

## Penilaian Kebutuhan Home Pharmacy Care Untuk Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Yang Disertai Hipertensi Pada Usia Lanjut

### Needs Assessment of Home Pharmacy Care for Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Hypertension in the Elderly

Yuhansyah Nurfauzi<sup>1,2,3</sup>, Fita Rahmawati<sup>1</sup>, Nanang Munif Yasin<sup>1</sup>, Djoko Wahyono<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Pascasarjana Fakultas Farmasi UGM Yogyakarta

<sup>2</sup>Ikatan Apoteker Indonesia Kabupaten Cilacap

<sup>3</sup>STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap

email: nur\_fauzi84@yahoo.co.id, djokowahyono@ugm.ac.id

(tanggal diterima: 19-1-2020, tanggal disetujui: 09-04-2020)

#### INTISARI

*Home Pharmacy Care* (HPC) merupakan pelayanan yang diharapkan dapat diberikan oleh apoteker untuk penyakit kronis maupun lanjut usia (lansia), namun pelaksanaannya masih jauh dari harapan pihak-pihak yang memerlukannya. Penelitian ini merupakan studi kualitatif pertama di Indonesia yang bertujuan untuk menilai kebutuhan pelayanan HPC untuk pasien lansia yang mengalami Diabetes Mellitus (DM) Tipe 2 disertai dengan hipertensi di Cilacap. Penilaian ini menjadi studi awal yang penting untuk penelitian berikutnya dalam rangka membuat model pelayanan HPC bagi pasien lansia.

Sudut pandang pasien dan tenaga kesehatan digali untuk mengungkapkan kebutuhan HPC. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan dilakukan dengan survei disertai wawancara mendalam. Survei dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner kepada apoteker untuk mendeskripsikan aktivitas yang perlu dilakukan dalam HPC beserta kendalanya dan merinci keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakannya. Subjek penelitian berjumlah 32 orang apoteker, sedangkan informan terdiri dari 4 dokter, 3 perawat dan 5 pasien sehingga memenuhi kejenuhan data sebagai kecukupan sampel kualitatif.

Hanya 3 apoteker (9,4%) dari keseluruhan subjek penelitian yang pernah memberikan pelayanan HPC, sedangkan sisanya belum pernah melaksanakannya, namun, semua pihak baik apoteker, petugas kesehatan maupun pasien menyatakan perlunya HPC untuk pasien dengan kondisi tersebut. Kendala yang terungkap dalam penelitian ini adalah keterbatasan sumber daya manusia, waktu dan finansial. Apoteker membutuhkan keterampilan edukasi obat, diet, aktivitas fisik dan pemeriksaan kaki bagi pasien disertai dengan kemampuan komunikasi yang memadai. *Home pharmacy care* masih jarang dipraktikkan di Cilacap, tetapi perlu untuk dilaksanakan dengan selektif karena didukung oleh dokter, perawat serta pasien. Kebutuhan HPC ini relevan untuk ditindaklanjuti dengan pembentukan model pelayanan kefarmasian.

**Kata kunci : diabetes mellitus tipe 2; hipertensi; home pharmacy care; lansia**

#### ABSTRACT

Home Pharmacy Care (HPC) expected to be provided by pharmacists for chronic illnesses or the elderly, however, the implementation is still far from the expectations of those who need it. It is the first qualitative study in Indonesia that aims to assess the need for HPC for elderly patients with Type 2 DM accompanied by hypertension in Cilacap. This is a preliminary study for subsequent research to create a model of HPC for elderly.

Patient and health care providers' perspectives were explored to reveal the need for HPC. This research uses qualitative methods and a survey with in-depth interviews. The survey was conducted by distributing questionnaires to pharmacists to describe the activities in HPC, their constraints, and the skills needed to carry them out. The research subjects consisted of 32 pharmacists, while the informants consisted of 4 doctors, 3 nurses, and 5 patients that met the saturation of the data.



Only 3 pharmacists (9,4%) of the total research subjects have ever provided HPC, while the rest have never done so, however, pharmacists, health workers, and patients stated the need for HPC. Constraints revealed were limited human resources, time and finance. Pharmacists require medication education skills, diet, physical activity and foot examinations accompanied by adequate communication skills. Home pharmacy care is still rarely practiced in Cilacap, but it needs to be implemented selectively because it was supported by doctors, nurses, and patients. The need for HPC was relevant to be followed up with the establishment of a pharmaceutical service model.

