal, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. 76%-100% jawaban benar : Sikap baik
2. 56%-75% jawaban benar : Sikap cukup baik
3. 40%-55% jawaban benar : Sikap kurang baik
4. <40% jawaban benar : Sikap tidak baik

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Konsumen Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu untuk memperkecil cangkupan penelitian, penulis memusatkan pada konsumen apotek yaitu berjumlah 486. Pada umumnya konsumen di sekitar apotek ini adalah ibu rumah tangga dan wiraswasta. Persentasi pengelompokandi paparkan menurut rentengan umur adalah sebagai berikut:

Umur atau usia adalah salah satu waktu yang mengukur keberadaan suatu benda benda mati atau makhluk hidup maupun yang mati. Kategori umur Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO melalui studi tentang kualitas kesehatan dan harapan hidup rata-rata manusia di seluruh dunia menetapkan kriteria baru yang membagi kehidupan manusia ke dalam 5 kelompok usia sebagai berikut 0 – 17 tahun : Anak-anak di bawah umur 18 – 65 tahun : Pemuda 66 – 79 tahun : Setengah baya 80 – 99 tahun : Orang tua 100 tahun ke atas : Orang tua berusia panjang.

Tabel 4.1
Data Konsumen Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu

No.	Umur	Jumlah (orang)	Persentasi (%)
1	0-17 Tahun	115	23,66%
2	18-65 Tahun	351	72,22%
3	66-79 Tahun	20	4,11%
Total		486	100%

4.1.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden yang diperoleh dari wawancara meliputi umur, pendidikan, dan pekerjaan. Kategori umur menurut depkes ri adalah sebagai berikut.

Tabel 4.2
Distribusi Frekuensi Karakteristik
Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur		
0-17 Tahun	1	1,2%
18-65 Tahun	76	98,70%
Total	77	100%

Pendidikan

Dasar (SD-SMP)	30	38,96%
Menengah (SMA)	45	58,44%
D3 dan S1	2	2,59%
Total	77	100%

Pekerjaan

Pegawai negeri	2	2,59%
Petani	14	18,18%
Ibu rumah tangga	33	42,85%
Swasta/lain-lain	28	36,36%
Total	77	100%

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dilihat bahwa mayoritas responden berumur 18-65 sebanyak 76 responden (98,70%), mayoritas pendidikan responden berpendidikan menengah (SMA) sebanyak 45 responden (58,44%), dan pekerjaan responden mayoritasnya sebagai ibu rumah tangga sebanyak 33 responden (42,85%).

4.1.2 Pengetahuan Responden

Tabel 4.3
Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Masyarakat Terhadap
Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter

No	Pengetahuan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Baik	33	42,85%
2	Cukup Baik	39	50,64%
3	Kurang Baik	5	6,49 %
4	Tidak baik	-	-
Total		77	100%

Berdasarkan Tabel 4.3 didapati pengetahuan responden pada kategori baik sebanyak 33 orang (42,85%), pada kategori cukup baik sebanyak 39 orang (50,64%), kategori kurang baik sebanyak 5 orang (6,49%), tidak ada yang memiliki kategori pengetahuan tidak baik. Jumlah skor keseluruhan adalah 572. Secara keseluruhan tingkat pengetahuan responden terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu adalah:

Skor maksimal seluruh responden = bobot jawaban benar $\times$ jumlah responden $\times$ jumlah soal = $1 \times 77 \times 10 = 770$ Tingkat Pengetahuan Responden = $\frac{770}{770} \times 100\% = 100\%$ Maka Pengetahuan Responden Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Adalah Cukup Baik.

4.1.3 Pengetahuan Responden

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Tingkat Sikap Masyarakat
Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter

No	Sikap	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Baik	19	24,67%
2	Cukup Baik	58	75,32%
3	Kurang Baik	-	-
4	Tidak baik	-	-
Total		77	100%

Berdasarkan Tabel 4.4 didapati sikap responden pada kategori baik sebanyak 19 orang (24,67%), pada kategori cukup baik sebanyak 58 orang (75,32%), tidak ada yang memiliki sikap kurang baik dan tidak baik. Jumlah skor seluruh responden adalah 2262. Secara keseluruhan tingkat sikap responden terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu adalah:

Skor maksimal seluruh responden = bobot jawaban benar $\times$ jumlah responden $\times$ jumlah soal = $4 \times 77 \times 10$

$$=3080$$

$$\text{Tingkat Sikap Responden} = \quad \times 100\%$$

$$=73,44\%$$

Maka Sikap Responden Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Adalah Cukup Baik

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu dengan jumlah sampel 77 orang, maka didapatkan pembahasan sebagai berikut:

4.2.1 Karakteristik Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu

Karakteristik responden yang berjumlah 77 orang yang diperoleh dari hasil survei meliputi usia, pendidikan dan pekerjaan yang diperoleh dari hasil kuisioner pasien Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu.

Dari tabel 4.2 dapat dilihat distribusi kelompok usia responden sebanyak 76 responden (98,70%) dengan usia 18-65 tahun hal ini dikarenakan pengambilan sampel dengan karakteristik 17- 70 tahun. Dari distribusi kelompok pendidikan responden yang terbanyak ada di tingkat pendidikan menengah (SMA) yaitu 45 responden (58,44%) dan hanya 2 responden (2,59%) berpendidikan tinggi D3-S1. Hal ini dikarenakan masih rendahnya tingkat ekonomi dan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya pendidikan sehingga kebanyakan diantara mereka tidak melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Dari distribusi kelompok pekerjaan yang terbanyak ada di tingkat ibu rumah tangga 33 responden (42,85%) Hal ini disebabkan karena pasien Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu adalah wilayah pedesaan yang berdekatan dengan pesisir pantai, sehingga

mata pencaharian ibu rumah tangga dan kepala rumah tangga paling banyak sebagai petani dan nelayan.

4.2.2 Pengetahaun Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu

Berdasarkan hasil penelitian pengetahuan masyarakat terhadap penggunaan obat tanpa resep dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu didapati bahwa dari 77 responden mayoritasberpengetahuan cukup baik. Hal ini dipengaruhi oleh karakteristikresponden.

Menurut Notoatmodjo (2014) pengetahuan hasil pengindraan manusia, atau hasil seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya pada waktu pengindraan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan presepsi terhadap objek. Dari hasil penelitian pengetahuan responden memiliki sikap cukup baik yaitu (74,28%)

Menurut Notoatmodjo (2014) faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah umur, pendidikan, pekerjaan Mayoritas responden berumur 18-65 sebanyak 76 responden (98,70%) Hal ini dapat dijelaskan bahwa saat semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebihmatang dalam berfikir sehingga melalui pengetahuan yang telah dimiliki sebelumnya, pengalaman sendiri, pengalaman orang lain, lingkungan danfaktor lainnya dapatmembentuk pengetahuan seseorang dalam jangka waktu yang lama danakan tetap bertahan sampai tua. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Darmawati, A. (2016)

Mayoritas responden berpengetahuan cukup baik dipengaruhi oleh pendidikan dimana mayoritas masyarakat tersebut berpendidikan (SMA) yang paling banyak yakni 45 responden (58,44%), karena pengetahuan dipengaruhi oleh pendidikan di dusun V desa simalingkar A pendidikan masyarakat yang paling banyak di tingakat Menengah (SMA). Teori mengatakan bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan

atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, pada umumnya semakin tinggi pendidikan seseorang semakin baik pula pengetahuannya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Arrasily, Oktarisa Khairiyah (2016).

Pengetahuan cukup baik juga dipengaruhi oleh pekerjaan, dimana mayoritas responden memiliki pekerjaan sebagai ibu rumah tangga sebanyak 33 orang (42,85%), karena salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan didapati dari faktor pekerjaan, responden paling banyak bekerja sebagai ibu rumah tangga. Dictionary of Education menyebutkan seseorang mengembangkan kemampuan sikap dan bentuk tingkah laku lainnya sehari-hari apabila hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak (Sujiyatini, 2009 dalam Elheart Budiman 2017).

Penelitian yang lain juga menunjukkan bahwa ibu yang bekerja mempunyai tingkat pengetahuan yang baik daripada ibu yang tidak bekerja karena pada ibu yang bekerja akan banyak peluang untuk mendapatkan informasi seputar keadaannya dan pengetahuan baru. (Sulistyawati, 2009 dalam Elheart Budiman 2017).

Berdasarkan hasil penjelasan diatas, peneliti menarik kesimpulan dengan tingkat pendidikan dan pekerjaan yang cukup dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang baru. Hal ini sesuai dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu umur, pendidikan dan pekerjaan.

4.2.3 Sikap Masyarakat Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter Di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu

Menurut (Notoatmodjo, 2014) Sikap adalah juga respon yang tertutup terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik- tidak baik, dan sebagainya. Untuk

mewujudkan sikap dipengaruhi oleh kehidupan manusia emosional atau evaluasi orang terhadap objek.

Dari hasil penelitian mayoritas responden memiliki sikap cukup baik yaitu (73,44%), sama dengan pengetahuan responden yaitu cukup baik hal ini dipengaruhi oleh kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek,

kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek dan kecendrungan untuk bertindak. Menurut azwar (2013), faktor yang mempengaruhi sikap terhadap suatu objek sikap beberapa diantaranya adalah Pengalaman pribadi Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Pengaruh orang lain yang dianggap penting pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut. Media massa Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulisnya, akibatnya berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

Berdasarkan hasil penjelasan diatas, peneliti menarik kesimpulan sikap dapat dibentuk berdasarkan kepercayaan atau keyakinan, ide, dan konsep terhadap objek, kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek dan kecendrungan untuk bertindak, maka tidak ada kesenjangan antara teori dengan hasil penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan masyarakat terhadap penggunaan Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu, berada pada kategori cukup baik (74,28%)
2. Sikap masyarakat terhadap penggunaan Terhadap Penggunaan Obat Tanpa Resep Dokter di Apotek Kimia Farma Karangturi Indramayu, berada pada kategori cukup baik (73,44%)

5.2 Saran

1. Diharapkan kepada pihak Dinas Kesehatan untuk memberikan edukasi tentang golongan-golongan obat yang boleh digunakan untuk swamedikasi dan bahaya penggunaan obat tanpa resep dokter.
2. Bagi masyarakat jika membeli obat harus di Toko Obat dan Apotek, supaya terhindar dari resiko seperti obat palsu, obat kadaluarsa, maupun obat ilegal yang tidak memiliki no izin edar.
3. Kepada peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti tentang penggunaan obat tanpa resep dokter dilingkungan/wilayah perkotaan yang sering mengkonsumsi obat tanpa resep dokter.

DAFTAR PUSTAKA

- Anif, 1997. *Apa Yang Perlu Diketahui Tentang Obat*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press :
- Azwar, 2013. *FaktorFaktor Yang Mempengaruhi Sikap Terhadap Objek*.
<http://digilib.unila.ac.id/4607/15/BAB%20II.pdf>
- Arrasily, Oktarisa Khairiyah.dkk. 2016, *Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Orang Tua Mengenai Kelainan Genetik Penyebab Disabilitas Intelektual Di Kota Semarang*. Jurnal Kedokteran Diponegoro
<https://media.neliti.com/media/publications/105811-ID-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-tingkat.pdf>
- Budiman, E. dkk.2017, *Hubungan Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Ekonomi Dengan Paritas Di Puskesmas Bahu Manado*. Jurnal Program Studi Ilmu KeperawatanUniversitas Sam Ratulangi.
[ttps://media.neliti.com/media/publications/110831-ID-hubungan-tingkat-pendidikan-pekerjaan-st.pdf](https://media.neliti.com/media/publications/110831-ID-hubungan-tingkat-pendidikan-pekerjaan-st.pdf)
- Dharmawati, Ayu. dkk.2016, *Hubungan Tingkat Pendidikan, Umur, Dan Masa Kerja DenganTingkat Pengetahuan Kesehatan Gigi Dan Mulut Pada Guru Penjaskes Sd Di Kecamatan Tampak Siring Gianyar*. Jurnal kesehatan gigi poltekkes denpasar.
http://www.poltekkes-denpasar.ac.id/keperawatangigi/wp/content/uploads/2017/02/ilovepdf_merged.pdf
- Notoatmodjo, S, 2014, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmojo, S, 2016, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Syamsuni, 2006, *Ilmu Resep*. Jakarta : buku kedokteran EGC
- Sugiyono, 2016, *Metodologi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D* Alfabeta, Jakarta
- Rencana Sterategi Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019
- Tjay, Tan Hoan dan Kirana Rahardja. 2007. *Obat-Obat Penting*. Ed. V. PT. Elex Median Komputindo, Jakarta
- Candradewi, S.F dan Kristina, A.S 2016, *Gambaran Pelaksanaan Konseling Obat Tanpa Resep Di Apotek-Apotek Wilayah Kota Bantul*.

<https://www.google.com/search?q=Gambaran+Pelaksanaan+Konseling+Obat+Tanpa+Resep+Di+Apotek-Apotek+Wilayah+Kota+Bantul+&le=UTF-8&oe=UTF-8&clinet=Firefox-b>

Obat Bebas (OTC): Jenis, Golongan dan Contohnya-Berbagai Cerita, Opini dan Berita Farmasi

<http://bidhuan.id/obat/43471/obat-otc-jenis-golongan-dan-contohnya/>

Penjelasan dan Peraturan Tentang Daftar Obat Wajib Apotek (DOWA) – Berbagai Cerita, Opini dan Berita Farmasi

<http://bidhuan.id/regulasi-kefarmasian/42978/penjelasan-dan-peraturan-tentang-daftar-obat-wajib-apotek-dowa/>

Izdiyar, dkk. 2015, *Survey Pola Konsumsi Obat Untuk Swamedikasi Selama Triwulan*

<https://anzdoc.com/survey-pola-konsumsi-obat-untuk-swamedikasi-selama-triwulan-.html>

Kumpulan Kuesioner Dikutip dari Jurnal Ilmiah Manuntung Tingkat Pengetahuan Penggunaan Obat Bebas Dan Obat Bebas Terbatas Untuk Swamedikasi Pada Masyarakat Rw 8 Morobangun Jogotirto Berbah Sleman Yogyakarta Skripsi Tingkat Pengetahuan Dan Rasionalitas Swamedikasi Pasien Di Tiga Apotek Kecamatan Medan Sunggal

skripsi Gambaran Pengetahuan Ibu-Ibu Di Posyandu Kelurahan Kuesioner Penelitian Polonia Kecamatan Medan Polonia Kota Medan Tentang Penggunaan Obat Bebas Dan Obat Bebas Terbatas.

WHO Mengeluarkan Kriteria Baru Kelompok Usia

<https://inspirasiidakwah.net/2016/02/19/who-mengeluarkan-kriteria-baru-kelompok-usia/>

**EVALUASI WAKTU TUNGGU OBAT
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN
DI IFRS KARYA MEDIKA II TAMBUN**

TUGAS AKHIR

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Kesehatan Bidang Farmasi



Disusun Oleh :

Maria Selina Ima Kulata 18307171

Tuti Hartati 18307200

**POLITEKNIK PIKSI GANESHA
2021**

ABSTRAK

Maria Selina Ima Kulata / Tuti Hartati
NPM 18307171 / 18307200
Program Studi Farmasi

Evaluasi Waktu Tunggu Obat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di IFRS Karya Medika II Tambun

Waktu tunggu merupakan salah satu standar minimal pelayanan farmasi di rumah sakit yang harus dievaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian di rumah sakit serta dapat memberikan kepuasan kepada pasien.

Pelayanan resep harus dilaksanakan dalam waktu sesingkat mungkin untuk mendapatkan kualitas tersebut. Waktu tunggu pelayanan obat non racikan atau obat racikan adalah tenggang waktu dimulai dari pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat non racikan atau obat racikan dengan lamanya waktu tunggu < 30 menit untuk obat non racikan dan 60 menit untuk obat racikan.

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di RS Karya Medika II Tambun periode April - Mei 2021 berdasarkan lamanya obat racikan dan non racikan serta mendapatkan gambaran waktu tunggu pelayanan obat racikan dan obat non racikan. Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif dengan pendekatan *Observasional Analitik* dengan pengambilan data secara *Kohort*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, dengan teknik pengambilan sampel *Total sampling*, sedangkan alat penelitian yang digunakan berupa lembar resep dan data penunjang lainnya periode April - Mei 2021.

Pada penelitian ini didapatkan 360 resep yang menjadi sampel penelitian yang terdiri dari resep racikan dan resep non racikan. Rata-rata waktu pelayanan resep untuk resep racikan di bulan april didapatkan rata-rata 40,27 menit sedangkan non racikan 21,94 menit. Serta di bulan Mei didapatkan rata - rata untuk resep racikan selama 43,27 menit sedangkan non racikan selama 27,50 menit.

Saran yang diberikan sebaiknya RS Karya Medika II melakukan perbaikan perbaikan pelayanan dalam hal waktu tunggu khususnya pada praktek dokter agar tidak terjadi penumpukan pasien dan meningkatkan sarana dan prasarana khususnya yang menunjang pelayanan di IFRS, sehingga dengan pelayanan yang baik akan meningkatkan kepuasan pasien.

Kata Kunci: Waktu tunggu, resep non racikan, resep racikan
Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

ABSTRACT

Maria Selina Ima Kulata / Tuti Hartati
NPM 18307171 / 18307200
Pharmacy Study Program

Evaluation of Drug Waiting Time on Patient Satisfaction Levels at the Pharmacy Installation of Karya Medika II Hospital Tambun

Waiting time is one of the minimum standards for pharmacy services in hospitals that must be evaluated to improve the quality of pharmaceutical services in hospitals and can provide satisfaction to patients. Prescription services must be carried out in the shortest possible time to achieve this quality. The waiting time for the service of non-concoction drugs or concoction drugs is the grace period from the time the patient submits a prescription until receiving non-concoction drugs or concoction drugs with a duration of < 30 minutes for non-concoction drugs and < 60 minutes for concoction drugs.

The purpose of this study is to determine the analysis of waiting time for outpatient drugs at the Karya Medika II tambun pharmaceutical installation for the period April - May 2021 based on the length of concoction and non- concoction drugs and to get an overview of waiting times for prescription and non-concoction drugs. This research was conducted using a descriptive method with an analytical observational approach with cohort data collection. The population in this study were outpatients at the Karya Medika II Tambun Hospital Installation, with a total sampling technique of sampling, while the research tools used were prescription sheets and other supporting data for the period April - June 2021.

In this study, 360 prescriptions were obtained. became the research sample consisting of concoction recipes and non-concoction recipes. The average service time for concoction recipes in April is an average of 40.27 minutes while non-concoction is 21.94. And in May, the average recipe for concoction was 43.27 minutes while non-concoction was 27.50 minutes.

The advice given is that Karya Medika II Hospital should improve services in terms of service waiting times, especially at the reception and prescription data input stage, rearrange the doctor's practice schedule so that there is no accumulation of patients, and improve facilities and infrastructure specifically that support services in pharmacy installations, so that with good service will increase patient satisfaction.

Keyword : waiting time, non concoction recipe, recipe

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Kajian Ilmiah.....	4
2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit	5
2.3 Pelayanan Resep	6
2.4 Standar Pelayanan Minimal Farmasi Rumah Sakit.....	6
2.5 Tujuan Standar Pelayanan Kefarmasian	7
2.6 Sejarah Rumah Sakit Karya Medika.....	7
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	11
3.1 Metode Penelitian	11
3.2 Definisi Operasional Penelitian.....	11

3.3	Populasi dan sampel penelitian	14
3.4	Metode Pengumpulan Data	15
3.6	Sumber Data Penelitian	16
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		17
4.1	Waktu Tunggu.....	17
4.2	Hasil Penelitian	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		22
5.1	Kesimpulan.....	22
5.2	Saran	22
DAFTAR PUSTAKA.....		23
LAMPIRAN.....		25
DAFTAR RIWAYAT HIDUP		36

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional.....	11
Tabel 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan April.....	17
Tabel 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan April	18
Tabel 4.2.3 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan Mei	19
Tabel 4.2.4 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan Mei	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan April	17
Gambar 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan April.....	18
Gambar 4.2.3 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan Mei.....	19
Gambar 4.2.4 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan Mei.....	20

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang standar pelayanan Rumah sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien (*patient oriented*). Hal tersebut juga terdapat dalam keputusan menteri kesehatan No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di rumah sakit, disebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu.

Rumah Sakit berpegang pada misi sosial untuk menyembuhkan orang sakit (Khasanah & Pertiwi, 2010: 117). Pelayanan farmasi merupakan salah satu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diharapkan memenuhi standar pelayanan minimal. Menurut peraturan menteri Kesehatan (PMK) Nomor 72 Tahun 2016 Tentang standar pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit (RS) adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurnayang menyediakan pelayanan rawat inap, farmasi dan gawat darurat. Untuk itu perlu adanya standar pelayanan kefarmasian yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian, dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan Obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*) (Kemenkes RI, 2016).

Menurut penelitian (Esti et al. 2015) menyebutkan bahwa waktu tunggu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Waktu tunggu yang lama merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan pasien. Bila waktu tunggu lama maka hal tersebut akan mengurangi kenyamanan pasien dan berpengaruh pada utilitas pasien di masa mendatang. Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa waktu tunggu pelayanan resep masih lama atau belum sesuai standar

pelayanan minimal yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan seperti penelitian yang dilakukan oleh (Bustani et al. 2015) waktu tunggu yaitu 60 menit untuk racikan dan 30 menit untuk non racikan.

Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi lebih cepat dibandingkan dengan waktu pelayanan resep obat racikan karena pelayanan resep obat jadi tidak melalui proses peracikan (Nurjanah et al. 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas dan sampai saat ini belum ada penelitian tentang waktu tunggu pelayanan resep obat non racikan , maka diperlukan penelitian Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit bidang farmasi kategori lama waktu tunggu pelayanan resep obat non racikan. Harapannya hasil penelitian ini menjadi bahan evaluasi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan kesenjangan antara waktu yang dibutuhkan di IFRS Karya Medika Tambun II, maka dapat di rumuskan permasalahan antara lain:

1. Bagaimana mutu pelayanan waktu tunggu obat yang terdiri dari resepracikan dan non racikan di IFRS Karya Medika II Tambun?
2. Apakah pelayanan resep rawat jalan di IFRS Karya Medika II Tambun sudah sesuai dengan standar mutu pelayanan yang telah di atur oleh Kementerian Kesehatan.

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

A. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan tugas akhir ini yaitu untuk mengetahui lamanya waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat Jalan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April - Mei 2021.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk mengetahui analisis waktu tunggu obat rawat jalan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April – Mei 2021 berdasarkan lamanya obat racikan dan non racikan serta mendapatkan gambaran waktu tunggu pelayanan resep obat racikan dan obat non racikan.

B. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Instalasi Farmasi RS Karya Medika II

Sebagai bahan evaluasi kinerja tenaga kesehatan khususnya tenaga Farmasi di RS Karya Medika II yang menyebabkan lamanya waktu tunggu di RS Karya Medika II sehingga dapat mengantisipasi kebijakan yang telah ditentukan oleh Manajemen RS Karya Medika II Tambun tentang Standar Pelayanan Kefarmasian.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi dan pengetahuan bagi mahasiswa mengenai evaluasi waktu tunggu terhadap kepuasan pelanggan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April-Mei 2021, serta menambah kepustakaan di perpustakaan.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan wawasan dalam meneliti mengenai analisis waktu tunggu sehingga dapat di terapkan di tempat kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Ilmiah

A. Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI No 44 tahun 2009, Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Organisasi kesehatan dunia, WHO, menjelaskan mengenai Rumah Sakit dan peranannya, bahwa rumah sakit merupakan suatu bagian integral dari suatu organisasi sosial dan medis yang fungsinya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh pada masyarakat baik pencegahan maupun penyembuhan dan pelayanan pada pasien yang jauh dari keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya, serta sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan tempat penelitian biososial (Adisasmito, 2009).

Tugas Rumah Sakit harus sesuai dengan Kepmenkes RI No.983/Menkes/SK/II/1992, tentang pedoman Organisasi Rumah Sakit umum, adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Berdasarkan Undang - Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi sebagai :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian dari suatu Rumah Sakit dibawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta kefarmasian, yang terdiri dari pelayanan paripurna yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di Rumah Sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Hal tersebut juga terdapat dalam keputusan Menteri Kesehatan No.1197/Menkes/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit, di sebutkan bahwa pelayanan farmasi Rumah Sakit merupakan salah satu kegiatan di Rumah Sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu.

2.3 Pelayanan Resep

A. Penerimaan Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi penderita sesuai perundang-undangan yang berlaku

B. Penomoran Resep

Member nomor urut yang sesuai dengan nomor resep pada pasien bertujuan agar tidak terjadi kesalahan pada penerimaan sediaan farmasi dan alat kesehatan.

C. Penyerahan Obat

Sebelum obat diserahkan kepada pasien harus dilakukan pemeriksaan akhir terhadap kesesuaian antara obat dengan resep. Penyerahan obat dilakukan oleh asisten apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian disertai pemberian informasi obat dan konseling kepada pasien.

D. Informasi Obat

Apoteker atau tenaga teknis kefarmasian harus memberikan informasi yang benar, jelas, dan mudah dimengerti, akurat, etis, bijaksana, dan terkini informasi obat yang diberikan kepada pasien sekurang-kurangnya meliputi cara pemakaian obat, cara penyimpanan obat, jangka waktu pengobatan, aktivitas serta makanan dan minuman yang harus dihindari dalam terapi.

E. Monitoring

Penggunaan obat setelah penyerahan obat kepada pasien, apoteker harus melaksanakan pemantauan penggunaan obat, terutama untuk pasien tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asma dan penyakit kronis lainnya.

2.4 Standar Pelayanan Minimal Farmasi Rumah Sakit

Menurut surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdapat 21 jenis pelayanan Rumah Sakit yang minimal wajib disediakan oleh Rumah Sakit salah satunya pelayanan farmasi yang meliputi :

- A. Waktu tunggu pelayanan
 - 1. Obat jadi
 - 2. Obat racikan
- B. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
- C. Kepuasan Pelanggan
- D. Penulisan resep sesuai formularium

Selain itu terdapat pula indikator mutu yang dapat menilai setiap jenis pelayanan yang diberikan, salah satunya mengenai waktu tunggu pelayanan obat jadi dan waktu tunggu pelayanan obat racikan.

2.5 Tujuan Standar Pelayanan Kefarmasian

Pengaturan standar pelayanan kefarmasian di IFRS Karya Medika II Tambun bertujuan untuk :

- A. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian
- B. Menjamin hukum bagi tenaga kefarmasian
- C. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

2.6 Sejarah Rumah Sakit Karya Medika

Pada tahun 1994 didirikan poliklinik Yayasan Karya Medika II atau disingkat YKM II yang terletak di JL.Sultan Hasanudin No. 63 Tambun, Bekasi. Dan pada saat itu poliklinik tersebut sudah dilengkapi dengan beberapa dokter Spesialis dan klinik umum 24 jam. Seiring dengan berkembangnya waktu dan bertambah kunjungan pasien ke klinik.

Maka pemilik memberanikan diri untuk merubah status Poliklinik YKM II menjadi RSIA Karya Medika II yang dimana pada tahun 2001 mulai membangun fisik dari RSIA dan selesai pembangunan di tahun 2003 yang diresmikan pada tanggal 28 Agustus 2003

Dimana luas lahan RSIA Karya Medika II seluas 4924 m² dengan bangunan yang terdiri dari 5 lantai dengan standart yang mengacu pada standart pelayanan medis yang sesuai dengan peraturan DEPKES.

Tetapi setelah RSIA berjalan ternyata animo penerimaan masyarakat sekitar Tambun dan Bekasi serta tata letak RSIA yang sangat dekat dengan kawasan industri, yang menuntut pelayanan menyeluruh, tidak hanya terfokus pada ibu dan anak maka pada tanggal 27 Februari 2006 RSIA Karya Medika II berubah fungsi menjadi RS Karya Medika II tanpa meninggalkan identitas RS IBU dan ANAK.

1. Visi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun menjadi Rumah Sakit Yang Handal & Terkemuka di Bekasi.

2. Misi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

- 1) Melaksanakan upaya terencana berkesinambungan bertahap & periodic.
- 2) Mewujudkan kinerja efektif, efisien & dapat dipertanggung jawabkan secara professional.
- 3) Meraih kepuasan pelanggan lahir batin.

3. Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Instalasi Farmasi Rumah sakit (IFRS) merupakan suatu bagian yang ada di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantun oleh beberapa asisten apoteker dan merupakan tempat atau fasilitas penyelenggara yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian.

4. Pelayanan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan kesehatan memiliki berbagai macam pelayanan. Berikut ini adalah pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, yaitu :

1. Pelayanan Rawat jalan

Poliklinik rawat jalan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun terdiri atas dua pelayanan yaitu pelayanan poliklinik umum dan poliklinik spesialis. Berikut ini adalah poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Poliklinik umum

- b. Poliklinik gigi
- c. Poliklinik anak
- d. Poliklinik paru
- e. Poliklinik penyakit dalam
- f. Poliklinik jantung
- g. Poliklinik THT
- h. Poliklinik mata
- i. Poliklinik kulit dan kelamin
- j. Poliklinik syaraf
- k. Poliklinik bedah umum
- l. Poliklinik bedah khusus (ortopedi, urologi, tumor onkologi)
- m. Poliklinik kandungan dan kebidanan
- n. Poliklinik gizi
- o. Poliklinik radiologi
- p. Poliklinik rehabilitasi medis (fisioterapi, terapi wicara, okupasi terapi)
- q. Poliklinik kesehatan jiwa

2. Pelayanan Rawat Inap

Ruang rawat inap di Rumah Sakit Karya Medika II terbagi menjadi empat pelayanan. Berikut ini adalah pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Rawat inap VVIP dan VIP
- b. Rawat inap kelas I
- c. Rawat inap kelas II
- d. Rawat inap kelas III
- e. Rawat inap anak

3. Pelayanan Penunjang

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun memiliki pelayanan penunjang guna meningkatkan pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah pelayanan penunjang di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Laboratorium
- b. Rontgen

- c. Medical check up (MCU)
- d. operasi
- e. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)
- f. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- g. Pelayanan penunjang lainnya

4. Pelayanan Menurut Asal Pasien

Prosedur pelayanan pasien di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun disesuaikan dengan asal pasien. Ada 3 bagian kriteria asal pasien yaitu pasien peserta BPJS, pasien peserta tanggungan PT dan asuransi, pasien umum atau non tanggungan.

- a. Pasien peserta BPJS adalah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun yang terdaftar dalam daftar BPJS. Dengan ketentuan saat mengambil resep harus disertai dengan adanya lampiran fotokopi KTP dan KK. Termasuk pasiendinas yang berasal dari karyawan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun beserta keluarga. Pada saat ini pasien dinas itu termasuk pasien BPJS.
- b. Pasien peserta tanggungan PT dan asuransi yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun yang terdaftar. Dengan ketentuan saat mengambil resep harus disertai dengan adanya lampiran fotokopi id card karyawan dan kartu berobat dari perusahaan bagi tanggungan PT, dan untuk asuransi cukup membawa kartu asuransi.
- c. Pasien umum adalah pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan langsung tidak melalui jaminan perusahaan atau asuransi di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *Observasional Analitik* dengan pengumpulan data resep menggunakan waktu tunggu secara *Kohort*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun . Dengan teknik pengambilan sampel *Total sampling*. Sedangkan alat penelitian yang digunakan berupa lembar resep dan data penunjang lainnya.

3.2 Definisi Operasional Penelitian

Mutu Pelayanan Resep adalah kesesuaian pelayanan resep dengan standar minimal dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pasien dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai. Mutu pelayanan ini diamati dari dilakukan atau tidak nya langkah-langkah pelayanan sesuai indikator mutu instalasi farmasi RS Karya Medika II Tambun yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	ukuran	kriteria
1	waktu pelayan resep non racikan	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep samapi dengan menerima obat non racikan (Permenkes RI No. 129 Tahun 2008)	observasi lembar resep dan pencatatan	menit	1.< 30 menit memenuhi mutu 2. > 30 menit tidak memenuhi mutu

2	Waktu pelayanan resep racikan	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan (Permenkes RI No. 129 tahun 2008)	observasi lembar resep dan pencatatan	Menit	1. <60 menit memenuhi mutu 2. >60 menit tidak memenuhi mutu
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat dan kesalahan penulisan resep	Telaah resep: Tulisan jelas dan terbaca Benar nama pasien Benar nama obat Benar kekuatan obat Benar frekuensi pemberian Benar dosis Ada duflikasi obat Ada interaksi obat	resep	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. <100%= tidak memenuhi mutu Insiden

4	Dispensing obat oleh farmasi	Proses dispensing : 1. Menerima dan memvalidasi resep 2. Mengkaji resep untuk kelengkapan 3. Mengerti dan menginterpretasikan resep 4. Menapis profil pengobatan penderita 5. Menyiapkan, membuat, atau meracik obat 6. Mendistribusikan obat kepada penderita.	Resep	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. < 100% = tidak memenuhi mutu Insiden
5	keamanan obat yang perlu diwaspadai	1. Pencatatan obat-obatan high alert 2. Tempat/penyimpanan lemari berbatas 3. Tempat suhu penyimpanan 4. Terdapat garis merah di area penyimpanan high alert 5. Terdapat tanda/stiker lasa / high alert	Resep dan pencatatan	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. < 100% = tidak memenuhi mutu insiden

A. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IFRS Karya Medika II Tambun yang beralamat di JL.Sultan Hasanuddin no 63 Tambun-Bekasi pada bulan April –Mei 2021.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

Populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi. Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti.

A. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua resep Rawat jalan IFRS Karya Medika II Tambun pada bulan April – Mei 2021.

B. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus (Supardi,dkk,2013).

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

n = Jumlah sampel minimal.

N = Jumlah Populasi.

d = presisi prevalensi (tingkat kepercayaan/ ketepatan yang diinginkan (0,05).

Berdasarkan data resep rawat jalan di Instalasi Farmasi RS Karya Medika II Tambun dari bulan April - Mei 2021 adalah 3600 lembar resep yang terdiri dari 60 sampel resep perharinya.

N = 3600 resep.

$$n = \frac{3600}{1 + 3600 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{3600}{1 + 3600 (0,0025)}$$

$$n = \frac{3600}{1 + 9}$$

$$n = \frac{3600}{10}$$

$$n = 360$$

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 360 resep.

3.4 Metode Pengumpulan Data

A. Data primer

Dikumpulkan melalui pengamatan dan pencatatan langsung waktu tunggu pelayanan resep non racikan.

B. Data Sekunder

Data yang didapatkan di IFRS Karya Medika II Tambun berupa telaah dokumen Standar Operasional Prosedur Pelayanan rawat Jalan.

3.5 Pengolahan Data dan Persentase

A. Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini adalah melalui pengamatan langsung /observasi dengan instrument penelitian ini menggunakan Lembar Pengumpul Data (LPD) dan pencatatan, yang berisi tanggal, namapasien, nomer, jenis resep (racikan/non racikan), waktu *billing* resep, waktu selesai resep, lama waktu tunggu pelayanan resep, kesesuaian menurut Permenkes RI No 129 Tahun 2008.

B. Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil evaluasi waktu tunggu resep berdasarkan data objektif dengan model analisa statistik. Pengambilan data diambil dengan mengambil 360 sampel resep yang dipilih secara random kemudian mengisi tabel evaluasi waktu tunggu yaitu waktu tunggu pelayanan obat rawat jalan baik resep racikan dan non racikan,selanjutnya data diolah dan dibandingkan dengan nilai standar masing-masing yang telah ditetapkan oleh kementrian kesehatan.Penilaian kecepatan pelayanan

resep ini dikatakan memenuhi persyaratan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 129 Tahun 2008 tentang pelayanan minimal Rumah Sakit apabila :

1. Untuk resep obat non racikan, memenuhi persyaratan apabila kecepatan waktu tunggu pelayanan ≤ 30 menit.
2. Untuk resep obat racikan, memenuhi persyaratan apabila kecepatan waktu pelayanan ≤ 60 menit.

C. Instrumen Penelitian

Bahan yang digunakan untuk mengukur waktu tunggu pelayanan resep di instalasi farmasi adalah:

A. Jam

Dipakai penulis untuk mengukur waktu pelayanan resep di depot obat rawat jalan IFRS Karya Medika II Tambun.

B. Lembar Pengumpul Data (LPD) dan Resep

Lembar yang dipakai untuk mencatat waktu, nama pasien serta obat racikan dan non racikan

3.6 Sumber Data Penelitian

Data diambil di IFRS Karya Medika II Tambun bulan April-Mei 2021. Metode pendekatan yang dilakukan antara lain: menentukan topik/masalah, menelaah semua kepustakaan atau penelitian yang relevan dengan masalah, merumuskan masalah, menentukan rancangan penelitian, sampling serta mengumpulkan data, mengolah, menganalisa.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Waktu Tunggu

Waktu tunggu pasien merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana Rumah Sakit mengelola komponen pelayanan yang di sesuaikan dengan situasi dan harapan pasien. Setiap Rumah Sakit harus mengikuti standar pelayanan minimal di rawat jalan berdasarkan Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 ialah kurang atau sama dengan 60 menit untuk resep racikan dan 30 menit untuk resep non racikan.

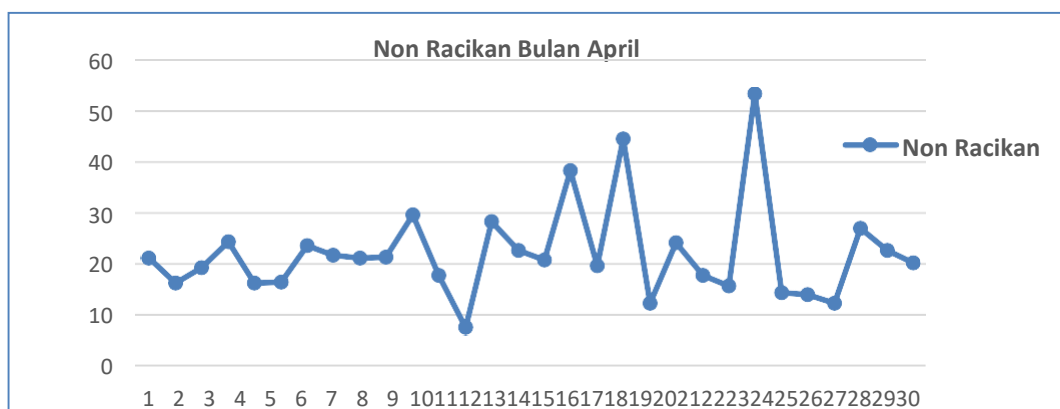
4.2 Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada IFRS Karya Medika II Tambun dalam kurun waktu ± 2 bulan yaitu pada bulan April – Mei 2021 telah didapat sample 360 resep yang terdiri dari resep racikan dan non racikan didapatkan rata - rata waktu tunggu pelayanan resep sebagai berikut :

Tabel 4.2.1 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan april

tgl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
standar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Non racikan	21	16	19	24	16	16	23	22	21	21	29	18	7	28	23	21	38	20	44	12	24	18	16	53	14	14	12	27	23	20

Gambar4.2.1 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan april

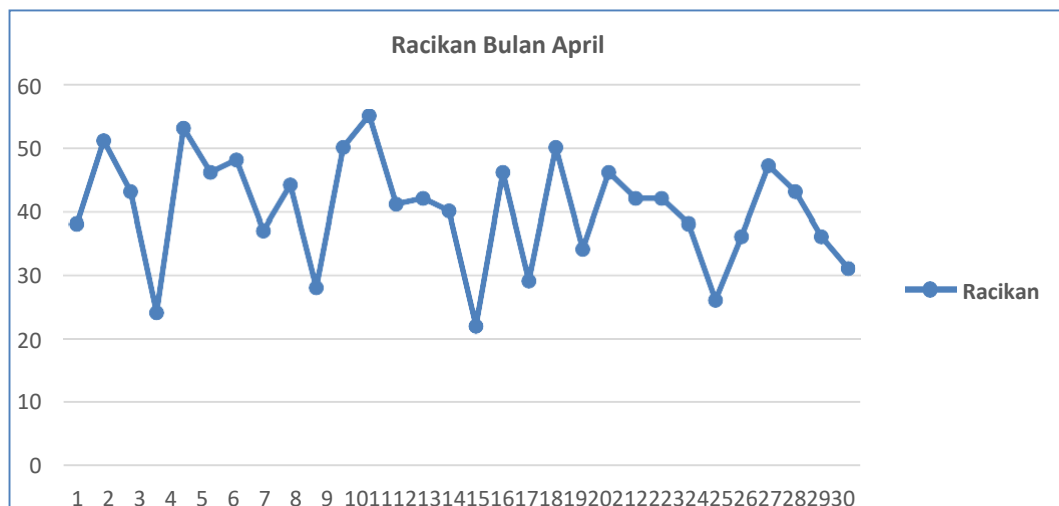


Berdasarkan hasil pengamatan di atas bahwa resep non racikan selama bulan april yang melewati batas maksimal selama 30 menit , yaitu pada tanggal 17 April selama 38 menit , 19 April selama 44 menit dan tanggal 24 April selama 53 menit. Dari hasil pengamatan di atas menunjukan bahwa terjadi pelayanan resep yang melewati batas maksimal terjadi pada hari sabtu dan senin di mana pada hari hari tersebut terdapat jadwal dokter spesialis yang bersamaan dan jadwal dokter yang lengkap.

Tabel 3 4.2.1 diagram waktu tunggu obat racikan bulan april

APRIL																														
Tgl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
racikan	38	51	43	24	53	46	48	37	44	28	50	55	41	42	40	22	46	29	50	34	46	42	42	38	26	36	47	43	36	31

Gambar 4.2.1 diagram waktu tunggu obat racikan bulan april

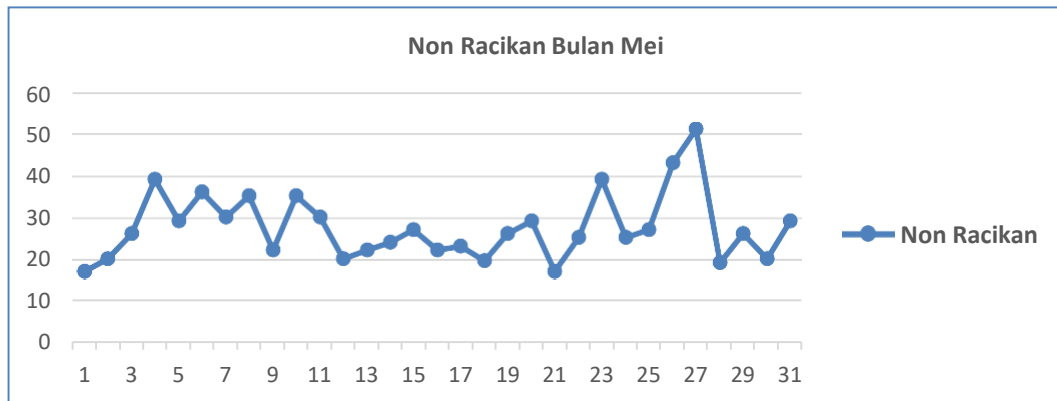


Berdasarkan hasil pengamatan di atas menunjukan bahwa tidak terdapat pelayanan resep yang melewati batas maksimal yaitu 60 menit, karena di bulan tersebut terjadi penurunan pasien rawat inap sehingga pelayanan resep lebih terfokuskan ke pasien rawat jalan dan jumlah resep non racikan lebih banyak dari resep racikan.

Tabel 4.2.3 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan mei

MEI																															
tanggal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
standar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Non racikan	17	20	26	39	29	36	30	35	22	35	30	20	22	24	27	22	23	20	26	29	17	25	39	25	27	43	51	19	26	20	29

Gambar 4.2.3 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan mei

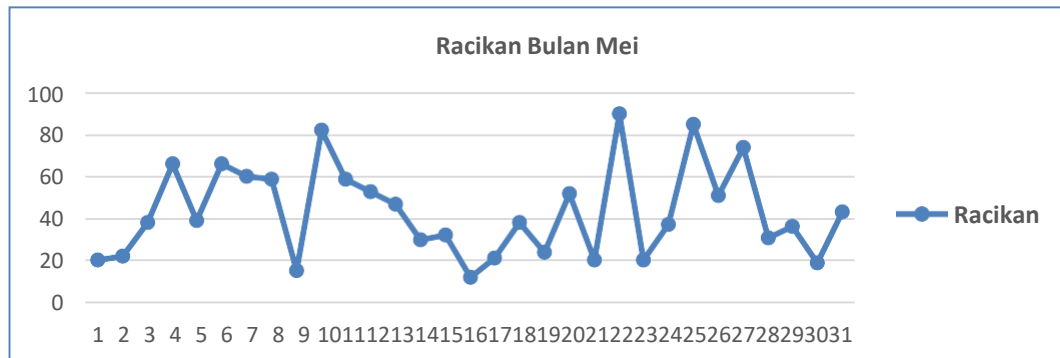


Berdasarkan hasil pengamatan di atas bahwa pelayanan resep non racikan yang melewati batas maksimal 30 menit terjadi pada tanggal 4 Mei selama 39 menit, 6 Mei selama 36 menit, 8 Mei selama 35 menit, 10 Mei selama 35 menit, 23 Mei selama 39 menit, 26 Mei selama 43 menit, dan 27 Mei selama 51 menit. Hal ini menunjukkan terjadinya pelayanan resep yang menumpuk di hari senin, selasa, kamis, dan sabtu karena di hari hari tersebut terdapat jadwal dokter spesialis kejiwaan, dokter spesialis paru, dan dokter spesialis syaraf dengan jadwal yang bersamaan.

Tabel 5 4.2.4 diagram waktu tunggu obat racikan bulan Mei

MEI																																
tanggal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
racikan	20	22	38	66	39	66	60	59	15	82	59	53	47	30	32	12	21	38	24	52	20	90	20	37	85	51	74	31	36	19	43	

Gambar 4.2.4 diagram waktu tunggu obat racikan bulan Mei



Berdasarkan hasil pengamatan di atas bahwa resep racikan selama bulan Mei yang melewati batas maksimal selama 60 menit yaitu terjadi pada tanggal 4 Mei selama 66 menit, 6 Mei selama 66 menit, 10 Mei selama 82 menit, 22 Mei selama 90 menit, 25 Mei selama 85 menit, dan 27 Mei selama 74 menit. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan resep yang melewati batas terjadi pada hari senin, selasa, kamis, dan sabtu dengan jadwal dokter spesialis anak, dokter spesialis paru, dokter spesialis kejiwaan yang bersamaan di mana dokter lebih banyak meresepkan obat racikan di banding obat non racikan dokter spesialis anak dengan resep racikan obat paru sebanyak 30 bungkus dokter spesialis kejiwaan dengan resep racikan obat penenang sebanyak 90 kapsul dan dokter spesialis paru dengan resep racikan obat batuk sebanyak 30 kapsul dan racikan obat batuk suspensi yang di masukan ke dalam sirup.

Berdasarkan hasil pengamatan Evaluasi Waktu Tunggu Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di IFRS Karya Medika II Tambun yang telah di lakukan pada pasien rawat jalan periode April-Mei 2021 masih menunjukkan adanya pelayanan resep yang melewati batas maksimal. Hal ini dapat di sebabkan oleh beberapa faktor di antaranya:

1. Jadwal praktik dokter yang bersamaan pada hari hari tertentu dalam waktu yang sama sehingga menyebabkan penumpukan input data resep
2. Di RS Karya Medika II Tambun hanya memiliki apotek sentral

3. Kurang nya sumber daya manusia di mana TTK mengerjakan pelayanan resep rawat jalan dan rawat inap dengan job desk yang sama
4. Ketidaksesuaian data pasein pada resep, data pasien yang kurang lengkap
5. Peresepan dokter yang tidak lengkap dan tidak terbaca
6. Pengklaiman asuransi
7. Stok obat yang kosong sehingga harus konfirmasi dahulu ke dokter untuk mencari obat pengganti.
8. Meningkatnya kasus covid 19 yang menyebabkan banyaknya TTK yang terpapar, sehingga pelayanan resep menjadi terhambat dan lama.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah di lakukan Evaluasi Waktu Tunggu Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di IFRS Karya Medika II Tambun di peroleh hasil resep racikan dan non racikan di bulan April - Mei 2021 tidak ada yang melewati batas maksimal pelayanan resep yang telah di tetapkan oleh Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008. Yaitu :

1. Dimana resep di bulan April di dapatkan rata-rata 40,27 menit untuk racikan sedangkan non racikan 21,94 menit.
2. Serta di bulan Mei di dapatkan rata-rata untuk resep racikan selama 43,27 menit sedangkan non racikan selama 27,50 menit.

5.2 Saran

1. Rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, terutama di instalasi farmasi sehingga tidak terjadi pelayanan resep racikan maupun non racikan yang melewati batas maksimal pelayanan.
2. Peneliti diharapkan semoga ke depannya dapat lebih melengkapi penelitian selanjutnya agar lebih berguna lagi bagi peneliti dan pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

A. DOKUMEN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta.
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI. 2008. Nomor 129/MENKES/SK II/2008. Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2013). Nomor 71. Tentang pelayanan kesehatan pada JKN. Jakarta keputusan Menteri Kesehatan RI. 2016.
4. Keputusan Menteri Kesehatan, Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999. standar pelayanan Farmasi.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004. Tentang standar pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016. Tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.
7. Keputusan Menteri Kesehatan, RI. No. 983/Menkes/SK/II/1992. Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum.

B. BUKU BUKU ILMIAH

1. Angga. (2018).Evaluasi Waktu Tunggu Dan Kepuasan Pada Pasien Rawat Jalan Di RSUD Dr.Loekmono Hadi Kudus. Skripsi. Surakarta.
2. Anonim, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
3. Ardiawan, wendi. (2009). Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan. UNS Surakarta.
4. Catur, Rizani. 2018. Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pengendalian Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Haji Makassar. Makassar.

5. Laeliah, nur dan Heru Subekti. 2017. Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu. Indramayu.
6. Maftuhah, Alda dan Rianto Susilo. 2016. Waktu Tunggu Pelayanan Resep RawatJalan Di Depo Farmasi RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. Cirebon.
7. Soekidjo Notoatmojo. (1993). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
8. Supardi Sudibyo. 2013. Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta: Trans Info Media.

**EVALUASI WAKTU TUNGGU OBAT
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN
DI IFRS KARYA MEDIKA II TAMBUN**

TUGAS AKHIR

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Kesehatan Bidang Farmasi



Disusun Oleh :

Maria Selina Ima Kulata 18307171

Tuti Hartati 18307200

POLITEKNIK PIKSI GANESHA

2021

ABSTRAK

Maria Selina Ima Kulata / Tuti Hartati
NPM 18307171 / 18307200
Program Studi Farmasi

Evaluasi Waktu Tunggu Obat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di IFRS Karya Medika II Tambun

Waktu tunggu merupakan salah satu standar minimal pelayanan farmasi di rumah sakit yang harus dievaluasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian di rumah sakit serta dapat memberikan kepuasan kepada pasien. Pelayanan resep harus dilaksanakan dalam waktu sesingkat mungkin untuk mendapatkan kualitas tersebut. Waktu tunggu pelayanan obat non racikan atau obat racikan adalah tenggang waktu dimulai dari pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat non racikan atau obat racikan dengan lamanya waktu tunggu < 30 menit untuk obat non racikan dan 60 menit untuk obat racikan.

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di RS Karya Medika II Tambun periode April - Mei 2021 berdasarkan lamanya obat racikan dan non racikan serta mendapatkan gambaran waktu tunggu pelayanan obat racikan dan obat non racikan. Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif dengan pendekatan *Observasional Analitik* dengan pengambilan data secara *Kohort*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, dengan teknik pengambilan sampel *Total sampling*, sedangkan alat penelitian yang digunakan berupa lembar resep dan data penunjang lainnya periode April - Mei 2021.

Pada penelitian ini didapatkan 360 resep yang menjadi sampel penelitian yang terdiri dari resep racikan dan resep non racikan. Rata-rata waktu pelayanan resep untuk resep racikan di bulan april didapatkan rata-rata 40,27 menit sedangkan non racikan 21,94 menit. Serta di bulan Mei didapatkan rata - rata untuk resep racikan selama 43,27 menit sedangkan non racikan selama 27,50 menit.

Saran yang diberikan sebaiknya RS Karya Medika II melakukan perbaikan pelayanan dalam hal waktu tunggu khususnya pada praktek dokter agar tidak terjadi penumpukan pasien dan meningkatkan sarana dan prasarana khususnya yang menunjang pelayanan di IFRS, sehingga dengan pelayanan yang baik akan meningkatkan kepuasan pasien.

Kata Kunci: Waktu tunggu, resep non racikan, resep racikan
Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

ABSTRACT

Maria Selina Ima Kulata / Tuti Hartati
NPM 18307171 / 18307200
Pharmacy Study Program

Evaluation of Drug Waiting Time on Patient Satisfaction Levels at the Pharmacy Installation of Karya Medika II Hospital Tambun

Waiting time is one of the minimum standards for pharmacy services in hospitals that must be evaluated to improve the quality of pharmaceutical services in hospitals and can provide satisfaction to patients. Prescription services must be carried out in the shortest possible time to achieve this quality. The waiting time for the service of non-concoction drugs or concoction drugs is the grace period from the time the patient submits a prescription until receiving non-concoction drugs or concoction drugs with a duration of < 30 minutes for non-concoction drugs and < 60 minutes for concoction drugs.

The purpose of this study is to determine the analysis of waiting time for outpatient drugs at the Karya Medika II tambun pharmaceutical installation for the period April - May 2021 based on the length of concoction and non- concoction drugs and to get an overview of waiting times for prescription and non-concoction drugs. This research was conducted using a descriptive method with an analytical observational approach with cohort data collection. The population in this study were outpatients at the Karya Medika II Tambun Hospital Installation, with a total sampling technique of sampling, while the research tools used were prescription sheets and other supporting data for the period April - June 2021.

In this study, 360 prescriptions were obtained. became the research sample consisting of concoction recipes and non-concoction recipes. The average service time for concoction recipes in April is an average of 40.27 minutes while non-concoction is 21.94. And in May, the average recipe for concoction was 43.27 minutes while non-concoction was 27.50 minutes.

The advice given is that Karya Medika II Hospital should improve services in terms of service waiting times, especially at the reception and prescription data input stage, rearrange the doctor's practice schedule so that there is no accumulation of patients, and improve facilities and infrastructure specifically that support services in pharmacy installations, so that with good service will increase patient satisfaction.

Keyword : waiting time, non concoction recipe, recipe

Bandung, August 17th 2021
Abstract Advisor

apt. Rida Emelia, S. Farm., M.Si
NIDN 04-131085-03

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian.....	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Kajian Ilmiah	4
2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit	5
2.3 Pelayanan Resep	6
2.4 Standar Pelayanan Minimal Farmasi Rumah Sakit	6
2.5 Tujuan Standar Pelayanan Kefarmasian	7
2.6 Sejarah Rumah Sakit Karya Medika.....	7
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	11
3.1 Metode Penelitian	11
3.2 Definisi Operasional Penelitian	11

3.3	Populasi dan sampel penelitian.....	14
3.4	Metode Pengumpulan Data	15
3.6	Sumber Data Penelitian	16
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		Error! Bookmark not defined.
4.1	Waktu Tunggu	17
4.2	Hasil Penelitian.....	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		21
5.1	Kesimpulan.....	21
5.2	Saran	21
DAFTAR PUSTAKA.....		22

DAFTAR TABEL

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional.....	11
Tabel 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan April	17
Tabel 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan April	18
Tabel 4.2.3 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan Mei	19
Tabel 4.2.4 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan Mei	19

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan April	17
Gambar 4.2.1 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan April.....	18
Gambar 4.2.3 Diagram Waktu Tunggu Obat Non Racikan Bulan Mei	19
Gambar 4.2.4 Diagram Waktu Tunggu Obat Racikan Bulan Mei.....	19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang standar pelayanan Rumah sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien (*patient oriented*). Hal tersebut juga terdapat dalam keputusan menteri kesehatan No. 1197/Menkes/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di rumah sakit, disebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu.

Rumah Sakit berpegang pada misi sosial untuk menyembuhkan orang sakit (Khasanah & Pertiwi, 2010: 117). Pelayanan farmasi merupakan salah satu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang diharapkan memenuhi standar pelayanan minimal. Menurut peraturan menteri Kesehatan (PMK) Nomor 72 Tahun 2016 Tentang standar pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit (RS) adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, farmasi dan gawat darurat. Untuk itu perlu adanya standar pelayanan kefarmasian yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian, dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan Obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*)(Kemenkes RI, 2016).

Menurut penelitian (Esti et al. 2015) menyebutkan bahwa waktu tunggu merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Waktu tunggu yang lama merupakan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan pasien. Bila waktu tunggu lama maka hal tersebut akan mengurangi kenyamanan pasien dan berpengaruh pada utilitas pasien di masa mendatang. Hasil dari beberapa penelitian menunjukkan bahwa waktu tunggu pelayanan resep masih lama atau belum sesuai standar

pelayanan minimal yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan seperti penelitian yang dilakukan oleh (Bustani et al. 2015) waktu tunggu yaitu 60 menit untuk racikan dan 30 menit untuk non racikan.

Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi lebih cepat dibandingkan dengan waktu pelayanan resep obat racikan karena pelayanan resep obat jadi tidak melalui proses peracikan (Nurjanah et al. 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas dan sampai saat ini belum ada penelitian tentang waktu tunggu pelayanan resep obat non racikan , maka diperlukan penelitian Analisis Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimum Rumah Sakit bidang farmasi kategori lama waktu tunggu pelayanan resep obat non racikan. Harapannya hasil penelitian ini menjadi bahan evaluasi untuk memberikan pelayanan yang lebih baik.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan kesenjangan antara waktu yang dibutuhkan di IFRS Karya Medika Tambun II, maka dapat di rumuskan permasalahan antara lain:

1. Bagaimana mutu pelayanan waktu tunggu obat yang terdiri dari resep racikan dan non racikan di IFRS Karya Medika II Tambun?
2. Apakah pelayanan resep rawat jalan di IFRS Karya Medika II Tambun sudah sesuai dengan standar mutu pelayanan yang telah di atur oleh Kementerian Kesehatan.

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

A. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan tugas akhir ini yaitu untuk mengetahui lamanya waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat Jalan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April - Mei 2021.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini untuk mengetahui analisis waktu tunggu obat rawat jalan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April – Mei 2021 berdasarkan lamanya obat racikan dan non racikan serta mendapatkan gambaran waktu tunggu pelayanan resep obat racikan dan obat non racikan.

B. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Instalasi Farmasi RS Karya Medika II

Sebagai bahan evaluasi kinerja tenaga kesehatan khususnya tenaga Farmasi di RS Karya Medika II yang menyebabkan lamanya waktu tunggu di RS Karya Medika II sehingga dapat mengantisipasi kebijakan yang telah ditentukan oleh Manajemen RS Karya Medika II Tambun tentang Standar Pelayanan Kefarmasian.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai sumber informasi dan pengetahuan bagi mahasiswa mengenai evaluasi waktu tunggu terhadap kepuasan pelanggan di IFRS Karya Medika II Tambun periode April-Mei 2021, serta menambah kepustakaan di perpustakaan.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan wawasan dalam meneliti mengenai analisis waktu tunggu sehingga dapat di terapkan di tempat kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kajian Ilmiah

A. Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI No 44 tahun 2009, Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Organisasi kesehatan dunia, WHO, menjelaskan mengenai Rumah Sakit dan peranannya, bahwa rumah sakit merupakan suatu bagian integral dari suatu organisasi sosial dan medis yang fungsinya adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan menyeluruh pada masyarakat baik pencegahan maupun penyembuhan dan pelayanan pada pasien yang jauh dari keluarga dan lingkungan tempat tinggalnya, serta sebagai tempat pendidikan bagi tenaga kesehatan dan tempat penelitian biososial (Adisasmito, 2009).

Tugas Rumah Sakit harus sesuai dengan Kepmenkes RI No.983/Menkes/SK/II/1992, tentang pedoman Organisasi Rumah Sakit umum, adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemeliharaan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta pelaksanaan upaya rujukan.

Berdasarkan Undang - Undang RI No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai fungsi sebagai :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit.

2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyalenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian dari suatu Rumah Sakit dibawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta kefarmasian, yang terdiri dari pelayanan paripurna yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan distribusi dan penggunaan seluruh perbekalan kesehatan di Rumah Sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Hal tersebut juga terdapat dalam keputusan Menteri Kesehatan No.1197/Menkes/SK/X/2004 tentang standar pelayanan farmasi di Rumah Sakit, di sebutkan bahwa pelayanan farmasi Rumah Sakit merupakan salah satu kegiatan di Rumah Sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu.

2.3 Pelayanan Resep

A. Penerimaan Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi penderita sesuai perundang-undangan yang berlaku

B. Penomoran Resep

Member nomor urut yang sesuai dengan nomor resep pada pasien bertujuan agar tidak terjadi kesalahan pada penerimaan sediaan farmasi dan alat kesehatan.

C. Penyerahan Obat

Sebelum obat diserahkan kepada pasien harus dilakukan pemeriksaan akhir terhadap kesesuaian antara obat dengan resep. Penyerahan obat dilakukan oleh asisten apoteker dan atau Tenaga Teknis Kefarmasian disertai pemberian informasi obat dan konseling kepada pasien.

D. Informasi Obat

Apoteker atau tenaga teknis kefarmasian harus memberikan informasi yang benar, jelas, dan mudah dimengerti, akurat, etis, bijaksana, dan terkini informasi obat yang diberikan kepada pasien sekurang-kurangnya meliputi cara pemakaian obat, cara penyimpanan obat, jangka waktu pengobatan, aktivitas serta makanan dan minuman yang harus dihindari dalam terapi.

E. Monitoring

Penggunaan obat setelah penyerahan obat kepada pasien, apoteker harus melaksanakan pemantauan penggunaan obat, terutama untuk pasien tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, TBC, asma dan penyakit kronis lainnya.

2.4 Standar Pelayanan Minimal Farmasi Rumah Sakit

Menurut surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdapat 21 jenis pelayanan Rumah Sakit yang minimal wajib disediakan oleh Rumah Sakit salah satunya pelayanan farmasi yang meliputi :

- A. Waktu tunggu pelayanan
 - 1. Obat jadi
 - 2. Obat racikan
- B. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
- C. Kepuasan Pelanggan
- D. Penulisan resep sesuai formularium

Selain itu terdapat pula indikator mutu yang dapat menilai setiap jenis pelayanan yang diberikan, salah satunya mengenai waktu tunggu pelayanan obat jadi dan waktu tunggu pelayanan obat racikan.

2.5 Tujuan Standar Pelayanan Kefarmasian

Pengaturan standar pelayanan kefarmasian di IFRS Karya Medika II

Tambun bertujuan untuk :

- A. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian
- B. Menjamin hukum bagi tenaga kefarmasian
- C. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

2.6 Sejarah Rumah Sakit Karya Medika

Pada tahun 1994 didirikan poliklinik Yayasan Karya Medika II atau disingkat YKM II yang terletak di JL.Sultan Hasanudin No. 63 Tambun, Bekasi. Dan pada saat itu poliklinik tersebut sudah di lengkapi dengan beberapa dokter Spesialis dan klinik umum 24 jam. Seiring dengan berkembangnya waktu dan bertambah kunjungan pasien ke klinik.

Maka pemilik memberanikan diri untuk merubah status Poliklinik YKM II menjadi RSIA Karya Medika II yang dimana pada tahun 2001 mulai membangun fisik dari RSIA dan selesai pembangunan di tahun 2003 yang diresmikan pada tanggal 28 Agustus 2003

Dimana luas lahan RSIA Karya Medika II seluas 4924 m² dengan bangunan yang terdiri dari 5 lantai dengan standart yang mengacu pada standart pelayanan medis yang sesuai dengan peraturan DEPKES.

Tetapi setelah RSIA berjalan ternyata animo penerimaan masyarakat sekitar Tambun dan Bekasi serta tata letak RSIA yang sangat dekat dengan kawasan industry, yang menuntut pelayanan menyeluruh, tidak hanya terfokus pada ibu dan anak maka pada tanggal 27 Februari 2006 RSIA Karya Medika II berubah fungsi menjadi RS Karya Medika II tanpa meninggalkan identitas RS IBU dan ANAK.

1. Visi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun menjadi Rumah Sakit Yang Handal & Terkemuka di Bekasi.

2. Misi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

- 1) Melaksanakan upaya terencana berkesinambungan bertahap & periodic.
- 2) Mewujudkan kinerja efektif, efisien & dapat dipertanggung jawabkan secara professional.
- 3) Meraih kepuasan pelanggan lahir batin.

3. Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Instalasi Farmasi Rumah sakit (IFRS) merupakan suatu bagian yang ada di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa asisten apoteker dan merupakan tempat atau fasilitas penyelenggara yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan kefarmasian.

4. Pelayanan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun sebagai tempat penyelenggaraan pelayanan kesehatan memiliki berbagai macam pelayanan. Berikut ini adalah pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun, yaitu :

1. Pelayanan Rawat jalan

Poliklinik rawat jalan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun terdiri atas dua pelayanan yaitu pelayanan poliklinik umum dan poliklinik spesialis. Berikut ini adalah poliklinik rawat jalan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Poliklinik umum

- b. Poliklinik gigi
- c. Poliklinik anak
- d. Poliklinik paru
- e. Poliklinik penyakit dalam
- f. Poliklinik jantung
- g. Poliklinik THT
- h. Poliklinik mata
- i. Poliklinik kulit dan kelamin
- j. Poliklinik syaraf
- k. Poliklinik bedah umum
- l. Poliklinik bedah khusus (ortopedi, urologi, tumor onkologi)
- m. Poliklinik kandungan dan kebidanan
- n. Poliklinik gizi
- o. Poliklinik radiologi
- p. Poliklinik rehabilitasi medis (fisioterapi, terapi wicara, okupasi terapi)
- q. Poliklinik kesehatan jiwa

2. Pelayanan Rawat Inap

Ruang rawat inap di Rumah Sakit Karya Medika II terbagi menjadi empat pelayanan. Berikut ini adalah pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Rawat inap VVIP dan VIP
- b. Rawat inap kelas I
- c. Rawat inap kelas II
- d. Rawat inap kelas III
- e. Rawat inap anak

3. Pelayanan Penunjang

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun memiliki pelayanan penunjang guna meningkatkan pelayanan kesehatan. Berikut ini adalah pelayanan penunjang di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun :

- a. Laboratorium
- b. Rontgen

- c. Medical check up (MCU)
- d. operasi
- e. Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)
- f. Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- g. Pelayanan penunjang lainnya

4. Pelayanan Menurut Asal Pasien

Prosedur pelayanan pasien di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun disesuaikan dengan asal pasien. Ada 3 bagian kriteria asal pasien yaitu pasien peserta BPJS, pasien peserta tanggungan PT dan asuransi, pasien umum atau non tanggungan.

- a. Pasien peserta BPJS adalah pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun yang terdaftar dalam daftar BPJS. Dengan ketentuan saat mengambil resep harus disertai dengan adanya lampiran fotokopi KTP dan KK. Termasuk pasien dinas yang berasal dari karyawan Rumah Sakit Karya Medika II Tambun beserta keluarga. Pada saat ini pasien dinas itu termasuk pasien BPJS.
- b. Pasien peserta tanggungan PT dan asuransi yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun yang terdaftar. Dengan ketentuan saat mengambil resep harus disertai dengan adanya lampiran fotokopi id card karyawan dan kartu berobat dari perusahaan bagi tanggungan PT, dan untuk asuransi cukup membawa kartu asuransi.
- c. Pasien umum adalah pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan langsung tidak melalui jaminan perusahaan atau asuransi di Rumah Sakit Karya Medika II Tambun.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *Observasional Analitik* dengan pengumpulan data resep menggunakan waktu tunggu secara *Kohort*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun . Dengan teknik pengambilan sampel *Total sampling*. Sedangkan alat penelitian yang digunakan berupa lembar resep dan data penunjang lainnya.

3.2 Definisi Operasional Penelitian

Mutu Pelayanan Resep adalah kesesuaian pelayanan resep dengan standar minimal dengan memanfaatkan sumber daya yang ada secara baik, sehingga semua kebutuhan pasien dan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dapat tercapai. Mutu pelayanan ini diamati dari dilakukan atau tidak nya langkah-langkah pelayanan sesuai indikator mutu instalasi farmasi RS Karya Medika II Tambun yang dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	ukuran	kriteria
1	waktu pelayan resep non racikan	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep samapi dengan menerima obat non racikan (Permenkes RI No. 129 Tahun 2008)	observasi lembar resep dan pencatatan	menit	1.< 30 menit memenuhi mutu 2. > 30 menit tidak memenuhi mutu

2	Waktu pelayanan resep racikan	Tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan (Permenkes RI No. 129 tahun 2008)	observasi lembar resep dan pencatatan	Menit	1. <60 menit memenuhi mutu 2. >60 menit tidak memenuhi mutu
3	Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat dan kesalahan penulisan resep	Telaah resep: Tulisan jelas dan terbaca Benar nama pasien Benar nama obat Benar kekuatan obat Benar frekuensi pemberian Benar dosis Ada duplikasi obat Ada interaksi obat	resep	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. <100%= tidak memenuhi mutu Insiden

4	Dispensing obat oleh farmasi	Proses dispensing : 1. Menerima dan memvalidasi resep 2. Mengkaji resep untuk kelengkapan 3. Mengerti dan menginterpretasikan resep 4. Menapis profil pengobatan penderita 5. Menyiapkan, membuat, atau meracik obat 6. Mendistribusikan obat kepada penderita.	Resep	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. < 100% = tidak memenuhi mutu Insiden
5	keamanan obat yang perlu diwaspadai	1. Pencatatan obat-obatan high alert 2. Tempat/penyimpanan lemari terbatas 3. Tempat suhu penyimpanan 4. Terdapat garis merah di area penyimpanan high alert 5. Terdapat tanda/stiker lasa / high alert	Resep dan pencatatan	persentase	1. 100% = memenuhi mutu 2. < 100% = tidak memenuhi mutu insiden

A. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di IFRS Karya Medika II Tambun yang beralamat di JL.Sultan Hasanuddin no 63 Tambun-Bekasi pada bulan April –Mei 2021.

3.3 Populasi dan sampel penelitian

Populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian yang ada dalam wilayah penelitian, maka penelitiannya merupakan penelitian populasi. Sampel adalah sebagian atau wakil dari populasi yang diteliti.

A. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua resep Rawat jalan IFRS Karya Medika II Tambun pada bulan April – Mei 2021.

B. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan rumus (Supardi,dkk,2013).

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

n = Jumlah sampel minimal.

N = Jumlah Populasi.

d = presisi prevalensi (tingkat kepercayaan/ ketepatan yang diinginkan (0,05).

Berdasarkan data resep rawat jalan di Instalasi Farmasi RS Karya Medika II Tambun dari bulan April - Mei 2021 adalah 3600 lembar resep yang terdiri dari 60 sampel resep perharinya.

