

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERESEPAN  
OBAT UNTUK PENYAKIT ISPA NON PNEUMONIA DAN  
DIARE NON SPESIFIK DI PUSKESMAS KOTA  
MAKASSAR TAHUN 2012**

*Factors Related to Medicine Prescribing for Non Pneumonia  
Upper Respiratory Infection(URI) and Non Specific Diarrhea  
in Public Health Centres Makassar in 2012*

**F A H M I A N I**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2012**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERESEPAN  
OBAT UNTUK PENYAKIT ISPA NON PNEUMONIA DAN  
DIARE NON SPESIFIK DI PUSKESMAS KOTA  
MAKASSAR TAHUN 2012**

**Tesis**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**F A H M I A N I**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2012**

HALAMAN PENGESAHAN UJIAN AKHIR MAGISTER

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERESEPAN OBAT  
UNTUK PENYAKIT ISPA NON PNEUMONIA DAN DIARE NON  
SPESIFIK DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

**TAHUN 2012**

Disusun Oleh:

**F A H M I A N I**  
No. Pokok : P1804210023

Menyetujui :

**Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes**  
Ketua

**Dr. Hj. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Sc**  
Anggota

Mengetahui :

Ketua Program Studi Kesehatan  
Masyarakat PPs FKM Unhas

Ketua Konsentrasi Epidemiologi  
PPs FKM Unhas

**Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc.**

**Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes.**

**PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Fahmiani

Nomor Mahasiswa : P1804210023

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, November 2012

Yang menyatakan

F a h m i a n i

## PRAKATA



Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas Rahmat dan Hidayah-Nya serta izin-Nyalah sehingga penulisan tesis ini dapat selesai, Tak lupa penulis kirimkan salawat dan salam kepada junjungan Nabiullah Muhammad SAW, karena ajaran-ajaran beliau, sehingga manusia memiliki sandaran hidup yang jelas dalam menata proses kehidupan bumi. Dengan segala keterbatasan yang penulis miliki, akhirnya tulisan ini dapat disajikan sekalipun dalam bentuk yang sangat sederhana. Penyelesaian tulisan ini tidak terlepas dari bantuan dan kerjasama dari banyak pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada mereka yang sangat berjasa membantu penulis menyelesaikan karya ini.

Penghargaan yang tinggi dan ucapan terima kasih yang tak terhingga, penulis sampaikan kepada Bapak Prof. Dr. drg. H. A. Arsunan Arsin, M.Kes, selaku ketua Komisi Penasehat dan Ibu Dr. Hj. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Sc selaku anggota penasehat penelitian. Pada kesempatan ini tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga dan penghargaan yang tulus kepada Dewan Penguji, Bapak Prof. Dr. Nur Nasry Noor, M.PH, Bapak Dr. drg. H. Andi

Zulkifli Abdullah, M.Kes, dan Bapak Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH, Melalui pendalaman kritis beliau-beliau, sehingga penulis dapat mempertajam pengkajian ini.

Selain itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar- besarnya kepada:

1. Prof. Dr. drg. H. Arsunan Arsin, M.Kes selaku Ketua Konsentrasi Epidemiologi serta bapak dan ibu dosen pengajar, pegawai di lingkup Pascasarjana Universitas Hasanuddin, khususnya konsentrasi Epidemiologi, yang telah memberikan dan meletakkan dasar-dasar ilmu pengetahuan epidemiologi kepada penulis.
2. Dr. dr. H. Noer Bachry Noor, M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
3. Prof. Dr.dr. H. Alimin Maidin, MPH, Sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan stafnya yang telah membantu penulis selama masa pendidikan.
4. Prof. Dr. Ir. H. Mursalim selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dalam waktu yang telah ditentukan.
5. Prof. Dr. dr. Idrus A. Paturusi, Sp.BO, selaku rektor Universitas Hasanuddin, beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan

kepada penulis untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

6. Kepala Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan izin mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar yang telah memberikan rekomendasi untuk melaksanakan penelitian di wilayah kerja Kota Makassar.
8. Kepala Seksi Farmasi, Mamin dan Alkes Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah banyak memberikan dukungan moril dan masukan yang bermanfaat dalam penelitian.
9. Rekan-rekan seperjuangan epidemiologi Angk. 2010, terkhusus Olivia dan Andi Nilawati, terima kasih atas kebersamaan, kekompakan, bantuan serta motivasi yang diberikan mulai dari awal kuliah hingga akhir, memberi warna tersendiri dalam kehidupan hidup penulis yang akan dikenang selamanya.

Melalui kesempatan ini, dengan tulus dan khusus penulis persembahkan ucapan terima kasih tak terhingga kepada suami tercinta *Syafruddin Ahmad, Spd*, serta anak-anakku tersayang *Nur Humairah Aulya, Nur Ainun Anugerah Wahdaniyah dan Afifah Nur Izzah Taqiyah*, dengan semangat dan pengorbanan waktu yang sempat tersita, harapan serta doa yang ikhlas, sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan ini. Akhirnya, ijin penulis

menyampaikan permohonan maaf yang sebesar-besarnya, sekiranya selama proses penyusunan tulisan ini terdapat hal-hal yang kurang berkenan. Semuanya itu terjadi atas khilaf dan kealpaan serta kesalahan sendiri penulis. Semoga pengalaman ini menjadi pelajaran yang berharga bagi penulis dalam melangkah di masa mendatang.

Penulis sangat menyadari bahwa penulisan tesis ini masih sangat jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu penulis sangat mengharapkan koreksi, saran dan kritikan yang tentunya mempunyai sifat yang membangun guna kesempurnaan tesis ini.

Akhirnya penulis berharap semoga semua bantuan yang telah diberikan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT dan semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya kesehatan masyarakat terutama bagi penulis sendiri. Amin Ya Rabbal Alamin.

Makassar, November 2012

Penulis

**FAHMIANI**

## ABSTRAK

**FAHMIANI,** *Faktor Yang Berhubungan Dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik Di Puskesmas Kota Makassar Tahun 2012 (Dibimbing oleh A. Arsunan Arsin dan Nurhaedar Jafar)*

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran penggunaan obat dan faktor yang berhubungan dengan peresepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik di Puskesmas Kota Makassar. Desain Penelitian ini adalah Cross Sectional Study. Jumlah Sampel 116 orang tenaga kesehatan dengan metode Exhaustive Sampling. Analisis Uji statistik bivariat dengan chi square dan multivariat dengan regresi logistik.

Hasil penelitian menunjukkan tenaga kesehatan ( $p=0,000$ ), masa kerja ( $p=0,000$ ), hasil diagnosa ( $p=0,000$ ) dan sikap terhadap pedoman pengobatan ( $p=0,000$ ) berhubungan dengan peresepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia. Tenaga kesehatan ( $p=0,000$ ), masa kerja ( $p=0,000$ ), hasil diagnosa ( $p=0,000$ ) dan sikap terhadap pedoman pengobatan ( $p=0,000$ ) berhubungan dengan peresepan obat untuk penyakit Diare Non Spesifik. Hasil uji multivariat logistik regresi menunjukkan bahwa sikap terhadap pedoman pengobatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap peresepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia ( $wald=21,470$ ,  $p=0,000$ ) dan masa kerja tenaga kesehatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap peresepan obat untuk penyakit Diare Non Spesifik ( $wald=14,101$ ,  $p=0,000$ ). Studi ini diharapkan bahwa pola peresepan yang rasional menjadi salah satu upaya dalam pengobatan kepada pasien dan pedoman pengobatan dasar di Puskesmas menjadi rujukan terapi bagi tenaga kesehatan.

Kata Kunci : Pedoman pengobatan, Peresepan

## ABSTRACT

**FAHMIANI.** Factors Related to The Medicine Prescribing for Non Pneumonia Upper Respiratory Infection and Non Specific in Public Health Centres Makassar in 2012 (supervised by A. Arsunan Arsin and Nurhaedar Jafar).

This study aims to find out the description of medicine and use the medicine factors related to medicine prescribing for Non pneumonia URI and non specific diarrhea in Public Health centres in Makassar city. The research used a cross sectional study design. The samples were of 116 health workers obtained with by exhaustive sampling. The analysis was conducted by using bivariate statistical test with chi-square and multivariate analysis with logistic regression.

The Results reveal that medicine prescribing for non pneumonia URI related to health workers ( $p = 0.000$ ), length of service ( $p = 0.000$ ), diagnosis result ( $p = 0.000$ ) and attitude towards treatment guideline ( $p = 0.000$ ). Medicine prescribing for non specific diarrhea is related to Health workers ( $p = 0.000$ ), length service ( $p = 0.000$ ), diagnosis result ( $p = 0.000$ ) and attitude toward treatment guideline ( $p = 0.000$ ). The Results of multivariate test with regression logistic reveal that attitude toward treatment guideline is the most influential factor in the medicine prescribing for non pneumonia URI (wald = 21.470,  $p = 0.000$ ) while the length of service of health workers is the most influential factor in the medicine prescribing for non-specific diarrhea (wald = 14.101,  $p=0.000$ ). This research is hoped that prescribing patten rationally become one effort in treat of patients and basic treatment guidelines in public health centres become reference therapy for health works..

Keywords : treatment guideline, prescribing

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
PRAKATA .....	iii
ABSTRAK .....	vi
ABSTRACT .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN .....	xviii
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum Tentang Penggunaan Obat.....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Penyakit ISPA Non Pneumonia.....	33
C. Tinjauan Umum Tentang Penyakit Diare Non Spesifik ..	36

D. Tinjauan Umum Tentang Jenis Tenaga kesehatan.....	40
E. Tinjauan Umum Tentang Masa Kerja.....	43
F. Tinjauan Umum Tentang Hasil Diagnosa.....	45
G. Tinjauan Umum Tentang Sikap.....	49
H. Tinjauan Umum Tentang Pedoman Pengobatan .....	51
I. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Ketersediaan Obat ...	55
J. Kerangka Teori dan Kerangka Konsep .....	57
1. Kerangka Teori .....	57
2. Kerangka Konsep .....	58
3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	59
4. Hipotesis Penelitian .....	62
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Penelitian .....	63
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	63
C. Populasi dan Sampel .....	64
D. Instrumen Penelitian .....	64
E. Pengumpulan Data .....	64
F. Pengolahan Data .....	65
G. Analisis Data .....	66
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	67
B. Pembahasan.....	92
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	

A. Kesimpulan .....	108
B. Saran .....	109

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

### Halaman

Tabel 1	Derajat Dehidrasi pada Diare.....	38
Tabel 2	Terapi C Pada Penderita Diare .....	39
Tabel 3	Sintesa Proporsi Penggunaan obat tidak rasional Dengan jenis tenaga kesehatan .....	42
Tabel 4	Sintesa Penggunaan Antibiotik.....	47
Tabel 5	Jumlah dan jenis Sarana Pelayanan di Kota Makassar 2011 .....	68
Tabel 6	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik di Puskesmas Kota Makassar .....	70
Tabel 7	Distibusi Responden Berdasarkan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	71
Tabel 8	Distribusi Sampel Berdasarkan Penetapan Diagnosa Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	72
Tabel 9	Distribusi Responden Berdasarkan Sikap Responden Terhadap Pedoman Pengobatan dan Penggunaan Obat Rasional di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	73
Tabel 10	Distribusi Responden Berdasarkan Ketersediaan Obat di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	74
Tabel 11	Hubungan Tenaga Kesehatan Dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	75

Tabel 12	Hubungan Tenaga Kesehatan Dengan Peresepan Obat Untuk penyakit Diare Non Spesifik di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	76
Tabel 13	Hubungan Masa Kerja Dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia .....	77
Tabel 14	Hubungan Masa kerja dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit Diare Non Spesifik .....	78
Tabel 15	Hubungan Penetapan Diagnosa dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia .....	79
Tabel 16	Hubungan Penetapan Diagnosa dengan Peresepan Obat Untk Penyakit Diare Non Spesifik .....	81
Tabel 17	Hubungan Sikap Terhadap Pedoman Pengobatan dengan Peresepan Untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia.....	83
Tabel 18	Hubungan Sikap Terhadap Pedoman dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit Diare Non Spesifik .....	84
Tabel 19	Hubungan Sikap Terhadap Penggunaan Obat Rasional dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Spesifik.....	86
Tabel 20	Hubungan Sikap Terhadap Penggunaan Obat Rasional dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit Diare Non Spesifik .....	87
Tabel 21	Hubungan Ketersediaan Obat dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA Non Spesifik.....	88
Tabel 22	Hubungan Ketersediaan Obat dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit Diare Non Spesifik .....	89
Tabel 23	Model Regresi Berganda Logistik Faktor Yang Berhubungan Dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit ISPA NON Pneumonia di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	90