**Keyword: elderly; home pharmacy care; hypertension; type 2 diabetes mellitus**

## 1. PENDAHULUAN

Peningkatan populasi lanjut usia (lansia) di Indonesia dapat menimbulkan permasalahan terkait dengan aspek medis. Dua penyakit yang sering dialami secara bersamaan oleh lansia peserta program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di Indonesia adalah diabetes mellitus (DM) dan hipertensi. Diabetes dan hipertensi berhubungan sangat erat dan pengelolannya tidak bisa dipisahkan[1]. Menurut Rosyada dan Trihandini, lansia yang mengalami DM paling banyak disertai dengan satu komplikasi, yaitu hipertensi [2].

Masalah penting terkait dengan DM dan hipertensi yang merupakan penyakit kronis adalah ketidakpatuhan penggunaan obat, sehingga banyak penelitian yang membahas pentingnya peningkatan kepatuhan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Hasil penelitian di Malaysia menyatakan bahwa kepatuhan pengobatan dipengaruhi oleh faktor pasien, faktor obat dan faktor sistem kesehatan. Intervensi perilaku, intervensi edukasi, pelayanan yang terintegrasi, manajemen diri, komunikasi resiko, pengemasan obat dan sistem pengingat merupakan contoh-contoh upaya dalam penelitian untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan berdasarkan faktor-faktor yang mempengaruhinya [3]. Namun, berbagai metode untuk meningkatkan kepatuhan pada penyakit kronis seringkali kompleks dan tidak efektif [4].

Salah satu bentuk intervensi yang memiliki dampak positif dalam meningkatkan kepatuhan penggunaan obat pada lansia adalah yang berbasis pelayanan di rumah dikaitkan dengan upaya edukasi [4][5]. Apabila dirangkai dengan pelayanan setelah keluar dari rumah sakit, maka tindak lanjut pelayanan di rumah menjadi sangat efektif dan efisien untuk mengurangi *drug related problem* (DRP) pada lansia [6]. Pelayanan di rumah atau yang dikenal dengan *home care* juga menjadi prioritas strategi untuk mencapai *healthy ageing* di Asia Tenggara, termasuk Indonesia [7].

Intervensi untuk meningkatkan kepatuhan terhadap aturan pengobatan bagi pasien lansia perlu mencakup berbagai kegiatan yang tepat. Beberapa kegiatan yang terpilih dapat diaplikasikan secara simultan, seperti supervisi dan pendampingan dalam mengkonsumsi obat oleh petugas kesehatan, bantuan/pendampingan teknik, edukasi pasien dan kunjungan ke rumah secara regular oleh apoteker [8]. Apoteker dapat melakukan supervisi terhadap pengobatan dan menyederhanakan rejimen dosis pada kunjungan lanjutan [9]. Intervensi yang bersifat teknis seperti melatih perawatan kaki dapat dilakukan oleh petugas kesehatan, termasuk apoteker, kepada pasien lansia yang mengalami DM tipe 2 sebagaimana yang telah dilakukan di Thailand [10]. Teknik inovatif berbasis pelayanan kefarmasian di rumah yang

dapat diaplikasikan oleh apoteker adalah manajemen terapi obat [11,12]. Hal ini sejalan dengan konsep pelayanan pengobatan di rumah yang dapat dilakukan oleh apoteker komunitas seperti rekonsiliasi obat, mengidentifikasi pasien usia lanjut yang mendapatkan obat yang salah, dosis yang salah, bahkan adanya indikasi yang tidak diobati [13,14].