N = 3600 resep.

$$n = \frac{3600}{1 + 3600 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{3600}{1 + 3600 (0,0025)}$$

$$n = \frac{3600}{1 + 9}$$

$$n = \frac{3600}{10}$$

$$n = 360$$

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 360 resep.

3.4 Metode Pengumpulan Data

A. Data primer

Dikumpulkan melalui pengamatan dan pencatatan langsung waktu tunggu pelayanan resep non racikan.

B. Data Sekunder

Data yang didapatkan di IFRS Karya Medika II Tambun berupa telaah dokumen Standar Operasional Prosedur Pelayanan rawat Jalan.

3.5 Pengolahan Data dan Persentase

A. Pengolahan Data

Pengolahan data dalam penelitian ini adalah melalui pengamatan langsung /observasi dengan instrument penelitian ini menggunakan Lembar Pengumpul Data (LPD) dan pencatatan, yang berisi tanggal, nama pasien, nomer, jenis resep (racikan/non racikan), waktu *billing* resep, waktu selesai resep, lama waktu tunggu pelayanan resep, kesesuaian menurut Permenkes RI No 129 Tahun 2008.

B. Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil evaluasi waktu tunggu resep berdasarkan data objektif dengan model analisa statistik. Pengambilan data diambil dengan mengambil 360 sampel resep yang dipilih secara random kemudian mengisi tabel evaluasi waktu tunggu yaitu waktu tunggu pelayanan obat rawat jalan baik resep racikan dan non racikan, selanjutnya data diolah dan dibandingkan dengan nilai standar masing-masing yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan. Penilaian kecepatan pelayanan

resep ini dikatakan memenuhi persyaratan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 129 Tahun 2008 tentang pelayanan minimal Rumah Sakit apabila :

1. Untuk resep obat non racikan, memenuhi persyaratan apabila kecepatan waktu tunggu pelayanan ≤ 30 menit.
2. Untuk resep obat racikan, memenuhi persyaratan apabila kecepatan waktu pelayanan ≤ 60 menit.

C. Instrumen Penelitian

Bahan yang digunakan untuk mengukur waktu tunggu pelayanan resep di instalasi farmasi adalah:

A. Jam

Dipakai penulis untuk mengukur waktu pelayanan resep di depot obat rawat jalan IFRS Karya Medika II Tambun.

B. Lembar Pengumpul Data (LPD) dan Resep

Lembar yang dipakai untuk mencatat waktu, nama pasien serta obat racikan dan non racikan

3.6 Sumber Data Penelitian

Data diambil di IFRS Karya Medika II Tambun bulan April-Mei 2021. Metode pendekatan yang dilakukan antara lain: menentukan topik/masalah, menelaah semua kepustakaan atau penelitian yang relevan dengan masalah, merumuskan masalah, menentukan rancangan penelitian, sampling serta mengumpulkan data, mengolah, menganalisa.

BAB IV

PEMBAHASAN DAN HASIL

4.1 Waktu Tunggu

Waktu tunggu pelayanan resep obat menjadi salah satu indikator mutu yang menilai setiap jenis pelayanan yang diberikan. Waktu tunggu pelayanan resep adalah waktu tunggu dihitung mulai pasien membawa resep diserahkan kepada petugas farmasi sampai obat diterima oleh pasien disertai pembekalaan komunikasi, informasi, dan edukasi.

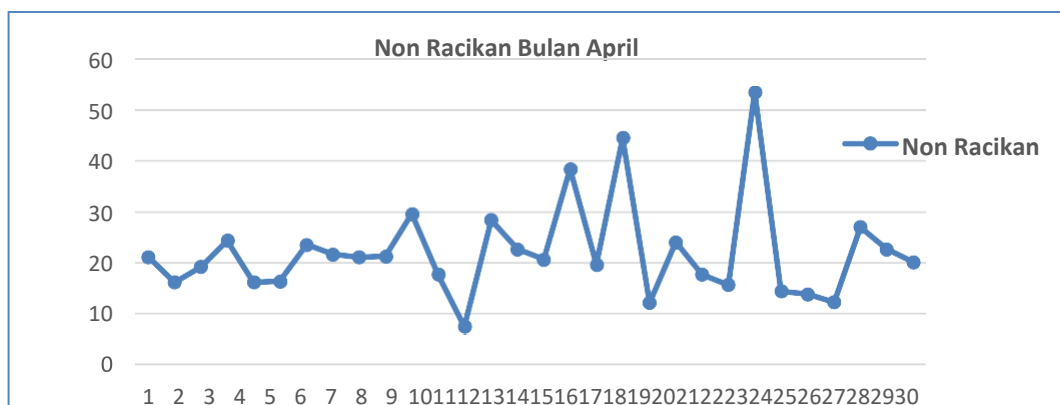
4.2 Hasil Penelitian

Hasil pengamatan yang telah dilakukan pada IFRS Karya Medika II Tambun dalam kurun waktu ± 2 bulan yaitu pada bulan April – Mei 2021 dengan total sampel 360 resep yang terdiri dari resep racikan dan non racikan didapatkan rata - rata waktu tunggu pelayanan resep sebagai berikut :

Tabel 4.2.1 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan april

tgl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
standar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Non racikan	21	16	19	24	16	16	23	22	21	21	29	18	7	28	23	21	38	20	44	12	24	18	16	53	14	14	12	27	23	20

Gambar4.2.1 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan april

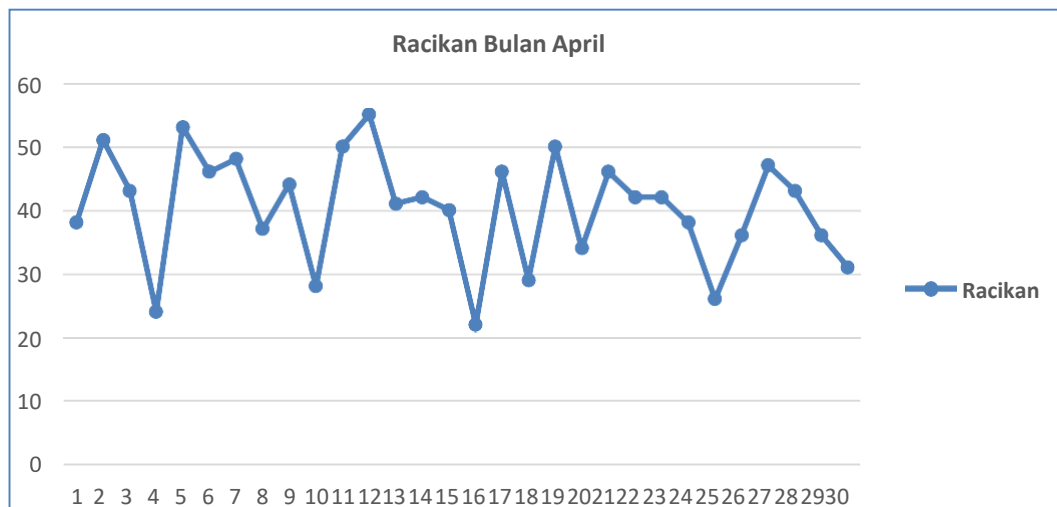


Dari diagram waktu tunggu obat non racikan pada bulan April 2021 diatas terlihat waktu tunggu yang bervariasi, waktu tunggu diatas 30 menit terjadi pada tanggal 17 April 2021 selama 38 menit, tanggal 19 April 2021 selama 44 menit dan tanggal 24 April 2021 selama 53 menit. Lama waktu tunggu ini dipengaruhi oleh beberapa factor antara lain hari sabtu/hari libur, jadwal dokter spesialis yang bersamaan sehingga bertambahnya jumlah pasien berobat dan banyaknya jumlah resep.

Tabel 3 4.2.1 diagram waktu tunggu obat racikan bulan april

APRIL																														
Tgl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
racikan	38	51	43	24	53	46	48	37	44	28	50	55	41	42	40	22	46	29	50	34	46	42	42	38	26	36	47	43	36	31

Gambar 4.2.1 diagram waktu tunggu obat racikan bulan april

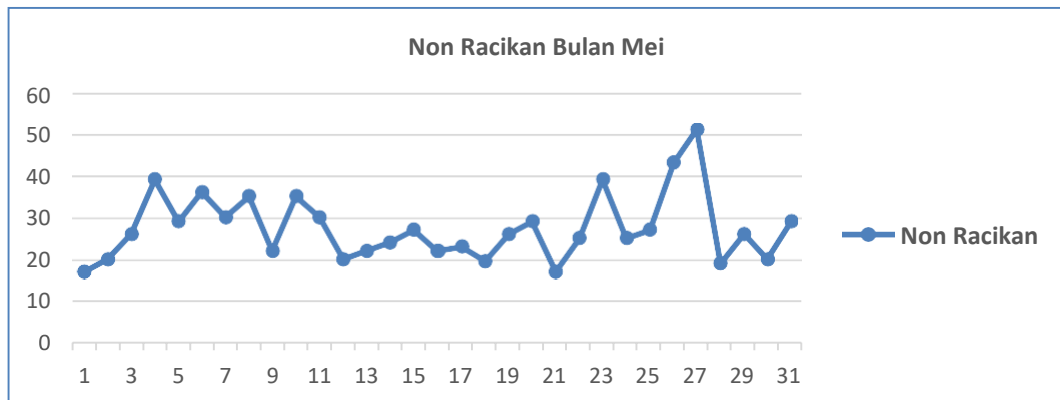


Standar waktu tunggu obat racikan yaitu 60 menit berdasarkan hasil pengamatan diatas menunjukan bahwa tidak terdapat pelayanan resep yang melewati batas maksimal karena dibulan ini terjadi penurunan pasien rawat inap sehingga pelayanan resep lebih terfokuskan pada rawat jalan dan jumlah resep non racikan lebih banyak dari resep racikan.

Tabel 4.2.3 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan mei

MEI																															
tanggal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
standar	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Non racikan	17	20	26	39	29	36	30	35	22	35	30	20	22	24	27	22	23	20	26	29	17	25	39	25	27	43	51	19	26	20	29

Gambar 4.2.3 diagram waktu tunggu obat non racikan bulan mei

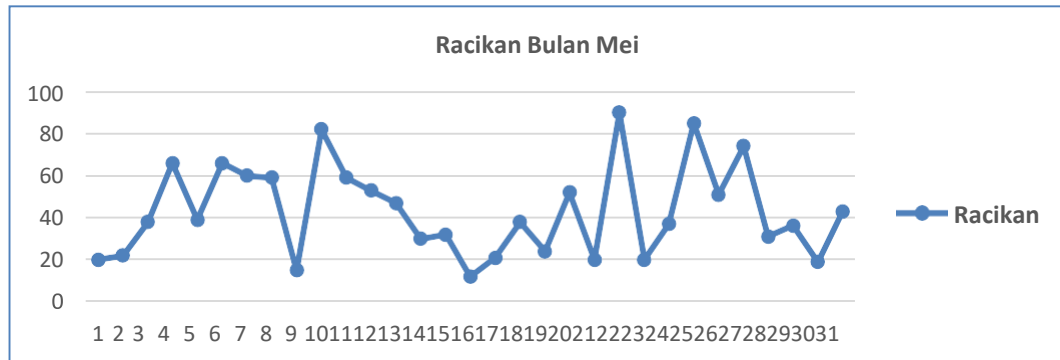


Berdasarkan hasil pengamatan di atas bahwa pelayanan resep non racikan yang melewati batas maksimal 30 menit terjadi pada tanggal 4 Mei selama 39 menit, 6 Mei selama 36 menit, 8 Mei selama 35 menit, 10 Mei selama 35 menit, 23 Mei selama 39 menit, 26 Mei selama 43 menit, dan 27 Mei selama 51 menit. Hal ini menunjukkan terjadinya pelayanan resep yang menumpuk di hari senin, selasa, Kamis, dan Sabtu karena di hari hari tersebut terdapat jadwal dokter spesialis kejiwaan, dokter spesialis paru, dan dokter spesialis syaraf dengan jadwal yang bersamaan.

Tabel 5 4.2.4 diagram waktu tunggu obat racikan bulan Mei

MEI																																
tanggal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
standar	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
racikan	20	22	38	66	39	66	60	59	15	82	59	53	47	30	32	12	21	38	24	52	20	90	20	37	85	51	74	31	36	19	43	

Gambar 4.2.4 diagram waktu tunggu obat racikan bulan Mei



Dari Diagram ini terlihat bahwa resep racikan selama bulan Mei yang melewati batas maksimal selama 60 menit yaitu terjadi pada tanggal 4 Mei selama 66 menit, 6 Mei selama 66 menit, 10 Mei selama 82 menit, 22 Mei selama 90 menit, 25 Mei selama 85 menit, dan 27 Mei selama 74 menit. pelayanan resep yang melewati batas terjadi pada hari senin, selasa, kamis, dan sabtu dengan jadwal dokter spesialis anak, dokter spesialis paru, dokter spesialis kejiwaan yang bersamaan, di mana dokter lebih banyak meresepkan obat racikan yang membutuhkan waktu lebih lama seperti dokter spesialis anak dengan resep racikan obat paru sebanyak 30 bungkus, dokter spesialis kejiwaan dengan resep racikan obat penenang sebanyak 90 kapsul dan doktrer spesialis paru dengan resep racikan obat batuk sebanyak 30 kapsul serta racikan obat batuk suspensi yang di masukan ke dalam sirup.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah di lakukan Evaluasi Waktu Tunggu Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di IFRS Karya Medika II Tambun di peroleh hasil resep racikan dan non racikan di bulan April - Mei 2021 tidak ada yang melewati batas maksimal pelayanan resep yang telah di tetapkan oleh Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008. Yaitu :

1. Dimana resep di bulan April di dapatkan rata-rata 40,27 menit untuk racikan sedangkan non racikan 21,94 menit.
2. Serta di bulan Mei di dapatkan rata-rata untuk resep racikan selama 43,27 menit sedangkan non racikan selama 27,50 menit.

5.2 Saran

1. Rumah sakit diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan, terutama di instalasi farmasi sehingga tidak terjadi pelayanan resep racikan maupun non racikan yang melewati batas maksimal pelayanan.
2. Peneliti diharapkan semoga ke depannya dapat lebih melengkapi penelitian selanjutnya agar lebih berguna lagi bagi peneliti dan pembaca.

DAFTAR PUSTAKA

A. DOKUMEN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta.
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI. 2008. Nomor 129/MENKES/SK II/2008. Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI. (2013). Nomor 71. Tentang pelayanan kesehatan pada JKN. Jakarta keputusan Menteri Kesehatan RI. 2016.
4. Keputusan Menteri Kesehatan, Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999. standar pelayanan Farmasi.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004. Tentang standar pelayanan Farmasi di Rumah Sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016. Tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit.
7. Keputusan Menteri Kesehatan, RI. No. 983/Menkes/SK/II/1992. Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum.

B. BUKU BUKU ILMIAH

1. Angga. (2018).Evaluasi Waktu Tunggu Dan Kepuasan Pada Pasien Rawat Jalan Di RSUD Dr.Loekmono Hadi Kudus. Skripsi. Surakarta.
2. Anonim, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
3. Ardiawan, wendi. (2009). Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan. UNS Surakarta.
4. Catur, Rizani. 2018. Analisis Kepuasan Pasien Terhadap Pengendalian Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Haji Makassar. Makassar.

5. Laeliah, nur dan Heru Subekti. 2017. Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Dengan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di Rawat Jalan RSUD Kabupaten Indramayu. Indramayu.
6. Maftuhah, Alda dan Rianto Susilo. 2016. Waktu Tunggu Pelayanan Resep RawatJalan Di Depo Farmasi RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. Cirebon.
7. Soekidjo Notoatmojo. (1993). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
8. Supardi Sudibyo. 2013. Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta: Trans Info Media.

**KAJIAN POLA PERESEPAN DAN POTENSI INTERAKSI
OBAT GOLONGAN KORTIKOSTEROID ORAL
DI POLI ANAK KLINIK TELKOMEDIKA
(APOTEK TELEMEDIKA FARMA 1)
PERIODE JANUARI – MARET 2021**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun oleh :
SITI AMINAH
NPM : 18307305



POLITEKNIK PIKSI GANESHA

BANDUNG

SITI AMINAH

NPM 18307305

FARMASI

**KAJIAN POLA PERESEPAN DAN POTENSI INTERAKSI OBAT
GOLONGAN KORTIKOSTEROID ORAL DI POLI ANAK KLINIK
TELKOMEDIKA (APOTEK TELEMEDIKA FARMA 1) BANDUNG
PERIODE JANUARI – MARET 2021**

ABSTRAK

Kortikosteroid adalah suatu kelompok hormon steroid yang dihasilkan di bagian korteks kelenjar adrenal dan merupakan obat yang sangat banyak digunakan serta luas dipakai dalam dunia kedokteran, Penggunaan kortikosteroid yang tidak sesuai , baik itu dari dosis maupun lama pemberian dapat berakibat serius.

Kortikosteroid pada anak sering digunakan sebagai antiinflamasi. Efek anti inflamasi ini sukar dipisahkan dengan efek immunosupresifnya karena respon inflamasi merupakan bagian dari respon imun. Penggunaan kortikosteroid dan rasionalitas penggunaan sediaan kortikosteroid terutama pada pasien anak dilihat berdasarkan lama waktu pemberiannya

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental/*survey research method*, survey deskriptif dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2002), dengan metode deskriptif dan pengumpulan data secara restropektif. Dari 170 sampel berdasarkan usia yang diteliti, rata rata anak yang rentan terhadap penyakit infeksius adalah , persentase terbanyak di usia 1 – 5 tahun sekitar (57,1%) , 6 – 10 tahun(27,1%), hal ini mungkin disebabkan karena kekebalan tubuh yang belum terbentuk sempurna, dan juga disertai pola makan yang belum teratur.

Kata Kunci : Kortikosteroid , Hormon , Anti inflamasi

SITI AMINAH

NPM 18307305

PHARMACEUTICAL

**STUDY OF PRESCRIPTION PATTERNS AND POTENTIAL
INTERACTIONS OF ORAL CORTICOSTEROID DRUG IN PEDIATRICS
POLICY TELKOMEDIKA (APOTEK TELEMEDIKA FARMA 1) BANDUNG
PERIOD OF JANUARY – MARCH 2021**

ABSTRACT

Corticosteroids are a group of steroid hormones produced in the cortex of the adrenal glands and are drugs that are widely used and widely used in medicine. Inappropriate use of corticosteroids, both in terms of dose and duration of administration, can have serious consequences.

Corticosteroids in pediatric are often used as anti-Inflammatory. This anti-inflammatory effect is difficult to separate from its immunosuppressive effect because the inflammatory response is part of the immune response. The use of corticosteroids and the rationale for using corticosteroid preparations, especially in pediatric patients, are seen based on the length of time they are given.

This research is a non-experimental research/survey research method, a descriptive survey conducted on a set of objects that aims to see a picture of the phenomena that occur in a certain population (Notoatmodjo, 2002), with descriptive methods and retrospective data collection. Of the 170 samples based on the age studied, the average number of pediatric who are susceptible to infectious diseases is , the highest percentage is at the age of 1-5 years around (57.1%) , 6-10 years (27.1%), this may be due to immune system that has not been fully formed, and is also accompanied by an irregular diet.

Keywords: Corticosteroids, Hormones, Anti-inflammatory

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI	iii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iv
MOTTO	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1	
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Waktu dan Tempat Penelitian.....	8
BAB 2	
TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Kortikosteroid.....	9
2.2 Glukokortikoid.....	10
2.3 Penggunaan Klinik Glukokortikoid	11
2.4 Kriteria pemakaian glukokortikoid.....	12
2.5 Efek samping glukokortikoid.....	14
2.6 Mineralkortikoid	15
2.7 Interaksi Obat.....	16
BAB 3	
METODOLOGI PENELITIAN.....	21
3.1 Rancangan Penelitian.....	21
3.2 Waktu dan lokasi penelitian.....	21
3.3 Populasi dan sample.....	21
3.4 Metode Pengambilan Sample	21
3.5 Kriteria inklusi dan eksklusi	22
3.6 Instrumen Penelitian	22
	23
BAB 4	
HASIL DAN PEMBAHASAN	24
4.1 Karakteristik Subyek Penelitian.....	24
4.2 Manifestasi Klinik.....	27
4.3 Frekuensi Pemakaian Kortikosteroid.....	28

4.4 Kajian Lama Pemberian Kortikosteroid	29
4.5 Kajian Potensi Interaksi Kortikosteroid.....	31
BAB 5	
PENUTUP	35
DAFTAR PUSTAKA.....	37



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kortikosteroid adalah obat yang bisa mengatasi peradangan. Obat ini juga mampu melemahkan sistem imun untuk penyakit tertentu. Dalam menangani peradangan, ada beberapa kelas obat yang mungkin akan diresepkan dokter. Salah satunya yakni kortikosteroid atau sering disingkat steroid .

Kortikosteroid merupakan obat resep. Dokter mungkin akan meresepkan kortikosteroid pada kondisi-kondisi berikut ini:

1. Transplantasi organ

Kortikosteroid dapat menekan atau melemahkan sistem imun. Pelemahan sistem imun diperlukan bagi pasien cangkok organ untuk mengurangi risiko penolakan tubuh terhadap organ yang didonorkan. Sistem imun melihat organ sebagai benda asing yang membuat penolakan tersebut terjadi.

2. Mengatasi peradangan

Peradangan terjadi ketika sel darah putih berusaha melindungi tubuh dari infeksi dan benda-benda asing. Apabila peradangan menimbulkan kerusakan pada organ tubuh, pasien sebaiknya mengonsumsi kortikosteroid. Kortikosteroid digunakan untuk mengatasi kondisi tersebut.

3. Menangani penyakit autoimun

Sistem imun memang sangat vital untuk melawan infeksi dan benda asing. Hanya saja, pada penyakit autoimun, sistem imun pasien berbalik arah menyerang tubuh sendiri. Kortikosteroid dapat mengurangi dan menekan aktivitas sistem imun tersebut.

Jenis-jenis kortikosteroid

Secara garis besar, obat-obatan kortikosteroid dapat bersifat sistemik atau bersifat lokal. Kortikosteroid lokal bekerja dengan menargetkan bagian spesifik di tubuh. Obat ini bisa diberikan pada pasien, berupa:

- Krim mata
- Tetes mata
- Tetes telinga
- Menggunakan *inhaler* untuk menargetkan paru-paru

Sementara itu, steroid sistemik bekerja dengan bergerak melalui aliran darah untuk mengobati beberapa bagian di tubuh. Kortikosteroid sistemik dapat berupa obat oral, diberikan secara intravena, atau menggunakan jarum yang dipenetrasikan ke otot. Beberapa jenis obat kortikosteroid yang umum diresepkan dokter, yaitu"

- Triamcinolone acetonide (topikal/oles)
- Dexamethasone

(oral)

- Mometasone (inhalasi)
- Prednisolone asetat (injeksi)

Efek samping kortikosteroid

Efek samping kortikosteroid sebagian besar terjadi karena konsumsi kortikosteroid oral. Namun, kortikosteroid topikal, hirup, dan injeksi, juga bisa menimbulkan efek samping tertentu. Efek samping kortikosteroid mungkin tak dirasakan oleh semua orang. Munculnya efek samping tersebut dapat berbeda sesuai dengan kondisi masing-masing pasien. Konsumsi obat dosis tinggi atau untuk jangka panjang juga bisa menimbulkan kemungkinan efek samping.

1. Efek samping kortikosteroid inhalasi

- Batuk
- Sakit tenggorokan
- Sulit berbicara
- Mimisan
- Kandidiasis mulut atau infeksi jamur yang ditandai dengan adanya bercak putih pada mukosa mulut

2. Efek samping kortikosteroid oral

- Jerawat
- Penglihatan kabur
- Retensi air yang ditandai dengan adanya pembengkakan

- Naiknya nafsu makan dan penambahan berat badan
- Iritasi lambung
- Sulit tidur
- Perubahan suasana hati
- Glaukoma
- Kulit tipis dan mudah memar
- Tekanan darah tinggi
- Lemah otot
- Meningkatnya pertumbuhan rambut tubuh
- Rentan terhadap infeksi
- Diabetes yang memburuk
- Penyembuhan luka yang terhambat
- Ulkus lambung
- Sindrom cushing
- Osteoporosis
- Depresi
- Pertumbuhan yang terhambat pada anak

3. Efek samping kortikosteroid injeksi

- Memudarnya warna kulit
- Insomnia
- Gula darah tinggi
- Wajah memerah

4. Efek samping kortikosteroid topikal

- Penipisan kulit
- Jerawat
- Kulit merah

Kortikosteroid juga adalah suatu kelompok hormon steroid yang dihasilkan di bagian korteks kelenjar adrenal sebagai tanggapan atas hormon *adrenokortikotropik* (ACTH) yang dilepaskan oleh kelenjar hipofisis. Hormon ini berperan pada banyak sistem fisiologis pada tubuh, misalnya tanggapan terhadap stres, tanggapan sistem kekebalan tubuh, dan pengaturan inflamasi, metabolisme karbohidrat, pemecahan protein, kadar elektrolit darah, serta tingkah laku.

Kortikosteroid merupakan obat yang sangat banyak digunakan dan luas dipakai dalam dunia kedokteran. Begitu luasnya penggunaan kortikosteroid ini bahkan banyak yang digunakan tidak sesuai dengan indikasi maupun dosis dan lama pemberian, seperti pada penggunaan kortikosteroid sebagai obat untuk menambah nafsu makan dalam waktu yang lama dan berulang sehingga bisa memberikan efek yang tidak diinginkan.

Penggunaan kortikosteroid yang tidak sesuai baik itu dari dosis maupun lama pemberian dapat berakibat serius. Sifat kortikosteroid yang dapat meningkatkan pembentukan glukosa dari protein sangat beresiko terutama bagi penderita diabetes, pasien dengan berat badan berlebih, dan wanita hamil yang memiliki riwayat diabetes. Kortikosteroid juga dapat meningkatkan nafsu makan

dan penumpukan lemak tubuh di tempat tertentu seperti muka, leher bagian belakang dan perut. Steroid juga bersifat retensi garam (natrium) yang sebanding dengan peningkatan volume darah sehingga dapat menyebabkan resiko hipertensi. Kortikosteroid juga dapat mempercepat kematian sel tulang dan menurunkan sintesa protein yang berdampak kepada penurunan kepadatan tulang. Dosis tinggi kortikosteroid dapat menyebabkan iritasi saluran pencernaan bagian atas. Penggunaan kortikosteroid jangka panjang dapat menekan sistem kekebalan tubuh sehingga rentan terhadap virus, bakteri, dan jamur. Penghentian obat secara tiba-tiba juga dapat menyebabkan ketersediaan hormone steroid tubuh berkurang dan timbul efek-efek yang tidak diinginkan (Katzung : 2012).

Resep yang rasional pada anak diperlukan untuk memberikan efek terapi maksimal. Prinsip dari peresepan rasional adalah adanya elemen-elemen yang esensial untuk penggunaan obat yang efektif, aman dan ekonomis. Menurut WHO pengobatan dikatakan rasional ketika pasien mendapatkan obat yang sesuai dengan kebutuhan klinis, pada dosis yang sesuai dengan kebutuhan individu pasien, dalam periode waktu yang adekuat, dan dengan harga termurah untuk pasien dan komunitasnya (Wulandari, 2019).

Kortikosteroid pada anak sering digunakan sebagai antiinflamasi. Efek anti inflamasi ini sukar dipisahkan dengan efek imunosupresifnya karena respon inflamasi merupakan bagian dari respon imun. Penggunaan jangka panjang kortikosteroid dapat menyebabkan efek yang tidak diinginkan terhadap sistem imun anak sehingga anak lebih rentan terhadap penyakit (Wulandari, 2019).

Berdasarkan uraian di atas, menarik untuk diteliti bagaimana profil penggunaan kortikosteroid dan rasionalitas penggunaan sediaan kortikosteroid berdasarkan lama waktu pemberian terutama untuk pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung .

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat diajukan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Obat kortikosteorid apa yang digunakan untuk pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021 ?
2. Berapa lama pemberian obat kortikosteroid kepada pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021 ?
3. Bagaimana potensi interaksi penggunaan obat kortiosteroid dengan kombinasi obat yang lain pada pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021 ?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui:

1. Mengetahui obat kortikosteroid yang paling banyak digunakan untuk pasien di anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021.

2. Rasionalitas penggunaan kortikosteroid berdasarkan lama pemberian obat kortikosteroid kepada pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021
3. Mengetahui potensi interaksi yang mungkin terjadi pada penggunaan kombinasi kortikosteroid dengan obat lain pada pasien anak di klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung periode Januari- Maret 2021.

1.4 Waktu dan tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada Januari – Maret 2021 di Klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kortikosteroid

Kortek adrenal melepaskan beberapa hormon steroid ke dalam sirkulasi.

Hormon tersebut dibagi berdasarkan kerjanya menjadi dua kelas, yaitu :

- 1) Mineralokortikoid, terutama aldosterone pada manusia, mempunyai aktifitas menahan garam dan disintesis dalam sel-sel zona glomerulosa.
- 2) Glukokortikoid, terutama kortisol (hidrokortison) mempengaruhi metabolisme karbohidrat dan protein, tetapi juga mempunyai aktifitas mineralokortikoid yang bermakna. Hormon ini disintesis dalam sel-sel zona fasikulata dan zona retikularis.

Pelepasan kortisol dikendalikan oleh mekanisme umpan balik negatif yang melibatkan hipotalamus dan hipofisis anterior, kadar kortisol plasma yang rendah menyebabkan pelepasan kortikotropin (hormone adrenokortikotropik, ACTH) yang menstimulasi sintesis dan pelepasan kortisol dengan mengaktifasi adenilat siklase. Adenosin monofosfat siklik (cAMP) kemudian mengaktifasi protein kinase A yang memfosforilasi dan meningkatkan aktifitas kolesterol ester hidrolase, tahap yang membatasi kecepatan pada sintesis steroid. Pelepasan aldosterone dipengaruhi oleh ACTH, tetapi faktor-faktor lain (misalnya sistem renin-angiotensin, kalium plasma) lebih penting (Neal, 2012).

Steroid berdifusi kedalam sel terikat pada reseptor glukokortikoid sitoplasma, pada keadaan tidak terdapat kortisol, reseptor diinaktivasi oleh suatu *heat shock protein*. Kortisol memicu pelepasan hsp90 dan reseptor yang

teraktivasi memasuki nucleus dimana reseptor menstimulasi (menghambat) sintesa protein, yang selanjutnya menghasilkan efek hormon yang khas (Neal, 2012).

2.2 Glukokortikoid

Menurut Mutschler (1991) Kerja glukokortikoid secara fisiologi adalah :

- 1) Menstimulasi gluconeogenesis protein dengan peningkatan penguraian protein (kerja katabolik).
- 2) Dengan demikian meningkatkan kadar gula darah dan pembentukan glikogen dalam hati (kerja diabetogenik).
- 3) Menurunkan nilai ambang ginjal terhadap glukosa.
- 4) Pada anak-anak menghambat pertumbuhan (pada dosis besar).
- 5) Menghambat proses peradangan (kerja antiflogistik).
- 6) Menekan pembentukan fibroblas serta sintesis kolagen (kerja antiproliferatif).
- 7) Menurunkan fungsi jaringan limfe, sehingga menyebabkan limfopenia dan mengecilnya limfosit (kerja immunosupresif).
- 8) Menurunkan jumlah granulosit eosinophil dan meningkatkan jumlah trombosit dalam darah.
- 9) Menggeser mundur sekresi ACTH dan gonadotropin dari adenohipofisis dan menghambat fungsi kelenjar gonad.
- 10) Meningkatkan kemampuan terangsang otak dan menurunkan nilai ambang kejang.

- 11) Memiliki kerja psikotropik, euphoria, akan tetapi kadang-kadang juga kerja depresi.

2.3 Penggunaan Klinik Glukokortikoid

Pada pemakaian glukokortikoid harus dibedakan dengan tegas antara terapi substitusi pada insufisiensi korteks adrenal dan pemakaiannya berdasarkan sifat-sifat antiflogistik, antialergi, dan imunosuppressive (Mutschler, 1991).

1) Glukokortikoid sebagai terapi substitusi

Pada *morbus Addison* (insufisiensi korteks adrenal primer) dibutuhkan secara bersama glukokortikoid dan mineralokortikoid. Pada insufisiensi korteks adrenal sekunder cukup dengan pemberian tunggal glukokortikoid karena sekresi basis aldosterone. Sama halnya pada sindrom adrenogenital maka diperlukan pemakaian tunggal kortisol yang memperpanjang hidup.

2) Terapi non spesifik

Dilakukan berdasarkan kemampuannya menekan proses-proses yang berlangsung dalam jaringan mesenkhim. Glukokortikoid sering digunakan pada :

- a. Penyakit rheumatik (khususnya pada demam rematik akut dengan karditis, artritis rheumatoid dan poliartritis serta kolagenosis).
- b. Reaksi alergi (misalnya asma bronkhiale, udem quincke, hay fever, urtikaria, syock anafilaksis).
- c. Penyakit ginjal (khususnya nefrosis).
- d. Penyakit darah (misalnya anemia hemolitik, purpura trombopenik).
- e. Penyakit hati (misalnya bentuk-bentuk hepatitis tertentu).
- f. Penyakit paru-paru (misalnya emfisema obstruktif, morbus boeck).

- g. Penyakit pembuluh darah (misalnya panarteriitis nodosa).
- h. Penyakit saluran cerna (misalnya morbus crohn).
- i. Penyakit sistem syaraf (misalnya kejang BNS).
- j. Penyakit mata (misalnya keratitis alergik, konjungtivitis).
- k. Berbagai penyakit kulit (antara lain ekzem, psoriasis, eritema nodosum, eritema penyinaran).
- l. Tumor ganas terutama tumor sistemik (leukemia, limfogranulomatosis, limfo-sarkoma).
- m. Udem otak.
- n. Kondisi-kondisi syok berat.
- o. Penyakit auto imun (misalnya pada rhema, MS (*Multiple Sclerosis*), SLE (*Systemic Lupus Erythematosus*), *scleroderma*, *anemia hemolitis*, p.crohn dan colitis).
- p. Sesudah transplantasi organ bersama siklosporin dan azatioprin untuk mencegah penolakan oleh sistem imun.
- q. Pada penyakit infeksi karena bakteri, glukokortikoid hanya boleh diberikan bersama dengan antibiotik atau kemoterapeutik, glukokortikoid mempunyai tugas mencegah reaksi-reaksi mesenkhimal akibat infeksi yang tidak diinginkan seperti pembentukan eksudat.

2.4 Kriteria pemakaian glukokortikoid

Menurut Mutschler (1991) Glukokortikoid seharusnya digunakan hanya pada kondisi indikasi yang ketat dengan pengawasan efek samping yang hati-hati. Hal-hal yang perlu diperhatikan :

- 1) Pada tiap penyakit dan pada tiap pasien, seharusnya secara perorangan ditentukan dosis yang dibutuhkan untuk mencapai efek terapeutik dan diuji lagi dari waktu ke waktu menurut aktifitas penyakit.
- 2) Dosis tunggal suatu glukokortikoid biasanya tidak menimbulkan efek samping yang berbahaya, bahkan pada dosis tinggi sekalipun.
- 3) Juga pengobatan selama beberapa hari umumnya tidak menimbulkan efek samping yang berat, kecuali jika digunakan dosis yang ekstrem tinggi.
- 4) Jika mungkin, sebaiknya dilakukan suatu terapi yang disebut terapi berganti-ganti dengan glukokortikoid. Sehubungan dengan itu dosis yang diperlukan untuk 48 jam digunakan sekaligus tiap dua hari pada pagi hari. Pada pemakaian demikian fungsi korteks adrenal dihambat lebih sedikit sehingga bahaya atrofi korteks adrenal diperkecil.
- 5) Pada penghentian suatu terapi jangka panjang dosis hanya boleh dikurangi perlahan-lahan, hal ini karena ada bahaya komplikasi akibat suatu atrofi kortek adrenal.

Tabel 2.1 Daya relatif kortikosteroid alami dan sintetis

	Daya mineralkortikoid	Daya glukokortikoid	Masa paruh $t_{1/2}$
Hidrokortison	1	1	1,5-2 jam
Kortison	0,8	0,8	0,5-2 jam
Prednisolone/olon	0,7	4	2,5-3 jam
Metilpredni	0,5	5	3,5
Triamsinolon	0	5	>5
Deksametason	0	>30	3-4,5
Betametason	0	>35	
Aldosterone	3000	0,3	
Kortikosteron	15	0,35	
Desoksikorton	40	0	
Fludrokortison	800	10	0,5

2.5 Efek samping glukokortikoid

Efek samping glukokortikoid diakibatkan oleh profil kerja farmakodinamikanya.

1) Gejala Cushing

Sindroma cushing yang sering kali disebabkan oleh suatu tumor di hipofise dan hiperproduksi ACTH. Gejala utamanya adalah retensi cairan di jaringan-jaringan yang menyebabkan naiknya berat badan dengan pesat, muka menjadi bundar.

2) Atrofia dan kelemahan Otot (*myopathie tevoid*) , Khusus anggota badan dan bahu.

3) Osteoporosis (tulang rapuh).

4) Menghambat pertumbuhan Pada anak-anak akibat dipercepat penutupan epiphysis tulang pipa.

5) Atrofia kulit dengan striae, yakni garis kebiru-biruan akibat pendarahan dibawah kulit, juga luka yang sukar sembuh karena penghambatan pembentukan jaringan granulasi.

6) Diabetogen

Penurunan toleransi glukosa dapat menimbulkan *hiperglikemia* dengan efek menjadi manifestasi atau memperhebatnya diabetes. Penyebabnya adalah stimulasi pembentukan glukosa berlebihan dalam hati.

7) Imunosupres

Yakni menekan reaksi tangkis tubuh, seperti yang terjadi pada transplantasi organ. Jumlah dan aktifitas limfosit-T/B dan makrofag dikurangi, pada dosis amat tinggi juga produksi antibodies

2.6 Mineralokortikoid

Mekanisme kerja mineralokortikoid secara umum berhubungan dengan metabolisme elektrolit dan air. Hormon ini memelihara fungsi ginjal dengan mengatur pemasukan ion natrium dan pengeluaran ion kalium pada tingkat jaringan. Sedangkan pada tingkat molekul, hormone berinteraksi membentuk kompleks terpulihkan dengan reseptor khas yang terdapat pada bagian inti ginjal. Pembentukan kompleks tersebut merangsang system RNA dan enzim yang diperlukan untuk pengangkutan aktif ion Na, sehingga menimbulkan efek mineralokortikoid yakni peningkatan pemasukan ion natrium dan pengeluaran ion kalium. Pada penggunaan klinis, mineralokortikoid banyak digunakan dalam penyembuhan penyakit addison kronis karena gangguan fungsi kelenjar adrenal.

Hormon mineralkortikoid yang di produksi dalam tubuh yaitu aldosterone, deoksikortikosteron, dan fluodrokortison (Neal, 2012).

Efek mineralkortikoid terdiri dari retensi natrium dan air oleh tubuli ginjal sedangkan kalium justru di tingkatkan. Efek samping mineralokortikoid yang umum adalah :

- 1) Hipokaliemia akibat kehilangan kalium dengan kemih.
- 2) Udema dan Berat badan meningkat karena retensi garam dan air , juga resiko hipertensi dan gagal ginjal.

2.7 Interaksi obat

Interaksi obat didefinisikan ketika obat bersaing satu dengan yang lainnya, atau yang terjadi ketika satu obat hadir bersama dengan obat yang lainnya (Stockley, 2010). Efek dan keparahan interaksi obat dapat sangat bervariasi antara pasien yang satu dengan yang lainnya. Efek obat dapat bertambah kuat atau berkurang karena interaksi ini. Akibat yang tidak dikehendaki dari peristiwa interaksi ini ada dua kemungkinan yakni meningkatnya efek toksik atau efek samping obat atau berkurangnya efek klinis yang diharapkan.

Menurut Stockley (2010) mekanisme interaksi dapat dibagi menjadi :

a. Interaksi farmasetik

Interaksi farmasetik terjadi jika antara dua obat yang diberikan bersamaan tersebut terjadi inkompabilitas atau terjadi reaksi langsung, yang umumnya diluar tubuh dan berakibat berubahnya atau hilangnya efek farmakologis obat

yang diberikan. Misalnya pencampuran penisilin dan aminoglikosida akan menyebabkan hilangnya efek farmakologi yang diharapkan.

b. Interaksi farmakokinetik

Interaksi farmakokinetik adalah interaksi yang terjadi bila satu obat mengubah absorpsi, distribusi, metabolisme atau ekskresi obat lain. Hal ini paling sering diukur dengan perubahan dalam satu atau lebih parameter kinetik, seperti konsentrasi serum puncak, area dibawah kurva, konsentrasi waktu paruh, jumlah obat diekskresikan dalam urin.

Interaksi farmakokinetik terdiri dari beberapa tipe :

- 1) Interaksi pada absorpsi obat
 - a) efek perubahan pH gastrointestinal, obat melintasi membran mukosa dengan difusi pasif, absorpsi ditentukan oleh kelarutannya dalam lemak, pH usus dan sejumlah parameter yang terkait dengan formulasi obat.
 - b) Adsorpsi, khelasi, dan mekanisme pembentukan kompleks. Misalnya arang aktif sebagai agen penyerap overdosis obat dapat mempengaruhi penyerapan obat, Antasida dapat menyerap sejumlah besar obat-obatan, tetrasiklin membentuk kompleks dengan kalsium, bismuth aluminium, dan besi.
 - c) Perubahan motilitas gastrointestinal, karena kebanyakan obat sebagian besar diserap di bagian atas usus kecil, obat-obatan yang mengubah laju pengosongan lambung dapat mempengaruhi absorpsi misalnya

metoklopramid mempercepat pengosongan lambung sehingga meningkatkan penyerapan parasetamol.

- d) Malabsorpsi dikarenakan obat, Neomycin menyebabkan sindrom malabsorpsi dan dapat mengganggu penyerapan sejumlah obat-obatan termasuk digoksin dan metotreksat.

2) Interaksi pada distribusi obat

- a) Interaksi ikatan protein, ikatan obat dengan protein plasma bersifat reversible, kesetimbangan dibentuk antara molekul-molekul yang terikat dan yang tidak. Hanya molekul tidak terikat yang tetap bebas dan aktif secara farmakologi.
- b) Induksi dan inhibisi protein transport obat. Distribusi obat ke otak dan beberapa organ lain dibatasi oleh aksi protein transporter obat seperti p-glikoprotein. Protein ini secara aktif membawa obat keluar dari sel-sel ketika obat berdifusi secara pasif. Obat yang termasuk inhibitor transporter dapat meningkatkan penyerapan substrat obat ke dalam otak, yang dapat meningkatkan efek samping *Central Nervous System* (CNS)

3) Interaksi pada metabolisme obat

- a) Perubahan pada metabolisme fase pertama

Beberapa metabolisme obat terjadi di dalam serum, ginjal, kulit dan usus, tetapi proporsi terbesar dilakukan oleh enzim yang ditemukan di membran retikulum endoplasma sel-sel hati. Ada dua jenis reaksi utama metabolisme obat, yang pertama reaksi tahap 1 (melibatkan

oksidasi oleh enzim sitokrom P450, reduksi atau hidrolisis) obat- obatan menjadi senyawa yang lebih polar, dan reaksi tahap 2 melibatkan terikatnya obat dengan zat lain untuk membuat senyawa yang tidak aktif.

b) Induksi enzim

Beberapa obat dapat meningkatkan aktivitas enzim mikrosom berakibat meningkatnya laju metabolisme dan eksresinya, sehingga perlu dilakukan peningkatan dosis untuk mencapai efek farmakologi contoh barbiturate sebagai antihipnotik.

c) Inhibisi enzim

Inhibisi enzim menyebabkan berkurangnya metabolisme obat, sehingga obat terakumulasi di dalam tubuh. Jalur metabolisme yang sering dihambat adalah fase oksidasi oleh isoenzim sitrokrom P450.

d) Interaksi isoenzim sitokrom P450 dan obat yang diprediksi

Contohnya adalah parasetamol dimetabolisme oleh CYP2E1, metronidazole menghambatnya, sehingga tidak mengherankan bahwa metronidazole meningkatkan efek parasetamol.

4) Interaksi pada ekskresi obat

a) Perubahan pH urine, pada nilai pH tinggi obat yang bersifat asam lemah sebagian besar terdapat sebagai molekul terionisasi dan tidak dapat berdifusi kedalam sel tubulus sehingga akan tetap didalam urin dan dikeluarkan dari tubuh.

b) Perubahan ekskresi aktif tubular renal

Obat yang menggunakan sistem transportasi aktif yang sama ditubulus ginjal dapat bersaing satu sama lain dalam hal ekskresi

c. Interaksi farmakodinamik

Interaksi farmakodinamik adalah interaksi antara obat yang bekerja pada sistem reseptor, tempat kerja atau sistem fisiologik tanpa ada perubahan kadar plasma ataupun profil farmakokinetik lainnya. Salah satu contoh dari perubahan ini adalah peningkatan toksisitas digoksin akibat penggunaan tiazid.

Derajat keparahan interaksi obat di golongan menjadi tiga, yaitu:

1. Keparahan minor, dikatakan minor jika efeknya ringan, tidak signifikan mempengaruhi hasil terapi.
2. Keparahan moderate, dikatakan moderate jika efek yang terjadi dapat menyebabkan penurunan status klinis pasien. Kombinasi obat dihindari kecuali pada keadaan khusus.
3. Keparahan mayor, dikatakan mayor jika terdapat probabilitas yang tinggi, berpotensi mengancam jiwa atau menyebabkan kerusakan permanen

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental/*survey research method*, survey deskriptif dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi di dalam suatu populasi tertentu (Notoatmodjo, 2002), dengan metode deskriptif dan pengumpulan data secara restropektif. Data diambil dari Klinik & apotek Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung Periode Januari - Maret 2021.

3.2 Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari – Maret 2021, di Klinik & Apotek Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung pada bulan Januari – Maret 2021.

3.3 Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah seluruh resep dan rekam medis dari Pasien anak periode Januari – Maret 2021. Yang menjadi Sampel pada penelitian ini adalah resep anak yang menggunakan obat Kortikosteroid pada periode Januari – Maret 2021.

3.4 Metode Pengambilan sampel

Metode pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan metode *non random sampling* dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dimana semua sampel yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan sampel penelitian.

3.5 Kriteria inklusi dan eksklusi

3.5.1 Kriteria inklusi

1. Resep dari Pasien anak yang masuk ke Apotek.
2. Resep tertanggal 01 Januari 2021 sampai dengan 31 Maret 2021.
3. Resep dengan data administrasi, farmasetika, dan farmakologi yang lengkap.
4. Resep dengan catatan rekam medik lengkap.

3.5.2 Kriteria eksklusi

1. Resep yang tidak lengkap baik secara administrasi, farmasetika, maupun farmakologi.
2. Resep dengan data rekam medik yang tidak lengkap.
3. Resep penggunaan kortikosteroid untuk indikasi penyakit auto imun seperti SLE (*Syndrome Lupus Erythematosus*), rhema, MS (*Multiple Sclerosis*), *Scleroderma*, *anemia hemolitis*, dan *colitis*.

3.6 Instrumen penelitian

Yang menjadi instrumen penelitian adalah dokumen resep dan transaksi penjualan farmasi periode 01 Januari 2021 sampai dengan 31 Maret 2021 dan buku panduan. Beberapa alat ukur atau variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah :

1. Jenis kelamin

Jenis kelamin dikelompokkan menjadi laki-laki dan perempuan

2. Pengelompokan obat

Obat yang digunakan dikelompokkan berdasarkan kelompok generik dan kelasterapi menurut MIMS (*Monthly Index of Medical Specialifies*) dan PIO NAS (Pusat Informasi Obat Nasional).

3. Kajian interaksi penggunaan obat kortikosteroid

Kajian interaksi obat penggunaan obat kortikosteroid mengacu kepada Stockley's Drug Interactions (2010), aplikasi Drug's.com, aplikasi Medscape, IBM Micromedex Drugs Interaction, dan Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI dan Ikatan Dokter Anak Indonesia.

4. Pengolahan dan analisa data

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan berdasarkan data resep dari Pasien anak yang masuk ke Klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Januari – Maret 2021.

2) Pengolahan data

Data yang sudah terkumpul diolah secara manual dan disusun dalam bentuk tabel distribusi frekuensi. Data dibagi dalam beberapa kelompok, kemudian dinyatakan dalam bentuk persentase.

3) Penyajian data

Penyajian data disajikan dalam bentuk tulisan (tekstual), tabulasi, dan grafik, kemudian dianalisa berdasarkan hasil persentase.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Karakteristik Subyek Penelitian

Proses penelitian dilakukan dengan cara mengamati satu per satu resep pasien, data transaksi, dan data rekam medis. Berikut gambaran populasi dan sampel pada penelitian ini :

Tabel 4.1 Penentuan Populasi dan Sampel

Kriteria	Σ	%
Jumlah Populasi	2503	100,0
Sampel Penelitian	193	7,7
kriteria Eksklusi :	23	
13 ALL		
5 Bilas Luka		
5 data tidak lengkap		
Sampel Penelitian (fix)	170	6,8

Keterangan :

ALL : *Acute Lymphoblastic Leukemia*

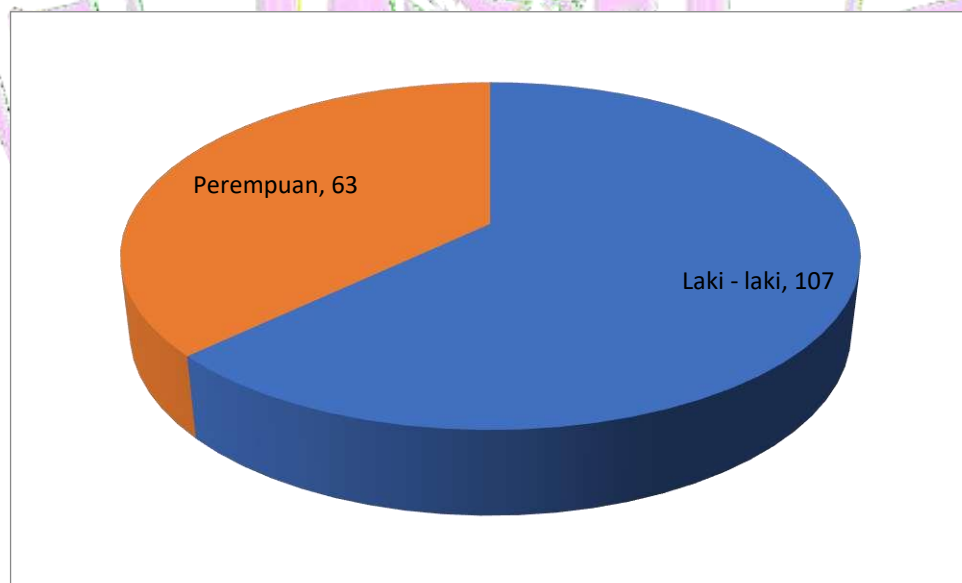
Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa jumlah populasi pada penelitian kali ini adalah seluruh resep yang masuk ke Farmasi selama bulan Januari 20201 – Maret 2021 sebanyak 2.503 resep, dan yang terpilih menjadi sampel yaitu resep yang mengandung kortikosteroid sejumlah 193 resep (7,7%). Dari jumlah sampel yang diteliti 23 sampel diantaranya masuk kriteria eksklusi, yaitu 13 sampel

dengan diagnosa ALL yaitu suatu penyakit kriteria auto imun, 5 sampel digunakan sebagai bilas luka / bekas operasi, dan 5 sampel karena data tidak lengkap.

Tabel 4.2 Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin

Karakteristik	Jumlah	%
Laki – laki	107	63
Perempuan	63	37
Total Sampel	170	100

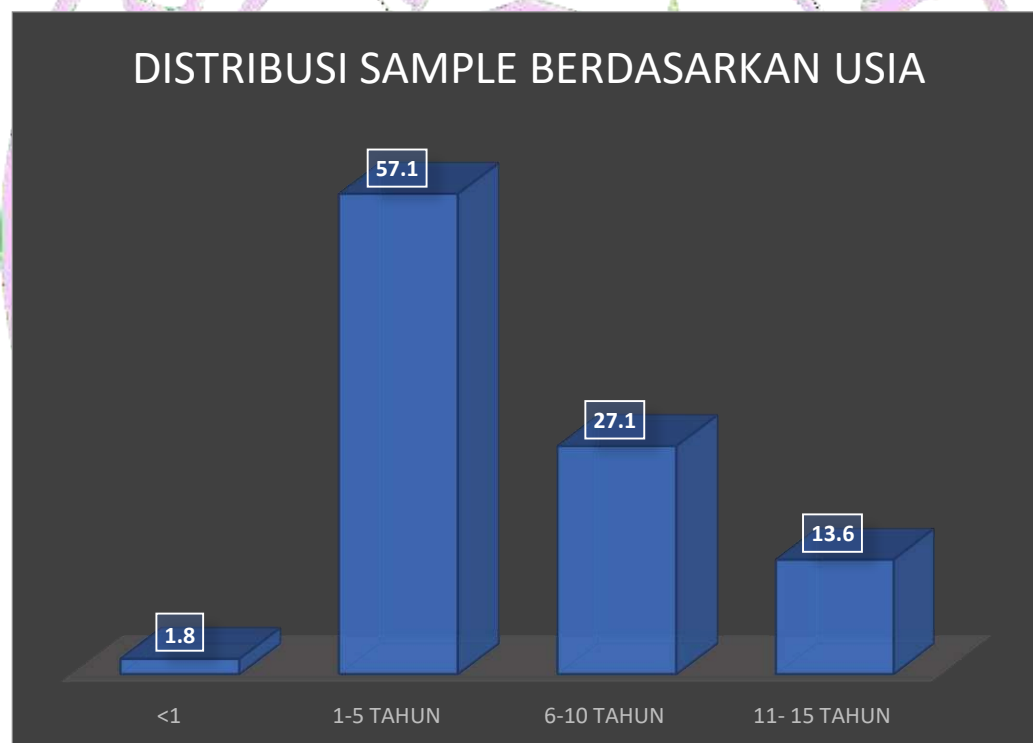
Pada tabel 4.2 tersebut diatas karakteristik sampel berdasarkan jenis kelamin 63% adalah pasien dengan jenis kelamin laki-laki dan 37% jenis kelamin perempuan.



Grafik 4.1 Distribusi Sampel berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 4.3 Distribusi Sampel berdasarkan Usia

Kriteria	%	Jumlah
< 1 tahun	1,8	3
1 - 5 tahun	57,1	97
6 - 10 tahun	27,1	46
11 - 15 tahun	13,6	24
Total Sampel		170



Grafik 4.2 Distribusi Sampel berdasarkan Usia

Pada tabel 4.3 tersebut diatas, sampel yang diteliti rata-rata di usia sekitar 1 – 10 tahun, dengan persentase terbanyak di usia 1 – 5 tahun sekitar 57,1%, 6 – 10 tahun 27,1%, artinya bahwa anak – anak usia 1 - 10 tahun rentan terhadap

penyakit infeksius, hal ini mungkin disebabkan karena kekebalan tubuh yang belum terbentuk sempurna, dan juga disertai pola makan yang belum teratur.

4.2 Manifestasi Klinik

Penggunaan kortikosteroid banyak digunakan untuk kasus peradangan selain penggunaan kortikosteroid untuk kasus auto imun. Diagnosa pasien di rekap berdasarkan data resume medis pasien, Berikut tabel penggunaan kortikosteroid berdasarkan diagnosa klinis pasien dari sampel yang diteliti :

Tabel 4.4 Penggunaan Kortikosteroid berdasarkan Diagnosa Klinis

Manifestasi Klinik	%	Jumlah
ISPA	31,8	54
Tonsilofaringitis	28,2	48
ISPA + HRB	11,2	19
demam typhoid	6,5	11
HRB	6,5	11
Faringitis	4,1	7
Bronchopneumonia	2,9	5
Rhinopharingitis	2,4	4
Asma Bronkhial	1,8	3
Gastroenteritis	1,2	2
Scarlett Fever	1,2	2
dermatitis kontak alergi	1,2	2
infeksi enterovirus	0,6	1
Lymphadenopati	0,6	1
Total	100,0	170

Dari tabel diatas diagnosa klinis yang paling banyak untuk penggunaan kortikosteroid adalah ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) sebesar 31,8%,yaitu infeksi di saluran pernapasan yang menimbulkan gejala batuk, pilek disertai dengan demam. ISPA sangat mudah menular dan dapat dialami oleh siapa saja, terutama anak-anak dan lansia. Berikutnya adalah diagnosa Tonsilofaringitis

dengan gejala yang hampir sama sebesar 28,2%, tonsilofarigitis adalah infeksi yang terjadi pada tenggorokan / faring dan bagian tonsil / amandel dengan gejala antara lain sakit tenggorokan, sulit menelan, dan kelenjar getah bening sakit bila disentuh.

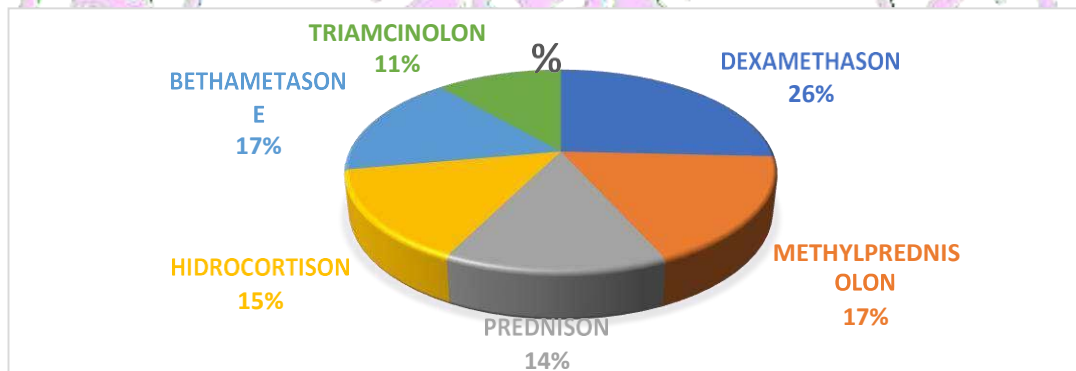
Manifestasi klinis yang ketiga adalah ISPA dengan penyerta HRB (Hiperreaktivitas bronkus) sebanyak 11,2%, HRB merupakan ciri khas inflamasi pada asma dengan gejala penyempitan bronkus yang luas. Berikutnya berturut-turut demam typoid 6,5%, faringitis 4,1%, bronchopneumonia 2,9%, rhinopharingitis 2,4%, asma bronchial 1,8%, gastroenteritis 1,2%, scarlett fever 1,2%, dermatitis kontak 1,2%, infeksi enterovirus 0,6%, dan lymphadenopati 0,6%.

4.3 Frekuensi Pemakaian Kortikosteroid

Persentase frekuensi pemakaian kortikosteroid dihitung berdasarkan keseluruhan jumlah resep pemakaian kortikosteroid. Kortikosteroid yang paling banyak diresepkan dokter adalah Dexamethasone, Prednison dan methylprednisolone.

Tabel 4.5 Frekuensi Pemakaian Kortikosteroid

Nama Generik	%	Frekuensi
DEXAMETHASON	25,9	126
METHYLPREDNISOLON	17,6	26
PREDNISON	14,2	14
HIDROCORTISON	14,8	17
BETHAMETASONE	16,6	24
TRIAMCINOLON	11,4	11
TOTAL	100	218



Grafik 4.3 Frekuensi Pemakaian Kortikosteroid

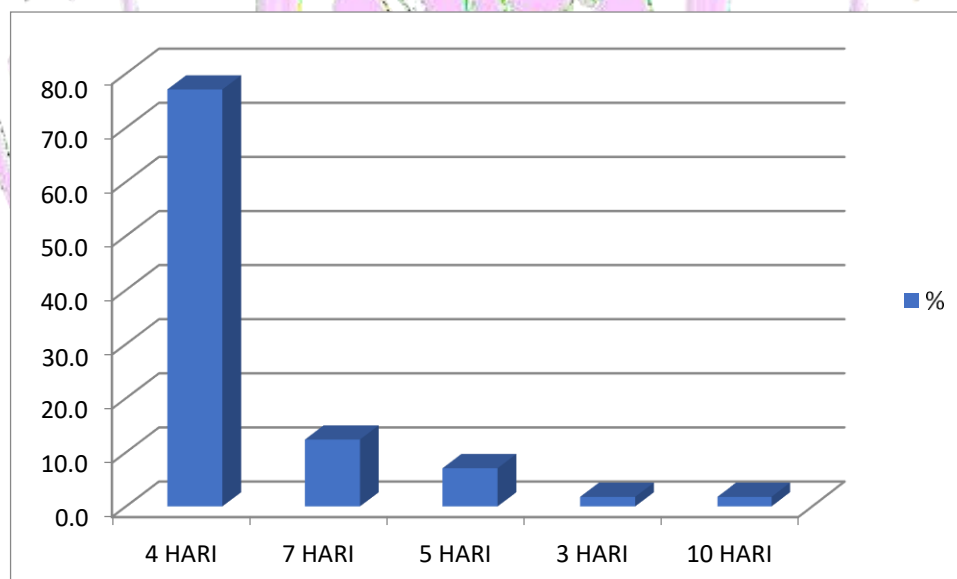
Pada tabel 4.5 frekuensi penggunaan kortikosteroid yang terbanyak adalah Dexamethason sebanyak 25,9% dan yang kedua adalah methyl prednisolone dengan 17,6%. Dexamethason dan Methyl Prednisolon merupakan glukokortikoid yang efektif digunakan untuk menekan inflamasi, alergi dan respon imun.

4.4 Kajian Lama Pemberian Kortikosteroid

Kajian lama pemberian Kortikosteroid dilakukan dengan menghitung volume sediaan untuk sediaan cair atau jumlah peresepan untuk sediaan tablet dibandingkan dengan dosis pemberian obat, sehingga lama pemberian kortikosteroid dapat dihitung.

Tabel 4.6 Lama Pemberian Kortikosteroid

LAMA PEMBERIAN	%	Jumlah
4 HARI	77,1	131
7 HARI	12,4	21
5 HARI	7,1	12
3 HARI	1,8	3
10 HARI	1,8	3
TOTAL	100	170



Grafik 4.4 Lama Pemberian Kortikosteroid

Lama pemberian Kortikosteroid oral (tabel 4.6) berdasarkan penulisan resep dokter rata-rata tertinggi adalah selama 4 hari pemberian yaitu sebanyak

77,1%, pemberian untuk 7 hari sebanyak 12,4%, pemberian untuk 5 hari sebanyak 7,1%, dan sisanya 3 hari dan untuk pemakaian 10 hari sebanyak 1,8%.

Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa rata-rata lamapemberian kortikosteroid masih memenuhi kategori rasional dengan asumsi bahwa pasien hanya berobat satu kali, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait catatan pengobatan pasien yang menggunakan kortikosteroid sehingga dapat divalidasi lama pemberian kortikosteroid. Menurut Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak (2013) pemberian kortikosteroid pada anak harus dilakukan pengawasan ketat (termasuk monitoring perubahan berat badan, edema, pengeluaran kalium, hipertensi) apabila pengobatan melebihi 2 – 4 minggu.

4.5 Kajian Potensi Interaksi Kortikosteroid

Potensi interaksi obat kemungkinan terjadi untuk pemakaian obat yang polifarmasi, kajian interaksi obat dimaksudkan untuk meminimalisir terjadinya DRPs (Drug Related Problems) yang dapat mempengaruhi outcome klinis pasien. Pada penelitian kali ini bertujuan untuk melihat potensi interaksi yang terjadi pada penggunaan kortikosteroid dengan obat yang lain.

Analisa interaksi obat pada penelitian ini menggunakan parameter IBM *Micromedex Interactions*, www.drugs.com, *Medscape*, *Stockley's drugs Interaction*, dan Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak (2013).

Tabel 4.7 Interaksi Methylprednisolon menurut IBM Micromedex

Nama Generik	Kelas Terapi	Frekuensi		Severity	onset	Documentation
		Σ	%			
LORATADIN	Antihistamin	51	32	No interaction		
SALBUTAMOL	Anti Asma	23	14	No interaction		
ACETYLCYSTEIN	Mukolitik	20	13	No interaction		
KETOTIFEN	Anti Asma	20	13	No interaction		
CEFIXIME	Antibiotik	17	11	No interaction		
PARACETAMOL	Analgetik	9	6	No interaction		
ERDOSTEIN	Mukolitik	6	4	No identified		
PSEUDOEFEDRINE	Antihistamin	5	3	No interaction		
AZITHROMYCIN	Antibiotik	3	2	No interaction		
DEXTROMETHORPAN	Antitussif	2	1	No interaction		
PHENIL PROPANOLAMIN	Dekongestan	2	1	No interaction		
LEVOFLOXACIN	Antibiotik	1	1	major	delayed	Excellent
THIAMPHENICOL	Antibiotik	1	1	No interaction		
JUMLAH		160	100			

Tabel 4.8 Interaksi Methylprednisolon menurut Drugs.com

Nama Generik	Kelas Terapi	Frekuensi		Severity
		Σ	%	
LORATADIN	Antihistamin	51	32	Minor
SALBUTAMOL	Anti Asma	23	14	
ACETYLCYSTEIN	Mukolitik	20	13	
KETOTIFEN	Anti Asma	20	13	
CEFIXIME	Antibiotik	17	11	
PARACETAMOL	Analgetik	9	6	
ERDOSTEIN	Mukolitik	6	4	
PSEUDOEFEDRINE	Antihistamin	5	3	
AZITHROMYCIN	Antibiotik	3	2	
DEXTROMETHORPAN	Antitussif	2	1	
PHENIL PROPANOLAMIN	Dekongestan	2	1	
LEVOFLOXACIN	Antibiotik	1	1	Major
THIAMPHENICOL	Antibiotik	1	1	
JUMLAH		160	100	

Tabel 4.9 Interaksi Methylprednisolon menurut Medscape

Nama Generik	Kelas Terapi	Frekuensi		severity
		Σ	%	
LORATADIN	Antihistamin	51	32	monitor closely
SALBUTAMOL	Anti Asma	23	14	
ACETYLCYSTEIN	Mukolitik	20	13	
KETOTIFEN	Anti Asma	20	13	
CEFIXIME	Antibiotik	17	11	monitor closely
PARACETAMOL	Analgetik	9	6	
ERDOSTEIN	Mukolitik	6	4	
PSEUDOEFEDRINE	Antihistamin	5	3	
AZITHROMYCIN	Antibiotik	3	2	
DEXTROMETHORPAN	Antitusif	2	1	
PHENIL PROPANOLAMIN	Dekongestan	2	1	
LEVOFLOXACIN	Antibiotik	1	1	
THIAMPHENICOL	Antibiotik	1	1	
JUMLAH		160	100	

Kajian interaksi obat – obat Methylprednisolon menurut parameter IBM Micromedex, Drug's com, dan Medscape ditemukan satu interaksi kategori major yaitu interaksi Methylprednisolon dengan Levofloxacin, tapi dengan frekuensi hanya 1%. Pemberian Methylprednisolon dan Levofloxacin dapat meningkatkan resiko ruptur tendon yaitu robeknya tendon achilles baik secara komplet atau parsial, dianjurkan untuk menghentikan penggunaan fluorokuinolon bila pasien mengalami rasa sakit, pembengkakan, peradangan pada tendon. Onset terjadinya interaksi menurut IBM Micromedex bersifat *delayed* artinya proses terjadinya lambat, dengan data dokumentasi kriteria *excellent*.

Interaksi yang lain menurut Drug's.com ditemukan interaksi kategori minor penggunaan methylprednisolon bersamaan dengan Salbutamol, tapi tidak dijelaskan jenis interaksi yang mungkin terjadi. Menurut parameter Medscape

ditemukan ada interaksi Methylprednisolon dengan Loratadin kategori “Monitor Closely” dimana Loratadin dapat meningkatkan efek Methylprednisolon oleh transporter efflux P-Glicoprotein.

Tabel 4.10 Interaksi Triamcinolon menurut IBM Micromedex

Nama Generik	Kelas Terapi	Frekuensi		Severity	onset	Documentation
		Σ	%			
LORATADIN	Antihistamin	156	20,6	No interaction		
ERDOSTEIN	Mukolitik	97	12,8	no identified		
PROCATEROL	Anti Asma	97	12,8	no identified		
PSEUDOEFEDRINE	Antihistamin	75	9,9	No interaction		
KETOTIFEN	Anti Asma	61	8,1	No interaction		
CEFIXIME	Antibiotik	50	6,6	No interaction		
PARACETAMOL	Analgetik	47	6,2	No interaction		
CEFADROXIL	Antibiotik	37	4,9	No interaction		
ACETYLCYSTEIN	Mukolitik	33	4,4	No interaction		
SALBUTAMOL	Anti Asma	25	3,3	No interaction		
AZITHROMYCIN	Antibiotik	18	2,4	No interaction		
CETIRIZINE	Antihistamin	12	1,6	No interaction		
CLARITHROMYCIN	Antibiotik	9	1,2	No interaction		
LACTOBACILLUS	Anti diare	6	0,8	No interaction		
THIAMPHENICOL	Antibiotik	5	0,7	No interaction		
RANITIDINE	antitukak	4	0,5	No interaction		
DOMPERIDON	Mual & Vertigo	3	0,4	No interaction		
RIFAMPICIN	Anti TBC	3	0,4	moderate	delayed	Fair
ISONIAZIDE	Anti TBC	3	0,4	Minor		
AMBROXOL	Mukolitik	2	0,3	No interaction		
BROMHEXINE	Mukolitik	2	0,3	No interaction		
CO AMOXYCLAV	Antibiotik	2	0,3	No interaction		
METAMIZOL	analgetik	2	0,3	No interaction		
ONDANSETRON	Anti emetik	2	0,3	No interaction		
IBUPROFEN	analgetik	2	0,3	No interaction		
GABAPENTIN	Nyeri Neuropaty	1	0,1	No interaction		
CELECOXIB	AINS	1	0,1	No interaction		
SUKRALFAT	Anti tukak	1	0,1	No interaction		
AMOXYCILLIN	Antibiotik	1	0,1	No interaction		
TOTAL		757	100			

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kortikosteroid banyak digunakan dalam pengobatan dengan tujuan mengurangi peradangan, menekan sistem kekebalan, dan terapi penggantian untuk menggantikan hormon yang tidak diproduksi oleh tubuh karena kondisi kesehatan yang mendasarinya.

Dari hasil penelitian penulis, tentang data pasien anak yang menggunakan kortikosteroid di Klinik Telkomedika (Apotek Telemedika Farma 1) Bandung selama periode Jan – Maret 2021 adalah sebanyak 2.503 resep, dan yang terpilih menjadi sampel yaitu resep yang mengandung kortikosteroid sejumlah 193 resep (7,7%). Dari jumlah sampel yang diteliti 23 sampel diantaranya masuk kriteria **eksklusi**, yaitu 13 sampel dengan diagnosa ALL yaitu suatu penyakit kriteria auto imun, 5 sampel digunakan sebagai bekas luka / bekas operasi, dan 5 sampel karena data tidak lengkap.