Tabel 24 Model Regresi Berganda Logisti Faktor Yang Berhubungan dengan Peresepan Obat Untuk Penyakit Diare Non Spesifik di Puskesmas Kota Makassar 2012 .....	91
---	----

**DAFTAR GAMBAR**

Halaman

Gambar 1 Siklus Proses Pengobatan dan Siklus Manajemen Obat.. 11

Gambar 2 Kerangka Teori ..... 57

Gambar 3 Kerangka konsep ..... 59

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Monitoring Peresepan Penggunaan Obat
- Lampiran 2 Format Monitoring Ketersediaan Obat
- Lampiran 3 Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 Master tabel
- Lampiran 5 Master tabel Hasil Diagnosa dan Pengobatan
- Lampiran 6 Master tabel Ketersediaan obat
- Lampiran 7 Hasil Uji Statistik
- Lampiran 8 Surat izin penelitian dari Fakultas ke Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan
- Lampiran 9 Surat izin penelitian dari Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan ke Balitbangda Kota Makassar
- Lampiran 10 Surat izin penelitian dari Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat ke Dinas Kesehatan Kota Makassar
- Lampiran 11 Surat Penelitian Dinas Kesehatan Kota Makassar ke Puskesmas
- Lampiran 12 Dokumentasi Kegiatan Penelitian

**DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN**

---

<b>Lambang/ Singkatan</b>	<b>Arti dan Keterangan</b>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
CPOB	: Cara Produksi Obat yang Baik
DOEN	: Daftar Obat Esensial Nasional
BPOM	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
DEPKES	: Departemen kesehatan
ISPA	: Infeksi saluran Pernapasan Akut
EBM	: Evidence Based Medicine

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kebijakan nasional pembangunan kesehatan diarahkan pada tercapainya derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, oleh karena itu kebijakan ini mencakup semua komponen kesehatan dan semua unit pelayanan kesehatan dalam rangka memberikan akses pelayanan kesehatan yang cepat dan terjangkau bagi masyarakat.

Dalam rangka penyelenggaraan upaya pelayanan kesehatan dibidang obat adalah Kebijakan Obat Nasional. Kebijakan ini ditujukan untuk menjamin tersedianya obat dalam jumlah yang cukup dan jenis yang lengkap serta aman, efektif, bermutu dan mudah diakses. Kemudahan akses ini terkait dengan harga obat yang terjangkau, pendanaan yang berkesinambungan bagi jaminan ketersediaan obat, sistem kesehatan dan penggunaan obat rasional (Depkes.RI,2006).

Salah satu langkah dalam Kebijakan Obat Nasional dengan tujuan meningkatkan efisiensi penggunaan obat adalah dengan menerapkan konsepsi Daftar Obat Esensial (DOEN) yang merupakan daftar obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk upaya kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksi, terapi dan rehabilitasi yang harus tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya (Depkes.RI, 2011).

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan dasar dengan salah satu upaya yang dilaksanakan adalah upaya pengobatan (kuratif) maka penggunaan obat mengacu pada Daftar obat Esensial Nasional yang berlaku dan untuk mencapai tujuan penggunaan obat rasional maka ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 296/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas yang merupakan petunjuk pengobatan dasar yang paling dianjurkan karena memuat penatalaksanaan, diagnosis dan obat-obat terpilih maupun obat-obat alternatif yang mengacu pada penelitian masing-masing penyakit dan telah terbukti secara ilmiah memberi manfaat ekonomi dan rasional (Depkes.RI,2008).

Oleh karena itu Pemilihan obat sangat tergantung pada berbagai faktor antara lain pola penyakit, fasilitas pengobatan, pelatihan petugas dan pengalaman dari petugas kesehatan, sumber dana yang tersedia, demografi dan lingkungan (Elsa P, 2008).

Penggunaan obat rasional yang didefinisikan oleh WHO (1985) adalah menggunakan obat secara aman dan efektif, dimana obat harus tersedia dengan harga yang wajar dan dengan penyimpanan yang baik. Obat haruslah sesuai dengan penyakit oleh karena itu diagnosis yang ditegakkan harus tepat, patofisiologi penyakit, keterkaitan farmakologi obat dengan patofisiologi penyakit, dosis yang diberikan dan waktu pemberian yang tepat, serta evaluasi terhadap efektifitas dan toksisitas obat tersebut, ada tidaknya kontra indikasi serta biaya

yang harus dikeluarkan oleh pasien yang disesuaikan dengan kemampuan pasien tersebut.

Sejak tahun 1985, WHO berupaya meningkatkan penggunaan obat rasional salah satunya adalah pengembangan indikator penggunaan obat melalui indikator persepsi bahwa rerata jumlah obat dalam tiap resep untuk diagnosa penyakit tunggal adalah 1,6 – 1,8 item obat (WHO,1993).

Penggunaan obat rasional dalam pelayanan kesehatan di Indonesia masih merupakan masalah. Penggunaan polifarmasi dimana seorang pasien rata rata mendapatkan 3,5 obat, lebih dari 50% menerima 4 atau lebih obat untuk setiap lembar resepnya, penggunaan antibiotik yang berlebihan ( 43% ), waktu konsultasi yang singkat dengan rata rata berkisar hanya 3 menit saja serta miskinnya compliance pasien merupakan pola umum yang terjadi pada penggunaan obat tidak rasional di Indonesia (Depkes, 2006).

Selain itu dari penelitian lain didapatkan bahwa rata rata jumlah obat untuk setiap kasus pada anak anak di bawah 5 tahun yang terdiagnosa adalah 3.68 obat, pada anak anak lebih dari dari 5 tahun 3,58 obat, dimana satu dari 4 obat yang dituliskan dalam resep adalah obat antibiotik. Secara umum obat diberikan untuk jangka waktu 3 hari termasuk juga antibiotika. Keadaan ini menunjukkan bahwa antibiotika diberikan dengan dosis subterapeutika. (Elsa P, 2008).

Penelitian lain juga menggambarkan betapa luasnya penggunaan obat yang diresepkan secara tidak rasional termasuk penggunaan antibiotika yang berlebihan ditingkat pelayanan kesehatan primer. Polifarmasi pada penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik di Puskesmas dalam Tujuh kabupaten Provinsi Jawa Timur tahun 1997 – 1998 dengan rata rata jumlah yang diresepkan untuk ISPA pada balita dan dewasa minimal 3 sampai 4 jenis item obat per pasien. (Depkes. RI, 2006).

Pereseapan tersebut sudah termasuk Penggunaan antibiotik untuk ISPA Non Pneumonia dan hampir semua penderita ISPA Non pneumonia baik dewasa maupun balita mendapatkan paling tidak satu jenis antibiotik jika mereka berobat ke Puskesmas yang terdapat di tujuh Kabupaten Provinsi Jawa Timur. Hal ini menjadi satu cermin betapa antibiotika telah keliru diberikan kepada pasien yang tidak memerlukannya.

Dari data monitoring indikator penggunaan obat rasional di Puskesmas dalam provinsi wilayah bagian timur tahun 2009 dengan pereseapan untuk penyakit ISPA non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ditemukan hasil bahwa rerata obat per resep untuk provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 4.21, Gorontalo sebesar 4,26, Sulawesi tengah 4,66, Sulawesi Utara sebesar 4.07, Maluku sebesar 5,65, Sulawesi Barat sebesar 3,53 dan Sulawesi Selatan sebesar 4,04. (Depkes RI, 2010).

Prosentase penggunaan antibiotik ditemukan hasil dari data monitoring indikator penggunaan obat rasional tahun 2009 yaitu provinsi Sulawesi Tenggara sebesar 81,92%, Provinsi Gorontalo sebesar 79,74%, Provinsi Sulawesi tengah sebesar 87,25%, Provinsi Sulawesi utara sebesar 55,30%, Provinsi Maluku sebesar 91,27%, Provinsi Sulawesi Barat sebesar 51,09% dan Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 83,72%. (Depkes RI, 2010).

Dari hasil laporan monitoring indikator persepsian di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2010 untuk jumlah item obat per resep rata rata 4 item obat dan prosentase persepsian antibiotik pada ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik sebesar 82,73% dan 85,51%. (Dinkes Prov.Sul Sel, 2011).

Menurut Standar Pengobatan Dasar di Puskesmas untuk penyakit ISPA Non Pneumonia hanya diperlukan pengobatan simtomatis untuk menghilangkan gejala yang mengganggu, Parasetamol 500 mg 3 x sehari untuk menghilangkan nyeri dan demam, untuk anak dengan dosis parasetamol adalah 10mg/kgBB/kali 3 – 4 kali sehari serta penggunaan antibiotik hanya diberikan bila terjadi infeksi sekunder. Demikian pula dengan dasar pengobatan untuk penyakit Diare Non Spesifik adalah dengan rehidrasi dan memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit (Depkes, 2007).

Dengan Demikian penatalaksanaan ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik tidak dianjurkan adanya penggunaan antibiotik tetapi lebih dianjurkan pasien istirahat dan banyak minum (Depkes, 2007)

Dari kedua hal di atas terlihat bahwa masalah penggunaan obat yang tidak rasional masih cukup menonjol di pusat pelayanan kesehatan primer, Disamping berakibat pada pemborosan biaya, ketidakrasionalan penggunaan obat juga meningkatkan risiko terjadinya efek samping, dampak lainnya berupa ketergantungan pasien terhadap pemberian antibiotik (akibat persepsi yang keliru), yang selanjutnya secara luas akan meningkatkan risiko terjadinya resistensi bakteri akibat penggunaan antibiotik yang tidak tepat pada populasi.

Dampak terjadinya resistensi akibat penggunaan antibiotik tidak rasional telah dilaporkan oleh Benyamin Scwastz seorang epidemiolog dari centers for Disease Control Atlanta, yaitu terjadinya resistensi pada 2090 kasus infeksi Pneumococcus penyebab radang otak (meningitis), infeksi pembuluh darah dan infeksi telinga di Amerika pada antibiotik golongan Penisilin dan 25% resisten pada golongan Sulfa.(The Wall Street Journal, 1997).

Di Indonesia, pada tahun 1990 – 1995 telah dilakukan uji yang menunjukkan terjadinya resistensi baik resistensi tunggal maupun resistensi majemuk 10 jenis kuman penyebab diare (Enteropathogen)

terhadap 6 jenis antibiotik yaitu Tetrasiklin, Khloramfenicol, Streptomisin, Kanamisin, Amoksicillin dan Kotrimokzasole (Depkes.RI., 2006).

Dengan adanya masalah yang terkait dengan penggunaan obat tidak rasional dan efek samping pada populasi manusia maka peran pemegang kebijakan organisasi pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan cukup memberikan andil, di antaranya adalah karakteristik psikologis dari sudut sikap dan perilaku dalam hubungan pemanfaatan produk atau citra organisasi (BPOM, 2001).

Salah satu dari wujud kinerja tenaga kesehatan adalah pola persepan yang selama ini dilaksanakan ditingkat pelayanan kesehatan dasar dan menjadi Indikator dalam melakukan identifikasi masalah maupun monitoring dan evaluasi penggunaan obat rasional.

Indikator persepan yang dapat digunakan adalah indikator monitoring persepan di Puskesmas untuk penyakit ISPA Non Pneumonia (batuk-Pilek) dan Diare akut Non Spesifik. Pemilihan Diagnosis ini adalah termasuk 10 penyakit terbanyak, diagnosis dapat ditegakkan oleh petugas tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang, pedoman terapi untuk diagnosis ini jelas, tidak memerlukan antibiotika dan dianggap potensial untuk diterapi secara tidak rasional (Depkes RI, 2006).

Dari Laporan Sepuluh (10) penyakit terbanyak yang dilaporkan dalam LB1 Puskesmas Kota Makassar untuk Tahun 2009 penyakit

ISPA (1302) sebesar 114,252 kasus, penyakit Diare (0102) sebesar 36,766 kasus dan pada tahun 2010 penyakit ISPA sebesar 180,05 kasus dan penyakit Diare sebesar 45,412 kasus (Dinkes Prov.Sul Sel, 2011).

