

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Status Ekonomi

a. Definisi

Status ekonomi adalah kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. Status ekonomi dapat dilihat dari pendapatan yang disesuaikan dengan harga barang pokok (Kartono, 2006). Menurut Geismar dan La Sorte (1964) dalam Friedman (1998), status ekonomi adalah sebuah komponen kelas sosial, mengacu pada tingkat pendapatan keluarga dan sumber pendapatan. Status sosial ekonomi adalah gambaran tentang keadaan seseorang atau suatu masyarakat yang ditinjau dari segi sosial ekonomi, gambaran itu seperti tingkat pendidikan, pendapatan dan sebagainya. Status ekonomi kemungkinan besar merupakan pembentuk gaya hidup keluarga (Soetjiningsih, 2004).

b. Tingkat Ekonomi

Geismar dan La Sorte (1964) dalam Friedman (1998) membagi keluarga terdiri dari 4 tingkat ekonomi:

1) Adekuat

Adekuat menyatakan uang yang dibelanjakan atas dasar suatu permohonan bahwa pembiayaan adalah tanggung jawab kedua

orang tua. Keluarga menganggarkan dan mengatur biaya secara ralisitis.

2) Marginal

Pada tingkat marginal sering terjadi ketidaksepakatan dan perselisihan siapa yang seharusnya mengontrol pendapatan dan pengeluaran.

3) Miskin

Keluarga tidak bisa hidup dengan caranya sendiri, pengaturan keuangan yang buruk akan menyebabkan didahulukannya kemewahan di atas kebutuhan pokok. Manajemen keuangan yang sangat buruk memungkinkan membahayakan kesejahteraan anak, tetapi pengeluaran dan kebutuhan keuangan melebihi penghasilan.

4) Sangat Miskin

Manajemen keuangan yang sangat jelek, termasuk pengeluaran dan berhutang terlalu banyak, serta kurang tersedianya kebutuhan dasar.

Berdasarkan UMR Provinsi DIY 2011 (Disnakertrans DIY, 2010), status ekonomi seseorang dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

- 1) Penghasilan tipe kelas atas > Rp 808.000
- 2) Penghasilan tipe kelas bawah < Rp 808.000

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi status ekonomi

Menurut Friedman (1998) faktor yang mempengaruhi status ekonomi seseorang yaitu:

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah suatu cita-cita tertentu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka makin mudah dalam memperoleh pekerjaan, sehingga semakin banyak pula penghasilan yang diperoleh. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru dikenal.

2) Pekerjaan

Pekerjaan adalah simbol status seseorang di masyarakat. Pekerjaan jembatan untuk memperoleh uang dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup dan untuk mendapatkan tempat pelayanan kesehatan yang diinginkan.

3) Keadaan ekonomi

Keadaan ekonomi suatu negara akan mempengaruhi kondisi ekonomi keluarga.

4) Latar belakang budaya

Kultur universal adalah unsur kebudayaan yang bersifat universal, ada di dalam semua kebudayaan di dunia, seperti pengetahuan bahasa dan khasanah dasar, cara pergaulan sosial,

adat-istiadat, penilaian umum. Tanpa disadari, kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap terhadap berbagai masalah. Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakatnya, karena kebudayaan pulalah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat asuhannya. Hanya kepercayaan individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominasi kebudayaan dalam pembentukan sikap individual.

5) Pendapatan

Pendapatan adalah hasil yang diperoleh dari kerja atau usaha yang telah dilakukan. Pendapatan akan mempengaruhi gaya hidup seseorang. Orang atau keluarga yang mempunyai status ekonomi atau pendapatan tinggi akan mempraktikkan gaya hidup yang mewah misalnya lebih konsumtif karena mereka mampu untuk membeli semua yang dibutuhkan bila dibandingkan dengan keluarga yang kelas ekonominya ke bawah.

2. Keluarga

a. Definisi

Pengertian keluarga akan berbeda-beda. Hal ini bergantung pada orientasi yang digunakan dan orang yang mendefinisikannya. Marilyn M. Friedman (1998) mendefinisikan bahwa keluarga adalah

dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Menurut UU No. 10 1992, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-isteri, atau suami-isteri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Definisi lain keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya (BKKBN 1999, *cit* Setyowati 2008).

b. Tipe keluarga

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi dua, yaitu: (Suprajitno, 2004)

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman-bibi).