Disini penulis juga membedakan beberapa sample berdasarkan kriteria jenis kelamin , untuk melihat berapa banyak penggunaan kortikosteroid pada anak dan juga dilihat tingkatan umurnya, dari sample penelitian diambil sebanyak 170 sample , terdapat karakteristik penggunaan obat kortikosteorid untuk jenis kelamin laki laki lebih besar yaitu 63 % dibanding wanita hanya sebesar 37 % . Untuk distribusi berdasarkan usia di peroleh data bahwa usia 1-5 thn 57.1 % dan usia 6 – 10 thn 27,1 % , artinya bahwa anak anak usia 1 – 10 thn rentan terhadap penyakit infeksius.

Berikut juga di sampaikan penggunaan kortikosteroid berdasarkan Frekwensi penggunaannya, yang terbanyak adalah Dexamethasone 25,9 % , methylprednisolone 17,6 % Dexamethason dan Methyl Prednisolon merupakan glukokortikoid yang efektif digunakan untuk menekan inflamasi, alergi dan respon imun.

Untuk lama pemberian Kortikosteroid oral berdasarkan penulisan resep dokter rata-rata tertinggi adalah selama 4 hari pemberian yaitu sebanyak 77,1%, pemberian untuk 7 hari sebanyak 12,4%, pemberian untuk 5 hari sebanyak 7,1%, dan sisanya 3 hari dan untuk pemakaian 10 hari sebanyak 1,8%. Dari data tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa rata-rata lama pemberian kortikosteroid masih memenuhi kategori rasional dengan asumsi bahwa pasien hanya berobat satu kali, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait catatan pengobatan pasien yang menggunakan kortikosteroid sehingga dapat divalidasi lama pemberian kortikosteroid.

B. SARAN

Dari hasil paparan penulis tentang penggunaan kortikosteroid pada anak , dapat dilihat masing masing hasilnya , dari data yang telah di peroleh. Dapat di sarankan , agar sedapat mungkin penggunaan kortikosterod pada anak dapat di hindari , dikarenakan efek samping yang akan terjadi , jika pemakaianberlangsung lama , dimana kondisi anak masih rentan dalam penerima pengobatankortikosteoid yang berlebihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 2017. *MIMS Edisi Bahasa Indonesia edisi 136*. Jakarta : PT Medidata Indonesia.
- Baxter, K. 2010. *Stockley's Drug Interaction 10th* . London : Pharmaceutical Press.
- IDAI. 2013. *Formularium Spesialistik Ilmu Kesehatan Anak Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Jakarta : Penerbit.
- Katzung, G, Bertram. 2012. *Basic & Clinical Pharmacology 12th Edition*. San Fransisco : Lange Medical Publications.
- Mutschler, Ernst. 1991. *Dinamika obat buku ajar farmakologi dan toksikologi edisi kelima*. Bandung : Penerbit ITB Bandung.
- Neal, J, Michael. 2012. *Medical Pharmacology at a Glance 7th Edition*. London : King's College London.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Noviani, Lusy. 2020. *Buku Panduan Interaksi Obat untuk kalangan sendiri*. Bandung.
- Wulandari, hetty. 2019. *Kerasionalan Penggunaan Antibiotik dan Kortikosteroid pada Pasien anak rawat jalan di Rumah sakit ibu dan anak RestuJakarta*. Skripsi. Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Indonesia. Jakarta.

**ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN TERHADAP
PELAYANAN RESEP DI APOTEK KLINIK BUNDA
ANJATAN INDRAMAYU**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

IRNAWATI

NPM: 18.307.168



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG
2021**

ABSTRAK

IRNAWATI

NPM 18.307.168

Program Studi Farmasi

ANALISIS TINGKAT KEPUASAN PASIEN TERHADAP PELAYANAN RESEP DI APOTEK KLINIK BUNDA ANJATAN INDRAMAYU

Tugas Akhir: 50 Halaman

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara kinerja (hasil) yang dipikirkan terhadap kinerja (hasil) yang diharapkan. Kepuasan konsumen dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke Apotek yang sama. Konsumen yang puas akan menjadi pelanggan yang loyal, berupa promosi dari mulut ke mulut bagi calon konsumen lainnya, yang diharapkan sangat positif bagi Klinik.

Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dengan metode cross sectional yang dilakukan dengan menggunakan instrument kuesioner. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu pada variabel kehandalan, tanggapan, responsibilitas, empati dan fasilitas berwujud adalah sangat puas dengan persentase pada variabel kehandalan sebesar 96,63%, tanggapan 95,98%, keyakinan 95,66% dan fasilitas berwujud sebesar 90,24%. Dan yang paling besar pada variabel ini adalah pada empati sebesar 99,51%.

Dari penelitian yang dilakukan terhadap pelayanan resep yang diberikan oleh Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu meskipun termasuk sudah tergolong sangat puas dan sangat bagus, namun sedikitnya masih ada kekurangan yakni, ketersediaan setok obat yang masih kurang maksimal, akan tetapi hal ini dikarenakan pengaruh dari pengiriman, atau ketersediaan setok dari PBFnya.

Adapun upaya yang dilakukan, yaitu petugas harus sering mengecek ketersediaan setok obat agar tidak sampai terjadi kekosongan obat ketika ada pesenan dokter.

Kata Kunci: Tingkat kepuasan pasien, Kualitas pelayanan resep obat, Apotek Klinik Bunda

ABSTRACT

IRNAWATI

NPM 18.307.168

Pharmacy Study Program

ANALYSIS OF PATIENT SATISFACTION LEVEL WITH PRESCRIPTION SERVICES AT A PHARMACY CLINIC AT BUNDA ANJATAN INDRAMAYU

Final Project: 50 Pages

This study aims to determine the level of patient satisfaction with prescription services at the Bunda Anjatan Indramayu Clinic Pharmacy.

Satisfaction is a person's feelings of pleasure or disappointment that arise after comparing the expected performance (result) to the expected performance (result). Consumer satisfaction can affect the interest to return to the same pharmacy. Satisfied consumers will become loyal customers, in the form of word of mouth promotions for other potential customers, which is expected to be very positive for the Clinic.

The research method used is descriptive method with cross sectional method which is carried out using a questionnaire instrument. The results showed that the level of patient satisfaction with prescription services at the Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu on the variables of reliability, response, responsibility, empathy and tangible facilities was very satisfied with the percentage on the reliability variable of 96.63%, response 95.98%, confidence 95.66% and tangible facilities by 90.24%. And the biggest on this variable is the empathy of 99.51%.

From the research conducted on the prescription services provided by the Mother Anjatan Indramayu Clinic Pharmacy, although it is classified as very satisfied and very good, at least there are still shortcomings, namely, the availability of a stock of drugs that is still not optimal, but this is due to the influence of delivery, or stock availability from the PBF.

As for the efforts made, namely officers must often check the availability of stock of drugs so that there is no shortage of drugs when there is a doctor's order.

Keywords: Patient satisfaction level, quality of prescription drug service, Bunda Clinic Pharmacy

*Bandung, August 27th 2021
Abstract Advisor,*

Apt. Wempi Eka Rusmana, S. Farm., M.M.
NIDN : 04-250486-02

DAFTAR ISI

COVER DEPAN	
COVER DALAM	
LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PERSETUJUAN	
LEMBAR TIM PENGUJI	
LEMBAR PERNYATAAN PENULIS	
MOTTO	
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK.....	iii
ABSTRACT.....	vi
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Penelitian.....	1
1.2 Pokok Permasalahan.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.5 Kegunaan Penelitian	5
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN	
 HIPOTESIS PENELITIAN.....	7
2.1 Kajian Pustaka	7
2.1.1 Tinjauan Umum Apotek	7
2.1.2 Kegiatan Dalam Lingkungan Apotek	9
2.1.3 Kualitas Pelayanan	15
2.1.4 Kepuasan Konsumen	19
2.1.5 Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	22
2.2 Kerangka Pemikiran	24

2.3 Hipotesis Penelitian	24
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	25
3.1 Metodologi Penelitian	25
3.2 Operasional Variabel	25
3.2.1 Variabel Penelitian	25
3.2.2 Definisi Operasional Variabel	26
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	28
2.3.1 Populasi	28
2.3.2 Sampel Penelitian	28
3.4 Teknik Pengumpulan Data	30
3.5 Pengolahan Data	30
3.6 Analisis Data.....	31
3.7 Uji Kualitas Kuesioner	32
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	34
4.1 Hasil Penelitian dan Pembahasan	34
4.1.1 Uji Validitas dan Reabilitas	34
A. Uji Validitas.....	34
B. Uji Reabilitas	35
4.1.2 Karakteristik Responden Penelitian.....	35
4.1.2.1 Karakteristik berdasarkan Usia.....	37
4.1.2.2 Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin	38
4.1.2.3 Karakteristik berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	38
4.1.2.4 Karakteristik berdasarkan Tingkat Penghasilan	39
4.1.2.5 Karakteristik berdasarkan Pekerjaan	40
4.1.2.6 Karakteristik berdasarkan Frekuensi Menebus Resep	41
4.1.3 Distribusi Penilaian Kenyataan dan Harapan pada variabel- variabel yang mempengaruhi Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu	42
4.1.4 Penilaian Kenyataan dan Harapan pada Pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu	45

4.1.5 Perhitungan Rata-Rata Penilaian Kenyataan dan Harapan pada Pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	46
4.1.6 Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	49
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	52

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Rentang Skala Indeks Kepuasan	31
Tabel 4.1.	Hasil Uji validitas kuesioner	34
Tabel 4.2.	Hasil uji reliabilitas kuesioner.....	35
Tabel 4.3.	Karakteristik Responden.....	36
Tabel 4.4.	Data penilaian kenyataan dan harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	43
Tabel 4.5.	Penilaian kenyataan dan harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	46
Tabel 4.6.	Perhitungan rata-rata penilaian kenyataan dan Harapan yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	47
Tabel 4.7.	Persentasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.....	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Peta Lokasi Klinik Bunda Anjatan Indramayu	23
Gambar 2.2.	Skema Hubungan Variabel Bebas dan Variabel Terikat	24
Gambar 3.1.	Rumus Solvin	29
Gambar 4.1.	Karakteristik berdasarkan Usia	37
Gambar 4.2.	Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin	38
Gambar 4.3.	Karakteristik berdasarkan tingkat Pendidikan	39
Gambar 4.4.	Karakteristik berdasarkan tingkat Penghasilan	40
Gambar 4.5.	Karakteristik berdasarkan Pekerjaan	41
Gambar 4.6.	Karakteristik berdasarkan Frekuensi penebusan Resep	42

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Sehingga setiap masyarakat berhak memperoleh pelayanan kesehatan secara adil, merata dan bermutu yang menjangkau seluruh masyarakat Indonesia. (Depkes RI, 2004).

Dalam peraturan pemerintah nomor 25 tahun 1980, yang dimaksud dengan apotek adalah suatu tempat tertentu dimana dilakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran obat kepada masyarakat. Tugas dan fungsi apotek adalah sebagai tempat pengabdian profesi seorang apoteker yang telah mengucapkan sumpah jabatan, sarana farmasi yang melaksanakan peracikan, pengubahan bentuk, pencampuran dan penyerahan obat atau bahan obat, dan sarana penyalur perbekalan farmasi yang harus menyebarkan obat yang diperlukan masyarakat secara meluas dan merata (Anonim, 1980).

Sebagai konsekuensi perubahan orientasi tersebut, apoteker/asisten apoteker sebagai tenaga farmasi dituntut untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan perilaku agar dapat berinteraksi langsung dengan pasien. Pelayanan kefarmasian meliputi pengelolaan sumber daya (SDM, sarana prasarana, sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan serta administrasi) dan pelayanan farmasi klinik (penerimaan resep, peracikan obat, penyerahan obat, informasi obat dan pencatatan/penyimpanan resep) dengan memanfaatkan tenaga, dana, prasarana, sarana dan metode tatalaksana yang sesuai dalam upaya mencapai tujuan yang ditetapkan. (Pedoman yanfar, 2006)

Di mana kegiatan pelayanan yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi bertambah menjadi pelayanan yang komprehensif, yaitu, tidak saja sebagai pengelola obat namun dalam pengertian lebih luas mencakup pelaksanaan pemberian informasi untuk mendukung penggunaan obat yang benar dan rasional, monitoring penggunaan obat untuk mengetahui tujuan akhir serta kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (medication error) serta pengobatan berbasis pasien dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (PP No.51, 2009).

Lewis & Booms (1983) mendefinisikan mutu atau kualitas layanan sebagai ukuran seberapa bagus tingkat layanan yang diberikan mampu sesuai dengan ekspektasi konsumen. Berdasarkan definisi ini, kualitas layanan dapat diwujudkan melalui pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen serta ketepatan penyampainnya untuk mengimbangi harapan konsumen. Dengan demikian terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas layanan, yaitu layanan yang diharapkan dan layanan yang dipersepsikan/dirasakan (Tjiptono, 2005).

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara kinerja (hasil) yang dipikirkan terhadap kinerja (hasil) yang diharapkan. Kepuasan konsumen dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke Klinik yang sama. Konsumen yang puas akan menjadi pelanggan yang loyal, berupa promosi dari mulut ke mulut bagi calon konsumen lainnya, yang diharapkan sangat positif bagi Klinik. Kepuasan merupakan pengalaman konsumen yang akan mengendap di dalam ingatan konsumen, dan mempengaruhi proses pengambilan keputusan pembelian ulang produk yang sama (Supranto, 2006)

Kepuasan pasien dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke apotek yang sama. Hal ini akan menjadikan promosi dari mulut ke kemulut bagi calon pasien lainnya yang diharapkan sangat positif bagi usaha apotek (Supranto J, 2001). Kepuasan pasien didefinisikan sebagai evaluasi pasca konsumsi bahwa

suatu produk yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan. Kepuasan merupakan pengalaman yang akan mengendap di dalam ingatan pasien sehingga mempengaruhi proses pengambilan keputusan pembelian ulang produk yang sama (Endang H,1998).

Apotek merupakan pelayanan produk dan jasa yang dikaitkan dengan kepuasan pasien. Model yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan produk dan jasa meliputi lima dimensi penilaian yaitu (Parasuraman et al,1991) :

1. Responsiveness (ketanggapan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan cepat dan tepat. Dalam pelayanan apotek adalah kecepatan pelayanan obat dan kecepatan pelayanan kasir.
2. Reliability (kehandalan), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang memuaskan pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah pemberian informasi obat oleh petugas apotek.
3. Assurance (jaminan), yaitu kemampuan memberikan kepercayaan dan kebenaran atas pelayanan yang diberikan kepada pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah kelengkapan obat dan kemurahan harga obat.
4. Emphaty (empati), yaitu kemampuan membina hubungan, perhatian, dan memahami kebutuhan pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah keramahan petugas apotek.
5. Tangibles (bukti langsung), yaitu sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pelanggan. Dalam pelayanan apotek adalah kecukupan tempat duduk di ruang tunggu apotek, kebersihan ruang tunggu, kenyamanan ruang tunggu dengan kipas angin dan AC, serta ketersediaan televisi (TV).

Apotek klinik bunda adalah apotek yang terdapat pada sebuah Klinik “Bunda” yang berlokasi di Jalan Raya Anjatan (Samping Utara Polsek Anjatan) Kabupaten Indramayu yang didirikan atas dasar kebutuhan kelengkapan Fasilitas

klirik, dimana dalam fasilitas klinik tersebut selain terdapat apotek, terdapat pula fasilitas Diagnostic dan Therapeutic yang hakekatnya untuk meningkatkan pelayanan medis tingkat dasar di wilayah Anjatan dan sekitarnya.

Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu merupakan apotek yang melayani resep dokter dan penjualan langsung serta menyediakan pelayanan lain. Selama ini apotek klinik bunda anjatan indramayu dalam pelaksanaannya masih sama seperti apotek-apotek pada umumnya, dimana pelayanan yang dilakukan masih sebatas antara pelayanan resep obat atau pembelian obat dengan pasien atau konsumen.

Berdasarkan uraian tersebut diatas penulis ingin melakukan penelitian tentang “Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu”.

1.2 Pokok Permasalahan

Berdasarkan latar belakang di atas maka Pokok masalah penelitian ini adalah apakah tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu tergolong puas.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan diatas dapat di buat suatu pertanyaan penelitian yaitu:

- A. Bagaimana pelayanan resep obat di Apotik Klinik Bunda Anjatan Indramayu?
- B. Apakah dalam memberikan resep Obat Pegawai Apotiknya ramah?
- C. Apakah dalam memberikan resep Obat Pegawai Apotiknya menjelaskan secara jelas dan rinci ?
- D. Apakah setelah diberikan resep Obat, pasien merasa puas?

1.4 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah:

A. Tujuan Umum:

Tujuan dilakukan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

B. Tujuan Khusus:

- 1) Untuk mengetahui pelayanan resep obat di Apotik Klinik Bunda Anjatan Indramayu
- 2) Untuk mengetahui Apakah dalam memberikan resep Obat Pegawai Apotiknya ramah.
- 3) Untuk mengetahui Apakah dalam memberikan resep Obat Pegawai Apotiknya menjelaskan secara jelas dan rinci
- 4) Untuk mengetahui Apakah setelah diberikan resep Obat, pasien merasa puas.

1.5 Kegunaan Penelitian

A. Bagi Penulis

- 1) Sebagai instropeksi diri dalam memberikan pelayanan resep obat kepada pasien di Klinik Bunda Anjatan Indramayu.
- 2) Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan dan pengalaman penelitian serta bahan untuk penerapan ilmu yang telah didapat selama kuliah
- 3) Dan berharap penelitian ini dapat dijadikan referensi dan gambarandalam tatalaksana pemberian Pelayanan Resep obat yang baik ramah dan santun.

B. Bagi Klinik

- 1) Penelitian ini Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu khususnya dalam evaluasi pelayanan resep.
- 2) Penelitian ini dapat memberikan informasi kepada Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu mengenai tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep Obat.
- 3) Menghasilkan data tingkat kepuasan pasien terhadap variable - variabel pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu sebagai dasar peningkatan pelayanan resep selanjutnya.

C. Bagi Akademik

- 1) Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian.
- 2) Sebagai bahan masukan untuk penelitian selanjutnya sekaligus sebagai referensi yang dapat menambah khazanah keilmuan farmasi mengenai pelayanan Resep Obat

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Pustaka

2.1.1 Tinjauan Umum Apotek

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 1980, yang dimaksud dengan Apotek adalah suatu tempat tertentu dimana dilakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran obat kepada masyarakat. Tugas dan fungsi apotek adalah sebagai berikut:

- a. Tempat pengabdian profesi seorang Apoteker yang telah mengucapkan sumpah jabatan.
- b. Sarana farmasi yang melaksanakan peracikan, pengubahan bentuk, pencampuran dan penyerahan obat atau bahan obat.
- c. Sarana penyalur perbekalan farmasi yang harus menyebarkan obat yang diperlukan masyarakat secara meluas dan merata.

Apoteker harus mengelola apotek secara tertib, teratur dan berorientasi bisnis. Tertib artinya disiplin dalam mentaati peraturan perundangan dalam pelayanan obat, membuat laporan narkotika, tidak membeli maupun menjual obat-obat yang tidak terdaftar, memberikan informasi obat kepada pasien dan sebagainya. Teratur artinya pemasukan dan pengeluaran uang dan obat dicatat dengan baik untuk evaluasi dan pembuatan laporan keuangan. Berorientasi bisnis artinya tidak lepas dari usaha dagang, yaitu harus mendapatkan keuntungan supaya usaha apotek bisa terus berkembang (Hartono, 2003).

Pelayanan kefarmasian di apotek saat ini telah mempunyai standar dengan diterbitkannya surat Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 35 tahun 2014. Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Tujuan diterbitkannya

peraturan adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (patient safety) (Menkes, RI., 2014).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 35 tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di apotek, yang dimaksud dengan apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukan praktik kefarmasian oleh apoteker. Sarana dan prasarana yang harus dimiliki oleh apotek adalah:

- a. Apotek berlokasi pada daerah yang dengan mudah dikenali oleh masyarakat.
- b. Pada halaman terdapat papan petunjuk yang dengan jelas tertulis kata apotek.
- c. Apotek harus dengan mudah diakses oleh anggota masyarakat.
- d. Pelayanan produk kefarmasian diberikan pada tempat yang terpisah dari aktivitas pelayanan dan penjualan produk lainnya, hal ini berguna untuk menunjukkan integritas dan kualitas produk serta mengurangi resiko kesalahan penyerahan.
- e. Masyarakat diberi akses secara langsung dan mudah oleh apoteker untuk memperoleh informasi dan konseling.
- f. Lingkungan apotek harus dijaga kebersihannya, apotek harus bebas dari hewan pengerat, serangga.
- g. Apotek mempunyai suplai listrik yang konstan, terutama untuk lemari pendingin.

Apotek harus memiliki:

- a. Ruang tunggu yang nyaman bagi pasien.
- b. Tempat untuk mendisplay informasi bagi pasien, termasuk penempatan brosur/materi informasi.
- c. Ruangan tertutup untuk konseling bagi pasien yang dilengkapi dengan meja dan kursi serta lemari untuk menyimpan catatan medikasi pasien.

- d. Ruang racikan.
- e. Tempat pencucian alat.
- f. Perabotan apotek harus tertata rapi, lengkap dengan rak-rak penyimpanan obat dan barang-barang lain yang tersusun rapi, terlindung dari debu, kelembaban dan cahaya yang berlebihan serta diletakkan pada kondisi ruangan dengan temperatur yang telah ditetapkan (Menkes, RI., 2004).

Pelaksanaan pekerjaan kefarmasian pada fasilitas pelayanan kefarmasian berupa:

- a. Apotek
- b. Instalasi farmasi rumah sakit
- c. Puskesmas
- d. Klinik
- e. Toko obat
- f. Praktek bersama

Apotek merupakan sarana dan pelayanan yang melakukan pekerjaan kefarmasian dan penyaluran perbekalan farmasi (obat, bahan obat, obat tradisional, bahan obat tradisional, alat kesehatan dan kosmetik) kepada masyarakat. Apotek dipimpin oleh seorang Apoteker Pengelola Apotek (APA) yang telah diberi izin mengelola apotek. Apotek dikelola oleh apoteker dibantu oleh beberapa Asisten Apoteker (AA).

Keberadaan apotek sebagai sarana pelayanan obat-obatan dan bahan farmasi lainnya diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut dituangkan dalam Peraturan Pemerintah No 25. th 1980 yang menetapkan distribusi dan pelayanan obat kepadamasyarakat antara lain melalui apotek (Ahaditomo, 2000).

2.1.2 Kegiatan Dalam Lingkungan Apotek

- a. Pengelola apotek meliputi:
 - 1) Pembuatan, pengelolaan, peracikan, pengubahan bentuk, pencampuran, penyimpanan dan penyerahan obat atau bahan obat.

- 2) Pengadaan, penyimpanan, penyaluran dan penyerahan perbekalan farmasi lainnya.
- 3) Pelayanan informasi, meliputi tentang obat dan perbekalan farmasi lainnya yang diberikan pada dokter, tenaga kesehatan lainnya maupun pada masyarakat.
- 4) Pengamatan dan pelaporan informasi mengenai khasiat, keamanan, bahaya atau mutu obat dan perbekalan farmasi.
- 5) Pelayanan informasi wajib didasarkan pada kepentingan masyarakat.

Dispensing (Penyiapan obat) terdiri dari penyiapan, penyerahan dan pemberian informasi obat. Setelah melakukan pengkajian resep dilakukan hal sebagai berikut:

1. Menyiapkan obat sesuai dengan permintaan resep. Menghitung kebutuhan jumlah obat sesuai dengan resep.
2. Mengambil obat yang dibutuhkan pada rak penyimpanan dengan memperhatikan nama obat, tanggal kadaluwarsa dan keadaan fisik obat.
3. Melakukan peracikan obat bila diperlukan.
4. Memberikan etiket sekurang-kurangnya meliputi:
 - 1) Warna putih untuk obat dalam/oral.
 - 2) Warna biru untuk obat luar dan suntik.
 - 3) Menempelkan label “kocok dahulu” pada sediaan bentuk suspensi atau emulsi.
5. Memasukkan obat ke dalam wadah yang tepat dan terpisah untuk obat yang berbeda untuk menjaga mutu obat dan menghindari penggunaan yang salah. Setelah penyiapan obat dilakukan hal sebagai berikut:
 - 1) Sebelum obat diserahkan kepada pasien harus dilakukan pemeriksaan kembali mengenai penulisan nama pasien pada etiket, cara penggunaan serta jenis dan jumlah obat (kesesuaian antara penulisan etiket dengan resep).

- 2) Memanggil nama dan nomor tunggu pasien.
- 3) Memeriksa ulang identitas dan alamat pasien.
- 4) Menyerahkan obat yang disertai pemberian informasi obat. Apoteker harus memberikan informasi yang benar, jelas dan mudah dimengerti, akurat, tidak bias, etis, bijaksana, dan terkini. Informasi obat pada pasien sekurang-kurangnya meliputi:
 - Cara pemakaian obat,
 - Cara penyimpanan obat,
 - Jangka waktu pengobatan,
 - Aktivitas serta makanan dan minuman yang harus dihindari selama terapi.
- 5) Memberikan informasi cara penggunaan obat dan hal-hal yang terkait dengan obat antara lain manfaat obat, makanan dan minuman yang harus dihindari, kemungkinan efek samping, cara penyimpanan obat dan lain-lain.
- 6) Penyerahan obat kepada pasien hendaklah dilakukan dengan cara yang baik, mengingat pasien dalam kondisi tidak sehat mungkin emosinya tidak stabil. Sebelum obat diserahkan pada pasien harus dilakukan pemeriksaan akhir terhadap kesesuaian antara obat dengan resep. Penyerahan obat dilakukan oleh apoteker disertai pemberian informasi obat dan konseling kepada pasien dan tenaga kesehatan.
- 7) Memastikan bahwa yang menerima obat adalah pasien atau keluarganya.
- 8) Membuat salinan Resep sesuai dengan Resep asli dan diparaf oleh Apoteker (apabila diperlukan).

b. Pelayanan Resep

Salah satu bentuk pelayanan kefarmasian adalah pelayanan obat atas resep dokter. Pemberian informasi cara penggunaan obat dan hal-hal yang terkait dengan obat merupakan salah satu tahap pada proses

pelayanan resep. Informasi meliputi dosis, bentuk sediaan, formulasi khusus, rute dan metoda pemberian, farmakokinetik, farmakologi, terapeutik dan alternatif, efikasi, keamanan penggunaan pada ibu hamil dan menyusui, efek samping, interaksi, stabilitas, ketersediaan, harga, sifat fisika atau kimia dari Obat dan lain-lain (Menkes, RI., 2014).

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun electronic untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (Menkes, RI., 2014).

Pelayanan resep sepenuhnya atas tanggung jawab Apoteker, Pemberian informasi merupakan salah satu tahap pada proses pelayanan resep (Menkes, RI., 2004).

- 1) Dalam melayani resep harus sesuai dengan tanggung jawab dan keahlian profesi apoteker dengan dilandasi kepentingan masyarakat.
- 2) Apoteker tidak boleh mengganti obat generik dalam resep dengan obat paten. Bila pasien tidak mampu menebus obat yang tertulis dalam resep, maka apoteker wajib konsultasi dengan dokter untuk memilih obat yang lebih tepat.
- 3) Apoteker wajib memberi informasi yang berkaitan dengan penggunaan obat yang diserahkan kepada pasien. Penggunaan obat yang tepat, aman dan rasional atas permintaan masyarakat.
- 4) Bila apoteker berpendapat ada kekeliruan dalam resep atau penulisan tidak tepat, apoteker harus memberitahu dokter penulis resep. Bila dokter penulis resep tetap pada pendiriannya, dokter wajib memberikan tanda tangan yang lazim di atas resep.
 - a) Copie resep (salinan resep) harus ditanda tangani apoteker.
 - b) Resep harus dirahasiakan dan disimpan baik dalam waktu tiga tahun. Resep atau salinan resep hanya boleh diperlihatkan kepada dokter, penulis resep atau yang merawat

pasien bersangkutan, petugas kesehatan atau petugas lainnya yang berwenang menurut peraturan perundang-undangan yang berlaku.

- c) Apoteker Pengelola Apotek, apoteker pendamping atau apoteker penggantiizinkan menjual obat keras yang termasuk daftar Obat Wajib Apotek (OWA) tanpa resep.
- d) Apabila apoteker pendamping juga berhalangan, dapat menunjuk apoteker pengganti. Penunjukan harus dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dengan tembusan kepada Dirjen P.O.M setempat:
 - a. Bila Apoteker Pengelola Apotek berhalangan melakukan tugas lebih dari 2 tahun terus-menerus, S.I.A atas nama apoteker bersangkutan dicabut.
 - b. Kegiatan yang dilakukan apoteker pendamping dan apoteker pengganti dalam mengelola apotek Apoteker Pengelola Apotek turut bertanggungjawab.
 - c. Apoteker Pengelola Apotek dapat dibantu oleh asisten apoteker dalam mengelola apotek.
 - d. Asisten Apoteker melakukan pekerjaan kefarmasian di apotek harus dibawah pengawasan apoteker (Anief, 2000).
- c. Jenis pelayanan di apotek

1) Pelayanan disaat penjualan (sales service)

Sales service merupakan pelayanan yang diberikan oleh apotek kepada konsumen saat membeli obat di apotek. Jenis pelayanan ini antara lain(Umar, 2003):

- a) Keramahan (friendliness): petugas apotek disaat menyambut kedatangan konsumen.
- b) Keamanan (security) dan kenyamanan (comfortness) ruang tunggu: petugas apotek selalu menjaga keamanan dan kenyamanan fasilitas konsumen yang berupa ruang tunggu,

toilet, mushola, halaman tempat parkir yang aman dan nyaman.

- c) Kelengkapan (availability) perbekalan farmasi: petugas apotek harus menjaga kelengkapan barang (stok).
- d) Kecepatan (speedliness) pelayanan: petugas apotek harus selalu bekerja teliti dan cepat agar waktu tunggu memperoleh obat tidak terlalu lama.
- e) Harga (price) yang sesuai dengan kualitas barang dan pelayanannya: petugas apotek harus dapat menjadi penasehat terhadap setiap kelas konsumen yang datang.
- f) Kecekan dan keterampilan (empathy): petugas apotek selalu siap untuk membantu dan memberikan jalan keluar bila ada hambatan dengan harga maupun ketersediaan perbekalan obat.
- g) Informasi (informative): petugas apotek baik diminta ataupun tidak diminta harus selalu pro-aktif memberikan informasi tentang cara dan waktu menggunakan obat.
- h) Bertanggung jawab (responsible): petugas apotek selalu memberikan nomer telepon apotek bila terjadi sesuatu dengan obat yang dibeli.

2) Pelayanan sesudah penjualan (after sales service)

After sales service merupakan pelayanan yang diberikan oleh apotek kepada konsumen setelah konsumen membeli dan menggunakan obat (Umar, 2003):

- a) Penyediaan informasi data penggunaan obat konsumen (consumer medication profile): petugas apotek menyediakan data-data mengenai nama dan alamat, umur dan status, waktu membeli obat, jenis obat yang dibeli, nama dan alamat dokter sebagai penulis resep.
- b) Peduli (care) terhadap penggunaan obat oleh konsumen: setelah 3-4 hari petugas apotek menanyakan: efek obat

terhadap penyakitnya, cara dan waktu penggunaan obat yang dilakukan, jumlah obat yang digunakan dalam 1 hari, cara penyimpanan obat di ruang, dan efek samping yang dirasakan oleh konsumen.

- c) Jaminan (guarantee): petugas apotek siap mengganti atau menukar obat yang rusak, kurang atau tidak sesuai dengan permintaan resepnya dan mengantarkan ke rumah konsumen.
- d) Dapat diandalkan (reliable): petugas apotek memberikan bantuan atau memberikan informasi jalan keluar terhadap keluhan mengenai khasiat obat yang digunakan atau efek samping yang dialami oleh konsumen.

2.1.3 Kualitas Pelayanan

a. Definisi kualitas pelayanan

Definisi kualitas pelayanan berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan, serta ketepatan penyampaian untuk mengimbangi harapan pelanggan. Kualitas jasa adalah tingkat keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan tersebut untuk memenuhi keinginan pelanggan. Terdapat dua faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan, yaitu *expected service* dan *perceived service*. Apabila layanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan maka kualitas dipersepsikan baik dan memuaskan, demikian pula sebaliknya jika layanan yang diterima tidak sesuai dengan yang diharapkan maka kualitas layanan dipersepsikan buruk atau tidak memuaskan (Tjiptono, 2004).

Jika kualitas layanan yang diberikan oleh apotek kepada pasien baik maka konsumen merasa puas, sebaliknya pelayanan yang tidak baik dapat memberi dampak ketidakpuasan. Ketidakpuasan dapat disebabkan oleh banyak hal, diantaranya tidak ramahnya pelayanan yang diberikan oleh pegawai apotek dan tidak cekatan penanganannya pegawai apotek maupun terhadap pasien yang datang. Pelayanan yang

baik memberikan kepuasan kepada pasien dan konsumen, tentu akan memberikan kesan yang baik pula terhadap apotek tersebut. Kesan baik inilah yang akan diberitahukan seorang pasien kepada orang lain, secara tidak langsung ini merupakan alat pemasaran bagi apotek tersebut. Pelayanan yang baik adalah pelayanan yang berkualitas. Pengukuran mengenai kepuasan pasien pada apotek sangat penting supaya dapat diketahui penyebab kepuasan yang menjadi penyebab dari ketidakpuasan, sehingga pihak apotek dapat melakukan perbaikan dalam pelayanannya (Tjiptono, 2001).

b. Komponen utama kualitas pelayanan

Terdapat tiga komponen utama dalam kualitas pelayanan (Tjiptono, 2004) yaitu:

- 1) Technical Quality, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas output (keluaran) jasa yang diterima pelanggan. Menurut (Parasuraman et al., 1991) technical quality dapat diperinci lagi menjadi:
 - a) Search Quality, yaitu kualitas yang dapat dievaluasi pelanggan sebelum membeli, misalnya harga.
 - b) Experience Quality, yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengonsumsi jasa, contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan, dan kerapian hasil.
 - c) Credence Quality, yaitu kualitas yang sukar dievaluasi pelanggan meskipun telah mengonsumsi suatu jasa, misalnya kualitas operasi jantung dan kualitas penggerusan serbuk yang diunggulkan adalah captopril yang digunakan untuk hipertensi ringan sampai sedang dan hipertensi berat yang resisten terhadap pengobatan lain, gagal jantung kongestif, setelah infark miokard, nefropati diabetik.
- 2) Functional Quality, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa, misalnya pemberian etiket

dilampiri stiker dalam tiap-tiap kemasan obat yang diterima pasien.

- 3) Corporate Image, yaitu profil, reputasi, citra umum, dan daya tarik khusus suatu perusahaan, misalnya merk Kimia Farma memberikan citra lebih dibanding dengan apotek swasta.

c. Dimensi kualitas pelayanan

Kualitas pelayanan ditentukan dari jasa yang diterima oleh konsumen berdasarkan pengalaman masa lalunya. Bila kualitas yang diterima konsumen sudah memuaskan, maka konsumen akan mengakui bahwa pelayanan yang diberikan oleh perusahaan itu sudah berkualitas. Untuk itu diperlukan suatu alat pengukur untuk mengetahui apakah pelayanan yang diberikan kepada konsumen sudah memuaskan atau belum. Maka dikembangkanlah dimensi – dimensi yang dapat digunakan dalam pengukuran kepuasan konsumen. Dalam perkembangannya ada berbagai pendapat mengenai dimensi kualitas pelayanan. Salah satu pendapat yang sering digunakan adalah dimensi kualitas pelayanan menurut Parasuraman, Zeithaml dan Berry (Tjiptono, 2004):

- 1) *Reliability*, mencakup dua hal pokok yaitu konsistensi kerja (performance) dan kemampuan untuk dipercaya (dependability). Hal ini berarti perusahaan memberikan jasanya secara tepat semenjak saat pertama (right the first time). Berarti juga bahwa perusahaan yang bersangkutan memenuhi janjinya, misalnya menyampaikan jasanya sesuai dengan jadwal yang disepakati.
- 2) *Responsiveness*, yaitu kemauan atau kesiapan para karyawan untuk memberikan jasa yang dibutuhkan para pelanggan.
- 3) *Competence*, artinya setiap orang dalam suatu perusahaan memiliki keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan pelanggan.
- 4) *Access*, meliputi kemudahan untuk dihubungi dan ditemui. Hal ini berarti lokasi fasilitas jasa yang mudah dijangkau, waktu

menunggu yang tidak terlalu lama, saluran komunikasi perusahaan mudah dihubungi dan lain-lain.

- 5) *Courtesy*, meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian, dan keramahan yang dimiliki paracontact personnel (seperti resepsionis, operator telepon, dan lain-lain).
- 6) *Communication*, artinya memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa yang dapat mereka pahami, serta selalu mendengarkan saran dan keluhan pelanggan.
- 7) *Credibility*, yaitu sifat jujur dan dapat dipercaya. Kredibilitas mencakup nama perusahaan, karakteristik pribadi contact personnel dan interaksi dengan pelanggan.
- 8) *Security*, yaitu aman dari bahaya, resiko, atau keragu-raguan. Aspek ini meliputi keamanan secara fisik, keamanan financial dan kerahasiaan.
- 9) *Understanding/knowningthe customer*, yaitu usaha untukmemahami kebutuhan pelanggan.
- 10) *Tangible*, yaitu bukti fisik dari jasa, bisa berupa fasilitas fisik, peralatan yang dipergunakan, representasi fisik dari jasa (misalnya kartu kredit).

Dalam perkembangannya yaitu pada tahun 1998, Parasuraman dan kawan-kawan merangkum kesepuluh dimensi menjadi lima dimensi pokok yaitu: (Tjiptono, 2004)

- a) Bukti langsung (*tangible*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai, dan sarana komunikasi.
- b) Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
- c) Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf untuk membantu parapelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.

- d) Jaminan (assurance), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, resiko dan keragu-raguan.
- e) Empati (emphaty), meliputi kemudahan dalam hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan.

2.1.4 Kepuasan Konsumen

Menurut Kotler (1997) kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya. Kepuasan merupakan fungsi dari kinerja dan harapan. Jika kinerja dibawah harapan maka konsumen tidak puas, sebaliknya bila kinerja memenuhi harapan maka konsumen akan puas dan konsumen akan sangat puas jika kinerjanya melebihi harapan. Kepuasan konsumen berarti bahwa kinerja suatu barang atau jasa sekurang-kurangnya sama dengan apa yang diharapkan.

Menurut Supranto (1997) kepuasan pasien dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke apotek yang sama dan akan menjadi promosi dari mulut ke mulut dari calon pasien lainnya yang diharapkan sangat positif bagi usaha apotek. Kepuasan pelanggan ditentukan oleh persepsi pelanggan atas performance produk atau jasa dalam memenuhi harapan pelanggan. Pelanggan merasa puas apabila harapannya terpenuhi (Irawan, 2002). Kepuasan pasien didefinisikan sebagai evaluasi pasca konsumsi bahwa suatu produk yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan. Kepuasan merupakan pengalaman yang akan mengendap di dalam ingatan pasien sehingga akan mempengaruhi proses pengambilan keputusan pembelian ulang produk yang sama (Endang, 1998). Pelanggan yang puas adalah pelanggan yang akan berbagi kepuasan dengan produsen atau penyedia jasa. Pelanggan yang puas akan berbagi rasa, pengalaman,

dan akan menjadi referensi bagi perusahaan yang bersangkutan. Baik pelanggan maupun produsen, akan sama-sama diuntungkan apabila kepuasan terjadi. Kepuasan pelanggan haruslah menjadi salah satu tujuan dari setiap perusahaan.

Dalam menentukan tingkat kepuasan pelanggan terdapat lima factor utama yang harus diperhatikan oleh perusahaan (Lupiyoadi, 2001), yaitu:

a. Kualitas Produk

Pelanggan akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk yang mereka gunakan berkualitas.

b. Kualitas Pelayanan

Dalam industri jasa, pelanggan akan merasa puas bila mereka mendapatkan pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

c. Emosional

Pelanggan akan merasa bangga dan mendapatkan keyakinan bahwa orang lain akan kagum terhadap dia bila menggunakan produk dengan merek tertentu yang cenderung untuk memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Kepuasan yang diperoleh bukan karena kualitas dari produk tetapi nilai sosial atau social-point yang membuat pelanggan menjadi puas terhadap merek tertentu.

d. Harga

Produk yang mempunyai kualitas yang sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan nilai yang lebih tinggi kepada pelanggannya.

e. Biaya

Pelanggan yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan suatu produk atau jasa cenderung puas terhadap produk atau jasa itu.

Menurut Kotler (1997), pencapaian kepuasan pelanggan melalui kualitas pelayanan dapat ditingkatkan dengan beberapa pendekatan sebagai berikut:

- 1) Memperkecil kesenjangan–kesenjangan yang terjadi antara pihak manajemen dan pelanggan. Misalnya, melakukan penelitian dengan metode consumerfocus yang mengedarkan kuesioner dalam beberapa periode, untuk mengetahui persepsi pelayanan menurut pelanggan. Demikian juga penelitian dengan metode pengamatan bagi pegawaiperusahaan tentang pelaksanaan pelayanan.
- 2) Perusahaan harus mampu membangun komitmen bersama untuk menciptakan visi dalam perbaikan proses pelayanan, termasuk didalamnya adalah memperbaiki cara berfikir, perilaku, kemampuan, dan pengetahuan dari semua sumber daya manusia yang ada. Misalnya dengan metode brainstorming dan management by walking around untuk mempertahankan komitmen pelanggan internal (pegawai).
- 3) Memberikan kesempatan kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan, dengan membentuk coumplaintand suggestion system, misalnya dengan hotlinebebas pulsa.
- 4) Mengembangkan dan menerapkan accountable, proactive, dan partnership marketing sesuai dengan situasi pemasaran. Perusahaan menghubungi pelanggan dari waktu ke waktu untuk mengetahui perkembangannya (proactive). Sedangkan partnership marketing adalah pendekatan dimana perusahaan membangun kedekatan pelanggan yang bermanfaat untuk meningkatkan citra dan posisi perusahaan di pasar (Lupiyoadi, 2001).

2.1.5 Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu

Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu merupakan salah satu fasilitas penunjang pelayanan resep obat pada Klinik Bunda Anjatan Indramayu yang mana Klinik Bunda Anjatan Indramayuitu sendiri merupakan sebuah Klinik Swasta yang berlokasi di Jalan Raya Anjatan (Samping Utara Polsek Anjatan) Kabupaten Indramayu, yang didirikan oleh dokter H. Asep Nurel Hakim pada tahun 2011 atas dasar kebutuhan Fasilitas Diagnostic dan Therapeutic yang hakekatnya untuk meningkatkan pelayanan medis tingkat dasar di wilayah Anjatan dan sekitarnya.

Dilengkapi dengan fasilitas yang nyaman, tempat bermain anak, dan fasilitas lengkap lainnya, klinik Bunda Anjatan Indramayu pun dalam menunjang fasilitas pemeriksaan medisnya melengkapinya dengan alat-alat kedokteran terbaru yang mendukung dan mampu memenuhi kebutuhan dokter dan sejawat dalam pengambilan keputusan medis yang terbaik bagi Pasien.

A.

VISI dan MISI Klinik Bunda Anjatan Indramayu

VISI :

Menjadi fasilitas pelayanan dasar terbaik di wilayah Indramayu dan sekitarnya.

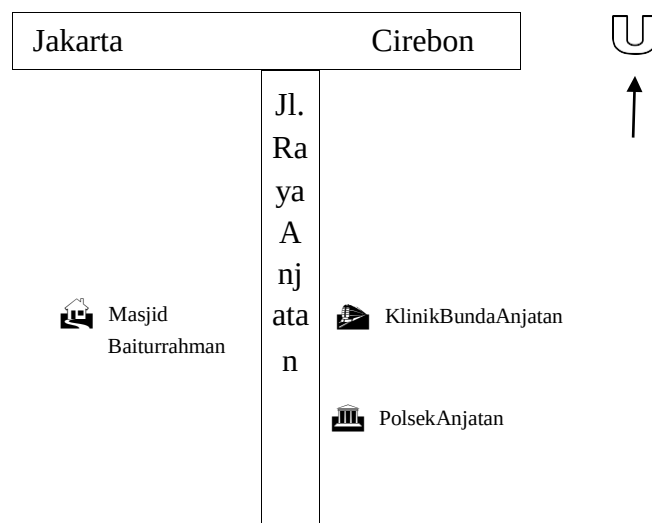
MISI :

1. Memberi dan meningkatkan pelayanan kesehatan, baik preventif, kuratif, dan rehabilitative kepada seluruh lapisan masyarakat.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh semua masyarakat
3. Mengembangkan Sumber Daya Manusia dengan kompetensinya.

B. Lokasi

Lokasi Klinik Bunda Anjatan Berada di Jalan Raya Anjatan (Samping Utara PolsekAnjatan) Kabupaten Indramayu, Kurang lebih 100 m Utara Polsek Anjatan. Dibangun diatas tanah sekitar 795 m²

PETA :



Gambar 2.1 Peta Lokasi Klinik Bunda Anjatan Indramayu

C. Fasilitas

Fasilitas Pelayanan yang diberikan di klinik bunda Anjatan merupakan pelayanan medis dasar dalam bentuk rawat jalan dan rawat inap, sesuai dengan Permenkes Nomor 9 Tahun 2014.

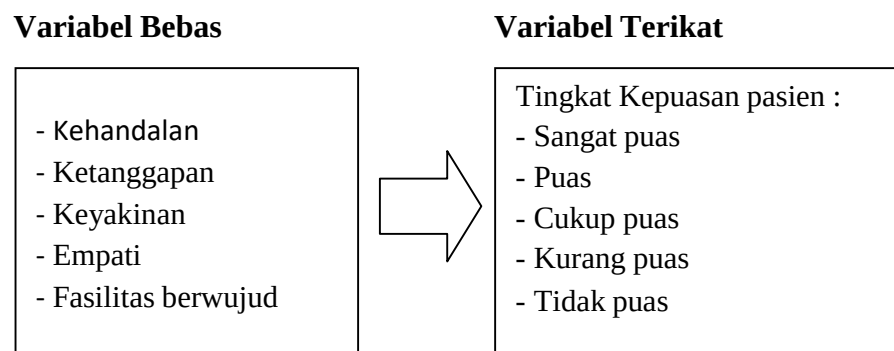
Adapun bentuk pelayanannya meliputi :

- Pelayanan Dokter umum
- Pelayanan Rawat Inap
- Unit Gawat Darurat
- Instalasi Farmasi
- Laboratorium

2.2 Kerangka Pemikiran

Penelitian ini mengukur berbagai parameter terkait dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Dalam hal ini, tingkat kepuasan pasien merupakan variabel terikat. Untuk Variabel bebas sendiri dibagi menjadi lima variabel yaitu kehandalan, responsibilitas, keyakinan, empati dan fasilitas berwujud.

Adapun selengkapnya mengenai gambaran kerangka pikiran penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 2.2. Skema Hubungan Variabel Bebas dan Variabel Terikat

2.3 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan uraian di atas, maka yang menjadi hipotesis dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu adalah puas.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

2.2 Metode Penelitian

Metode Penelitian ini menggunakan metode penelitian survei deskriptif dengan metode cross sectional (Nursalam, 2009). Penelitian deskriptif adalah penelitian yang melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan, baik yang berupa faktor resiko maupun efek atau hasil, dan cross sectional adalah salah satu pendekatan yang dipergunakan untuk melakukan penelitian terhadap beberapa kelompok orang dalam jangka waktu yang relatif singkat (Sastroasmoro, 2008).

3.2 Operasional Variabel

Penelitian ini mengukur berbagai parameter terkait dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Dalam hal ini, tingkat kepuasan pasien merupakan variabel terikat.

Variabel bebas dibagi menjadi lima variabel yaitu kehandalan, responsibilitas, keyakinan, empati dan fasilitas berwujud.

3.2.1 Variabel Penelitian

Pada penelitian ini terdapat beberapa variabel diantaranya :

- a) Variabel terikat : Tingkat Kepuasan Pasien
- b) Variabel bebas :
 - 2) Kehandalan
 - 3) Ketanggapan
 - 4) Keyakinan
 - 5) Empati
 - 6) Fasilitas berwujud

3.2.2 Defenisi Operasional Variabel

- a. Pelayanan resep adalah suatu pelayanan terhadap permintaan tertulis dokter, kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- b. Kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. Terbagi dalam lima kategori yaitu :
 - i. *Sangat puas* adalah penilaian pasien mengenai perasaan yang sangat senang terhadap pelayanan yang diterima sesuai dengan yang diharapkan.
 - ii. *Puas* adalah penilaian pasien mengenai perasaan senang terhadap kebutuhan yang diinginkannya sebagian besar terpenuhi dengan baik.
 - iii. *Cukup puas* adalah penilaian pasien mengenai perasaan yang menggambarkan pelayanan informasi obat tidak sepenuhnya terpenuhi atau sebagian saja yang sesuai kebutuhan.
 - iv. *Kurang puas* adalah penilaian pasien mengenai perasaan sangat tidak senang yang menggambarkan pelayanan informasi obat tidak sesuai dengan harapan ataupun kebutuhan.
 - v. *Tidak puas* adalah penilaian pasien mengenai perasaan sangat tidak senang terhadap kebutuhan yang diinginkannya sangat sedikit sekali atau secara keseluruhan tidak terpenuhi.
- c. Variabel kualitas pelayanan resep adalah variabel-variabel yang dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan resep yang terdiri dari :
 - i. Kehandalan (*reliability*) : kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.
Item pertanyaan :
 - 1) Pemberian informasi tentang nama obat

- 2) Pemberian informasi tentang kegunaan obat
 - 3) Pemberian informasi tentang dosis obat
 - 4) Pemberian informasi tentang cara pemakaian obat
 - 5) Penyampaian efek samping
 - 6) Kecepatan pelayanan obat
 - 7) Kelengkapan obat
 - 8) Informasi harga obat
 - 9) Bahasa petugas saat melakukan pelayanan informasi obat
- ii. Ketanggapan (*responsiveness*) : kemampuan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau tanggap.
- Item pertanyaan :
- 1) Ketanggapan petugas
 - 2) Komunikasi efektif
 - 3) Informasi yang didapat pasien mengenai resep yang ditebus
 - 4) Penyelesaian terhadap masalah pasien
- iii. Keyakinan (*confidence*) : pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan.
- Item pertanyaan :
- 1) Pengetahuan dan keterampilan
 - 2) Mutu pelayanan
 - 3) Kualitas obat
- iv. Empati (*emphaty*) : syarat untuk peduli, memberikan perhatian pribadi bagi pelanggan.
- Item pertanyaan :
- 1) Perhatian petugas
 - 2) Keramahan dan kesopanan petugas
- v. Fasilitas berwujud (*tangible*) : penampilan fasilitas fisik, peralatan, personil dan media komunikasi.
- Item pertanyaan :

- 1) Ketersediaan brosur untuk informasi obat
- 2) Kerapian petugas apotek
- 3) Penulisan aturan pakai
- 4) Kebersihan dan kerapian apotek

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat jalanyang mendapatkan pelayanan farmasi di klinik Bunda Anjatan Indramayu bulan April 2021 yang memenuhi kriteria inklusi. Dan diketahui pelayanan pasien Apotek pada bulan April 2021 sebanyak 905 orang, dimana rata-rata pasien setiap harinya sebanyak 30 orang dan inilah yang menjadi jumlah populasi dalam penelitian ini.

3.3.2 Sampel

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam, 2008).

Metode pemilihan sampel itu metode *non probability sampling* dengan menggunakan teknik *convenience sampling* dengan ketentuan harus memenuhi kriteria inklusi dan tidak memenuhi kriteria eksklusi sebagai berikut :

- 1) Kriteria inklusi
 - a. Pasien apotek yang menebus resep dokter di bulan April 2021.
 - b. Pasien bersedia turut serta dalam penelitian.
 - c. Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik
- 2) Kriteria eksklusi
 - a. Pasien apotek yang melakukan pengobatan swamedikasi atau pengobatan sendiri di bulan April 2021.
 - b. Pasien tidak dapat berkomunikasi dengan baik.

Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini ditentukan melalui perhitungan jumlah populasi. Jumlah populasi dalam penelitian ini telah diketahui sehingga pengambilan sampel yang diperlukan dalam penelitian ini menggunakan rumus Slovin sebagai berikut.

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

Gambar 3.1 Rumus Slovin

Keterangan :

N = Ukuran Sampel

N = Ukuran Populasi

e = Batas toleransi Kesalahan (10%)

$$n = \frac{905}{1 + 905(0,1)^2}$$

$$n = \frac{905}{1 + 905(0,01)}$$

$$n = \frac{905}{1 + 9.05}$$

$$n = \frac{905}{10.05}$$

$$n = 90.05 \quad \text{sampel}$$

Maka berdasarkan rumus diatas maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 90.05 sampel dibulatkan menjadi 90 sampel.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Peneliti mempersiapkan kuesioner yang akan dibagikan dan menunggu pasien di ruang tunggu. Peneliti membagikan kuesioner kepada pasien yang menebus resep untuk diisi. Kuesioner yang telah dibagikan kepada pasien dikumpulkan kembali setelah semua pertanyaan diisi oleh pasien. Pertanyaan tersebut meliputi karakteristik responden dan pertanyaan tentang kenyataan dan harapan pasien terhadap pelayanan resep di apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu yang meliputi kehandalan, ketanggapan, keyakinan, empati, dan fasilitas berwujud.

3.5 Pengolahan Data

1. Proses *Editing*

Hasil wawancara, angket atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (*Editing*) terlebih dahulu. Secara umum *editing* adalah merupakan kegiatan untuk pencegahan dan perbaikan kuesioner tersebut.

2. Proses *Coding*

Setelah kuesioner diteliti atau disunting selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*, yakni mengubah data yang berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan.

3. Proses Pembersihan Data (*Cleaning*)

Apabila semua data dari setiap sumber atau responden selesai dimasukan, perlu dicetak kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidak lengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses ini disebut pembersihan data (*data cleaning*)

4. Proses *Prosesing*

Semua data yang telah di input kedalam aplikasi komputer akan diolah sesuai dengan kebutuhan dari penelitian. Salah satu paket program yang paling sering digunakan untuk data entri data penelitian adalah paket program SPSS.

3.6 Analisis Data

Secara keseluruhan kuesioner berjumlah 22 pertanyaan, cara penilaian untuk tiap pertanyaan dengan memberikan bobot pada masing-masing pertanyaan berdasarkan skala Lickert (Supranto, 2006) :

- a. Tingkat kenyataan (yang dirasakan pasien)
 - i. Jawaban sangat baik diberi bobot 5
 - ii. Jawaban baik diberi bobot 4
 - iii. Jawaban cukup diberi bobot 3
 - iv. Jawaban kurang baik diberi bobot 2
 - v. Jawaban tidak baik diberi bobot 1
- b. Tingkat harapan
 - i. Jawaban sangat penting diberi bobot 5
 - ii. Jawaban penting diberi bobot 4
 - iii. Jawaban cukup penting diberi bobot 3
 - iv. Jawaban kurang penting diberi bobot 2
 - v. Jawaban tidak penting diberi bobot 1

Data yang diperoleh dari hasil kuesioner dianalisis dengan cara membandingkan bobot kenyataan dan harapan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu, kemudian dihitung rata-rata penilaian kenyataan dan harapan yang diperoleh, setelah diperoleh rata-rata dihitung persentase tingkat kepuasan pasien dan hasil yang diperoleh disimpulkan dengan indeks kepuasan menurut Kotler (Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Rentang Skala Indeks Kepuasan

Tingkat Harapan	Rentang Penilaian	Tingkat Kenyataan	Rentang Penilaian
Tidak Penting	20,0 –35,9 %	Tidak Puas	20,0 –35,9 %
Kurang Penting	36,0 –51,9 %	Kurang Puas	36,0 –51,9 %
Cukup Penting	52,0 –67,9 %	Cukup Puas	52,0 –67,9 %
Penting	68,0 –83,9 %	Puas	68,0 –83,9 %
Sangat Penting	84,0 –99,9 %	Sangat Puas	84,0 –99,9 %

3.7 Uji Kualitas Kuesioner

Uji Validitas

Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat. Uji validitas instrumen penelitian yang digunakan adalah validitas konstruk dengan mengetahui nilai total setiap item pada analisis reliabilitas yang tercantum pada nilai *correlation corrected item*. Suatu pertanyaan dikatakan valid atau bermakna sebagai alat pengumpulan data bila korelasi hasil hitung lebih besar dari angka kritik nilai korelasi pada taraf significant 95% (Rinza, 2009).

Ada dua syarat penting yang berlaku pada sebuah kuesioner yaitu keharusan sebuah kuesioner untuk valid dan reliabel. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada suatu kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir pertanyaan dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel. Daftar pertanyaan ini pada umumnya mendukung suatu kelompok variabel tertentu. Uji validitas dilakukan pada setiap butir pertanyaan, dan hasilnya dapat dilihat melalui hasil *r*-hitung yang dibandingkan dengan *r*-tabel, dimana *r*-tabel dapat diperoleh melalui df (degree of freedom) = $n-2$ (sig 5%, n = jumlah sampel).

Jika $r\text{-tabel} < r\text{-hitung}$ maka valid

Jika $r\text{-tabel} > r\text{-hitung}$ maka tidak valid (Anonim, 2010)

Dalam penelitian ini, menggunakan signifikansi 5% untuk $N = 90$, sehingga $r\text{-tabel} = 0,207$. Analisis output uji validitas dapat dilihat pada Tabel 4.1 dan Lampiran 13.

Uji reliabilitas

Uji reliabilitas bertujuan untuk melihat bahwa suatu instrumen cukup dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpulan data karena instrumen tersebut sudah baik. Apabila data memang benar dan sesuai kenyataan, maka berapa kalipun diambil tetap akan sama. Teknik yang

dipakai untuk menguji kuesioner dalam penelitian ini adalah teknik Alpha cronbach yaitu dengan menguji instrumen kepada sekelompok responden pada satu kali pengukuran, juga pada taraf 95% (Rinza, 2009).

Uji reliabilitas digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukurannya diulangi dua kali atau lebih. Koefisien realibilitas Alpha beragam antara 0 hingga 1, semakin besar nilai α (mendekati angka 1), maka semakin tinggi pula tingkat reliabilitasnya (Yul Martin, 2008). Analisis output uji reliabilitas dapat dilihat pada Tabel 4.2 dan Lampiran 14.

Jika nilai cronbach's Alpha > 0.60 maka reliabel. Jika nilai cronbach's Alpha < 0.60 maka tidak reliabel.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu dalam rangka mengumpulkan data untuk diproses. Hasil proses data di tuangkan dalam bentuk analisis univariat dan bivariat serta di sajikan dalam hasil dan pembahasan sebagai berikut.

4.1.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

A. Uji Validitas

Berdasarkan hasil pengujian diperoleh nilai korelasi masing-masing item pertanyaan terhadap total sebagai berikut :

Tabel 4.1 Hasil uji validitas kuesioner

Korelasi	Nilai Korelasi	Nilai Tabel $\alpha = 5\%$	Keterangan
Item 1 terhadap Total	0,355	0,207	Valid
Item 2 terhadap Total	0,326		Valid
Item 3 terhadap Total	0,492		Valid
Item 4 terhadap Total	0,539		Valid
Item 5 terhadap Total	0,534		Valid
Item 6 terhadap Total	0,464		Valid
Item 7 terhadap Total	0,345		Valid
Item 8 terhadap Total	0,492		Valid
Item 9 terhadap Total	0,527		Valid
Item 10 terhadap Total	0,539		Valid
Item 11 terhadap Total	0,534		Valid
Item 12 terhadap Total	0,448		Valid
Item 13 terhadap Total	0,326		Valid
Item 14 terhadap Total	0,550		Valid
Item 15 terhadap Total	0,445		Valid
Item 16 terhadap Total	0,326		Valid
Item 17 terhadap Total	0,505		Valid
Item 18 terhadap Total	0,527		Valid

Item 19 terhadap Total	-0,085		Valid
Item 20 terhadap Total	0,340		Valid
Item 21 terhadap Total	0,527		Valid
Item 22 terhadap Total	0,505		Valid

Berdasarkan Tabel 4.1, nilai korelasi r hitung masing-masing item pertanyaan lebih besar dari 0,207, maka disimpulkan bahwa semua item pertanyaan adalah valid, sehingga dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Perhitungannya dapat dilihat pada Lampiran 13. Uji validitas dilakukan pada setiap butir pertanyaan.

B. Uji Reliabilitas

Hasil uji reliabilitas kuesioner pada masing-masing variabel dapat dilihat seperti dibawah ini :

Tabel 4.2 Hasil uji reliabilitas kuesioner

Variabel	Nilai Cronbach Alpha	Kriteria	Keterangan
Item	0,776	>0,60	Reliabel

Dari Tabel 4.2 dapat diketahui bahwa variabel penelitian mempunyai nilai Cronbach Alpha > 0,60, maka dapat disimpulkan bahwa item pertanyaan dari kelima variabel adalah reliabel. Perhitungan dapat dilihat pada lampiran 14. Instrumen memiliki tingkat reliabel yang tinggi jika nilai koefisien yang diperoleh >0,60 (Imam, 2002).

4.1.2 Karakteristik Responden Penilitan

Sebanyak 90 Responden terlibat dalam penelitian ini. Karakteristik demografi pasien berdasarkan hasil penelitian dibagi kedalam 6 kelompok, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, tingkat penghasilan kepala keluarga perbulan, jenis pekerjaan, frekuensi

penebusan resep di beberapa Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu (data lengkap dapat dilihat pada Tabel 4.3)

Tabel 4.3 Karakteristik Responden

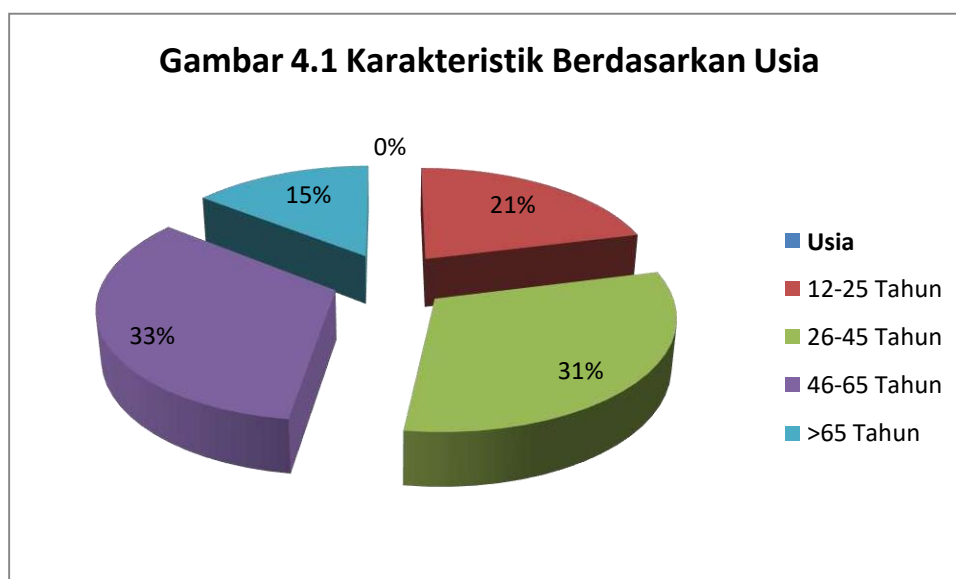
No	Karakteristik	Jumlah(n = 90)	Persentase(total = 100%)
1.	Usia		
	12-25 Tahun	19	21,1
	26-45 Tahun	28	31,1
	46-65 Tahun	30	33,3
	>65 Tahun	13	14,4
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	38	42,2
	Perempuan	52	57,8
3.	Tingkat Pendidikan		
	SD	14	15,6
	SMP	33	36,7
	SMA	28	31,1
	Perguruan Tinggi	15	16,7
4.	Tingkat Penghasilan		
	< Rp 1.000.000	17	18,9
	Rp 1.000.000 - Rp 2.000.000	32	35,6
	Rp 2.000.000 – Rp 3.000.000	21	23,3
	>Rp 3.000.000	20	22,2
5.	Pekerjaan		
	Pelajar	4	4,4
	Mahasiswa	11	12,2
	PNS	6	6,7
	Pegawai Swasta	10	11,1
	Wiraswasta	15	16,7
	Ibu Rumah Tangga	21	23,3
	BUMN	7	7,8

	Lainnya (Petani/Buruh)	16	17,8
6.	Berapa kali pasien menebus Resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu		
	Baru pertama kali	17	18,9
	2-5 kali	36	40,0
	>5 Kali	37	41,1

4.1.2.1 Karakteristik berdasarkan Usia

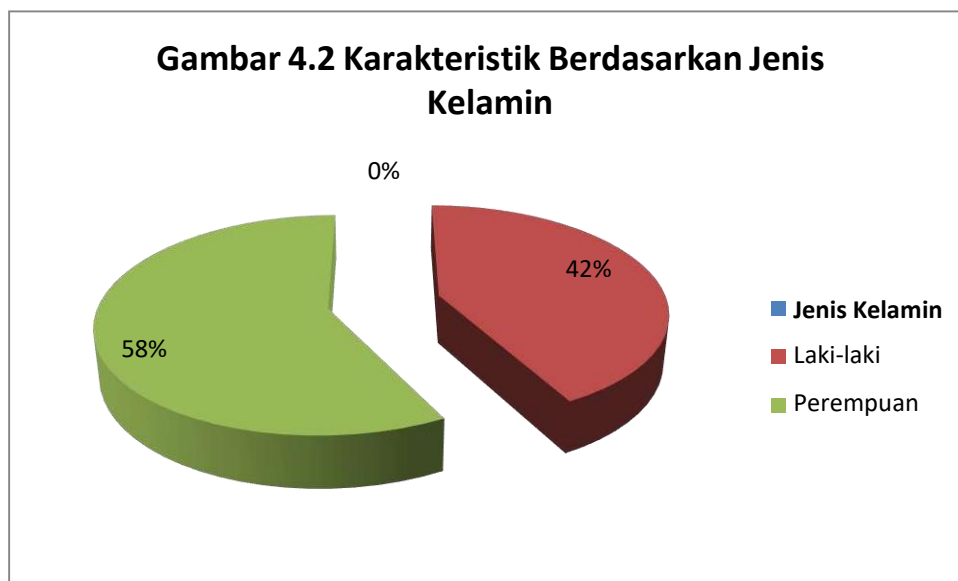
Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diketahui bahwa sebagian besar pasien yang datang ke apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu berusia 46-65 Tahun dengan persentasi sebesar 33,3%. Urutan kedua berusia 26-45 Tahun sebesar 31,1%, usia 12-25 Tahun 21,1% dan yang paling kecil adalah usia >65 tahun sebesar 14,4%.

Sebagian besar Pasien yang melakukan pemeriksaan termasuk menebus obat memiliki usia 46-65 Tahun yang termasuk dalam golongan usia dewasa yang matang dan produktif namun mulai timbul masalah kesehatan yang biasa terjadi di usia-usia tersebut. Data pasien pengunjung berdasarkan usia dapat dilihat pada Gambar 4.1.



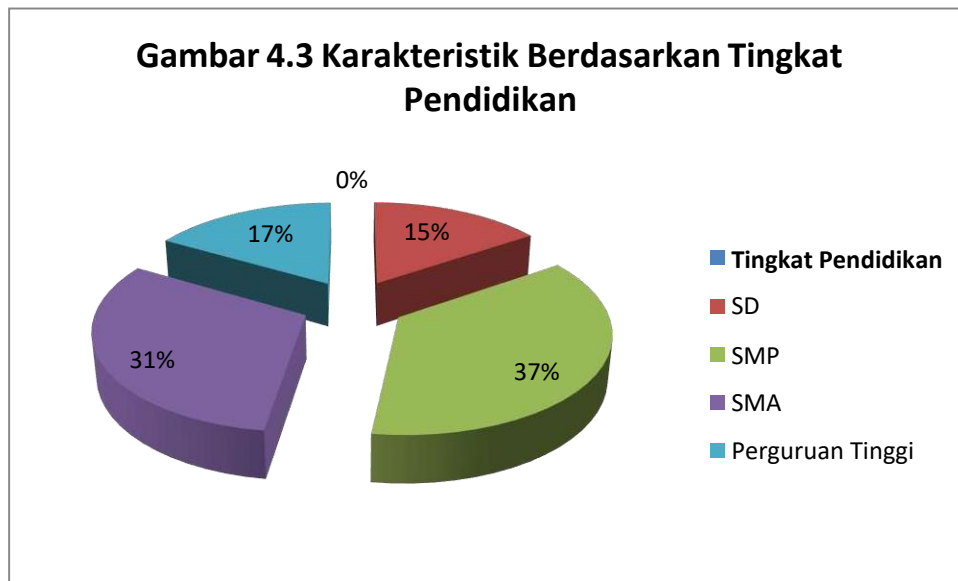
4.1.2.2 Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa sebagian besar pasien yang datang ke apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu adalah Perempuan. Jumlah persentasi pasien perempuan yaitu 57,8% sedangkan pasien laki-laki sebanyak 42,2%. Data persentasi pasien berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 4.2.



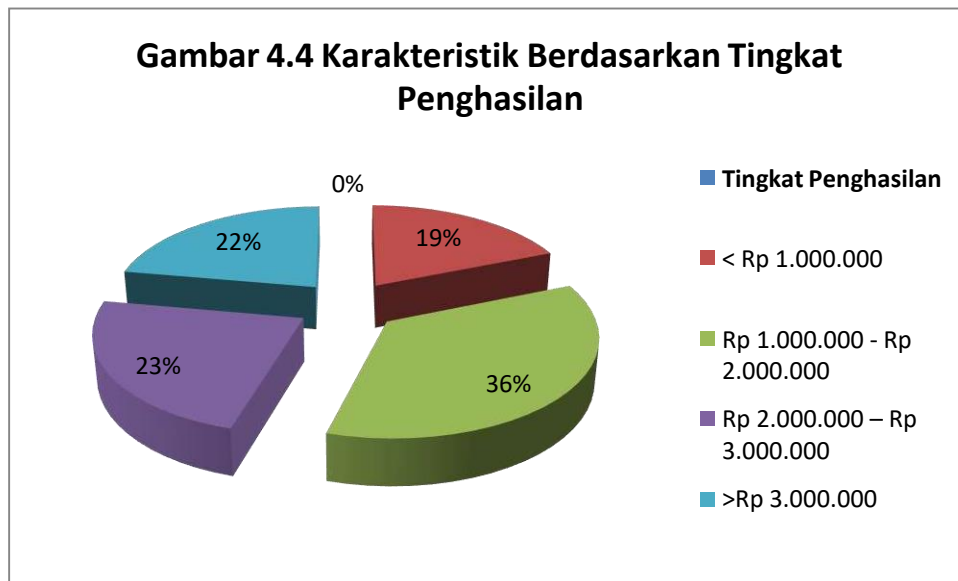
4.1.2.3 Karakteristik berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan tingkat pendidikan, 74% pasien yang datang untuk menebus resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu adalah tamatan SMP sebesar 36,7%, dan diikuti dengan tamatan SMA sebesar 31,1%, tamatan Perguruan Tinggi 16,7% dan terakhir adalah tamatan SD sebesar 15,6%. Data persentasi pasien berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada Gambar 4.3.