Bertolak dari uraian tersebut diatas maka sangat penting untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan persepan obat tidak rasional untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik sehingga pola persepan yang tepat dengan pemilihan obat sesuai dengan diagnosis penyakitnya, tepat konsumsinya, tepat dosisnya, tepat jangka waktu pemberiannya dan aman dengan harga yang dapat dijangkau serta dengan pemberian informasi yang obyektif.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah jenis tenaga kesehatan berhubungan dengan persepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ?
2. Apakah masa kerja berhubungan dengan persepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ?
3. Apakah hasil diagnosa berhubungan dengan persepan obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ?

4. Apakah sikap terhadap pedoman pengobatan dasar dan Sikap terhadap penggunaan obat rasional berhubungan dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ?
5. Apakah ketersediaan obat berhubungan dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik ?

### **C. Tujuan penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran penggunaan obat dan faktor yang berhubungan dengan persepsian obat untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik di Puskesmas kota Makassar Tahun 2012.

#### 2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan jenis tenaga kesehatan dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.
2. Untuk Mengetahui hubungan masa kerja dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.

3. Untuk mengetahui hubungan hasil diagnosa dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.
4. Untuk mengetahui hubungan sikap terhadap pedoman pengobatan dan sikap terhadap penggunaan obat rasional dengan persepsian obat untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.
5. Untuk mengetahui hubungan antara ketersediaan obat dengan persepsian obat untuk Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat ilmiah

Sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi ilmu pengetahuan dan memperkaya kepustakaan tentang penggunaan obat rasional dan Farmakoepidemiologi.

2. Manfaat institusi

Sebagai bahan bagi dunia pendidikan atau institusi yang terkait dengan pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta dan LSM atau lembaga lembaga yang terkait dengan upaya jaminan mutu obat dan penggunaan obat di masyarakat.

3. Manfaat Praktis

Dapat menjadi bahan rujukan dalam pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada peduli pasien dan perencanaan obat dengan epidemiologi penyakit.

4. Manfaat untuk masyarakat

Dapat menjadi bahan masukan bagi masyarakat untuk menambah wawasan dalam hal penggunaan obat rasional dan pola swamedikasi.

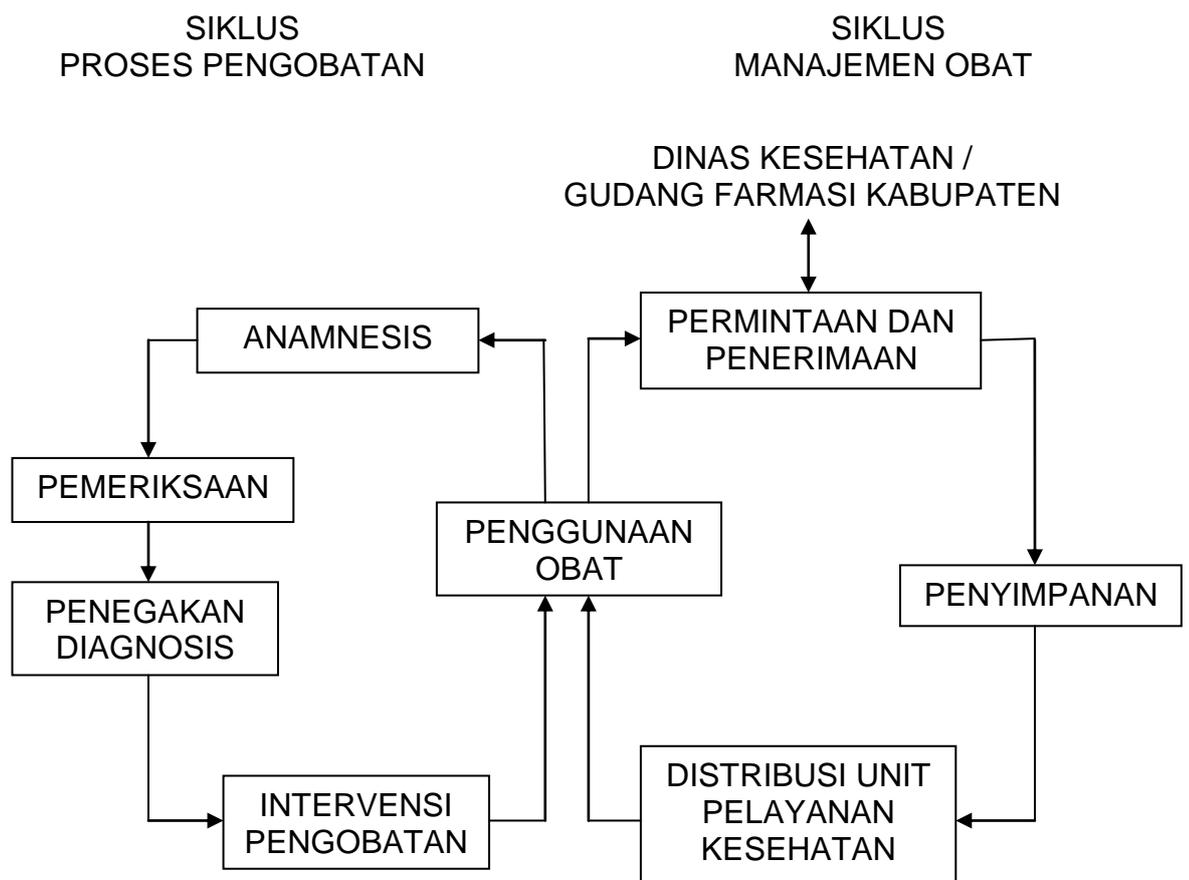
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Umum tentang Penggunaan Obat

##### 1. Penggunaan Obat

Penggunaan obat di Puskesmas merupakan mata rantai persinggungan dari siklus proses pengobatan dan siklus manajemen obat seperti pada gambar di bawah ini (Depkes RI, 2005).



Gambar 1. Siklus Proses Pengobatan dan Siklus Manajemen Obat

Siklus proses pengobatan merupakan *Standard Operating Procedure* (SOP) bagi seorang dokter dalam melakukan pelayanan pengobatan yang meliputi:

- a. *Anamnesis*, bertujuan untuk memperoleh berbagai informasi yang berkaitan dengan penyakit pasien, yang berupa keluhan-keluhan, riwayat perjalanan penyakit, lama sakit, sifat penyakit (akut, kronis atau kambuhan), pengobatan yang mungkin telah dilakukan pasien sendiri, faktor penyebab, sumber penularan, riwayat keluarga dan sebagainya. Untuk ini diperlukan pengetahuan yang baik mengenai penyakit, patofisiologi, cara penularan, faktor risiko dan sebagainya. Bila anamnesis ini dilakukan dengan benar, maka diagnosis umumnya telah dapat diperkirakan.
- b. *Pemeriksaan*, atas dasar informasi hasil anamnesis, selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik yang berupa tanda-tanda vital yang berhubungan dengan penyakit untuk memperkuat diagnosis, bila dianggap perlu pemeriksaan penunjang dapat pula dilakukan, misalnya pemeriksaan laboratorium, foto, biopsi jaringan dan sebagainya.
- c. *Penegakan Diagnosis*, merupakan kesimpulan terhadap hasil anamnesis sampai pemeriksaan guna menentukan intervensi pengobatan yang terbaik bagi pasien.

d. *Pemilihan Intervensi*, setelah diagnosis ditegakkan maka dokter harus menetapkan pilihan intervensi pengobatan yang terbaik bagi pasien. Tidak semua diagnosis penyakit memerlukan intervensi penggunaan obat. Apabila penggunaan obat merupakan pilihan intervensi yang harus diambil, maka obat harus dipilih yang memberi efek terapi spesifik untuk penyakit yang bersangkutan dengan risiko buruk yang sekecil-kecilnya,

Dalam *Donabedian's Aspects of Quality* dinyatakan bahwa dalam pelayanan kesehatan terdiri atas 3 unsur penting yaitu:

- a. *Structure*, ketersediaan sumber daya yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan.
- b. *Process*, menunjukkan bagaimana kinerja profesional dalam melakukan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar-standar yang telah disepakati
- c. *Outcome*, perubahan pada kondisi pasien setelah menerima pelayanan kesehatan.

Dalam hal mutu pelayanan kesehatan, Donabedian memperluas tidak saja dari segi manajemen teknis, tetapi juga manajemen hubungan antar manusia, kemudahan dan kesinambungan pelayanan (Decker P J., 1996 dalam BPOM, 2001).

Dengan demikian penggunaan obat merupakan bagian dari proses pelayanan pengobatan juga memerlukan *structure* (tenaga,

prosedur, alat, obat dan sebagainya) yang sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan agar *outcome* yang diperoleh sesuai dengan harapan baik oleh dokter maupun pasien (sembuh dari sakit).

Dari uraian diatas terlihat bahwa proses pelayanan pengobatan merupakan proses yang kompleks dan untuk itulah seorang dokter dididik agar memiliki pengetahuan dan kemampuan yang tinggi dan dapat dipertanggungjawabkan dalam melaksanakan pelayanan pengobatan, Timbul pertanyaan bagaimana bila pelayanan pengobatan di Puskesmas dilakukan oleh perawat/bidan yang tidak memiliki kompetensi di bidang pelayanan pengobatan. Patut diduga oleh karena perawat/bidan tidak memiliki kompetensi dalam pelayanan pengobatan, maka mereka tidak memahami siklus proses pengobatan, sehingga bila melakukan intervensi dengan penggunaan obat dapat keliru, atau penggunaan obatnya menjadi tidak rasional.

## **2. Pengertian Penggunaan Obat Rasional**

Menurut WHO (1985) Penggunaan obat dikatakan rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya untuk periode waktu yang adekuat dengan harga yang paling murah untuknya dan masyarakat.

Penggunaan obat dikatakan rasional bila memenuhi kriteria: ketepatan diagnosis, ketepatan indikasi penggunaan obat, ketepatan pemilihan obat, ketepatan dosis, ketepatan cara dan lama penggunaan

obat, ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien, ketepatan pemberian informasi, ketepatan dalam tindak lanjut, waspada terhadap efek samping, ketepatan penyerahan obat, obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin serta tersedia setiap saat dengan harga terjangkau dan pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan (Depkes. RI. 2006).

#### **a. Ketepatan Diagnosis**

Diagnosis yang tepat diperlukan untuk menerapkan tindakan medik. Proses penegakan diagnosis adalah proses yang sangat kompleks. Apabila diagnosis yang dibuat keliru, maka hampir dapat dipastikan bahwa pengobatan yang diberikan juga akan keliru.

Keterbatasan sarana penunjang diagnostik di Puskesmas tidak berarti membatasi kemampuan dalam menegakkan diagnosis dengan tepat, oleh sebab itu setiap tenaga yang melakukan pelayanan pengobatan harus mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam menegakkan diagnosis penyakit terutama yang paling sering diderita masyarakat di wilayahnya.

#### **b. Ketepatan Indikasi Penggunaan Obat**

Perlu diingat bahwa *upaya medik tidak selalu berupa penggunaan obat*. Jika diputuskan untuk melakukan upaya medik dengan penggunaan obat maka perlu dipertimbangkan apakah benar-benar ada indikasi penggunaan obat,

Indikasi penggunaan obat yang kurang tepat sering terjadi karena dokter maupun perawat/bidan berpendapat bahwa setiap pasien yang datang ke Puskesmas pasti memerlukan obat. Akibatnya banyak dijumpai praktek penggunaan obat yang kurang tepat seperti penggunaan antibiotik untuk diare pada anak-anak, bukannya oralit seperti yang dianjurkan dalam Pedoman Pengobatan.

**c. Ketepatan Pemilihan Obat**

Ketepatan pemilihan obat tidak saja menyangkut kelas terapi dan jenis obat tetapi juga segi kemanfaatan dan keamanan obat termasuk efek samping obat, segi harga dan mutu obat. Untuk itulah digunakan Pedoman Pengobatan yang disusun dan dikembangkan oleh para ahli dengan mensyaratkan kriteria; harus terbukti secara ilmiah, memberikan manfaat maksimal dan risiko yang minimal, obat yang dipilih hendaknya obat dengan harga yang paling terjangkau oleh pasien dan memberi manfaat klinik yang optimal, mutu obat terjamin, dan merupakan obat yang benar-benar diperlukan dan mudah diperoleh,

**d. Ketepatan Dosis**

Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang rentang terapi sempit

(narrow therapeutic margin) misalnya teofilin, digitalis dan aminoglikosida akan sangat berisiko untuk timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

**e. Ketepatan 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 efektifitasnya.

**f. Ketepatan Cara Pemberian**

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari misalnya 4 kali sehari, semakin rendah tingkat ketaatan obat. Obat yang harus diminum 3 x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

**g. Ketepatan Lama Pemberian**

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing masing. Untuk Tuberkulosis dan kusta lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan, lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10 – 14 hari.