Namun, dengan berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme, pengelompokan tipe keluarga

selain kedua keluarga di atas berkembang menjadi: (Suprajitno, 2004)

- 1) Keluarga bentukan kembali (*dyadic family*) adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.
- 2) Orang tua tunggal (*single parent family*) adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 3) Ibu dengan anak tanpa perkawinan (*the unmarried teenage mother*).
- 4) Orang dewasa (laki-laki atau perempuan) yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah (*the single adult living alone*). Kecendrungan di Indonesia juga meningkat dengan dalih tidak mau direpotkan dengan pasangan atau anaknya kelak jika menikah.
- 5) Keluarga dengan anak tanpa pernikahan sebelumnya (*the nonmarital heterosexual cohabiting family*).
- 6) Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama (*guy and lesbian family*).

c. Fungsi keluarga

Friedman (1998) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, sebagai berikut:

- 1) Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- 2) Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- 3) Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- 5) Fungsi perawatan/ pemeliharaan kesehatan (*the health care function*). Keluarga juga berperan atau berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan

asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan (Setyowati, 2008).

d. Tugas keluarga di bidang kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi: (Suprajitno, 2004)

1) Mengetahui masalah kesehatan keluarga

Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengetahui keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/ keluarga.

2) Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara anggota keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.

Tindakan kesehatan yang dilakukan oleh keluarga diharapkan tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi bahkan teratasi. Dalam hal ini termasuk mengambil keputusan untuk mengobati sendiri.

- 3) Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan sering kali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar. Tetapi keluarga mempunyai keterbatasan yang telah diketahui oleh keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi. Perawatan dapat dilakukan di institusi pelayanan kesehatan atau di rumah apabila keluarga telah memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama.
- 4) Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya bagi keluarga.

3. Perilaku

a. Definisi perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus/ rangsangan dari luar (Skinner, 1938 *cit* Notoatmodjo 2007). Perilaku (manusia) adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia,

baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan.

b. Domain perilaku

Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007), membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain, ranah atau kawasan yakni: kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*).

1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba.

2) Sikap (*attitude*)

Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.

3) Praktik atau tindakan (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behaviour*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang

memungkinkan, antara lain adalah fasilitas dan faktor dukungan (*support*) dari pihak lain.

c. Pembentukan perilaku

Cara pembentukan perilaku menurut Machfoedz dkk (2005) yaitu:

1) Cara pembentukan perilaku dengan kondisioning atau kebiasaan
Yaitu dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, akhirnya akan terbentuklah perilaku tersebut.

2) Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Cara ini berdasarkan atas teori belajar kognitif, yaitu belajar dengan disertai adanya pengertian.

3) Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Cara ini didasarkan pada teori belajar sosial (*social learning theory*) atau *observasional learning theory*, dimana pemimpin menjadi panutan atau contoh yang dipimpinya.

d. Klasifikasi perilaku kesehatan

Klasifikasi perilaku kesehatan menurut Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2007):

1) Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk menyembuhkan bilamana sakit. Perilaku ini terdiri dari 3 aspek, yaitu: perilaku pencegahan penyakit, perilaku peningkatan kesehatan, dan perilaku gizi (makanan dan minuman).

- 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

Perilaku ini menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. Tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self-treatment*) sampai mencari pengobatan keluar negeri.

- 3) Perilaku kesehatan lingkungan

Bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

e. Determinan perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan.

Hal ini berarti, meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respon terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dibedakan menjadi dua, yakni: (Notoatmodjo, 2007)

- 1) Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya:

tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.