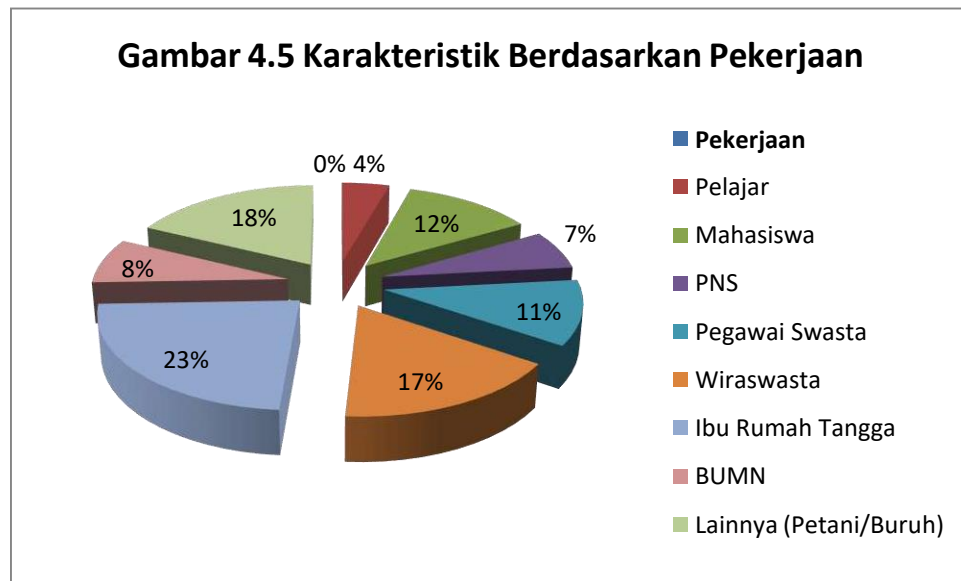
4.1.2.4 Karakteristik berdasarkan Tingkat Penghasilan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa sebagian besar pasien Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu memiliki rata-rata penghasilan perbulan sebesar Rp 1.000.000 – Rp 2.000.000 dengan persentasi sebesar 35,6%. Kemudian Pasien dengan penghasilan rata-rata Rp 2.000.000-Rp 3.000.000,- dengan jumlah persentasi sebesar 23,3%. Pasien dengan penghasilan rata-rata >Rp 3.000.000 memiliki persentasi sebesar 22,2% dan pasien dengan penghasilan <Rp 1.000.000 berada pada urutan terakhir dengan persentasi sebesar 18,9%. Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa sebagian besar pasien Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu adalah orang yang berada pada kelas ekonomi menengah ke atas dengan melihat tingkat penghasilan rata-rata perbulan mereka, hal ini berkaitan dengan item pertanyaan nomor 8 yaitu obat dijual dengan harga yang wajar, sehingga konsumen merasa obat yang dijual masih taraf wajar. Data persentasi konsumen berdasarkan tingkat penghasilan perbulan dapat dilihat pada Gambar 4.4.



4.1.2.5 Karakteristik berdasarkan Pekerjaan

Sebagian besar pasien Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu adalah orang yang bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, hal ini dapat dilihat dari persentasi pasien yang bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga paling tinggi dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya yaitu sebesar 33,3%. Pasien dengan pekerjaan sebagai Lainnya (Petani/Buruh) menduduki urutan kedua sebesar 17,8%, Wiraswasta sebesar 16,7%, mahasiswa/i sebesar 12,2%, Pgawai Swasta sebesar 11,1%, BUMN sebesar 7,8%, PNS sebesar 6,7% dan pada urutan terakhir adalah pasien yang masi berstatus sebagai pelajar yaitu sebesar 4,4%. Data persentasi pengunjung berdasarkan jenis pekerjaan dapat dilihat pada Gambar 4.5.



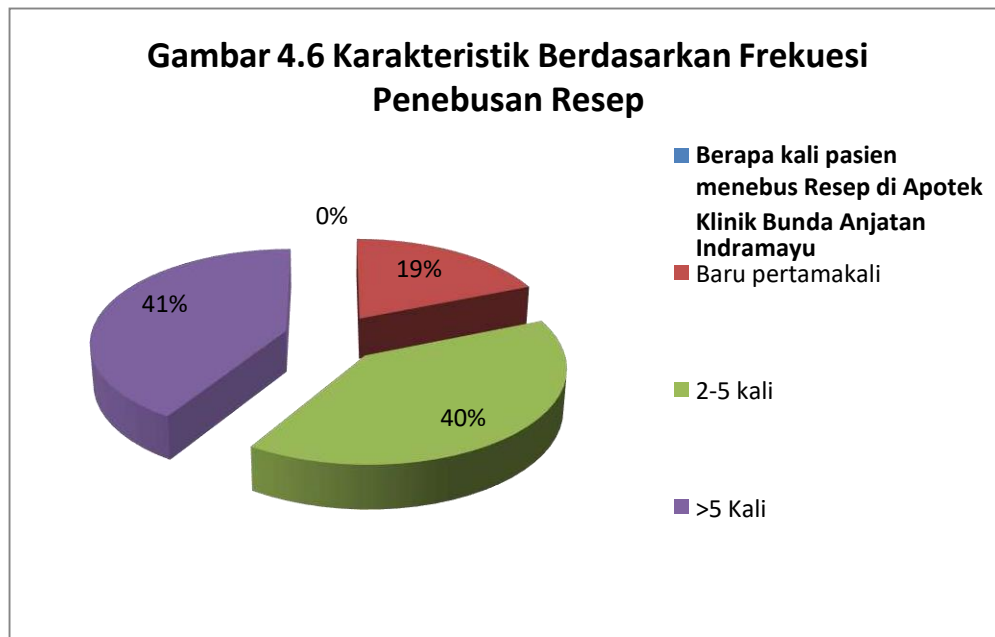
4.1.2.6 Karakteristik berdasarkan Frekuensi Menebus Resep

Dari hasil penelitian yang dilakukan diketahui bahwa frekuensi penebusan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu yang paling besar yaitu antara pasien yang datang >5 kali dan pasien yang datang 2-5 kali yaitu dengan persentasi frekuensi sebesar 41,1%, dan kedua yaitu 40,0% sedangkan frekuensi terendah yaitu pasien yang baru pertama kali dengan persentasi sebesar 18,9%.

Berdasarkan persentasi tersebut terlihat bahwa pasien yang datang sebagian besar adalah pasien yang telah loyal menjadi pelanggan sebelumnya.

Kepuasan pasien dapat mempengaruhi minat untuk kembali ke apotek yang sama. Pasien yang puas akan menjadi pelanggan yang loyal, berupa promosi dari mulut ke mulut bagi calon pasien lainnya, yang diharapkan sangat positif bagi usaha apotek (Supranto, 2006).

Data persentasi pasien berdasarkan frekuensi penebusan resep dapat dilihat pada Gambar 4.6.



4.1.3 Distribusi Penilaian Kenyataan dan Harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu

Pada Tabel dibawah ini diperoleh penilaian kenyataan dan harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

Dari variabel KEHANDALAN, diperoleh bahwa pemberian informasi tentang dosis, cara pemakaian obat dan pelayanan penyampaian informasi tentang obat serta harga jual obat yang wajar, dirasakan oleh pasien rata-rata terbanyak adalah sangat baik sebanyak 49 responden. Hal ini menandakan bahwa pelayanan yang telah dilakukan oleh petugas Apotek klinik bunda anjatan indramayu memang sudah maksimal, maka ini perlu diperthankan supaya pasien tetap merasa nyaman dan aman dengan informasi obat yang akan dikonsumsi, dimana sejalan dengan apa yang diharapkan pada variable Kehandalan ini kolom harapan, yang mana sebanyak 49 responden

menyatakan sangat penting akan informasi pemberian dosis obat. Pada variable TANGGAPAN, sebanyak 49 responden menyatakan bahwa petugas apotek sangat baik terhadap kecepatan dan ketanggapan saat melayani pasien. Pada variabel KEYAKINAN dengan skor baik masing-masing item rata-rata sebanyak 44 responden. Hal ini menunjukkan bahwa pasien sudah percaya dengan pengetahuan dan kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan resep, serta serta kualitas obat yang diberikan. Selanjutnya pada variable EMPATI kolom harapan, sebanyak 51 responden adalah sangat penting menggarapkan adanya perhatian khusus terhadap keluhan pasien/konsumen. Hal ini menunjukan meskipun keluhan pasien sudah di respon sangat baik serta dengan sikap yang ramah, namun masih perlu perhatian lebih. Dan pada variable FASILITAS BERWUJUD sebnyak 46 responden menyatakan Baik teradap petugas apotek dalam berpenampilan dan memberikan keterangan aturan pakai dosis obat yang mudah d mengerti. Dan pada kolom harapan 49 responden mengharapkan tersedianya informasi obat dalam bentuk brosur. (Tabel 4.4).

Tabel 4.4 Data penilaian kenyataan dan harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

No	Pertanyaan	Kenyataan*					Harapan**				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
KEHANDALAN											
1	Pemberian informasi tentang nama obat	-	14	28	36	12	-	-	11	45	34
2	Pemberian informasi tentang kegunaan obat	-	-	8	44	38	-	-	0	51	39
3	Pemberian informasi tentang dosis obat	-	-	3	38	49	-	-	7	34	49
4	Pemberian informasi cara pemakaian obat	-	-	5	36	49	-	-	4	40	46
5	Penyampaian efek samping yang timbul	-	-	18	45	27	-	-	18	45	27

	setelah minum obat										
6	Kecepatan pelayanan obat	-	7	19	40	24	-	-	1	49	40
7	Obat tersedia dengan lengkap	-	-	9	43	38	-	-	6	41	43
8	Obat dijual dengan harga yang wajar	-	-	3	38	49	-	-	0	48	42
9	Petugas memberikan pelayanan informasi obat menggunakan bahasa yang bisa dimengerti pasien	-	-	4	37	49	-	-	2	43	45
TANGGAPAN											
10	Kecepatan dan ketanggapan saat melayani pasien	-	-	5	36	49	-	-	12	36	42
11	Terjadinya komunikasi yang baik antara petugas dan pasien	-	-	18	45	27	-	-	1	49	40
12	Pasien mendapat informasi yang jelas dan mudah dimengerti tentang resep/obat yang ditebusnya	-	-	21	42	27	-	-	7	36	47
13	Penyelesaian terhadap masalah pasien	-	-	8	44	38	-	-	1	44	45
KEYAKINAN											
14	Pengetahuan dan kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	-	-	18	44	28	-	-	18	44	28
15	Mutu pelayanan resep yang diberikan	-	-	21	44	25	-	-	4	40	46
16	Obat yang diberikan sesuai dan terjamin kualitasnya	-	-	8	44	38	-	-	4	39	47
EMPATI											
17	Petugas memberikan perhatian terhadap keluhan konsumen	-	-	4	37	49	-	-	2	37	51
18	Petugas bersikap ramah serta sopan dalam memberikan informasi obat	-	-	4	37	49	-	-	2	41	47

FASILITAS BERWUJUD											
19	Tersedianya informasi obat dalam bentuk brosur	-	29	17	43	1	-	-	1	49	40
20	Petugas memakai pakaian yang rapi dan mengenakan tanda pengenal	-	-	11	46	33	-	-	8	47	35
21	Petugas menuliskan aturan pakai yang mudah di mengerti	-	-	4	37	49	-	-	4	37	49
22	Apotek terlihat bersih dan rapi	-	-	18	44	28	-	-	-	42	48

*keterangan : 1 (tidak baik), 2 (kurang baik), 3 (cukup baik),
4 (baik), 5 (sangat baik)

** keterangan : 1 (tidak penting), 2 (kurang penting), 3 (cukup penting),
4 (penting), 5 (sangat penting)

4.1.4 Penilaian Kenyataan dan Harapan pada Pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu

Menurut Parasuraman dkk (1988) harapan pasien menentukan tingkat kepuasannya terhadap mutu pelayanan kesehatan yang akan diterimanya. Harapan itu dipengaruhi oleh informasi dari mulut ke mulut, kebutuhan pasien akan kualitas pelayanan, pengalaman masa lalu serta komunikasi eksternal oleh manajemen dengan pasien. Jika pasien menunjukkan hal yang positif mengenai jasa atau produk berarti konsumen puas dan harapannya terpenuhi.

Dari hasil penelitian yang dilakukan terdapat penilaian kenyataan dan harapan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu (Tabel 4.5).

Tabel 4.5 Penilaian kenyataan dan harapan pada variabel- variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

No	Pertanyaan	%Kenyataan					%Harapan				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Kehandalan	0	3	12	44	41	0	0	6	49	45
2	Tanggapan	0	0	14,4	46,4	39,2	0	0	6	46	48
3	Keyakinan	0	0	17,4	48,9	33,7	0	0	10	46	45
4	Empati	0	0	4,4	41,1	54,4	0	0	2	43	54
5	Fasilitas berwujud	0	8,1	13,9	47,2	30,8	0	0	4	49	48

Pada Tabel 4.5 dapat diperoleh dari hasil persentasi penilaian kenyataan pada variabel-variabel yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Pada persentasi kenyataan, dan divariabel empati sebesar 54,4% responden merasa pelayanannya sangat baik dan pada variabel keyakinan sebesar 48,9% mengatakan baik dan 17,4% responden memilih cukup baik. Dapat dilihat bahwa faktor perhatian, kesopanan dan keramahan petugas memberikan rasa nyaman dan kepercayaanlah yang dirasakan oleh pasien beberapa apotek Klinik Bunda Anjatan Indamayu menjadi faktor yang membuat pasien merasa puas. Pada persentasi harapan, sebesar 49% responden merasa puas pada variabel kehandalan dan fsilitas terwujud, dan sebesar 48% responden merasa sangat puas pada variabel tanggapan dan fasilitas berwujud. Hal ini bearti semakin baik kelima dimensi kualitas pelayanan maka kepuasan konsumen akan semakin baik.

4.1.5 Perhitungan Rata-Rata Penilaian Kenyataan dan Harapan pada Pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu

Pasien yang menebus resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu memiliki harapan terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas Apotek Klinik Bunda. Terpenuhinya harapan dari setiap

konsumen akan menumbuhkan kepuasan yang pada akhirnya akan mengakibatkan meningkatnya loyalitas dari konsumen Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Kepuasan pasien mempengaruhi pasien untuk kembali ke apotek yang sama bilamana membutuhkan. Bilapatient puas, bukan hanya pasien yang diuntungkan, tetapi juga apotek akan dipromosikan.

Secara keseluruhan penilaian rata-rata untuk perhitungan kenyataan dan harapan terhadap kelima variabel pada konsumen di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu (Tabel 4.6).

Tabel 4.6 Perhitungan rata-rata penilaian kenyataan dan Harapan yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

No	Pertanyaan	Kenyataan*		Harapan**	
		Xi	X rata-rata	Yi	Y rata-rata
KEHANDALAN					
1	Pemberian informasi tentang nama obat	316	3,51	383	4,26
	Pemberian informasi tentang kegunaan obat	390	4,33	399	4,43
	Pemberian informasi tentang dosis obat	406	4,51	402	4,47
	Pemberian informasi cara pemakaian obat	404	4,49	402	4,47
	Penyampaian efek samping yang timbul setelah minum obat	369	4,10	369	4,10
	Kecepatan pelayanan obat	351	3,90	399	4,43
	Obat tersedia dengan lengkap	389	4,32	397	4,41
	Obat dijual dengan harga yang wajar	406	4,51	402	4,47
	Petugas memberikan pelayanan informasi obat menggunakan bahasa yang bisa dimengerti pasien	405	4,50	403	4,48
TANGGAPAN					
2	Kecepatan dan ketanggapan saat melayani pasien	404	4,49	390	4,33

	Terjadinya komunikasi yang baik antara petugas dan pasien	369	4,10	399	4,43
	Pasien mendapat informasi yang jelas dan mudah dimengerti tentang resep/obat yang ditebusnya	366	4,07	400	4,44
	Penyelesaian terhadap masalah pasien	390	4,33	404	4,49
KEYAKINAN					
3	Pengetahuan dan kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan	370	4,11	370	4,11
	Mutu pelayanan resep yang diberikan	364	4,04	402	4,47
	Obat yang diberikan sesuai dan terjamin kualitasnya	390	4,33	403	4,48
EMPATI					
4	Petugas memberikan perhatian terhadap keluhan konsumen	405	4,50	409	4,54
	Petugas bersikap ramah serta sopan dalam memberikan informasi obat	405	4,50	405	4,50
FASILITAS BERWUJUD					
5	Tersedianya informasi obat dalam bentuk brosur	286	3,18	399	4,43
	Petugas memakai pakaian yang rapi dan mengenakan tanda pengenal	382	4,24	387	4,30
	Petugas menuliskan aturan pakai yang mudah di mengerti	405	4,50	405	4,50
	Apotek terlihat bersih dan rapi	370	4,11	408	4,53

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa nilai rata-rata untuk pasien apotek pada penilaian kenyataan dan harapan yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

Nilai rata-rata terbesar pada pertanyaan kenyataan adalah 4,51 pada variabel kehandalan. Dan rata-rata yang terkecil adalah 3,18 pada variabel fasilitas berwujud. Pada kolom harapan nilai rata-rata yang paling besar pada variabel empati pada item perhatian terhadap keluhan pasien sebesar 4,54 dan yang terkecil juga pada variabel kehandalan pada item penyampaian efek samping yang timbul setelah

minum obat sebesar 4,10. Pasien masih ada yang tidak puas terhadap variabel kehandalan yaitu pada item penyampaian efek samping yang timbul setelah minum obat. Hal ini memungkinkan disebabkan karena memang biasanya penyampaian efek samping obat ini ada petugas lain (perawat) yang biasanya menyampaikan pada saat pemberian obat pada saat perawatan.

4.1.6 Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu

Berdasarkan Tabel 4.6 diatas, dapat diperoleh persentasi tingkat kepuasan pasien yang dapat dilihat pada Tabel 4.7

Tabel 4.7 Persentasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu.

No	Dimensi	Tingkat Kepuasan (%)
1	Kehandalan	96,63
2	Tanggapan	95,98
3	Keyakinan	95,66
4	Empati	99,51
5	Fasilitas Berwujud	90,24

Dari table diatas dapat dilihat bahwa setiap dimensi rata-rata mendapat persentase yang cukup bagus yaitu dengan nilai angka diatas 90%. Dimana pada kehandalan sebesar 96,63%, tanggapan 95,98%, keyakinan 95,66% dan fasilitas berwujud sebesar 90,24%. Dan yang paling besar pada variabel ini adalah pada empati sebesar 99,51%. Hal ini menunjukkan bahwa dari keseluruhan variabel dimensi kualitas pelayanan, bahwa faktor empati sangat mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien merasa bahwa sikap ramah dan sopan yang dilakukan oleh petugas, serta adanya perhatian khusus dalam menanggapi keluhan-keluhan pasien sehingga dapat dirasakan pasien bahwa pelayanan yang selama ini dilakukan cukup memuaskan.

Dari keseluruhan parameter yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu didapat tingkat kepuasan rata-rata sebesar 95,60%. Dimana dengan tingkat kepuasan ini menunjukkan bahwa pasien sangat puas atas pelayanan yang diberikan oleh Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Hal ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan yang baik mempengaruhi kepuasan pasien di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu. Setiap pasien memiliki tingkat kepuasan yang berbeda tergantung dari sistem penilaian yang berlaku pada diri masing-masing. Semakin banyak aspek-aspek nilai yang sesuai dengan keinginan pasien dapat dikatakan semakin tinggi pula tingkat kepuasan yang dirasakan oleh pasien.

Kepuasan merupakan perasaan menyenangkan atau kecewa seseorang yang membandingkan antara persepsi terhadap kinerja (hasil) dan harapan-harapannya. Kualitas berdampak langsung pada kinerja atau jasa. Kepuasan merupakan hal yang penting untuk menilai mutu pelayanan dari suatu pemberi jasa dan menilai keberhasilan dari suatu organisasi apotek (Khotler, 2003).

Tingkat kepuasan pasien perlu di evaluasi setiap saat untuk perkembangan dan kemajuan apotek, ini disebabkan oleh kepuasan pasien setiap saat akan berubah seiring dengan kebutuhan yang diinginkan oleh pasien tersebut.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

1.6 Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kepuasan konsumen terhadap pelayanan resep di Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu mencapai 95,60% termasuk dalam kategori sangat puas. Kepuasan konsumen dari variabel kehandalan sebesar 96,63%, tanggapan 95,98%, keyakinan 95,66% dan fasilitas berwujud sebesar 90,24%. Dan yang paling besar pada variabel ini adalah pada empati sebesar 99,51%.

1.7 Saran

Pelayanan resep yang diberikan oleh Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu berdasarkan penelitian ini sudah tergolong sangat puas dan sangat bagus. Hal-hal yang sebaiknya diperlukan untuk tetap dipertahankan supaya tetap dapat meningkatkan pelayanan resep adalah dalam memberikan perhatian terhadap keluhan konsumen, tetap bersikap ramah dan sopan dalam penyampaian informasi obat, menuliskan aturan pakai yang mudah dimengerti serta tetap menjaga apotek agar tetap terlihat bersih dan rapi karena pada item variabel-variabel tersebut banyak pasien yang masih berharap untuk lebih ditingkatkan lagi.

Mengingat variabel keyakinan dan empati merupakan dua hal yang menentukan bagi pasien dalam menilai kualitas pelayanan, maka sebaiknya Apotek Klinik Bunda Anjatan Indramayu dapat menjaga dan mempertahankan perhatian petugas, kesopanan dan keramahan petugas, dan mutu pelayanan serta kualitas obat yang diberikan kepada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Undang-undang Republik Indonesi Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 1980 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1965 tentang Apotek
- PP. Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerja kefarmasian
- Permenkes RI. Nomor 35 tahun 2014. tentang Standar pelayanan kefarmasian di apotek
- Permenkes RI. Nomor 74 tahun 2016. tentang Standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas
- Profil Klinik Bunda Anjatan Indramayu
- Ali Mashuda, 2011, *Pedoman Cara Pelayanan Kefarmasian yang Baik (CPFB)*, kerjasama dirjen bina Kefarmasian dan Alkes Kemenkes RI dengan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia.
- <https://iaijatim.id/wp-content/uploads/2019/11/Panduan-Pelayanan-Kefarmasian-GPP-praktik-apoteker.pdf>
- Dyah Nurfitri Maharani, Alwiyah Mukaddas, Indriani, 2016, *Analisis Pengaruh Kepuasan Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Resep Di Apotek Instalasi Farmasi Badan Rumah Sakit Daerah Luwuk Kabupaten Banggai*, Palu. Universitas Tadulako,
- <https://media.neliti.com/media/publications/295752-analisis-pengaruh-kepuasan-pasien-terhad-0ec09d70.pdf>
- Yaseer Thariq Hayaza, 2013, *Analisis kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan kamar obat di puskesmas surabaya utara*, Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol.2 No.2
- <https://media.neliti.com/media/publications/217526-analisis-kepuasan-pasien-terhadap-kualit.pdf>
- apt. Sudarsono, M.Sc, 2021, *Pelayanan Farmasi klinik dan Definisi Praktik Kefarmasian dalam RUU Praktik Kefarmasian*, Majalah Farmasetika

<https://farmasetika.com/2021/01/18/pelayanan-farmasi-klinik-dan-definisi-praktik-kefarmasian-dalam-ruu-praktik-kefarmasian/>

Romdhoni, 2009, *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Di Apotek Kimia Farma 63 Surakarta Tahun 2009*, Universitas Muhammadiyah, Surakarta.

<http://eprints.ums.ac.id/7437/1/K100040164.pdf>

Nyimas Dwiyana Oswita, 2016, *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Resep Di Beberapa Apotek Kimia Farma Di Kota Medan*, Universitas Sumatera Utara, Medan

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/13117/111501032.pdf?sequence=1>

Tiurmauli Rolentina Siburian, 2018, *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Farmasi Di Instalasi Farmasi Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Doloksanggul*, Institut Kesehatan Helvetia, Medan.

<http://repository.helvetia.ac.id/1598/7/TIURMAULI%20ROLENTINA%20SIBURIAN%201601012069.pdf>

Nureeyah Bahem, 2017, *Analisis Tingkat Kepuasan Konsumen Terhadap Kualitas Pelayanan Obat Tanpa Resep Di Apotek Nur Farma*, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim, Malang

<http://etheses.uin-malang.ac.id/11670/1/13670061.pdf>

Esti Ambar Widyaningrum, 2006, *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Resep Di Apotek*, Universitas Airlangga, Surabaya.

http://repository.unair.ac.id/10970/13/gdlhub-gdl-s1-2007-widyaningr-4513-ff126_07.pdf

PENGUNAAN OBAT RASIONAL ANTIHIPERTENSI TERHADAP KASUS PREEKLAMPSIA
DI RS ANNISA CIKARANG

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh

BAMBANG IRAWAN

NPM :18 3071 50



POLITEKNIK PIKSI GANESHA
BANDUNG
2021

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR TIM PENGUJI	iii
LEMBAR PERNYATAAN PENULIS	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
ABSTRAK.....	ix
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB II.....	4
2.1.1 Definisi Hipertensi	4
2.1.2 Klasifikasi Hipertensi.....	4
2.1.3 Faktor Risiko.....	6
2.1.4 Etiologi.....	9
2.1.5 Patofisiologi	9
2.1.6 Tanda dan Gejala	10
2.1.7 Komplikasi dan penyakit Penyerta	10
2.1.8 Manifestasi klinik.....	13
2.1.9 Diagnosis	13
2.1.10 Terapi Hipertensi.....	14
2.1.11 Efektivitas Obat	17
BAB III	19
3.1 Metode Penelitian	19
3.2 Definisi Operasional Penelitian	19
3.3 Tempat dan Waktu Pengumpulan Data	19
3.4 Populasi dan Sampel	19
3.5 Teknik Sampling.....	20
3.6 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi	20
3.7 Proses Pengambilan Data.....	21
3.8. Analisa Data.....	22

BAB IV	23
4.1 Distribusi pasien ibu hamil preeklampsia berdasarkan usia.....	23
4. 2 Tekanan Darah Keluar Masuk Pasien Ibu Hamil Preeklampsia	24
4.3 Golongan Obat Antihipertensi	25
4.4 Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antihipertensi	26
4.4.1 Tepat Indikasi.....	26
4.5.2 Tepat Obat.....	26
4.5.3 Tepat Dosis	27
4.5.4 Tepat Pasien	28
BAB V	29
5. 1 Kesimpulan	29
5.2 Saran	29
DAFTAR PUSTAKA	30

ABSTRAK

BAMBANG IRAWAN

NPM. 18307150

Program Studi Farmasi

PENGGUNAAN OBAT RASIONAL ANTIHIPERTENSI TERHADAP KASUS PREEKLAMPSIA DI RS ANNISA CIKARANG

Preeklampsia adalah bentuk hipertensi dalam kehamilan yang didefinisikan sebagai hipertensi disertai proteinuria, merupakan suatu gangguan multisistem yang terjadi setelah usia kehamilan 20 minggu. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran antihipertensi yang digunakan pada pasien preeklampsia dan untuk mengetahui ketepatan antihipertensi preeklampsia di Rumah Sakit Annisa Cikarang ditinjau dari aspek tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien dan tepat dosis dengan standar acuan POGI 2006. Jenis penelitian ini adalah penelitian ini termasuk dalam jenis penelitian non eksperimental, karena tidak memberikan perlakuan apapun pada subyek penelitiannya. Penelitian dilakukan secara observasional yang datanya diambil secara retrospektif dan dianalisis secara deskriptif non analitik. Sampel yang digunakan adalah pasien Rumah Sakit Annisa Cikarang yang menderita preeklampsia dan menggunakan terapi antihipertensi serta memenuhi kriteria inklusi yang ditetapkan. Dari penggunaan antihipertensi ada 32 pasien ibu hamil yang menderita preeklampsia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Annisa Cikarang bulan Januari - Maret tahun 2021 yang dianalisis dengan standar acuan POGI tahun 2006 dan BNF 54, didapatkan 90,6 % memenuhi kriteria tepat indikasi, 75 % memenuhi kriteria tepat obat, 51,85% memenuhi kriteria tepat dosis Nipedipin dan 100 % memenuhi kriteria tepat dosis Dopamet, 90,6 % memenuhi kriteria tepat pasien.

Kata kunci: preeklampsia , antihipertensi, tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, tepat pasien.

ABSTRACT

BAMBANG IRAWAN

NPM 18307150

Pharmacy Studies Program

RATIONAL USE OF ANTHYPERTENSIVE DRUGS IN CASES OF PREECLAMPSIA AT ANNISA CIKARANG HOSPITAL

Preeclampsia is a form of hypertension in pregnancy is defined as hypertension with proteinuria, is a multisystem disorder that occurs after 20 weeks gestation. This study aims to know the description of antihypertensive use in patients with preeclampsia and to determine the accuracy of antihypertensive preeclampsia in Hospital Annisa Cikarang review of aspects of the right indication, the right drug, right patient and the right dose of the reference standard POGI 2006. The type of research is included in this type of non-experimental research, because it does not give any treatment to the subjects of the study. Research conducted observational data were taken retrospectively and analyzed by descriptive non analytic. The samples used were patient Hospital Annisa Cikarang who suffered preeclampsia and the use of antihypertensive therapy and met the inclusion criteria specified. Of the 32 patients using antihypertensive no pregnant women who suffer preeclampsia in Inpatient Hospital Annisa Cikarang mount January - March in 2021 were analyzed with reference standards POGI 2006 and BNF 54, obtained 90.60% meet the criteria for proper indications, 75% meet the criteria for proper medication, 51,85% meet the criteria for appropriate dose nipedipin and meet the criteria for appropriate dose dopamet, 90,60% met the criteria the right of patients.

Keywords: preeclampsia, hypertension, precise indications, the right drug, right dose, right patient.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi (termasuk preeklampsia) pada wanita hamil terjadi pada sekitar 10% dari kehamilan di seluruh dunia dan menjadi salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada ibu dan bayi yang dilahirkan. Diperkirakan 50.000-60.000 ibu melahirkan di seluruh dunia meninggal karena preeklampsia, dimana insiden preeklampsia meningkat 25% dalam dua dekade terakhir. Diestimasi sekitar 13 persen angka kematian ibu disebabkan oleh kondisi hipertensi pada kehamilan.

Hipertensi pada wanita hamil berpotensi menimbulkan komplikasi dan dapat menyebabkan kondisi odem pada paru-paru, ASI tidak lancar, pendarahan otak, placenta abruptio, kerusakan hati, gagal ginjal akut, bahkan kematian pada ibu. Hipertensi pada wanita hamil merupakan penyebab utama pada kasus kelahiran bayi prematur. Akibat lainnya dari ibu hamil yang hipertensi adalah berat lahir bayi kurang dari 10 persen, lebih banyak jumlah bayi dengan AFGAR <3, hambatan pada pertumbuhan janin, angka kematian bayi dalam kandungan, serta angka kematian perinatal dan neonatal yang lebih tinggi dibandingkan ibu yang tidak hipertensi.

Hipertensi pada wanita hamil secara sederhana dapat diklasifikasikan pada 4 kelompok yakni :

1. Hipertensi Kronik yakni kondisi hipertensi telah muncul sebelum hamil atau ada disaat umur kehamilan belum masuk kedalam minggu ke-20. Hipertensi tetap menetap walaupun lebih dari 12 minggu setelah melahirkan. Ditandai dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg atau gabungan keduanya.
2. Hipertensi Gestasional yakni merupakan hipertensi yang bersifat sementara, muncul pada pertengahan kehamilan (setelah usia kehamilan 20 minggu), cenderung menjadi normal setelah melahirkan dan tidak mengalami proteinuria.
3. Hipertensi Preeklampsia (termasuk hipertensi kronis dengan superimpose preeklampsia) yaitu adalah jenis hipertensi yang muncul di usia pertengahan kehamilan (lebih dari 20 minggu) dan proteinuria dalam urin sedikitnya 300 mg/24 jam.

4. Hipertensi Eklampsia yaitu eklampsia didefinisikan sebagai munculnya kejang pada wanita dengan preeklampsia.

Faktor risiko untuk terjadinya hipertensi pada wanita hamil adalah memiliki riwayat keluarga mengidap hipertensi, usia reproduksi yang terlalu muda atau tua, primigravida, kehamilan yang berulang kali, penyakit diabetes, penyakit / gangguan ginjal, hipertensi sejak sebelum kehamilan, penambahan berat badan berlebih selama kehamilan (> 1 kg / minggu). Faktor risiko lain adalah kehamilan kembar, sering melahirkan dan usia ibu ≥ 40 tahun. Sebuah studi kohort di Amerika Latin dan Caribia mengidentifikasi faktor risiko seperti riwayat hipertensi, diabetes atau diabetes gestasional, ibu melahirkan di atas usia 35 tahun dan kondisi obesitas. Literatur lain menyebutkan faktor risiko yang mempengaruhi hipertensi berkaitan dengan perkembangan penyakit yakni primigravida, multigravida, janin besar dan kehamilan dengan janin lebih dari satu. Ditemui adanya hubungan antara frekuensi kehamilan dengan hipertensi di RSUD Pandan Arang Boyolali, yakni semakin tinggi frekuensi kehamilan semakin berisiko terkena hipertensi, semakin tinggi paritas ibu maka semakin berisiko mengalami preeklampsia. Selain itu faktor risiko hipertensi lainnya adalah faktor genetik, umur, etnis, stress, asupan garam dan kebiasaan merokok.

Kondisi hipertensi (utamanya eklampsia) pada wanita hamil dipengaruhi oleh keberadaan dan kualitas dari lembaga pelayanan yang menyelenggarakan perawatan antenatal (antenatal care). Manajemen pelayanan dan penanganan hipertensi, utamanya pada preeklampsia dan eklampsia cukup menentukan pada besarnya angka kematian pada ibu hamil dan melahirkan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penggunaan obat antihipertensi yang rasional selama masa kehamilan, khususnya di RS Annisa Cikarang

1.3 Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui seberapa rasional penggunaan obat antihipertensi terhadap kehamilan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui usia ibu hamil yang mengalami preeklampsia selama masa kehamilan.
- b. Mengetahui golongan obat antihipertensi yang digunakan pada pasien preeklampsia di RS Annisa Cikarang.
- c. Mengetahui penggunaan obat antihipertensi yang paling banyak digunakan pada kasus preeklampsia di RS Annisa Cikarang.
- d. Mengetahui penggunaan obat antihipertensi yang rasional pada kasus preeklampsia di RS Annisa Cikarang

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan dan wawasan peneliti khususnya untuk mengetahui penggunaan obat antihipertensi yang rasional selama masa kehamilan di RS Annisa Cikarang.

2. Bagi institusi

Hasil penelitian ini memberikan informasi ilmiah tentang penggunaan obat antihipertensi yang rasional selama masa kehamilan, untuk ditindak lanjuti.

3. Bagi masyarakat

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan masyarakat tentang penggunaan obat antihipertensi yang rasional selama masa kehamilan di RS Annisa Cikarang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah meningkatnya tekanan darah arterial yang berlangsung terus-menerus/persisten (Wells dkk, 2009). Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang (Anonim, 2013). Tekanan darah tinggi dapat diatasi dengan beberapa cara seperti perubahan gaya hidup dan apabila diperlukan dapat menggunakan obat-obatan. Hipertensi biasanya tidak menimbulkan gejala, sehingga sering disebut dengan "silent killer" (AHA, 2014). Peningkatan pengetahuan tentang hipertensi untuk menegakkan diagnosis dan mengendalikan tekanan darah tinggi dengan pengobatan yang rasional, bertujuan untuk mengurangi angka kematian dan risiko kardiovaskuler (Dipiro dkk, 2008).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi tekanan darah menurut JNC 7 didasarkan pada rata-rata dua atau lebih pengukuran tekanan darah. Klasifikasi tersebut meliputi 4 kategori, normal, prehipertensi, hipertensi stage I, dan hipertensi stage II. Prehipertensi digunakan untuk mengidentifikasi pasien dengan tekanan darah yang mungkin dapat meningkat menjadi hipertensi stage I dan II (Dipiro dkk, 2008).

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi menurut JNC 7

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistol (mmHg)	Tekanan Darah Diastol (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	90-99
Hipertensi Stage 2	≥160	≥100

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi dua yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder.

1) Hipertensi Primer

Lebih dari 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi essensial (hipertensi primer). Literatur lain mengatakan, hipertensi essensial merupakan 95% dari seluruh kasus hipertensi. Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Hipertensi sering turun temurun dalam suatu keluarga, hal ini setidaknya menunjukkan bahwa faktor genetik memegang peranan penting pada patogenesis hipertensi primer. Menurut data, bila ditemukan gambaran bentuk disregulasi tekanan darah yang monogenik dan poligenik mempunyai kecenderungan timbulnya hipertensi essensial. Banyak karakteristik genetik dari gen-gen ini yang mempengaruhi keseimbangan natrium, tetapi juga di dokumentasikan adanya mutasi-mutasi genetik yang merubah ekskresi kallikrein urine, pelepasan nitric oxide, ekskresi aldosteron, steroid adrenal, dan angiotensinogen (Anonim, 2006).

2) Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder adalah penyakit heterogen yang disebabkan oleh penyebab yang spesifik, diantaranya beberapa proses patologik yang dapat dikenali, biasanya yang terkait dengan fisiologi ginjal. Bila faktor penyebab dapat diatasi, tekanan darah dapat kembali normal. Sekitar kurang dari 10% kasus hipertensi merupakan hipertensi ini. Penyakit parenkim dan penyakit renovaskular adalah faktor penyebab yang paling umum. Kontrasepsi oral telah dihubungkan dengan hipertensi ringan yang berhubungan dengan peningkatan substrat renin dan peningkatan kadar angiotensin II dan aldosteron (Anonim, 2006).

Tabel 2. Penyebab hipertensi yang dapat diidentifikasi.

Penyakit	Obat
penyakit ginjal kronis • hiperaldosteronisme primer • penyakit renovaskular • sindroma Cushing • pheochromocytoma • koarktasi aorta • penyakit tiroid atau paratiroid	Kortikosteroid, ACTH • Estrogen (biasanya pil KB dg kadar estrogen tinggi) • NSAID, cox-2 inhibitor • Fenilpropanolamine dan analog • Cyclosporin dan tacrolimus • Eritropoetin • Sibutramin • Antidepresan (terutama venlafaxine)

NSAID: non-steroid-anti-inflammatory-drug, ACTH: adrenokortikotropik hormon (Anonim, 2006)

2.1.3 Faktor Risiko

Penyakit hipertensi memiliki beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan tekanan darah sehingga nilai tekanan darah menjadi tinggi. Faktor risiko dari hipertensi yaitu :

1) Genetik / Riwayat keluarga

Genetik adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Sekitar 70-80% kasus hipertensi esensial dengan riwayat hipertensi dalam keluarga. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua maka dengan hipertensi esensial lebih besar (Tisna,2013).

Terjadinya hipertensi berhubungan dengan adanya peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium individu dengan orang tuanya (Anggraini dkk,2009).

2) Usia

Faktor hipertensi lebih besar dikalangan usia lanjut atau geriatri. Prevalensi hipertensi dikalangan usia lanjut cukup tinggi yaitu 40% dengan angka kematian 50% pada usia diatas 60 tahun (Rustiana, 2014). Setelah umur 45 tahun, dinding arteri akan mengalami penebalan karena adanya zat kalogen pada lapisan otot sehingga menyebabkan pembuluh darah menyempit dan menjadi kaku. Bertambahnya usia

menyebabkan perubahan fisiologis, sehingga pada usia lanjut terjadi peningkatan resistensi perifer dan aktivitas simpatik (Anggraini dkk, 2009).

3) Jenis kelamin

Prevalensi hipertensi pada pria sama dengan wanita. Tetapi pada pria resiko terkena kardiovaskular lebih besar dibanding dengan wanita premenopause, karna pada wanita premenopause masih memiliki hormon esterogen yang berperan dalam meningkatkan High Dencity Low (HDL). Kadar HDL yang tinggi merupakan pelindung dalam mencegah terjadinya proses aterosklerosis. Efek perlindungan estrogen dianggap sebagai penjelasan adanya imunitas wanita pada premenopause. Pada fase premenopause wanita mulai kehilangan sedikit demi sedikit hormon estrogen yang selama ini melindungi pembuluh darah dari kerusakan. Proses ini terus berlanjut dimana hormone estrogen tersebut berubah kuantitasnya sesuai dengan umur wanita secara alami, yang umumnya mulai terjadi pada umur 45-55 tahun (Anggrainidkk, 2009).

4) Pola Asupan

Garam Badan kesehatan dunia yaitu Word Health Organization (WHO) merekomendasikan pola konsumsi garam yang dapat mengurangi resiko terjadinya hipertensi. Kadar sodium yang direkomendasikan adalah tidak lebih dari 100 mmol (sekitar 2,4 gram sodium atau 6 gram garam) perhari. Konsumsi natrium yang berlebih menyebabkan konsentrasi natrium di dalam cairan ekstraseluler meningkat. Untuk menormalkannya cairan intraseluler ditarik keluar, sehingga volume cairan ekstraseluler meningkat. Meningkatnya volume cairan ekstraseluler tersebut menyebabkan meningkatkan volume darah, sehingga berdampak kepada timbulnya hipertensi (Maria dkk, 2012).

5) Kurang olahraga

Olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan penyakit tidak menular, karena olahraga isotonik dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah (untuk hipertensi) dan melatih otot jantung sehingga menjadi terbiasa apabila jantung harus melakukan pekerjaan yang lebih berat karena adanya kondisi tertentu. Kurangnya aktivitas fisik menaikkan risiko tekanan darah tinggi karena bertambahnya risiko untuk menjadi gemuk. Orang-orang yang

tidak aktif cenderung mempunyai detak jantung lebih cepat dan otot jantung mereka harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi, semakin keras dan sering jantung harus memompa semakin besar pula kekuatan yang mendesak arteri (Nuraini, 2015).

6) Kebiasaan Merokok

Merokok menyebabkan peningkatan tekanan darah. Perokok berat dapat dihubungkan dengan peningkatan insiden hipertensi maligna dan risiko terjadinya stenosis arteri renal yang mengalami aterosklerosis. Dalam penelitian kohort prospektif oleh dr. Thomas S Bowman dari Brigham and Women's Hospital, Massachusetts terhadap 28.236 subyek yang awalnya tidak ada riwayat hipertensi, 51% subyek tidak merokok, 36% merupakan perokok pemula, 5% subyek merokok 1-14 batang rokok perhari dan 8% subyek yang merokok lebih dari 15 batang perhari. Subyek terus diteliti dan dalam median waktu 9,8 tahun. Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu kejadian hipertensi terbanyak pada kelompok subyek dengan kebiasaan merokok lebih dari 15 batang perhari (Nuraini, 2015).

7) Obesitas

Berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah pada kebanyakan kelompok etnik di semua umur. Menurut National Institutes for Health USA (NIH,1998), prevalensi tekanan darah tinggi pada orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) >30 (obesitas) adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17% untuk wanita bagi yang memiliki IMT <25 (status gizi normal menurut standar internasional). Menurut Hall (1994) perubahan fisiologis dapat menjelaskan hubungan antara kelebihan berat badan dengan tekanan darah, yaitu terjadinya resistensi insulin dan hiperinsulinemia, aktivasi saraf simpatis dan sistem renin-angiotensin, dan perubahan fisik pada ginjal (Nuraini, 2015).

8) Stres

Stres dapat meningkatkan resistensi pembuluh darah perifer dan curah jantung sehingga akan menstimulasi aktivitas saraf simpatis. Adapun stres ini dapat berhubungan dengan pekerjaan, kelas sosial, ekonomi, dan karakteristik individu (Novian, 2013).

2.1.4 Etiologi

Hipertensi primer (esensial) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya yang dihasilkan dari disregulasi mekanisme kontrol homeostatik normal tekanan darah serta tidak terdeteksinya penyebab sekunder yang dapat diketahui. Lebih dari 95% kasus yang terjadi adalah jenis hipertensi primer, sedangkan hipertensi sekunder merupakan hipertensi yang terjadi karena adanya gangguan penyakit lain yang mendasarinya. Kasus hipertensi sekunder hanya sekitar 5% dari keseluruhan kasus hipertensi yang sering terjadi (Khatib, 2015).

Ada banyak faktor risiko kebiasaan yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah, termasuk mengonsumsi makanan yang terlalu banyak mengandung lemak dan garam serta kurang mengonsumsi buah dan sayur, sering mengonsumsi alkohol, kurang aktifitas fisik serta berolahraga, dan stress. Faktor kebiasaan ini sangat dipengaruhi oleh pekerjaan masyarakat dan kondisi hidup (WHO, 2013).

2.1.5 Patofisiologi

Mekanisme terjadinya hipertensi adalah melalui terbentuknya angiotensin II dari angiotensin I oleh Angiotensin Converting Enzyme (ACE). ACE memegang peran fisiologis penting dalam mengukur tekanan darah. Darah mengandung angiotensinogen yang diproduksi di hati. Selanjutnya oleh hormon renin (diproduksi oleh ginjal) akan diubah menjadi angiotensin I. Oleh ACE yang terdapat di paru-paru, angiotensin I diubah menjadi angiotensin II. Angiotensin II inilah yang mempunyai peranan kunci dalam menaikkan tekanan darah dalam melalui dua aksi utama.

Aksi pertama adalah menaikkan sekresi hormon antidiuretic (ADH) dan rasa haus. ADH diproduksi di hipotalamus (kelenjar pituitari) dan bekerja pada ginjal untuk mengatur osmolalitas dan volume urin. Dengan meningkatnya ADH, sangat sedikit urin yang diekskresikan keluar tubuh (antidiuresis), sehingga menjadi pekat dan tinggi osmolalitasnya. Untuk mengencerkannya, volume cairan ekstra seluler akan ditingkatkan dengan cara menarik cairan dari bagian intraseluler. Akibatnya, volume darah meningkat yang pada akhirnya akan meningkatkan tekanan darah.

Aksi kedua adalah menstimulasi sekresi aldosteron dari kortek adrenal. Aldosteron merupakan hormon steroid yang memiliki peran penting pada ginjal. Untuk mengatur volume cairan ekstraseluler, aldosteron akan mengurangi ekskresi NaCl (garam) dengan cara mereabsorpsinya dari tubulus ginjal. Naiknya konsentrasi NaCl akan diencerkan kembali dengan cara meningkatkan volume cairan ekstraseluler yang pada gilirannya akan meningkatkan volume dan tekanan darah (Rusdian Isnawati, 2009).

2.1.6 Tanda dan Gejala

Kejadian hipertensi tidak selalu memiliki tanda dan gejala. Gejala yang sering muncul adalah sakit kepala rasa panas di tengkuk, atau kepala berat. Namun gejala tersebut tidak bisa dijadikan patokan ada atau tidaknya hipertensi pada diri seseorang. Satu-satunya cara untuk mengetahui adalah dengan melakukan pengecekan tekanan darah. Seorang pasien biasanya tidak menyadari bahwa dirinya mengalami hipertensi hingga ditemukan kerusakan dalam organ, seperti terjadinya penyakit jantung koroner, stroke atau gagal ginjal (Prasetyaningrum, 2014).

2.1.7 Komplikasi dan penyakit Penyerta

Seperti penyakit kronis yang lain, pada hipertensi pun berbagai penyakit dapat menyertai (penyakit penyerta) dan timbul bersamaan (komplikasi) sehingga berpotensi memperburuk kerusakan organ.

1) Komplikasi

Penderita hipertensi beresiko terserang penyakit lain yang timbul kemudian. Beberapa penyakit yang timbul sebagai akibat hipertensi diantaranya sebagai berikut:

a) Jantung Koroner

Penyakit ini sering dialami penderita hipertensi sebagai akibat terjadinya pengapuran pada dinding pembuluh darah jantung. Penyempitan lubang pembuluh darah menyebabkan berkurangnya aliran darah pada beberapa bagian otot jantung. Hal ini menyebabkan rasa nyeri di dada dan dapat berakibat gangguan pada otot jantung. Bahkan, dapat menyebabkan timbulnya serangan jantung.

b) Gagal Jantung

Tekanan darah yang tinggi memaksa jantung bekerja lebih berat untuk memompa darah. Kondisi itu berakibat otot jantung akan menebal dan meregang sehingga daya pompa otot menurun. Pada akhirnya, dapat terjadi kegagalan kerja jantung secara umum. Tanda-tanda adanya komplikasi yaitu sesak nafas, nafas putus-putus (pendek) dan terjadi pembengkakan pada tungkai bawah dan kaki (Nuraini, 2015).

c) Stroke

Beberapa penelitian diluar negeri mengungkapkan bahwa hipertensi menjadi penyebab utama pada kerusakan pembuluh darah otak. Ada dua jenis kerusakan yang ditimbulkan yaitu pecahnya pembuluh darah dan rusaknya dinding pembuluh darah. Dampak akhirnya, seseorang dapat mengalami stroke dan kematian (Nuraini, 2015).

d) Gagal ginjal

Gagal ginjal merupakan peristiwa dimana ginjal tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Ada dua jenis kelainan ginjal akibat hipertensi yaitu nefrosklerosis benigna dan nefrosklerosis maligna. Nefrosklerosis benigna terjadi pada hipertensi yang berlangsung lama sehingga terjadi pengendapan fraksi-fraksi plasma pada pembuluh darah akibat proses menua. Hal itu akan menyebabkan daya permeabilitas dinding pembuluh darah berkurang. Adapun nefrosklerosis maligna merupakan kelainan ginjal yang ditandai dengan naiknya tekanan diastol diatas 130 mmHg yang menyebabkan terganggunya fungsi ginjal (Nuraini, 2015).

2.1.8 Penyakit Penyerta

Hipertensi merupakan salah satu jenis penyakit kronis yang juga sering diikuti penyakit lain yang menyertai dan memperburuk kondisi organ penderita. Penyakit yang seringkali menjadi penyerta dari penyakit hipertensi antara lain :

a) Diabetes Melitus

Penyakit ini perlu segera ditangani sehingga kadar gula darah penderita terkontrol. Hal ini dapat menjauhkan penderita dari komplikasi sehingga tidak

memperberat kerusakan organ yang ditimbulkan hipertensi selain kerusakan akibat diabetes itu sendiri.

b) Neuropati DM

Neuropati DM merupakan gejala neuropati perifer yang muncul pada orang yang menderita diabetes. Kondisi ini terjadi apabila terdapat gangguan saraf di luar otak dan saraf tulang belakang. Kadar gula darah yang tinggi pada pasien diabetes dapat menciderai serat-serat saraf (umumnya pada kaki). Neuropati dapat menimbulkan nyeri, mati rasa, gangguan pada saluran pencernaan, kemih, pembuluh darah dan jantung.

c) Resistensi Insulin

Resistensi Insulin adalah penyakit yang timbul karena sel tubuh tidak dapat memanfaatkan maksimal insulin yang tersedia dalam darah sehingga glukosa darah tidak dapat seluruhnya masuk ke dalam jaringan tubuh. Keadaan ini banyak terjadi pada penderita obesitas (kegemukan). Resistensi insulin ini dapat menjadi penyebab timbulnya penyakit diabetes, gangguan kadar lemak darah (dislipidemia), ataupun hipertensi yang pada akhirnya dapat merusak lapisan pembuluh darah (endotelium) dengan berbagai efek medisnya (Dalimartha dkk, 2008).

d) Hiperfungsi Kelenjar Tiroid (Hipertiroid)

Gangguan hiperfungsi kelenjar tiroid merupakan penyakit endokrin yang meningkatkan metabolisme normal di dalam tubuh dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Oleh karena itu, metabolisme dalam tubuh yang terganggu dan naiknya tekanan darah perlu segera ditangani (Dalimartha dkk, 2008).

e) Rematik

Jenis penyakit rematik sangat beragam, dari yang ringan sampai yang berat. Ada jenis yang merusak berbagai macam organ tubuh sehingga akibat yang ditimbulkannya akan semakin memperberat kondisi penderita hipertensi (Dalimartha dkk, 2008).

f) Kadar lemak darah tinggi (Dislipidemia)

Hiperlipidemia menyebabkan terjadinya penimbunan lemak pada dinding pembuluh darah, termasuk pembuluh darah jantung. Hipertensi akan bertambah parah dengan tingginya kadar lemak (Dalimartha dkk, 2008).

g) Gout/Hiperuricemia/Asam urat

Gout dapat menyebabkan penyakit rematik. Gout dipengaruhi oleh makanan yang banyak mengandung purin, seperti hati, limpa, ginjal, jeroan, otak, sardene, jantung, kerang, kacang tanah, kedelai, bayam, buncis, dan kembang kol. Purin yang terdapat dalam bahan makan akan di metabolisme oleh tubuh menjadi asam urat. Serangan rematik gout terjadi akibat konsentrasi asam urat di dalam darah meninggi atau di sebut juga hiperuricemia. Gout dapat merusak organ tubuh, misalnya penurunan fungsi ginjal, memicerlekatkan trombosit pada pembuluh darah, dan mengendap pada klep jantung (Dalimartha dkk, 2008).

h) Osteoarthritis Salah satu faktor yang mempengaruhi keparahan pada osteoarthritis adalah hipertensi. Hipertensi mempengaruhi keparahan osteoarthritis melalui jalur vascular (Dalimartha dkk, 2008).

2.1.8 Manifestasi klinik

Pada umumnya sangat terlihat dari kesehatan pasien atau mungkin keadaan yang beresiko untuk mengalami penyakit kardiovaskular, yaitu : umur (≥ 55 tahun untuk laki-laki dan 65 tahun untuk perempuan), diabetes mellitus, dislipidemia, mikroalbuminuria, riwayat keluarga yang terkena kardiovaskular terlalu dini, obesitas ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$), aktifitas fisik, dan merokok (Dipiro dkk, 2008).

Gejala pada hipertensi pada semua pasien yaitu asimtomatik terkadang hipertensi menyebabkan gejala seperti sakit kepala, sesak nafas, pusing, nyeri pada dada, jantung berdebar dan pendarahan pada hidung. Tetapi gejala-gejala tersebut belum bisa dipastikan bahwa seseorang terkena hipertensi (WHO, 2013).

2.1.9 Diagnosis

Diagnosis hipertensi dapat dibagi menjadi ringan, sedang, dan berat tergantung pada tekanan darah rata-ratanya. Hipertensi ringan apabila tekanan darah sistoliknya 140-160 mmHg, dan tekanan darah diastoliknya adalah 90-100 mmHg. Hipertensi sedang apabila tekanan darah sistoliknya 160-200 mmHg dan tekanan darah diastoliknya adalah 100-120 mmHg. Hipertensi berat apabila tekanan darah sistoliknya >200 mmHg dan tekanan darah diastoliknya >120 mmHg. Identifikasi lebih lanjut mengenai hipertensi perlu dilakukan untuk mengetahui penyebab yang

mendasari hipertensi tersebut seperti dengan melakukan uji laboratorium untuk mengetahui penyebab sekunder hipertensi tersebut (Dufton, 2011).

2.1.10 Terapi Hipertensi

a. Terapi Farmakologi

Tujuan awal pengobatan ditujukan pada penurunan tekanan darah, tetapi tujuan akhir adalah untuk menghindarkan komplikasi lambat, memperbaiki kualitas dan memperpanjang hidup (Tjay dan Rahardja, 2007). Pengobatan hipertensi dapat mengacu pada guideline algoritma penanganan hipertensi menurut JNC VIII yang merupakan revisi terhadap standar yang disampaikan oleh JNC VII. Terapi awal yang menjadi drug of choice pada hipertensi adalah golongan obat ACE inhibitor, Angiotensin reseptor bloker (ARB), tiazide diuretic dan calcium channel bloker (CCB) yang tersaji secara lengkap algoritma pengobatan.

1) ACE-Inhibitor (ACE-I)

ACEI merupakan obat lini pertama untuk hipertensi. ACEI bekerja dengan menghambat perubahan angiotensi I menjadi angiotensin II, dimana angiotensin II adalah vasokonstriktor poten yang juga merangsang sekresi aldosteron. ACEI juga memblokir degradasi bradikinin dan merangsang sintesa zat-zat yang menyebabkan vasodilatasi, termasuk prostaglandin E₂ dan prostasiklin. Peningkatan bradikinin meningkatkan efek penurunan tekanan darah dari ACEI, tetapi juga bertanggung jawab terhadap efek samping batuk kering dijumpai pada penggunaan ACEI (Saseen dan MacLaughlin, 2008).

2) Calcium Channel Blocker (CCB)

CCB bukanlah agen lini pertama tetapi merupakan obat antihipertensi yang efektif, terutama pada ras kulit hitam. CCB mempunyai indikasi khusus untuk yang beresiko tinggi penyakit koroner dan diabetes, tetapi sebagai obat tambahan atau pengganti.

CCB bekerja dengan menghambat influx kalsium sepanjang membran sel. Adadua tipe voltage gated calcium channel: high voltage channel (tipe L) dan low voltage channel(tipe T). CCB yang ada hanya menghambat channel tipe L, yang menyebabkan vasodilatasi koroner dan perifer. Ada dua subkelas CCB,dihidropiridin dan nondihidropiridine. Keduanya sangat berbeda satu sama lain.Efektifitas antihipertensinya

hampir sama, tetapi ada perbedaan pada efekfarmakodinami yang lain. Nondihidropiridin (verapamil dan diltiazem) menurunkan denyut jantung dan memperlambat konduksi nodal atriventrikular. Verapamil menghasilkan efek negatif inotropik dan kronotropik yang bertanggung jawab terhadap kecenderungannya untuk memperparah atau menyebabkan gagaljantung pada pasien resiko tinggi. Diltiazem juga mempunyai efek ini tetapi tidak sebesar verapamil (Anonim, 2006).

3) Tiazide Diuretic

Obat ini menghasilkan efek antihipertensi dengan menurunkan resistensi pembuluh darah perifer dalam jangka panjang sementara mengurangi volume sirkulasi darah dalam jangka pendek dengan menghambat Na reasorpsi oleh tubulus distal (Kikuchi dkk, 2009).

4) Angiotensin Reseptor Blocker (ARB)

Obat ini bekerja mengeblok reseptor angiotensin ketika angiotensin tidak dapat menduduki reseptor. Angiotensin ketika menduduki reseptornya akan muncul efek vasokonstriksi, dengan demikian penghambatan terhadap reseptor tersebut menghambat vasokonstriksi dan menghasilkan vasodilatasi. Contoh obat ini adalah candesartan dan ibesartan (Chobanian, 2003).

5) Beta Blocker (BB)

Beta-blockers bekerja dengan menurunkan kerja jantung dan vasodilatasi pembuluh darah, yang menyebabkan detak jantung menjadi lebih lambat. Mekanisme dari Beta-blockers yaitu memblok aksi katekolamin seperti adrenalin dan noradrenalin pada reseptor beta adrenergic. Meskipun Beta-blockers memiliki efek untuk menurunkan tekanan darah tetapi tidak memiliki banyak efek yang positif dibandingkan dengan obat antihipertensi lainnya. Beta-blockers seperti atenolol tidak direkomendasikan sebagai first-line therapy dari hipertensi karena memiliki risiko yang relatif merugikan seperti stroke dan diabetes mellitus tipe 2. Tetapi obat Beta-blockers tidak diresepkan untuk penderita asma karena dapat meningkatkan kejang otot di paru-paru (Dufton, 2011).

b. Non farmakologi

Terapi non farmakologi hipertensi berdasarkan (Pedoman Tatalaksana Hipertensi pada Penyakit Kardiovaskular, 2015 : 3), Yaitu :

- 1) Menurunkan berat badan bila status gizi berlebih: peningkatan berat badan di usia dewasa sangat berpengaruh terhadap tekanan darahnya. Oleh karena itu, manajemen berat badan sangat penting dalam prevensi dan kontrol hipertensi
- 2) Mengurangi asupan garam. Di negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah. Tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan sebagainya. Tidak jarang, diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 . Dianjurkan untuk asupan garam.
- 3) Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 – 60 menit/ hari, minimal 3 hari/ minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya tidak melebihi 2 gr/ hari.
- 4) Mengurangi konsumsi alkohol. Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum di negara kita, namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah (Anonim, 2015)
- 5) Berhenti merokok. Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok

C. Terapi Kombinasi

Penggunaan terapi kombinasi obat secara rasional bertujuan untuk mempertahankan tekanan darah menggunakan dua antihipertensi yang memiliki tempat aksi dan golongan yang berbeda. Penggunaan dosis rendah dari dua obat yang berbeda dapat juga mengurangi efek klinis dan metabolik yang terjadi pada dosis maksimal dari tablet kombinasi. Keuntungan potensial ini yang mendasari beberapa peneliti untuk menggunakan terapi antihipertensi kombinasi sebagai terapi awal, terutama pada pasien dengan erusakan organ yang tinggi atau

pada tingkat hipertensi yang lebih parah (Skolnik dkk, 2000). Terapi kombinasi seharusnya melibatkan antihipertensi dari kelas yang berbeda karena kombinasi antara antihipertensi dengan mekanisme yang sama kurang efektif (Kalra dkk, 2010).

Pasien yang mengalami diabetes dan komorbid dengan hipertensi dapat meningkatkan resiko kejadian kardiovaskular. Angiotensin Receptor Blocker (ARB) adalah salah satu obat lini pertama hipertensi dengan diabetes. Apabila pasien hipertensi dengan diabetes tidak merespon terhadap pengobatan ARB maka ada dua pilihan yaitu meningkatkan dosis ARB atau kombinasi ARB dengan golongan lain seperti amlodipin. Kombinasi candesartan dan amlodipin tidak terdapat interaksi. Mekanisme kerjanya yaitu candesartan merupakan kelompok Angiotensin Receptor Blocker (ARB). ARB merupakan kelompok obat yang memodulasi sistem RAS (Renin-Angiotensin System) dengan cara menghambat ikatan angiotensin II dengan reseptornya, yaitu pada reseptor AT1 secara spesifik. Angiotensin II dibentuk dari angiotensin I melalui reaksi yang dikatalisis oleh Angiotensin Converting Enzyme (ACE, kinase II). Angiotensin II berfungsi sebagai hormon yang meningkatkan tekanan darah dan volume darah dalam beberapa cara. Sebagai contoh angiotensin II meningkatkan tekanan darah dengan cara menyempitkan arteriola, menurunkan aliran darah ke banyak kapiler, termasuk kapiler ginjal. Angiotensin II merangsang tubula proksimal nefron untuk menyerap kembali NaCl dan air. Hal tersebut akan mengurangi jumlah garam dan air yang diekskresikan dalam urin akibatnya adalah peningkatan tekanan darah dan volume darah (Campbell dkk, 2013).

Mekanisme kerja amlodipin yaitu menghambat ion kalsium memasuki “slow channel” pada otot polos vaskuler dan miokardium selama depolarisasi, menghasilkan relaksasi otot polos vaskuler koroner dan vasodilatasi koroner, meningkatkan pasokan oksigen miokard pada pasien angina vasospasik (Sefni, 2010).

2.1.11 Efektivitas Obat

Efektivitas obat merupakan seberapa jauh obat dapat mencapai efek yang diinginkan dalam praktek klinis, dalam hal ini yaitu untuk mencapai efek dalam menurunkan tekanan darah sistol maupun diastol hingga mencapai target standar. Target tekanan darah yang telah banyak direkomendasikan oleh berbagai studi pada pasien hipertensi adalah tekanan darah sistolik ≤ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≤ 90 mmHg (Anonim, 2015). Sehingga

parameter utama dari pengukuran efektivitas obat antihipertensi adalah penurunan tekanan darah yang diamati pada kurun waktu tertentu.

Standar efektivitas terapi yang digunakan pada penelitian ini mengacu pada Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults (JNC VIII), panduan pada manajemen hipertensi orang dewasa terkait dengan penyakit kardiovaskuler antara lain :

1. Pada pasien berusia ≥ 60 tahun, mulai pengobatan farmakologis pada tekanan darah sistolik ≥ 150 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg dengan target terapi untuk sistolik ≥ 150 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg dengan target terapi untuk sistolik < 150 mmHg dan diastolik < 90 mmHg (Rekomendasi Kuat- Grade A).
2. Pada pasien berusia < 60 tahun, mulai pengobatan farmakologis pada tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dengan target < 90 mmHg. (untuk usia 30-59 tahun, Rekomendasi kuat –Grade A ; untuk usia 18-29 Thun, Opini Ahli – kelas E)
3. Pada pasien berusia < 60 tahun, mulai pengobatan farmakologis pada tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dengan target terapi < 140 mmHg. (Opini Ahli – Kelas E).
4. Pada pasien berusia ≥ 18 tahun dengan penyakit gagal ginjal krpnis, mulai pengobatan farmakologis pada tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg dengan target terapi sistolik < 140 mmHg dan diastolic < 90 mmHg. (Opini Ahli – Kelas E).
5. Pada pasien berusia ≥ 18 tahun dengan diabetes, mulai pengobatan farmakologis pada tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau diastolik ≥ 90 mmHg dengan target terapi sistolik < 140 mmHg dan diastolik < 90 mmHg. (Opini Ahli – Kelas E).
6. Pada populasi umum bukan kulit hitam, termasuk orang-orang dengan diabetes, pengobatan antihipertensi awal harus mencakup diuretik tipe thiazide, CCB, ACEI atau ARB (Rekomendasi sedang – Grade B).
7. Pada populasi umum kulit hitam, termasuk orang-orang dengan diabetes, pengobatan antihipertensi awal harus mencakup diuretik tipe thiazide atau CCB. (Untuk penduduk kulit hitam umum : Rekomendasi sedang – Grade B, untuk pasien hitam dengan diabetes : Rekomendasi lemah – Grade C).
8. Pada penduduk berusia ≥ 18 tahun dengan penyakit ginjal kronis, pengobatan awal atau tambahan antihipertensi harus mencakup ACEI atau ARB untuk meningkatkan outcome nginjal. (Rekomendasi sedang – Grade B).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif non eksperimental untuk mengetahui rasionalitas pengobatan pada pasien preeklampsia di instalasi rawat inap RS ANNISA Cikarang pada bulan Januari – Maret tahun 2021. Pengambilan data secara retrospektif dengan melihat data pasien preeklampsia melalui data rekam medik (medical record) di RS ANNISA Cikarang.

3.2 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional yang digunakan diantaranya:

1. Kasus preeklampsia adalah kasus dengan diagnosis preeklampsia yang menerima obat antihipertensi selama bulan Januari –Maret tahun 2021.
2. Tepat indikasi: ketepatan yang sesuai dengan diagnosis dokter untuk penggunaan obat.
3. Tepat pasien: ketepatan obat yang sesuai dengan kondisi dari pasien atau obat tersebut dikontraindikasikan untuk pasien.
4. Tepat obat: pemilihan obat sesuai dengan drug of choice pengobatan preeklampsia.
5. Tepat dosis: ketepatan obat yang sesuai dengan kondisi dari pasien atau obat tersebut dikontraindikasikan untuk pasien.
6. Pengobatan rasional diperoleh jika memenuhi semua kriteria tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis dan tepat pasien

3.3 Tempat dan Waktu Pengumpulan Data

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RS ANNISA Cikarang agar sesuai dengan penelitian yang diharapkan peneliti.

2. Waktu Penelitian

Pengumpulan data dilakukan mulai bulan Juli 2021.

3.4 Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua rekam medik pasien preeklampsia di RS ANNISA Cikarang dari bulan Januari - Maret tahun 2021.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah populasi yang diteliti secara rinci (Sugiyono). Sampel penelitian ini yaitu pasien preeklampsia rawat inap RS ANNISA Cikarang dari bulan Januari – Maret 2021 sesuai dengan kriteria inklusi sebanyak 32 pasien preeklampsia.

3.5 Teknik Sampling

Cara pengambilan sampel menggunakan teknik nonprobability sampling yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan bagi setiap unsur atau anggota untuk dipilih menjadi sampel. Teknik penentuan sampel dengan cara purposive sampling yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono 2015).

Perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus Slovin yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = persen kelonggaran ketidak telitian karena kesalahan pengambilan sampel yang masih dapat di tolerir atau diinginkan, misalnya 5%

Dari rumus diatas diketahui jumlah populasi bulan Januari – Maret 2021 sejumlah 35 pasien rawat inap dengan preeklampsia, maka sampel yang dibutuhkan sejumlah

$$n = \frac{35}{1+35(0,05)^2}$$

$$n = \frac{35}{1+0,0875}$$

$$n = \frac{35}{1.0875}$$

$$n = 32,18 = 32 \text{ sampel}$$

Jadi total ada 32 sampel yang dibutuhkan untuk melakukan penelitian.

3.6 Kriteria Inklusi dan Kriteria Eksklusi

1. Kriteria Inklusi

- a) Pasien preeklampsia instalasi rawat inap RS ANNISA Cikarang yang terdaftar dari bulan Januari – Maret 2021
- b) Memiliki catatan rekam medik lengkap yang berisi identitas pasien, pengobatan yang diberikan, (permenkes, 2008).