#### **h. Ketepatan Penilaian Terhadap Kondisi Pasien**

Mengingat respons tiap individu terhadap obat sangat beragam, maka diperlukan pertimbangan yang seksama paling tidak mengenai adanya kontraindikasi, faktor konstitusi yang meningkatkan kemungkinan terjadinya efek samping atau adanya penyakit lain. Misalnya bagi pasien dengan kelainan fungsi ginjal, penggunaan obat yang terutama diekskresi melalui ginjal sejauh mungkin dihindari.

#### **i. Ketepatan Informasi**

Dalam pelayanan kesehatan terdapat suatu keunikan yang tidak dimiliki oleh produk/jasa lain, yaitu adanya *informasi asimetri* yang berarti informasi yang dimiliki pasien tidak seimbang dengan informasi yang dimiliki oleh pemberi layanan (*health providers*) baik informasi ekonomik maupun medik. Hal ini menempatkan pasien pada posisi yang lemah, misalnya pada masalah obat maka dokter dan apotekerlah yang memiliki informasi tentang obat. Pasien tidak tahu tentang zat aktif dan mekanisme kerja suatu obat, mereka tidak tahu apakah obat yang mereka terima adalah obat yang benar-benar mereka butuhkan. dan bila terjadi kesalahan maka itu merupakan risiko yang harus mereka pikul. (Thabrany H, 2010),

Di lain pihak masyarakat pada umumnya tidak mudah untuk memperoleh informasi tentang kesehatan, lebih-lebih yang berkaitan dengan obat. dan pengobatan karena sulitnya

memahami istilah-istilah di bidang ini meski oleh yang berpendidikan tinggi sekalipun. (Notoatmodjo S, 1993).

Informasi yang jelas dan benar tentang upaya pengobatan yang diberikan akan meningkatkan ketaatan pasien dalam menunjang keberhasilan proses pengobatan. Informasi ini mencakup cara penggunaan, kemungkinan efek samping dan cara penanggulangannya, kemungkinan kegagalan dalam pengobatan bila pasien tidak taat dalam penggunaan obat.

**j. Ketepatan Dalam Tindak Lanjut**

Upaya tindak lanjut proses pengobatan (*follow up*) perlu mempertimbangkan efek klinik/respons apa saja yang diharapkan dan proses pengobatan, sehingga dalam pemantauan terhadap pasien selama menjalani pengobatan dapat diperoleh kesimpulan tentang kesembuhan, berkurangnya gejala penyakit, perlu dirujuk, efek samping yang timbul dan sebagainya.

**k. Ketepatan Penyerahan Obat (Dispensing)**

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotik atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/asisten apoteker/petugas penyerah obat akan melaksanakan perintah dokter/peresep yang ditulis pada lembar resep untuk kemudian diberikan pada pasien. Proses

penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat agar pasien mendapatkan obat sebagaimana seharusnya. Bila petugas salah menimbang obat atau salah membaca resep maka dapat berakibat fatal, demikian juga dalam menyerahkan obat petugas juga harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien.

#### **I. Waspada Terhadap Efek Samping**

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropine bukan alergi tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah diwajah. Pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

#### **m. Obat yang Efektif, Aman dan Mutu Terjamin dan Terjangkau**

Untuk efektif, aman dan terjangkau digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar obat esensial di dahulukan dengan pertimbangan efektifitas, keamanan dan harganya oleh para pakar dibidang pengobatan dan klinis. Untuk jaminan mutu, obat perlu diproduksi oleh produsen yang menerapkan CPOB (Cara Pembuatan Obat Yang Baik) dibeli melalui jalur resmi, semua produsen obat di Indonesia harus dan telah menerapkan CPOB.

#### **n. Pasien Patuh**

Kebanyakan dokter beranggapan bahwa setelah dibuatnya diagnosis dari penyakit penderita serta ditentukan terapi obat yang diberikan berupa resep, maka penderita yang bersangkutan sudah akan mendapatkan manfaat dari obat dan pengobatannya. Namun hal ini tidak selalu terjadi, karena tidak semua penderita mempunyai kecerdasan dan ketajaman pikiran yang sama, seringkali terjadi penderita tidak menggunakan obat sebagaimana dimaksudkan oleh dokternya. ketidakpatuhan penderita (non-compliance) dalam hal penggunaan obat ada yang karena memang tidak acuh, tetapi sering disebabkan penderita kurang mengerti apa yang telah dijelaskan oleh dokter tentang pemakaian obatnya. kemungkinan lain juga karena tidak membaca aturan pakai yang tertulis pada etiket di wadah obatnya (Joenoos, 2006).

Kekeliruan pemakaian obat dapat berupa :

- 1). Penderita lupa meminum obatnya.
- 2). Dosis-takaran tidak sebagaimana mestinya.
- 3). Interval Waktu antara dua dosis tidak tepat.
- 4). Menggunakan/meminum obat lain di samping yang diberikan oleh dokternya (kemungkinan mengakibatkan interaksi obat dengan segala akibatnya.
- 5).Menghentikan pemakaian/meminum obat lebih awal dari semestinya ( Misalnya sudah merasa dirinya sudah baik atau sembuh ).

- 6). Meminum obat dengan alasan yang tidak tepat.
- 7). Meminum obat pada waktu yang tidak tepat.
- 8). Obat tidak segera diambil di apotik, tetapi menunggu beberapa hari baru resepnya ditebus.

Kenyataan kenyataan di atas adalah pertanda bagaimana perlunya setiap dokter menasehati penderita akan pentingnya kepatuhan menggunakan/meminum obat secara teratur sesuai aturan aturan dan petunjuk yang diberikan (Joenoos, 2006).

Penggunaan obat itu rasional dan tidak rasional belum memiliki kriteria baku yang ada adalah indikator kualitatif pola persepan obat yang mengindikasikan penggunaan obat tidak rasional (Depkes RI, 2002, WHO, 1997).

Oleh karena itu salah satu perangkat tercapainya penggunaan obat rasional adalah tersedianya suatu pedoman atau standar pengobatan yang dipergunakan secara seragam pada pelayanan kesehatan dasar atau Puskesmas (Depkes, Ri, 2002).

### **3. Pola Peresepan Obat**

Berdasarkan kriteria penggunaan obat rasional, pola persepan obat merupakan salah satu faktor penentu dan terukur dalam penilaian kerasionalan penggunaan obat. Masalah penggunaan obat tidak rasional yang ditimbulkan sangat beragam, mulai dari persepan obat tanpa indikasi yang jelas, dosis, cara penggunaan, dan lama penggunaan obat yang tidak tepat. Hal ini

mengakibatkan peresepan obat menjadi relatif mahal, atau peresepan obat yang belum terbukti secara ilmiah memberikan manfaat tetapi yang maksimal dengan risiko yang minimal. (Depkes. RI, 2002).

Penggunaan obat tidak rasional mengakibatkan dampak negatif bagi pasien. Dampak negatif ini dapat berupa dampak medik (terjadinya efek samping obat, resistensi kuman, dan penyakit latrogenik), dampak ekonomi (biaya obat), dan dampak psikososial (ketergantungan pasien pada intervensi obat).

Beberapa pola peresepan yang menimbulkan penggunaan obat tidak rasional antara lain, peresepan berlebih (*over prescribing*), peresepan kurang (*under prescribing*), peresepan majemuk (*multiple prescribing/polifarmasi*), peresepan salah (*incorrect prescribing*). (Depkes. RI. 2006).

**a. Peresepan Berlebih (*Over Prescribing*)**

Peresepan obat lebih dari yang sesungguhnya diperlukan untuk pengobatan suatu penyakit. Misalnya peresepan antibiotik pada Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) non pneumoni yang umumnya merupakan infeksi oleh virus. Termasuk pula peresepan obat dengan dosis yang lebih besar dari yang dianjurkan, jangka waktu penggunaan obat yang terlalu lama dari jumlah obat yang lebih dari yang diperlukan.

Pemberian obat berlebihan memberi risiko lebih besar untuk timbulnya efek yang tidak diinginkan seperti Interaksi, efek samping dan intoksikasi.

**b. Peresepan Kurang (*under Prescribing*)**

Peresepan obat kurang dan yang diperlukan, baik dalam dosis, jumlah dan lama penggunaan, dan tidak meresepkan obat yang sebenarnya diperlukan merupakan contoh dari peresepan kurang. Misalnya peresepan antibiotik hanya untuk 3 hari penggunaan pada penyakit *pneumoni*, atau tidak meresepkan Oralit pada penyakit diare.

**c. Peresepan Majemuk (*Multiple Prescribing/Polifarmasi*)**

Peresepan beberapa jenis obat sekaligus untuk satu diagnosis penyakit. Peresepan lebih dari 1 jenis obat untuk penyakit yang diketahui dapat disembuhkan hanya dengan 1 jenis obat, misalnya peresepan sekaligus obat peluruh dahak (*ekspektoran*), pelonggar saluran hidung yang tersumbat ingus (*dekongestan*), penenang (*sedativ*), antibiotik dan penurun panas (*antipiretik*) pada Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) non pneumoni, padahal sebenarnya cukup 1 jenis obat saja yaitu obat penurun panas (*antipiretik*)

**d. Peresepan Sahih (*Incorrect Prescribing*)**

Meliputi peresepan obat untuk indikasi yang keliru, peresepan obat yang sebenarnya merupakan kontraindikasi, peresepan obat dengan risiko efek samping yang lebih besar,

dan pemberian informasi yang keliru pada pasien tentang obat yang diresepkan. Misalnya peresepan Tetrasiklin pada anak-anak yang dicurigai menderita kholera padahal ada obat lain yang lebih aman yaitu Kotrimokzasol.

Masalah penggunaan obat tidak rasional akibat pola peresepan seperti yang diuraikan di atas banyak dijumpai dalam praktek sehari-hari, hal ini terjadi karena hampir setiap praktik medik selalu menyatakan bahwa *pengobatan adalah sent*, oleh sebab itu setiap praktisi medik berhak menentukan jenis obat yang paling sesuai untuk pasiennya. Pendapat demikian tidak keliru, tetapi jika tanpa dilandasi dengan atasan ilmiah yang dapat diterima akan menjurus kepada penggunaan obat tidak rasional. (Depkes RI., 2006).

Departemen Kesehatan (1997) menetapkan beberapa indikasi penggunaan obat tidak rasional dalam praktek sehari-hari yaitu;

- 1). Penggunaan obat pada pasien yang tidak memerlukan terapi obat, misalnya penggunaan obat yang dapat merangsang nafsu makan pada anak-anak, padahal intervensi *gizi* jauh lebih bermanfaat. Atau menurut Quick J (1997) disebut dengan *no drug needed*.
- 2). Penggunaan obat yang tidak sesuai dengan indikasi penyakit, misalnya penggunaan injeksi Vitamin B12 pada keluhan pegal linu, padahal pegal linu bukan indikasi kekurangan (*deficiency*) Vitamin B12, yang menurut Quick J (1997) disebut *wrong drug use*.

- 3). Penggunaan obat yang tidak sesuai aturan, misalnya penggunaan obat dengan dosis yang lebih besar atau lebih kecil dan yang seharusnya, jangka waktu penggunaan yang lebih lama atau lebih singkat dari yang seharusnya, dan cara penggunaan yang tidak tepat. Contohnya penggunaan Ampisilin sehari 3 X 1 kaplet setelah makan. Menurut Quick J (1997) disebut dengan *incorrect use of drug*.
- 4). Penggunaan obat yang memiliki potensi menimbulkan keracunan (*intoxication*) yang lebih besar, padahal ada obat lain dengan manfaat yang sama dan jauh lebih aman. Misalnya penggunaan Streptomisin dan Kanamisin pada usia lanjut. Obat ini dapat menimbulkan kerusakan syaraf pendengaran (*ototoxic*) dan ginjal (*nephrotoxic*), yang oleh Quick J (1997) disebut *use unsafe drug*.
- 5). Penggunaan obat yang mahal, sementara ada obat sejenis dengan mutu dan khasiat yang sama yang harganya lebih murah. Misalnya kecenderungan penggunaan obat dengan merek dagang hanya bertujuan *ingin tampil beda*, padahal ada obat generik yang lebih murah dengan mutu dan khasiat yang sama, fenomena ini oleh Quick J (1997) disebut *under use of available effective drug*.
- 6). Penggunaan obat yang belum teruji secara ilmiah segi kemanfaatan dan keamanannya, misalnya kegemaran meresepkan obat-obat baru yang belum teruji sementara ada obat lain yang telah teruji.

