

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Seiring dengan perkembangan dunia kesehatan berbagai obat baru telah ditemukan dan informasi yang berkaitan dengan perkembangan obat tersebut juga semakin banyak (Depkes RI, 2008). Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 (Daris, 2008). Tujuan diselenggarakan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Kerasionalan dalam penggunaan obat sangat dibutuhkan mengingat obat dapat bersifat sebagai racun apabila penggunaannya tidak tepat (Anief, 1997). Hal yang harus dihindari dalam penggunaan obat yaitu tidak tepat (dosis, indikasi, cara penggunaan, tidak mempertimbangkan kondisi atau riwayat penyakit pasien, dan lain-lain), tidak aman, tidak ekonomis. Kebutuhan informasi obat erat kaitannya dengan pengetahuan dan sikap pengunjung apotek (Green *et al.*, 1980). Obat berperan penting dalam pelayanan kesehatan. Penanganan dan pencegahan berbagai penyakit yang tidak dapat dilepaskan dari tindakan terapi dengan obat atau farmakoterapi (Depkes RI, 2008).

Menurut penelitian sebelumnya, tingkat pengetahuan penyakit maag pada mahasiswa Fakultas Farmasi UMS kategori baik sekali sebesar 69 (69%) dari 100 responden sedangkan tindakan swamedikasi penyakit maag dalam kategori baik sekali sebesar 93 (93%) dari 100 responden (Wardani, 2011). Berdasarkan survei sebagian mahasiswa Fakultas Kedokteran dan Fakultas Ilmu Kesehatan melalui wawancara ditemukan 28 (80%) dari 35 mahasiswa pernah menderita penyakit maag dan pernah melakukan swamedikasi untuk mengatasi keluhan maag,

sedangkan sisanya yaitu 7 tidak diobati. Dari survei awal inilah peneliti ingin mengetahui seberapa besar swamedikasi penyakit maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka dapat dirumuskan suatu masalah yaitu:

1. Bagaimana tingkat pengetahuan mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS terhadap swamedikasi maag?
2. Bagaimana tindakan swamedikasi gambaran penggunaan obat maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS?
3. Bagaimana kerasionalan penggunaan obat maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan perumusan masalah di atas maka tujuan yang dilakukan penelitian ini adalah:

1. Mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS terhadap swamedikasi maag.
2. Mengetahui tindakan swamedikasi gambaran penggunaan obat maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS.
3. Mengetahui kerasionalan penggunaan obat maag pada mahasiswa Bidang Kesehatan di UMS.

D. Tinjauan Pustaka

1. Swamedikasi

Swamedikasi (pengobatan sendiri) berarti mengobati segala keluhan pada diri sendiri dengan obat-obat yang dibeli sendiri di apotek atau toko obat atas inisiatif sendiri tanpa nasehat dokter (Tjay dan Rahardja, 1993). Keuntungan pengobatan sendiri menggunakan obat bebas dan obat bebas terbatas antara lain: aman bila digunakan sesuai dengan aturan, efektif untuk menghilangkan keluhan (karena 80% keluhan bersifat *selflimiting*), efisiensi biaya, efisiensi waktu, bias ikut berperan dalam mengambil keputusan terapi dan meringankan beban pemerintah dalam keterbatasan jumlah tenaga dan sarana kesehatan di masyarakat (Kristina *et al.*, 2008)

Resiko dari swamedikasi adalah tidak mengenali keseriusan gangguan. Keseriusan gangguan dapat dinilai salah satu atau mungkin tidak dikenali, sehingga pengobatan sendiri bisa dilakukan terlalu lama. Gangguan bersangkutan dapat memperhebat keluhan, sehingga dokter perlu menggunakan obat-obat yang lebih keras. Resiko lain adalah penggunaan obat kurang tepat. Obat bisa digunakan dengan cara salah, terlalu lama atau dalam takaran terlalu besar. Guna mengatasi resiko tersebut, maka perlu mengenali kerugian-kerugian tersebut. Aturan pakai atau peringatan-peringatan yang di ikutsertakan dalam kemasan obat hendaknya dibaca secara seksama dan di taati dengan baik (Tjay dan Rahardja, 1993).