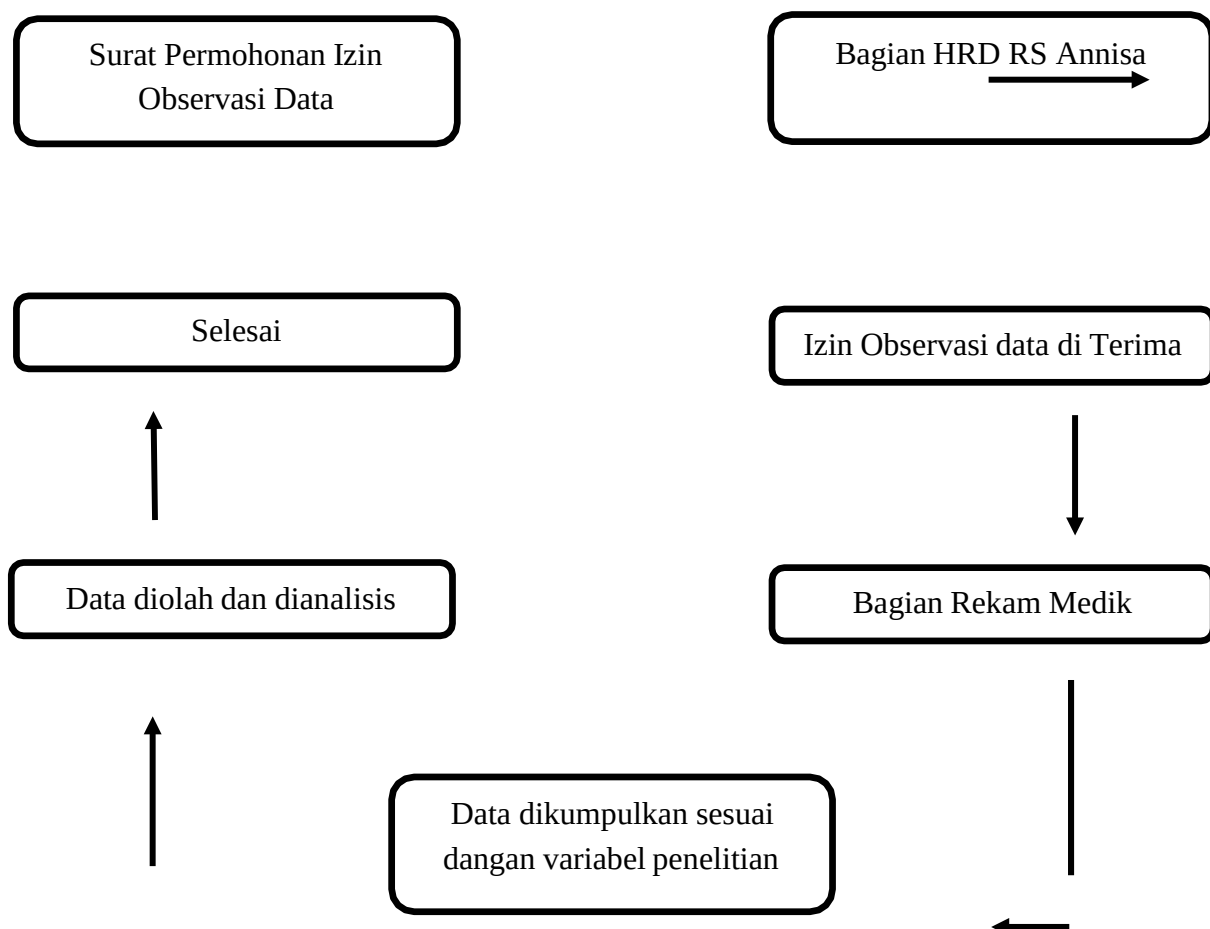
2. Kriteria Eksklusi

- a) Pasien preeklampsia yang pulang dengan APS (atas permintaan sendiri) atau meninggal.

3.7 Proses Pengambilan Data

Proses pengambilan data dimulai dengan membuat surat izin pengambilan data / observasi dari program Studi Farmasi POLITEKNIK PIKSI GANESHA BANDUNG. Surat izin yang telah dibuat, diserahkan kepada bagian HRD Rumah Sakit Annisa Cikarang Jawa Barat untuk mendapatkan izin, kemudian peneliti melakukan pengumpulan data dari rekam medik pasien di Rumah Sakit Annisa Cikarang. Data dikumpulkan dan dicatat dalam lembar pengambilan data. Kemudian didapat data populasi dan sampel selama periode Januari 2021 – Maret 2021. Selanjutnya data diolah.

Proses pengumpulan data dalam bagan dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



3.8. Analisa Data

Setelah semua data terkumpul, kemudian data dianalisis dengan cara mendeskriptifkan atau menggambarkan data yang sudah diperoleh dalam bentuk table persentase (%). Selanjutnya analisis rasionalitas dilakukan dengan menghitung persentase dari jumlah 4T, yaitu tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat dan tepat dosis.

$$1. \% \text{ tepat indikasi} = \frac{\text{Jumlah Kasus yang tepat indikasi}}{\text{Jumlah total kasus}} \times 100 \%$$

$$2. \% \text{ tepat pasien} = \frac{\text{Jumlah Kasus yang tepat pasien}}{\text{Jumlah total kasus}} \times 100 \%$$

$$3. \% \text{ tepat obat} = \frac{\text{Jumlah Kasus yang tepat obat}}{\text{Jumlah total kasus}} \times 100 \%$$

$$4. \% \text{ tepat dosis} = \frac{\text{Jumlah Kasus yang tepat dosis}}{\text{Jumlah total kasus}} \times 100 \%$$

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Distribusi pasien ibu hamil preeklampsia berdasarkan usia

Proses pengambilan data pada penelitian ini dengan mengevaluasi rekam medik pasien preeklampsia pada ibu hamil di instalasi rawat inap Rumah Sakit Annisa Cikarang periode Januari – Maret 2021. Preeklampsia didapatkan 35 kasus. Dari 35 kasus tersebut didapati sampel diambil berdasarkan rumus slovin sejumlah 32 kasus yang termasuk dalam kriteria inklusi penelitian yaitu diagnosa utama penyakit preeklampsia, menggunakan obat antihipertensi dan mempunyai data rekam medik dengan kelengkapan identitas pasien (Nama, umur, berat badan, usia). Nomor rekam medik, jenis obat, dan dosis. Distribusi pasien ibu hamil preeklampsia berdasarkan usia, kemudian dipaparkan dalam pembahasan sebagai berikut:

Berdasarkan usia ibu hamil, digolongkan menjadi pasien yang berumur 17-25 tahun, 26-35 tahun dan 36-45 tahun (Depkes RI, 2009)

Tabel 3. Distribusi usia pasien preeklampsia di Rumah Sakit ANNISA tahun 2021

Usia (tahun)	Jumlah Kasus	Presentase (%)
17-25	5	15,6
26-35	15	46,9
36-45	12	37,5
Jumlah	32	100

Menurut tabel 3 dapat dilihat bahwa pasien yang ber umur 17-25 tahun sebanyak 5 kasus (15,6%) sedangkan yang paling banyak kasusnya terjadi pada usia ibu hamil antara 26-35 tahun sebanyak 15 kasus (46,9%). Pada kelompok usia 36-45 tahun sebanyak 12 kasus (37,5%). Usia ibu pada saat hamil sangat penting mempengaruhi terjadinya hipertensi pada kehamilan karena pada usia muda < 20 tahun organ reproduksi seorang wanita belum sempurna sehingga mudah timbul komplikasi pada ibu hamil, dan pada usia > 35 tahun maka organ reproduksi ibu hamil sudah mulai menurun fungsinya sehingga dapat menyebabkan komplikasi pada ibu hamil (Sirait, 2012).

4. 2 Tekanan Darah Keluar Masuk Pasien Ibu Hamil Preeklampsia

Pada penelitian ini tekanan darah pada pasien hipertensi di bedakan menjadi 2 yaitu tekanan darah masuk rumah sakit dan tekanan darah saat keluar rumah sakit.

a. Tekanan darah masuk rumah sakit

Dari hasil data yang didapatkan dikelompokkan menjadi 2 yaitu, tekanan darah ringan-sedang (tekanan darah sistolik 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-100 mmHg) dan kelompok berat (tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan diastolik ≥ 100 mmHg) (Queensland Health, 2013).

Tabel 4. Distribusi tekanan darah masuk rumah sakit pasien hipertensi pada pasien ibu hamil di Rumah Sakit ANNISA Januari-Maret 2021.

Tekanan Darah	Jumlah Kasus	Persentase (%)
ringan-sedang	14	43,75
Berat	18	56,25
Total	32	100

Tekanan darah masuk pasien hipertensi menunjukkan tekanan darah saat pasien masuk rumah sakit. Dari data pada tabel, didapatkan data terbanyak pada kelompok berat/ akut (tekanan darah sistolik ≥ 160 mmHg dan diastolik ≥ 100 mmHg) sebanyak 18 kasus dengan persentase 56,25% dan pada kelompok ringan-sedang (tekanan darah sistolik 140-160 mmHg dan tekanan darah diastolik 90-100 mmHg) didapatkan 14 kasus dengan persentase 43,75%.

b. Tekanan darah keluar rumah sakit

Distribusi tekanan darah keluar rumah sakit diukur pada saat pasien akan keluar rumah sakit, sehingga dapat terlihat keberhasilan terapi hipertensinya. Tekanan darah keluar rumah sakit di bagi menjadi 3 kelompok menurut data yang didapatkan yaitu, tekanan darah normal (tekanan darah sistolik < 120 mmHg dan diastolik < 80 mmHg), prehipertensi (tekanan darah sistolik 120-139 mmHg dan diastolik 80-89 mmHg) dan, kelompok ringan-sedang (tekanan darah sistolik 140-160 mmHg dan diastolik 90-100 mmHg) (JNC VII, 2003).

Tabel 5. Distribusi tekanan darah keluar rumah sakit pasien hipertensi pada pasien ibu hamil di Rumah Sakit Annisa Januari-Maret Tahun 2021.

Tekanan Darah	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Normal	5	15,63
Pre hipertensi	8	25
Ringan-sedang	19	59,37
Total	32	100

Pada table 5, menunjukan bahwa tekanan darah keluar rumah sakit pasien yang terbanyak yaitu pada ringan sedang sebanyak 19 kasus dengan persentase 59,37 %. Secara umum menunjukan terdapat perbaikan tekanan darah pasien saat masuk rumah sakit dari tekanan darah ringan-sedang menjadi pre-hipertensi saat keluar rumah sakit dan sudah memenuhi goal terapi dari hipertensi yaitu dengan tekanan darah < 135/ 85 mmHg (Sajith et al, 2014). Namun, tekanan darah pasien yang cenderung normal masih sangat sedikit, hal ini disebabkan kemungkinan dibutuhkan waktu lebih panjang untuk terapi pasien preeklamsia menjadi kembali normal.

4.3 Golongan Obat Antihipertensi

Gambaran obat antihipertensi yang diberikan pada pasien preeklamsia pada ibu hamil di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Annisa Cikarang tahun 2021 terdapat pada tabel. Antihipertensi yang diberikan pada ibu hamil yang menderita preeklamsia berfungsi untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah komplikasi pada ibu dan janin selama masa kehamilan (Sajith et al, 2014).

Tabel 6. Distribusi penggolongan obat utama yang digunakan pada pasien preeklamsia di Rumah Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021

Golongan Antihipertensi	Obat Utama	Jumlah Pasien	Persentase (%)
Calcium Channel Blocker	Nifedipin 10 mg Tablet	28	87,5
	Amlodipin 10 mg Tablet	1	3,1
α 2- Agonis Sentral	Dopamet 250 mg Tablet	14	56,25
Loop Diuretik	Furosemid 40 mg Tablet	2	6,25
	Furosemid Injeksi	6	18,75
ACE Inhibitor	Lisinopril 10 mg Tablet	3	9,4

Pada table 6, dapat dilihat bahwa penggunaan antihipertensi dengan jumlah terbanyak yaitu Nifedipine (Calcium Channel Blocker-Dihydropyridine) sebanyak 28 kasus dengan persentase 87,5% dan Amlodipine sebanyak 1 kasus yang mempunyai persentase 3,1%.

Pasien pada penelitian ini juga mendapatkan antihipertensi Dopamet sebanyak 14 pasien dengan persentase 56,25% yang merupakan golongan α 2- Agonis Sentral, Dopamet mengandung Metildopa yang merupakan terapi utama dari hipertensi pada ibu hamil karena dinilai paling aman dan tidak menimbulkan efek samping pada ibu dan janin. Kemudian ada juga obat golongan loop diuretic berupa furosemide tablet dan furosemide injek dengan masing-masing kasus sebanyak 2 dan 6 kasus. Sedangkan ada juga yang diberikan lisinopril sebanyak 3 pasien dengan persentase 9,4% dari golongan ACE Inhibitor, menurut ADEC (Australian Drug Evaluation Committee) termasuk dalam golongan D, yaitu berpotensi menyebabkan kecacatan pada janin dan untuk ibu hamil pada kehamilan berikutnya (Queensland Health, 2013)

4.4 Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antihipertensi

4.4.1 Tepat Indikasi

Ketepatan indikasi merupakan kesesuaian pemberian obat yang dilihat dari diagnosis dokter yaitu preeklampsia pada ibu hamil.

Tabel 7. Aspek ketepatan Indikasi Penggunaan Antihipertensi pada Pasien Preeklampsia di Rumah Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021

Aspek	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Tepat Indikasi	29	90,6
Tidak tepat indikasi	3	9,4

Pada tabel 7, jumlah kasus yang tepat indikasi sebanyak 29 kasus (90,6%) karena diberikan pada pasien preeklampsia dengan tekanan darah masuk yakni $\geq 140/90$ mmHg. Sedangkan jumlah kasus yang tidak tepat indikasi sebanyak 3 kasus (9,4%) dikarenakan antihipertensi diberikan pada pasien dengan tekanan darah masuk $\leq 140/90$ mmHg. Tekanan darah $< 140/90$ mmHg termasuk kategori prehipertensi

4.5.2 Tepat Obat

Tabel 8. Aspek ketepatan Obat Penggunaan Antihipertensi pada Pasien Preeklampsia di Rumah Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021

Aspek	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Tepat Obat	24	75
Tidak tepat obat	8	25

Ketepatan obat dilihat dari pemilihan antihipertensi yang disesuaikan dengan standar yang digunakan, dilihat apakah merupakan drug of choice dari antihipertensi yang diberikan pada pasien preeklampsia berat. Jumlah kasus yang tepat obat adalah 24 kasus (75%) dan yang tidak tepat 8 kasus (25%). Obat antihipertensi pilihan untuk terapi preeklampsia antara lain: nifedipin sebanyak 12 pasien, dopamet 2 pasien, dan kombinasi nifedipin+dopamet 10. Nifedipin dan Metildopa merupakan drug of choice untuk pasien preeklampsia berat. Sebanyak 8 kasus tidak tepat obat, karena 2 pasien mendapatkan pengobatan Furosemid. Sedangkan Furosemid bukan merupakan drug of choice. Dan sebanyak 6 pasien selain diberikan terapi Nifedipin+Dopamet juga diberikan terapi tambahan Furosemid dan/atau Lisinopril. Diketahui Lisinopril termasuk dari golongan ACE Inhibitor tidak termasuk drug of choice.

4.5.3 Tepat Dosis

Tabel 9. Aspek Ketepatan Dosis Penggunaan Antihipertensi pada Pasien Preeklampsia di Rumah Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021

Aspek	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Tepat Dosis Nifedipin	14	51,85
Tidak tepat dosis Nifedipin	13	48,15
Tepat Dosis Dopamet	18	100
Tidak tepat dosis Dopamet	0	0

Pada tabel 9 ditunjukkan pemberian antihipertensi yang tepat dosis untuk terapi menggunakan Nifedipin dan Dopamet. Diketahui sebanyak 14 kasus penggunaan Nifedipin (51,85%) dan sebanyak 18 kasus penggunaan Dopamet (100%) tepat dosis karena dosis pemberian antihipertensi dengan Nifedipin dan Dopamet tersebut sesuai dengan dosis, cara pemberian dan frekuensi, durasi dan rute yang tepat menurut standar acuan POGI tahun 2006 dan British National Formulary (BNF) 54 tahun 2008. Selain itu penggunaan dopamet sudah tepat dosis karena sesuai QCG (2015) tidak melebihi dosis maksimal penggunaan metildopa dalam sehari yakni 2 gram. Sedangkan pada tabel 9 juga terdapat 13 kasus (48,15%) yang tidak tepat dosis untuk penggunaan Nifedipin karena melebihi dosis anjuran Menurut QCG (2015) Nifedipin dosis 20-30 mg/hari.

4.5.4 Tepat Pasien

Tabel 10. Aspek Ketepatan Pasien Penggunaan Antihipertensi pada Pasien Preeklampsia berat di Rumah Sakit Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021

Aspek	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Tepat Pasien	29	90,6
Tidak tepat pasien	3	9,4

Pada penelitian didapatkan obat hipertensi yang diberikan pada pasien preeklampsia berat pada ibu hamil di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Annisa Cikarang Januari-Maret tahun 2021 menunjukkan 90,6% yang tepat pasien. Karena 29 pasien tersebut mendapat obat yang tidak menyebabkan kontraindikasi terhadap pasien, yang mana pasien diberikan antihipertensi dari golongan CCB (nifedipin) termasuk kategori C, metildopa termasuk kriteria B dan loop diuretik (furosemid) yang dalam kategori FDA termasuk kategori B dan C. Sehingga antihipertensi tidak kontraindikasi dan aman bagi ibu hamil. Sedangkan jumlah kasus yang tidak tepat pasien terdapat 4 kasus (9,4%), karena 3 kasus tersebut diberikan lisinopril dari golongan ACE Inhibitor, , menurut ADEC (Australian Drug Evaluation Committee) termasuk dalam golongan D, yaitu berpotensi menyebabkan kecacatan pada janin dan untuk ibu hamil pada kehamilan berikutnya (Queensland Health, 2013).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5. 1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di depo Rawat Inap RS Annisa Cikarang tentang dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Usia pasien yang mengalami preeklamsia yang paling banyak kasusnya terjadi pada usia ibu hamil antara 26-35 tahun sebanyak 15 kasus (46,9%)
2. Golongan obat yang digunakan pada pasien preeklamsia RS Annisa Cikarang yakni Calcium Channel Blocker-Dihydropyridine, α 2- Agonis Sentral, loop diuretic, dan ACE Inhibitor
3. Obat terbanyak yang digunakan pada pasien preeklamsia RS Annisa Cikarang yaitu nifedipine sebanyak 28 kasus dengan persentase 87,5%
4. Penggunaan antihipertensi pada pasien preeklamsia RS Annisa Cikarang rasional karena memiliki nilai 90,6 % memenuhi kriteria tepat indikasi, 75 % memenuhi kriteria tepat obat, 51,85% memenuhi kriteria tepat dosis nifedipin dan 100 % memenuhi kriteria tepat dosis dopamet, 90,6 % memenuhi kriteria tepat pasien.

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat disampaikan beberapa saran untuk penelitian selanjutnya adalah sebagai berikut :

1. Perlu dilakukan penelitian yang menggunakan metode pengambilan data secara prospektif agar hasilnya lebih akurat
2. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai keefektifan dan keamanan obat antihipertensi bagi pasien preeklamsia
3. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terkait hubungan ketepatan penggunaan obat dengan kesembuhan pasien

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2009, *Profil Kesehatan Indonesia 2008*, Jakarta, Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- JNC VII. 2003. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42:1206-52. <http://hyper.ahajournals.org/cgi/content/full/42/6/1206>
- Persatuan Obstetri dan Ginekologi Indonesia (POGI), 2015, *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Diagnosis dan Tata Laksana Pre- Eklampsia*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Queensland Health, 2013, *Hypertensive Disorders of Pregnancy*, Queensland, Queensland Government
- Queensland Clinical Guideline (QCG), 2015, *Maternity and Neonatal Clinical Guideline Hypertension disorders of pregnancy*, Queensland Clinical Guideline Steering Committee, Queensland.
- Sajith M., Nimbargi V., Modi A., Sumariya R. and Pawar A., 2014, Incidence of pregnancy induced hypertension and prescription pattern of antihypertensive drugs in pregnancy, , 5 (4), 163–170.
- Sirait A.M., 2012, Prevalensi Hipertensi Pada Kehamilan Di Indonesia Dan Berbagai Faktor Yang Berhubungan (Riset Kesehatan Dasar 2007), Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 15 (2 April 2012), 103–109.
- Nurmainah, Fudholi A., dan Dwiprahasto, I., 2013, Persistensi Penggunaan Obat Antihipertensi pada Pasien Hipertensi Rawat Jalan, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Vol. 8, No. 1, Hal 13-14.
- Saseen, J.J., dan MacLaughlin, E.J., 2008, *Hypertension dalam Dipro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Well, B.G. dan Posey, L.M.,(Eds.), Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, Seventh Ed., Mc Graw Hill, New York. Hal 139-168.*
- JNC VIII, 2014, The Eight Report of the Joint National Committee. *Hypertension Guidelines: An In-Depth Guide*. *Am J Manag Care*, Hal 56-57.

**EVALUASI WAKTU TUNGGU PELAYANAN RESEP TERHADAP
KEPUASAN PASIEN RAWAT JALAN DI IFRS AMANDA CIKARANG
SELATAN**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

PUPUT ZENI NURILAH

NPM 18 307 183



POLITEKNIK PIKSI GANESHA

2021

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan data waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Bulan Januari 2021. Dan untuk Mengetahui gambaran waktu tunggu pelayanan resep terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan. Penelitian ini bersifat survey analitik dengan desain cross sectional, untuk melihat evaluasi waktu tunggu pengambilan obat terhadap kepuasan pasien di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang ke Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda. Sampel diambil dengan teknik *random sampling* dimana teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di RS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021 waktu tunggu pelayanan resep cepat sebanyak 226 orang (55%) dengan rata-rata waktu tunggu ≤ 30 menit. Kepuasan pasien rawat jalan di RS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021 pasien yang puas sebanyak 336 orang (94,5%). Diharapkan agar Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tetap mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien. Diharapkan kepada pasien yang berkunjung ke RS Amanda tetap menggunakan pelayanan kesehatan agar tingkat derajat kesehatan kita lebih meningkat sehingga angka kematian dapat diturunkan.

Kata Kunci : Waktu Tunggu, Kepuasan Pasien, Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.

ABSTRACT

This study aims to get the data timeout outpatient prescription services in the Hospital Pharmacy Amanda South Cikarang in January 2021. And to describe the waiting time to the prescription service satisfaction rate in the first out patient Installation Hospital Pharmacy Amanda South Cikarang. This study is an analytic survey study with a cross-sectional design, to see the evaluation of waiting time for drug taking on patient satisfaction at the Pharmacy Installation of Amanda Hospital, South Cikarang. The population in this study were all patients who came to the Pharmacy Installation of Amanda Hospital. Sampling was carried out by random sampling technique where the sampling technique was carried out with certain considerations. Waiting time for outpatient prescription service at Amanda Cikarang Selatan Hospital in 2021, waiting time for fast prescription service 226 people (55%) with an average waiting time of 30 minutes. Satisfaction of outpatients at Amanda Hospital Cikarang Selatan In 2021, patients were satisfied as many as 336 people (94.5%). It is hoped that the Pharmacy Installation of the South Cikarang Amanda Hospital maintain and improve the quality of care to patients. It is expected that patients who visit Amanda Hospital continue to use health services so that the level of our health improves so that the death rate can be lowered.

Keywords: Waiting Time for Prescription, Patient Satisfaction, Amanda Hospital South Cikarang.

DAFTAR ISI

Contents

LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR TIM PENGUJI	v
LEMBAR PERNYATAAN PENULIS	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
A. Tujuan Umum.....	4
B. Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
A. Bagi Peneliti	4
B. Bagi Institusi.....	5
C. Bagi Instansi	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Rumah Sakit	6

2.2	Instalasi Farmasi Rumah Sakit	6
2.3	Pelayanan Resep.....	8
A.	Pengertian resep	8
B.	Pengkajian dan Pelayanan Resep	8
2.4	Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.....	9
2.5	Waktu Tunggu Pelayanan Resep.....	10
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		12
3.1	Metode Penelitian.....	12
3.2	Hasil Penelitian.....	13
A.	Analisa Univariat.....	13
3.3	Definisi Operasional.....	14
3.4	Alat dan Bahan	14
3.5	Prosedur Penelitian.....	14
BAB IV HASIL PENGAMATAN DAN PEMBAHASAN		15
4.1	Sejarah Singkat	15
4.2	Waktu Tunggu Pelayanan Resep.....	16
4.3	Kepuasan Pasien.....	17
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		18
5.1	Kesimpulan.....	18
5.2	Saran.....	18
DAFTAR PUSTAKA		19

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Distribusi Frekuensi Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan di IFRS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021	13
Tabel 3. 2 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Rawat Jalan di IFRS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021	13

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Instalasi farmasi merupakan salah satu unit kerja yang berperan sebagai penyelenggaraan kegiatan kefarmasian di Rumah sakit. Dalam beberapa dekade terakhir ini, pelayanan instalasi farmasi rumah sakit telah berkembang dengan pesat, mulai dari pelayanan farmasi tradisional (pelayanan produk farmasi) yang terkadang juga disebut dengan drug dispenser sampai kepada pelayanan farmasi klinik, pendidikan, dan penelitian (Lintang, dkk, 2017).

Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit semakin berkembang, tidak terbatas terhadap penyiapan obat dan penyerahan obat kepada pasien, tetapi perlu melakukan interaksi atau komunikasi langsung kepada pasien dan tenaga kesehatan lainnya dengan menerapkan pelayanan yang berbasis “*pharmaceutical care*” secara menyeluruh oleh tenaga farmasi.

Tuntutan pasien akan mutu pelayanan farmasi mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama (*drugoriented*) ke paradigma baru (*patient oriented*) dengan menerapkan pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*) (PERMENKES, 2014).

Salah satu standar minimal pelayanan farmasi di Rumah Sakit adalah waktu tunggu. Waktu tunggu pelayanan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi dengan standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan adalah ≤ 30 menit, sedangkan waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai pasien menerima obat racikan yaitu ≤ 60 menit (Kepmenkes, 2008).

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, waktu tunggu identik dengan kebosanan, stres dan penderitaan dan bahkan dapat menurunkan kualitas hidup serta harapan hidup. Waktu tunggu pelayanan

yang baik berhubungan dengan kepuasan pelanggan, sehingga rumah sakit harus dapat mengontrol waktu pelayanan untuk mencapai kepuasan pasien (Febriana, 2012).

Waktu tunggu pelayanan resep dibagi menjadi dua yaitu waktu tunggu pelayanan resep obat jadi atau non racikan dan pelayanan resep obat racikan. Waktu tunggu pelayanan obat jadi atau non racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi. Sedangkan waktu tunggu pelayanan resep obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan. Waktu tunggu merupakan masalah yang sering menimbulkan keluhan pasien di beberapa rumah sakit. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien (Kepmenkes, 2008).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh karuniawati, dkk (2016) di Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta, RSUD Kota Salatiga, RSUD Kota Salatiga merupakan Rumah Sakit pemerintah yang mempunyai beberapa depo rawat inap, rawat jalan eksekutif, depo rawat jalan, depo instalasi gawat darurat (IGD), depo logistik perbekalan farmasi dan depo instalasi bedah sentral (IBS). Masing-masing depo melayani resep baik obat jadi maupun obat racik. Hasil dari kesimpulan tersebut jumlah resep yang diteliti dalam penelitian ini adalah sebanyak 225 resep dengan 78 resep adalah resep racikan dan 147 merupakan resep obat jadi atau non racikan. Waktu tunggu rata-rata obat racikan adalah 9,18 menit dan rata-rata waktu tunggu obat jadi atau obat non racikan adalah 5,70 menit. Hal tersebut sudah sesuai dengan standar pelayanan minimal yang dipersyaratkan oleh Kepmenkes No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang pelayanan resep baik obat jadi maupun obat racikan yaitu lama waktu tunggu obat racikan ≤ 60 menit dan obat non racikan atau obat jadi ≤ 30 menit, dan dari semua sampel yang diteliti tidak ada yang melebihi lama waktu tunggu seperti yang dipersyaratkan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nurma Katrinnada Purwandari, dkk (2017) dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang tentang Analisa Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan di Depo Farmasi gedung mceb Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu rata-rata waktu tunggu pelayanan resep non racikan adalah 48.90 menit, jika dilihat dari status pasien status pasien, rata-rata waktu tunggu pasien umum 27.92 menit, pasien JKN

51.73 menit, dan pasien asuransi kesehatan kesehatan komersial 17.96 menit. Delay terlama yaitu pada saat menunggu untuk penyerahan obat sebesar 14.57 menit.

Resep non racikan yang tidak mencapai standar SPM sebesar 63.7% dan yang tidak mencapai IMRS sebesar 78%. Resep yang paling banyak tidak mencapai kedua standar tersebut adalah resep dari pasien JKN.

Rata-rata waktu tunggu pelayanan resep racikan adalah 46.54 menit, jika dilihat berdasarkan status pasien, rata-rata waktu tunggu pasien umum 50.54 menit dan pasien JKN 45.40 menit. Rata-rata waktu tindakan pada resep racikan adalah 24.51 menit, sedangkan waktu delay sebesar 21.66 menit. Waktu tindakan lebih besar dari pada delay dikarenakan melalui tahap peracikan obat. Pada pelayanan resep racikan terdapat delay di semua tahap pelayanan, dengan waktu delay terlama adalah saat menunggu penyiapan obat sebesar 7.22 menit. Resep racikan yang tidak mencapai standar SPM sebesar 11.1% dan yang tidak mencapai IMRS sebesar 55.6%.

Kesimpulan dari penelitian ini yaitu waktu lama tunggu pelayanan resep non racikan mempunyai presentase 0% sesuai standar dan obat dengan presentase 67% sesuai dengan standar.

Rumah Sakit Amanda merupakan salah satu rumah sakit tipe C yang terdapat di kecamatan cikarang selatan. Rumah sakit ini melayani berbagai pelayanan, salah satunya adalah pelayanan kefarmasian (pelayanan resep di ruang obat). Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit atau Puskesmas adalah ≤ 30 menit untuk obat non racikan dan ≤ 60 menit untuk obat racikan. Namun pada kenyataan di Rumah Sakit Amanda ini memiliki standar pelayanan waktu tunggu untuk obat non racikan ≤ 30 menit dan obat racikan ≤ 60 menit.

Hasil survei pendahuluan menyatakan bahwa jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada bulan Januari 2021 sebanyak 2578 resep, jika dilihat setiap harinya pasien rawat jalan tidak kurang dari 300 pasien yang datang menebus obat ke Rumah Sakit Amanda. Pada waktu jam sibuk terdapat banyak antrian di depan Instalasi Farmasi yang mengakibatkan waktu tunggu pasien semakin lama. Kendala pelayanan resep menurut petugas farmasi meliputi stok obat minimum, sumber daya manusia terbatas, resep yang tidak jelas atau tidak lengkap secara administrasi, dan permintaan obat racikan yang

banyak dimana waktu tunggu pelayanan merupakan masalah yang banyak dijumpai dalam praktik pelayanan kesehatan, dan salah satu komponen yang potensial menyebabkan ketidakpuasan, dimana dalam menunggu waktu yang lama menyebabkan ketidakpuasan terhadap pasien.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik mengambil judul penelitian tentang Evaluasi Waktu Tunggu Pelayanan Resep terhadap kepuasan pasien Rawat Jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tahun 2021.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, peneliti perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah evaluasi waktu tunggu pelayanan resep terhadap kepuasan pasien di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021?

1.3 Tujuan Penelitian

A. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan data waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Bulan Januari 2021.

B. Tujuan Khusus

Untuk Mengetahui gambaran waktu tunggu pelayanan resep terhadap tingkat kepuasan pasien rawat jalan di IFRS Amanda Cikarang Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

A. Bagi Peneliti

Sebagai sarana menerapkan ilmu pengetahuan yang telah didapat selama proses perkuliahan di program studi Farmasi Politeknik Piksi Ganesha Bandung.

B. Bagi Institusi

Menambah kepustakaan dan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam ilmu kefarmasian terkait waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di instalasi farmasi rumah sakit.

C. Bagi Instansi

Sebagai bahan masukan bagi manajemen khususnya Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan yang terkait dengan waktu tunggu pelayanan resep.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Kemenkes, 2016).

Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, sedangkan fungsi rumah sakit yaitu :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta teknologi di bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Instalasi Farmasi Rumah Sakit secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian di suatu rumah sakit di bawah pimpinan seorang apoteker dan dibantu oleh beberapa 3 orang apoteker yang memenuhi persyaratan perundang-undangan yang berlaku dan bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan kefarmasian, yang terdiri dari pelayanan yang mencakup perencanaan, pengadaan, produksi, penyimpanan perbekalan kesehatan/sediaan farmasi, dispensing obat berdasarkan resep bagi penderita saat tinggal dan rawat jalan, pengendalian mutu dan pengendalian distribusi dan penggunaan seluruh

perbekalan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan farmasi klinik umum dan spesialis mencakup pelayanan langsung pada penderita dan pelayanan klinik yang merupakan program rumah sakit secara keseluruhan (Kementrian kesehatan, 2016). Tugas Instalasi Farmasi meliputi:

1. Menyelenggarakan, mengkoordinasikan, mengatur, dan mengawasi seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian yang optimal dan profesional serta sesuai prosedur dan etik profesi.
2. Melaksanakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang efektif, aman, bermutu dan efisien.
3. Melaksanakan pengkajian dan pemantauan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai guna memaksimalkan efek terapi dan keamanan serta meminimalkan risiko.
4. Melaksanakan Komunikasi, Edukasi, dan Informasi (KIE) serta memberikan rekomendasi kepada dokter, perawat dan pasien.
5. Berperan aktif dalam Komite/Tim Farmasi dan Terapi.
6. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan serta pengembangan pelayanan kefarmasian.
7. Memfasilitasi dan mendorong tersusunnya standar pengobatan dan formularium rumah sakit. (Kementrian kesehatan, 2016).

Fungsi Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah pelayanan kefarmasian dengan ruang lingkup sesuai standar pelayanan kefarmasian rumah sakit, yaitu:

A. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang meliputi:

1. Pemilihan
2. Perencanaan kebutuhan
3. Pengadaan
4. Penerimaan
5. Penyimpanan
6. Pendistribusian
7. Pemusnahan dan penarikan
8. Pengendalian

9. Administrasi

B. Pelayanan farmasi klinik

Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan Apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan *outcome* terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena Obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin. Pelayanan farmasi klinik yang dilakukan meliputi :

1. Pengkajian dan pelayanan resep
2. Penelusuran riwayat penggunaan obat
3. Rekonsiliasi obat
4. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
5. Konseling
6. Visite
7. Pemantauan terapi obat
8. Monitoring efek obat
9. Evaluasi penggunaan obat

2.3 Pelayanan Resep

A. Pengertian resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (KEMENKES 2016).

B. Pengkajian dan Pelayanan Resep

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016, pengkajian resep dilakukan untuk menganalisa adanya masalah terkait obat, bila ditemukan masalah terkait obat harus dikonsultasikan kepada dokter penulis resep.

Apoteker harus melakukan pengkajian resep sesuai persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik, dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

Persyaratan administrasi meliputi :

1. Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien
2. Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter
3. Tanggal resep
4. Ruangan/unit asal resep

Persyaratan farmasetik meliputi :

1. Nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan
2. Dosis dan jumlah obat
3. Stabilitas
4. Aturan dan cara penggunaan.

Persyaratan klinis meliputi :

1. Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obat
2. Duplikasi pengobatan
3. Alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD)
4. Kontra indikasi
5. Interaksi obat

Pelayanan resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, penyiapan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai. Termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Pada setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*medication error*).

2.4 Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menurut surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, terdapat 21

jenis pelayanan rumah sakit yang minimal wajib disediakan oleh rumah sakit, salah satunya adalah pelayanan farmasi yang meliputi :

1. Waktu Tunggu Pelayanan (obat non racikan dan obat racikan)
2. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat
3. Kepuasan pelanggan
4. Penulisan resep sesuai formularium

2.5 Waktu Tunggu Pelayanan Resep

Waktu tunggu pelayanan resep merupakan salah satu indikator mutu yang menilai setiap jenis pelayanan yang diberikan. Waktu tunggu pelayanan resep adalah waktu tunggu dihitung mulai pasien membawa resep diserahkan kepada petugas farmasi untuk disiapkan sampai obat diterima oleh pasien yang disertai pembekalan komunikasi, informasi, dan edukasi. Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi dengan standar waktu yang ditetapkan yaitu ≤ 30 menit. Sedangkan, waktu tunggu pelayanan resep obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan dengan standar waktu yang ditetapkan yaitu ≤ 60 menit.

Ketatnya kompetisi jasa rumah sakit serta banyaknya tuntutan masyarakat akan pelayanan yang cepat dan bermutu memaksa rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanannya. Waktu tunggu merupakan salah satu komponen yang menyebabkan ketidakpuasan pasien, yang berdampak pada loyalitas pasien. Waktu tunggu pelayanan resep adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep kepada petugas farmasi sampai menerima obat dari petugas farmasi. Pelayanan farmasi merupakan *revenue center* bagi rumah sakit, sehingga pendapatan rumah sakit dapat ditingkatkan melalui banyaknya resep yang terlayani mengingat lebih dari 90% pelayanan kesehatan menggunakan perbekalan farmasi dan 50% pemasukan rumah sakit berasal dari perbekalan farmasi (Suryoputro, dkk. 2016).

Menurut penelitian yang dilakukan Widiyarsari (Wai. 2018), waktu tunggu pelayanan resep terdiri dari berbagai tahap yaitu :

1. Tahap penghargaan, tahap pembayaran, dan penomoran memakan waktu lebih dari satu menit karena komputer yang menghargai lambat dalam merespon disebabkan karena *memory server* tidak cukup menampung data yang ada.
2. Tahap resep masuk dan tahap pengecekan dan penyerahan obat memerlukan waktu lebih dari dua menit, karena tidak ada petugas yang mengambil resep pada tahap resep masuk dan pada tahap pengecekan, dan penyerahan obat tidak ada petugas yang mengecek dan menyerahkan obat sebab petugas sudah sibuk dengan tahap yang lain terlebih pada saat jam-jam puncak dimana terjadi penumpukan resep.
3. Tahap pengambilan obat paten, tahap pembuatan obat racikan dan tahap etiket dan kemas membutuhkan waktu agak lama jika dibandingkan dengan tahap yang lainnya karena dibutuhkan waktu untuk mencari dan mengambil obat paten sedangkan untuk obat racikan diperlukan waktu menghitung, menimbang dan mengambil obat sesuai dengan dosis yang diperbolehkan, serta etiket dan kemas membutuhkan ketelitian, khususnya pada obat racikan agar tepat dosisnya pada setiap kemasan.

Sedangkan, penyebab lamanya waktu pelayanan resep pasien umum menurut Ayuningtyas (Yulianthy. 2012) dalam penelitiannya yaitu :

1. Adanya komponen *delay* yang menyebabkan proses menjadi lebih lama. *Delay* disebabkan Antara lain karena petugas belum mengerjakan resep karena mengerjakan kegiatan lain atau mengerjakan resep sebelumnya. Hal ini terlihat dari hasil penelitiannya, dimana total waktu komponen delay lebih besar dari total waktu komponen tindakan baik pada resep non racikan maupun resep racikan. Komponen *delay* lebih besar daripada komponen tindakan menandakan proses pelayanan resep kurang efektif.
2. Obat sering kosong sehingga membutuhkan waktu untuk mengambil obat tersebut di gudang.
3. Program komputer yang belum sempurna, yang mengakibatkan beberapa pekerjaan dikerjakan secara manual

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metode Penelitian

Penelitian ini bersifat survey analitik dengan desain cross sectional, untuk melihat evaluasi waktu tunggu pengambilan obat terhadap kepuasan pasien di IFRS Amanda Cikarang Selatan.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang datang ke IFRS Amanda. Sampel diambil dengan teknik *random sampling* dimana teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu.

Sampel dihitung berdasarkan rumus Slovin (1960).

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi (diambil dari jumlah resep pada bulan Januari 2021) ;

e = batas toleransi kesalahan (*error tolerance*) 0.05²

Berdasarkan data rekapan resep di rawat jalan RS Amanda Cikarang Selatan jumlah resep pada bulan Januari 2021 2578 lembar resep. Sehingga jumlah sampel yang di ambil adalah :

Diketahui : N = lembar resep

D = 5 %

Ditanyakan : n (jumlah sampel) ?

$$n = \frac{N}{1+N(e^2)}$$

$$n = \frac{2578}{1+2578(5\%)^2}$$

$$n = \frac{2578}{7,445}$$

$$n = 346,27$$

Jumlah sampel adalah 346,27 lembar resep dan dalam penelitian ini dibulatkan menjadi 346 lembar resep.

3.2 Hasil Penelitian

A. Analisa Univariat

1. Waktu Tunggu Obat

Tabel 3. 1 Distribusi Frekuensi Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan di IFRS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021

Waktu Tunggu Pelayanan Resep	f	%
Cepat	226	55
Lama	120	45
Total	346	100

Berdasarkan tabel 3.1 didapatkan bahwa waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021 sebanyak 226 orang (55%) dan waktu tunggu pelayanan resep lama sebanyak 120 orang (45%).

2. Kepuasan Pasien

Tabel 3. 2 Distribusi Frekuensi Kepuasan Pasien Rawat Jalan di IFRS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021

Kepuasan Pasien	f	%
Cukup Puas	10	5,5
Puas	336	94,5

Berdasarkan tabel 3.2 didapatkan bahwa kepuasan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan pasien yang puas sebanyak 336 orang (93,5%) dan pasien yang cukup puas sebanyak 10 orang (5,5%).

3.3 Definisi Operasional

- A. Waktu tunggu resep adalah jumlah total waktu pelayanan resep obat jadi dan resep obat racikan dimulai saat pasien rawat jalan menyerahkan resep sampai dengan pasien menerima obat di Instalasi Farmasi RS Amanda Cikarang Selatan bulan Januari 2021.
- B. Resep pasien rawat jalan adalah resep pasien yang berasal dari poliklinik rawat jalan yang terdiri dari resep pasien umum dan resep pasien BPJS yang dilayani oleh Instalasi Farmasi RS Amanda Cikarang Selatan bulan Januari 2021.

3.4 Alat dan Bahan

Alat pengumpulan data yang digunakan adalah stopwatch untuk mengetahui waktu tunggu pelayanan resep obat jadi dan obat racikan serta lembar pengumpulan data waktu tunggu pelayanan resep untuk mencatat hasil pengamatan yang dilakukan terhadap waktu tunggu pelayanan resep obat jadi dan obat racikan.

3.5 Prosedur Penelitian

- A. Peneliti mengajukan surat izin penelitian pada Direktur Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan untuk melakukan penelitian.
- B. Observasi
Penelitian dilakukan dengan menghitung waktu tunggu pelayanan resep obat jadi dan resep obat racikan. Data primer dikumpulkan melalui pengamatan langsung dan pencatatan waktu tunggu pelayanan resep dalam lembar pencatatan waktu tunggu. Hasil kemudian dianalisis secara deskriptif.

BAB IV

HASIL PENGAMATAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Sejarah Singkat

Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan, selanjutnya dengan singkatan RS. Amanda Cikarang Selatan, secara geografis berada dibagian selatan Kabupaten Bekasi, terletak di Jl. Raya Serang No.83 Kecamatan Cikarang Selatan.

RS. Amanda Cikarang Selatan berdiri diatas tanah seluas 6.724 m² dengan luas bangunan 4.601 m² dan bangunan berlantai tiga. Fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah yang terdekat yaitu Puskesmas Sukadami berjarak sekitar 200 meter.

RS Amanda Cikarang Selatan bernaung dibawah PT. Amanda Vida Mitratama, dengan Akte Notaris yang terbaharu Nomor 42, tanggal 31 Januari 2012.

RS Amanda Cikarang Selatan berkembang dengan berawal dari Rumah Bersalin dan Balai Pengobatan yang didirikan pada tanggal 27 November 2002 dengan Surat Izin Nomor 503/2780/Dinkes/RB/2002, dan sejak 1 Agustus 2005 ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) dengan Surat Izin Penyelenggaraan Nomor 503/325/Dinkes/RSIA/2005.

Sejalan dengan kebutuhan masyarakat yang beraneka ragam atas layanan yang diberikan oleh RSIA Amanda pada saat itu, tersirat bahwa layanan kesehatan yang diberikan tidak sesuai dengan izin operasional yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi. Untuk menyikapi hal tersebut RSIA Amanda memberanikan diri untuk menjadi RS. Umum. Hal tersebut tidak bertentangan dengan ketentuan / peraturan yang berlaku untuk merespon tuntutan masyarakat tentang ragam dari jenis pelayanan kesehatan yang diberikan. Sehingga melalui Surat Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bekasi dengan Nomor 503/2321/Dinkes/RS/2009, pada tanggal 4 Maret 2009, resmi menjadi rumah sakit umum. Sebagai kelengkapan untuk kelancaran pelayanan tersebut diatas, RS Amanda harus tetap menjaga mutu pelayanan kesehatan tanpa membedakan golongan, ras, jenis kelamin, dll.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan, Nomor 340/MENKES/ PER/III/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, maka sejak 13 Maret 2012.

4.2 Waktu Tunggu Pelayanan Resep

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RS Amanda Cikarang Selatan didapatkan waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan waktu tunggu pelayanan resep cepat sebanyak 226 orang (55%) dan waktu tunggu pelayanan resep lama sebanyak 120 orang (45%).

Petugas farmasi di RS Amanda tepat waktu dalam memberikan pelayanan kepada pasien yang berobat ke Rumah Sakit. Sebagian besar pasien juga mengatakan bahwa pasien memperoleh pelayanan dari awal sampai selesai terbilang cepat karena menggunakan waktu kurang dari 60 menit. Pasien juga mengatakan prosedur pelayanan sangat jelas dan tidak berbelit –belit sehingga tidak menggunakan waktu yang lama.

Ika Nurjanah (2016) dalam penelitiannya yang berjudul Hubungan Waktu Tunggu Pelayanan Resep dengan Kepuasan Pasien di Apotek Pelengkap Kimia Farmadidapatkan bahwa jenis resep terdiri atas resep obat jadi dan resep racikan. Data untuk resep racikan total waktu yaitu 4 jam 39 menit 18 detik atau menit dengan jumlah resep sebanyak 8 lembar resep racikan sehingga diperoleh rata-rata waktu tunggu pelayanan resep untuk resep racikan yaitu 39 menit 74 detik untuk tiap lembar resep racikan. Data waktu tunggu pelayanan resep untuk resep obat jadi diperoleh total waktu yaitu 5 jam 40 menit 08 detik atau 15482,9 menit dengan jumlah resep sebanyak 92 lembar resep obat jadi sehingga diperoleh rata –rata waktu tunggu pelayanan resep obat jadi yaitu 19 menit 27 detik untuk tiap lembar resep obat jadi. Hasil ini menunjukkan bahwa waktu pelayanan resep racikan lebih lamadibandingkan dengan waktu tunggu pelayanan resep obat jadi.

Menurut Zulkifli Amsyah (2005) waktu tunggu yaitu waktu yang dipergunakan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap dari tempat pendaftaran sampai masuk ke ruang pemeriksaan dokter.

Waktu tunggu pengambilan obat dihitung sejak pasien memberikan resep sampai pasien mendapat obat dari petugas farmasi di Rumah Sakit Amanda. Waktu yang

tidak lama yaitu kurang dari 60 menit membuat pasien tidak bosan sampai pasien mendapatkan obatnya. Waktu tunggu pelayanan resep juga bisa dilihat dari resep obat yang didapatkan oleh pasien yang berobat apakah itu obat jadi atau obat racikan

4.3 Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di RS Amanda Cikarang Selatan didapatkan kepuasan pasien yang puas sebanyak 336 orang (94,5%) dan pasien yang cukup puas sebanyak 10 orang (5,5%). Dilihat dari hasil kuesioner walaupun pasien mayoritas puas namun pasien mengatakan petugas farmasi kurang sigap melayani keluhan pasien. Faktor yang membuat pasien sangat puas yaitu obat yang dibutuhkan oleh pasien selalu tersedia. Petugas juga memberikan obat sesuai dengan yang diresepkan dan merasa aman ketika menebus obat.

Ika Nurjanah (2016) dalam penelitiannya yang berjudul Hubungan Waktu Tunggu Pelayanan Resep dengan Kepuasan Pasien di Apotek Pelengkap Kimia Farma didapatkan bahwa pasien yang puas dengan pelayanan sebanyak 78 orang sedangkan pasien yang tidak puas terhadap pelayanan sebanyak 22 orang.

Adhesia E (2012) dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Waktu Tunggu dan Waktu Sentuh Pasien terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Poli Umum di Puskesmas Sukorame Kota Kediri didapatkan bahwa 179 orang (50,4%) pasien merasakan sangat memuaskan pelayanan di Puskesmas Sukorame dan 13 orang (3,7%) pasien kurang memuaskan pelayanan di Puskesmas Sukorame.

Wiyono (2000) menyatakan kepuasan pelanggan rumah sakit atau organisasi pelayanan kesehatan dipengaruhi banyak faktor yaitu pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang, mutu informasi yang diterima, prosedur perjanjian, waktu tunggu, fasilitas umum yang tersedia dan *outcome* terapi dan perawatan yang diterima.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- A. Waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di RS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021 waktu tunggu pelayanan resep cepat sebanyak 226 orang (55%) dengan rata-rata waktu tunggu <30 menit.
- B. Kepuasan pasien rawat jalan di RS Amanda Cikarang Selatan Tahun 2021 pasien yang puas sebanyak 336 orang (94,5%).

5.2 Saran

- A. Diharapkan agar Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tetap mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan.
- B. Diharapkan kepada pasien yang berkunjung ke RS Amanda tetap menggunakan pelayanan kesehatan agar tingkat derajat kesehatan kita lebih meningkat sehingga angka kematian dapat diturunkan.

DAFTAR PUSTAKA

A. DOKUMEN

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

B. WEBSITE

1. http://repository2.unw.ac.id/748/6/S1_050217A030_BAB%20I.pdf
2. Buhang, S.B.A. (2006) Waktu Tunggu di Instalasi Rawat Jalan RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo. Tesis. Sekolah Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
3. Marno. (2012) Evaluasi Lama Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan RSUD Majenang. Tesis Tidak Dipublikasi. Yogyakarta: Sekolah Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada
4. Wongkar, L., 2000. Analisis Waktu Pelayanan Pengambilan Obat di Apotek Kimia Farma Kota Pontianak Tahun 2000. Universitas Indonesia, Depok.

**ANALISIS PENGGUNAAN OBAT GERD
PADA PASIEN RAWAT JALAN
DI RS PERMATA KELUARGA
JABABEKA CIKARANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

SOLEHUDIN

NPM : 18307195



**POLITEKNIK PIKSI GANESHA
BANDUNG
2021**

Abstrak

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah suatu kondisi refluksnya HCL dari gaster ke esofagus, mengakibatkan gejala klinis dan komplikasi yang menurunkan kualitas hidup seseorang . peningkatan ini terjadi akibat adanya perubahan gaya hidup yang dapat meningkatkan faktor risiko GERD seperti merokok dan minum kopi. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian analisis kualitatif untuk mengetahui angka kejadian, kersasionalan penggunaan obat dan faktor hubungan penyakit sedangkan kualitatif untuk mengetahui gambaran pola penggunaan obat dan karakteristik pasien GERD dengan metode observasional. Hasil penelitian angka kejadian GERD di Rs Permata Keluarga adalah 75 pasien, pada pasien perempuan lebih tinggi yaitu 45 pasien dengan persentase 60%., data yang diambil berdasarkan rekam medis pasien yang menjalani pemeriksaan endoskopi di Rumah Sakit Permata Keluarga Jababeka Cikarang dari bulan Januari 2021 sampai bulan April 2021.

Kata Kunci : endoskopi, gerd dan *Gastroesophageal Reflux*

Abstract

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is a condition of reflux of HCL from the stomach to the esophagus, causing clinical symptoms and complications that reduce a person's quality of life. This increase occurs due to lifestyle changes that can increase risk factors for GERD such as smoking and drinking coffee. This study used a qualitative analytical research design to determine the incidence, rationale of drug use and disease-related factors, while qualitative analysis was used to describe the pattern of drug use and the characteristics of GERD patients using the observational method. The results of the study on the incidence of GERD at PERMATA KELUARGA Hospital were 75 patients, in female patients it was higher, namely 45 patients with a percentage of 60%., the data was taken based on the medical records of patients who underwent endoscopic examinations at the Permata Keluarga Hospital Jababeka Cikarang during non-January 2021 until April 2021.

Keywords : endoscopy, gerd and *Gastroesophageal Reflux*

DAFTAR ISI

JUDUL	
LEMBAR PENGESAHAN	i
LEMBAR PESETUJUAN	i
LEMBAR TIM PENGUJI.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN PENELITI	iv
ABSTRAK	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	2
1.4 Manfaat Penelitian.....	2
1.4.1 Manfaat Penelitian Untuk Instalasi.....	2
1.4.2 Manfaat Penelitian Untuk Institusi	2
1.4.3 Manfaat Penelitian Untuk Peneliti.....	3
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN.....	4
2.1 Tinjauan Pustaka	4
A. Pengertian Gerd	4
B. Tipe-Tipe Gerd	4
C. Etiologi	5
D. Patofisiologi.....	5
E. Manifestasi Klinik Gastritis	6
F. Diagnosis	6
G. Pengobatan Gastritis	7
H. Pencegahan Gastritis.....	8
2.2 Kerangka Pemikiran	9

BAB III METODE PENELITIAN.....	10
3.1 Desain Penelitian	10
3.2 Lokasi Dan Waktu Penelitian.....	10
3.2.1 Lokasi penelitian.....	10
3.2.2 Waktu penelitian.....	10
3.3 Populasi Dan Sampel.....	10
3.3.1 Populasi Penelitian Sampel Penelitian.....	10
3.4 Operasional Variable	11
 BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	13
4.1 Karakteristik pasien gerd berdasarkan kelompok jenis kelamin.....	13
4.2 Karakteristik pasien gerd berdasarkan kelompok usia	14
4.3 Karakteristik pasien gerd berdasarkan kelompok jenis penggunaan obat	14
4.4 Karakteristik pasien gerd berdasarkan pekerjaan	16
4.5 Karakteristik pasien gerd berdasarkan obat psikotropika.....	17
 BAB V KESIMPULAN SAN SARAN	18
5.1 Kesimpulan.....	18
5.2 Saran	18
 DAFTAR PUSTAKA	19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah suatu kondisi refluks HCL dari gaster ke esofagus, mengakibatkan gejala klinis dan komplikasi yang menurunkan kualitas hidup seseorang. GERD merupakan salah satu jenis gangguan pencernaan yang cukup sering dijumpai di masyarakat sehingga dapat menurunkan kualitas hidup (Ndraha, 2016).

Prevelensi GERD di Amerika utara 18,1% -27,8% di Eropa yaitu 8,8% - 25,9% di Asia Timur 2,5% -7,8%, Australia 11,6% dan Amerika Selatan yaitu 23,0% (El-Serg,Sweet,Winchester & Dent,2014). Berdasarkan penelitian di Rumah Sakit Permata Keluarga di daparkan peningkatan prevalensi gerd akibat adanya perubahn gaya hidup yang dapat meningkatkan faktor resiko gerd seperti merokok, obesitas.

Gerd di pengaruhi oleh berbagai faktor, seperti faktor genetik, diet, rokok *nonsteroid anti-inflammatory drugs* (NSAID), obesitas, faktor pelindung lambung dan faktor perusak gaster, faktor pelindung gaster diantaranya yaitu sekresi mukus, sekresi bikarbonat ,aliran darah mukosa dan regenerasi epitel, sedangkan faktor perusak gaster yaitu asam hidrokksidaat (HCL) lambung serta zat zat yang dapat merangsang sekresi asam hcl gaster berlebihan dan dilatasi gaster. Tidak adanya keseimbangan faktor pelindungan dan faktor perusak pada organ gaster merupakan inti dari permaalah gerd dan menghindari faktor perusak seperti makan makanan pedas, kopi, nsaid dan menghindari kekambuhan gerd (Ndrah 2014)

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran pasien GERD berdasarkan usia di rumah sakit permata keluarga periode Januari 2021- April 2021
2. Bagaimana gambaran pasien GERD berdasarkan jenis kelamin di rumah sakit permata keluarga periode Januari 2021 – April 2021
3. Bagaimana gambaran pasien berdasarkan pekerjaan di rumah sakit permata keluarga periode Januari 2021 – April 2021
4. Bagaimana gambaran pemakaian obat-obatan yang digunakan untuk GERD di rumah sakit permata keluarga periode Januari 2021 – April 2021

1.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui lebih dalam mengenai gambaran GERD, diharapkan penyakit GERD dapat tercegah dan teratasi secara dini agar pengobatannya lebih optimal.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Penelitian Bagi Instalasi

Memberikan informasi mengenai angka kejadian GERD kelompok usia tersering, jenis kelamin, keluhan utama dan jenis terapi yang sering digunakan pasien yang datang ke RS Permata keluarga periode Januari 2020 – Desember 2021, dengan mengetahui gambaran mengenai GERD diharapkan penanganan GERD dapat lebih baik lagi.

1.4.2 Manfaat Penelitian Bagi Institusi

Sebagai parameter untuk menilai pemahaman mahasiswa dalam penelitian, sekaligus sebagai bahan masukan dan referensi yang dapat membantu penelitian selanjutnya.

1.4.3 Manfaat Penelitian Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dalam penelitian GERD dan mengenai instalasi farmasi di RS Permata Keluarga. dan juga peneliti berharap penelitian ini memberikan manfaat baik, menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai GERD serta memberikan gambaran khususnya dalam pencegahan GERD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian GERD

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) adalah penyakit kronik pada sistem pencernaan. Gerd terjadi ketika asam lambung naik kembali ke esopagus (kerongkongan). Hal ini dapat menyebabkan terjadinya iritasi pada esopagus.

Dalam keadaan normal, makanan seharusnya masuk ke mulut menuju sfingter esopagus bagian bawah, dan menutup saat makanan sudah masuk ke lambung untuk mencegah naiknya makanan atau asam lambung kembali ke esopagus. Di sana makanan umumnya bertahan selama tiga hingga empat jam untuk dicerna.

Namun pada kasus gerd terdapat kelainan berupa terlalu kendur (relaksasi) atau lemahnya sfingter esofagus bagian bawah sehingga makanan yang sudah ditampung di lambung naik kembali ke kerongkongan atau bisa saja hanya berupa cairan asam lambungnya.

Gangguan yang cukup berat dan mengganggu aktivitas serta tidur juga bisa menjadi gerd. Jika tidak ditangani dengan baik indikasi, maka dapat timbul komplikasi yang bisa merugikan anda. Misalnya peradangan pada esopagus (esofagitis) yang dapat menyebabkan pendarahan, luka, tukak hingga parut pada esofagus .

B. Tipe-tipe Gerd

Menurut Ida Mardalena (2017), terbagi atas dua, yaitu:

1. Gastritis Akut

Gastritis akut merupakan proses inflamasi bersifat akut dan biasanya terjadi sepiintas pada mukosa lambung.

2. Gastritis Kronis

Gastritis kronis adalah inflamasi lambung dalam jangka waktu lama dan dapat disebabkan oleh bakteri *helicobacter pylori*.

C. Etiologi

Menurut nurheti yuliarti (2009), penyebab timbulnya gastritis diantaranya:

1. Infeksi Bakteri
2. Penggunaan Obat Golongan NSAIDS Yang Terlalu Sering
3. Mengonsumsi Alkohol
4. Keadaan Stres
5. Asam Empedu
6. Merokok

D. Patofisiologi

Obat-obatan, alkohol, garam empedu, zat iritan lainnya dapat merusak mukosa lambung. Mukosa lambung berperan penting dalam melindungi lambung dari HCl dan pepsin. Bila mukosa lambung rusak maka terjadi difusi HCl ke mukosa.

Kehadiran HCl di mukosa lambung menstimulasi perubahan pepsinogen menjadi pepsin. Pepsin merangsang pelepasan histamin dari sel mast. Histamin akan menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler sehingga terjadi perpindahan cairan dari intra sel ke ekstrasel dan menyebabkan edema dan kerusakan kapiler sehingga timbul perdarahan pada lambung. Biasanya lambung dapat melakukan regenerasi mukosa, oleh karena itu gangguan tersebut menghilang dengan sendirinya. Namun bila lambung sering terpapar dengan zat iritan maka inflamasi akan terjadi terus-menerus. Jaringan yang meradang akan diisi oleh jaringan fibrin sehingga lapisan mukosa dapat hilang dan terjadi atrofi sel mukosa lambung. Faktor intrinsik yang dihasilkan oleh sel mukosa lambung akan menurun atau menghilang sehingga cobalamin (vitamin₁₂) tidak dapat diserap oleh usus halus.

sementara vitamin B₁₂ ini berperan penting dalam pertumbuhan dan maturasi sel darah merah. Pada akhirnya pasien gastritis dapat mengalami anemia. Selain itu dinding lambung menipis rentan terhadap perforasi lambung dan pendarahan.

E. Manifestasi Klinik Gastritis

Manifestasi klinik bervariasi mulai dari keluhan ringan hingga muncul pendarahan saluran cerna bagian atas bahkan pada beberapa pasien tidak menimbulkan gejala yang khas. Manifestasi klinik pasien pada gastritis yang sering dirasakan adalah sebagai berikut:

1. mual dan muntah
2. rasa terbakar di lambung
3. sendawa
4. area epigastrik tidak nyaman
5. pendarahan karena iritasi mukosa lambung
6. kehilangan nafsu makan
7. lambung terasa penuh sesudah makan

F. Diagnosis

Gastritis didiagnosis melalui satu atau lebih tes kesehatan sebagai berikut (misnadiarly,2017) :

1. Endoskopi Gastrointestinal Bagian Atas

Dokter melihat melalui kamera khusus, alatnya dimasukkan melalui mulut sampai lambung untuk melihat kerusakan lambung dan mengecek ada tidaknya inflamasi.

2. Test Darah

Untuk keperluan dokter guna mengecek sel darah merah pasien apakah menderita anemia. Anemia dapat menjadi penyebab pendarahan pada lambung.

3. Test Stool

Test ini untuk mengecek apakah ada darah pada stool/ tinja. Yang juga dapat mengecek keberadaan *helicobacter pylori* pada saluran alat pencernaan.

G. Pengobatan gastritis

Macam atau jenis obat yang diberikan dalam pengobatan para penderita gastritis adalah sebagai berikut :

1. Antasida

Antasida digunakan untuk profilaksis umum. Antasida adalah basa-basa lemah yang digunakan untuk mengikat secara kimiawi dan menetralkan asam lambung. Efeknya adalah peningkatan pH, obat ini mampu mengurangi rasa nyeri dilambung dengan cepat (dalam beberapa menit). Efeknya bertahan 20-60 menit bila diminum padaperut kosong dan sampai 3 jam bila diminum 1 jam sesudah makan. (Tan Hoan Tjay dan Kirana Rahardja, 2009) contoh senyawanya adalah magnesium hidroksida, aluminium hidroksida. Obat antasida yang beredar dipasaran antara lain promag, mylanta, antasida doen, magnidicon, plantacid dll

2. Penghambat H₂

Obat ini mempunyai mekanisme sebagai penghambat reseptor histamin. Histamin dipercaya mempunyai peran penting dalam sekresi asam lambung, contohnya : simetidin, ranitidin.

3. Penghambatan pompa proton

Obat ini menghambat pompa proton dengan praktis tuntas sekresi asam dengan jalan menghambat enzim H^+ secara selektif, obat ini mempunyai kemampuan menghambat produksi asam dengan durasi panjang. jenis obat ini diantaranya omeprazole, lansoprazole.

4. Antibiotik

Obat ini digunakan pada gastritis dengan infeksi bakteri seperti *helicobacter pylori*. Beberapa obat antibiotik yang dianjurkan adalah amoxicilin oral, tetrasiklin oral atau metronidazole oral.

Selain obat diatas, masyarakat juga sering menggunakan obat tradisional seperti rimpang kunyit dan temulawak.

Tindakan lain yang dapat kita lakukan untuk tidak mempengaruhi gastritis selain pengobatan diatas misalnya

1. Makan secara teratur
2. Hindari makan yang merangsang pengeluaran asam lambung seperti kopi, alkohol dan makanan yang mengandung asam.
3. Hentikan kebiasaan merokok

H. Pencegahan Gastritis

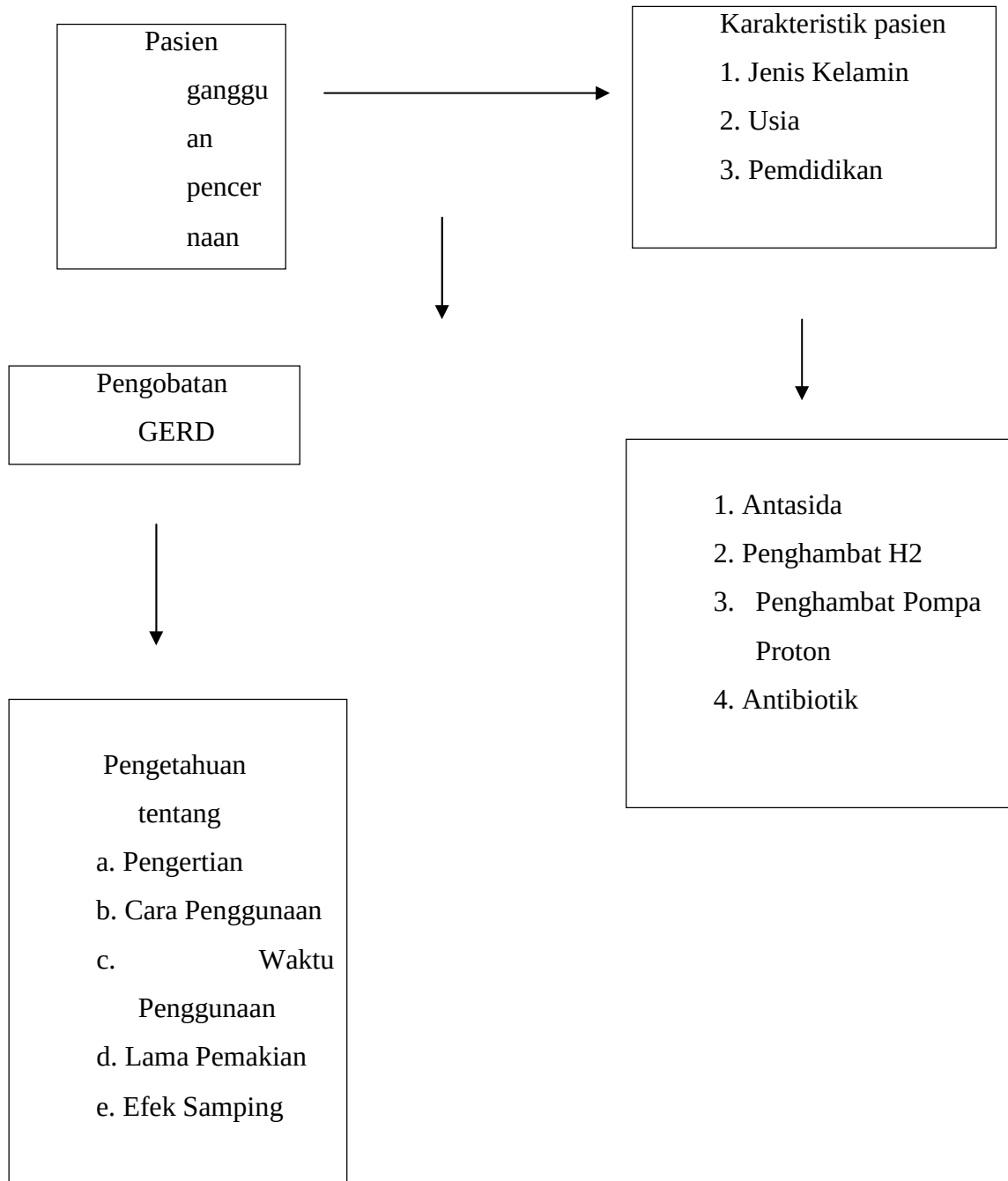
Menurut Nurheti Yuliarti (2009), timbulnya gastritis dapat dicegah dengan hal-hal berikut:

1. Makan dengan jumlah kecil tapi sering
2. Kurangi makan yang dapat mengiritasi lambung misalkan, makanan yang pedas, asam dan berlemak.
3. Hilangkan kebiasaan mengkonsumsi alkohol
4. Jangan merokok
5. Ganti obat penghilang rasa sakit
6. Berkonsultasi dengan dokter jika anda merasakan gejala gastritis
7. Peliharalah berat badan
8. Memperbanyak olahraga, disarankan aerobik dilakukan setidaknya selama 30 menit setiap harinya
9. Manajemen stres, bisa dilakukan dengan meditasi ataupun yoga

2.2 KERANGKA PEMIKIRAN

Kerangka ini adalah penjabaran dari tujuan teori serta disusun untuk memecahkan masalah penelitian.

Kerangka konsep



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan menggunakan desain cross sectional untuk mengetahui banyaknya penggunaan obat gerd.

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan Di Rumah Sakit Permata Keluarga Jababeka Cikarang .

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan di bulan Januari hingga April 2021

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi target penelitian ini adalah pasien gerd dari semua kalangan. Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah data resep pasein gerd di Rumah Sakit Permata Keluarga Jababeka Cikarang dari bulan Januari samapi bulan April 2021.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sample adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang di miliki oleh populasi (sugiyono, 2010). Besar sampel sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung menggunakan rumus slovin

$$n = \frac{N}{1+ N(e)^2}$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

N: jumlah populasi

e ² : persentase kelonggaran ketidaktelitian (10% = 0,1)

Jumlah populasi diambil pada bulan januari sampai april 2021 sebanyak 300 pasien, dari data tersebut sehingga :

$$n = \frac{300}{1 + 300(0,1)^2}$$

$$n = \frac{300}{1 + 300(0,01)}$$

n = 75 sampel

Jumlah sampel minimal ini sebanyak 75 resep yang pernah menggunakan obat gangguan saluran dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4 Operasional Variable

Tabel 1 definisi operasional

1. Penggunaan Obat GERD

No	Variable	Definisi	Alat ukur	Cara ukur	Hasil ukur
1	Jenis kelamin	Perbedaan antara perempuan dan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir	Kuesioner/ KTP	Wawancara	0. Laki-laki 1. Perempuan
2	Usia	Satuan waktu yang mengukur waktu hidup sejak dilahirkan	Kuesioner / KTP	Wawancara	1. $\leq$ 35 tahun (dewasa awal) 2. $\geq$ 35 tahun (dewasa akhir)
3.	Pekerjaan	Cara mencari nafkah untuk kebutuhan dirinya dan keluarganya	Kuesioner	Wawancara	0. tidak bekerja 1. bekerja

	Obat				Melihat dari pengamatan dan seleksi resep
	1. Antasida	Resep yang mengandung	- dosis - frekuensi	- 200mg - 3 x 1	
	2. Ranitidin	Resep yang mengandung	- dosis - frekuensi	- 150 mg - 2 x1	
	3. Omeprazole	Resep yang mengandung	- dosis - fekuensi	- 200mg - 1 x 1	

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian yang dilakukan oleh penulis terhadap sampel yang didapatkan diresep pasien gerd di RS Permata Keluarga Cikarang Jababeka pada bulan Januari - April 202 yaitu sebanyak 75 resep.

Pada penelitian ini dilihat berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, efek samping dan obat diagnosa terkena penyakit gerd yang banyak terjadi di RS Permata Keluarga Jababeka Cikarng.

4.1 Karakteristik Pasien GERD Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin

NO	Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1	Laki –Laki	30	40
2	Perempuan	45	60
Total pasien		75	100

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah pasien laki- laki sebanyak 40 % dan perempuan sebanyak 60% penelitian tentang gerd di RS Permata keluarga cikarang pada bulan Januari – April 2021 di dominasi oleh perempuan.

Gerd banyak terjadi pada perempuan hal tersebut menunjukkan bahwa perempuan beresiko terkena gerd karena tingkat emosional pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan laki- laki, sementara untuk tingkat resikonya, umumnya dengan berat badan berlebih atau obesitas jauh lebih rentan mengalami gejala gerd ketimbang wanita dengan berat badan normal.