Berdasarkan ketentuan rujuk balik dan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis), khususnya untuk DM Tipe 2 dan hipertensi, seharusnya fasilitas kesehatan tingkat pertama atau puskesmas/klinik meneruskan pelayanan obat rujukan balik dari fasilitas kesehatan rujukan. Berdasarkan penelitian di Cilacap, seringkali obat yang diperoleh setelah rujuk balik berbeda dengan obat yang diperoleh dari rumah sakit. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa *Drug Related Problems* (DRPs) yang ditemukan di rumah pada pasien DM tipe 2 adalah pasien tidak menggunakan obat karena suatu sebab (28,6%), dosis terlalu rendah (22,8%), efek samping obat (14,3%), dosis terlalu tinggi (8,6%), indikasi yang tidak diterapi (8,6%), pemilihan obat yang tidak tepat (8,6%), dan penggunaan obat tanpa indikasi (5,7%). Selain itu, informasi yang diperoleh pasien saat menggunakan obat sepulang dari rumah sakit maupun dari Prolanis belum memadai, padahal pasien lansia Prolanis DM tipe 2 sekaligus hipertensi mencapai 59,4% [15]. Di sisi yang lain, pelayanan *Home Pharmacy Care* (HPC) merupakan amanat dari standar pelayanan kefarmasian, baik di apotek, puskesmas, maupun rumah sakit. Dilihat dari latar belakang tersebut, diperlukan penilaian untuk menetapkan kebutuhan terhadap *home pharmacy care* berdasarkan sudut pandang apoteker, pasien, dan tenaga kesehatan, khususnya untuk pasien DM Tipe 2 yang disertai dengan hipertensi pada usia lanjut. Penelitian yang dilaksanakan di Cilacap ini merupakan studi kualitatif pertama di Indonesia yang menggali kebutuhan terhadap HPC untuk kategori pasien tersebut. Penelitian ini penting karena DRPs yang muncul di rumah pasien lansia ketika obat digunakan perlu diatasi dengan HPC, sedangkan model pelayanan HPC akan memberikan solusi bila penilaian kebutuhannya relevan dengan kondisi yang ada.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan dilakukan dengan survei disertai wawancara mendalam. Survei yang dilakukan merupakan bentuk kuesioner semi struktural. Survei dilakukan dengan cara menyebarkan kuesioner tersebut kepada apoteker secara *purposive* untuk mendeskripsikan pengalaman HPC, aktivitas yang perlu dilakukan dalam HPC beserta kendalanya dan merinci keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakannya.

### 2.1. SUBJEK DAN INFORMAN PENELITIAN

Subjek penelitian berjumlah 32 orang apoteker yang bekerja di puskesmas, apotek, klinik dan rumah sakit serta bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, sedangkan informan terdiri dari tenaga kesehatan dan pasien. Informan yang terdiri dari 12 responden diwawancarai secara mendalam. Keduabelas informan tersebut terdiri dari 3 perawat, 4 dokter dan 5 pasien yang berasal dari fasilitas kesehatan primer, yaitu klinik maupun puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan pertama

untuk pasien lansia DM tipe 2 yang disertai hipertensi dalam Prolanis. Keterwakilan area pelayanan di Kota Cilacap menjadi pertimbangan pengambilan informan dokter selain pengalaman kerja. Keempat dokter yang menjadi informan berasal dari 3 dokter puskesmas yang berbeda (1 dokter dari wilayah Cilacap Selatan, 1 dokter dari wilayah Cilacap Tengah dan 1 dokter dari wilayah Cilacap Utara), sedangkan satu dokter lainnya merupakan direktur rumah sakit rujukan pertama Prolanis sekaligus dokter umum di klinik praktik umum dan mantan kepala puskesmas. Ketiga perawat yang terlibat berasal dari puskesmas (2 orang) dan klinik (1 orang). Kelima pasien berasal dari tiga orang pasien sebagai perwakilan masing-masing puskesmas seperti halnya dokter dan ditambah dengan dua pasien yang memiliki pengalaman mendapatkan pelayanan rawat jalan rujuk ke rumah sakit kemudian rujuk balik kembali ke fasilitas kesehatan primer.

## **2.2. TRIANGULASI**

Wawancara mendalam merupakan metode triangulasi yang dipilih dalam penelitian ini untuk mengeksplorasi sudut pandang dari pihak yang berbeda. Perspektif apoteker terhadap kebutuhan HPC dapat tergali dari kuesioner semi struktural, sedangkan sudut pandang dokter, perawat dan pasien tergali melalui wawancara mendalam sehingga dapat saling melengkapi dan memperdalam analisis. Penelitian ini juga menggunakan responden yang berbeda-beda, yaitu apoteker, dokter, perawat dan pasien. Apoteker merupakan pihak yang berperan memberikan HPC, sedangkan dokter, perawat, maupun pasien merupakan pihak yang terkait maupun mendapatkan manfaat dari HPC.

## **2.3. INSTRUMEN PENELITIAN**

Survei yang dilakukan dengan kuesioner semi struktural berisi pertanyaan tertutup dan pertanyaan terbuka sebagai berikut:

2.3.1. Bagian pertama berisi pertanyaan tertutup tentang pengalaman apoteker dalam memberikan HPC dengan jawaban pernah/tidak pernah.