Quick J (1997) menyebutnya dengan *ineffective drug with doubtful efficacy*,

- 7). Penggunaan obat yang jelas-jelas akan mempengaruhi kebiasaan atau menimbulkan persepsi yang keliru pada masyarakat, misalnya penggunaan injeksi yang akan mendorong masyarakat untuk selalu minta diinjeksi bila berobat. Menurut Quick J (1997) termasuk dalam *incorrect use of drug*.

#### **4. Dampak Dari Penggunaan Obat Tidak Rasional**

Dampak negatif penggunaan obat yang tidak rasional sangat beragam dan bervariasi tergantung dari jenis ketidakrasionalan penggunaannya. Dampak negatif ini hanya dapat saja dialami oleh pasien (Efek samping dan biaya yang mahal) maupun oleh populasi yang lebih luas (Resistensi kuman terhadap antibiotik tertentu) dan mutu pelayanan pengobatan secara umum (Depkes, RI, 2006).

##### **a. Dampak Pada Mutu Pengobatan Dan Pelayanan**

Salah satu dampak penggunaan obat yang tidak rasional adalah peningkatan angka morbiditas dan mortalitas penyakit. Sebagai contoh penderita diare akut non spesifik umumnya mendapat antibiotik dan obat injeksi, sementara pemberian oralit lebih dianjurkan dan umumnya kurang banyak dilakukan. Padahal diketahui bahwa risiko terjadinya dehidrasi pada anak yang diare dapat membahayakan keselamatan jiwa anak yang bersangkutan.

Hal yang sama terjadi juga terjadi pada penderita ISPA non Pneumonia pada anak yang umumnya mendapat antibiotik yang sebenarnya tidak diperlukan, sementara itu pada anak yang jelas menderita pneumonia akhirnya justru tidak mendapat terapi yang adekuat, karena antibiotik yang ada telah digunakan untuk mereka yang tidak memerlukannya. Dengan demikian tidaklah mengherankan apabila hingga saat ini angka kematian bayi dan balita akibat ISPA dan Diare masih cukup tinggi di Indonesia (Depkes, RI, 2006)

**b. Dampak Terhadap Biaya Pengobatan**

Penggunaan obat tidak rasional akibat persepsian obat yang berlebihan (*over prescription*) obat esensial sekalipun menyebabkan meningkatnya pembiayaan obat dan ini merupakan pembatasan sumber daya baik bagi pasien maupun penyelenggara pelayanan pengobatan, misalnya penggunaan vitamin dan obat dalam bentuk syrup. Demikian pula pada penggunaan obat yang kurang dari semestinya (*inappropriate under use of drug*) karena akan memperlama penyakit dan perawatannya dan ini akan berdampak pada semakin besar biaya yang diperlukan (Depkes RI, 2006).

Dari studi *Child Survival Pharmaceutical It* terhadap penggunaan antibiotik pada Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) non pneumoni atau batuk pilek di 7 Provinsi di Indonesia

pada tahun 1984-1985 dijumpai bahwa bila 25% dari kasus di atas diberi antibiotik akan meningkatkan anggaran pengobatan kasus tersebut hingga 50%, padahal dari studi sebelumnya diketahui 80% penderita Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) atau batuk pilek mendapatkan antibiotik. Jadi dapat dibayangkan betapa telah terjadi pemborosan sumber daya yang cukup besar, di samping kemungkinan efek samping obat akibat penggunaan obat yang tidak diperlukan (Depkes, RI, 2006).

Hasil studi Departemen Kesehatan dalam rangka memperbaiki praktek penggunaan obat pada 20 Puskesmas di 3 Kabupaten yang diintervensi dengan pelatihan Penggunaan Obat Rasional dan 20 Puskesmas di 2 Kabupaten sebagai kontrol yang dilaksanakan dengan desain pre-post randomized controlled study selama 6 bulan menunjukkan adanya perbaikan praktek penggunaan obat dan penghematan biaya obat per kasus pada Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) dan diare.

Pada Puskesmas intervensi terjadi penurunan polifarmasi dari 3,38 (sebelum intervensi) menjadi 1,43 penggunaan antibiotik dari 74,0% (sebelum intervensi) menjadi 1,1 sedangkan pada Puskesmas kontrol polifarmasi dari 3,82 menjadi 3,72; penggunaan antibiotik dari 78,0% menjadi 89,0% dan penggunaan injeksi dari 26,0% menjadi 40,2%. Penghematan biaya per kasus untuk infeksi saluran pernapasan atas (ISPA) pada Puskesmas intervensi

sebesar 59,0% dan pada Puskesmas kontrol hanya 10,0% sedangkan penghematan biaya per kasus diare 68,0% pada Puskesmas intervensi dan pada Puskesmas kontrol terjadi penghematan minus (pemborosan) sebesar 7%. (Widiastoeti S, 1996).

**c. Dampak Terhadap Mutu Ketersediaan Obat**

Dari studi dasar yang dilakukan oleh Bagian Farmakologi FK UGM bekerja sama dengan Ditjen Pengawasan Obat dan Makanan Depkes RI pada tahun 1997 – 1998 ditemukan bahwa lebih dari 80% pasien dengan keluhan, batuk dan pilek mendapatkan antibiotik untuk rata rata 3 hari pemberian. dari praktek pengobatan tersebut tidaklah mengherankan apabila yang umumnya dikeluhkan oleh puskesmas adalah tidak cukupnya ketersediaan antibiotik. Akibatnya jika suatu saat ditemukan pasien yang benar-benar menderita infeksi bakteri, antibiotik yang dibutuhkan sudah tidak tersedia lagi. Yang terjadi selanjutnya adalah pasien terpaksa diberikan antibiotik lain yang bukan pilihan utama obat pilihan (*drug of choice*) dari infeksi tersebut (Depkes, RI, 2006).

**d. Dampak Psikososial**

Penggunaan obat tidak rasional akibat peresepan yang berlebihan (*over prescribing*) menunjukkan bahwa peresepan obat dilakukan atas dasar pada semua keluhan pasien, Konsep setiap

keluhan/kesakitan ada obatnya (*there is a pills for every ill*s) adalah sangat berbahaya dan konsep ini masih diyakini oleh sebagian tenaga kesehatan. Hal ini menunjukkan lemahnya kemampuan dan keyakinan tenaga kesehatan dalam menetapkan diagnosis, dan pasien akan sangat tergantung pada obat yang selanjutnya akan meningkatkan tuntutan mereka untuk mendapatkan obat (Depkes, RI, 2006).

Departemen Kesehatan (1998) telah mengidentifikasi dampak psikososial yang dijumpai dalam praktek sehari-hari sebagai dampak dari penggunaan obat tidak rasional antara lain:

- a. Pasien tidak mau meninggalkan ruang praktek sebelum diinjeksi. Kebiasaan ini bersumber dari dokter atau perawat/bidan yang secara mudah meluluskan permintaan pasien dengan berbagai alasan, dan hal ini akan menyebar di masyarakat yaitu pada gilirannya akan menjadi penghambat bagi dokter atau perawat/bidan untuk menegakkan penggunaan obat rasional.
- b. Masyarakat pada umumnya tahu bila anaknya diare harus diberi Oralit, tetapi mereka menganggap Oralit bukan obat, maka bila diare belum sembuh mereka akan datang ke Puskesmas, dokter atau perawat/bidan untuk minta supaya anaknya diinjeksi, jika kemudian diberikan injeksi itu dan

diarenya berhenti, maka terjadilah persepsi yang keliru di masyarakat bahwa obat diare adalah injeksi.

- c. Penggunaan obat perangsang nafsu makan, lebih-lebih golongan obat kortikosteroid pada anak-anak juga sering dianggap sebagai pemecahan masalah. Hal ini disebabkan informasi yang keliru tentang obat ini pada tenaga kesehatan, dan tidak diberikannya informasi tentang pentingnya masalah gizi bagi tumbuh kembang anak pada pasien/masyarakat.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Penyakit ISPA Non Pneumonia**

ISPA merupakan singkatan dari Infeksi Saluran Pernapasan Akut. ISPA meliputi saluran pernapasan bagian atas dan saluran pernapasan bagian bawah.

ISPA adalah infeksi saluran pernapasan yang berlangsung sampai 14 hari, yang dimaksud dengan saluran pernapasan adalah organ mulai dari hidung sampai gelembung paru, beserta organ organ disekitarnya seperti sinus, ruang telinga tengah dan selaput paru.

Sebagian besar dari infeksi saluran pernapasan hanya bersifat ringan seperti batuk pilek dan tidak memerlukan pengobatan dengan antibiotik namun demikian bila terjadi infeksi yang menyerang bagian bawah saluran napas seperti paru paru itu salah satunya Pneumonia yang memerlukan pengobatan antibiotik.

Program Pemberantasan Penyakit (P2) ISPA membagi penyakit ISPA dalam 2 golongan yaitu Pneumonia dan bukan Pneumonia. Pneumonia dibagi atas derajat beratnya penyakit yaitu pneumonia berat dan Pneumonia tidak berat sedangkan Penyakit batuk pilek seperti rhinitis, faringitis, tonsilitas dan penyakit jalan nafas bagian atas lainnya digolongkan sebagai bukan pneumonia..

Gambaran Klinis ISPA bukan Pneumonia adalah batuk pilek biasa, bila tidak ditemukan tanda tarikan kuat dinding bagian bawah atau tidak ada napas cepat (Depkes, RI, 1992).

Dalam Buku Pedoman Pengobatan Dasar Di Puskesmas (2007), Definisi Influenza (1302) adalah tergolong infeksi saluran napas akut (ISPA) yang biasanya terjadi dalam bentuk epidemik. Disebut common cold atau selesma bila gejala di hidung lebih menonjol, sementara influenza di maksudkan untuk kelainan yang disertai faringitis dengan tanda demam dan lesu yang lebih nyata.

- Penyebab

Banyak macam virus penyebabnya, antara lain *Rhinovirus*, *Coronavirus*, virus *Influenza A* dan *B*, *Parainfluenza*, *Adenovirus*. biasanya penyakit ini sembuh sendiri dalam 3 – 5 hari.

- Gambaran Klinis

1. Gejala sistematik khas berupa gejala infeksi virus akut yaitu demam, sakit kepala, nyeri otot, nyeri sendi, dan nafsu makan hilang, disertai gejala local berupa rasa menggelitik sampai

nyeri tenggorokan, kadang batuk kering, hidung tersumbat, bersin, dan ingus encer

2. Tenggorokan tampak hyperemia
3. Dalam rongga hidung tampak konka yang sembab dan hiperemia
4. Sekret dapat bersifat serus, seromukus atau mukopurulen bila ada infeksi sekunder.

- **Diagnosis**

Untuk mengetahui komplikasi perlu dilakukan pemeriksaan : auskultasi paru, status telinga pada anak, EKG pada yang mengeluh nyeri dada

- **Penatalaksanaan**

1. Anjuran istirahat dan banyak minum sangat penting pada influenza ini. Pengobatan simtomatis diperlukan untuk menghilangkan gejala yang terasa berat atau mengganggu.
2. Parasetamol 500 mg 3 x sehari atau asetosal 300 – 500 mg 3 x sehari baik untuk menghilangkan nyeri dan demam
3. Untuk anak, dosis parasetamol adalah : 10 mg/kg/BB/kali, 3 – 4 kali sehari
4. Antibiotik hanya diberikan bila terjadi infeksi sekunder

### C. Tinjauan Umum tentang Diare Non Spesifik

Diare adalah keadaan buang-buang air dengan banyak cairan dan merupakan gejala dari penyakit-penyakit tertentu atau gangguan lain. Diare akut adalah buang air besar lembek/cair konsistensinya encer, lebih sering dari biasanya disertai berlendir, bau amis, berbusa bahkan dapat berupa air saja yang frekwensinya lebih sering dari biasanya. Diare Non Spesifik adalah Diare yang bukan disebabkan oleh kuman khusus maupun parasit.

- Penyebab

Penyebabnya adalah virus, makanan yang merangsang atau yang tercemar toksin, gangguan pencernaan dan sebagainya.

- Gambaran Klinis

1. Demam yang sering menyertai penyakit ini memperberat dehidrasi. Gejala dehidrasi tidak akan terlihat sampai kehilangan cairan mencapai 4 -5 % berat badan.

