

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seiring dengan perkembangan zaman dan ilmu pengetahuan, saat ini paradigma pelayanan kefarmasian telah bergeser dari pelayanan yang berorientasi pada obat (*drug oriented*) menjadi pelayanan yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) yang mengacu pada azas *Pharmaceutical Care*. Kegiatan pelayanan yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi bertambah menjadi pelayanan yang komprehensif berbasis pasien dengan tujuan meningkatkan kualitas hidup pasien (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan Kepmenkes No. 1027 tahun 2004, 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 sediaan farmasi yang salah atau perbekalan kesehatan lainnya. Penderita penyakit tertentu seperti kardiovaskular, diabetes, asma dan penyakit kronis lainnya, Apoteker harus memberikan konseling secara berkelanjutan. Terapi obat yang aman dan efektif akan terjadi apabila pasien diberi informasi yang cukup tentang obat-obat dan penggunaannya di mana asuhan kefarmasian memiliki dampak sangat positif pada terapi pasien (Cipolle, 2004).

Apoteker di sarana pelayanan kesehatan mempunyai tanggung jawab dalam memberikan informasi yang tepat tentang terapi obat kepada pasien. Apoteker berkewajiban menjamin bahwa pasien mengerti dan memahami serta patuh dalam penggunaan obat sehingga diharapkan dapat meningkatkan keberhasilan terapi khususnya kelompok pasien lanjut usia

dan pasien dengan penyakit kronis seperti hiperlipidemia (Depkes RI, 2008).

Hiperlipidemia adalah kelainan pada metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan fraksi lipid dalam plasma yaitu berupa kenaikan kadar kolesterol total, kolesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*), kenaikan kadar trigliserida serta penurunan kadar HDL (*High Density Lipoprotein*). Di mana kadar kolesterol LDL >160 dan kadar kolesterol total >240 , kadar kolesterol HDL <40 serta kadar trigliserida yaitu >200 (Dipiro, 2008). Usaha untuk mengontrol kadar kolesterol dapat dilakukan dengan strategi farmakologi dan non-farmakologi.

Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2008 prevalensi global kolesterol meningkat pada orang dewasa yaitu 37% untuk pria dan 40% untuk perempuan. Secara global, rata-rata kolesterol total berubah sedikit antara tahun 1980 dan 2008, turun kurang dari 0,1 mmol/L per dekade pada pria dan wanita. Prevalensi peningkatan total kolesterol tertinggi yaitu di wilayah Eropa Barat sekitar 54% untuk kedua jenis kelamin, diikuti oleh wilayah Amerika 48% untuk kedua jenis kelamin. Daerah Afrika dan Asia Tenggara menunjukkan persentase terendah yaitu 23% dan 30% (WHO, 2010). Menurut penelitian oleh *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES 2009-2010), orang dewasa di Amerika yang berumur ≥ 20 tahun memiliki kadar HDL (*High Density Lipoprotein*) ≤ 40 mg/dL, yaitu 31,4% untuk pria dan 11,9% untuk wanita (NCHS, 2012). Menurut *The Helsinki Heart Study*, hipertrigliseridemia dan rendahnya kadar HDL dipengaruhi oleh obesitas *Body Mass Index* (BMI) $> 26\text{kg/m}^2$, perokok, gaya hidup, tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg, dan kadar glukosa darah $> 4,4$ mmol/L (Dipiro, 2008).

Sedangkan Kasus hiperlipidemia di Indonesia cukup tinggi pada lansia. Pada penelitian yang dilakukan pada empat kota besar di Indonesia

didapatkan hasil kadar kolesterol pada lansia yang ditemukan di Padang dan Jakarta > 56%, diikuti oleh mereka yang tinggal di Bandung 52,2% dan Jogjakarta 27,7% (Kamso, 2005).