4.2 Karakteristik Pasien GERD Berdasarkan Kelompok Usia

NO	Usia	Jumlah pasien	Persentase (%)
1	12 – 25	20	26,6
2	26- 45	30	40
3	46 -65	25	33,3
Total Pasien		75	100

Berdasarkan penelitian menunjukan bahwa usia dewasa beresiko terkena GERD karena adanya faktor stress yang berhubungan dengan pekerjaan. jumlah pasien dilihat dari usia adalah pada usia 26-45 tahun yaitu 30 orang (40%) kemudian diikuti usia 46- 65 tahun sebanyak 25 orang (33,3%) rentan usia 12- 25 sebanyak 20 orang (26,6%) , pasien terbanyak pada usia 26-45 tahun sebanyak . hasil penelitian menunjukan bahwa usia dewasa beresiko terkena GERD karena adanya faktor stress yang berhubungan dengan pekerjaan dan pola hidup yang tidak sehat.

4.3 Karakteristik Pasien GERD Berdasarkan Kelompok Jenis Penggunaan Obat

Berikut jenis obat GERD yang digunakan pada pasien GERD di RS Permata Keluarga Jababeka Cikarang .

Tabel 4.3 Jenis Obat GERD

No	Nama obat	Jumlah Pasien	Persentase (%)
1	Antasida	45	60
2	Ranitidin	20	26,6
3	Omeprazole	10	13,3
Total Pasien		75	100

Berdasarkan hasil diketahui penggunaan obat-obatan untuk penyakit gerd pasien rawat jalan RS Permata Keluarga Jababeka Cikarang periode bulan Januari - April 2021 penggunaan obat yang paling banyak untuk pasien rawat jalan gerd yaitu antasida sebanyak 40 resep (60%) dan ranitidin sebanyak 20 resep (26,6%) dan omeprazole sebanyak 10 resep (13,3%).

Dari hasil penelitian di RS Permata Keluarga Cikarang Jababeka pengobatan untuk pasien gerd yang paling banyak adalah antasida. Antasida obat yang digunakan untuk menetralkan kadar asam di dalam lambung dengan mempertahankan pH cukup tinggi sehingga pepsin tidak diaktifkan, jadi mukosa terlindungi dan nyeri mereda. Preparat antasida yang paling banyak digunakan adalah campuran dari aluminium hidroksida dengan magnesium hidroksida, efek samping yang sering terjadi adalah konstipasi dan diare.

Omeprazole memiliki efek yang sangat besar terhadap produksi asam. Jika diberikan dalam dosis yang cukup, produksi asam harian dapat

dikurangi hingga lebih dari 95%. Sekresi asam akan kembali normal setelah molekul pompa yang baru dimasukkan kedalam membran lumen. Omeprazole secara selektif menghambat karbonat anhidrase mukosa lambung yang kemungkinan turut berkontribusi terhadap sifat supresi asamnya.

4.4 Karakteristik Pasien GERD Berdasarkan Pekerjaan

NO	Pekerjaan	Jumlah pasien	Persentase (%)
1	Bekerja	45	60
2	Tidak bekerja	30	40
Total Pasien		75	100

Berdasarkan penelitian menunjukan bahwa orang yang bekerja beresiko terkena GERD karena adanya faktor stress yang berhubungan dengan pekerjaan dan pola makan yang tidak teratur. Karakteristik dari usia dan pekerjaan akan berhubungan karena kebanyakan orang yang bekerja di usia antara 26 – 45 tahun. Jumlah pasien dilihat dari yang bekerja yaitu 45 pasien dengan persentase 60% dan yang tidak bekerja yaitu 30 pasien dengan persentase 40%.

4.5 Karakteristik Pasien GERD Berdasarkan Obat Psikotropika

NO	Obat Psikotropika	Jumlah pasien	Persentase (%)
1	Braxidin (chlordiazepoxide dan clinidium br)	55	73,3
2	Sanmag tablet (chlordiazepoxide HCL)	20	26,6
Total Pasien		75	100

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan banyaknya pasien yang memakai obat braxidin yaitu 55 pasien dengan persentase 73,3% dan sanmag 20 pasien dengan persentase 26,6. Chlordiazepoxide termasuk ke dalam golongan obat psikotropika benzodiazepine kandungan ini digunakan untuk mengatasi gangguan kecemasan sedangkan clinidium bromide berfungsi untuk melemaskan otot salah satunya pada saluran pencernaan sehingga mengurangi rasa sakit perut, penggunaan obat ini harus dengan pengawasan dokter.

Sanmag tablet mengandung obat psikotropika (chlordiazepoxide) untuk mengatasi asam lambung yang tinggi dan gastritis dan obatnya harus dengan anjuran resep dokter.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan banyak pasien yang menderita penyakit GERD di Rumah Sakit Permata Keluarga Jababeka Cikarang didominasi pasien perempuan dewasa yang bekerja dengan pola makan dan pola hidup yang tidak teratur.

5.2 Saran

1. Agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien khususnya pada penderita GERD agar dapat mengurangi angka terjadinya GERD.
2. Disarankan bagi pasien untuk meningkatkan pengetahuan penyakit GERD pola makan dan mengatur indeks masa tubuh yang dapat menyebabkan terjadinya GERD.
3. Dalam upaya menurunkan kejadian GERD pada masyarakat dapat dilakukan upaya promotif seperti edukasi untuk menjaga pola makan dan pola hidup.

DAFTAR PUSTAKA

<https://www.alodokter.com/penyakit-asam-lambung>

<https://teknikelektronika.com/cara-menentukan-jumlah-sampel-dengan-rumus-slovin/>

<https://www.farmaku.com/artikel/obat-maag-paling-ampuh/>

TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ORAL PASIEN
HIPERTENSI
DI APOTEK ALFALAH CIBINONG
PERIODE JANUARI – MARET 2021

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagai

Syarat Kelulusan Ujian Akhir

Program Diploma III Program Studi Farmasi

Disusun Oleh :

Tri Wulandari

NPM. 18.307.126



POLITEKNIK

PIKSI GANESHA BANDUNG

2021

ABSTRAK

Hipertensi merupakan penyakit seumur hidup yang harus di control sehingga di perlukan kepatuhan pasien dalam minum obat. Kepatuhan pasien dalam minum obat merupakan salah satu factor yang dapat meingkatkan keberhasilan terapi pasien hipertensi. Pene;itian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya dengan menggunakan kuisioner Iight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Studi ini merupakan [enelitian deskriptif dengan menggunakan methode survey dan di lakukan pada bulan Januari – Maret 2021 di Apotek Al -Falah Cibinong. Jumlah sampel yang terlibat dalam penelitian ini sebanyak 100 responden yang masuk dalam kriteria inklusi. Responden mengisi kuisioner MMAS-8 yang telah di validasi.

Hypertension is a lifelong disease that must be controlled so that the patient's unity is needed in taking medication. Patient adherence to taking medication is one of the factors that can increase the success of hypertension patient therapy. This research aims to determine the level of compliance of hypertensive patients with their treatment using the Iight item questionnaire Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). This study is a descriptive study using a survey method and was conducted in January - March 2021 at the Al-Falah Pharmacy, Cibinong. The number of samples involved in this study were 100 respondents who were included in the inclusion criteria. Respondents filled out validated MMAS-8 questionnaires

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan Kesehatan di apotek dewasa ini telah bergeser orientasinya dari orientasi obat (drug oriented) menjadi orientasi pasien (patien oriented) dengan mengacu kepada pharmaceutical care. Perubahan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dalam perubahan tujuan tersebut semua tenaga farmasi harus selalu meningkatkan pengetahuan ketrampilan dan mengubah perilaku agar lebih berinteraksi terhadap pasien(kepmenkes 127,2004)

Selain peran tenaga farmasi dalam pemberian informasi obat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, kepatuhan pasien dalam minum obat sangat berpengaruh dalam

mendukung keberhasilan pengobatan. Sedangkan ketiaktepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat merupakan salah satu factor utama penyebab kegagalan terapi. Kegagalan terapi bisa menimbulkan efek samping tidak diinginkan yang berakibat fatal seperti kerusakan organ organ penting tubuh seperti otak, jantung, dan ginjal dan bisa terjadi peningkatan biaya Kesehatan tanpa adanya kesadaran dari pasien dan dukungan dari keluarga(pratiwi, 2011)

Hipertensi adalah kondisi dimana tekanan darah meningkat baik sistolik maupun diastolic $\geq 140/90$ mmHg (james et al. 2014). Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar (riskedas, 2013) ada 25,8% penderita hipertensi di Indonesia , sedangkan pada tahun 2017 penderita hipertensi di Indonesia meningkat sebanyak 30,9%. Hipertensi adalah penyakit seumur hidup yang harus di kontrol tekanan darahnya sehingga di perlukan kepatuhan pasien dalam minum obat hipertensi (Kepmenkes RI, 2013)

Pada pasien hipertensi diperkirakan 50% yang diresepkan obat antihipertensi tidak meminum obat sesuai dengan yang di anjurkan oleh dokter (Depkes RI,2006). Banyak pasien hipertensi yang datang berobat ke Klinik Dokter di Cibinong namun belum tentu semua pasien hipertensi patuh dan mengerti akan pentingnya kepatuhan obat yang harus dilakukan agar tercapainya tujuan pengobatan yang diharapkan . oleh karena itu, tujuab dari penelitian adalah untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien hipertensi terhadap pengobatannya. Dan distribusi pasien hipertensi terhadap tingkat kepatuhan minum obat

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis ingin melakukan penelitian tentang **“TINGKAT KEPATUHAN TERAPI ORAL PASIEN HIPERTENSI DI APOTEK ALFALAH CIBINONG”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dpat di simpulkan bahwa rumusan masalah dari penelitian adalah :

1. Bagaimana karakteristik pasien (jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama menderita hipertensi) di Apotek Al Falah Cibinong Periode Januari – Maret 2021
2. Apakah tingkat kepatuhan konsumen terhadap penggunaan obat hipertensi yang di berikan sudah sesuai dengan yang di harapkan.

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun penelitian yang di lakukan di Apotek Al Falah Cibinong mempunyai tujuan untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien agar tercapainya tujuan pengobatan yang diharapkan.

1.4 Manfaat Penelitian

Memberi pengetahuan dan pengalaman yang berharga dalam mengevaluasi tingkat kepatuhan terapi oral pasien hipertensi dalam mengkonsumsi obat di apotek.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan design metode pendekatan survey. Penelitian ini di lakukan di Apotek Al Falah Cibinong selama bulan Januari- Maret 2021. Pengambilan data di lakukan dengan cara membagikan kuisisioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS -8) versi bahasa Indonesia yang telah di uji validitas dan reabilitasnya. Sampel dalam penelitian ini adalah konsumen yang datang ke Apotek untuk menebus resep ataupun pengobatan sendiri (swamedikasi).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Seseorang akan dikatakan hipertensi menurut Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI, 2015) yaitu bila memiliki tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg, pada pemeriksaan yang berulang [1].

Hipertensi krisis merupakan salah satu bentuk hipertensi berat yang dapat mengganggu target organ apabila tidak ditanggulangi segera dan memerlukan penurunan tekanan darah 15-20% tekanan arteri rerata dalam 1-24 jam. Tekanan arteri rerata merupakan parameter dalam kendali tekanan darah di ruang perawatan yang dihitung dengan rumus (2 kali tekanan diastolik + 1 kali tekanan darah sistolik : 3) dengan nilai normal tekanan arteri rerata diatas 65mmHg.

Hipertensi diklasifikasikan berdasarkan penyebabnya yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder.

1. Hipertensi Primer (Esensial)

Hipertensi yang paling banyak ditemui (90% dari semua kasus) adalah hipertensi primer (hipertensi esensial) yang tidak diketahui penyebabnya. Beberapa penyebab hipertensi diketahui (misalnya, kelainan ginjal atau hormonal), tetapi hipertensi ini hanya mencapai sekitar 5-10% dari semua kasus. Terlepas dari komponen genetik, lebih banyak wanita daripada pria dan lebih banyak orang perkotaan daripada penduduk desa yang mengalami hipertensi primer. Selain itu, stres psikologis kronis, baik itu terkait pekerjaan atau terkait kepribadian (misalnya, frustrasi atau stres), dapat menginduksi hipertensi.

2. Hipertensi Sekunder

Berbagai bentuk hipertensi sekunder hanya mencakup 5–10% dari semua kasus hipertensi, dan penyebabnya biasanya dapat diobati. Pengobatan hipertensi sekunder harus dimulai sedini mungkin. **Hipertensi renal** merupakan bentuk paling umum dari

hipertensi sekunder. Hipertensi renal dapat disebabkan oleh iskemia ginjal yang menyebabkan pelepasan renin di ginjal. Pelepasan renin menyebabkan perubahan dari angiotensinogen menjadi angiotensin I. Angiotensin I diubah menjadi angiotensin II oleh *Angiotensin Converting Enzym* (ACE). Angiotensin II menyebabkan vasokonstriksi (peningkatan TPR) dan pelepasan aldosteron. Aldosteron menyebabkan retensi natrium dan peningkatan curah jantung.

Hipertensi hormonal dapat terdiri dari beberapa penyebab yaitu sindrom adrenogenital, *primary hyperaldosteronism*, *Cushing's syndrome*, *Pheochromocytoma*, atau kontrasepsi.

- Pada sindrom adrenogenital pembentukan kortisol di korteks adrenal dihambat, sehingga pelepasan *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH) tidak dihambat. Hal ini menyebabkan aldosteron meningkat, sehingga terjadi retensi natrium yang akan meningkatkan volume cairan ekstra sel dan meningkatkan curah jantung.
- *Primary hyperaldosteronism* (*syndrom Conn*) disebabkan oleh tumor korteks adrenal yang melepaskan aldosteron dalam jumlah besar tanpa pengaturan.
- Pada kasus *Cushing's syndrome*, pelepasan ACTH yang tidak cukup (karena neurogenik atau tumor hipofisa) atau tumor di korteks adrenal otonom menyebabkan peningkatan glukokortikoid di darah. Keduanya akan menyebabkan peningkatan efek katekolamin (peningkatan curah jantung) dan peningkatan kerja mineralokortikoid akibat peningkatan kortisol (retensi natrium) sehingga terjadi peningkatan tekanan darah.
- *Pheochromocytoma* adalah tumor di medula adrenal yang menghasilkan katekolamin (epinefrin dan norepinefrin) sehingga meningkatkan curah jantung dan tahanan perifer total.
- Kontrasepsi oral menyebabkan retensi natrium sehingga curah jantung meningkat.

Hipertensi neurogenik disebabkan oleh ensefalitis, edema serebral, perdarahan serebral dan tumor otak akan merangsang pusat sistem saraf simpatik di otak, sehingga tekanan darah meningkat. Sindroma jantung hiperkinetik juga dapat menyebabkan hipertensi. Abnormalitas stimulasi pusat kerja jantung yang merupakan bagian dari sindrom jantung hiperkinetik juga dapat menyebabkan hipertensi.

B. Klasifikasi [1]

Pembagian derajat keparahan hipertensi pada seseorang merupakan salah satu dasar penentuan tata laksana hipertensi. Berikut merupakan tabel klasifikasi hipertensi.

Tabel 1. Klasifikasi Hipertensi [1]

Optimal	< 120	dan	< 80
Normal	120 – 129	dan / atau	80 – 84
Normal tinggi	130 – 139	dan / atau	84 – 89
Hipertensi derajat 1	140 – 159	dan / atau	90 – 99
Hipertensi derajat 2	160 – 179	dan / atau	100 – 109
Hipertensi derajat 3	≥ 180	dan / atau	≥ 110
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	dan	< 90

C. Penatalaksanaan Hipertensi

1. Non Farmakologi [1]

Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa faktor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan faktor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi.

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan untuk mengontrol tekanan darah, yaitu :

- Penurunan berat badan.

Pasien dianjurkan mengganti makanan yang tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dengan rekomendasi 5 porsi buah dan sayur per hari.

- Mengurangi asupan garam.

Pasien dianjurkan untuk mengurangi asupan garam, karena diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis

obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat ≥ 2 .
Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 g/hari

- Olah raga.

Olah raga jalan kaki 2-3 km yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 – 60 menit minimal 3 kali / minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya. • Mengurangi konsumsi alkohol.

Dianjurkan untuk mengurangi konsumsi alkohol, dikarenakan konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

- Berhenti merokok.

Walaupun sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu faktor risiko utama penyakit kardiovaskular dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

2. Farmakologi

Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat ≥ 2 [1].

Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping, yaitu [1, 4] :

- a. Bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal
- b. Berikan obat generik (non-paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya
- c. Berikan obat pada pasien usia lanjut (di atas usia 80 tahun) sama seperti pada usia 55 – 80 tahun.
- d. Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi
- e. Lakukan pemantauan efek terapi dan efek samping obat secara teratur.
- f. Penatalaksanaan Hipertensi pada ibu hamil dan ibu menyusui perlu diperhatikan pemilihan obat untuk keamanan ibu dan janin. Dapat dilihat ditabel lampiran 1 dan lampiran 2.

Umur	
Umur < 60	< 140/90
Umur 60-79	< 150/90
Umur 80+	< 150/90
Co-morbidities	
Diabetes	< 140/90
CKD	< 140/90

Untuk lebih mudah memahami secara lengkap penatalaksanaan hipertensi, dapat dilihat gambar algoritma pada penyakit hipertensi sebagai berikut:

Algoritma pada pasien hipertensi (PERKI) [1]

Gambar 1. Algoritma pada pasien hipertensi D. Target Terapi Hipertensi [5]

Menurut JNC 8 target tekanan darah berdasarkan usia dan penyakit penyerta, yaitu sebagai berikut :

Tabel 2. Target Tekanan Darah

Monitoring pasien hipertensi setiap 3-6 bulan diperlukan untuk memperhatikan fungsi ginjal dan hati. Penggunaan obat dapat dihentikan jika terjadi efek samping atau kontraindikasi.

Penggolongan obat hipertensi berdasarkan mekanisme kerja terdiri dari (A) Penghambat Sistem Renin Angiotensin, (B) Antagonis Kalsium, (C) Penghambat Adrenergik dan (D) Diuretik. Disamping itu terdapat terapi kombinasi bila target tekanan darah tidak tercapai dengan monoterapi.

Dari keempat penggolongan obat hipertensi ini, dikenal lima jenis obat lini pertama (*first line drug*) yang lazim digunakan untuk pengobatan awal hipertensi, yaitu penghambat *angiotensin-converting enzyme* (ACE-I), penghambat reseptor angiotensin (*angiotensin-reseptor blocker*, ARB), *calcium channel blocker* (CCB), penyekat reseptor beta adrenergik (β -Blocker) dan diuretik. Selain itu dikenal juga tiga jenis obat sebagai lini kedua yaitu penghambat saraf adrenergik, agonis α -2 sentral, dan vasodilator [6]. **(dapat disesuaikan dengan algoritma gambar 1)**

Pemberian lini pertama pada hipertensi esensial disesuaikan dengan usia. Pada usia <60 tahun adalah ACEI atau ARB. Pada usia >60 tahun CCB. Pada hipertensi dengan penyakit penyerta/kondisi khusus obat lini pertama disesuaikan dengan penyakit penyerta seperti hipertensi dengan gagal jantung atau hipertensi dengan PJK.

Pada hipertensi dengan situasi khusus seperti hipertensi krisis maka regimen obat hipertensi diberikan secara intravena. Hipertensi dengan kehamilan perlu diperhatikan obat-obat anti hipertensi yang tidak mengganggu perkembangan janin dan tidak melewati sawar darah uri(plasenta).

A. Penghambat Sistem Renin Angiotensin

Terdapat 2 golongan obat yang terdapat dalam kelompok Penghambat Sistem Renin Angiotensin, yaitu golongan penghambat *angiotensin-converting enzyme* (ACE-inhibitor) dan antagonis reseptor angiotensin II (*angiotensin receptor blocker*, ARB).

1. Penghambat *Angiotensin-Converting Enzyme* (ACE-Inhibitor)

Penghambat ACE bekerja dengan cara menghambat konversi angiotensin I menjadi angiotensin II. Obat-obat golongan ini efektif dan pada umumnya dapat ditoleransi dengan baik. Pada bayi dan anak-anak dengan gagal jantung, kaptopril biasanya merupakan obat utama. Penggunaannya pada anak harus dimulai oleh dokter spesialis dan dengan monitoring yang intensif [7].

Kaptopril [7]

Indikasi: hipertensi ringan sampai sedang (sendiri atau dengan terapi tiazid) dan hipertensi berat yang resisten terhadap pengobatan lain; gagal jantung kongestif (tambahan); setelah infark miokard; nefropati diabetik (mikroalbuminuri lebih dari 30 mg/hari) pada diabetes tergantung insulin.

Peringatan: diuretika; dosis pertama mungkin menyebabkan hipotensi terutama pada pasien yang menggunakan diuretika, dengan diet rendah natrium, dengan dialisis, atau dehidrasi; penyakit vaskuler perifer atau aterosklerosis menyeluruh karena risiko penyakit renovaskuler yang tidak bergejala; pantau fungsi ginjal sebelum dan selama pengobatan, dan kurangi dosis pada gangguan ginjal; mungkin meningkatkan risiko agranulositosis pada penyakit vaskuler kolagen (disarankan hitung jenis); reaksi anafilaktoid; menyusui; mungkin menguatkan efek hipoglikemi insulin atau antidiabetik oral.

REAKSI ANAFILAKTOID. Guna mencegah reaksi ini, penghambat ACE harus dihindarkan selama dialisis dengan membran *high-flux polyacrylonitrile* dan selama aferesis lipoprotein densitas rendah dengan dekstran sulfat.

Kontraindikasi: hipersensitif terhadap penghambat ACE (termasuk angiodema); penyakit renovaskuler (pasti atau dugaan); stenosis aortik atau obstruksi keluarnya darah dari jantung; kehamilan; porfiria.

Efek Samping: hipotensi; pusing, sakit kepala, letih, astenia, mual (terkadang muntah), diare, (terkadang konstipasi), kram otot, batuk kering yang persisten, gangguan kerongkongan, perubahan suara, perubahan pencecap (mungkin disertai dengan turunnya berat badan), stomatitis, dispepsia, nyeri perut; gangguan ginjal; hiperkalemia; angiodema, urtikaria, ruam kulit (termasuk eritema multiforme dan nekrolisis epidermal toksik), dan reaksi

hipersensitivitas, gangguan darah (termasuk trombositopenia, neutropenia, agranulositosis, dan anemia aplastik); gejala-gejala saluran nafas atas, hiponatremia, takikardia, palpitasi, aritmia, infark miokard, dan stroke (mungkin akibat hipotensi yang berat), nyeri punggung, muka merah, sakit kuning (hepatoseluler atau kolestatik), pankreatitis, gangguan tidur, gelisah, perubahan suasana hati, parestesia, impotensi, onikolisis, alopesia.

KOMPLEKS GEJALA. Telah dilaporkan suatu kompleks gejala untuk penghambat ACE yang meliputi demam, serositis, vaskulitis, mialgia, artralgia, antibodi antinuklear positif, laju endap darah meningkat, eosinofilia, leukositosis; mungkin juga terjadi ruam kulit, fotosensitivitas atau reaksi kulit yang lain.

Dosis: hipertensi, digunakan sendiri, awalnya 12,5 mg 2 kalisehari; jika digunakan bersama diuretika, atau pada usia lanjut; awalnya 6,25 mg 2 kali sehari (dosis pertama sebelum tidur); dosis penunjang lazim 25 mg 2 kali sehari; maksimal 50 mg 2 kali sehari (jarang 3 kali sehari pada hipertensi berat).

Gagal jantung (tambahan), awalnya 6,25 - 12,5 mg di bawah pengawasan medis yang ketat; dosis penunjang lazim 25 mg 2 - 3 kali sehari; maksimal 150 mg sehari.

Profilaksis setelah infark miokard pada pasien dengan disfungsi ventrikel kiri (asimtomatik atau simtomatik) yang stabil secara klinis, awalnya 6,25 mg, dimulai 3 hari setelah infark, kemudian ditingkatkan dalam beberapa minggu sampai 150 mg sehari (jika dapat ditolerir dalam dosis terbagi).

Nefropati diabetik, 75-100 mg sehari dalam dosis terbagi; jika diperlukan penurunan tekanan darah lebih lanjut, antihipertensi lain dapat digunakan bersama kaptopril; pada gangguan ginjal yang berat, awalnya 12,5 mg 2 kali sehari (jika diperlukan terapi bersama diuretika, sebaiknya dipilih diuretika kuat daripada tiazid).

Lisinopril [7]

Indikasi: semua tingkat hipertensi; gagal jantung kongestif (tambahan); setelah infark miokard pada pasien yang secara hemodinamik stabil.

Peringatan: diuretik; dosis pertama mungkin menyebabkan hipotensi terutama pada pasien yang menggunakan diuretika, dengan diet rendah natrium, dengan dialisis, atau dehidrasi; penyakit vaskuler perifer atau aterosklerosis menyeluruh karena risiko penyakit renovaskuler yang tidak bergejala; pantau fungsi ginjal sebelum dan selama pengobatan, dan kurangi dosis pada gangguan ginjal; mungkin meningkatkan risiko agranulositosis pada

penyakit vaskuler kolagen (disarankan hitung jenis); reaksi anafilaktoid; menyusui; mungkin menguatkan efek hipoglikemi insulin atau antidiabetik oral.

REAKSI ANAFILAKTOID. Guna mencegah reaksi ini, penghambat ACE harus dihindarkan selama dialisis dengan membran *high-flux polyacrylonitrile* dan selama aferesis lipoprotein densitas rendah dengan dekstran sulfat.

Kontraindikasi: hipersensitif terhadap penghambat ACE (termasuk angiodema); penyakit renovaskuler (pasti atau dugaan); stenosis aortik atau obstruksi keluarnya darah dari jantung; kehamilan; porfiria.

Efek Samping: hipotensi; pusing, sakit kepala, letih, astenia, mual (terkadang muntah), diare, (terkadang konstipasi), kram otot, batuk kering yang persisten, gangguan kerongkongan, perubahan suara, perubahan pencecap (mungkin disertai dengan turunnya berat badan), stomatitis, dispepsia, nyeri perut; gangguan ginjal; hiperkalemia; angiodema, urtikaria, ruam kulit (termasuk eritema multiforme dan nekrolisis epidermal toksik), dan reaksi hipersensitivitas, gangguan darah (termasuk trombositopenia, neutropenia, agranulositosis, dan anemia aplastik); gejala-gejala saluran nafas atas, hiponatremia, takikardia, palpitasi, aritmia, infark miokard, dan stroke (mungkin akibat hipotensi yang berat), nyeri punggung, muka merah, sakit kuning (hepatoseluler atau kolestatik), pankreatitis, gangguan tidur, gelisah, perubahan suasana hati, parestesia, impotensi, onikolisis, alopesia.

KOMPLEKS GEJALA. Telah dilaporkan suatu kompleks gejala untuk penghambat ACE yang meliputi demam, serositis, vaskulitis, mialgia, artralgia, antibodi antinuklear positif, laju endap darah meningkat, eosinofilia, leukositosis; mungkin juga terjadi ruam kulit, fotosensitivitas atau reaksi kulit yang lain.

Dosis: hipertensi, dosis awal 10 mg sehari; dosis penunjang lazim 20 mg sehari; maksimal 80 mg sehari.

Catatan: Pada hipertensi hentikan diuretika selama 2-3 hari sebelumnya dan jika perlu mulai lagi kemudian. Gagal jantung (tambahan), dosis awal 2,5 mg sehari di bawah pengawasan medis yang ketat; dosis penunjang 5-20 mg sehari. Profilaksis setelah infark miokard, sistolik lebih dari 120 mm Hg, 5 mg dalam 24 jam diikuti dengan 5 mg lagi 24 jam berikutnya, kemudian 10 mg setelah 24 jam berikutnya, dan lanjutkan dengan 10 mg sekali sehari selama 6 minggu (lanjutkan pada gagal jantung); sistolik 100-120 mmHg, dosis awal 2,5 mg, tingkatkan sampai dosis penunjang 5 mg sekali sehari.

Jangan dimulai jika tekanan darah sistolik kurang dari 100 mmHg; sementara waktu kurangi dosis penunjang sampai 2,5 mg sehari jika tekanan darah sistolik kurang dari sama dengan 100 mmHg selama pengobatan; hentikan jika terjadi hipotensi yang berkepanjangan (sistolik kurang dari 90 mmHg selama lebih dari 1 jam).

Ramipril [7]

Indikasi: hipertensi ringan sampai sedang; gagal jantung kongestif (tambahan); setelah infark miokard pada pasien dengan gagal jantung yang terbukti secara klinis; pasien rentan usia diatas 55 tahun, pencegahan infark miokard, stroke, kematian kardiovaskular atau membutuhkan revaskularisasi.

Peringatan: diuretika; dosis pertama mungkin menyebabkan hipotensi terutama pada pasien yang menggunakan diuretika, dengan diet rendah natrium, dengan dialisis, atau dehidrasi; penyakit vaskuler perifer atau aterosklerosis menyeluruh karenarisiko penyakit renovaskuler yang tidak bergejala; pantau fungsi ginjal sebelum dan selama pengobatan, dan kurangi dosis padagangguan ginjal; mungkin meningkatkan risiko agranulositosis padapenyakit vaskuler kolagen (disarankan hitung jenis); reaksi anafilaktoid; menyusui; mungkin menguatkan efek hipoglikemi insulin atau antidiabetik oral, kerusakan hati.

REAKSI ANAFILAKTOID. Guna mencegah reaksi ini, penghambat ACE harus dihindarkan selama dialisis dengan membran *high-flux polyacrilonitrile* dan selama aferesis lipoprotein densitas rendah dengan dekstran sulfat.

Kontraindikasi: hipersensitif terhadap penghambat ACE (termasuk angiodema); penyakit renovaskuler (pasti atau dugaan); stenosis aortik atau obstruksi keluarnya darah dari jantung; kehamilan; porfiria.

Efek Samping: hipotensi; pusing, sakit kepala, letih, astenia, mual (terkadang muntah), diare, (terkadang konstipasi), kram otot, batuk kering yang persisten, gangguan kerongkongan, perubahan suara, perubahan pencecap (mungkin disertai dengan turunnya berat badan), stomatitis, dispepsia, nyeri perut; gangguan ginjal; hiperkalemia; angiodema, urtikaria, ruam kulit (termasuk eritema multiforme dan nekrolisis epidermal toksik), dan reaksi hipersensitivitas, gangguan darah (termasuk trombositopenia, neutropenia, agranulositosis, dan anemia aplastik); gejala-gejala saluran nafas atas, hiponatremia, takikardia, palpitasi, aritmia, infark miokard, dan stroke (mungkin akibat hipotensi yang berat), nyeri punggung, muka merah, sakit kuning (hepatoseluler atau kolestatik), pankreatitis,

gangguan tidur, gelisah, perubahan suasana hati, parestesia, impotensi, onikolisis, alopesia.

KOMPLEKS GEJALA. Telah dilaporkan suatu kompleks gejala untuk penghambat ACE yang meliputi demam, serositis, vaskulitis, mialgia, artralgia, antibodi antinuklear positif, laju endap darah meningkat, eosinofilia, leukositosis; mungkin juga terjadi ruam kulit, fotosensitivitas atau reaksi kulit yang lain.

Dosis: jika respon pasien tidak memuaskan terhadap dosis 5-10 mg sehari, dianjurkan terapi kombinasi dengan antihipertensi lain seperti diuretika nonkalsium atau antagonis kalsium.

Gagal jantung, pasien dengan penyakit jantung berat, hipotensi, gangguan fungsi ginjal, gangguan elektrolit dan pasien dengan gagal jantung berat harus diawasi dengan pengawasan.

Pada kasus yang tidak kompleks, terapi dapat dimulai dengan 1 tablet 1,25 mg, diikuti oleh 1 tablet 1,25 mg dua kali sehari selama 2- 7 hari. Minggu ke 2: 1 tablet 2,5 mg dua kali sehari. Minggu ke 3: 1 tablet 5 mg dua kali sehari. Jika dosis yang sesuai sudah dititrasi, dosis penunjang dapat diberikan sebagai dosis tunggal pada pagi hari atau sebagai dosis terbagi dua.

Pengurangan mortalitas (kematian) pada gagal jantung setelah fase infark miokard akut, terapi dimulai 3 hari pertama sesudah kejadian infark. Dosis awal yang sesuai 1,25-2,5 mg dua kali sehari dan terapi harus dilakukan dengan pengawasan tekanan darah dan fungsi ginjal yang ketat. Dosis ditingkatkan paling sedikit 2 hari menjadi 2,5-5 mg dua kali sehari dan target dosis 5 mg dua kali sehari dapat dicapai.

Imidapril [7]

Indikasi: hipertensi esensial

Peringatan: pada pasien yang sedang menggunakan diuretika, pemberian awal penghambat ACE perlu dilakukan dengan hati-hati. Dosis pertama dapat menyebabkan hipotensi terutama pada pasien yang sedang menggunakan diuretika dosis tinggi, diet rendah garam, dialisis, dehidrasi atau pasien dengan gagal ginjal, gangguan fungsi hati.

Kontraindikasi: penghambat ACE dikontraindikasikan pada pasien yang hipersensitif terhadap penghambat ACE (termasuk angioedema) dan pada pasien yang diduga atau dipastikan menderita penyakit renovaskuler. Penghambat ACE tidak boleh digunakan pada wanita hamil

Efek Samping: penghambat ACE dapat menyebabkan hipotensi yang parah dan gangguan fungsi ginjal, dan batuk kering yang

menetap. Penghambat ACE juga menyebabkan angioedema (mula kerja dapat tertunda), ruam kulit (pruritus dan urtikaria), pankreatitis dan gejala pada saluran pernafasan atas seperti sinusitis, rinitis, dan sakit tenggorok. Efek gangguan saluran cerna yang dilaporkan meliputi mual, muntah, dispepsia, diare, konstipasi, dan nyeri abdomen. Telah dilaporkan juga perubahan pada hasil tes fungsi hati, ikterus kolestatik dan hepatitis; mulut kering, glositis, ileus, bronkitis, dispnea; gangguan tidur, depresi, bingung, penglihatan kabur, tinitus, impoten.

Dosis: dosis awal, 5 mg sehari sebelum makan; jika digunakan sebagai terapi tambahan terhadap diuretika, pada lansia, pada pasien gagal jantung, angina atau penyakit serebrovaskular, atau pada gangguan fungsi ginjal atau hati, dosis awal 2,5 mg per hari.

Jika perlu, dosis ditingkatkan dengan interval waktu sekurangnya 3 minggu; dosis penunjang lazim 10 mg satu kali sehari; maksimal 20 mg sehari (lansia, 10 mg sehari).

Tabel 3. Rincian obat, dosis, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan ACE-Inhibitor: [6]

Kaptopril	25 – 100	2 - 3 x	12,5; 25 dan 50 mg
Lisinopril	10 – 40	1 x	5; 10 dan 20 mg
Ramipril	2,5 – 20	1 x	2,5; 5 dan 10 mg
Imidapril	2,5 – 10	1 x	5 dan 10 mg

Ket : Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

2. Antagonis Reseptor Angiotensin II (*Angiotensin receptor blocker, ARB*)

Losartan, valsartan, kandesartan, olmesartan, telmisartan, eprosartan dan irbesartan adalah antagonis reseptor angiotensin II. Sifatnya mirip dengan penghambat ACE, tetapi obat golongan ini tidak menghambat pemecahan bradikinin dan kinin-kinin lainnya, sehingga tidak menimbulkan batuk kering persisten yang biasanya mengganggu terapi dengan penghambat ACE. Karena itu, obat golongan ini merupakan alternatif yang berguna untuk pasien yang harus menghentikan penghambat ACE akibat batuk yang persisten. Antagonis reseptor angiotensin II digunakan sebagai

alternatif dari penghambat ACE dalam tatalaksana gagal jantung atau nefropati akibat diabetes [7].

Valsartan [7]

Indikasi: hipertensi (dapat digunakan tunggal maupun dikombinasi dengan obat antihipertensi lain); gagal jantung pada pasien yang tidak dapat mentoleransi obat penghambat ACE (penghambat enzim pengubah angiotensin).

Peringatan: antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis arteri ginjal. Dianjurkan dilakukan pemantauan kadar kalium plasma, terutama pada pasien lansia dan pada pasien gangguan ginjal. Dosis awal yang lebih rendah mungkin sesuai untuk pasien ini. Antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis pembuluh “mitral” atau aorta dan pada kardiomiopati hipertrofik obstruktif. Pasien Afro Karibian, terutama yang mengalami hipertrofik ventrikel kiri tidak akan mendapat manfaat dengan pemberian antagonis reseptor angiotensin II; gangguan fungsi hati ringan sampai sedang; gangguan fungsi ginjal; data keamanan dan khasiat pada anak-anak belum tersedia.

Kontraindikasi: kehamilan; gangguan fungsi hati berat, sirosis, obstruksi empedu, menyusui; hipersensitif terhadap komponen obat.

Efek Samping: biasanya ringan. Hipotensi simtomatik termasuk pusing dapat terjadi, terutama pada pasien dengan kekurangan cairan intravaskular (misal yang mendapat diuretika dosis tinggi). Hiperkalemia kadang-kadang terjadi; angioedema juga dapat terjadi pada beberapa antagonis reseptor angiotensin II; kelelahan, jarang diare, sakit kepala, mimisan; trombositopenia, nyeri sendi, nyeri otot, gangguan rasa, neutropenia.

Dosis: hipertensi, lazimnya 80 mg sekali sehari; jika diperlukan (pada pasien yang tekanan darahnya tidak terkontrol) ditingkatkan hingga 160 mg sehari atau ditambahkan pemberian diuretika; tidak diperlukan penyesuaian dosis untuk pasien dengan gangguan fungsi ginjal atau pada pasien dengan gangguan fungsi hati tanpa kolestasis.

Gagal jantung, dosis awal 40 mg dua kali sehari. Penyesuaian dosis hingga 80 mg dan 160 mg dua kali sehari harus dilakukan pada dosis tertinggi yang dapat ditoleransi oleh pasien; pertimbangan untuk mengurangi dosis harus dilakukan pada pasien yang juga menerima diuretika; dosis maksimal yang diberikan pada uji klinik adalah 320 mg pada dosis terbagi.

Irbesartan [7]

Indikasi: hipertensi, untuk menurunkan albuminurea mikro dan makro pada pasien hipertensi dengan diabetes mellitus tipe II yang mengalami netropati. Kombinasi dengan HCT: untuk pasien hipertensi dimana tekanan darahnya tidak dapat terkontrol dengan irbesartan atau HCT tunggal.

Peringatan: antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis arteri ginjal. Dianjurkan dilakukan pemantauan kadar kalium plasma, terutama pada pasien lansia dan pada pasien gangguan ginjal. Dosis awal yang lebih rendah mungkin sesuai untuk pasien ini. Antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis pembuluh “mitral” atau aorta dan pada kardiomiopati hipertrofikobstruktif. Pasien Afro

Karibian, terutama yang mengalami hipertrofik ventrikel kiri tidak akan mendapat manfaat dengan pemberian antagonis reseptor angiotensin II; depleksi volume intravaskular, hipertensi renovaskular, gangguan fungsi ginjal dan transplantasi ginjal, hipertensi pada pasien diabetes mellitus tipe II dengan gangguan ginjal, hiperkalemia. Kombinasi dengan HCT (keterangan lihat HCT).

Kontraindikasi: kehamilan dan menyusui. Kombinasi dengan HCT (lihat keterangan HCT).

Efek Samping: biasanya ringan. Hipotensi simtomatik termasuk pusing dapat terjadi, terutama pada pasien dengan kekurangan cairan intravaskular (misal yang mendapat diuretika dosis tinggi). Hiperkalemia kadang-kadang terjadi; angioedema juga dapat terjadi pada beberapa antagonis reseptor angiotensin II; mual, muntah, lelah, nyeri pada otot; tidak terlalu sering: diare, dispepsia, kemerahan, takikardia, batuk, disfungsi seksual; jarang: ruam, urtikaria; sangat jarang: sakit kepala, mialgia, arthralgia, telinga berdenging, gangguan pencecap, hepatitis, disfungsi ginjal.

Kombinasi dengan HCT (keterangan lihat HCT).

Dosis: hipertensi, dosis awal 150 mg sehari sekali, jika perlu dapat ditingkatkan hingga 300 mg sehari sekali. Pada pasien hemodialisis atau usia lanjut lebih dari 75 tahun, dosis awal 75 mg/hari dapat digunakan. Hipertensi pada pasien diabetes mellitus tipe II, dosis awal 150 mg sehari sekali dan dapat ditingkatkan hingga 300 mg sehari sekali sebagai dosis penunjang untuk pengobatan penyakit ginjal, pada pasien hemodialisis atau lansia di atas 75 tahun, dosis awal 75 mg sehari sekali.

Kombinasi Irbesartan/HCT 150mg/12.5 mg digunakan pada pasien hipertensi dimana tekanan darahnya tidak dapat terkontrol dengan Irbesartan 150 mg atau hidroklorotiazid tunggal.

Kombinasi Irbesartan/HCT 300mg/12.5 mg digunakan pada pasien hipertensi dimana tekanan darahnya tidak dapat terkontrol dengan Irbesartan 300 mg atau Irbesartan/HCT 150mg/12.5 mg.

Dosis yang lebih tinggi dari Irbesartan 300mg /25 mg HCT sehari sekali tidak dianjurkan.

Telmisartan [7]

Indikasi: hipertensi esensial.

Peringatan: peningkatan risiko hipotensi pada stenosis arteri renal, gangguan fungsi ginjal – perlu dimonitor secara periodik kadar kalium dan kreatinin.

Kontraindikasi: hipersensitivitas, kehamilan trimester dua dan tiga, menyusui, gangguan obstruktif empedu, gangguan hati berat.

Efek Samping: infeksi saluran kemih (termasuk sistitis), infeksi saluran napas atas, sepsis termasuk yang sifatnya fatal, anemia, eosinofilia, trombositopenia, reaksi anafilaksis, hipersensitivitas, hiperkalemia, hipoglikemia (pada pasien diabetes), insomnia, depresi, ansietas, pingsan, gangguan penglihatan, vertigo, bradikardi, takikardi, hipotensi, hipotensi ortostatik, dispnea, nyeri abdomen, diare, dispepsia, perut kembung, muntah, mulut kering, rasa tidak nyaman pada lambung, gangguan fungsi hati, pruritus, hiperhidrosis, ruam, angioedema, eksim, eritema, urtikaria, *drug eruption*, *toxic skin eruption*, nyeri punggung, spasme otot (kram pada kaki), myalgia, arthralgia, nyeri pada ekstremitas (nyeri pada tungkai kaki), nyeri pada tendon (gejala seperti tendinitis), gangguan fungsi ginjal, termasuk gagal ginjal akut, nyeri dada, astenia, penyakit mirip influenza, peningkatan kadar kreatinin, penurunan hemoglobin, peningkatan asam urat, peningkatan enzim hepatic, peningkatan fosfokinase kreatin darah.

Dosis: 40 mg sekali sehari, dapat diberikan 20 mg sekali sehari jika sudah memberikan efek, jika target tekanan darah belum tercapai, dosis dapat ditingkatkan hingga maksimum 80 mg sekali sehari, kombinasi telmisartan 40 mg/HCT 12,5 mg digunakan pada pasien hipertensi jika tekanan darah tidak dapat terkontrol dengan telmisartan 40 mg tunggal, kombinasi telmisartan 80 mg/HCT 12,5 mg digunakan pada pasien hipertensi jika tekanan

darah tidak dapat terkontrol dengan irbesartan 80 mg atau telmisartan 40 mg /HCT 12,5 mg.

Kandesartan [7]

Indikasi: hipertensi; kombinasi dengan HCT: Pengobatan hipertensi yang tidak dapat terkontrol dengan kandesartan sileksetil atau HCT sebagai monoterapi.

Peringatan: antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis arteri ginjal. Dianjurkan dilakukan pemantauan kadar kalium plasma, terutama pada pasien lansia dan pada pasien gangguan ginjal. Dosis awal yang lebih rendah mungkin sesuai untuk pasien ini. Antagonis reseptor angiotensin II harus digunakan dengan hati-hati pada stenosis pembuluh “mitral” atau aorta dan pada kardiomiopati hipertrofikobstruktif. Pasien Afro

Karibian, terutama yang mengalami hipertrofik ventrikel kiri tidak akan mendapat manfaat dengan pemberian antagonis reseptor angiotensin II; gangguan fungsi hati; gangguan fungsi ginjal. Kombinasi dengan HCT (keterangan lihat HCT).

Kontraindikasi: kehamilan; menyusui; kolestasis; kombinasi dengan HCT (keterangan lihat HCT).

Efek Samping: biasanya ringan. Hipotensi simtomatik termasuk pusing dapat terjadi, terutama pada pasien dengan kekurangan cairan intravaskular (misal yang mendapat diuretika dosis tinggi). Hiperkalemia kadang-kadang terjadi; angioedema juga dapat terjadi pada beberapa antagonis reseptor angiotensin II; juga vertigo, sakit kepala; sangat jarang mual, hepatitis, kerusakan darah, hiponatremia, nyeri punggung, sakit sendi, nyeri otot, ruam, urtikaria, rasa gatal.

Kombinasi dengan HCT.

Dosis: hipertensi, dosis awal 8 mg (gangguan fungsi hati 2 mg, gangguan fungsi ginjal atau volume depleksi intravaskular 4 mg) sekali sehari, tingkatkan jika perlu pada interval 4 minggu hingga maksimal 32 mg sekali sehari; dosis penunjang lazim 8 mg sekali sehari.

Gagal jantung, dosis awal 4 mg sekali sehari, tingkatkan pada interval sedikitnya 2 minggu hingga dosis target 32 mg sekali sehari atau hingga dosis maksimal yang masih dapat ditoleransi.

Kombinasi dengan HCT: kandesartan sileksetil 16 mg + HCT 12,5 mg sekali sehari, dengan atau tanpa makanan.

Pasien usia lanjut, sebelum pengobatan dengan kombinasi harus dimulai dengan kandesartan sileksetil 2 mg tunggal untuk pasien >75 tahun, atau kandesartan sileksetil 4 mg tunggal untuk pasien < 75 tahun.

Pasien dengan gangguan fungsi ginjal, regimen lazim untuk kombinasi kandesartan sileksetil/HCT dapat diikuti selama kreatinin klirens di atas 30 mL/menit. Pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal yang lebih parah, diuretika kuat lebih disukai daripada tiazid, sehingga kombinasi kandesartan sileksetil/HCT tidak dianjurkan.

Pasien dengan gangguan fungsi hati, diuretika tiazid harus digunakan dengan hati-hati, oleh karenanya dosis harus diberikan dengan hati hati.

Tabel 4. Rincian obat, dosis, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan ARB: [6]

Valsartan	80 - 320	1 x	40; 80 dan 160 mg
Irbesartan	150 - 300	1 x	75; 150 dan 300 mg
Telmisartan	20 - 80	1 x	20; 40 dan 80 mg
Kandesartan	8 - 32	1 x	4; 8 dan 16 mg

Ket : Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

B. Antagonis Kalsium

Antagonis kalsium menghambat arus masuk ion kalsium melaluisaluran lambat membran sel yang aktif. Golongan ini mempengaruhi sel miokard jantung, dan sel otot polos pembuluh darah, sehingga mengurangi kemampuan kontraksi miokard, pembentukan dan propagasi impuls elektrik dalam jantung, dan tonus vaskuler sistemik atau koroner. Pemilihan obat-obat golongan antagonis kalsium berbeda-beda berdasarkan perbedaan lokasi kerja, sehingga efek terapetiknya tidak sama, dengan variasi yang lebih luas daripada golongan *beta bloker*. Terdapat beberapa perbedaan penting di antara obat-obat golongan antagonis kalsium verapamil, diltiazem, dan dihidropiridin (amlodipin, felodipin, isradipin, lasidipin, lerkandipin, nikardipin,

nifedipin, nimodipin, dan nisoldipin). Verapamil dan diltiazem biasanya harus dihindari pada gagal jantung karena dapat menekan fungsi jantung sehingga mengakibatkan perburukan klinis [7].

Nifedipin [7]

Indikasi: profilaksis dan pengobatan angina; hipertensi.

Peringatan: hentikan jika terjadi nyeri iskemik atau nyeri yang ada memburuk dalam waktu singkat setelah awal pengobatan; cadangan jantung yang buruk; gagal jantung atau gangguan fungsi ventrikel kiri yang bermakna (memburuknya gagal jantung teramati); hipotensi berat; kurangi dosis pada gangguan hati; diabetes mellitus; dapat menghambat persalinan; menyusui; hindari sari buah *grapefruit* (mempengaruhi metabolisme).

Kontraindikasi: syok kardiogenik; stenosis aorta lanjut; kehamilan (toksisitas pada studi hewan); porfiria.

Efek Samping: pusing, sakit kepala, muka merah, letargi; takikardi, palpitasi; juga edema kaki, ruam kulit (eritema multiform dilaporkan), mual, sering kencing; nyeri mata, hiperplasia gusi; depresi dilaporkan; telangiektasia dilaporkan.

Dosis: angina dan fenomena *Raynaud*, sediaan konvensional, dosis awal 10 mg (usia lanjut dan gangguan hati 5 mg) 3 kali sehari dengan atau setelah makan; dosis penunjang lazim 5-20 mg 3 kali sehari; untukefek yang segera pada angina: gigit kapsul dan telan dengan cairan.

Hipertensi ringan sampai sedang dan profilaksis angina: sediaan lepas lambat, 30 mg sekali sehari (tingkatkan bila perlu, maksimum 90 mg sekali sehari) atau 20 mg 2 kali sehari dengan atau setelah makan (awalnya 10 mg 2 kali sehari, dosis penunjang lazim 10-40 mg 2 kali sehari).

Amlodipin [7]

Indikasi: hipertensi, profilaksis angina.

Peringatan: kehamilan, gangguan fungsi hati.

Kontraindikasi: syok kardiogenik, angina tidak stabil, stenosis aorta yang signifikan, menyusui.

Efek Samping: nyeri abdomen, mual, palpitasi, wajah memerah, edema, gangguan tidur, sakit kepala, pusing, letih. Jarang terjadi:

gangguan saluran cerna, mulut kering, gangguan pengecapan, hipotensi, pingsan, nyeri dada, dispnea, rhinitis, perubahan perasaan, tremor, paraestesia, gangguan kencing, impoten, ginekomastia, perubahan berat badan, mialgia, gangguan penglihatan, tinitus, pruritus, ruam kulit (termasuk adanya laporan eritema multiform), alopesia, purpura dan perubahan warna kulit;

Sangat jarang: gastritis, pankreatitis, hepatitis, jaundice, kolestasis, hiperplasia pada gusi, infark miokard, aritmia, vaskulitis, batuk, hiperglikemia, trombositopenia, angioedema dan urtikaria.

Dosis: hipertensi atau angina, dosis awal 5 mg sekali sehari; maksimal 10 mg sekali sehari.

Nikardipin [7]

Indikasi: krisis hipertensi akut selama operasi, hipertensi dalam keadaan darurat.

Peringatan: pasien dengan gangguan fungsi hati atau ginjal, pasien dengan stenosis aorta. Tekanan darah dan denyut jantung harus terus dimonitor selama menggunakan obat ini.

Kontraindikasi: pasien dengan hemostasis tidak lengkap yang diikuti dengan perdarahan intrakranial, pasien dengan tekanan intrakranial meningkat pada tahap akut stroke serebral, hipersensitif.

Efek Samping: ileus paralitik, hipoksemia, edema paru, dispnea, nyeri angina, trombositopenia, gangguan fungsi hati dan *jaundice*, takikardia, perubahan EKG, hipotensi; pada pasien dengan gagal jantung akut: meningkatkan tekanan arteri paru, penurunan indeks jantung, takikardia ventrikel dan sianosis; palpitasi, muka merah, extrasistol ventrikel, blokade atrioventrikel, malaise menyeluruh, disfungsi hati (peningkatan GOT dan GPT), peningkatan BUN atau kreatinin, erupsi, sakit kepala, peningkatan suhu tubuh, penurunan volume urin, penurunan kadar kolesterol dalam darah, rigor (kaku), *back pain*, peningkatan kadar serum kalium, flebitis.

Dosis: nikardipin injeksi diencerkan dahulu dengan injeksi glukosa 5% atau larutan salin fisiologis hingga diperoleh 0,01%-0,02% larutan nikardipin hidroklorida (0,1-1,2 mg/mL). Untuk krisis hipertensi akut selama operasi, secara intra vena, dosis 2-10 mcg/kg bb/menit sampai tercapai tekanan darah yang diinginkan, dapat ditingkatkan dengan tetap memantau tekanan darah. Untuk pengurangan tekanan darah yang lebih cepat, dosis 10-30 mcg/kg bb/menit dapat digunakan. Hipertensi dalam keadaan darurat, secara

intravena, dosis 0,5 mcg /kg bb/menit sampai tercapai tekanan darah yang diinginkan, dapat ditingkatkan dengan tetap memantau tekanan darah.

Verapamil [7]

Indikasi: hipertensi.

Peringatan: diketahui dengan pasti; hati-hati penggunaan pada penderita dengan penurunan transmisi neuromuskuler. Hati-hati penggunaan pada Blok AV, hipotensi, bradikardi, penurunan fungsi hepar berat, penyakit di mana transmisi neuromuskular terkena (miastenia gravis, sindroma *Lambert-Eaton*, distropi otot *Duchene* lanjut). Efek verapamil pada konduksi nodus AV dan SA dapat menyebabkan AV blok dan bradikardia sementara.

Kontraindikasi: penderita hipersensitivitas, syok kardiogenik, infark miokard akut dengan komplikasi, AV blok tingkat II-III (kecuali pada pasien dengan pacu jantung), sindroma *sick sinus* (kecuali pada pasien dengan pacu jantung), gagal jantung kongestif, flutter atau fibrilasi atrium dengan jalur *by pass* (misal sindroma *Wolf-Parkinson White*, sindroma *Lown-Gonong-Levine*).

Efek Samping: efek samping yang umum terjadi adalah: konstipasi, pusing, mual, hipotensi, sakit kepala, edema, edema paru, fatigue, dispnea, bradikardia, AV blok, *rash*.

Dosis: hipertensi, 240-480 mg sehari dalam 2-3 dosis terbagi.

Injeksi intravena lambat selama 2 menit (3 menit pada usia lanjut), 5-10 mg (sebaiknya dengan pemantauan ECG); pada takiaritmia paroksimal jika perlu 5 mg lagi setelah 5-10 menit.

Angina, 80-120 mm 3 kali sehari; Hipertensi, 40 mg 3 kali sehari untuk penderita dengan respon meingkat seperti pada penderita usia lanjut dan penurunan fungsi hati; Aritmia, penderita yang mendapat digitalis: 240- 320 mg dalam 3-4 dosis bagi; Penderita yang tidak mendapat digitalis: 240- 480 mg dalam 3-4 dosis bagi.

Diltiazem [7]

Indikasi: pengobatan angina pektoris; profilaksis angina pektoris varian; hipertensi esensial ringan sampai sedang.

Peringatan: kurangi dosis pada pasien gangguan fungsi hati danginjal; gagal jantung atau gangguan bermakna fungsi ventrikel kiri yang bermakna , bradikardi (hindarkan jika berat), blokade AV derajat satu, atau perpanjangan interval PR.

Nifedipin	5 - 20	3 - 4 x	10; 20 dan 30 mg
Amlodipin	2,5 - 10	1 x	5 dan 10 mg
Nikardipin	20 - 40	3 x	20; 30 mg dan injeksi 1 mg/ml
Verapamil	80 - 320	2 - 3 x	40; 80 ; 120; 240 mg dan amp 2,5 mg/mL
Diltiazem	90 - 180	3 x	30; 60; 100; 200 mg; inj 5 mg/mL; serb inj 10 mg dan serb inj 50 mg

Kontraindikasi: bradikardi berat, gagal jantung kongesti (denyut jantung di bawah 50 denyut/menit); gagal ventrikel kiri dengan kongesti paru, blokade AV derajat dua atau tiga (kecuali jika digunakan pacu jantung), sindrom penyakit sinus (sinus bradikardi, sinus ares, sinus atrial); kehamilan; menyusui (lampiran 2); hipersensitif terhadap diltiazem.

Efek Samping: bradikardi, blokade sinoatrial, blokade AV, jantung berdebar, pusing, hipotensi, malaise, asthenia, sakit kepala, muka merah dan panas, gangguan saluran cerna, edema (terutama pada pergelangan kaki); jarang terjadi ruam kulit (termasuk eritema multiforme dan torn dermatitis), fotosensitif; dilaporkan juga hepatitis, gynaecomastia, hiperplasia gusi, sindrom ekstrapiramidal, dan depresi.

Dosis: **Aritmia:** 60 mg tiga kali sehari (usia lanjut awalnya dua kali sehari) jika perlu tingkatkan hingga 360 mg sehari disesuaikan dengan usia dan gejala. **Hipertensi esensial ringan sampai sedang:** dewasa oral 100-200 mg satu kali sehari. **Angina varian:** dewasa oral 100 mg sekali sehari, jika tidak ada perubahan maka dapat ditingkatkan hingga 200 mg satu kali sehari. **Tabel 5. Rincian obat, dosis, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan Antagonis Kalsium: [6]**

Ket : Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

C. Penghambat Adrenergik

Terdapat 4 golongan obat yang terdapat dalam kelompok Penghambat Adrenergik, yaitu golongan penghambat adrenoseptor beta (β -bloker), golongan penghambat adrenoseptor alfa (α -bloker), adrenolitik sentral dan golongan penghambat saraf adrenergik.

1. Penghambat Adrenoseptor Beta (β -Bloker) [6]

Mekanisme kerja: β -bloker dapat dikaitkan dengan hambatan reseptor β 1, yaitu: (1) penurunan frekuensi denyut jantung dan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan curah jantung; (2) hambatan sekresi renin di sel-sel jukstaglomeruler ginjal dengan akibat penurunan produksi angiotensin II; dan (3) efek sentral yang mempengaruhi aktivitas saraf simpatis, perubahan pada sensitivitas baroreseptor, perubahan aktivitas neuron adrenergik perifer dan pengikatan biosintesis prostasiklin.

Atenolol [7]

Indikasi: hipertensi; angina; aritmia.

Peringatan: hindari putus obat yang mendadak, terutama pada penyakit jantung iskemi, blok AV derajat pertama, hipertensi portal (risiko memburuknya fungsi hati); diabetes; riwayat penyakit paruobstruktif; miastenia gravis; pada anafilaksis respons terhadap adrenalin berkurang. Kurangi dosis pada gangguan ginjal.

Kontraindikasi: asma, gagal jantung yang tak terkontrol, bradikardi yang nyata, hipotensi, sindrom penyakit sinus, blok AV derajat dua atau tiga, syok kardiogenik; feokromositoma. Kurangi dosis pada gangguan ginjal.

Efek Samping: bradikardi, gagal jantung, hipotensi, gangguan konduksi, bronkospasme, vasokonstriksi perifer, gangguan saluran cerna, *fatigue*, gangguan tidur, jarang ruam kulit dan mata kering (reversibel bila obat dihentikan), eksaserbasi psoriasis. Kurangi dosis pada gangguan ginjal.

Dosis: oral, hipertensi 50 mg sehari (dosis lebih tinggi tidak lagi perlu dipertimbangkan). Angina, 100 mg sehari dalam 1 atau 2 dosis. Aritmia, 50-100 mg sehari.

Injeksi intravena: aritmia, 2,5 mg dengan kecepatan 1 mg/menit, ulangi pada interval 5 menit sampai maksimal 10 mg.

Catatan. Bradikardi yang berlebihan dapat diatasi dengan injeksi intravena atropin sulfat 0,6-2,4 mg dalam dosis terbagi 0,6 mg setiap kali, untuk overdosis lihat penanganan keracunan.

Infus intravena: aritmia, 150 mcg/kg bb selama 20 menit, jika perlu ulangi setiap 12 jam. Intervensi awal dalam waktu 12 jam setelah infark, injeksi intravena diatas 5 menit; 5 mg sehari kemudian oral 50 mg setelah 15 menit, 50 mg setelah 12 jam, kemudian 100 mg sehari; 5-10 mg secara injeksi intravena lambat, kemudian oral 50 mg setelah 15 menit, 50 mg setelah 12 jam, kemudian 100 mg sehari.

Bisoprolol [7]

Indikasi: hipertensi dan angina, gagal jantung kronik.

Peringatan: hindari putus obat yang mendadak, terutama pada penyakit jantung iskemi, blok AV derajat pertama, hipertensi portal (risiko memburuknya fungsi hati); diabetes; riwayat penyakit paru obstruktif; miastenia gravis; pada anafilaksis respons terhadap adrenalin berkurang; pada gagal jantung pantau status klinis selama 4 jam sesudah pemberian awal (dengan dosis rendah) dan pastikan gagal jantung tidak berbahaya sebelum meningkatkan dosis; psoriasis; gangguan hati.

Kontraindikasi: asma, gagal jantung yang tak terkontrol, bradikardi yang nyata, hipotensi, sindrom penyakit sinus, blok AV derajat dua atau tiga, syok kardiogenik; feokromositoma; keadaan akut atau gagal jantung dekomposisi yang menghendaki pemberian inotropik intravena; blok sino-atrial.

Efek Samping: bradikardi, gagal jantung, hipotensi, gangguan konduksi, bronkospasme, vasokonstriksi perifer, gangguan saluran cerna, *fatigue*, gangguan tidur, jarang ruam kulit dan mata kering (reversibel bila obat dihentikan), eksaserbasi psoriasis.

Dosis: hipertensi dan angina. Satu tablet 5 mg sehari sekali pada pagi hari sebelum atau sesudah makan. Dalam kasus sedang/tidak terlalu berat, satu tablet sehari mungkin cukup. Kebanyakan kasus dapat terkontrol dengan pemberian 2 tablet/hari (10 mg), kecuali pada sejumlah kecil kasus memerlukan dosis 4 tablet/hari (20 mg). Pada pasien dengan disfungsi ginjal atau disfungsi hati berat, maksimum dosis per hari adalah 2 tablet/hari (10 mg).

Gagal Jantung Kronik (CHF): 1,25 mg sehari sekali untuk satu minggu, jika dapat ditoleransi dengan baik dapat ditingkatkan menjadi 2,5 mg sehari sekali untuk minggu berikutnya, jika dapat ditoleransi dengan baik dapat ditingkatkan menjadi 3,75 mg sehari sekali untuk minggu berikutnya, jika dapat ditoleransi dengan baik dapat ditingkatkan

menjadi 5 mg sehari sekali untuk 4 minggu berikutnya, jika dapat ditoleransi dengan baik dapat ditingkatkan menjadi 7,5 mg sehari sekali untuk 4 minggu berikutnya, jika dapat ditoleransi dengan baik dapat ditingkatkan menjadi 10 mg sehari sekali untuk terapi pemeliharaan. Setelah pemberian awal 1,25 mg, pasien harus diamati selama lebih kurang 4 jam (terutama berkaitan dengan tekanan darah, detak jantung, gangguan konduksi, tanda-tanda memburuknya gagal jantung).

Metoprolol [7]

Indikasi: hipertensi, angina, aritmia; profilaksis migren; tirotoksikosis. Peringatan: hindari putus obat yang mendadak, terutama pada penyakit jantung iskemi, blok AV derajat pertama, hipertensi portal (risiko memburuknya fungsi hati); diabetes; riwayat penyakit paru obstruktif; miastenia gravis; pada anafilaksis respons terhadap adrenalin berkurang. Kurangi dosis pada gangguan hati.

Kontraindikasi: asma, gagal jantung yang tak terkontrol, bradikardi yang nyata, hipotensi, sindrom penyakit sinus, blok AV derajat dua atau tiga, syok kardiogenik; feokromositoma.

Efek Samping: bradikardi, gagal jantung, hipotensi, gangguan konduksi, bronkospasme, vasokonstriksi perifer, gangguan saluran cerna, *fatigue*, gangguan tidur, jarang ruam kulit dan mata kering (reversibel bila obat dihentikan), eksaserbasi psoriasis.

Dosis: oral, hipertensi, awalnya 50 mg sehari, penunjang 50-100 mg sehari dalam 1-2 dosis terbagi; Angina, 50-100 mg 2-3 kali sehari; Aritmia, biasanya 50 mg 2-3 kali sehari; bila perlu sampai dengan 300 mg sehari dalam dosis terbagi; Profilaksis migren, 100- 200 mg sehari dalam dosis terbagi; Tirotoksikosis, (tambahan) 50 mg 4 kali sehari.

Injeksi intravena: aritmia, sampai dengan 5 mg dengan kecepatan 1- 2 mg/menit, jika perlu diulangi setelah 5 menit, dosis total 10-15 mg.

Catatan. Bradikardi yang berlebihan dapat diatasi dengan injeksi intravena atropin sulfat 0,6 - 2,4 mg dalam dosis terbagi 0,6 mg setiap

kali; untuk dosis lazim lihat penanganan darurat keracunan. Pada pembedahan, 2-4 mg secara injeksi intravena lambat pada induksi atau untuk mengendalikan aritmia yang terjadi selama anestesi; dosis 2 mg dapat diulang sampai maksimal 10 mg. Intervensi awal dalam waktu 12 jam setelah infark, 5 mg lewat injeksi intravena setiap 2 menit sampai maksimal 15 mg, lanjutkan setelah 15 menit dengan 50 mg secara oral setiap 6 jam selama 48 jam; penunjang 200 mg sehari dalam dosis terbagi.

Tabel 6. Rincian obat, dosis awal, dosis maksimal, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan β -bloker: [6]

Atenolol	25	100	1 x	50 dan 100 mg
Bisoprolol	2,5	10	1 x	2,5; 5 dan 10 mg
Metoprolol	50	200	1 - 2 x	50; 100 mg dan inj 1 mg/mL

Ket :

Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

2. Penghambat Adrenoseptor Alfa (α -Bloker)

Doksazosin dan prazosin menghambat reseptor alfa pasca sinaptik dan menimbulkan vasodilatasi, namun jarang menyebabkan takikardi. Obat ini menurunkan tekanan darah dengan cepat setelah dosis pertama, sehingga harus hati-hati pada pemberian pertama [7].

Doksazosin [7]

Indikasi: hiperplasia prostat jinak pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi maupun tekanan darah normal.

Peringatan: hipotensi postural/syncope, penggunaan bersama penghambat PDE-5, gangguan fungsi hati, gangguan fungsi ginjal, mengemudi atau mengoperasikan mobil, kondisi penyempitan saluran cerna yang berat, komplikasi *Intraoperative Floppy Iris Syndrome* pada operasi katarak.

Kontraindikasi: usia <16 tahun, hipersensitivitas terhadap doksazosin, quinazolin, sumbatan pada saluran pencernaan, hiperplasia prostat jinak dengan riwayat hipotensi, pasien dengan riwayat hipotensi ortostatik, penyempitan atau penyumbatan dalam saluran kemih, infeksi saluran kemih yang sudah berlangsung lama, batu kandung kemih, dan inkontinensi luapan atau anuria dengan atau tanpa masalah ginjal.

Efek Samping: serangan jantung, kelemahan pada lengan dan kaki atau kesulitan berbicara (gejala stroke), pembengkakan pada wajah, lidah, atau tenggorokan yang merupakan reaksi alergi, nyeri dada, angina, napas pendek, sulit bernapas, napas berbunyi, denyut

jantung meningkat/menurun atau tidak beraturan, palpitasi, kemerahan atau gatal-gatal pada kulit, pingsan, kekuningan pada kulit atau mata, rendahnya jumlah sel darah putih atau trombosit. **Umum:** vertigo, sakit kepala, tekanan darah rendah, pembengkakan pada kaki, tumit, atau jari-jari, bronkitis, batuk, infeksi saluran napas, hidung tersumbat, bersin, hidung berair, nyeri lambung/abdominal, infeksi saluran kemih, inkontinensi urin, mengantuk, perasaan lemah, gangguan pencernaan, nyeri ulu hati, mulut kering, nyeri punggung, nyeri otot, gejala menyerupai pilek. **Tidak umum:** konstipasi, kembung, radang lambung dan usus yang menyebabkan diare dan muntah-muntah, nyeri atau merasa tidak nyaman ketika buang air kecil, buang air kecil lebih sering dari biasanya, adanya darah pada urin, radang pada persendian, nyeri persendian, nyeri umum, kurang tidur, gelisah, depresi, berkurang atau berubahnya rasa sentuhan atau sensasi pada tangan dan kaki, peningkatan nafsu makan atau hilangnya nafsu makan, berat badan naik, mimisan, telinga berdenging, tremor, kegagalan/ketidakmampuan mencapai ereksi penis, uji laboratorium abnormalitas fungsi hati. **Sangat jarang:** pingsan atau limbung akibat tekanan darah ketika bangkit berdiri dari posisi duduk atau berbaring, hepatitis atau gangguan empedu, urtikaria, kerontokan rambut, bercak merah atau ungu pada kulit, perdarahan di bawah kulit, kesemutan atau kekebasan pada tangan dan kaki, agitasi, kegelisahan, kelelahan, kram otot, lemah otot, pandangan kabur, wajah memerah, gangguan buang air kecil, buang air kecil di malam hari, peningkatan volume urin yang dikeluarkan, peningkatan produksi urin sehingga lebih sering buang air kecil, ketidaknyamanan atau pembesaran payudara pada pria, ereksi penis yang menetap dan terasa sakit. **Frekuensi tidak diketahui:** sperma yang diejakulasikan saat klimaks seksual menjadi sedikit atau tidak ada, urin keruh setelah klimaks seksual, masalah mata yang dapat timbul selama bedah mata untuk katarak.

Dosis: hipertensi: 1 mg sehari, ditingkatkan setelah 1-2 minggu menjadi 2 mg sekali sehari, kemudian 4 mg sekali sehari, bila perlu. Maksimal 16 mg sehari.

Tablet pelepasan termodifikasi: 4 mg sehari, tablet ditelan utuh dan jika perlu dosis dapat ditingkatkan setelah 4 minggu menjadi 8 mg sehari.

Tabel 7. Rincian obat, dosis awal, dosis maksimal, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan α -bloker: [6]

Doksazosin	1 - 2	4	1 x	1 dan 2 mg

Ket :

Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

3. Adrenolitik Sentral

Metildopa adalah obat antihipertensi yang bekerja sentral yang digunakan untuk mengatasi hipertensi pada kehamilan. Efek samping menjadi ringan jika dosis harian di bawah 1 g.

Metildopa sedikit manfaatnya untuk penatalaksanaan *refractory sustained hypertension* pada bayi dan anak-anak. Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan retensi cairan (yang dapat dikurangi dengan penggunaan bersama dengan diuretika) [7].

Metildopa [7]

Indikasi: hipertensi, bersama dengan diuretika; krisis hipertensi jika tidak diperlukan efek segera.

Peringatan: riwayat gangguan hati; gangguan ginjal; hasil positif uji *Coomb* langsung yang dapat terjadi pada hingga 20% pasien (bisa mempengaruhi *blood cross-matching*); mempengaruhi hasil uji laboratorium, menurunkan dosis awal pada gagal ginjal; disarankan untuk melakukan hitung darah dan uji fungsi hati; riwayat depresi.

Kontraindikasi: depresi, penyakit hati aktif, feokromositoma; porfiria.