2. Informasi Obat

Pasien harus paham dalam memilih obat sebagai upaya pengobatan sendiri. Disini peran farmasis atau apoteker untuk membantu memilih obat yang tepat. Informasi terhadap golongan obat untuk pengobatan sendiri akan dapat menolong pemakai untuk memahami lebih baik mengenai aksi obat, mencegah, dan merawat resiko yang mungkin timbul (Anief, 1997).

Informasi obat dapat diperoleh dari setiap kemasan, leaflet atau brosur obat. Sebelum menggunakan obat, termasuk obat bebas dan bebas terbatas harus diketahui sifat dan cara pemakainnya agar penggunaannya tepat dan aman. Informasi tersebut dapat diperoleh dari etiket atau brosur pada kemasan obat

bebas dan bebas terbatas. Pada setiap brosur atau kemasan obat selalu dicantumkan: nama obat, komposisi, indikasi, informasi cara kerja obat, aturan pakai, peringatan (khusus untuk obat bebas terbatas), perhatian, nama produsen, nomor batch/lot, nomor registrasi, tanggal kadaluarsa (Depkes RI, 2006).

3. Penyakit Maag

a. Pengertian Maag

Sakit maag adalah peningkatan produksi asam lambung sehingga terjadi iritasi lambung. Maag atau sakit lambung memiliki gejala khas berupa rasa nyeri atau perih pada ulu hati meskipun baru saja selesai makan. Namun kalau rasa perih hanya terjadi sebelum makan atau di waktu lapar dan hilang setelah makan, biasanya karena produksi asam lambung berlebihan dan belum menderita sakit maag (Depkes RI, 2006).

b. Gejala Maag

Beberapa gejala sakit maag yang merupakan dasar diagnosa adalah riwayat rasa tidak enak berulang di ulu hati $\frac{1}{2}$ hingga 1 jam setelah makan (pencernaan) dan timbul terutama pada dini hari, merupakan gejala khas. Rasa nyeri akan menghilang dengan diberi makanan atau antasida, sekurang-kurangnya untuk sementara. Rasa mual dan muntah sering sekali menyertai rasa nyeri di ulu hati. Selain bersendawa, berat badan biasa menurun, sering tak cocok makanan tertentu misalnya lemak, makanan yang pedas dan makanan yang membuat gas (Riyanto, 2008).

Nyeri serta rasa panas pada ulu hati dan dada, mual, kadang disertai muntah dan perut kembung (Depkes RI, 2006). Gejala-gejala umumnya tidak ada atau kurang nyata, kadang kala dapat berupa gangguan pada pencernaan, nyeri lambung dan muntah-muntah akibat erosi kecil di selaput lendir serta adakalanya terjadi pendarahan (Tjay dan Rahardja, 2007). Gastritis akibat terapi penyinaran menyebabkan nyeri, mual dan heartburn (rasa hangat atau rasa terbakar pada dada), yang terjadi karena adanya tukak di lambung (Dipiro, dkk., 2008).

c. Penyebab

Peningkatan produksi asam lambung dapat terjadi karena (Depkes RI, 2006) :

- 1) Makanan atau minuman yang merangsang lambung yaitu makanan yang pedas atau asam, kopi dan alkohol.
- 2) Faktor stress baik stress fisik (setelah pembedahan, penyakit berat, luka bakar) maupun stress mental.
- 3) Obat-obat tertentu yang digunakan dalam jangka waktu lama (missal: obat rematik, anti inflamsi).
- 4) Jadwal makan yang tidak teratur.

Faktor-faktor lain yang kurang kuat berkaitan dengan sakit lambung antara lain adalah riwayat keluarga yang menderita sakit maag, kurangnya daya mengatasi atau adaptasi yang buruk terhadap stress (Riyanto, 2008).