Edukasi sangat mempengaruhi perilaku subyek baik pengetahuan, sikap, dan tindakan (Notoatmojo, 2012). Edukasi hidup sehat akan mempengaruhi perilaku subyek dalam mengatur pola hidupnya. Pengaturan pola hidup merupakan strategi terapi non-farmakologi, terutama untuk subyek berisiko penyakit kardiovaskular. Ketidapahaman pasien terhadap segala sesuatu yang berhubungan dengan penggunaan obat dalam terapi yang dijalannya, dapat meningkatkan ketidakpatuhan pasien terhadap terapi yang dijalannya, tidak patuh pada waktu penggunaan, tidak patuh terhadap frekuensi penggunaan obat dan jumlah obat yang dikonsumsi (Sitorus, 2010). Faktor tersebut akibat dari kurangnya informasi dan komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien. Hal ini menyebabkan pasien menentukan target dan mengatur pencapaian target terapi obat yang diterimanya (Anonim, 2007).

Penelitian yang melibatkan pasien berobat jalan menunjukkan bahwa lebih dari 70% pasien tidak minum obat sesuai dengan dosis yang seharusnya (Basuki, 2009). Menurut laporan WHO tahun 2003, kepatuhan rata-rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di Negara maju hanya sebesar 50%, sedangkan di Negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah (Asti, 2006).

Menurut Tambayong (2002) dan Siregar (2006), beberapa faktor ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan, antara lain:

Kurang pemahannya pasien tentang tujuan pengobatan, tidak mengertinya pasien tentang pentingnya mengikuti aturan pengobatan yang ditetapkan, mahalnya harga obat, kurangnya perhatian dan kepedulian keluarga, yang

mungkin bertanggung jawab atas pembelian atau pemberian obat, dan juga efek samping obat.

Meskipun ketidakpatuhan pasien tidak selalu menimbulkan konsekuensi, penelitian menunjukkan bahwa 25% pasien ini akan menggunakan obat dengan cara yang dapat membahayakan kesehatan pasien. Ketidakpatuhan dapat memperlama masa sakit atau meningkatkan keparahan penyakit. Tinjauan literatur memperlihatkan bahwa 11% pasien masuk rumah sakit akibat ketidakpatuhan pasien dalam terapi obat (Aslam, Tan & Prayitno, 2003).

Alasan dari penelitian ini adalah karena masih banyak pasien hiperlipidemia yang kurang patuh dalam menjalani terapi pengobatannya secara lengkap, sedangkan hiperlipidemia merupakan salah satu faktor utama penyebab penyakit kardiovaskular. Selain itu masih banyak pasien yang berhenti melakukan pengobatan dan menganggap sepele penyakitnya. Harapan peneliti dengan adanya pemahaman pasien tentang penggunaan obat antihiperlipidemia dan terapinya ini dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam terapi serta menekan angka pertambahan penderita penyakit kardiovaskular. Oleh sebab itu maka penulis melakukan penelitian tentang pemahaman pasien hiperlipidemia mengenai obat antihiperlipid yang diresepkan di beberapa apotek wilayah Surabaya selatan yang digunakan sebagai gambaran mengenai pemahaman pasien tentang obat antihiperlipidemia yang digunakan.

Penelitian ini menggunakan metode survey (*survey research method*) yang menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data utama.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah pasien memahami tentang definisi hiperlipidemia, jenis obat antihiperlipidemia, lama penggunaan obat antihiperlipidemia, ketetapan frekuensi obat antihiperlipidemia, waktu minum obat antihiperlipidemia, dosis obat antihiperlipidemia yang dikonsumsi, dan pengulangan resep obat antihiperlipidemia.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pemahaman pasien tentang definisi hiperlipidemia, jenis obat antihiperlipidemia, jangka waktu yang baik untuk penggunaan obat antihiperlipidemia, ketepatan frekuensi penggunaan obat antihiperlipidemia, waktu minum obat antihiperlipidemia yang baik dan benar, dosis obat yang dikonsumsi, serta ketaatan pengulangan resep obat antihiperlipidemia yang digunakan di dua apotek wilayah Surabaya Selatan.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Apotek, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan tentang pengetahuan pasien hiperlipidemia dalam menjalani pengobatan.
2. Bagi Tenaga Kesehatan dan Apoteker, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengayaan materi ilmu kefarmasian khususnya dalam bidang farmasi klinik.