2. Gejala dan tanda dehidrasi antara lain :

- a. Rasa haus, mulut dan bibir kering
- b. Menurunnya turgor kulit
- c. Menurunnya berat badan, hipotensi, lemah otot
- d. Sesak napas, gelisah
- e. Mata cekung, air mata tidak ada
- f. Ubun-ubun besar cekung pada bayi

- g. Oliguria kemudian anuria
  - h. Menurunnya kesadaran, mengantuk
3. Bila kekurangan cairan mencapai 10% atau lebih penderita jatuh ke dalam dehidrasi berat dan bila berlanjut dapat terjadi syok dan kematian.
- **Diagnosis**  
ditentukan dari gejala buang air besar berulang kali lebih sering dari biasanya dengan konsistensinya yang lembek dan cair.
  - **Penatalaksanaan**
    1. WHO telah menetapkan 4 unsur utama dalam penanggulangan Diare akut yaitu :
      - Pemberian cairan, berupa upaya rehidrasi oral (URO) untuk mencegah maupun mengobati dehidrasi.
      - Melanjutkan pemberian makanan seperti biasa, terutama ASI, selama Diare dan dalam masa penyembuhan.
      - Tidak menggunakan Antidiare, sementara antibiotik maupun antimikroba hanya untuk kasus tersangka kolera, disentri, atau terbukti giardiasi atau amubiasis.
      - Pemberian petunjuk yang efektif bagi ibu dan anak serta keluarganya tentang upaya rehidrasi oral di rumah, tanda-tanda untuk merujuk dan cara mencegah diare di masa yang akan datang.

2. Dasar pengobatan Diare akut adalah rehidrasi dan memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit. Oleh karena itu langkah pertama adalah tentukan derajat dehidrasi.

**Tabel 1 : Derajat dehidrasi pada diare**

Pemeriksaan	Derajat dehidrasi		
	Tidak dehidrasi	Dehidrasi ringan – sedang	Dehidrasi berat
Keadaan umum	Baik, sadar	Gelisah	Lesu, tidak sadar
Mata	Normal	Cekung	Sangat cekung
Air mata	Ada	Tidak ada	Tidak ada
Mulut dan lidah	Basah	Kering	Sangat kering
Rasa haus	Normal, tidak haus	Kehausan, ingin minum banyak	Malas minum atau tidak dapat minum
Turgor kulit	Kembali cepat	Kembali lambat	Kembali sangat lambat

Sumber : Buku pedoman pengobatan dasar di Puskesmas 2007

3. Kemudian lakukan upaya rehidrasi seperti yang dilakukan terhadap dehidrasi karena kolera.
4. Pada penderita diare tanpa dehidrasi : (Terapi A)
- Berikan cairan (air tajin, larutan gula garam, oralit) sebanyak yang diinginkan hingga diare stop, sebagai petunjuk berikan setiap habis BAB
    - Anak < 1 thn : 50 – 100 ml
    - Anak 1 – 4 thn : 100 – 200 ml

- Anak > 5 tahun : 200- 300 ml
  - Dewasa : 300 – 400 ml
  - meneruskan pemberian makanan atau ASI bagi bayi
5. Pada penderita diare dengan dehidrasi ringan – sedang (Terapi B) :
- Oralit diberikan 75 ml/kg BB dalam 3 jam, jangan dengan botol.
  - Jika anak muntah (karena pemberian cairan terlalu cepat), tunggu 5 – 10 menit lalu ulangi lagi, dengan pemberian lebih lambat (satu sendok setiap 2 – 3menit).
6. Pada penderita diare dengan dehidrasi berat (Terapi C)
- Diberikan Ringer Laktat 100 ml yang terbagi dalam beberapa waktu
  - Setiap 1-2 jam pasien diperiksa ulang, jika hidrasi tidak membaik tetesan dipercepat. Setelah 6 jam (bayi atau 3 jam (pasien lebih tua) pasien kembali diperiksa

**Tabel 2 : Terapi C pada penderita diare**

Umur	Pemberian pertama 30 ml/kg	Pemberian kemudian 70 ml/kg
Bayi (<12 bulan)	Dalam 1 jam	Dalam 5 jam
> 12 bulan	Dalam 30 menit	2,5 jam

Sumber : Buku pedoman pengobatan dasar di Puskesmas 2007

#### **D. Tinjauan Umum tentang Jenis Tenaga kesehatan**

Dalam proses pengobatan seperti pada Gambar 1 terlihat bahwa pelayanan pengobatan dan mulai anamnesis sampai pada penggunaan obat merupakan suatu proses yang sangat kompleks dan untuk itu diperlukan kompetensi tinggi yang nantinya dimiliki oleh seorang dokter, padahal secara faktual di Puskesmas pelayanan pengobatan ini banyak dilakukan oleh tenaga perawat/bidan yang tidak mempunyai kompetensi baik secara keilmuan, dan keterampilan. Dari segi peraturan perundang-undangan yang berlaku, perawat/bidan tidak dibolehkan melakukan tindakan pengobatan karena izin untuk melakukan pengobatan hanya diberikan kepada dokter. (PP RI, 1996)

Menurut Anief, (2009) resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter kepada apoteker untuk membuat dan atau menyerahkan obat kepada pasien. Menurut keputusan Menteri Kesehatan No. 1027/Menkes/SK/IX/2004, resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, dokter hewan kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan perundangan yang berlaku.

Resep harus ditulis dengan jelas dan lengkap, apabila resep tidak dapat dibaca dengan jelas atau tidak lengkap, apoteker harus menanyakan kepada dokter penulis resep (Anief, 2009).

Yang berhak menulis resep adalah :

- 1). Dokter
- 2). Dokter gigi, terbatas terhadap pengobatan gigi dan mulut.
- 3). Dokter hewan, terbatas pengobatan hewan (Anief, 2009).

Dari pihak penulis resep sendiri terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi yaitu :

- 1). Kurangnya pengetahuan dan keterampilan teraupetik selama pendidikan dan kurangnya informasi ilmiah selama menjalankan tugas karena lokasi Puskesmas.
- 2). Sebagian besar pengobatan dilakukan atas dasar pengalaman praktek sehari-hari. Meskipun hal ini tidak keliru tetapi tetap memerlukan landasan ilmiah. Sebagai contoh adalah penggunaan injeksi yang hanya bertujuan memuaskan pasien.
- 3). Adanya tekanan dari pasien dalam bentuk permintaan obat tertentu karena kebiasaan atau persepsi yang keliru dari pasien terhadap obat tertentu.
- 4). Sering timbul rasa kurang yakin atas diagnosis yang ditegakkan, sehingga mendorong penerapan konsep *there is a pills for every ill*.
  - a). Generasi yang keliru terhadap pengobatan penyakit tertentu karena pengalaman praktek, misalnya keyakinan bahwa setiap pasien dengan keluhan nyeri sendi atau pegal linu pasti minta diinjeksi.

- b). Terbatasnya waktu dalam melakukan pemeriksaan akibat dari banyaknya pasien yang harus dilayani.
- c). Aktivitas promosi industri farmasi yang sering bias dalam memberikan informasi dan persaingan yang tidak sehat diantara praktisi medik sehingga peresepan obat hanya bertujuan untuk memuaskan pasien agar pasien tidak pindah ke praktisi medik yang lain.

PP No. 32 Tahun 1996 telah menetapkan batas kewenangan antara dokter dan perawat, tetapi perawat meskipun secara tidak langsung dapat melakukan pengobatan kecuali sebelumnya mendapat izin tertulis dari dokter dan dalam kegawatan medik (emergency case). Dengan kata lain bahwa peranan perawat tidak hanya melakukan tindakan keperawatan saja, tetapi juga melakukan beberapa tindakan medis sebagai extended role. Namun tindakan medis yang dilakukan oleh perawat didasarkan atas delegasi yang diberikan oleh dokter. Penegakan diagnosis, pemberian atau penentuan terapi serta penentuan indikasi medis harus diputuskan oleh dokter sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa yang berwenang melakukan tindakan keperawatan secara mandiri (tanpa supervise dokter ) adalah perawat yang tertuang dalam standar asuhan keperawatan, tetapi tindakan medis harus ada delegasi dari dokter terlebih dahulu (Indar, 2009).

**Tabel 3. Sintesa Proporsi penggunaan obat tidak rasional dengan Jenis tenaga kesehatan**

No	Penelitian/Tahun	Masalah Utama	Desain Studi	Temuan
1.	Utomo . S, 2000	Penggunaan obat tidak rasional di Puskesmas se Kabupaten Sambas Kalimantan Barat	Cross Sectional	Proporsi penggunaan obat tidak rasional adalah 46,6%. Pelayanan pengobatan 65,7% dilakukan oleh perawat/bidan
2	Arya,W, 2001	Faktor faktor yang berhubungan dengan penggunaan obat tidak rasional untuk penyakit ISPA Non Pneumonia di Puskesmas se kota Solok Sumatera Barat	Cross Sectional	Proporsi penggunaan obat tidak rasional 26,9%, dimana 64,4% resep ditulis oleh perawat/bidan dan 35,6% ditulis oleh dokter.

Sumber : Utomo,S 2000 dan Arya, W, 2001

### **E. Tinjauan Umum Tentang Masa Kerja**

Masa kerja adalah lama waktu yang telah ditempuh seseorang untuk dapat memahami tugas - tugas suatu pekerjaan dan telah melaksanakan dengan baik (Manulang, 1984).

Menurut pendapat Siagian (1992) menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan berapa lama agar supaya pegawai bekerja dengan baik, masa kerja merupakan faktor individu yang berhubungan dengan perilaku dan persepsi individu yang mempengaruhi pengembangan karir pegawai.

Oleh karena itu masa kerja seseorang merupakan pengalaman kerja yang menunjukkan lamanya dalam melaksanakan, mengatasi suatu pekerjaan dari beragam pekerjaan bahkan berulang ulang dalam perjalanan hidup sehingga pengalaman yang didapat seseorang akan meningkatkan kemampuannya dalam melaksanakan pekerjaan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengalaman kerja seseorang adalah:

1. Latar belakang pribadi, mencakup pendidikan, kursus, latihan, bekerja, untuk menunjukkan apa yang telah dilakukan seseorang di waktu yang lalu.
2. Bakat dan minat, untuk memperkirakan minat dan kapasitas atau kemampuan seseorang.
3. Sikap dan kebutuhan (attitudes and needs), untuk mengamalkan tanggungjawab dan wewenang seseorang.
4. Kemampuan analitis untuk mempelajari kemampuan penilaian dan penganalisaan.
5. Keterampilan dan kemampuan tehnik untuk menilai kemampuan dalam pelaksanaan aspek aspek tehnik pekerjaan ( Manulang, 1984).

Berdasarkan PP 100/2000 model pengembangan karier mencakup:

1. Pendidikan meliputi : Pendidikan dasar (SD,SLTP), pendidikan Umum (SMU) dan Perguruan tinggi.

2. Pendidikan dan pelatihan dalam jabatan
3. Masa kerja : lamanya kerja pegawai dalam tahunan seperti : 0 – 5 tahun, 6 – 10 tahun, 11 – 15 tahun, 16 – 20 tahun dan lebih dari 20 tahun
4. Pangkat atau golongan  $\geq$  IV/a, III/d – III/a, kurang atau sama dengan II/a.
5. Jabatan meliputi : kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, wewenang dan hak seseorang pegawai.

:

#### **F. Tinjauan Umum Tentang Hasil Diagnosa**

Hasil diagnosa merupakan kesimpulan tertulis tentang hasil anamnesis sampai pemeriksaan sebagai proses pengobatan terhadap pasien yang dilakukan oleh dokter di Puskesmas dan menentukan intervensi pengobatan yang terbaik bagi pasien. Diagnosis dapat bersifat pasti atau masih kemungkinan, tetapi yang penting setiap keputusan intervensi terapi paling tidak harus berdasar pada diagnosis kerja yang sesuai (BPOM, 2001).

Indikator dari penilaian terhadap resep adalah indikator peresepan yang menjadi evaluasi peresepan obat adalah :

##### **a. Peresepan Polifarmasi**

Peresepan Polifarmasi mencerminkan penggunaan yang tidak rasional dan berdampak pada inefisiensi. Polifarmasi adalah jumlah jenis obat dari resep untuk pasien dengan diagnosis tunggal untuk

penyakit yang ditetapkan. atau peresepan beberapa jenis obat sekaligus untuk satu diagnosis penyakit. Polifarmasi merupakan suatu pemborosan untuk itu perlu ditekankan untuk menggunakan obat sesuai dengan pedoman pengobatan (Depkes.RI, 2006).