- 2) Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya.

f. Pengukuran perilaku

Cara mengukur indikator perilaku atau memperoleh data atau informasi tentang indikator-indikator perilaku untuk pengetahuan, sikap dan praktik agak berbeda. Untuk memperoleh data tentang pengetahuan dan sikap cukup dilakukan melalui wawancara, baik wawancara terstruktur, maupun wawancara mendalam, dan *focus group discussion* (FGD) khusus untuk penelitian kualitatif (Notoatmodjo, 2007). Sedangkan untuk memperoleh data praktik atau perilaku dapat dilakukan melalui dua cara, secara langsung maupun secara tidak langsung. Pengukuran perilaku secara langsung, yaitu dengan pengamatan (observasi). Sedangkan pengukuran perilaku secara tidak langsung menggunakan metode pendekatan *recall* (mengingat kembali). Metode ini dilakukan melalui pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan berhubungan dengan objek tertentu (Notoatmodjo, 2005).

4. Pengobatan Sendiri

a. Definisi pengobatan sendiri

Pengobatan sendiri dalam pengertian umum adalah upaya yang dilakukan untuk mengobati diri sendiri menggunakan obat, obat tradisional, atau cara lain tanpa nasihat tenaga kesehatan (Anderson, 1979 *cit* Supardi dan Notosiswoyo 2005). *Self-medication is the treatment of common health problems with medicines especially designed and labeled for use without medical supervision and approved as safe and effective for such use* (WSMI, 2007). Menurut Badan POM RI (2004), pengobatan sendiri adalah suatu perawatan sendiri oleh masyarakat terhadap penyakit yang umum diderita, dengan menggunakan obat-obatan yang dijual bebas di pasaran atau obat keras yang bisa didapat tanpa resep dokter dan diserahkan oleh apoteker di apotek. Sedangkan menurut *Fédération Internationale Pharmaceutique/ FIP* (1999), yang dimaksud dengan swamedikasi atau *self-medication* adalah penggunaan obat non resep oleh seseorang atas inisiatif sendiri. Pengobatan sendiri merupakan salah satu bagian dari perawatan diri (WSMI, 2010). *The World Health Organization defines self-care as “what people do by themselves to keep their health, prevent and treat illness”* (AQFU, 2006).

b. Sumber pengobatan sendiri

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 917/Menkes/Per/X/1993, obat (jadi) adalah sediaan atau paduan-

paduan yang siap digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki secara fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosa, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi.

Sumber pengobatan di Indonesia mencakup tiga sektor yang saling terkait, yaitu pengobatan sendiri, pengobatan medis, dan pengobatan tradisional (Zulkifli, 2009). Menurut Depkes (2009), dalam upaya pengobatan sendiri, yang paling banyak digunakan adalah obat modern dan tradisional.

1) Obat Modern

Menurut Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik (2006), Obat digolongkan menjadi empat golongan yaitu:

a) Obat Bebas

Obat bebas adalah obat yang dijual bebas di pasaran dan dapat dibeli tanpa resep dokter. Tanda khusus pada kemasan dan etiket obat bebas adalah lingkaran hijau dengan garis tepi berwarna hitam. Obat bebas umumnya berupa suplemen vitamin dan mineral, obat gosok, beberapa analgetik-antipiretik, dan beberapa antasida. Contoh: Parasetamol.



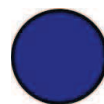
Gambar 2.1 Tanda khusus Obat Bebas

b) Obat Bebas Terbatas

Obat bebas terbatas adalah obat yang sebenarnya termasuk obat keras tetapi masih dapat dijual atau dibeli bebas tanpa resep dokter, dan disertai dengan tanda peringatan. Tanda khusus pada kemasan dan etiket obat bebas terbatas adalah lingkaran biru dengan garis tepi berwarna hitam. Obat-obat yang umumnya masuk dalam golongan ini antara lain obat batuk, obat influenza, obat-obat antiseptik dan tetes mata untuk iritasi ringan. Contoh: CTM. Pada kemasan obat seperti ini biasanya tertera peringatan yang bertanda kotak kecil berdasar warna gelap atau kotak putih bergaris tepi hitam berukuran panjang 5 cm, lebar 2 cm, dengan tulisan sebagai berikut:

| | |
|--|--|
| P. No.1 Awas! Obat Keras Baca aturan pakainya | P. No.4 Awas! Obat Keras Hanya untuk dibakar |
| P. No. 2 Awas! Obat Keras Hanya untuk kumur jangan ditelan | P. No. 5 Awas! Obat Keras Tidak boleh ditelan |
| P. No. 3 Awas! Obat Keras Hanya untuk bagian luar badan | P. No. 6 Awas! Obat Keras Obat wasir, jangan ditelan |