Efek Samping: gangguan saluran cerna, stomatis, mulut kering, sedasi, depresi, mengantuk, diare, retensi cairan, gangguan ejakulasi, kerusakan hati, anemia hemolitik, sindrom mirip lupus eritematosus, parkinsonismus, ruam kulit, hidung tersumbat.

Dosis: **oral:** 250 mg 2-3 kali/hari, secara bertahap dinaikkan dengan selang waktu 2 hari atau lebih; dosis maksimum sehari 3 g;

Pasien lanjut usia: dosis awal 125 mg dua kali/hari, dinaikkan secara bertahap; dosis maksimum sehari 2 g.

Infus intravena: metildopa hidroklorida 250-500 mg, diulangi setelah enam jam jika diperlukan.

D. Diuretik [7]

1. Tiazid

Tiazid dan senyawa-senyawa terkait merupakan diuretika dengan potensi sedang, yang bekerja dengan cara menghambat reabsorpsi natrium pada bagian awal tubulus distal. Mula kerja diuretika golongan ini setelah pemberian per oral antara 1-2 jam, sedangkan masa kerjanya 12-24 jam. Lazimnya tiazid diberikan pada pagi hari agar diuresis tidak mengganggu tidur pasien.

Hidroklorotiazid (HCT) [7]

Indikasi: edema, hipertensi.

Peringatan: pengurangan volume intravaskular: gejala hipotensi khususnya setelah dosis pertama dapat terjadi pada pasien yang kehilangan volume dan/atau garam oleh karena terapi diuretika, pembatasan diet garam, diare atau muntah; Arteri stenosis ginjal; Hipertensi renovaskular; Pasien dengan gangguan ginjal dan transplantasi ginjal; Pasien dengan gangguan hati: tiazid tidak boleh diberikan pada pasien dengan gangguan fungsi hati atau penyakit hati progresif sejak alterasi minor dari larutan dan keseimbangan elektrolit dapat mempercepat koma hepatik; Pasien penderita katup jantung stenosis aorta dan mitral, hipertrofi obstruktif kardiomiopati; Pasien dengan aldosterisme primer; Metabolik dan efek endokrin: tiazid dapat mengganggu toleransi glukosa.

Pada pasien diabetes diperlukan penyesuaian dosis insulin atau agent oral hipoglikemik; Kondisi lain yang distimulasi oleh sistem renin angiotensin-aldosteron; Ketidakseimbangan elektrolit: tiazid dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit (hipokalemia, hiponatremia dan hipokloremik alkalosis). Tiazid dapat menurunkan ekskresi kalsium urin dan dapat menyebabkan peningkatan serum kalsium sedikit demi sedikit dengan tidak adanya gangguan yang diketahui dari metabolisme kalsium. Hiperkalsemia ditandai dengan adanya hiperparatiroidisme yang tersembunyi.

Penggunaan tiazid harus dihentikan sebelum melakukan test untuk fungsi paratiroid. Tiazid juga menunjukkan peningkatan ekskresi magnesium urin yang dapat mengakibatkan hipomagneemia.

Kontraindikasi: gangguan hati berat, gangguan ginjal berat (kreatinin klirens < 30 mL/menit), hipokalemia refraktori, hiperkalsemia, hamil dan menyusui (lihat lampiran 1 dan 2).

Efek Samping: anoreksia, penurunan nafsu makan, iritasi lambung, diare, konstipasi, sialadenitis, pankreatitis, *jaundice*, *xanthopsia*,

gangguan penglihatan sementara, leukopenia, neutropenia/ agranulositosis, trombositopenia, anemia aplastik, anaemia hemolitik, depresi sumsum tulang belakang, reaksi fotosensitivitas, ruam, reaksi seperti *cutaneous lupus erythematosus*, reaktivasi *cutaneous lupus erythematosus*, urtikaria, vaskulitis, cutaneous vasculitis, reaksi anafilaksis, keracunan epidermal nekrosis, demam, penekanan saluran pernafasan, gangguan ginjal, nefritis interstisial, kejang otot, lemas, gelisah, kepala terasa ringan, vertigo, paraesthesia, hipotensi postural, kardiak aritmia, gangguan tidur dan depresi.

Dosis: hipertensi, dosis awal 12,5 mg sehari, jika perlu tingkatkan sampai 25 mg sehari. Usia Lanjut. Pada pasien tertentu (terutama usia lanjut) dosis awal 12,5 mg sehari mungkin cukup.

Edema: dosis awal 12,5-25 mg sehari, untuk penunjang jika mungkin dikurangi; edema kuat pada pasien yang tidak mampu untuk mentoleransi diuretika berat, awalnya 75 mg sehari.

Klortalidon [7]

Indikasi: asites karena sirosis pada sekelompok pasien (dibawah pengawasan dokter), edema karena sindrom nefrotik, hipertensi; gagal jantung kronik yang ringan sampai sedang; diabetes insipidus.

Peringatan: pada dosis tinggi atau gangguan ginjal perlu pantau elektrolit; memperburuk diabetes mellitus dan pirai; mungkin memperburuk SLE (lupus eritematosus sistemik); usia lanjut; kehamilan dan menyusui; gangguan hati dan ginjal.

Kontraindikasi: hipokalemia yang refraktur, hiponatremia; hiperkalsemia; gangguan ginjal dan hati yang berat; hiperurikemia yang simtomatik; penyakit *Addison*.

Efek Samping: hipotensi postural dan gangguan saluran cerna yang ringan; impotensi (reversibel bila obat dihentikan); hipokalemia, hipomagnesemia, hiponatremia, hiperurisemia, pirai, hiperglikemia, dan peningkatan kadar kolesterol plasma; jarang terjadi ruam kulit, fotosensitivitas; gangguan darah (termasuk neutropenia, bila dirasakan pada masa kehamilan akhir

trombositopenia neonatal telah dilaporkan); pankreatitis, kolestatis intrahepatik, dan reaksi hipersensitivitas (termasuk pneumonitis, edema paru, reaksi kulit yang berat) juga dilaporkan.

Dosis: hipertensi: 25 mg pada pagi hari, jika perlu tingkatkan sampai 50 mg.

Edema: hingga 50 mg sehari selama periode terbatas.

2. Diuretik Kuat

Diuretika kuat kadang-kadang digunakan untuk menurunkan tekanan darah terutama pada hipertensi yang resisten terhadap terapi tiazid. Diuretika kuat menghambat resorpsi cairan dari *ascending limb of the loop of Henle* dalam tubulus ginjal dan merupakan diuretika yang kuat. Hipokalemia dapat terjadi, dan perlu hati-hati untuk menghindari hipotensi. Jika terdapat pembesaran prostat, dapat terjadi retensi urin. Risiko ini kemungkinan terjadinya kecil bila pada awalnya digunakan diuretika dosis kecil dan tidak terlalu poten [7].

Furosemid [7]

Indikasi: udem karena penyakit jantung, hati, dan ginjal. Terapi tambahan pada udem pulmonari akut dan udem otak yang diharapkan mendapat onset diuresis yang kuat dan cepat.

Peringatan: hipotensi, pasien dengan risiko penurunan tekanan darah, diabetes melitus, gout, sindrom hepatorenal, hipoproteinemia, bayi prematur.

Kontraindikasi: gagal ginjal dengan anuria, prekoma dan koma hepatic, defisiensi elektrolit, hipovolemia, hipersensitivitas.

Efek Samping: **Sangat umum:** gangguan elektrolit, dehidrasi, hipovolemia, hipotensi, peningkatan kreatinin darah. **Umum:** hemokonsentrasi, hiponatremia, hipokloremia, hipokalemia,

393939

peningkatan kolesterol darah, peningkatan asam urat darah, gout, enselopati hepatic pada pasien dengan penurunan fungsi hati, peningkatan volume urin. **Tidak umum:** trombositopenia, reaksi alergi pada kulit dan membran mukus, penurunan toleransi glukosa dan hiperglikemia, gangguan pendengaran, mual, pruritus, urtikaria, ruam, dermatitis bulosa, eritema multiformis, pemfigoid, dermatitis eksfoliatif, purpura, fotosensitivitas. **Jarang:** eosinofilia, leukositopenia, anafilaksis berat dan reaksi anafilaktoid, parestesia, vakulitis, muntah, diare, nefritis tubulointerstisial, demam. **Sangat jarang:** anemia hemolitik, anemia aplastik, agranulositosis, tinnitus, pankreatitis akut, kolestasis intrahepatik, peningkatan transaminase.

Tidak diketahui frekuensinya: hipokalsemia, hipomagnesemia, alkalosis metabolik, trombosis, sindroma *Stevens-Johnson*, nekrolisis epidermal toksik, pustulosis eksantema generalisata akut (*Acute Generalized Exanthematous Pustulosis/AGEP*), reaksi obat dengan eosinofilia dan gejala sistemik (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptom/DRESS*), peningkatan natrium urin, peningkatan klorida urin, peningkatan urea darah, gejala gangguan fungsi mikturisi, nefrokalsinosis dan/atau nefrolitiasis pada bayi prematur, gagal ginjal, peningkatan risiko *persistent ductus arteriosus* pada bayi prematur usia seminggu, nyeri lokal pada area injeksi.

Dosis: oral: Udem. Dewasa, dosis awal 40 mg pada pagi hari, penunjang 20-40 mg sehari, tingkatkan sampai 80 mg sehari pada udem yang resistensi. Anak, 1-3 mg/kg BB sehari, maksimal 40 mg sehari. Oliguria. Dosis awal 250 mg sehari. Jika diperlukan dosis lebih besar, tingkatkan bertahap dengan 250 mg, dapat diberikan setiap 4-6 jam sampai maksimal dosis tunggal 2 g (jarang digunakan).

Injeksi intraveana : Injeksi intravena atau intramuskular: Udem. Dewasa >15 tahun, dosis awal 20-40 mg, dosis dapat ditingkatkan sebesar 20 mg tiap interval 2 jam hingga efek tercapai. Dosis individual diberikan 1-2 kali sehari. Pemberian injeksi intravena harus perlahan dengan kecepatan tidak melebihi 4 mg/menit. Pemberian secara intramuskular hanya dilakukan bila pemberian oral dan intravena tidak memungkinkan. Intramuskular tidak untuk kondisi akut seperti udem pulmonari. Udem pulmonari akut. Dosis awal 40 mg secara intravena. Jika tidak mendapatkan respons yang diharapkan selama 1 jam, dosis dapat ditingkatkan hingga 80 mg secara intravena lambat. Udem otak. Injeksi intravena 20-40 mg 3 kali sehari. Diuresis mendesak. Dosis 20-40 mg diberikan bersama infus cairan elektrolit. Bayi dan anak <15 tahun, pemberian secara parenteral hanya dilakukan bila keadaan mendesak atau mengancam jiwa (1 mg/kg BB hingga maksimum 20 mg/hari).

3. Diuretik Hemat Kalium

Spironolakton adalah diuretika hemat kalium yang paling sering digunakan pada anak-anak, obat ini merupakan antagonis aldosteron dan meningkatkan retensi kalium dan ekskresi natrium di tubulus distal. Spironolakton dikombinasikan dengan diuretika lain untuk mengurangi hilangnya kalium melalui urin [7].

Spironolakton [7]

Indikasi: edema dan asitas pada sirosis hati, asites malignan, sindroma nefrotik, gagal jantung kongestif; hiperaldosteronism primer.

Peringatan: produk-produk metabolik berpotensi karsinogenik pada hewan mengerat; usia lanjut; gangguan hati; gangguan ginjal (hindari bila sedang sampai berat); pantau elektrolit (hentikan bila terjadi hiperkalemia, hiponatremia; penyakit Addison).

Efek Samping: gangguan saluran cerna; impotensi, ginekomastia, menstruasi tidak teratur, letargi, sakit kepala,bingung; ruam kulit; hiperkalemia; hiponatremia; hepatotoksitas, osteomalasia, dan gangguan darah dilaporkan.

Dosis: 100-200 mg sehari, jika perlu tingkatkan sampai 400 mg; Anak. dosis awal 3 mg/kg bb dalam dosis terbagi.

Tabel 8. Rincian obat, dosis, frekuensi dan bentuk sediaan dari obat golongan Diuretik: [6]

Hidroklorotiazid	12,5 - 25	1 x	12,5 dan 25 mg
Klortalidon	12,5 - 25	1 x	50 mg
Furosemid	20 - 40	1 x	40 mg dan inj 10 mg/mL
Spironolakton	25 - 100	1 x	25 dan 100 mg

Ket : Frekuensi pemberian dapat diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

E. Terapi Kombinasi [8]

Terapi Kombinasi [8]

Penambahan obat antihipertensi (kombinasi) harus diberikan bila target tekanan darah tidak tercapai dengan pengobatan monoterapi. Obat yang ditambahkan harus dipilih dari obat pilihan pertama misalnya diuretik Tiasid atau Penghambat kanal kalsium dengan salah satu dari Penghambat ACE atau ARB . Kombinasi penghambat ACE dan ARB tidak direkomendasikan.

Terapi kombinasi menggunakan dua obat pilihan pertama juga diindikasikan sebagai terapi awal hipertensi bila tekanan sistol 20

mmHg diatas target atau tekanan diastole 10 mmHg diatas target. Perlu diperhatikan pada pasien yang tekanan darahnya menurun secara substansial di awal terapi kombinasi. Hal tersebut cenderung terjadi pada pasien yang toleransinya buruk misalnya pada orangtua.

Bila tekanan darah masih belum terkontrol dengan penggunaan kombinasi dua anti hipertensi, obat antihipertensi ketiga dapat diberikan. Pertambahan usia terutama akan menimbulkan hipertensi sistolik yang mungkin disebabkan karena hilangnya elastisitas dan peningkatan kekakuan pembuluh arteri besar. Terapi kombinasi dianjurkan pada kondisi tersebut untuk mencapai target terapi dan menurunkan kemungkinan risiko hipertensi berat.

Kombinasi obat penghambat kanal kalsium dan diuretik paling efektif menurunkan tekanan darah yang berubah-ubah/bervariasi. Kombinasi obat penghambat kanal kalsium atau diuretik dengan penghambat Renin Angiotensin Aldosteron Sistem (RAAS) menurunkan variabilitas tekanan sistolik. Sebaliknya betabloker dapat meningkatkan variabilitas tekanan sistolik.

Dasar terapi kombinasi:

1. Obat yang dikombinasikan bekerja pada sistem fisiologi yang berbeda, yang mempunyai efek penurunan tekanan darah yang lebih besar dibandingkan obat tunggal.
2. Obat kedua dapat memblokir respons yang berlawanan yang timbul akibat dari mekanisme pengaturan tekanan darah bila sistem fisiologi dihambat pada terapi obat tunggal.
3. Populasi pasien hipertensi derajat dua yang berisiko tinggi mengalami gangguan kardiovaskuler cukup tinggi (10-15% dari populasi). Risiko kardiovaskuler meningkat dua kali untuk setiap 20 mmHg kenaikan tekanan darah sistolik.
4. Variabilitas tekanan darah terlihat menurun bila digunakan terapi kombinasi dibandingkan dengan terapi monoterapi. Variabilitas tekanan darah adalah prediktor kuat terjadinya stroke dan infark miokard.

Kombinasi obat yang disarankan:

1. ACE inhibitor dan CCB
2. ACE inhibitor dan diuretik
3. ARB dan diuretik
4. ARB dan CCB

Tabel 9. Kombinasi Obat Antihipertensi:

Beta-bloker – Diuretik	ACE Inhibitor – ARB
CCB – Diuretik	Renin Inhibitor – ARB
CCB (dihidropiridin) - Beta-bloker	Renin Inhibitor - ACE Inhibitor
CCB (dihidropiridin) - CCB (non dihidropiridin)	RAS Inhibitor - Beta-bloker
Renin Inhibitor - CCB	CCB (non dihidropiridin) - Beta-bloker
Renin Inhibitor - Diuretik	Obat Bekerja Sentral - Beta-bloker

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan design metode pendekatan survey. Pengambilan data dilakukan dengan cara membagikan kuisioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS -8) versi bahasa Indonesia yang telah di uji validitas dan reliabilitasnya. Data karakteristik sosiodemografi responden meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama menderita hipertensi.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

. Penelitian ini dilakukan di Apotek Al Falah Cibinong selama bulan Januari-Maret 2021.

3.3 Populasi dan Sample

1. Populasi adalah keseluruhan jumlah anggota dari himpunan yang ingin diketahui karakteristiknya berdasarkan generalisasinya (Sugiyono 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien hipertensi yang datang berobat di Apotek Al Falah Cibinong.

2. Sample sejumlah tertentu anggota himpunan yang dipilih dengan cara tertentu agar mewakili populasi (Sugiyono 2016). Sample penelitian ini adalah konsumen yang datang ke Apotek untuk menebus resep ataupun pengobatan sendiri (swamedikasi). Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria inklusi yaitu persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek penelitian agar dapat diikuti sertakan dalam penelitian, sedangkan kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat diikuti sertakan dalam penelitian (Sugiyono 2016) Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi :Pasien dewasa berusia 18-70 tahun, Pasien

hipertensi yang berobat ke Apotek Al Falah Cibinong, Pasien yang bisa membaca dan menulis, Pasien yang bersedia mengisi surat pernyataan sebagai responden.

3.4 Objek Penelitian

Dalam menentukan ukuran sampel peneliti menggunakan rumus sampel

Pengambilan data dilakukan dengan cara membagikan kuisioner Morisky Medication Adherence Scale (MMAS -8) versi bahasa Indonesia yang telah di uji validitas dan reabilitasnya. Uji validitas dan reabilitas dilakukan kepada dua puluh orang responden dengan hasil yang diperoleh semua item soal valid ($\text{sig.} < 0,05$) dengan nilai cronbach' alpha sebesar 0,732. Hasil pengukuran kepatuhan pasien dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu kepatuhan rendah ($\text{skor} < 6$), kepatuhan sedang ($\text{skor } 6 - < 8$), dan kepatuhan tinggi ($\text{skor } 8$).

INSTRUMEN PENELITIAN

Kuisioner MMAS-8 merupakan alat ukur untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien minum obat yang dibuat oleh Morisky.

Kuisioner MMAS-8 terdiri dari 7 pertanyaan dengan jawaban (ya/tidak) dan 1 pertanyaan skala likert (memilih salah satu jawaban). Jika responden menjawab pertanyaan 1-4 dan 6-7 di jawab "ya" maka di beri skor 0 dan jika di jawab "tidak" maka di beri skor 1. Pertanyaan nomor 5 di jawab "ya" maka di beri skor 1 dan jika "tidak" maka di beri skor 0. Pertanyaan nomor 8 adalah skala likert yang memiliki 5point (0-4) yaitu "tidak pernah" skor 4, "sekali-kali" skor 3, "kadang-kadang" skor 2, "biasanya" skor 1, dan "selalu" skor 0. Hasil dari semua skor jawaban di tambah kemudian di kategorikan berdasarkan jumlah skor menjadi 3 tingkat kepatuhan minum obat: kepatuhan tinggi skor 8, kepatuhan sedang 6 sampai 8, kepatuhan rendah skor < 6 .

TAHAP PENELITIAN

Ada 3 tahap penelitian yang dilakukan saat penelitian yaitu:

1. Tahap persiapan : tahap persiapan dimulai dengan menentukan judul, variabel, lokasi penelitian, waktu penelitian, penentuan sampel, menentukan metode penelitian, dan melakukan perijinan ke pihak-pihak yang bersangkutan.
2. Tahap pelaksanaan : tahap pelaksanaan dimulai dengan pembagian kuisioner MMAS-8 yang akan diisi oleh pasien, dan pengolahan data.
3. Tahap akhir : pada tahap ini dilakukan analisa data yang digunakan untuk menyimpulkan hasil penelitian dengan cara menumlah semua hasil skor dari jawaban responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada penelitian yang dilakukan di Apotek Al Falah Cibinong selama bulan Januari – Maret 2021 telah di dapat hasil data sisiodemografi pasien pasien hipertensi dan data kuisioner MMAS-8. Data karakteristik sosiodemografi responden meliputi : jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama menderita hipertensi.

Tabel 1. Karakteristik Sosiodemografi Responden

No	Karakteristik	Jumlah	Persentase (%)
1	Jenis Kelamin		
	Perempuan	58	58
	Laki- laki	42	42
	Total	100	100
2	Usia		
	<31	0	0
	31-40	8	8
	41-50	54	54
	51-60	31	31
	>60	7	7
	Total	100	100
3	Pendidikan		
	SD	3	3
	SMP	21	21
	SMA	45	45
	SARJANA	31	31
	Total	100	100
4	Pekerjaan		
	Wirausaha	19	19
	Ibu Rumah Tangga	39	39
	Buruh	7	7
	Guru	8	8
	Karyawan	27	27
	Total	100	100
5	Lama Menderita Hipertensi		
	1-3 tahun	39	39
	4-6 tahun	37	37
	> 6 tahun	24	24
	Total	100	100

Berdasarkan tabel 1. Menunjukkan bahwa responden menurut jenis kelamin terbanyak adalah perempuan di banding laki-laki yaitu 58 pasien (58%). Berdasarkan usia menunjukkan bahwa pasien dengan usia 41-50 tahun memiliki jumlah penderita hipertensi terbanyak yaitu 54 pasien (54%). Berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat pendidikan SMA terbanyak yaitu 45 pasien (45%). Berdasarkan pekerjaan menunjukkan bahwa pasien ibu rumah tangga memiliki jumlah penderita hipertensi terbanyak yaitu 39 pasien (39%). Berdasarkan lama waktu menderita hipertensi pada rentang 1- 3tahun memiliki jumlah penderita terbanyak yaitu 39 pasien (39%).

2. Faktor Pendukung Kepatuhan meliputi: jenis obat, mendapat edukasi, dan dukungan keluarga.

Tabel 2. Faktor Pendukung Kepatuhan

No	Faktor	Total	Persentase (%)
1	Jenis Obat		
	Obat Tunggal		
	Amlodipine	61	61
	Captopril	15	15
	Nifedipine	7	7
	Propanolol	0	0
	Obat Kombinasi		
	Amlodipine+HCT	14	14
	Nifedipine +HCT	3	3
	Total	100	100
2	Mendapatkan Edukasi		
	Iya	76	76
	Tidak	24	24
	Total	100	100
3	Dukungan Keluarga		
	Iya	85	85
	Tidak	15	15
	Total	100	100

Berdasarkan tabel 2. Jenis obat yang di konsumsi jenis obat amlodipine menempati urutan jumlah konsumsi obat terbanyak di Apotek Al Falah Cibinong yaitu 61 pasien (61%). Selain itu pasien juga diberi pertanyaan selalu mendapat edukasi dari petugas kesehatan atau tidak dan berdasarkan hasil dari penelitian 76 pasien (76%) mendapatkan edukasi dari petugas kesehatan. Berdasarkan dukungan yang diberikan keluarga kepada pasien terdapat 85 pasien (85%) dari 100 pasien yang mendapat dukungan dari keluarga.

3. Kepatuhan responden berdasarkan item soal MMAS-8 yang diberikan kepada pasien di Apotek Al Falah Cibinong dapat di lihat pada tabel 3.

Tabel 3. Kepatuhan Responden Berdasarkan Item Soal

No	Item soal	Skor (n=100)	Skor rata-rata Tingkat Kepatuhan
1	Pernah lupa minum obat ?	64	0,64
2	Dalam 2 minggu terakhir pernah sengaja tidak minum obat?	86	0,86
3	Pernah berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter ketika kondisi bertambah buruk?	54	0,54
4	Lupa membawa obat waktu berpergian ?	63	0,63
5	Apa kemarin minum obat ?	75	0,75
6	Jika sehat kadang berhenti minum obat ?	66	0,66
7	Merasa terganggu minum obat setiap hari ?	88	0,88
8	Mengalami kesulitan waktu minum obat ?	316	3,16
Total		812	8,12

Berdasarkan tabel 3. tentang kepatuhan pasien menurut kuisioner menunjukan bahwa item soal kepatuhan pertama ditunjukan oleh item soal nomor 8 yang memberi nilai kepatuhan yang tertinggi yaitu skor 316. Dan item soal dengan nilai terendah ditunjukan pada item soal nomor 3 yaitu dengan skor 54.

4. Distribusi responden berdasarkan tingkat kepatuhan minum obat di Apotek Al Falah Cibinong dapat dilihat pada tabel 4.

Tabel 4. Distribusi responden berdasarkan tingkat kepatuhan minum obat.

No	Tingkat Kepatuhan	Jumlah Responden	Persentase (%)
1	Kepatuhan tinggi	46	46
2	Kepatuhan sedang	31	31
3	Kepatuhan rendah	23	23
	Total	100	100

Berdasarkan tabel 4.4 tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam minum obat di Apotek AlFalalah Cibinong menunjukkan tingkat kepatuhan tinggi dari 100 pasien diperoleh responden sebanyak 46 responden (46%).

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian yang di lakukan di Apotek Al Falah Cibinong pada bulan Januari – Maret 2021 diperoleh 100 responden yang menderita hipertensi dan memenuhi kriteria inklusi.

Pada tabel 1. tentang karakteristik sosiodermografi pasien diperoleh hasil berdasarkan hasil penelitian jenis kelamin wanita lebih banyak 58 pasien (58%) menderita hipertensi daripada laki-laki 42 pasien (42%). Hal ini di dukung oleh penelitian lain yang dilakukan oleh (Agrina,2011) bahwa perempuan lebih banyak menderita hipertensi dibaning laki-laki, karena kadar hormn estrogen pada wanita usia di atas 45 tahun semakin berkurang seiring berjalanya waktu, dimana kadar esterogen pada perempuan sebelum menopause lebih tinggi. Hormon esterogen berfungsi untuk melindungi pembuluh darah dari kerusakan.

Pada tabel 1. Berdasarkan usia di peroleh hasil bahwa pasien dengan usia 41-50 tahun memiliki jumlah penderita hipertensi terbanyak yaitu 54 pasien (54%). Hal ini dikarenakan kondisi tubuh yang semakin tua dapat memicu serangan hipertensi, semakin tua usia seseorang maka elastisitas pembuluh darah akan berkurang sehingga pembuluh darah cenderung menyempit yang mengakibatkan terjadinya tekanan darah tinggi (Khomsan A,2005).

Pada tabel 1. Berdasarkan tingkat pendidikan di peroleh hasil bahwa pasien dengan tingkat pendidikan SMA terbanyak yaitu 45 pasien (45%). Hal ini bertentangan dengan pendapat dari (Notoatmodjo, 2010) yang mengatakan bahwa pendidikan adalah kegiatan pembelajaran untuk mengembangkan dan

meningkatkan kemampuan tertentu seperti responden dengan pendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas di bandingkan dengan responden yang pendidikannya rendah. Sedangkan dari hasil penelitian banyak pasien dengan pendidikan rendah lebih patuh untuk datang mengontrolkan hipertensinya ke fasilitas kesehatan. Hal ini kemungkinan di pengaruhi oleh sikap, keyakinan maupun motivasi dari responden.

Pada tabel 1. Berdasarkan pekerjaan di peroleh hasil bahwa pasien ibu rumah tangga memiliki jumlah penderita hipertensi terbanyak yaitu 39 pasien (39%). Hal ini di karenakan ibu rumah tangga lebih banyak waktu di rumah sehingga lebih sering datang untuk berobat ke fasilitas kesehatan daripada laki-laki yang cenderung memiliki sedikit waktu karena bekerja (Notoadmodjo, 2010).

Pada tabel 2. Berdasarkan lama waktu menderita hipertensi pada rentang 1-3 tahun memiliki jumlah penderita terbanyak yaitu 39 pasien (39%). Diantara pasien hipertensi tersebut ada beberapa pasien hipertensi yang sudah lama mengetahui terkena hipertensi tetapi mereka baru melakukan pengobatan secara rutin dalam jangka waktu 1-3 tahun. Alasan mereka tidak segera melakukan pengobatan secara rutin adalah karena takut akan ketergantungan obat dan sebagian pasien mengabaikan penyakit hipertensi karena menurut pasien yang terkena hipertensi mereka merasa dirinya sehat meskipun tekanan darahnya tinggi.

Pada tabel 2. tentang faktor pendukung kepatuhan jenis obat yang di konsumsi jenis obat amlodipin menempati urutan jumlah konsumsi obat terbanyak di Apotek Al Falah Cibinong yaitu 61 pasien (61%). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh (Sedayu, 2015) di RSUP DR. M Djamil Padang bahwa amlodipine merupakan obat antihipertensi yang paling banyak di gunakan di banding captopril dan nifedipine. Amlodipine memiliki waktu paruh yang panjang dan absorbs yang lambat sehingga mencegah tekanan darah turun secara mendadak (Nafrialdi, 2009).

Pada tabel 2. pasien di beri pertanyaan selalu mendapat edukasi dari petugas kesehatan atau tidak dan berdasarkan hasil dari peneletian 76 pasien (76%) selalu mendapatkan edukasi. Edukasi merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan kepatuhan pasien dalam minum obat. Pemberian edukasi seperti minum obat secara teratur, gaya hidup sehat, dan cek kesehatan secara rutin, pemberian motivasi sangat di perlukan agar pasien memiliki kesadaran untuk patuh minum obat.

Pada tabel 2. dukungan yang di berikan oleh keluarga kepada pasien terdapat 85 pasien (85%) dari 100 pasien yang mendapat dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga juga merupakan faktor dalam kepatuhan pasien minum obat, karena keluarga adalah orang terdekat dari pasien sehingga

sarandan motivasi keluarga juga bisa mempengaruhi kepatuhan pasien. Sejalan dengan penelitian yang di lakukan oleh (Friedman, 2010) bahwa dukungan keluarga juga memberi dampak yang baik bagi kepatuhan pasien minum obat.

Pada tabel 3. tentang kepatuhan pasien berdasarkan item soal kuisioner menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan minum obat pasien hipertensi di Apotek Al Falah Cibinong diperoleh nilai skor 8,12 dan masuk dalam kategori tingkat kepatuhan tinggi. Kepatuhan tinggi diperoleh karena berdasarkan data penelitian yang diperoleh dari kuisioner pasien tidak pernah lupa minum obat dan tidak pernah merasa terganggu jika harus minum obat seumur hidup. Hal ini kemungkinan di karenakan pasien selalu mendapat edukasi dari petugas kesehatan tentang penyakitnya dan aturan dalam minum obat. Pasien juga selalu mendapatkan dukungan dari keluarga sehingga pasien merasa bersemangat untuk menjalani pengobatan.

Pada tabel 4.4 tentang distribusi responden berdasarkan tingkat kepatuhan pasien hipertensi dalam minum obat di Apotek Al Falah Cibinong menunjukkan bahwa pasien hipertensi yang memiliki tingkat kepatuhan tinggi yaitu sebanyak 46 responden (46%), tingkat kepatuhan sedang yaitu sebanyak 31 responden (31%), dan tingkat kepatuhan rendah sebanyak 23 responden (23%). Penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (sinuraya, 2018) yang menyatakan bahwa tingkat kepatuhan hipertensi rendah 53%, kepatuhan sedang 32,3%, dan kepatuhan tinggi hanya (14,2%).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan selama bulan Januari -Maret 2019 pada 100 penderita hipertensi di wilayah Apotek Al Falah Cibinong dapat di simpulkan bahwa :

1. Tingkat kepatuhan pasien hipertensi di Apotek Al Falah Cibinong tergolong tinggi dengan skor 8,12.
2. Berdasarkan distribusi tingkat kepatuhan pasien hipertensi yang tergolong tingkat kepatuhan tinggi sebanyak 46% responden, tergolong tingkat kepatuhan sedang sebanyak 31% responden, dan tergolong tingkat kepatuhan rendah sebanyak 23% responden.

SARAN

Bagi peneliti selanjutnya sebagai bahan pertimbangan bisa dilakukan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepatuhan pasien hipertensi dan alasan yang membuat pasien tidak patuh minum obat.

DAFTAR PUSTAKA

- Agrina, Rini S. S., dan Hairitama R. 2011. Kepatuhan Lansia Penderita Hipertensi dalam Pemenuhan Diet Hipertensi. *Jurnal Keperawatan UNRI*, vol 6 hal 4653.
- Dewi, M. 2014. Evaluasi pengaruh konseling farmasis terhadap kepatuhan dan hasil terapi pasien hipertensi anggota program pengelolaan penyakit kronis (PROLANIS) pada dokter keluarga di kabupaten Kendal. Tesis. Program Pascasarjana fakultas Farmasi Univesitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Friedman, M. 2010. Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke- 5. Jakarta: EGC.
- KemenKes RI, 2013. Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Hipertensi, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes RI, 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Khomsan, A. dan Anwar, F. 2008. Sehat itu Mudah “Wujudkan Hidup Sehat dengan Makanan Tepat”. Hikmah. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nafrialdi. 2009. Antihipertensi. Sulistia Gan Gunawan (ed). Farmakologi dan Terapi Edisi 5. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Pratiwi, D. 2011. Pengaruh Konseling Obat terhadap Kepatuhan Pasien Hipertensi di Poliklinik Khusus RSUP Dr. M. Djamil Padang, diakses tanggal 20 September 2014, <http://pasca.unand.ac.id>.
- Sinuraya, Rano K., Dika P. Destiani, Irma M. Puspitasari, Ajeng Diantini. 2018. Tingkat Kepatuhan Pengobatan Pasien Hipertensi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kota Bandung. *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, Vo.7 No.2, hal 124-133.

**EVALAUSI PELAYANAN RESEP RACIKAN DAN NON
RACIKAN PASIEN RAWAT JALAN TERHADAP WAKTU
TUNGGU DI INSTALASI FARMASI KLINIK PRAGA
MEDIKA INDRAMAYU**

**TUGAS AKHIR
Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi**

Disusun Oleh:

DEVI AYU SAPUTRI
NPM. 18307154



**POLITEKNIK
PIKSI GANESHA BANDUNG**

2021

ABSTRAK

Salah satu pelayanan farmasi yang harus memenuhi standard di rumah sakit adalah waktu tunggu. belum tercapainya waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan diinstalasi farmasi menyebabkan masih banyaknya komplain atau keluarga pasien yang merasa tidak puas dengan waktu tunggu pelayanan resep, sehingga menjadi masalah bagi mutu pelayanan Farmasi Klinik praga medika indramayu. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan diinstalasi farmasi Klinik praga medika indramayu periode Juli 2021. Metode Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif, dan metode yang digunakan adalah purposive sampling. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan selama 8 menit 33 detik untuk resep non racikan dan 12 menit 8 detik untuk resep racikan. Rata-rata waktu tahap pelayanan resep non racikan untuk penerimaan resep dan verifikasi selama 2 menit, tahap pengemasan obat selama 3 menit 52 detik tahap penyerahan dan pemberian informasi obat selama 2 menit 22 detik. Rata-rata waktu tahap pelayanan resep racikan untuk penerimaan resep dan verifikasi selama 2 menit, tahap peracikan obat 7 menit 44 detik dan tahap penyerahan dan pemberian informasi obat 2 menit 36 detik. Kesimpulan yang diambil Waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu telah memenuhi standard Kepmenkes RI No.129/Menkes/SK/II/2008, dan juga memenuhi standar Mutu Pelayanan Klinik Praga Medika Indramayu.

Kata Kunci: Waktu tunggu, pelayanan resep pasien rawat jalan, Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu.

ABSTRACT

One of the pharmaceutical services that must meet the standards in hospitals is waiting time. The waiting time for outpatient prescription services has not been achieved in pharmacy installations, causing many complaints or patient families who are dissatisfied with the waiting time for prescription services, so that it becomes a problem for the quality of Praga Medika Indramayu Clinic Pharmacy services. The purpose of this study was to describe the waiting time for outpatient prescription services at the Praga Medika Indramayu clinic for the July 2021 period. This research method was a quantitative descriptive study, and the method used was purposive sampling. The results showed the average waiting time for patient prescription services. outpatient for 8 minutes 33 seconds for non-concoction prescriptions and 12 minutes 8 seconds for compound prescriptions. The average time for non-concoction prescription services for prescription receipt and verification is 2 minutes, the drug packaging stage is 3 minutes 52 seconds, the delivery stage and drug information is given for 2 minutes 22 seconds. The average time for the compounding prescription service stage for prescription receipt and verification is 2 minutes, the drug compounding stage is 7 minutes 44 seconds and the delivery and drug information delivery stage is 2 minutes 36 seconds. The conclusion is that the waiting time for outpatient prescription services at the Praga Medika Indramayu Clinic Pharmacy Installation has met the standards of the Minister of Health of the Republic of Indonesia No.129/Menkes/SK/II/2008, and also meets the service quality standards of Praga Medika Indramayu Clinic.

Keywords: Waiting time, outpatient prescription service, Praga Medika Indramayu Clinic Pharmacy Installation.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian	3
1.4. Kegunaan Penelitian	3
BAB II KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN	5
2.1. Kajian Pustaka.....	5
2.1.1 Evaluasi.....	5
2.1.2 Pelayanan Resep	5
2.1.3 Waktu Tunggu Pelayan Resep	6
2.1.4 Resep Racikan Dan Non Racikan	7
2.1.5 Rawat Jalan	9
2.1.6 Waktu Tunggu	11
2.1.7 Instalasi Farmasi	13
2.1.8 Sejarah Klinik / Pengertian Klinik	14
2.2. Kerangka Pemikiran.....	15
2.3. Hipotesis Penelitian.....	16
BAB III METODE PENELITIAN.....	17
3.1. Desain Penelitian.....	17
3.2. Tempat Dan waktu Penelitian	17
3.3. Populasi Dan Sampel	17
3.4. Kriteria Sampel	18

3.4.1 Kriteria Inklusi	18
3.4.2 Kriteria Eksklusi	18
3.5. Cara Pengambilan Data.....	19
3.6. Cara Pengolahan Data.....	19
3.7. Analisis Data.....	20
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	21
4.1. Hasil Penelitian	21
4.1.1 Rata-Rata Aktu Tahap Pelayanan Resep Non Racikan	21
4.1.2 Rata- Rata Aktu Tahap Pelayanan Resep Racikan	22
4.1.3 Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Resep Non Racikan dan Racikan	22
4.2. Pembahasan.....	23
4.2.1 Tahap penerimaan Resep dan Verifikasi Resep.....	23
4.2.2 Tahap Pengemasan Dan Peracikan Obat	24
4.2.3 Tahap Penyerahan Dan Pemberian Informasi Obat	24
4.2.4 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan Dan Non Racikan.....	25
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	26
5.1. Kesimpulan	26
5.2. Saran	26
DAFTAR PUSTAKA.....	27

DAFTAR TABEL

Table 2.1	Skema alur pelayanan resep	5
Table 4.1.1	Rata-rata Waktu Tahap Pelayanan Resep Non Racikan	21
Table 4.1.2	Rata-rata Waktu Tahap Pelayanan Resep Racikan	21
Tabel 4.1.3	Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Resep Non Racikan dan Racikan	22

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan yang paling mendasar bagi setiap manusia. Meningkatnya pengetahuan masyarakat dan taraf hidup masyarakat menjadikan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kualitas kesehatan juga terus meningkat. Hal ini menyebabkan kebutuhan masyarakat akan sarana pelayanan kesehatan juga semakin meningkat. Salah satu dari sarana pelayanan kesehatan yang menjadi rujukan masyarakat adalah rumah sakit.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat salah satu kegiatan yang harus dilakukan adalah meningkatkan mutu pelayanan farmasi. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, menyebutkan bahwa Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian, dan melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*).

Salah satu pelayanan farmasi yang harus memenuhi standar di rumah sakit adalah waktu tunggu. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, waktu tunggu pelayanan farmasi terbagi menjadi 2 (dua),

yaitu waktu tunggu pelayanan obat jadi (non racikan) dan waktu tunggu pelayanan obat racikan.

Waktu tunggu obat jadi (non racikan) adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi (non racikan) dengan standar minimal yang ditetapkan ≤ 30 menit. Sedangkan waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat racikan dengan standar minimal yang ditetapkan ≤ 60 menit.

Waktu tunggu pelayanan resep merupakan salah satu indikator mutu pelayanan kefarmasian dan berhubungan langsung dengan kepuasan pasien. Pelayanan resep obat yang lama di farmasi akan berpengaruh terhadap pasien yang dapat menyebabkan pasien tidak puas dan merasa dirugikan karena waktu pelayanan yang lama. Waktu tunggu yang lama ini akan meningkatkan waktu pelayanan, dimana dampak dari hal tersebut menimbulkan antrian yang panjang sehingga menyebabkan pasien tidak mau menebus obat di instalasi farmasi dan mengakibatkan penurunan mutu pelayanan farmasi. Penurunan mutu pelayanan farmasi akan mempengaruhi performa dan image rumah sakit, akibatnya dapat mengalami penurunan jumlah pasien yang secara langsung berdampak pada finansial rumah sakit tersebut. Seperti diketahui bahwa farmasi merupakan unit yang memberikan pendapatan terbesar untuk sebuah rumah sakit.

Klinik Praga Medika Indramayu adalah klinik yang menyediakan berbagai pelayanan kesehatan yang telah bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dimana dalam pelayanan kepada pasien rawat jalan instalasi farmasi Klinik Praga Medika Indramayu mempunyai standar mutu pelayanan terhadap resep rawat jalan yaitu waktu tunggu obat non racikan < 10 menit dan racikan < 20 menit. Waktu tersebut dihitung setelah resep diberi harga, Belum tercapainya waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di instalasi farmasi menyebabkan masih banyaknya komplain pasien atau keluarga pasien yang merasa tidak puas dengan waktu tunggu pelayanan resep sehingga menjadi masalah bagi mutu pelayanan farmasi Klinik Praga Medika Indramayu.

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis terinspirasi untuk melakukan penelitian dengan mengambil judul **“EVALUASI PELAYANAN RESEP RACIKAN DAN NON RACIKAN PASIEN RAWAT JALAN TERHADAP WAKTU TUNGGU DI INSTALASI KLINIK PRAGA MEDIKA INDRAMAYU”** priode Juli 2021

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana gambaran waktu tunggu pelayanan resep racikan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu terhadap SPM Kementerian Kesehatan RI.
2. Bagaimana gambaran waktu tunggu pelayanan resep non racikan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu terhadap SPM Kementerian Kesehatan RI.

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesesuaian waktu tunggu pelayanan resep racikan dan non racikan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kementerian Kesehatan RI.

1.4. Kegunaan Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

A. Bagi Pembaca

Sebagai sarana untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang waktu tunggu pelayanan resep racikan dan non racikan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu.

B. Bagi Instansi

Bagi Pembaca Sebagai sarana untuk menambah pengetahuan dan wawasan tentang waktu tunggu pelayanan resep racikan dan non racikan pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu

C. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan penulis tentang waktu tunggu pelayanan resep racikan dan non racikan

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

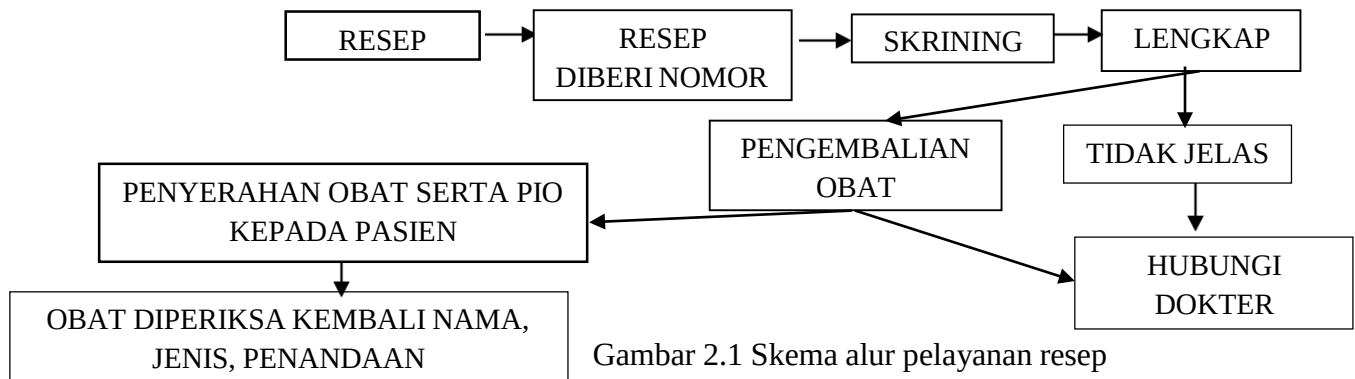
2.1. Kajian Pustaka

2.1.1 Evaluasi

Evaluasi klinis merupakan proses mendapatkan informasi untuk membuat penilaian terhadap kinerja peserta didik dalam lingkungan klinis. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang dinamik yang berkaitan dengan proses belajar mengajar (Reilly dan Oermann, 2002). Evaluasi klinik pada dasarnya adalah kegiatan evaluasi hasil pendidikan yang dilaksanakan di klinik atau di tempat pengalaman belajar klinik mahasiswa. Evaluasi adalah proses stimulasi untuk menentukan keberhasilan. Evaluasi hasil pendidikan adalah proses sistematis untuk mencapai tingkat pencapaian tujuan pendidikan yang terdiri atas kegiatan mengukur dan menilai (Nursalam dan Efendi, 2008).

2.1.2 Pelayanan Resep

Pelayanan resep adalah suatu pelayanan terhadap permintaan tertulis dari dokter, atau dokter gigi yang di beri izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku mulai dari penomoran, verifikasi, penulisan etiket, peracikan, pengemasan, pengecekan, sampai dengan penyerahan obat (Menkes RI, 2016)



Gambar 2.1 Skema alur pelayanan resep

2.1.3 Waktu Tunggu Pelayan Resep

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan oleh petugas kesehatan di rumah sakit untuk memberikan pelayanan pada pasien. Menurut Lovelock didalam buku Sari (2010) merumuskan delapan prinsip mengenai waktu tunggu, yaitu:

- a) Waktu yang tak diisi akan terasa lebih lama dari pada waktu yang terisi.
- b) Menunggu disaat sebelum proses teras lebih lama dari pada menunggu pada saat proses.
- c) Kegelisahan menyebabkan menunggu terasa lama.
- d) Menunggu yang tak pasti terasa lebih lama dari pada menunggu yang telah pasti.
- e) Menunggu tanpa kejelasan lebih lama dari pada menunggu dengan kejelasan.
- f) Menunggu yang tidak adil lebih lama dari pada menunggu yang wajar atau adil.
- g) Semakain bernilai suatu jasa, maka semakin lama orang akan menunggu.
- h) Menunggu sendirian terasa lebih lama dari pada menunggu bersama atau berkelompok.

Waktu tunggu pelayanan resep terbagi menjadi dua yaitu waktu tunggu obat racikan dan waktu tunggu obat non racikan (obat jadi). Waktu tunggu pelayan obat jadi adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat jadi dengan katagori < 30 menit, dan untuk waktu tunggu pelayanan obat racikan adalah tenggang waktu mulai pasien menyerahkan resep samapai dengan menerima obat racikan dengan kategori < 60 menit (Menkes RI, 2008).

Dalam penelitiannya, Wongkar (2000) meyebutkan bahwa sejumlah faktor yang mempengaruhi lamanya waktu pelayanan resep obat diantaranya yaitu jam sibuk pelayanan, komponen delay waktu akibat

luas ruangan yang kurang baik dan jenis resep obat racikan. Pada jenis resep ini, resep obat racikan memerlukan waktu pelayanan lebih lama. Selain itu, faktor yang berkontribusi terhadap lamanya waktu tunggu pelayanan resep antara lain seperti jenis, jumlah dan kelengkapan resep, ketersediaan sumber daya manusia yang cukup terampil, ketersediaan obat yang sesuai, serta sarana dan fasilitas yang memadai. Salah satu hal yang berhubungan dengan kebijakan yang mempengaruhi waktu pelayanan resep adalah mengenai formularium. Adanya ketidaksesuaian resep dengan formularium memperlambat waktu layanan oleh karena dibutuhkan waktu tambahan untuk melakukan konfirmasi obat pengganti dengan dokter (Wijaya, 2012).

2.1.4 Resep Racikan Dan Non Racikan

Menurut peraturan menteri kesehatan No.9 tahun 2017 Bab 1 pasal 1 menyebutkan bahwa “Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, atau dokter hewan kepada Apoteker, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan sediaan farmasi dan atau alat kesehatan bagi pasien” (Permenkes, 2017).

Resep racikan dan non racikan adalah suatu kegiatan untuk menyiapkan obat racikan dan non racikan sesuai dengan resep dokter. Pasien mendapatkan obat-obat yang cepat dan tepat sesuai dengan resep dan terapi dari dokter. Untuk resep racikan apoteker atau asisten apoteker terlebih dahulu menghitung dosis obat yang akan di racik (perhitungan dilakukan 2x) dan membutuhkan paraf disamping resep racikan kemudian obat data di ambil dengan mengikuti prosedur pengisian kartu stok.

Untuk resep non racikan, petugas farmasi dapat langsung mengambil obat sesuai sediaan dan jumlah yang diminta. Sebelum mengerjakan obat racikan asistent apoteker harus membersihkan tangan dengan *hand sanitizer* sesuai dengan prosedur mencuci tangan.

Petugas farmasi juga harus membersihkan alat blender dengan menggunakan alcohol 70% dan untuk resep salep/krim, mortir dan

stemper dibersihkan dengan alcohol 96%, dan sebelum digunakan harus dikeringkan terlebih dahulu dengan tissue bersih, baru kemudian obat diracik sesuai dengan dosis obat. Sebelum memasukan obat racikan ke dalam kemasan, asisten apoteker harus menyiapkan Alat dan Bahan, Stemper dan mortir, Kertas Perkamen, Sudip, Etiket, Klip Plastik dan ATK.

Berikut adalah langkah-langkahnya :

- a) Bersihkan meja racikan dan siapkan alat yang akan di gunakan
- b) Buatlah instruksi meracik, terdiri : nama pasien, jumlah dan jenis sediaan yang diminta serta nomor resep
- c) Siapkan etiket serta wadah obat dan instruksi sediaan yang di minta
- d) Cuci tangan gunakan masker dan sarung tangan
- e) Siapkan obat sesuai yang tertera pada resep jika perhitungan nominal secara manual, hitung terlebih dahulu dosisnya, menggerus obat menggunakan stemper dan mortir
- f) Siapkan dan susun perkamen sesuai jumlah yang di minta dalam resep
- g) Tuangkan puyer ke dalam perkamen menggunakan sudip hingga habis dan terbagi rata secara visual kemudian dibungkus
- h) Susun obat telah terbungkus dalam plastik obat kemudian beri etiket
- i) Lakukan pemeriksaan terhadap sediaan dalam hal ini yang harus mengecek kembali adalah petugas lain
- j) Cuci kembali tangan sampai bersih setelah melakukan peracikan
- k) Untuk penyerahan kembali ke SOP Pemberiaan obat dan pelabelan.

Untuk sediaan sirup kering di tambahkan air matang sesuai volume yang di hendaki dan dalam etiket sediaan di bubuhkan stempel “KOCOK DAHULU” dan “SIMPAN DALAM LEMARI ES”. Untuk setiap Antibiotik pada etiket ditulis kata “HABISKAN”. Petugas farmasi yang mengerjakan resep tersebut wajib menambahkan nama terang dan paraf pada kolom “MENERJAKAN”.

2.1.5 Rawat Jalan

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (2018) bahwa (Berobat Jalan) Rawat jalan/berobat jalan adalah upaya responden yang mempunyai keluhan kesehatan untuk memeriksakan atau mengatasi gangguan keluhan kesehatannya dengan mendatangi tempat pelayanan kesehatan modern atau tradisional tanpa menginap, termasuk mendatangkan petugas medis ke rumah pasien, membeli obat atau melakukan pengobatan sendiri.

Menurut Azwar (1996), Pelayanan rawat jalan adalah satau bentuk dari pelayanan kedokteran yang secara sederhana. Pelayanan kedokteran yang sederhana. Pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam rawat inap (Hospitalization).

Menurut Rijadi (1997) bahwa instalasi rawat jalan bukanlah suatu unit pelayanan rumah sakit yang dapat bekerja sendiri, melainkan mempunyai kaitan dengan sangat erat dengan instalasi lain di rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik. Instalasi atau bagian lain yang mempunyai kaitan erat dengan rawat jalan, antara lain unit rekam medik, staf medis fungsional, laboratorium, pemeliharaan sarana rumah sakit, radiologi, logistik, farmasi dan keuangan. Agar dapat memberikan pelayanan kesehatan sebaik- baiknya kepada pasien maka dalam melakukan kegiatan pelayanannya, unit atau bagian tersebut harus berkoordinasi dengan baik. Pelayanan rawat jalan adalah pelayanan pertama dan merupakan pintu gerbang rumah sakit, serta merupakan satu-satunya bagian dari pelayanan medik yang memberikan kesan pertama bagi pasien sebagai konsumen

a) Tujuan Rawat Jalan

Tujuan Pelayanan Rawat Jalan diantaranya adalah untuk memberikan konsultasi kepada pasien yang memerlukan pendapat dari seorang dokter spesialis, dengan tindakan pengobatan atau tidak. Selain itu juga untuk menyediakan pelayanan tindak lanjut bagi pasien

rawat inap yang sudah diijinkan pulang tetapi masih harus dikontrol kondisi kesehatannya (Sholeh, 1993).

Menurut Levey dan Loomba (1973) dalam Azwar (1996), Pelayanan Kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam satu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit dan penyembuhan serta pemulihan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

b) Karakteristik Rawat Jalan

1. Pelayanan profesional dan paripurna
 - Pelayanan yang cepat dan tepat
 - Pelayanan yang profesional
 - Spesialis yang cukup dan full time.
2. Sumber daya manusia yang profesional
 - Pelayanan yang spesialis
 - Ramah
 - Kompetensi sumber daya manusia yang profesional
 - Kemampuan manajerial dari kepala unit rawat jalan.
3. Desain alur
 - Kebersihan
 - Letak tata ruang
 - Nyaman
4. System Informasi
 - Customer oriented
 - Informasi lengkap
 - Kekeluargaan
 - Warna khusus
 - Lokasi

2.1.6 Waktu Tunggu

Waktu tunggu adalah waktu yang digunakan pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan terhitung sejak pasien datang hingga pasien pulang. Lama waktu tunggu pasien mencerminkan bagaimana fasilitas pelayanan kesehatan mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien (Anggita, 2012).

Waktu tunggu merupakan salah satu komponen yang menyebabkan ketidakpuasan pasien. Waktu tunggu pelayananan, pelayanan resep adalah tenggang waktu mulai dari pasien menyerahkan resep sampai menerima obat. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT, standar minimal waktu tunggu pelayanan farmasi untuk obat jadi yaitu ≤ 30 menit dan pelayanan farmasi untuk obat racik yaitu ≤ 60 menit.

Menurut Permenkes Nomor 74 Tahun 2016 tentang STANDAR PELAYANAN KEFARMASIAN DI PUSKESMAS, yang dimaksud pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian ini merupakan kegiatan terpadu dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian, melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*) (Kemenkes RI Nomor 74, 2016).

Menurut penelitian yang dilakukan Wideasari (Wai. 2018), waktu tunggu pelayanan resep terdiri dari berbagai tahap yaitu:

1. Tahap penghargaan, tahap pembayaran, dan penomoran memakan waktu lebih dari satu menit karena komputer yang menghargai lambat dalam merespon disebabkan karena *memory server* tidak cukup menampung data yang ada.

2. Tahap resep masuk dan tahap pengecekan dan penyerahan obat memerlukan waktu lebih dari dua menit, karena tidak ada petugas yang mengambil resep pada tahap resep masuk dan pada tahap pengecekan, dan penyerahan obat tidak ada petugas yang mengecek dan menyerahkan obat sebab petugas sudah sibuk dengan tahap yang lain terlebih pada saat jam-jam puncak dimana terjadi penumpukan resep.
3. Tahap pengambilan obat paten, tahap pembuatan obat racikan dan tahap etiket dan kemas membutuhkan waktu agak lama jika dibandingkan dengan tahap yang lainnya karena dibutuhkan waktu untuk mencari dan mengambil obat paten sedangkan untuk obat racikan diperlukan waktu menghitung, menimbang dan mengambil obat sesuai dengan dosis yang diperbolehkan, serta etiket dan kemas membutuhkan ketelitian, khususnya pada obat racikan agar tepat dosisnya pada setiap kemasan.

Sedangkan, penyebab lamanya waktu pelayanan resep pasien umum menurut Ayuningtyas (Yulianthy. 2012) dalam penelitiannya yaitu:

1. Adanya komponen *delay* yang menyebabkan proses menjadi lebih lama. *Delay* disebabkan Antara lain karena petugas belum mengerjakan resep karena mengerjakan kegiatan lain atau mengerjakan resep sebelumnya. Hal ini terlihat dari hasil penelitiannya, dimana total waktukomponen *delay* lebih besar dari total waktu komponen tindakan baik pada resep non racikan maupun resep racikan. Komponen *delay* lebih besar daripada komponen tindakan menandakan proses pelayanan resep kurang efektif.
2. Obat sering kosong sehingga membutuhkan waktu untuk mengambil obat tersebut di gudang
3. Program komputer yang belum sempurna, yang mengakibatkan beberapa pekerjaan dikerjakan secara manual

2.1.7 Instalasi Farmasi

Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di klinik. Instalasi Farmasi Klinik secara umum dapat diartikan sebagai suatu departemen atau unit atau bagian disuatu klinik dibawah pimpinan seorang apoteker.

Pelayanan farmasi klinik meliputi:

1. Pengkajian Resep, Penyerahan Obat, dan Pemberian Informasi Obat

Kegiatan pengkajian resep dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

a) Persyaratan administrasi meliputi:

- Nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien.
- Nama, dan paraf dokter.
- Tanggal resep.
- Ruangan/unit asal resep.

b) Persyaratan farmasetik meliputi:

- Bentuk dan kekuatan sediaan.
- Dosis dan jumlah Obat.
- Stabilitas dan ketersediaan.
- Aturan dan cara penggunaan.
- Inkompatibilitas (ketidakcampuran Obat).

c) Persyaratan klinis meliputi:

- Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat.
- Duplikasi pengobatan.
- Alergi, interaksi dan efek samping Obat.
- Kontra indikasi.
- Efek adiktif.

Kegiatan penyerahan (*Dispensing*) dan Pemberian Informasi obat merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap menyiapkan/meracik Obat, memberikan lebel/etiket, menyerahkan sediaan farmasi dengan informasi yang memadai disertai pendokumentasian tujuannya adalah :

- Pasien memperoleh obat sesuai dengan kebutuhan klinis/pengobatan.
- Pasien memahami tujuan pengobatan dan mematuhi instruksi pengobatan

2. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
3. Konseling
4. Ronde/Visite Pasien (khusus Puskesmas rawat inap)
5. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat (ESO)
6. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
7. Evaluasi Penggunaan Obat

2.1.8 Sejarah Klinik / Pengertian Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (Permenkes no 028 tahun 20011).

Berdasarkan Permenkes 028 tahun 2011 yang sudah di perbaharui menjadi Permenkes 09 tahun 2014 klinik di bagi menjadi dua jenis yaitu Klinik Pratama dan Klinik Utama. Sedangkan kenyataannya klinik banyak berkembang mulai dari pelayanan oleh tenaga keperawatan (bidan dan perawat) klinik pengobatan melalui pengobatan tradisional.

Fungsi klinik dapat diharapkan membantu baik pemerintah maupun masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan di tingkat pertama juga bagi klinik untuk mencapai pelayanan yang berkualitas. Klinik hadir dalam rangka mencapai visi Indonesia sehat dengan berbagai program kerja yang di cenangkan sesuai visi dan misi yang telah di tetapkan.

Ini berlaku juga untuk klinik yang saya tempati hingga saat ini dalam melakukan tugas akhir kuliah sehingga dapat memberikan gambaran yang luas terhadap semua klinik yang ada di daerah Jawa Barat. Untuk wilayah Jawa Barat sendiri disingkat ASKLIN merupakan klinik di wilayah Jawa Barat untuk berhimpun dalam rangka meningkatkan standar mutu klinik dan kualitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat.

2.2. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian merupakan proses keberhasilan pembelajaran. Selain itu, kerangka pemikiran memberikan berbagai permasalahan yang penulis hadapi dan permasalahan objek yang akan diteliti oleh penulis.

Sugiyono mengemukakan bahwa yang dimaksud metodologi penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan tertentu. dalam penelitian ini penulis menggunakan metode survey deskriptif, dimana dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana analisis persepsi Evaluasi Pelayanan Resep Racikan dan Non Racikan Pasien Rawat jalan Terhadap Waktu Tunggu di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu periode bulan Juli 2021.

Oleh karena itu dalam penelitian dapat/bisa mengetahui Standard Pelayanan Minimal (SPM) dari pelayanan resep racikan dan non racikan dari pasien yang ingin berobat di klinik Praga Medika Indramayu.

2.3. Hipotesis Penelitian

Menurut Ari kunto (2010, hlm 110) hipotesis dapat di artikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara. Belum adanya evaluasi dari hasil penelitian tersebut oleh karena itu saya mengajukan karya ilmiah ini untuk dapat di tindak lanjuti kepada para peneleti setelah saya yang melakukan hasil riset terhadap klinik tersebut.

Dan untuk yang ingin melanjutkan penelitian mudah2an dapat memberikan hasil evaluasi yang tepat dan gambaran secara luas khususnya bagi para pembaca dan penulis.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan oleh penulis adalah deskriptif kuantitatif. Dengan cara mencatat waktu tunggu pelayanan resep rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu priode Juli 2021.

3.2. Tempat Dan waktu Penelitian

Tempat dan Waktu Penelitian ini dilakukan pada Juli 2021 disaat jam sibuk. Lokasi penelitian bertempat di Instalasi Farmasi Rawat Jalan Klinik Praga Medika Indramayu beralamat di Jl. Jend. Sudirman No.102D, Lemahabang, Indramayu.

3.3. Populasi Dan Sampel

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh resep rawat jalan yang dilayani oleh Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu Juli 2021
Sampel penelitian diambil dengan menggunakan rumus slovin yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + N \times (d)^2}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel

N = Jumlah Resep perbulan April-Juni

d = Derajat penyimpangan $(10\%)^2$

Jadi sample yang diambil sebanyak:

$$n = \frac{1846}{1 + 1846 \times (0.1)^2}$$

n = 99,9 (dibulatkan menjadi 100 Lembar)

$$\begin{aligned} \text{Sampel racikan} &= \frac{220}{1846} \times 100 \% = 11,91 \% \\ &= 11,91\% \times 100 = 11.91 \sim 12 \text{ Resep} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
\text{Sampel racikan} &= 100\% - 11,91\% = 88,09\% \\
&= 88,09\% \times 100 = 88,09 \sim 88 \text{ Resep} \\
\text{Sampel racikan per hari} &= \frac{51}{30} = 1,7 \sim 12 \text{ resep} \\
&= \frac{442}{30} = 14,7 \sim 88 \text{ resep}
\end{aligned}$$

Berdasarkan rumus diatas maka sample yang diambil sebanyak 100 resep. Resep tersebut terdiri dari 88 resep non racikan dan 12 resep racikan. Dari total sampel tersebut maka resep yang diambil perharinya sebanyak 15 resep non racikan dan 2 resep racikan. Metode *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu cara pengambilan sampel berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh peneliti untuk dapat dianggap mewakili karakteristik populasinya.

3.4. Kriteria Sampel

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek penelitian agar dapat diikuti sertakan dalam penelitian.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Resep Pasien Rawat Jalan
- 2) Resep dengan asuransi BPJS
- 3) Resep yang memenuhi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel dalam penelitian. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Resep Umum.
- 2) Resep karyawan.

3.5. Cara Pengambilan Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dengan melakukan pengamatan secara langsung di lokasi penelitian oleh peneliti. Penelitian dilakukan pada jam sibuk dan instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah stopwatch, alat tulis serta lembar formulir kecepatan pelayanan resep obat non racikan dan racikan untuk mencatat data yang didapatkan.

Setelah mendapatkan izin penelitian kemudian dilakukan pengambilan data dengan cara sebagai berikut :

- 1) Mencatat waktu tunggu pada tahap penerimaan resep dan verifikasi dimulai pada saat penerimaan resep manual dengan menggunakan stopwatch. Untuk lembar resep Electronic Prescribing (E-pres) waktu sudah tercatat dalam lembar resep ketika resep dicetak, kemudian dilakukan verifikasi dan input transaksi waktu dicatat saat bukti transaksi di berikan ke pasien. Lalu resep di serahkan ke bagian pengemasan obat jika obat non racikan dan bagian peracikan jika obat racikan
- 2) Kemudian dilakukan pengemasan obat non racikan dan racikan, waktu dicatat saat obat selesai dikemas baik obat non racikan dan racikan dengan menggunakan *stopwatch*, setelah selesai obat dikemas kemudian obat diserahkan ke bagian penyerahan obat.
- 3) Setelah obat selesai dikemas kemudian obat diserahkan ke bagian penyerahan obat dan dilakukan pengecekan kesesuaian obat dengan resep untuk diserahkan kepada pasien atau keluarga pasien meliputi pemberian informasi obat. Pencatatan waktu pada tahap ini pada saat obat diserahkan kepada pasien atau keluarga pasien dengan menggunakan *stopwatch*.

3.6. Cara Pengolahan Data

Proses pengelolaan data dilakukan dengan beberapa tahap antara lain:

1) Pengeditan (*Editing*)

Editing dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data yang diperoleh dari hasil lembar monitoring waktu tunggu pelayanan resep.

2) Pengkodean (*Coding*)

Hasil yang diperoleh dari lembar monitoring waktu tunggu pelayanan resep diklasifikasikan menurut jenisnya ke dalam bentuk yang lebih ringkas setelah diberi kode-kode tertentu sebelum dimasukkan ke dalam komputer.

3) Pemasukan (*Entry*)

Proses pemasukan data-data yang telah mengalami proses editing dan coding ke dalam alat pengolahan data (komputer) atau program pengolahan data tertentu.

4) Pembersihan (*Cleaning*)

Proses pembersihan data-data yang tidak cocok dengan penelitian yang telah dilakukan sehingga siap untuk dilakukan analisis data

3.7. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dan melihat gambaran dari masing-masing definisi operasional.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan penulis terhadap gambaran waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu periode Juli 2021, maka diperoleh hasil sebagai berikut:

4.1.1 Rata-Rata Aktu Tahap Pelayanan Resep Non Racikan

Table 4.1.1. Rata-rata Waktu Tahap Pelayanan Resep Non Racikan

Tahap Pelayanan Resep Non Racikan	Rata-rata waktu pelayanan
	(jam : menit)
Penerimaan Resep Dan Verifikasi Resep	02:05
Pengemasan Obat Dan Pemberian Etiket	03:52
Penyerahan Obat Dan Pemberian Informasi Obat	02:36

Berdasarkan tabel 4.1.1 diperoleh rata-rata waktu tunggu pelayanan resep berdasarkan tahap pelayanan resep non racikan pada tahap penerimaan resep dan verifikasi memiliki rata-rata waktu 2 menit 5 detik, pada tahap pengemasan obat dan pemberian etiket memiliki rata-rata waktu 3 menit 52 detik, serta pada tahap penyerahan dan pemberian informasi obat memiliki rata-rata waktu 2 menit 36 detik.

4.1.2 Rata- Rata Aktu Tahap Pelayanan Resep Racikan

Table 4.1.2. Rata-rata Waktu Tahap Pelayanan Resep Racikan

Tahap Pelayanan Resep Racikan	Rata-rata waktu pelayanan
	(jam : menit)
Penerimaan Resep Dan Verifikasi Resep	02:02
Pengemasan Obat Dan Pemberian Etiket	07:44
Penyerahan Obat Dan Pemberian Informasi Obat	02:22

Berdasarkan tabel 4.1.2. diperoleh rata-rata waktu tunggu pelayanan resep berdasarkan tahap pelayanan resep racikan pada tahap penerimaan resep dan verifikasi memiliki rata-rata waktu 2 menit 02 detik, pada tahap peracikan obat dan pemberian etiket memiliki rata-rata waktu 07 menit 44 detik serta pada tahap penyerahan dan pemberian informasi obat memiliki rata-rata waktu 2 menit 22 detik.

4.1.3 Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Resep Non Racikan dan Racikan

Tabel 4.1.3 Rata-rata Waktu Tunggu Pelayanan Resep Non Racikan dan Racikan

Resep	Total resep	Rata-rata waktu tunggu	Standar Waktu Tunggu	
			Kemenkes RI No.129 Tahun 2008	Mutu pelayanan Klinik Praga Medika Indramayu
Racikan	12	08:33	≤ 30 menit	≤ 10 menit
Non Racikan	88	12:08	≤ 60 menit	≤ 20 menit

Berdasarkan Tabel 4.1.3 diperoleh rata-rata waktu tunggu pelayanan resep non racikan selama 08 menit 22 detik dan resep racikan selama 12 menit 08 detik. Berdasarkan Tabel 4.1.3. persentase waktu tunggu pelayanan resep yang memenuhi Standar Mutu Pelayanan Klinik Praga Medika Indramayu, untuk resep non racikan yang ≤ 10 menit sebesar 19,9% dan resep racikan sebesar 23,52%.

4.2. Pembahasan

4.2.1 Tahap penerimaan Resep dan Verifikasi Resep

Tahap penerimaan resep dan verifikasi adalah proses yang dimulai dari penerimaan resep, lalu verifikasi resep dan administrasi (berupa berkas pasien asuransi atau bukan), kemudian dilakukan penginputan resep ke komputer untuk diberi harga, sampai resep di serahkan ke bagian pengemasan obat, rata-rata waktu tahap verifikasi resep non racikan dan racikan selama 2 menit. Lamanya waktu tahap verifikasi resep dapat disebabkan karena keterbatasan stok obat, obat kosong dan obat yang tidak tersedia di instalasi farmasi, sehingga petugas harus melakukan pengecekan dahulu di ruangan farmasi, jika obat tidak tersedia maka petugas akan memberitahukan ke pasien terlebih dahulu bahwa obat yang diresepkan dokter sedang kosong atau tidak tersedia, lalu petugas akan menelepon dokter penulis resep untuk konfirmasi obat kosong atau obat tidak tersedia untuk menyarankan penggantian obat dengan yang sejenisnya, bila dokter tidak mengizinkan maka petugas akan membuatkan *copy* resep untuk pasien tebus diluar. Lamanya tahap verifikasi juga bisa disebabkan ketika ada resep asuransi yang harus dikonfirmasi dahulu ke asuransi khusus obat-obatan yang harus mendapatkan persetujuan dari pihak asuransi untuk obat yang dijamin atau tidak dijamin. Dan banyaknya pasien yang datang secara bersamaan ke instalasi farmasi setelah berobat dari poliklinik untuk menebus obat

4.2.2 Tahap Pengemasan Dan Peracikan Obat

Tahap pengemasan dan peracikan obat meliputi tahap pengambilan obat, peracikan, pengetiketan dan pengemasan. Rata-rata waktu tahap pengemasan untuk resep non racikan selama 03 menit 52 detik. Rata-rata waktu tahap peracikan untuk obat racikan selama 07 menit 44 detik. Rata-rata waktu tahap pengemasan resep obat racikan lebih lama dibandingkan resep obat non racikan karena resep racikan obat harus melewati proses peracikan terlebih dahulu sehingga membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan dalam pengemasan obat non racikan. Lamanya tahap pengemasan obat dapat disebabkan penyimpanan obat yang masih belum tersusun rapi dan banyaknya resep yang masuk secara bersamaan dari poliklinik sehingga terjadi penumpukan resep untuk dikemas

4.2.3 Tahap Penyerahan Dan Pemberian Informasi Obat

Tahap penyerahan obat adalah tahap dari obat yang telah dikemas kemudian diperiksa kembali kesesuaian antara obat dengan resepnya dan kwitansi pasien sampai obat diserahkan serta pemberian informasi obat kepada pasien atau keluarga pasien. Rata-rata waktu tahap penyerahan dan pemberian informasi obat untuk resep non racikan selama 2 menit 22 detik dan resep racikan selama 2 menit 22 detik. Sebelum dilakukan penyerahan, petugas akan melakukan verifikasi kesesuaian obat dengan resep dengan metode 7 benar meliputi : benar nama pasien, benar nama obat, benar jumlah obat, benar cara pemberian, benar waktu pemberian, benar dosis obat, tidak kadaluarsa, dan mencocokkan obat dengan resep, bukti transaksi dan kwitansi pembayaran. Semakin banyak jumlah item obat semakin banyak pula informasi obat yang akan dijelaskan oleh petugas.