4. Obat-obat yang Digunakan Dalam Penatalaksanaan Sakit Maag

Tujuan terapi maag yaitu mengurangi atau menghilangkan gejala pada penderita, menurunkan frekuensi atau kekambuhan dan durasi refluks gastroesofagus, mengobati mukosa yang terluka, dan mencegah berkembangnya komplikasi. Terapi penyakit maag dikelompokkan menjadi beberapa bagian yaitu modifikasi gaya hidup dan terapi dengan antasid, antogonis reseptor H₂ dan atau inhibitor pompa proton, pemberian terapi farmakologi dengan mengurangi kekuatan asam, dan terapi intervensi (pembedahan antirefluks dan terapi endoskopi (Dipiro, dkk., 2008).

Sakit maag pada awalnya diobati secara simtomatik dengan pemberian obat yang menetralisasi atau menghambat produksi asam lambung berlebihan (jenis antasida) atau obat penghambat produksi asam yang memperbaiki motilitas usus (sistem gerakan usus). Apabila setelah dua minggu obat tidak memberikan reaksi yang berarti, dokter akan memeriksa dengan bantuan peralatan khusus seperti USG, endoskopi, dan lain-lain (Depkes RI, 2006).

a. Antasida

Antasida adalah senyawa yang mempunyai kemampuan untuk menetralkan asam lambung atau mengikatnya (Depkes RI, 2008). Semua obat antasida mempunyai fungsi untuk mengurangi gejala yang berhubungan dengan kelebihan asam lambung, tukak lambung, gastritis, tukak usus dua belas jari dengan gejala

seperti mual, muntah, nyeri lambung, nyeri ulu hati dan perasaan penuh pada lambung (Depkes RI, 2006).

Kebanyakan kerja antasida bersifat lokal karena hanya sebagian kecil dari zat aktifnya yang diabsorpsi. Antasida merupakan asam lemah maka jika berikatan dengan asam yang ada di lambung menyebabkan keasaman lambung berkurang (Priyanto, 2008). Penggunaan antasida bersama-sama dengan obat lain sebaiknya dihindari karena mungkin dapat mengganggu absorpsi lain. Selain itu antasida mungkin dapat merusak salut enteric yang dirancang untuk mencegah pelarutan obat dalam lambung (Depkes RI, 2009).

Antasida yang mengandung magnesium tidak boleh digunakan pada pasien dengan klirens kreatinin kurang dari 30 ml/menit karena ekskresi magnesium dapat menyebabkan toksisitas. Hiperkalemia dapat terjadi pada pasien dengan fungsi renal normal dengan intake kalsium karbonat lebih dari 20 gram/hari dan pasien gagal ginjal dengan intake lebih dari 4 gram/hari (Depkes RI, 2008).

Antasida paling baik diberikan saat muncul atau diperkirakan akan muncul gejala, lazimnya diantara waktu makan dan sebelum tidur, 4 kali sehari atau lebih (Depkes RI, 2008). Sediaan antasida dapat digolongkan menjadi :

1) Antasida dengan kandungan Alumunium dan atau Magnesium

Antasida yang mengandung alumunium atau magnesium yang relatif tidak larut dalam air seperti magnesium karbonat, hidroksida, dan trisilikat serta alumunium glisinat dan hidroksida, bekerja lama bila berada dalam lambung sehingga sebagian besar tujuan pemberian antasida tercapai (Depkes RI, 2008).

Sediaan yang mengandung magnesium mungkin dapat menyebabkan diare, sedangkan sediaan yang mengandung alumunium mungkin dapat menyebabkan konstipasi (Depkes RI, 2009). Antasida yang mengandung magnesium dan alumunium dapat mengurangi efek samping pada usus besar ini (Depkes RI, 2008).