Gambar 2.2 Tanda peringatan pada Obat Bebas Terbatas



Gambar 2.3 Tanda khusus Obat Bebas Terbatas

c) Obat Keras dan Psikotropika

Obat keras adalah obat yang hanya dapat dibeli di apotek

dengan resep dokter. Tanda khusus pada kemasan dan etiket adalah huruf K dalam lingkaran merah dengan garis tepi berwarna hitam. Contoh obat ini adalah amoksilin, asam mefenamat dan semua obat dalam bentuk injeksi.

Obat psikotropika adalah obat keras baik alamiah maupun sintetis bukan narkotik, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktivitas mental dan perilaku. Contoh: Diazepam, Phenobarbital



Gambar 2.4 Tanda khusus Obat Keras dan Psikotropika

d) Obat Narkotika

merupakan zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintesis maupun semi sintesis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan. Obat ini pada kemasannya dengan lingkaran yang didalamnya terdapat palang (+) berwarna merah. Contoh obat narkotika adalah: fentanil (obat bius), Morfin, dan Petidin.



Gambar 2.5 Tanda khusus Obat Narkotika

Obat-obat yang dapat digunakan dalam melakukan pengobatan sendiri adalah obat-obat yang termasuk dalam golongan Obat Bebas, Obat Bebas Terbatas dan obat-obat dalam Daftar Obat Wajib Apotek (DOWA), yaitu obat keras yang dapat diperoleh tanpa resep dokter dan diserahkan oleh apoteker di apotek. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri guna mengatasi masalah kesehatan (Badan POM RI, 2004).

Ada batas lama pengobatan sendiri untuk keluhan tertentu. Semua kemasan obat bebas terbatas wajib mencantumkan tanda peringatan "apabila sakit berlanjut segera hubungi dokter" (SK Menkes No.386/1994). Jadi, pengobatan sendiri yang sesuai dengan aturan adalah penggunaan obat sesuai dengan keterangan yang wajib tercantum pada brosur atau kemasannya (Supardi dan Raharni, 2006)

2) Obat tradisional

Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian atau galenik, atau campuran dari bahan tersebut, yang secara turun menurun telah digunakan untuk pengobatan berdasarkan pengalaman (Badan POM RI, 2005).

Obat tradisional juga dikenal dengan Obat Bahan Alam. Menurut Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik

Indonesia (2004), Berdasarkan cara pembuatan serta jenis klaim penggunaan dan tingkat pembuktian khasiat, Obat Bahan Alam Indonesia dikelompokkan menjadi:

a) Jamu (*Empirical based herbal medicine*)

Jamu adalah obat tradisional yang disiapkan dan disediakan secara tradisional. Pada umumnya, jenis ini dibuat dengan mengacu pada resep peninggalan leluhur yang disusun dari berbagai tumbuhan obat atau sumber hewani. Sifat jamu umumnya belum terbukti secara ilmiah (empirik) namun telah banyak dipakai oleh masyarakat luas.



Gambar 2.6 Logo untuk kelompok Jamu

b) Obat Herbal Terstandar (*Scientific based herbal medicine*)

Obat herbal terstandar adalah sediaan obat bahan alam yang telah dibuktikan keamanan dan khasiatnya secara ilmiah dengan uji pre-klinik dan bahan bakunya telah distandarisasi. Selain proses produksi dengan teknologi maju, jenis ini telah ditunjang dengan pembuktian ilmiah berupa penelitian-penelitian pre-klinik (uji pada hewan) dengan mengikuti standar kandungan bahan berkhasiat, standar pembuatan ekstrak tanaman obat, standar pembuatan obat tradisional yang higienis, dan telah

dilakukan uji toksisitas akut maupun kronis. Contoh: tolak angin, diabet, kiranti, lelap.