#### b. Penggunaan Antibiotik

Antibiotik adalah zat yang dihasilkan oleh suatu mikroba terutama jamur (*fungi*), yang dapat menghambat atau membasmi mikroba lain. Dewasa ini banyak antibiotik yang dibuat secara semisintetik atau sintetik penuh. Antibiotik merupakan golongan obat keras yang dapat menghentikan banyak kasus infeksi dan menyelamatkan hidup, akan tetapi antibiotik hanya bekerja melawan infeksi yang disebabkan oleh bakteri bukan infeksi oleh virus. Antibiotik dapat menimbulkan keburukan dari pada kemanfaatan bila penggunaannya tidak sesuai dengan peruntukannya. (Anneahira, 2011).

Penggunaan antibiotik secara tidak rasional banyak dijumpai dalam pengobatan penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) non pneumoni yang biasanya disebabkan oleh infeksi virus. Penyakit ini sering disebut dengan batuk pilek, pilek (*common cold*) dengan gejala ingus encer, hidung tersumbat, bersin-bersin, demam, sakit kepala, nyeri sendi/otot, nafsu makan berkurang, nyeri dan rasa gatal pada tenggorokan (*sore throat*) yang pada pemeriksaan diketahui

demam, tenggorokan merah, rongga hidung merah dan beringus.

(Depkes RI, 2006)

**Tabel 4. Sintesa Penggunaan Antibiotik**

No	Penelitian/Tahun	Masalah Utama	Desain Studi	Temuan
1.	Santoso 2009	Rasionalitas Penggunaan Antibiotik Pada Kasus Demam Tifoid di RS Kariadi Semarang	Deskriptif Analtik	Rasionalitas antibiotik pada Rekan Medis penderita demam tifoid masuk dalam kategori IV (tidak memenuhi konsep rasional)
2	Oluwakemi O.2010	Evaluasi Penggunaan Obat di antara Pasien Hipertensi Diabete di Rumah Sakit Pendidikan Nigeria	Restrospectiv dan Prospective	Persentase antibiotik dan injeksi per resep 9,4% dan 2.1%, masing masing resep boros terjadi pada 92,7% kasus.

Sumber : Santoso:2009, Oluwakemi, O 2010

Dari beberapa studi diketahui bahwa 80% penderita batuk pilek pada anak-anak diberi antibiotik padahal hanya 10-20% saja yang benar-benar memerlukan antibiotik. Hal ini menunjukkan pemborosan sumber daya obat dan juga meningkatkan risiko efek samping dan resistensi akibat penggunaan antibiotik yang sebenarnya tidak diperlukan, Dampak lain adalah terbangunnya ketergantungan masyarakat pada antibiotik karena persepsi yang keliru terhadap antibiotik. (Depkes. RI, 2006).

Suatu studi yang dilakukan oleh *University of Kentucky* di Lexington Amerika menunjukkan bahwa 1400 peserta asuransi kesehatan (*Medicaid*) dengan diagnosis radang pada tenggorokan dan selaput lendir hidung (*acute nasopharyngitis*) 60% diantaranya mendapatkan antibiotik yang sebenarnya tidak diperlukan. Alasan penggunaan antibiotik dalam studi ini adalah adanya *tekanan pada dokter dari pasien karena harapan pasien yang berlebihan pasien terhadap antibiotik*. (Medical Tribune News Service, 2009).

Studi lain yang dilakukan oleh *Centers for Disease Control and Prevention* memperkirakan sekitar 50 juta dari 150 juta pasien rawat jalan memperoleh antibiotik yang tidak diperlukan dan lebih dari 80% penulisan resep antibiotik oleh dokter hanya dengan alasan agar mendapat *penilaian yang lebih baik dari pasien*. (Levy S, 1999).

Selain pada infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) penggunaan antibiotik tidak rasional juga sering dilakukan pada penyakit diare. Diare adalah penyakit yang ditandai dengan berak encer atau cair tanpa disertai darah atau lendir dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam 24 jam. Terapi utama pada diare adalah mencegah terjadinya dehidrasi dengan cara mengembalikan keseimbangan cairan tubuh menggunakan larutan gula garam atau Oralit (Depkes.RI., 2002).

Diare ini biasanya juga disebabkan oleh infeksi virus dan sering disebut dengan *stomach flu* dan penggunaan antibiotik tidak akan

menolong bahkan pada beberapa kasus malah memperburuk keadaan. (Maharatu, 2009).

### **G. Tinjauan Umum Tentang Sikap**

Banyak sosiologi dan psikologi memberi batasan bahwa sikap merupakan kecenderungan individu untuk merespon dengan cara yang khusus terhadap stimulus yang ada dalam lingkungan sosial. Sikap merupakan suatu kecenderungan untuk mendekat atau menghindari, positif atau negatif terhadap berbagai keadaan sosial, apakah itu institusi, pribadi, situasi, ide, konsep dan sebagainya (Gerungan, 2000).

Sikap dapat dianggap sebagai suatu predisposisi umum untuk merespon atau bertindak secara positif dan negatif terhadap suatu objek atau orang disertai emosi positif dan negatif, dengan kata lain sikap perlu penilaian, ada penilaian positif, negatif dan netral tanpa reaksi afektif apapun. Sikap mewarnai pandangan terhadap seseorang atau suatu objek, mempengaruhi perilaku dan relasi dengan orang lain. Untuk bersikap harus ada penilaian sebelumnya, perasaan sering berakar dalam suatu sikap dan sikap dapat diubah. (Maramis, 2006).

Secara umum dalam berbagai referensi sikap memiliki 3 komponen yakni kognitif, afektif dan kecenderungan. Sikap seseorang terhadap suatu obyek selalu berperan sebagai media antara respons dan obyek yang bersangkutan. Respons dapat diklasifikasikan ke

dalam tiga jenis yaitu : 1) Respon kognitif merupakan respons perceptual dan pernyataan tentang apa yang diyakini, 2) Respons afektif merupakan respons syaraf simpatetik dan pernyataan apa yang dirasakan, serta 3) respons konatif atau respon perilaku berupa tindakan dan pernyataan mengenai perilaku (Azwar S, 1998).

Perilaku manusia (human behavior) secara psikologi dipandang sebagai reaksi terhadap stimulus lingkungan yang bersifat sederhana maupun kompleks, dan sikap selalu dikaitkan dengan perilaku (Azwar S, 1998).

Kurt Lewin (1961) dalam Brigham (1997) merumuskan suatu model hubungan perilaku yang menyatakan bahwa "perilaku adalah fungsi karakteristik individu (P) dengan lingkungan (E)". karakteristik individu meliputi berbagai variabel seperti motivasi, nilai, sifat kepribadian, dan sikap yang saling berinteraksi yang kemudian berinteraksi pula dengan lingkungan dalam menentukan perilaku (Azwar S, 1998).

Dari rumusan teori Kurt Lewin di atas maka perilaku individu tergantung dari apa yang ada dalam individu itu sendiri dan apa-apa yang ada di luar individu tersebut bisa berupa benda, keadaan individu lain dan sebagainya, yang secara bersama-sama saling berinteraksi dalam menentukan perilaku (Azwar S, 1998).

Sementara itu Lawrence Green (1980) menunjukkan bahwa perilaku berhubungan dengan : 1) Faktor-faktor pemudah

(predisposing factors) yang meliputi karakteristik individu, misalnya kebiasaan, kepercayaan, tradisi, sikap, pengetahuan dan sebagainya, 2) Faktor-faktor pendukung (enabling factors) yang terwujud dalam lingkungan fisik yang berupa ketersediaan fasilitas; sarana kesehatan, obat-obatan, alat kontrasepsi dan sebagainya; dan 3) Faktor-faktor pendorong (reinforcing factors) yang berupa sikap dan perilaku individu lain. (Notoatmodjo S, dkk., 1993).

Dalam teori kinerja (Gibson, 1987) salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu adalah karakteristik psikologis yang mencakup persepsi, sikap, kepribadian, dan motivasi bagi tenaga profesional karena tenaga profesional adalah sumber daya yang akan menunjang mutu pelayanan dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan (BPOM, 2001)

#### **H. Tinjauan Umum Tentang Pedoman Pengobatan**

Pedoman pengobatan sebenarnya merupakan petunjuk pengobatan (*treatment guidelines*) yang disusun oleh para pakar di bidangnya masing-masing dan mengacu pada berbagai penelitian ilmiah serta memberi manfaat optimal bagi pasien, dokter, manajemen obat, dan pemegang kebijaksanaan kesehatan. Dalam pedoman pengobatan memuat penatalaksanaan penyakit dan obat-obat terpilih yang telah terbukti secara ilmiah keamanan dan efektivitasnya. (Depkes. RI.2006).

Bagi pasien hanya pengobatan yang aman, efektif dan ekonomis yang mereka terima sehingga pasien hanya menggunakan obat yang paling mereka perlukan. Bagi dokter dengan adanya Pedoman Pengobatan maka dokter akan lebih dapat memusatkan perhatian pada proses penegakan diagnosis, karena dalam pedoman pengobatan telah tersedia informasi obat utama dan obat alternatifnya pada masing-masing penyakit. Dengan demikian mutu peresepan lebih terjamin, memungkinkan dilakukan monitoring dan evaluasi praktek peresepan dan sebagai pengamanan hukum. Manfaat bagi manajemen obat adalah dapat memperkirakan kebutuhan obat lebih mendekati kebutuhan riil berdasarkan pola penyakit, menjamin suplai obat dan mengurangi pemborosan sumber daya akibat penggunaan obat yang tidak perlu dapat dihindarkan. Sedangkan bagi penentu kebijaksanaan kesehatan pedoman pengobatan dapat dipakai sebagai instrumen untuk mengukur mutu pelayanan pengobatan, pengendalian anggaran, dan memungkinkan realokasi anggaran terutama program-program khusus misalnya diare, malaria dan TBC (Depkes RI. 2006).

Banyak tujuan dalam penggunaan pedoman pengobatan, namun yang paling penting adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan pengobatan, karena pedoman pengobatan telah memuat penatalaksanaan, pilihan obat yang paling sesuai dan tepat untuk masing-masing penyakit berdasarkan temuan-temuan ilmiah dan dapat dipertanggung jawabkan (Depkes. RI.2006).

Agar tercapai tujuan yang optimal maka syarat pedoman pengobatan adalah sebagai berikut :

1. Hanya memuat beberapa hal yang paling pokok dari suatu diagnosis (gejala dan tanda utama), jenis obat, dosis, cara, frekuensi dan lama pemberian serta alternatif pengobatan yang dianjurkan.
2. Isi pedoman pengobatan harus dapat diandalkan dan dipercaya karena di dasarkan pada sumber sumber ilmiah yang layak dan ditelaah secara mendalam oleh berbagai ahli yang relevan dan kompeten.
3. Pengobatan dipilih berdasarkan EMB (Evidence Based Medicine).
4. Dibuat secara jelas,praktis dan sederhana agar mudah difahami dan diikuti oleh para dokter.
5. Hanya mencakup penyakit penyakit yang umum dijumpai dalam praktek sehari hari.
6. Isi pedoman pengobatan disesuaikan dengan masing masing tingkat pelayanan mengingat berbedanya tingkat kemampuan masing masing.
7. Isi pedoman tidak saling bertentangan tetapi saling terkait dan mendukung antar berbagai pusat pelayanan dan pusat rujukan.

8. Dibuat dalam format dan bentuk yang praktis agar dapat dimanfaatkan secara mudah oleh pemakainya setiap saat diperlukan.
9. Harus bersifat dinamis, artinya selalu dievaluasi ulang secara periodik berdasarkan informasi mutakhir yang ada.
10. Diperkenalkan secara luas kepada calon pemakainya dan himbauan agar digunakan semaksimal mungkin.

Bagi tenaga kesehatan (health providers) suatu standar adalah penting karena bagi mereka standar berarti suatu protokol, prosedur kerja (standar operating procedure), spesifikasi dan pedoman dalam praktek, yang meliputi standar prosedur dan proses serta standar luaran (outcome) yang akan dicapai/dihasilkan dari proses (BPOM 2001).

Suatu organisasi pelayanan kesehatan harus menjamin secara konsistensi pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dengan menerapkan standar-standar atau pedoman pengobatan yang telah disepakati secara benar (BPOM, 2001).

Dalam penerapan suatu standar pelayanan kesehatan sering ada penolakan dari profesional medik (dokter) atau anggapan yang keliru karena berbagai alasan diantaranya, adanya persepsi bahwa standar/pedoman merupakan upaya manajemen untuk memotong anggaran dalam pelayanan pada pasien, pelayanan kesehatan tidak bisa distandarkan seperti halnya industri, dalam standar/pedoman tidak

ada hal yang baru, padahal pelayanan kesehatan pada pasien selalu berkembang. Oleh sebab itu sosialisasi (awareness) terhadap suatu pedoman/standar harus terus-menerus dilakukan (Gaucher E J and Coffey RJ, 1993 dalam BPOM, 2001).