a) Alumunium Hidroksida

Zat koloidal ini sebagian terdiri dari alumunium hidroksida dan sebagian lagi sebagai alumunium oksida terikat pada molekul air. Zat ini berkhasiat *adstringens* yaitu menciutkan selaput lender berdasarkan sifat ion alumunium

yang membentuk kompleks dengan protein. Juga dapat menutupi tukak lambung dengan suatu lapisan pelindung (Tjay dan Rahardja, 2007). Dosis yang digunakan adalah 1-2 tablet dikunyah 4 kali sehari dan sebelum tidur atau diperlukan dan sediaan suspense 1-2 sachet (7-14 mL), 3-4 kali sehari, anak dibawah 8 tahun ½-1 sachet, 3-4 kali sehari. Contoh obat yang mengandung alumunium hidroksida antara lain: Tomaag, Magtral, Corsamaag, Aludonna, Actal, Waisan, Polysilane (Depkes RI, 2011).

b) Magnesium Hidroksida

Magnesium hidroksida memiliki daya netralisasi kuat, cepat dan banyak digunakan dalam sediaan terhadap gangguan lambung bersama alumunium hidroksida, karbonat, dimetikon, dan alginat (Tjay dan Rahardja, 2007). Dosis yang digunakan 1-2 tablet dikunyah 4 kali sehari dan sebelum tidur atau bila diperlukan dan sediaan suspensi 5 mL, 3-4 kali sehari. Contoh obatnya: Promag, Ticomag, Tomaag, Farmacro, Mylacid (Depkes RI, 2011).

c) Kombinasi $Mg(OH)_2$, $CaCO_2$, Famotidin

Dalam dosis yang sama (1 g), MgO lebih efektif untuk mengikat asam daripada natrium bokarbonat, tetapi memiliki sifat pencahar sebagai efek sampingnya (lebih ringan dari Mg sulfat). Untuk mengatasi hal ini, maka zat ini diberikan dalam kombinasi dengan alumunium hidroksida atau kalsium karbonat (perbandingan $Mg(OH)_2:CaCO_3 = 1:5$) yang memiliki sifat sembelit. Magnesium oksida tidak diserap usus sehingga tidak menyebabkan alkalosis (Tjay dan Rahardja, 2007). Dosis dewasa dan anak diatas 12 tahun yaitu sehari 2 x 1 tablet kunyah, diminum jika timbul gejala atau 1 jam sebelum makan. Maksimum 2 tablet/hari (2 tablet 24 jam). Sebaiknya tidak diminum bersamaan makanan. Tablet dikunyah sebelum ditelan. Untuk anak dibawah 12 tahun digunakan sesuai dengan petunjuk dokter. Contoh obatnya: Neosanmag fast dan Promag double action (Depkes RI, 2008).

d) Kompleks magnesium hidrotalsit

Hidrotalsit adalah magnesium alumunium hidroksikarbonat dengan daya netralisasi tetapi agak lemah. pH tidak meningkat diatas lima. Zat ini juga bekerja sebagai antipepsin yang dapat mengikat dan menginaktivasi empedu yang

mengalir naik ke dalam lambung akibat refluks. Setelah kembali di suasana basa dari usus, garam-garam empedu dibebaskan lagi. Dosis untuk dewasa 3-4 kali sehari, 1-2 tablet. Dosis untuk anak-anak 6-12 tahun yaitu 3-4 kali sehari, ½-1 tablet. Dianjurkan untuk minum obat ini segera pada saat timbul gejala dan dilanjutkan 1-2 jam sebelum makan atau sesudah makan dan sebelum tidur malam. Dapat diminum dengan air atau dikunyah langsung (Depkes RI, 2008). Contoh obatnya: Promag, Talcit, Ultacit (Tjay dan Rahardja, 2007).

e) Magnesium karbonat

Dosis yang digunakan 1-2 tablet dikunyah 4 kali sehari dan sebelum tidur atau saat diperlukan dengan dosis suspense 5 mL, 3-4 kali sehari. Contoh obat yang beredar antara lain: Alumunium hidroksida dan Magnesium trisilikat, Antasida DOEN, Decamag, Hufamag, Magasida, Mylanta, Promag, Stopmag, Waisan (Depkes RI, 2008).

f) Magnesium trisilikat

Magnesium trisilikat bekerja lebih lambat dan lebih lama daripada natrium bikarbonat. Daya netralisasinya cukup baik, juga berkhasiat adsorben (menyerap zat-zat lain pada permukaannya). Obat ini bereaksi dengan asam lambung dan membentuk sesium hidroksida yang menutupi tukak lambung dengan suatu lapisan pelindung yang berbentuk gel. Efek samping pada penggunaan jangka panjang zat ini adalah pembentukan batu ginjal (batu silikat) (Tjay dan Rahardja, 2007).