Gambar 2.7 Logo untuk kelompok Obat Herbal Terstandar

c) Fitofarmaka (*Clinical based herbal medicine*)

Fitofarmaka adalah sediaan obat bahan alam yang telah dibuktikan keamanan dan khasiatnya secara ilmiah dengan uji pre-klinik dan uji klinik, bahan baku dan produk jadinya telah di standarisasi. Contoh: Stimuno (Dexa Medica), X-Gra (Phapros), Tensigard (Phapros), Rheumaneer (Nyonya mener), dan Nodiar



Gambar 2.8 Logo untuk kelompok Fitofarmaka

c. Tujuan pengobatan sendiri

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 925/Menkes/Per/X/1993, pengobatan sendiri bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menolong dirinya sendiri guna mengatasi masalah kesehatan. Peningkatan pengobatan sendiri secara tepat, aman dan rasional dapat dicapai melalui peningkatan penyediaan obat yang dibutuhkan disertai dengan informasi yang tepat sehingga menjamin penggunaan yang tepat dari obat tersebut. Pengobatan sendiri merupakan salah satu kebijakan *World Health Organization* (WHO). Konferensi Promosi Kesehatan

WHO yang pertama di Ottawa (Kanada) tahun 1986 menyebutkan "Promosi Kesehatan adalah suatu proses yang memungkinkan orang untuk meningkatkan kendali (*control*) atas kesehatannya, dan meningkatkan status kesehatan mereka" (WSMI, 2010).

Sejalan dengan filosofi partisipasi dan pemberdayaan individu, *World Health Organization* (WHO) dalam WSMI (2004) menyatakan bahwa peranan pengobatan sendiri adalah:

- 1) Membantu mencegah dan mengobati gejala-gejala dan penyakit yang tidak memerlukan konsultasi medis.
- 2) Mengurangi beban pelayanan kesehatan dalam mengobati penyakit ringan, terutama pada sumber daya keuangan dan manusia yang terbatas.
- 3) Meningkatkan ketersediaan pelayanan kesehatan untuk penduduk yang tinggal di pedesaan atau daerah terpencil di mana akses untuk pelayanan medis mengalami kesulitan..
- 4) Memungkinkan penderita untuk mengontrol kondisi kesehatan mereka yang sudah kronis.

d. Keuntungan dan kekurangan pengobatan sendiri

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 sakit bersifat *selflimiting*), efisiensi biaya, efisiensi waktu, bisa ikut berperan dalam mengambil keputusan terapi, dan

meringankan beban pemerintah dalam keterbatasan jumlah tenaga dan sarana kesehatan di masyarakat (Holt dan Edwin, 1986 *cit* Kristina dkk, 2008).

Adapun kekurangan pengobatan sendiri adalah obat dapat membahayakan kesehatan apabila tidak digunakan sesuai dengan aturan, pemborosan biaya dan waktu apabila salah menggunakan obat, kemungkinan kecil dapat timbul reaksi obat yang tidak diinginkan, misalnya sensitivitas, efek samping atau resistensi, penggunaan obat yang salah akibat informasi yang kurang lengkap dari iklan obat, tidak efektif akibat salah diagnosis dan pemilihan obat, dan sulit bertindak objektif karena pemilihan obat dipengaruhi oleh pengalaman menggunakan obat di masa lalu dan lingkungan sosialnya (Holt, 1986 *cit* Supardi dan Notosiswoyo 2005).

e. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pengobatan sendiri

Menurut WHO (1998) dalam WSMI (2010), peningkatan kesadaran untuk perawatan sendiri ataupun pengobatan sendiri (*self-medication*) diakibatkan oleh beberapa faktor berikut ini:

1) Status ekonomi keluarga

Keluarga dengan status ekonomi tinggi lebih banyak melakukan pengobatan sendiri dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Dengan meningkatnya pemberdayaan masyarakat, berakibat pada semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah akses untuk mendapatkan informasi.

Dikombinasikan dengan tingkat ketertarikan individu terhadap masalah kesehatan, sehingga terjadi peningkatan untuk dapat berpartisipasi langsung terhadap pengambilan keputusan dalam masalah kesehatan.