Apakah Bapak/Ibu pernah memberikan pelayanan HPC kepada pasien lansia (berusia >60 tahun) yang mengalami DM Tipe 2 disertai dengan penyakit penyerta hipertensi?

2.3.2. Bagian kedua berisi kombinasi pertanyaan tertutup dan terbuka berdasarkan jawaban pertanyaan pertama. Apoteker yang pernah memberikan pelayanan HPC diberi pertanyaan yang berbeda dengan yang tidak pernah memberikan pelayanan HPC. Apoteker yang pernah memberikan HPC diminta untuk menjelaskan aktivitas yang dilaksanakan ketika melaksanakan HPC, sedangkan apoteker yang tidak pernah memberikan HPC diminta untuk menjelaskan kendalanya. Selain itu, pada bagian kedua ini, apoteker diminta untuk memberikan pendapat tentang perlunya HPC, perlunya pelatihan khusus HPC dan keterampilan yang diperlukan untuk melaksanakannya. Pertanyaan terbuka yang diberikan memungkinkan apoteker menjawab dengan lebih dari satu jawaban.

2.3.3. Bagian ketiga berisi pertanyaan terbuka untuk menampung ide-ide apoteker dalam teknis pelaksanaan HPC.

Wawancara mendalam yang dilakukan kepada informan berisi pertanyaan terbuka sebagai berikut:

Apakah apoteker perlu memberikan pelayanan HPC kepada pasien lansia (berusia >60 tahun) yang mengalami DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi?

#### 2. 4. ANALISIS DATA

Hasil survei dengan kuesioner dianalisis secara deskriptif, sedangkan rekaman audio hasil wawancara mendalam ditranskrip kemudian dianalisis secara tematik dengan bantuan program NVivo 12 plus.

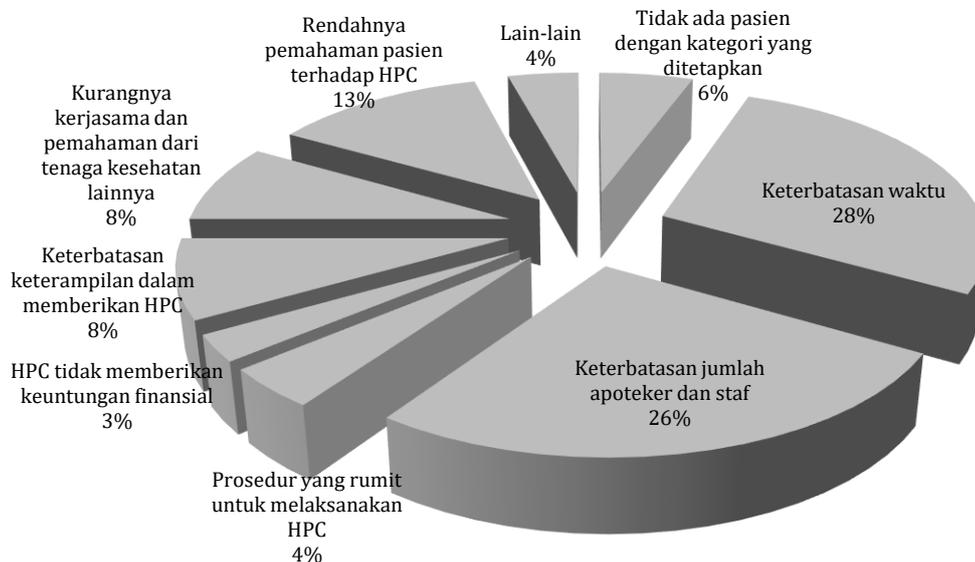
### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data dari 32 apoteker yang telah mengisi kuesioner, 30 orang berjenis kelamin perempuan dan 2 orang laki-laki. Tabel 1 menunjukkan bahwa hanya 3 apoteker (9,4%) yang pernah memberikan pelayanan HPC, sedangkan sisanya belum pernah melaksanakannya. Ketiga apoteker yang pernah melaksanakan HPC bekerja di apotek. Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan HPC di Cilacap masih jarang dilakukan oleh apoteker. Apoteker di puskesmas maupun rumah sakit belum memberikan pelayanan HPC, padahal pasien lansia DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi di kedua fasilitas pelayanan kesehatan tersebut terdaftar dengan lebih jelas dibandingkan dengan apotek. Puskesmas maupun klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan memiliki Program Rujuk Balik (PRB) untuk melanjutkan terapi yang diperoleh di rumah sakit bagi pasien peserta Prolanis yang telah stabil, namun baik apoteker yang bekerja di klinik maupun puskesmas di Cilacap juga belum ada yang memberikan pelayanan HPC. Kondisi tersebut disebabkan karena beberapa kendala yang ditunjukkan pada Gambar 1.