4.2.4 Waktu Tunggu Pelayanan Resep Racikan Dan Non Racikan

Dari hasil penelitian yang dilakukan, rata-rata waktu tunggu pelayanan resep pasien rawat jalan di Klinik Praga Medika Indramayu periode Juli 2021 selama 08 menit 22 detik untuk resep non racikan dan selama 12 menit 8 detik untuk resep racikan, telah memenuhi standar waktu tunggu menurut KEPMENKES RI No.129/Menkes/II/2008 ≤ 30 menit untuk resep non racikan dan ≤ 60 menit untuk resep racikan, serta memenuhi Standar waktu tunggu menurut Mutu Pelayanan Klinik Praga Medika Indramayu ≤ 10 menit untuk resep non racikan dan ≤ 20 menit untuk resep racikan. Persentase resep non racikan yang memenuhi standar waktu tunggu pelayanan resep ≤ 10 menit di Klinik Praga Medika Indramayu priode Juli 2021 sebesar 19,9% dan persentase racikan yang memenuhi standar waktu tungu ≤ 20 menit sebesar 23,52%

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Rata-rata waktu tunggu yang diperlukan pada tahap pelayanan resep pasien rawat jalan di Instalasi Farmasi Klinik Praga Medika Indramayu periode Juli 2021 yaitu:

1. Untuk resep non racikan tahap penerimaan resep dan verifikasi selama 2 menit 05 detik, tahap pengemasan obat selama 03 menit 52 detik, tahap penyerahan dan pemberian informasi obat selama 2 menit 36 detik.
2. Untuk resep racikan tahap penerimaan resep dan verifikasi selama 2 menit 02 detik, tahap peracikan obat selama 07 menit 44 detik, tahap penyerahan dan pemberian informasi obat selama 2 menit 22 detik.
3. Waktu tunggu resep non racikan selama 08 menit 22 detik dan resep racikan selama 12 menit 08 detik, telah memenuhi standar waktu tunggu yang ditetapkan baik KEPMENKES RI No.129/Menkes/SK/II/2008 maupun Standar Mutu Klinik Praga Medika Indramayu.

5.2. Saran

1. Memperhitungkan ketersediaan obat dengan mengevaluasi minimal dan maksimal stok obat.
2. Adanya pemisahan loket penerimaan resep pasien rawat jalan tunai dan pasien rawat jalan asuransi, agar tidak terjadi antrian nomor resep.
3. Adanya petugas khusus yang menangani pasien asuransi sehingga petugas yang lain dapat fokus menyelesaikan resep pasien tunai sampai selesai di kerjakan tanpa khawatir harus mendahulukan pasien asuransi

DAFTAR PUSTAKA

- Maftuhah, A. Waktu tunggu pelayanan resep rawat jalan di depo farmasi RSUD gunung jati kota Cirebon. [jurnal]. Cirebon AKFAR Muhammadiyah;2016.
- Kemenkes RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
Jakarta: Kemenkes RI;2009.
- Permenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016, Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Jakarta: Permenkes RI;2016.
- Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/11/2008, Tentang Standar Minimal Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI;2008.
- Wijono D. Manajemen mutu rumah sakit dan kepuasan pasien, prinsip dan praktik: Surabaya:
CV Duta Prima Airlangga;2008.
- Febrianti, L. Gambaran waktu tunggu pelayanan resep BPJS Rawat Jalan di insatalasi farmasi Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura (KTI). Jakarta: Poltekes kemenkes Jakarta
11;2019.
- Suryana, D. Upaya menurunkan waktu tunggu obat pasien rawat jalan dengan analisis lean hospital di instalasi farmasi rawat jalan RS Atma Jaya; 2018.
- Siregar, C. Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan. Jakarta: ECG;2003
- Hutajulu, TM. Gambaran Waktu Tunggu Pelayanan Resep Pasien Rawat Jalan yang

Menggunakan Asuransi Komersial di Apotek Rumah Sakit X (KTI).

Jakarta: Poltekes kemenkes Jakarta 11;2019.

Supardi S, Surahman. Metodologi penelitian untuk mahasiswa farmasi. Jakarta:

Trans info

Media;2014.

Vanency, GJ. Gambaran waktu tunggu pelayanan resep di Satelit Farmasi

Kirana RSUPN

Dr. Cipto Mangunkusumo. [KTI]. Jakarta: Poltekkes Kemenkes Jakarta
II; 2017.

;

**PROFIL PENYIMPANAN OBAT DI GUDANG
INSTALASI FARMASI RUMAH SAKIT KARYA MEDIKA II
TAMBUN KABUPATEN BEKASI
TAHUN 2021**



Oleh:

**EKA SARI
NPM: 18307157**

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Farmasi

**POLITEKNIK PIKSI GANESHA BANDUNG
PROGRAM STUDI DIII FARMASI
BANDUNG
2021**

Profil Penyimpanan Obat Di Gudang Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Kabupaten Bekasi Tahun 2021

Eka Sari¹, apt . Moh. Rizky Adriansyah , S. Farm., MH . Kes²,

Emai: dhjshdjh@gmail.com

ABSTRAK

Manajemen penyimpanan obat di rumah sakit haruslah baik dan benar supaya ketersediaan perbekalan farmasi selalu terjamin sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Profil Penyimpanan obat di Gudang Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II yang meliputi pengaturan ruang cara penyimpanan obat dan pencatatan kartu stok apakah proses penyimpanan obat di gudang obat Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun sudah baik dan benar. Penelitian ini merupakan penelitian deskripsi. Teknik pengumpulan data menggunakan metode *observasi* disertai wawancara yang disesuaikan dengan standar parameter penyimpanan obat yang baik dan benar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyimpanan obat-obatan di gudang obat Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II sudah baik dan benar serta mengetahui bagaimana manajemen penyimpanan obat-obatan di gudang obat Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun. Penelitian ini merupakan penelitian deskripsi. Teknik pengumpulan data menggunakan metode *observasi* disertai wawancara yang disesuaikan dengan standar parameter penyimpanan obat yang baik dan benar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyimpanan obat-obatan di gudang obat Instalasi Farmasi Rumah Sakit Karya Medika II Tambun sudah baik dan benar berdasarkan 5 indikator pengelolaan obat pada tahap distribusi yaitu : ketepatan data jumlah obat pada kartu stok, sistem penataan gudang, persentase nilai obat yang kadaluarsa, persentase stok mati dan tingkat ketersediaan obat, serta berdasarkan standar nilai penyimpanan obat yang memiliki 3 kategori yaitu: kategori manajemen stok tergolong “baik”, kategori *Stock control* tergolong “baik” dan kategori kondisi penyimpanan tergolong ‘baik’.

Kata kunci: Manajemen Obat, Penyimpanan Obat, Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tinjauan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. Rumah Sakit.....	4
B. Perbekalan Farmasi.....	5
C. Penyimpanan Obat.....	6
BAB III METODE PENELITIAN.....	12
A. Jenis Penelitian.....	12
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	12
C. Variabel Penelitian.....	12
D. Populasi dan Sampel.....	12
E. Definisi Operasional.....	13
F. Instrumen Penelitian.....	13
G. Analisis Data.....	14
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	15
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	15
B. Penyimpanan Obat di Gudang Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.....	16
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	20
A. Simpulan.....	20
B. Saran.....	20
DAFTAR PUSTAKA.....	21

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Persentase Penyimpanan Obat di Gudang Instalasi Farmasi	
RS. Karya Medika II.....	13
Tabel 2. Persentase Pengaturan Tata Ruang.....	14
Tabel 3. Persentase Cara Penyimpanan Obat.....	14
Tabel 4. Persentase Pencatatan Kartu Stok.....	15

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 72 tahun 2016 menyatakan bahwa standar pelayanan kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Oleh sebab itu, pelayanan kefarmasian menjadi suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Pelayanan kefarmasian menjadi bagian integral dari pelayanan di rumah sakit yang turut berperan dalam menentukan kualitas pelayanan para medik (dokter, perawat, bidan, obat-obatan, alat penunjang kesehatan, dan lain sebagainya) terhadap para pasien rumah sakit.

Pada umumnya terdapat lima hal penting dalam melakukan pengelolaan obat di Instalasi Farmasi. Di antaranya adalah menyusun perencanaan (*planning*), pengadaan (*procurement*), penyaluran (*distribution*), penyimpanan (*retention*) dan penggunaan (*utilization*) obat-obatan. Dalam karya tulis ini, peneliti berfokus pada topik penyimpanan obat (*medicine retention*). Penyimpanan obat adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat-obatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan dari fisik yang dapat merusak mutu obat dan perbekalan kesehatan (Dirjen BinFar dan AlKes, 2010).

Menurut penelitian Puslitbang Biomedis dan Farmasi tahun 2006, masih terdapat banyak gudang penyimpanan obat di puskesmas dan rumah sakit di Indonesia yang kurang memenuhi persyaratan seperti tidak menggunakan sistem alfabetis dalam penataannya, tidak menggunakan sistem *First In First Out (FIFO)* atau *First Expired First Out (FEFO)* dan penggunaan kartu stok yang belum memadai. Dalam penelitian lain di

salah satu rumah sakit swasta di daerah Jakarta diketahui bahwa standar prosedur operasional tentang penyimpanan obat yang sudah ditetapkan oleh rumah sakit malahan tidak dilaksanakan dengan baik oleh petugas. Penelitian sebelumnya oleh Retno Palupiningtyas (2014) di RS Mulya, Tangerang ditemukannya 16 jenis obat yang sudah kadaluarsa dan 3 jenis obat dalam keadaan rusak di gudang logistik farmasi. Obat-obatan yang rusak dan kadaluarsa tersebut diletakkan bersama-sama dengan obat-obatan lain yang sudah kadaluarsa. Hal ini disebabkan oleh minimnya tempat penyimpanan dan kondisi tempat penyimpanan yang kurang memadai (Palupiningtyas, 2014).

Pihak pengelolaan obat di instalasi farmasi wajib memperhatikan kuantitas dan kualitas obat. Memperhatikan kuantitas obat berarti menjaga ketersediaan stok obat. Caranya dengan rajin mengecek pencatatan kartu stok obat dengan metode FIFO atau FEFO. Sementara memperhatikan kualitas berarti menjaga agar obat digunakan sesuai persyaratan resep dokter dan atau apoteker, mengatur kondisi ruangan dan tempat penyimpanan obat yang layak sesuai persyaratan medik, dan memperhatikan tanggal kadaluarsa obat tersebut.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kabupaten Bekasi tahun 2021?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Profil Penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kabupaten Bekasi tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

Untuk mengetahui profil penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II yang meliputi pengaturan tata ruang, cara penyimpanan obat, dan pencatatan kartu stok

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi instansi

Sebagai bahan acuan perbaikan penyimpanan obat yang lebih tepat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II.

2. Bagi institusi

Sebagai tambahan pustaka bagi peneliti selanjutnya di Jurusan Farmasi Politeknik Piksi Ganesha Bandung.

3. Bagi peneliti

Sebagai sarana mengaplikasikan ilmu yang didapatkan selama berkuliah di jurusan Farmasi Politeknik Piksi Ganesha Bandung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

1. Tinjauan Umum Rumah Sakit

Menurut Permenkes RI No. 56 tahun 2014 rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan perseorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berbagai pelayanan tersebut mencakup juga pelayanan medik dan penunjang medik yang juga mengandalkan peran penting instalasi farmasi. Pembangunan dan pengelolaan obat di Instalasi Farmasi bertujuan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi kelancaran pelayanan Rumah sakit.

2. Tinjauan Umum Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS)

Instalasi Farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit. Para petugas yang melayani di instalasi farmasi RS, seperti apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, dan Analis Farmasi (PermenkesRI, 2016).

3. Tinjauan Umum Rumah Sakit Karya Medika II

Pada tahun 1994 didirikan poliklinik Yayasan Karya Medika II atau disingkat YKM II yang terletak di JL.Sultan Hasanudin No. 63 Tambun, Bekasi. Dan pada saat itu poliklinik tersebut sudah di lengkapi dengan beberapa dokter Spesialis dan klinik umum 24 jam. Seiring dengan berkembangnya waktu dan bertambah kunjungan pasien ke klinik.

Maka pemilik memberanikan diri untuk merubah status Poliklinik YKM II menjadi RSIA Karya Medika II yang dimana pada tahun 2001 mulai membangun fisik dari RSIA dan selesai pembangunan di tahun 2003 yang

diresmikan pada tanggal 28 Agustus 2003. Dimana luas lahan RSIA Karya Medika II seluas 4924 m² dengan bangunan yang terdiri dari 5 lantai dengan standart yang mengacu pada standart pelayanan medis yang sesuai dengan peraturan DEPKES.

Tetapi setelah RSIA berjalan ternyata animo penerimaan masyarakat sekitar Tambun dan Bekasi serta tata letak RSIA yang sangat dekat dengan kawasan industry, yang menuntut pelayanan menyeluruh, tidak hanya terfokus pada ibu dan anak maka pada tanggal 27 Februari 2006 RSIA Karya Medika II berubah fungsi menjadi RS Karya Medika II tanpa meninggalkan identitas RS IBU dan ANAK.

B. Perbekalan Farmasi

Perbekalan farmasi adalah bahan atau alat yang digunakan untuk menunjang kegiatan terapi baik tindakan maupun perawatan terhadap pasien.

Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia. Alat Kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh.

Bahan Medis Habis Pakai adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (*single use*) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang-undangan (Permenkes RI No. 72 tahun 2016).

C. Penyimpanan Obat

Penyimpanan obat merupakan salah satu bagian dari pengelolaan obat yang menjadi topik utama dalam penelitian ini. Oleh sebab itu, penulis berupaya menguraikan informasi penting mengenai penyimpanan obat secara khusus agar dapat memahami perihal penyimpanan obat.

1. Pengertian Penyimpanan Obat

Menurut Kemenkes RI tahun 2010 tentang Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota, penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat dan perbekalan kesehatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat dan perbekalan kesehatan.

2. Tujuan Penyimpanan Obat

- a. Menjaga ketersediaan jumlah (kuantitas) obat dan menjaga mutu (kualitas) obat.
- b. Menghindari penyalahgunaan dan penggunaan yang salah.
- c. Menjaga kelangsungan persediaan.
- d. Memudahkan pencarian dan pengawasan.

3. Kegiatan Penyimpanan Obat

A. Pengaturan Tata Ruang

Menurut Kemenkes RI Tahun 2010 tentang Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota Pengaturan Tata Ruang berfungsi Untuk mendapatkan kemudahan dalam penyimpanan, penyusunan, pencarian dan pengawasan obat, maka diperlukan pengaturan tata ruang gudang dengan baik. Pengaturan tata ruang selain harus memperhatikan kebersihan dan menjaga gudang dari kebocoran dan hewan pengerat juga harus diperhatikan ergonominya. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam merancang gudang adalah sebagai berikut :

a. Kemudahan bergerak

Untuk kemudahan bergerak, maka gudang perlu ditata sebagai berikut:

1. Gudang jangan menggunakan sekat-sekat karena akan membatasi pengaturan ruangan. Jika digunakan sekat,

perhatikan posisi dinding dan pintu untuk mempermudah gerakan.

2. Berdasarkan arah arus penerimaan dan pengeluaran obat, ruang gudang dapat ditata berdasarkan system:
 - a) Arus garis lurus
 - b) Arus U
 - c) Arus L

b. Sirkulasi udara yang baik

Salah satu faktor penting dalam merancang gudang adalah adanya sirkulasi udara yang cukup di dalam ruangan gudang.

Sirkulasi yang baik akan memaksimalkan stabilitas obat sekaligus bermanfaat dalam memperbaiki kondisi kerja petugas. Idealnya dalam gudang terdapat AC, namun biayanya akan menjadi mahal untuk ruang gudang yang luas. Alternatif lain adalah menggunakan kipas angin/ventilator/rotator. Perlu adanya pengukur suhu di ruangan penyimpanan obat dan dilakukan pencatatan suhu.

c. Rak dan Pallet

Penempatan rak yang tepat dan penggunaan pallet akan dapat meningkatkan sirkulasi udara dan pemindahan obat.

Penggunaan pallet memberikan keuntungan:

1. Sirkulasi udara dari bawah dan perlindungan terhadap banjir, serangan serangga (rayap)
2. Melindungi sediaan dari kelembaban
3. Memudahkan penanganan stok
4. Dapat menampung obat lebih banyak
5. Pallet lebih murah dari pada rak.

d. Kondisi penyimpanan khusus

1. Vaksin dan serum memerlukan Cold Chain khusus dan harus dilindungi dari kemungkinan putusnya aliran listrik (harus tersedianya generator).

2. Narkotika dan bahan berbahaya harus disimpan dalam lemari khusus dan selalu terkunci sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3. Bahan-bahan mudah terbakar seperti alkohol, eter dan pestisida harus disimpan dalam ruangan khusus, sebaiknya disimpan di bangunan khusus terpisah dari gudang induk.

e. Pencegahan kebakaran

Perlu dihindari adanya penumpukan bahan-bahan yang mudah terbakar seperti dus, karton dan lain-lain. Alat pemadam kebakaran harus diletakkan pada tempat yang mudah dijangkau dan dalam jumlah yang cukup. Contohnya tersedia bak pasir, tabung pemadam kebakaran, karung goni, galah berpegait besi.

B. Cara Menyimpan Obat

1. Obat disusun menurut bentuk sediaan dan alfabetis.
2. Gunakan prinsip *First Expired date First Out (FEFO)* dan *First In First Out (FIFO)*
3. Susun obat dalam kemasan besar di atas pallet secara rapi dan teratur. Untuk obat kemasan kecil dan jumlahnya sedikit disimpan dalam rak dan pisahkan antara obat dalam dan obat untuk pemakaian luar dengan memperhatikan keseragaman nomor batch.
4. Gunakan lemari khusus untuk menyimpan narkotika dan psikotropika.
5. Simpan obat yang stabilitasnya dapat dipengaruhi oleh temperatur, udara, cahaya dan kontaminasi bakteri pada tempat yang sesuai. Perhatikan untuk obat yang perlu penyimpanan khusus.
6. Cantumkan nama masing-masing obat pada rak dengan rapi.
7. Apabila persediaan obat cukup banyak, maka biarkan obat tetap dalam box masing-masing.

C. Pencatatan Kartu Stok

Suatu unit informasi untuk memeriksa kesesuaian antara catatan dengan keadaan fisik. Fungsi pencatatan kartu stok adalah:

1. Kartu stok digunakan untuk mencatat mutasi obat (penerimaan, pengeluaran, hilang, rusak atau kedaluwarsa)
2. Tiap lembar kartu stok hanya diperuntukkan mencatat data mutasi 1 (satu) jenis obat yang berasal dari 1 (satu) sumber anggaran.
3. Tiap baris data hanya diperuntukkan mencatat 1 (satu) kejadian mutasi obat.
4. Data pada kartu stok digunakan untuk menyusun laporan, perencanaan pengadaan distribusi dan sebagai pembandingan terhadap keadaan fisik obat dalam tempat penyimpanannya.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian deskriptif, Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain deskriptif melalui pengamatan langsung pada sistem yang sedang berjalan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian dilaksanakan di Gudang Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan April - Juni 2021

C. Variabel penelitian

Variabel tunggal yaitu Profil Penyimpanan Obat Di Gudang Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Semua aspek penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.

2. Sampel

Penyimpanan obat yang meliputi pengaturan tata ruang, cara penyimpanan obat dan pencatatan kartu stok.

E. Definisi Operasional

1. Gudang obat adalah tempat penerimaan, penyimpanan, pemeliharaan, pendistribusian obat dan perbekalan kesehatan untuk mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan di RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.
2. Penyimpanan obat adalah kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat-obat yang diterima pada tempat yang

dinilai aman dari pencurian dengan gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat pada gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.

3. Pengaturan tata ruang adalah proses penyimpanan, penyusunan, pencarian dan perbekalan farmasi di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.
4. Cara penyimpanan obat adalah proses penyusunan obat dalam bentuk sediaan dan alfabet atau menurut efek farmakologinya dan prinsip FIFO, FEFO.
5. Pencatatan kartu stok suatu kegiatan yang dilakukan untuk mencatat mutasi obat (penerimaan, pengeluaran dan kedaluarsa) pada gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini adalah kuesioner penyimpanan obat. Daftar Tilik Jaminan Mutu (Depkes RI, 2002).

G. Analisis Data

Data yang diperoleh kemudian diolah dan dihitung hasilnya dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan analisa persentase.

$$\text{Persentase} = \frac{\sum \text{Nilai} \times \text{Jumlah}}{\sum \text{Jumlah}} \times 100\%$$

Di mana: Nilai 1 untuk jawaban y

Nilai 0 untuk jawaban tidak

Menurut Ari Kunto (2013), kriteria penilaian sebagai

berikut : Baik : >75%

Cukup Baik : 60-75%

Kurang Baik : <60%

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Karya Medika II terletak di jalan Sultan Hasanudin No. 63 Tambun Selatan. Kabupaten Bekasi. Rumah Sakit Karya Medika II sebagai rumah sakit kelas C telah memberikan pelayanan 11 (sebelas) jenis spesialis dasar yaitu : penyakit dalam, bedah, anak, jiwa, mata, bedah tulang, THT, kulit, kelainan jantung, kebidanan dan kandungan.

Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C paling sedikit meliputi:

1. Pelayanan rawat darurat
2. Pelayanan kefarmasian
3. Pelayanan rawat intensif
4. Pelayanan kamar operasi
5. Pelayanan rawat jalan
6. Pelayanan rawat inap

Rumah Sakit Karya Medika II Tambun Kabupaten Bekasi dipimpin oleh seorang Direktur. Penanggung jawab instalasi farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kabupaten Bekasi tahun 2021 adalah seorang Apoteker yang telah mempunyai STRA yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit dengan surat keputusan. Sedangkan Koordinator Logistik Farmasi adalah apoteker yang ditunjuk oleh Rumah Sakit. RS. Karya Medika II bersedia menangani berbagai kasus yang memerlukan penanganan darurat selama 24 jam, Ditangani tenaga medis yang berkompeten dan berpengalaman dengan peralatan yang berstandar, yang selalu siap melakukan pertolongan pertama.

B. Penyimpanan Obat di gudang Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi

Penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika Tambun Kab. Bekasi memiliki 24 rak obat, 3 kulkas, dan 1 lemari narkotik. Gudang penyimpanan obat instalasi farmasi RS. Karya Medika II memiliki

ruang bersekat, Ada juga komputer yang digunakan petugas gudang untuk menyimpan data dan pembuatan laporan.

Tabel 1
Persentase Penyimpanan Obat di Gudang
Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II

Jumlah pertanyaan	Jawaban				Kategori
	Ya	Tidak	Σ		
	Σ	%	%		
38	33	86,84%	5	13,16%	Baik

Tabel 1. menunjukkan bahwa kesesuaian penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II memperoleh persentase 86,84% kategori baik. Obat disusun secara alfabet, sesuai bentuk sediaan, ada lemari es untuk penyimpanan suppositoria, injeksi dan vaksin, penyimpanan narkotik dan psikotropik, gardus, infus dan alat kesehatan, penyusunan obat sistem FIFO – FEFO, tidak ditemukan obat kedaluarsa, setiap barang masuk dicatat pada kartu stok, gudang obat terpisah dari ruangan lain, tidak ada obat yang rusak disimpan dalam rak, kunci gudang dipegang oleh petugas gudang, gudang selalu terkunci apabila tidak ada aktifitas dalam gudang, gudang dalam keadaan bersih, tidak ada tanda-tanda adanya kecoa atau tikus, tersedia catatan pemusnahan, mutasi obat yang terdiri dari tanggal, waktu dan cara pemusnahan, sedangkan 13,16% tidak memenuhi persyaratan dimana, jumlah obat yang diterima tidak sesuai kapasitas gudang, Ukuran rak yang terlalu tinggi sehingga pencahayaan berkurang, tidak ada gordyn pada jendela, tidak dilakukan pengecekan mutu obat secara organoleptis, tidak ada prosedur rotasi untuk obat anti biotik atau produk lainnya.

Bagian-bagian dari penyimpanan obat, yaitu:

1. Pengaturan Tata Ruang

Menurut Kemenkes RI Tahun 2010 tentang Materi Pelatihan Manajemen Kefarmasian Instalasi Kabupaten/Kota pengaturan tata ruang berfungsi

untuk mendapatkan kemudahan dalam penyimpanan, penyusunan, pencarian dan pengawasan obat, maka diperlukan pengaturan tata ruang gudang dengan baik. Pengaturan tata ruang selain harus memperhatikan kebersihan dan menjaga gudang dari kebocoran dan hewan pengerat juga harus diperhatikan ergonominya. Hasil penelitian terhadap pengaturantata ruang yang dilakukan di instalasi farmasi RS. Karya Medika II adalah sebagai berikut:

Tabel 2
Presentase Pengaturan Tata Ruang

Jumlah pertanyaan	Jawaban				Kategori	
	Ya		Tidak			Σ
	Σ	%		%		
17	14	82,35%	3	17,65%	Baik	

Tabel 2 menunjukkan bahwa pengaturan tata ruang memenuhi kriteria baik akan tetapi ada yang belum memenuhi kriteria sebesar 17,65%. Yang tidak memenuhi kriteria meliputi, tidak ada gordyn pada jendela, jumlah obat yang diterima tidak sesuai kapasitas, ukuran rak yang terlalu tinggi sehingga pencahayaan berkurang.

2. Cara penyimpanan obat di gudang Instalasi Farmasi RS. Karya Medika II Tambun Kab. Bekasi

Cara penyimpanan obat merupakan salah satu faktor yang sangat di perlukan untuk menjamin obat sehingga mempermudah distribusi serta pelayanan obat.

Tabel 3
Presentase Cara Penyimpanan Obat

Jumlah pertanyaan	Jawaban				Kategori	
	Ya		Tidak			Σ
	Σ	%		%		
13	13	86,67%	2	12,33%	Baik	

Tabel 3 menunjukkan bahwa penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi memenuhi kriteria baik, tetapi ada yang belum memenuhi kriteria sebesar 13,33% yakni, tidak ada prosedur rotasi untuk obat anti biotik atau produk lain, tidak dilakukan pengecekan mutu obat secara organoleptis.

3. Pencatatan Kartu Stok

Pencatatan kartu stok dilakukan dengan cara mencatat mutasi obat selama penyimpanan sehingga obat dapat dengan mudah dikontrol. Data pada kartu stok digunakan untuk menyusun laporan, perencanaan, pengadaan, distribusi dan sebagai pembanding terhadap keadaan fisik obat dalam tempat penyimpanan.

Tabel 4
Presentase Pencatatan Kartu Stok

Jumlah pertanyaan	Jawaban				Kategori	
	Ya		Tidak			Σ
	Σ	%		%		
6	6	100%	0	0%	Baik	

Tabel 4 menunjukkan bahwa pencatatan kartu stok memenuhi kriteria baik. Kartu stok selalu berada disamping jenis obat dan penyusunan kartu stok dipisahkan menurut jenis persediaan dan alfabet, data pada kartu stok digunakan untuk menyusun laporan, perencanaan, pengadaan, distribusi obat dan setiap terjadi mutasi obat dicatat pada saat transaksi, semua informasi yang tertulis pada kartu stok ada yang terbaru dan benar. Kartu stok yang terdapat di gudang instalasi farmasi RS Karya Medika II menjadi sumber data untuk membuat laporan. Dari hasil penelitian penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II, diperoleh kesesuaian yang meliputi pengaturan tata ruang 82,35%, cara penyimpanan 86,67% dan pencatatan kartu stok 100% .

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Hasil penelitian tentang profil penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II termasuk kategori baik dengan persentase 86,84% meliputi:

1. Pengaturan tata ruang memperoleh persentase 82,35% kategori baik.
2. Cara penyimpanan obat memperoleh persentase 86,67% kategori baik.
3. Pencatatan kartu stok memperoleh persentase 100% kategori baik.

B. Saran

1. Penyimpanan obat di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II perlu dibenahi terutama untuk ruang penyimpanan harus dibuat lebih besar sehingga obat dapat disimpan di dalam satu ruangan dan tidak memiliki ruangan yang bersekat.
2. Perlu diperhatikan cara penyimpanan obat yang ada di gudang instalasi farmasi RS. Karya Medika II agar pengendalian obat lebih terjamin dan mutu obat terjaga sesuai dengan prosedur penyimpanan yang benar.
3. Pencahayaan kurang karena rak terlalu tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto S, 2013, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Penetbit Rikena Cipta, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2010. *Buku Petunjuk dan Pengelolaan Gudang Penyimpanan* Direktorat Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Dirjen Binfar, 2010, *Buku Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit*, Departemen Kesehatan Direktorat Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan bekerjasama dengan Japan Internasional Cooperation Agency, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, 2002, *Daftar Tilik Jaminan Mutu (Quality Assurance) Pelayanan Kefarmasian di Pelayanan Kesehatan Dasar*, Jakarta.
- Kemenkes RI, 2010, *Pelatihan Manajemen Kefarmasian di Instalasi Farmasi Kabupaten/Kota*, Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Kemenkes RI, 2016, *Peraturan Menteri Kesehatan No. 72, Tahun 2016*, Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Palupiningtyas Retno, 2014, *Analisis Sistem Penyimpanan Obat di gudang Farmasi Rumah Sakit Mulya Tangerang, Tangerang, Skripsi*, Jakarta: Universitas Negeri Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang *Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 56 tahun 2014 tentang *Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Puslitbang Biomedis dan Farmasi, 2006, *Evaluasi Manajemen Sistem Penyimpanan Obat di Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jabodetabek.

**PENGARUH PENYIMPANAN OBAT NARKOTIKA DAN
PSIKOTROPIKA TERHADAP KUALITAS OBAT DI RS AMANDA
CIKARANG SELATAN**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Kelulusan Ujian Akhir Program Diploma III
Program Studi Farmasi

Disusun Oleh:

BENTRI SEPTIAMANOVA

NPM: 18.307.151



POLITEKNIK PIKSI GANESHA

BANDUNG

2021

ABSTRAK

Bentri septiamanova

Npm:18307151

Program studi DIII Farmasi

PENGARUH PENYIMPANAN OBAT NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA TERHADAP KUALITAS OBAT DI RUMAH SAKIT AMANDA CIKARANG SELATAN

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di rumah sakit amanda cikarang selatan memenuhi standar penyimpanan berdasarkan Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2015 (Jimbrif T., 2015).

Penelitian ini dilakukan menggunakan metode deskriptif dan pengumpulan data dilakukan dengan cara metode ceklis.

Hasil penelitian dapat diketahui secara umum penyimpanan narkotika dan psikotropika di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tahun 2021 belum sesuai dengan Standar Penyimpanan berdasarkan Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun (2015) dengan persentase 60% - 70% yang berarti cukup baik.

Kata kunci : Penyimpanan , Narkotika , psikotropika

ABSTRACT

Bentri septiamanova

Npm:18307151

Program studi DIII Farmasi

PENGARUH PENYIMPANAN OBAT NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA TERHADAP KUALITAS OBAT DI RUMAH SAKIT AMANDA CIKARANG SELATAN

This study aims to determine the storage of narcotics and psychotropic drugs at the amanda hospital south cikarang meet the storage standards based on the Guidelines for the Management of Hospital Pharmaceutical Supplies and the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 3 of 2015 (Jimbrif T., 2015).

This research was conducted using a descriptive method and data collection was done by using the checklist method.

The results of the study can be seen in general that the storage of narcotics and psychotropics at the Amanda Cikarang Selatan Hospital in 2021 is not in accordance with the Storage Standards based on the Guidelines for the Management of Hospital Pharmaceutical Supplies and the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 3 of (2015) with a percentage of 60% - 70% which means pretty good

Keywords : storage , narcotics, psychotropics

DAFTAR LAMPIRAN

Contents

LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR TIM PENGUJI	v
PERNYATAAN PENULIS	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
1.1 Latar belakang penelitian	1
1.2 Pertanyaan Peneliti.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
A. Tujuan Umum	3
B. Tujuan Khusus	3
1.4 Kegunaan penelitian.....	3
A. Bagi Rumah Sakit	3
B. Bagi peneliti	4
C. Bagi Ilmu Pengetahuan	4
D. Bagi institusi pendidikan.....	4
BAB II	5
KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN...5	
2.1 Kajian Pustaka.....	5
A. Konsep Pengaruh	5
B. Penyimpanan obat Narkotika dan Psikotropika	5
C. Narkotika.....	8
D. Psikotropika	11

DAFTAR LAMPIRAN

3.	Psikotropika golongan III.....	13
4.	Psikotropika golongan IV	13
2.2	Kerangka Pemikiran.....	15
2.3	Hipotesis Penelitian	16
BAB III.....		17
METODE PENELITIAN		17
3.1	Desain Penelitian.....	17
3.2	Variabel Penelitian.....	17
3.3	Populasi dan Sampel	17
A.	Populasi.....	17
B.	Sampel.....	17
3.4	Tempat dan Waktu Penelitian.....	18
A.	Tempat	18
B.	Waktu.....	18
3.5	Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	18
A.	Instrumen Penelitian	18
B.	Metode Pengumpulan Data	18
3.6	Metode Pengolahan Data dan Analisis Data	18
A.	Pengolahan Data	18
3.7	Jalannya Penelitian.....	20
BAB IV		21
HASIL DAN PEMBAHASAN		21
4.1 Hasil Penelitian		21
A.	Narkotika	21
B.	Psikotropika	24
4.2	Keterbatasan Penelitian.....	27
BAB V		28
KESIMPULAN DAN SARAN		28
5.1	KESIMPULAN.....	28
5.2	SARAN	28
A.	Bagi Rumah sakit.....	28
B.	Bagi peneliti lain	28
DAFTAR PUSTAKA.....		29

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang penelitian

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit tidak terpisahkan dari pelayanan kefarmasian, pelayanan kefarmasian merupakan bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi apoteker kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi untuk mencapai terapi yang optimal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Sediaan farmasi harus dengan pengelolaan yang baik agar tetap terjaga keamanan, khasiat dan mutunya (Permenkes, 2016).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit merupakan tempat pengelolaan obat. Pengelolaan obat yang baik menjadi faktor utama dalam mendukung tingkat kepulihan pasien terhadap suatu penyakit, terlebih khusus pengelolaan obat yang bersifat sebagai psikoaktif seperti narkotika dan psikotropika. Pengelolaan obat terutama penyimpanan dilakukan instalasi farmasi agar keamanan dan kualitas narkotika dan psikotropika tetap terjaga dengan baik. Penyimpanan yang tidak efisien akan memberikan dampak negatif, seperti penyalahgunaan narkotika dan psikotropika. Narkotika dan psikotropika juga memiliki efek merugikan jika digunakan secara tidak rasional, salah satu efek samping dari penggunaan obat ini dapat menyebabkan ketergantungan dan perubahan psikologis. Oleh karena itu, perlu perhatian dan penanganan lebih terhadap penyimpanan narkotika dan psikotropika (Wirdah, 2013).

Pengelolaan obat yang baik terlebih khusus yaitu pengelolaan jenis obat yang bersifat sebagai psikoaktif seperti pada obat-obat golongan narkotika dan psikotropika. Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik

sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan yang dibedakan dalam 3 golongan (Anonim, 2009). Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 menyebutkan psikotropika adalah zat/bahan baku atau obat, baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Salah satu efek samping dari pemakaian obat narkotika dan psikotropika yaitu di mana seseorang dapat mengalami ketergantungan berat terhadap obat jika digunakan secara tidak rasional (Anonim, 2015). Oleh karena itu pengelolaan obat psikotropika sangat memerlukan penanganan dan perhatian lebih, khususnya pada sistem penyimpanan agar dapat terjamin keamanan dan peredaran sediaan.

Penyimpanan narkotika dan psikotropika diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 yang menyebutkan bahwa keamanan obat narkotika dan psikotropika harus terjamin bermanfaat dan bermutu, agar masyarakat terlindungi dari bahaya yang disebabkan oleh penggunaan obat narkotika dan psikotropika yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan atau khasiat/ kemanfaatan yang dapat berdampak buruk terhadap masyarakat (Permenkes, 2015).

Hasil penelitian di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan, mengenai sistem penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan belum memenuhi standar penyimpanan berdasarkan Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2015 (Jimbrif T., 2015).

Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan mempunyai ruangan yang cukup luas dan penataan sediaan kefarmasian sudah memenuhi syarat tetapi untuk penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di gudang farmasi rumah sakit amanda cikarang selatan belum memenuhi standar peraturan menteri kesehatan nomor 03 tahun 2015 tentang penyimpanan narkotika.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik mengambil judul :

**“ PENGARUH PENYIMPANAN OBAT NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA
TERHADAP KUALITAS OBAT DI RS AMANDA CIKARANG SELATAN”**

1.2 Pertanyaan Peneliti

Berdasarkan pokok permasalahan diatas dapat dibuat suatu pernyataan penelitian yaitu :

- A.** Bagaimana penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di Rumah sakit amanda cikarang selatan ?
- B.** Bagaimana tata letak lemari narkotika dan psikotropika di Rumah sakit amanda cikarang selatan ?
- C.** Apakah pelaporan Golongan obat Narkotika dan Psikotropika ke Dinas kesehatan berjalan dengan benar ?
- D.** Apakah jumlah obat dan kartu stok obat narkotika dan psikotropika sesuai ?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pokok permasalahan diatas maka tujuan dari penelitian ini adalah :

A. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di Rumah sakit amanda cikarang selatan.

B. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di Rumah sakit amanda cikarang selatan sudah sesuai standar gudang khusus, lemari khusus dan lemari khusus berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan nomor 3 tahun 2015.

1.4 Kegunaan penelitian

A. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini memberikan evaluasi tentang pengelolaan obat narkotika dan psikotropika tahap penyimpanan di instalasi farmasi rumah sakit sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu referensi dan bahan pertimbangan dalam upaya peningkatan mutu, efektifitas dan efisiensi pengelolaan narkotika dan psikotropika pada tahap penyimpanan di instalasi Farmasi Rumah Sakit amanda cikarang selatan.

B. Bagi peneliti

Dapat mengetahui proses penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

C. Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai saran untuk menambah wawasan ilmu pengetahuan dan wawasan tentang penyimpanan obat narkotika dan psikotropika.

D. Bagi institusi pendidikan

Dapat dijadikan sebagai referensi ilmiah terkait penyimpanan obat narkotika dan psikotropika , sehingga bisa dikembangkan untuk penelitian berikutnya.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS PENELITIAN

2.1 Kajian Pustaka

A. Konsep Pengaruh

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi Ketiga (2005:893) “Pengaruh adalah daya yang ada atau timbul dari sesuatu (orang, benda) yang ikut membentuk watak, kepercayaan atau perbuatan seseorang”.

Menurut Surakhmad (1982:7) menyatakan bahwa pengaruh adalah kekuatan yang muncul dari suatu benda atau orang dan juga gejala dalam yang dapat memberikan perubahan terhadap apa-apa yang ada di sekelilingnya. Jadi, dari pendapat-pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa pengaruh merupakan suatu daya atau kekuatan yang timbul dari sesuatu, baik itu orang maupun benda serta segala sesuatu yang ada di alam sehingga mempengaruhi apa-apa yang ada di sekitarnya.

B. Penyimpanan obat Narkotika dan Psikotropika

Penyimpanan obat adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta dapat menjaga mutu obat . sistem penyimpanan yang tepat dan baik akan menjadi salah satu faktor penentu mutu obat yang terdistribusikan (IAI, 2015)

1. Setelah barang diterima di Instalasi Farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian. Penyimpanan harus dapat menjamin kualitas dan keamanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai sesuai dengan persyaratan kefarmasian. Persyaratan kefarmasian yang dimaksud meliputi persyaratan stabilitas dan keamanan, sanitasi, cahaya, kelembaban, ventilasi, dan penggolongan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai (Permenkes, 2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 menyebutkan tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi di fasilitas produksi, fasilitas distribusi, dan fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat, dan mutu narkotika dan psikotropika. Tempat penyimpanan narkotika dan psikotropik dapat berupa gudang, ruangan, atau lemari khusus. Tempat penyimpanan narkotika dan psikotropilka dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika dan psikotropika

(Permenkes, 2015). 5 Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan kelas terapi, bentuk sediaan, dan jenis Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai antara lain :

- a. Alfabetis Disusun berdasarkan abjad (alfabetis) atau nomor, persamaan bentuk (obat kering atau cair) dan cara pemberian obat (luar, oral, dan suntikan). Hal ini dapat mempermudah pengambilan obat bila terdapat nama obat yang mirip.
- b. Penyusunan obat berdasarkan frekuensi penggunaan :

- 1) Sistem FIFO (First In First Out)

Yaitu penyimpanan berdasarkan pada obat yang pertama kali masuk. Penyimpanan dengan cara FIFO dilakukan dengan menempatkan obat lama disusun paling depan. Obat baru diletakkan paling belakang. Tujuannya agar obat yang pertama diterima harus pertama juga digunakan.

- 2) Sistem FEFO (First Expired First Out)

Adalah penyimpanan obat berdasarkan obat yang memiliki tanggal kadaluarsa lebih cepat maka dikeluarkan lebih dulu. Obat yang memiliki tanggal ED (expired date) lebih cepat harus ditempatkan disusunan paling depan agar bisa cepat dikeluarkan dan dapat mengantisipasi adanya stok rusak akibat ED.

- c. Obat disusun berdasarkan Volume

Barang dengan jumlah banyak harus ditempatkan sedemikian rupa agar tidak terpisah, sehingga mudah pengawasan dan penanganannya. Barang yang jumlah sedikit harus diberi perhatian/tanda khusus agar mudah ditemukan kembali.

- d. LASA(Look Alike Sound Alike)

Obat dengan penampilan dan penamaan yang mirip tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan Obat. Obat LASA disimpan terpisah dengan obat LASA lainnya yang sama jenisnya, dan disesuaikan dengan stabilitas penyimpanan (Permenkes, 2016)

2. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2015 tentang penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di fasilitas produksi, fasilitas distribusi, dan fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat, dan mutu Narkotika, Psikotropika dan Prekursor Farmasi. Persyaratan penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi pasal 25:

- a. Tempat penyimpanan narkotika, psikotropika, dan prekursor farmasi dapat berupa gudang, ruangan atau lemari khusus.

- b. Tempat penyimpanan narkotika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika.
- c. Tempat penyimpanan psikotropika dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain psikotropika.
- d. Tempat penyimpanan prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain prekursor farmasi dalam bentuk bahan baku.
- e. Gudang khusus sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 ayat (1) harus memenuhi persyaratan sebagai berikut:
 - 1) Dinding dibuat dari tembok dan hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.
 - 2) Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi.
 - 3) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.
 - 4) Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab.
 - 5) Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.
- f. Ruang khusus sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 ayat (1) harus memenuhi syarat sebagai berikut:
 - 1) Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat.
 - 2) Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.
 - 3) Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.
 - 4) Kunci ruang khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab atau Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.
 - 5) Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggungjawab atau Apoteker yang ditunjuk.
- g. Lemari khusus sebagaimana dimaksud dalam pasal 25 ayat (1) harus memenuhi syarat sebagai berikut:
 - 1) Terbuat dari bahan yang kuat.
 - 2) Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda.
 - 3) Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang, untuk Instalasi Farmasi Pemerintah.
 - 4) Diletakkan di tempat yang aman dan tidak terlihat oleh umum, untuk Apotek, Instalasi Farmasi Rumah Sakit, Puskesmas, Instalasi Farmasi Klinik, dan Lembaga Ilmu Pengetahuan.

- 5) Kunci lemari khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab atau Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan

C. Narkotika

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman, baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan yang dibedakan dalam 3 golongan (Anonim, 2009). Narkotika digolongkan menjadi 3 golongan yaitu:

1. Narkotika Golongan I

Narkotika golongan I adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.

Tabel 2. 1 Daftar Obat Narkotika Golongan 1

No.	Nama Obat Narkotika Golongan 1	No.	Nama Obat Narkotika Golongan 1
1.	Tanaman Papaver Sodium L	34	Meskalina
2.	Opium Mentah	35	Metkatinona
3.	Opium Masak	36	4-metilaminoreks
4	Tanaman koka	37	MMDA
5	Daun koka	38	N-etil MDA
6	Kokain mentah	39	N-hidroksi MDA
7	Kokain	40	Paraheksil
8	Tanaman ganja	41	PMA
9	Tetrahydrocannabinol Delta 9	42	Psilosina, psilotisin
10	tetrahydrocannabinol	43	Psilosibina
11	Asetorfina	44	Rolisiklidina/PHP/PCPY
12	Acetil-alfa-metilfentanil	45	STP, DOM

13	Alfa-metilfentanil	46	Tenamfetamina/MDA

14	Alfa-metiltiofentanil	47	Tenosiklidina /TCP
15	Beta-hidroksifentani	48	TMA
16	Beta-hidroksi-3-metil-fentanil	49	Amfetamina
17	Desmorfina	50	Deksamfetamina
18	Etorfina	51	Fenetilina
19	Heroina	52	Fenmetrazina
20	Ketobemidona	53	Fensiklidina/PCP
21	3-metilfentanin	54	Levamfetamina
22	3-metiltiofentanin	55	Levometamfetamina
23	MPPP	56	Meklokualon
24	Para-fluorofentanil	57	Metamfetamina
	Lanjutan		
25	PEPAP	58	Metakualon
26	Tiofentanil	59	Zipepprol
27	Brolamfetamina/DOB	60	Opium obat
28	DET	61	Campuran/sediaan opium
29	DMA	62	Etrimtamina
30	DMHP	63	Katinona
31	DMT	64	Lisergida
32	DOET	65	MDMA
33	Etisiklidina		

Sumber: (Anonim, 2009)

2. Narkotika Golongan II

Narkotika golongan II adalah narkotika berkhasiat untuk pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan.

Tabel 2. 2 Daftar Obat Narkotika Golongan II

No.	Nama Obat Narkotika Golongan II	No.	Nama Obat Narkotika Golongan II
1.	Alfasetilmetadol	36.	Fenadoksona

2.	Alfameprodina	37.	Fenampromida
3.	Alfametadol	38.	Fenazosina
4.	Alfaprodina	39.	Fenomorfan
5.	Alfentanil	40.	Fenoperidina
6.	Allilprodina	41.	Fentanil
7.	Anileridina	42.	Klonitazena
8.	Asetilmetadol	43.	Kodoksima
Lanjutan			
9.	Benzetidin	44.	Levofenasilmorfan
10.	Benzilmorfina	45.	Levomoramida
11.	Betameprodina	46.	Levometorvan
12.	Betametadol	47.	Levorfanol
13.	Betaprodina	48.	Metadona
14.	Betasetilmetadol	49.	Metadona intermediate
15.	Bezitramida	50.	Metazosina
16.	Dekstromoramida	51.	Metildesorfina
17.	Diampromida	52.	Metopon
18.	Dietiltiambutena	53.	Mirofina
19.	Difenoksilat	54.	Moramida intermediate
20.	Difenoksin	55.	Morferidina
21.	Dihidromorfina	56.	Morfina-N-Oksida
22.	Dimefheptanol	57.	Morfin metobromida
23.	Dimenoksadol	58.	Morfina
24.	Dimetiltiambutena	59.	Etokseridina
25.	Dioksafetil butirat	60.	Etoniazena
26.	Dipipanona	61.	Norlevorfanol
27.	Drotebanol	62.	Petidina intermediate A
28.	Ekgonina	63.	Petidina intermediate B
29.	Etilmetiltiambutena	64.	Petidina intermediate C
30.	Furetidina	65.	Petidina
31.	Hidrokodona	66.	Piminodina
32.	Hidroksipetidina	67.	Proheptasina
33.	Hidromorfinol	68.	Rasemetorfan

34.	Hidromorfona	69.	Tebania
35.	Isometadona	70.	Tebakon
Lanjutan			
71.	Tilidina	78.	Oksimorfona
72.	Garam dari narkotika	79.	Oksidona
73.	Nikomorfina	80.	Piritrāmida
74.	Norasimetadol	81.	Properidina
75.	Normetadona	82.	Rasemorāmida
76.	Normorfina	83.	Rasemorfan
77.	Norpiānona	84.	Sufentanil
		85.	Trimeperidina

Sumber: (Anonim, 2009).

3. Narkotika Golongan III

Narkotika golongan III adalah narkotika berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

Tabel 2. 3 Daftar Obat Narkotika Golongan III

Nama Obat		Nama Obat Narkotika	
No.	Narkotika Golongan III	No.	Golongan III
1.	Asetildihidrokodeina	8.	Norkodeina
2.	Dekstropoksifena	9.	Polkodina
3.	Dihidrokodeina	10.	Propiram
4.	Etilmorfina	11.	Buprenorfina
5.	Kodeina	12.	Garam dari narkotika
6.	Nikodikodina	13.	Campuran/sediaan difenoksin
7.	Nikokodina	14.	Campuran/sediaan difenoksilat

Sumber: (Anonim, 2009)

D. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintesis bukan

narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf

pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku (Anonim, 1997). Psikotropika digolongkan menjadi:

1. Psikotropika golongan I

Psikotropika golongan 1 merupakan psikotropika yang hanya digunakan untuk tujuan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi serta mempunyai potensi sangat kuat mengakibatkan sindrom ketergantungan. Contoh obat :

Tabel 2. 4 Daftar Obat Psikotropika Golongan 1

Nama Obat		Nama Obat	
No	Psikotropika Golongan 1	No	Psikotropika Golongan 1
1.	Brolamfetamina	6.	Mekatinona
2.	Etisiklidina	7.	Psilosibina
3.	Etriptamina	8.	Rolisiklidina
4.	Katinona	9.	Tenamfetamina
5.	Lisergida	10.	Tenoksilidina

Sumber:(Anonim, 1997)

2. Psikotropika golongan II

Psikotropika golongan II merupakan psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan dapat digunakan dalam terapi dan atau tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi kuat mengakibatkan ketergantungan. Contoh Obat:

Tabel 2. 5 Daftar Obat Psikotropika Golongan II

Nama Obat		Nama Obat	
No	Psikotropika Golongan II	No	Psikotropika Golongan II
1.	Amfetamina	8.	Metamfetamina

2.	Deksamfetamina	9.	Metamfetamina
3.	Fenetilina	10.	Rasemat
4.	Fenmetrazina	11.	Metakualon
5.	Fensiklidina	12.	Metilfenidat
6.	Levamfetamina	13.	Sekobarbital
7.	Meklokualon	14.	Zipeprol

Sumber: (Anonim, 1997).

3. Psikotropika golongan III

Psikotropika golongan III adalah narkotika berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

Tabel 2. 6 Daftar Obat Psikotropika Golongan III

Nama Obat		Nama Obat	
No	Psikotropika Golongan III	No	Psikotropika Golongan III
1.	Amobarbital	5.	Katina
2.	Buprenofrina	6.	Pentazosina
3.	Butalbital	7.	Pentobarbital
4.	Flunitrazepa	8.	Siklobarbital

Sumber: (Anonim, 1997)

4. Psikotropika golongan IV

Psikotropika golongan IV merupakan psikotropika yang berkhasiat pengobatan dan sangat luas digunakan dalam terapi dan atau untuk tujuan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan sindrom

ketergantungan. Psikotropika golongan ini terdiri atas 60 macam (Anonim, 1997).
Contoh obat:

Tabel 2. 7 Daftar Obat Psikotropika Golongan IV

No.	Nama Obat Psikotropika Golongan IV	No	Nama Obat Psikotropika Golongan IV	No	Nama Obat Psikotropika Golongan IV
1.	Allobarbital	21.	Fludiazepam	41.	Nordazepam
2.	Alprazolam	22.	Flurazepam	42.	Oksazepam
3.	Amfepramona	23.	Halazepam	43.	Oksazolam
4.	Aminorex	24.	Haloksazolam	44.	Pemolina
5.	Barbital	25.	Kamazepam	45.	Pinazepam
6.	Benzfetamina	26.	Ketazolam	46.	Pipadrol
7.	Bromazepam	27.	Klobazam	47.	Pirovalerona
8.	Brotizolam	28.	Kloksazolam	48.	Prazepam
9.	Delorazepam	29.	Klonazepam	49.	Sekbutabarbital
10.	Diazepam	30.	Klorazepat	50.	Temazepam
11.	Estazolam	31.	Klordiazepoksida	51.	Tetrazepam
12.	Etil Amfetamina	32.	Klotiazepam	52.	Triazolam
13.	Etil Loflazepate	33.	Lefetamina	53.	Vinilbital
14.	Etinamat	34.	Loprazolam	54.	Medazepam
15.	Etklorvinol	35.	Lorazepam	55.	Mefenoreks
16.	Fencamfamina	36.	Lormetazepam	56.	Meprobramat
	Fendimetrazina				
17.	Lanjutan	37.	Mazindol	57.	Mesokarb
18.	Fenobarbital	38.	Midazolam	58.	Metilfeno Barbital
19.	Fenproporeks	39.	Nimetazepam	59.	Metiprilon
20.	Fentermina	40.	Nitrazepam	60.	Butobarbital
				61.	Zolpidem

Sumber: (Anonim, 2015)

E. Kualitas obat

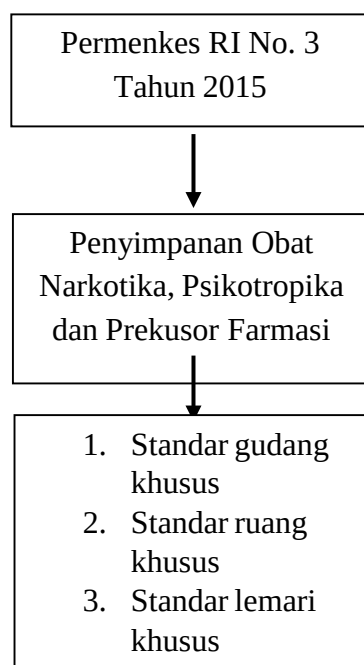
Menurut Goetsch dan Davis (2005), Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berkaitan dengan produk, pelayanan, orang, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi apa yang diharapkan.

Adapun definisi kualitas obat merupakan pemahaman bahwa obat yang ditawarkan oleh perusahaan mempunyai nilai jual yang tidak dimiliki oleh pesaing . oleh karena itu, perusahaan berusaha memfokuskan mutu obat yang sesuai dengan standar penyimpanan.

F. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menyatakan bahwa “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit tidak terpisahkan dari pelayanan kefarmasian, pelayanan kefarmasian merupakan bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi apoteker kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi untuk mencapai terapi yang optimal dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Sediaan farmasi harus dengan pengelolaan yang baik agar tetap terjaga keamanan, khasiat dan mutunya (Permenkes, 2016).

2.2 Kerangka Pemikiran



2.3 Hipotesis Penelitian

Penelusuran penyimpanan obat Narkotika dan Psikotropika di instalasi farmasi Rumah sakit Amanda cikarang selatan sudah sesuai dengan lemari khusus, pintu lemari double dengan kunci yang berbeda, penyimpanan obat sudah memenuhi sistem FIFO dan FEFO, setiap item obat Narkotika dan Psikotropika mempunyai kartu stok untuk memantau pemasukan dan pengeluaran obat lalu setiap sip kerja selalu ada penanggung jawab untuk obat yang keluar.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini dilakukan menggunakan metode deskriptif. Deskriptif adalah suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (Notoatmodjo, 2012). Teknik pengambilan data menggunakan metode observasi terstruktur dan wawancara. Observasi terstruktur adalah observasi yang telah dirancang secara sistematis, tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya (Sugiyono, 2005). Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh (Sugiyono, 2005).

3.2 Variabel Penelitian

Variabel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Variabel dalam penelitian ini adalah evaluasi, penyimpanan, obat narkotika dan psikotropika.

3.3 Populasi dan Sampel

A. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2005). Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Populasi dalam penelitian ini adalah obat narkotika dan psikotropika.

B. Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi penelitian (Notoatmodjo, 2012). Sampel dalam penelitian ini adalah obat narkotika dan psikotropika yang tersimpan pada gudang khusus, ruangan khusus dan lemari khusus di Rumah Sakit Gunung Sawo pada bulan Maret 2019.

3.4 Tempat dan Waktu Penelitian

A. Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.

B. Waktu

Penelitian dan pengambilan data untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dilaksanakan pada bulan Mei 2021.

3.5 Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

A. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data atau alat ukur penelitian (Notoatmodjo, 2012). Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah *checklist* data penyimpanan dan menggunakan *list* wawancara terstruktur obat narkotika dan psikotropika farmasi di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.

B. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu observasi, pengambilan data menggunakan *checklist* dan wawancara dengan petugas di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan. Observasi terstruktur adalah observasi yang telah dirancang secara sistematis, tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya (Sugiyono, 2005). Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila peneliti atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti tentang informasi apa yang akan diperoleh (Sugiyono, 2005).

3.6 Metode Pengolahan Data dan Analisis Data

A. Pengolahan Data

Dari pengambilan data yang diperoleh melalui kesesuaian tata cara penyimpanan obat Narkotika dan Psikotropika dengan tahapan sebagai berikut :

1. *Checklist* data yaitu dengan mengamati data penyimpanan obat psikotropika kemudian mencatat hasil pengamatan.

2. *Entry* data yaitu memasukkan data penyimpanan obat narkotika dan psikotropika ke komputer. Data yang diperoleh dan di input kemudian diolah menggunakan program *microsoft officeexcel* 2010.
3. *Editing* yaitu memeriksa dan meneliti kembali seluruh data penyimpanan obat narkotika dan psikotropika serta kelengkapannya.
4. Analisis yaitu menganalisis apakah hasil yang diperoleh sudah sesuai.

B. Analisis Data

Metode yang digunakan dalam analisis data adalah metode analisis kuantitatif dengan pendekatan deskriptif. Pada tahapan ini data akan dianalisis dan dideskripsikan dalam bentuk kata-kata untuk memperjelas hasil yang diperoleh. Data tersebut meliputi data penyimpanan obat psikitropika dengan menggunakan *Skala Guttman* yaitu dilakukan apabila ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan (Sugiyono, 2015), dan akan didapat jawaban yang tegas. Menganalisis data dari *checklist* dilakukan sebagai berikut :

1. Menghitung hasil dari *checking* sesuai indikator yang telah ditetapkan.

Skala Pengukuran	Nilai
Sesuai	1
Tidak sesuai	0

2. Membuat tabulasi data penyimpanan obat narkotika dan psikotropika.
3. Menghitung prosentase dari data yang diperoleh melalui kesesuaian tata cara penyimpanan obat psikotropika dengan rumus:

$$P(p) = S/N \times 100$$

Keterangan:

P (p) = Persentase sub variabel

S = Jumlah skor tiap sub variabel

N = Jumlah skor maksimum

4. Dari presentase yang telah diperoleh kemudian di transformasikan secara kualitatif ke dalam tabel supaya pembacaan hasil penelitian menjadi mudah.

Berdasarkan perhitungan diatas, maka range presentase dan kriteria kualitatif dapat ditetapkan sebagaimana dalam tabel dibawah ini

Tabel 3. 1 Range Presentase dan Kriteria Kualitatif

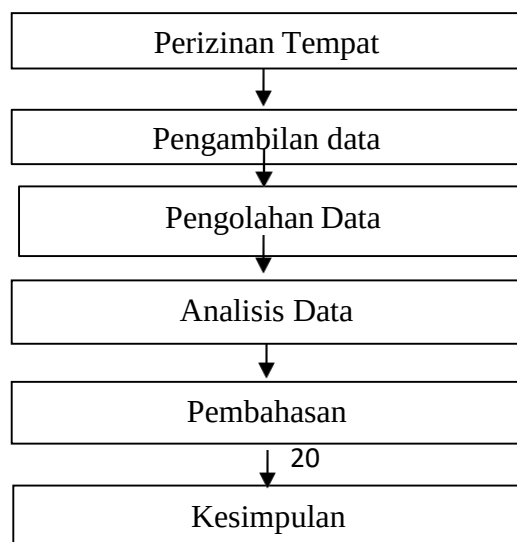
No	Interval	Kriteria
1.	$76\% \leq \text{skor} \leq 100$	Baik
2.	$51\% \leq \text{skor} \leq 75\%$	Cukup Baik
3.	$26\% \leq \text{skor} \leq 50\%$	Kurang Baik
4.	$\leq 25\%$	Tidak Baik

(Arikunto, 2002).

3.7 Jalannya Penelitian

Jalannya penelitian adalah sebagai berikut :

- A. Perizinan/Survei Tempat: Penelitian diawali dengan membuat perizinan di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.
- B. Pengambilan Data: data yang diambil meliputi data penyimpanan obat narkotika dan psikotropika.
- C. Pengolahan Data: data yang sudah diambil, kemudian diolah menggunakan program *Microsoft Excel 2010*.
- D. Analisis Data: data yang sudah diolah kemudian dianalisis sehingga menjadi informasi yang mudah dipahami. Analisis data yang diolah meliputi data penyimpanan obat narkotika dan psikotropika.
- E. Hasil dan Pembahasan: informasi yang diperoleh dari analisis data dimasukkan kedalam hasil kemudian dilakukan pembahasan terhadap data yang diperoleh.
- F. Penarikan Kesimpulan: data yang telah diolah kemudian diambil kesimpulan mengenai kesesuaian penyimpanan obat narkotika dan psikotropika di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penyimpanan merupakan suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat-obatan yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencuri, gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat, penggunaan yang tidak bertanggungjawab serta memudahkan pencarian dan pengawasan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2015 tentang penyimpanan Narkotika dan Psikotropika di fasilitas produksi, fasilitas distribusi, dan fasilitas pelayanan kefarmasian harus mampu menjaga keamanan, khasiat, dan mutu Narkotika dan Psikotropika.

A. Narkotika

1. Gudang Khusus Narkotika

Tabel 4. 1 Hasil Checklist Gudang Khusus Penyimpanan Narkotika

No	Standar Gudang Narkotika	Sesuai	Tidak Sesuai
1	Dinding dibuat dari tembok		√
2.	Hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.		√
3.	Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi.		√
4.	Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.		√
5.	Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain selain izin Apoteker penanggung jawab.		√
6.	Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.		√

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan beberapa hal yang belum memenuhi standar penyimpanan, diantaranya yaitu tidak tersedianya gudang khusus penyimpanan narkotika pada instalasi pelayanan farmasi. Gudang khusus penyimpanan narkotika ini memang belum terdapat di RS Amanda Cikarang selatan karena keterbatasan tempat. Hasil wawancara dengan petugas Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan sebagai berikut: Rumah Sakit Amanda Cikarang selatan belum mempunyai gudang khusus narkotika dan psikotropika karena keterbatasan tempat.

2. Ruang Khusus Narkotika

Tabel 4. 2 Hasil *Checklist* Ruang Khusus Narkotika Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

No.	Standar Ruang Instalasi Pelayanan	Sesuai	Tidak Sesuai
1.	Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat.	√	
2.	Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.	√	
3.	Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.	√	
4.	Kunci ruang khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.	√	
5.	Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk.	√	

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil *checklist* dan gambar data diatas dapat disimpulkan bahwa permasalahan yang ada di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan yaitu tidak adanya ruangan khusus untuk obat narkotika. Hal ini tidak menjamin keamanan obat narkotika yang ada di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan padahal Menurut Departemen Kesehatan RI (1996) menyebutkan bahwa penyimpanan obat merupakan suatu usaha pengamanan terhadap obat-obat agar terjamin keamanannya.

3. Lemari Khusus Narkotika

Tabel 4. 3 Hasil *Checklist* Lemari Khusus Narkotika Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan

No	Standar Lemari Khusus Narkotika	Sesuai	Tidak Sesuai
1.	Terbuat dari bahan yang kuat.	√	
2.	Tidak mudah dipindahkan dan mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda.	√	
3.	Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang.	√	
4.	Diletakkan di tempat yang aman tidak terlihat oleh umum.		√
5.	Kunci lemari khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.	√	
6.	Dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika	√	

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil *checklist* dan gambar data diatas, dapat disimpulkan bahwa lemari khusus narkotika tidak diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan tempat, sehingga di letakkan dalam tengah-tengah ruangan sehingga bisa dilihat oleh umum. Hasil

wawancara dengan petugas Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan sebagai berikut: lemari penyimpanan narkotika dan psikotropika sudah sendiri sendiri.

B. Psikotropika

1. Gudang Khusus Psikotropika

Tabel 4. 4 Hasil *Checklis* Gudang Khusus Penyimpanan Psikotropika

No	Standar Gudang Psikotropika	Sesuai	Tidak Sesuai
1	Dinding dibuat dari tembok		√
2.	Hanya mempunyai pintu yang dilengkapi dengan pintu jeruji besi dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.	√	
2.	Langit-langit dapat terbuat dari tembok beton atau jeruji besi.		√
3.	Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.		√
4.	Gudang tidak boleh dimasuki oleh orang lain selain izin Apoteker penanggung jawab.		√
5.	Kunci gudang dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab dan pegawai lain yang dikuasakan.		√

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan beberapa hal yang belum memenuhi standar penyimpanan, diantaranya yaitu tidak tersedianya gudang khusus penyimpanan psikotropika pada instalasi pelayanan farmasi. Gudang khusus penyimpanan psikotropika ini memang belum terdapat di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan. Hasil wawancara dengan petugas Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan sebagai berikut: Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan belum mempunyai gudang khusus narkotika dan psikotropika, karena keterbatasan tempat.

2. Ruangan Khusus Psikotropika

Tabel 4. 5 Hasil *Checklist* Ruangan Khusus Psikotropika Rumah Sakit Gunung Sawo Temanggung

No.	Standar Ruang Instalasi Pelayanan	Sesuai	Tidak Sesuai
1.	Dinding dan langit-langit terbuat dari bahan yang kuat.	√	
2.	Jika terdapat jendela atau ventilasi harus dilengkapi dengan jeruji besi.	√	
3.	Mempunyai satu pintu dengan 2 (dua) buah kunci yang berbeda.	√	
4.	Kunci ruang khusus dikuasai oleh Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.	√	
5.	Tidak boleh dimasuki oleh orang lain tanpa izin Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk.	√	

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil *checklist* dan gambar data diatas dapat disimpulkan bahwa permasalahan yang ada di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan yaitu tidak adanya ruangan khusus untuk obat psikotropika. Hal ini tidak menjamin keamanan obat psikotropika yang ada di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan padahal Menurut Departemen Kesehatan RI (1996) menyebutkan bahwa penyimpanan obat merupakan suatu usaha pengamanan terhadap obat-obat agar terjamin keamanannya.

3. Lemari Khusus Psikotropika

Tabel 4. 6 Hasil *Checklist* Lemari Khusus Psikotropika Rumah Sakit Gunung Sawo Temanggung

No	Standar Lemari Khusus Psikotropika	Sesuai	Tidak

		Sesuai
1.	Terbuat dari bahan yang kuat.	√
	Tidak mudah dipindahkan dan	
2.	mempunyai 2 (dua) buah kunci yang berbeda.	√
3.	Harus diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang.	√
4.	Diletakkan di tempat yang aman tidak terlihat oleh umum.	√
	Kunci lemari khusus dikuasai oleh	
5.	Apoteker penanggung jawab/ Apoteker yang ditunjuk dan pegawai lain yang dikuasakan.	√
6.	Dilarang digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika	√

Sumber: Data *primer* yang diolah

Berdasarkan hasil *checklist* dan gambar data diatas, dapat disimpulkan bahwa emari khusus tidak diletakkan dalam ruang khusus di sudut gudang. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan tempat, sehingga di letakkan dalam tengah-tengah ruanga dan bisa dilihat oleh umum. Hal ini disebabkan karena keterbatasan lemari penyimpanan. Hasil wawancara dengan petugas Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan sebagai berikut: lemari sudah sendiri sendiri antara obat narkotika dan psikotropika. Untuk kunci sudah rangkap 2 (dua) dan dipegang oleh APJ (Apoteker Penanggung Jawab) dan Apoteker yang ditunjuk. Tujuan mengapa obat psikotropika harus terpisah dengan obat lain agar meminimalisir kesalahan pengambilan obat.

4.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini Keterbatasanya hanya meneliti Penyimpanan Narkotika dan Psikotropika, di Rumah Sakit. Peneliti tidak meninjau di luar judul tersebut

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui secara umum penyimpanan narkotika dan psikotropika di Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tahun 2021 belum sesuai dengan Standar Penyimpanan berdasarkan Pedoman Pengelolaan Perbekalan Farmasi Rumah Sakit dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun (2015) dengan persentase 60% - 70% yang berarti cukup baik

5.2 SARAN

A. Bagi Rumah sakit

Untuk penyimpanan lemari narkotika dan psikotropika di instalasi farmasi Rumah Sakit Amanda Cikarang Selatan tolong untuk dihindari dari pengelihatan umum agar terjamin kualitas dan keamanan obatnya dan untuk gudang penyimpanan obat harus dibuatkan agar memenuhi persyaratan penyimpanan narkotika dan psikotropika menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015.

B. Bagi peneliti lain

Peneliti perlu membandingkan pengaruh penyimpanan obat narkotika dan psikotropika anatra Rumah sakit Tipe A,B,C, dan D dengan menggunakan metode, checklist dan indikator yang sama namun lebih dikembangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 1992. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang *Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit Umum*. Jakarta.
- Anonim. 1997. Undang-Undang No. 5 Tahun 1997 tentang *Psikotropika*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Anonim. 2009. Undang-undang Nomor 35 tentang *Narkotika*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Anonim. 2009. Undang-undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*. Jakarta.
- Anonim. 2009. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang *Kesehatan*. Jakarta.
- Anonim. 2014. Buku Pedoman Rumah Sakit Gunung Sawo Temanggung.
- Anonim. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Anonim. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor*. Menteri Kesehatan RI. Jakarta.
- Anonim. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Penggolongan Psikotropika*. Menteri Kesehatan RI. Jakarta.
- Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Notoatmodjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Rismayanti. 2009. Analisis Perencanaan Obat dan Alat Kesehatan Di RSX Tahun. **Skripsi**. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Sugiyono. 2005. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Alfabeta. Bandung.
- Siregar, C. 2004. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Terapan*. Jakarta.