2) Gaya hidup

Kesadaran mengenai adanya dampak beberapa gaya hidup yang dapat berakibat pada kesehatan, membuat semakin banyak orang yang lebih peduli untuk menjaga kesehatannya daripada harus mengobati bila terjadi penyakitnya kelak.

3) Kemudahan memperoleh produk obat

Saat ini konsumen lebih memilih kenyamanan membeli obat yang bisa diperoleh dimana saja, dibandingkan harus menunggu lama di rumah sakit atau klinik.

4) Penanganan penyakit akut, kronis dan berulang, serta rehabilitasi

Saat ini telah diakui bahwa diagnosa medis tertentu lebih tepat dikendalikan dengan upaya pengobatan sendiri atau tidak diobati sama sekali. Bahkan, di beberapa negara tindakan ini mungkin suatu keharusan dan bukan pilihan.

5) Kesehatan masyarakat dan faktor lingkungan

Dengan adanya praktek sanitasi yang baik, pemilihan nutrisi yang tepat serta lingkungan perumahan yang sehat,

meningkatkan kemampuan masyarakat untuk dapat menjaga mempertahankan kesehatan serta mencegah terkena penyakit.

6) Ketersediaan produk baru

Saat ini, semakin banyak tersedia produk obat baru yang lebih sesuai untuk pengobatan sendiri. Selain itu, ada juga beberapa produk obat yang telah dikenal sejak lama serta mempunyai indeks keamanan yang baik, juga telah dimasukkan ke dalam kategori obat bebas, membuat pilihan produk obat untuk pengobatan sendiri semakin banyak tersedia.

7) Faktor demografi dan epidemiologi

Perubahan demografi yaitu meningkatnya jumlah populasi lansia harus diimbangi dengan perubahan sistem pelayanan dan kebijakan kesehatan. Demikian juga munculnya perubahan faktor epidemiologi pada pola penyakit membutuhkan adaptasi dari ketetapan dan dana untuk *primary health care*. Perubahan tersebut meliputi memberikan pemahaman pada setiap individu agar lebih bertanggung jawab dan peduli terhadap kesehatan mereka.