### **I. Tinjauan Umum Tentang Ketersediaan Obat**

Konsep dasar dalam pengelolaan persediaan obat di Puskesmas adalah menjaga keseimbangan antara penyimpanan persediaan dengan biaya yang dibutuhkan untuk penyimpanan persediaan tersebut. Pengelolaan persediaan dimaksudkan untuk membantu pengelolaan perbekalan (Supply) obat agar mempunyai persediaan dalam jenis dan jumlah yang cukup sekaligus menghindari kekosongan dan menumpuknya persediaan. Upaya mempertahankan tingkat persediaan pada suatu tingkat tertentu dilakukan dengan mengendalikan arus obat yang masuk (BPOM, 2001).

Obat yang disediakan untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas harus sesuai dengan kebutuhan populasi berarti jumlah obat yang tersedia di Puskesmas minimal harus sama dengan stok selama waktu tunggu kedatangan obat (Depkes, RI, 2006).

Persediaan obat adalah mengacu pada kebijaksanaan Obat Nasional dengan mengeluarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang memuat obat-obat terpilih untuk pelayanan kesehatan di semua unit pelayanan kesehatan pemerintah sesuai dengan tingkat dan

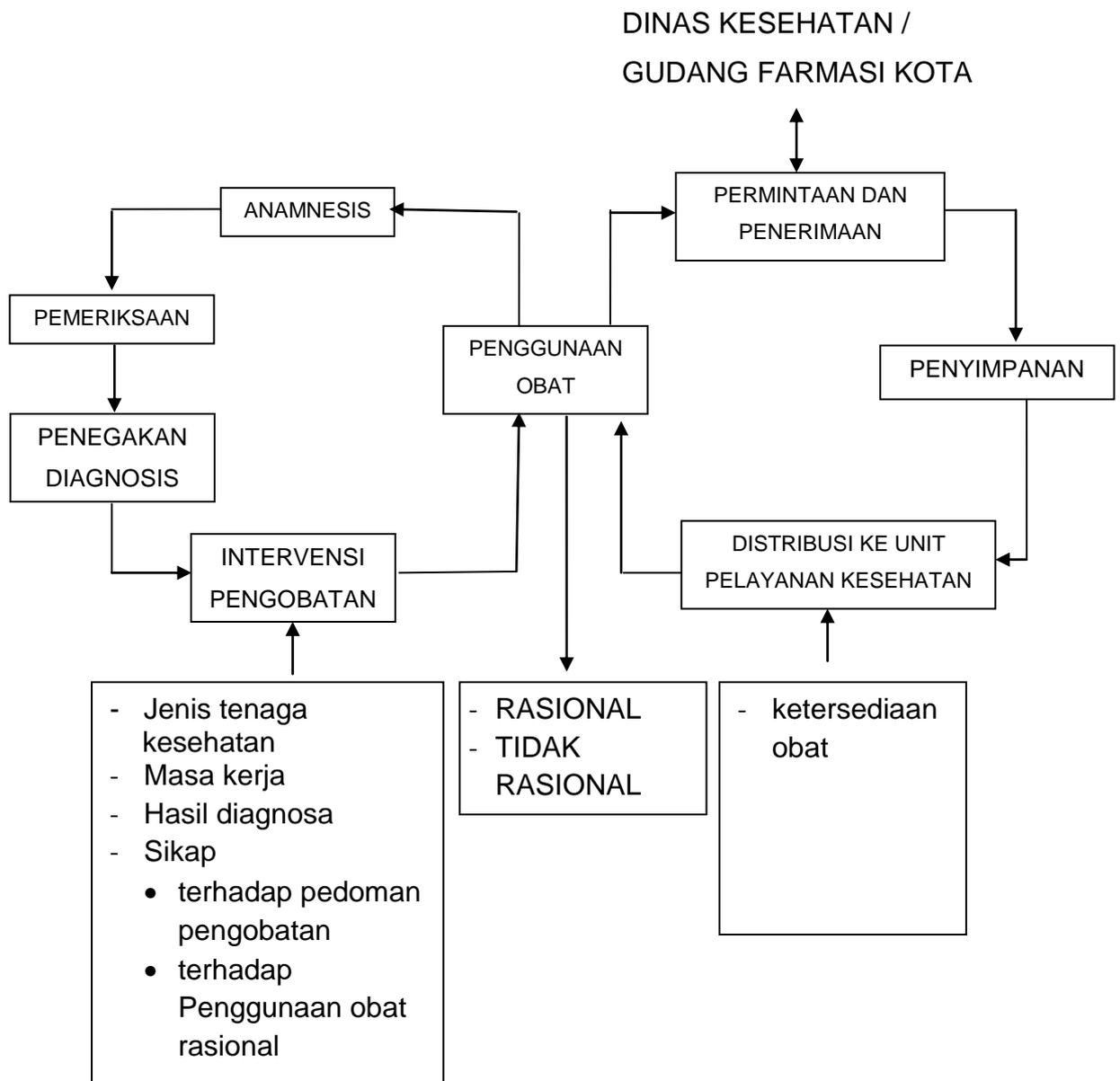
fungsinya akan membantu dokter di Puskesmas untuk menggunakan haknya memilih obat yang terbaik bagi pasien.

Obat Antibiotik yang tersedia untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas yang biasanya diresepkan untuk diagnosa penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik antara lain :

1. Amoksisillin sirup kering 125 mg/ml
2. Amoksisillin kapsul 250 mg
3. Amoksisillin Tablet 500 mg
4. Kotrimoksazole tablet 480 mg
5. Kotrimoksazole pediatrik
6. Kotrimokzasole suspensi
7. Tetrasiklin Kapsul 500 mg
8. Tetrasiklin Kapsul 250 mg

## J. Kerangka teori dan kerangka konsep

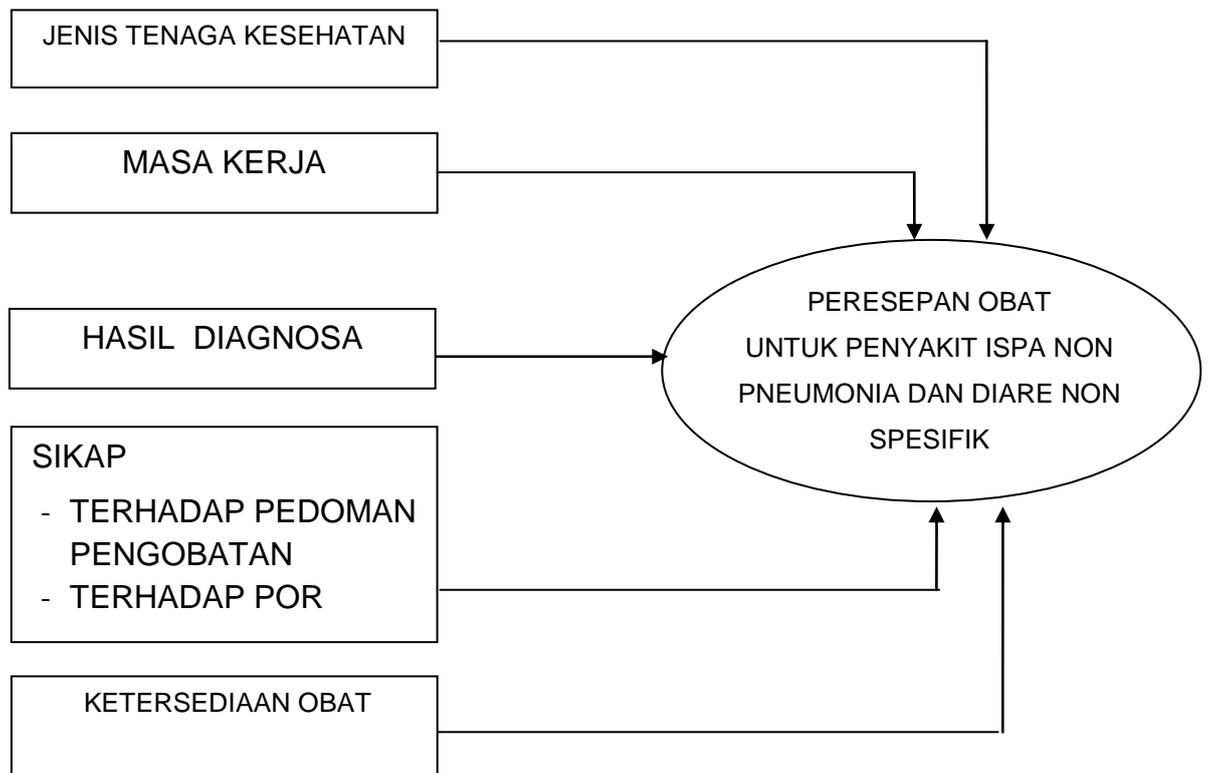
### 1. Kerangka Teori



Sumber : Modifikasi dari berbagai sumber

Gambar 2. Kerangka teori penelitian

## 2. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka konsep Penelitian

### 3. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

#### 1. Peresepan Obat Terhadap Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik

adalah pola peresepan obat oleh tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan pengobatan di Puskesmas pada diagnosis tunggal suatu penyakit berdasarkan Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas.

Kriteria Objektif

Rasional : Jika Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik tidak menggunakan antibiotik.

Tidak Rasional : Jika Penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik menggunakan antibiotik.

#### 2. Jenis Tenaga

Adalah jenis tenaga kesehatan yang melakukan pengobatan di Puskesmas berdasarkan latar belakang pendidikan bidang ilmu kesehatan yang mereka miliki.

Kriteria Objektif

Perawat/Bidan : Tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan perawatan/kebidanan

Dokter : Tenaga kesehatan yang melaksanakan pelayanan pengobatan

### 3. Masa kerja

Adalah lama tugas dalam tahun dari tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan pengobatan di Puskesmas yang dihitung sejak pertama kali secara nyata melaksanakan tugas dimaksud berdasarkan Surat Keputusan Yang Berwenang.

Kriteria Objektif

Singkat : Bila masa kerja tenaga kesehatan  $\leq$  5 Tahun

Lama : Bila masa kerja tenaga kesehatan  $\geq$  6 Tahun

### 4. Hasil Diagnosa

Adalah kesimpulan tertulis tentang jenis penyakit dari proses pengobatan terhadap pasien .yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas baik berupa istilah medis maupun kode penyakit berdasarkan Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas.

Kriteria Objektif

Jelas : Jika tertulis penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik .

Tidak jelas : Jika tidak tertulis penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.

## 5. Sikap terhadap Pedoman Pengobatan

Adalah respon dari tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan pengobatan di Puskesmas terhadap penerapan Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas dengan menggunakan lima kategori dimana jawaban diberi skor 1 sampai 5 kemudian dikategorikan kedalam sikap positif dan negatif.

Kriteria Objektif

Positif : Bila total skor yang di peroleh responden  $\leq$  nilai median sampel

Negatif : Bila total skor yang diperoleh responden  $\geq$  nilai median sampel

## 6. Sikap Terhadap Penggunaan Obat Rasional

Adalah respon dari tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan pengobatan di Puskesmas terhadap penggunaan obat rasional dengan menggunakan lima kategori dimana jawaban di beri skor 1 sampai 5 kemudian di kategorikan kedalam sikap positif dan negatif.

Kriteria Objektif

Positif : Bila total skor yang di peroleh responden  $\leq$  nilai median sampel.

Negatif : Bila total skor yang di peroleh responden  $\geq$  nilai median sampel.

## **7. Ketersediaan Obat**

Adalah Jumlah obat Antibiotik yang tersedia di Puskesmas minimal harus sama dengan stock selama waktu tunggu kedatangan obat.

kriteria Objektif

Kurang tersedia: Jika obat Antibiotik untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik kurang tersedia Di Puskesmas.

Cukup tersedia : Jika obat Antibiotik untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik cukup tersedia di Puskesmas.

## **4. Hipotesis penelitian**

Hipotesis yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah :

1. Ada hubungan antara jenis tenaga kesehatan, masa kerja, penetapan diagnosa, sikap terhadap pedoman pengobatan dan sikap terhadap penggunaan obat rasional dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA Non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.
2. Ada hubungan antara tingkat ketersediaan obat dengan persepsian obat untuk penyakit ISPA non Pneumonia dan Diare Non Spesifik.