Berdasarkan gambar 1 di atas, kendala terbanyak dalam pelaksanaan HPC adalah keterbatasan apoteker dan staf (28%). Setiap apotek yang melayani program rujuk balik hanya memiliki 2 apoteker, yaitu 1 apoteker utama dan 1 apoteker pendamping. Setiap puskesmas dan klinik hanya memiliki 1 orang apoteker, kecuali hanya ada 1 puskesmas yang memiliki 2 orang apoteker, sedangkan di rumah sakit rujukan pertama, jumlah total apotekernya ada 6 orang (termasuk 4 orang yang menjadi responden penelitian ini). Berdasarkan survei di area pelayanan yang diteliti, rasio apoteker dengan pasien lansia yang mengalami DM Tipe 2 disertai hipertensi adalah 1:12. Data ini diperoleh dengan menghitung jumlah seluruh apoteker yang berpraktik di area penelitian, yaitu sebanyak 37 orang dibandingkan dengan jumlah pasien lansia DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi, yaitu sebanyak 445 orang.

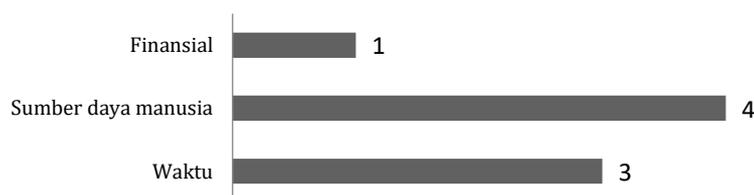
Tabel 1. Pengalaman Apoteker Melaksanakan HPC Berdasarkan Tempat Kerjanya

Tempat Kerja	N	Pernah Memberikan HPC	Tidak Pernah Memberikan HPC
Puskesmas	11	-	11
Apotek	12	3	9
Klinik	5	-	5
Rumah Sakit	4	-	4
Total	32	3	29



**Gambar 1. Kendala pelaksanaan HPC menurut apoteker**

Kendala berikutnya yang juga dominan adalah keterbatasan waktu (26%). Hasil survei menunjukkan bahwa HPC memerlukan waktu 1-2 jam per kunjungan, sedangkan apoteker yang memiliki pengalaman HPC pada praktiknya rata-rata hanya mengalokasikan waktu 30 menit setiap kunjungan. Hal ini menunjukkan bahwa waktu kerja yang digunakan oleh apoteker lebih banyak untuk memberikan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan daripada mengunjungi pasien di rumahnya. Kedua kendala ini disebutkan oleh apoteker sebagai kendala yang lebih banyak daripada kendala lainnya sehingga perlu dilakukan penggalian dari informan selain apoteker sebagai upaya pengecekan dan pendalaman informasi. Hasil wawancara mendalam terhadap dokter dan analisis tematik kendala pelaksanaan HPC dapat dilihat pada gambar 2 di bawah ini.



**Gambar 2. Kendala pelaksanaan HPC menurut dokter**

Melalui wawancara mendalam kepada dokter, diperoleh informasi bahwa kendala sumber daya manusia dan waktu dipandang sebagai kendala utama dalam pelaksanaan HPC. Dengan demikian, kedua kendala tersebut sesuai dengan sudut pandang apoteker sebagai pihak yang menjalankan HPC maupun dari dokter

sebagai salah satu pihak yang terkait dengan HPC karena memandang bahwa apoteker dapat meningkatkan kepatuhan pasien. Beberapa pernyataan dari dokter di puskesmas adalah sebagai berikut:

*“Ya Kalau untuk homecare memang sebenarnya programnya itu ada, tapi karena kendala memang kita tenaganya terbatas, jadinya memang ya sesekali saja tidak rutin... sebenarnya homecare itu ya itu disamping kepatuhan untuk di obat juga... Karena keterbatasan tenaga begitu intinya.”* (Dokter I di Puskesmas A)

*“Dengan seperti itu pasien jadi memang patuh kalau kita mengawasi, begitu ibarat mengawasi terus. Tapi istilahnya seperti pegawai puskesmas tidak terus mengawasi ...”* (Dokter II di Puskesmas B)