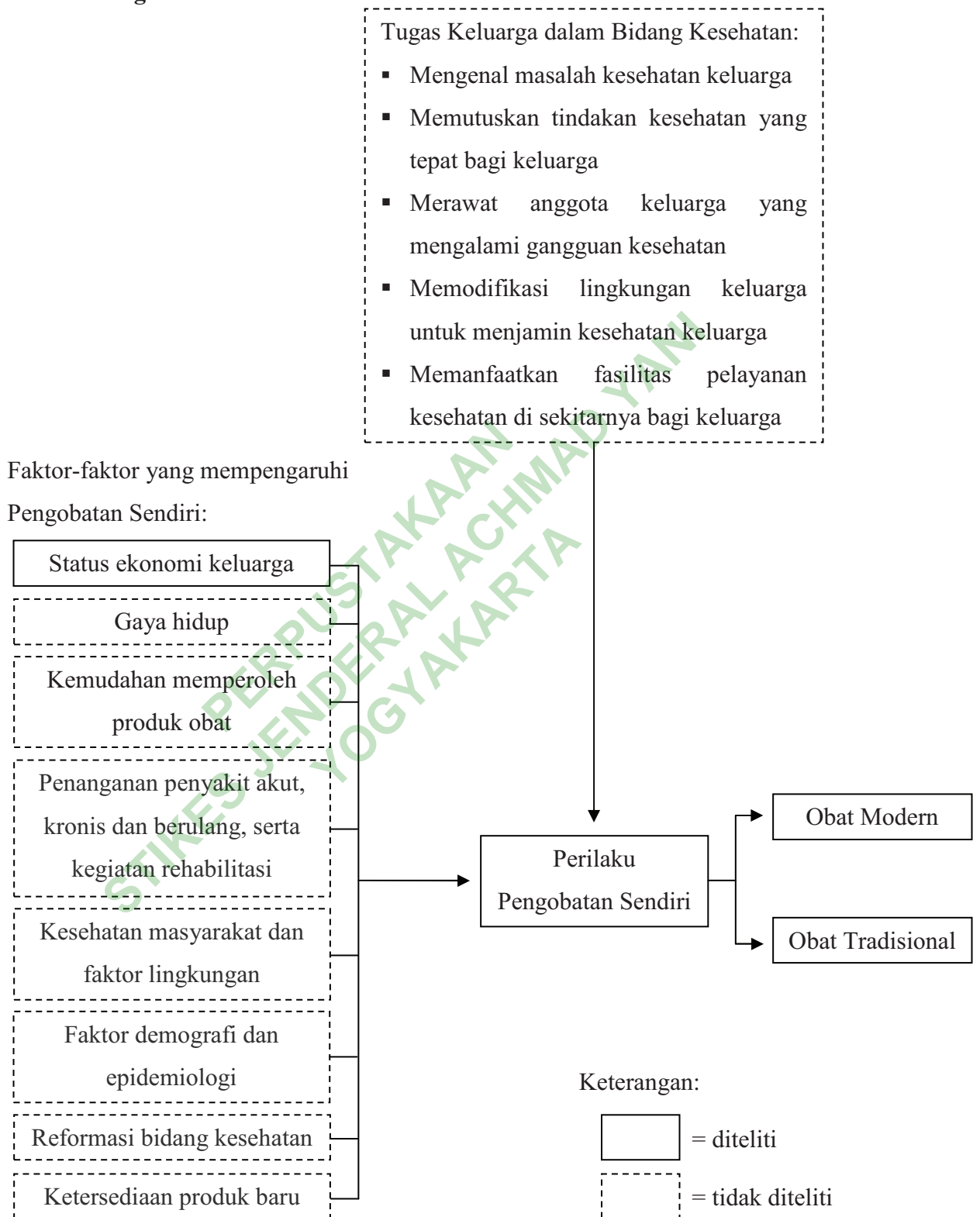
8) Perbaikan pada sektor kesehatan

Ditengah-tengah kemunduran perekonomian dan sumber daya alam (SDA), pemerintah dan beberapa pihak pengelola kesehatan justru sibuk dengan masalah biaya pemeliharaan kesehatan, yaitu ingin menaikkan biaya-biaya tersebut.

Beberapa negara maju membuat suatu mekanisme/ perubahan struktural agar biaya pemeliharaan kesehatan ini dapat dijangkau oleh masyarakatnya dan lebih efektif. *Self-medication* juga dipromosikan guna mengurangi beban biaya kesehatan yang dialokasikan untuk masyarakat umum. Perubahan struktural yang dimaksud yaitu dengan meningkatkan tingkat kepercayaan pada sektor pemberi pelayanan kesehatan yang berbasis individu dan meningkatkan penyebarannya.

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

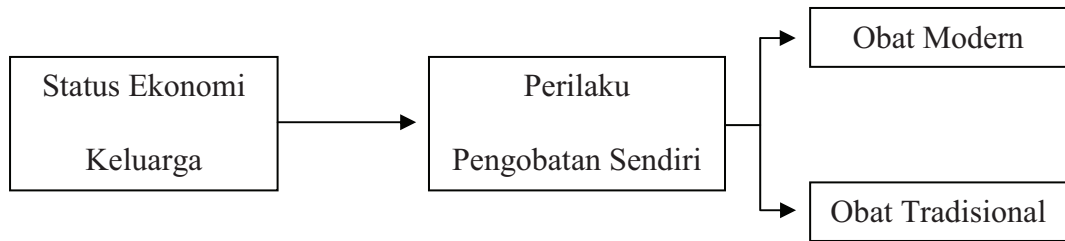
B. Kerangka Teori



Sumber: Suprajitno (2004) dan WHO (1998) dalam WSMI (2010)

Skema 2.1 Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Ho: Tidak ada hubungan antara status ekonomi keluarga dengan perilaku pengobatan sendiri (*self-medication*) di Dusun Madugondo, Sitimulyo, Piyungan, Bantul DIY

Ha: Ada hubungan antara status ekonomi keluarga dengan perilaku pengobatan sendiri (*self-medication*) di Dusun Madugondo, Sitimulyo, Piyungan, Bantul DIY