2) Antasida dengan kandungan Asam Karbonat

Natrium bikarbonat merupakan antasida yang larut dalam air dan bekerja cepat. Namun dalam dosis berlebih dapat menyebabkan alkalosis. Seperti antasida lainnya yang mengandung karbonat, terlepasnya karbon dioksida dapat menyebabkan bersendawa (Depkes RI, 2008). Natrium bikarbonat merupakan antasida sistemik yang sekarang sudah sangat jarang digunakan. Penggunaan obat ini sebaiknya dihindari pada pasien yang menjalani diet garam (Depkes RI, 2009). Kelebihan natrium menyebabkan retensi cairan yang berakibat udem dan tekanan darah naik (Priyanto, 2008).

3) Antasida dengan kandungan Bismuth dan Kalsium

Antasida yang mengandung bismuth (kecuali kelat) sebaiknya dihindari karena bismuth yang terabsorpsi bersifat neurotoksik dan cenderung menyebabkan konstipasi. Antasida yang mengandung kalsium dapat menginduksi sekresi asam lambung. Pada dosis rendah manfaat klinisnya diragukan, sedangkan penggunaan dosis berat jangka panjang dapat menyebabkan hiperkalsemia, dan alkalosis (Depkes RI, 2008).

4) Antasida dengan kandungan Simetokin

Senyawa antasida lain seringkali ditemukan dalam sediaan tunggal maupun kombinasi. Simetikon diberikan sendiri atau ditambahkan pada antasida sebagai antibuih untuk meringankan kembung (flatulen) (Depkes RI, 2009). Pada perawatan paliatif dapat mengatasi cegukan (Depkes RI, 2008).

b. Antagonis Reseptor H₂

Semua antagonis reseptor H₂ mengatasi tukak lambung dan duodenum dengan cara mengurangi sekresi asam lambung sebagai akibat penghambatan reseptor histamin-H₂. Antagonis H₂ sebaiknya digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan gangguan ginjal, kehamilan dan pada pasien menyusui (Depkes RI, 2008).

Efek samping antagonis reseptor H₂ adalah diare dan gangguan saluran cerna lainnya, pengaruh terhadap pemeriksaan fungsi hati, sakit kepala, pusingm ruam, dan rasa letih (Depkes RI, 2009). Contoh obat-obatan yang termasuk golongan antagonis reseptor H₂ antara lain yaitu Famotidin, Ranitidin, Ranitidin bismuth nitrat dan simetidin (Depkes RI, 2008).

E. Landasan Teori

Gastritis adalah suatu peradangan mukosa lambung paling sering diakibatkan oleh ketidakteraturan diet, misalnya makan terlalu banyak dan cepat atau makan-makanan yang terlalu berbumbu atau terinfeksi oleh penyebab yang lain seperti alkohol, aspirin, refluks empedu atau terapi radiasi (Brunner & Suddart, 2000)

Secara garis besar, gastritis dapat dibagi menjadi beberapa macam berdasarkan pada manifestasi klinis, gambaran hispatologi yang khas, distribusi anatomi, dan kemungkinan patogenesis gastritis. Didasarkan pada manifestasi klinis, gastritis dapat dibagi menjadi akut dan kronik. Harus diingat, bahwa walaupun dilakukan pembagian menjadi akut dan kronik, tetapi keduanya tidak saling berhubungan. Gastritis kronik bukan merupakan kelanjutan gastritis akut (Suyono, 2001).