Hasil penelitian ini mengungkapkan kendala utama pelaksanaan HPC menurut apoteker dan ternyata mirip dengan hasil penelitian di Jepang. Sebuah studi pendahuluan tentang beban kerja apoteker di komunitas yang melaksanakan *home visit* di Jepang pada tahun 2013 menyoroti keterbatasan staf dan waktu sebagai beban kerja yang dominan. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa rasio apoteker yang khusus menangani *home care* dengan pasien mendekati 1:4 atau 28 apoteker untuk 110 pasien dengan waktu yang digunakan oleh apoteker untuk mengunjungi rumah pasien hanya 5-15 menit (57,4%), diikuti dengan kurang dari 5 menit (21,3%) dan 15-30 menit (21,3%) [16]. Seiring dengan waktu, apoteker yang bekerja di bidang farmasi komunitas di Jepang mampu mendapatkan dukungan pemerintah melalui penambahan jumlah apoteker yang bekerja di komunitas sehingga kendala ini bisa teratasi. Buktinya, pada kurun waktu 3-4 tahun kemudian, pemerintah Jepang memberikan dukungan penuh terhadap pelaksanaan HPC. Praktik apoteker di komunitas menjadi tempat yang paling potensial untuk menerapkan rangkaian pelayanan *home care* terhadap pasien lansia. Pada tahun 2016-2017, apoteker di apotek telah menerapkan rangkaian pelayanan *home care* seiring dengan meningkatnya populasi lansia di Jepang [17,18].

Satu hal yang menjadi temuan dari wawancara mendalam, tetapi tidak terungkap melalui kuesioner adalah kendala tidak adanya dana dari BPJS Kesehatan untuk HPC. Seorang dokter memberikan pernyataan yang terkait dengan hal tersebut. Dokter yang memberikan pernyataan tentang kendala tersebut dapat melihat bahwa HPC merupakan upaya yang perlu dilakukan untuk pasien lansia yang mengalami DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi secara selektif. Temuan ini dapat menjadi hal penting apabila Indonesia hendak menerapkan HPC secara serius. Dokter yang memberikan komentar ini telah memiliki pengalaman matang dalam mengelola kerjasama di klinik dan rumah sakit dengan BPJS Kesehatan serta mampu melihat pola pembiayaan jaminan kesehatan nasional yang dikaitkan dengan pelayanan apoteker sebagaimana kutipan berikut ini.

*“Mungkin selektif ya. Mungkin selektif, karena apa? Ya tenaga. Mengingat tenaga, bukankah dari BPJS juga tidak ada fee nya? Mungkin selektif....”* (Dokter III di klinik sekaligus direktur rumah sakit dan mantan kepala puskesmas)

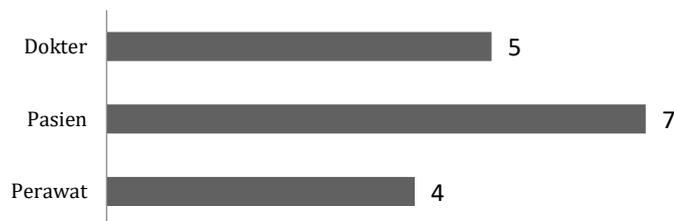
Kendala pembiayaan HPC di Indonesia menjadi sangat strategis untuk diatasi. Apabila Indonesia akan belajar dari keberhasilan pengalaman di Jepang, maka perlu ada mekanisme pembiayaan melalui jaminan kesehatan nasional untuk apoteker yang memberikan HPC. Pada tahun 2016, Jepang telah mengubah kebijakan remunerasi pelayanan yang membuat apoteker di komunitas menjadi lebih kuat dalam mendapatkan pengakuan jasa ketika memberikan pelayanan yang sifatnya berfokus kepada pasien, termasuk HPC. Pemerintah Jepang mengakui bahwa apoteker mampu memberikan solusi terhadap permasalahan ketidakpatuhan penggunaan obat sehingga mampu berkontribusi terhadap pembiayaan kesehatan yang lebih efisien [17]. Hal ini tidak lepas dari permintaan dokter sejak lama agar Apoteker menyediakan supervisi penggunaan obat yang tepat di rumah ketika melakukan *home visit* [19]. Penelitian ini menunjukkan pola yang mirip bahwa dokter sebenarnya membutuhkan apoteker untuk memberikan HPC.

Solusi peningkatan kepatuhan penggunaan obat yang dibuktikan apoteker melalui HPC telah banyak diteliti. Melalui *home care* yang dirangkai dengan konsep supervisi, apoteker di berbagai negara telah terbukti dapat meningkatkan kepatuhan. Supervisi sebagai suatu aktivitas identik dengan melakukan pengawasan, memberikan arahan, membimbing dan menginstruksikan yang disertai dengan tanggungjawab langsung terhadap suatu kinerja [20]. Intervensi yang direkomendasikan oleh WHO untuk meningkatkan kepatuhan penggunaan obat salah satunya adalah *home care* [21]. *World Health Organization* menyebutkan bahwa metode supervisi dapat diimplementasikan sebagai pendekatan yang berfokus pada pasien (*patient-centered approach*). Penerapan supervisi dalam pelayanan kefarmasian dapat berupa kegiatan yang berorientasi pada pasien seperti perencanaan atau penilaian awal sampai dengan pengawasan terhadap terapi obat, edukasi tentang penyakit dan pengobatan [22,23].

Di Amerika Serikat dan Inggris, rangkaian pelayanan *home care* oleh apoteker telah dikembangkan dalam pelayanan kefarmasian rawat jalan di klinik veteran maupun rumah perawatan lansia [23,24]. Di kedua tempat pelayanan tersebut, dasar-dasar aktivitas supervisi dilaksanakan oleh apoteker untuk pasien lansia yang mengalami DM Tipe 2. Supervisi untuk pasien dengan rentang usia yang lebih umum, termasuk lansia di dalamnya dikembangkan juga untuk DM dan penyakit kronis lainnya [22,25,26]. Pengobatan penyakit kronis seperti hipertensi memiliki alasan kuat untuk disupervisi oleh apoteker sampai ke rumah pasien karena adanya peluang ketidakpatuhan dan perlunya penyesuaian obat rutin yang telah diperoleh dalam jangka panjang [25,27,28].

Meskipun apoteker dan dokter mengakui bahwa pelaksanaan HPC tidak terlepas dari beberapa kendala, keduanya sepakat bahwa HPC diperlukan untuk pasien lansia yang mengalami DM Tipe 2 disertai dengan hipertensi. Semua

apoteker (100%) yang dilibatkan dalam penelitian menyatakan perlunya HPC untuk kategori pasien tersebut. Selain dokter, pihak lain yang menyatakan perlunya pelayanan HPC adalah perawat dan pasien itu sendiri. Hasil analisis dukungan pelaksanaan HPC yang berupa persetujuan dan penilaian perlunya HPC dari perspektif dokter, perawat dan pasien dapat dilihat pada gambar 3.



**Gambar 3. Dukungan tentang perlunya HPC dari dokter, pasien dan perawat**

Berdasarkan gambar 3 di atas, semua pihak yang terkait dengan HPC (dokter dan perawat) maupun pasien yang mendapatkan manfaat langsung dari HPC mendukung dan mengungkapkan perlunya pelaksanaan HPC. Hasil koding dengan bantuan NVivo yang ditampilkan pada gambar 3 menunjukkan jumlah kutipan yang berhubungan dengan pernyataan dukungan, persetujuan dan kebutuhan dilaksanakannya HPC. Dukungan tersebut terungkap melalui beberapa pendapat informan yang terwakili pada kutipan wawancara mendalam terhadap masing-masing kelompok informan (dokter, perawat dan pasien).

*“Sangat perlu ya... Sangat perlu karena salah satu kesuksesan gula darah terkontrol dari keteraturan minum obatnya. Nah itu kadang-kadang pengalaman selama ini pasien itu minum obatnya itu berdasarkan rasa dan kehendaknya sendiri misalnya dokter memberikan dosis sehari 3 kali minumnya sehari 2 kali saja. Mungkin kalau ada pemahaman dari khususnya Farmasi langsung mungkin akan lebih membantu”* (Dokter IV di Puskesmas C)

*“Artinya apoteker di situ peranannya nanti sebagai penjelas untuk penggunaan obat, efek samping obat dan sebagainya itu perlu sekali. Walaupun tenaga kesehatan yang lain pun mengetahui tapi spesifikasinya lebih bagus ke apoteker untuk menjelaskan...karena dia lebih berkompeten.”* (Perawat I di Puskesmas D)

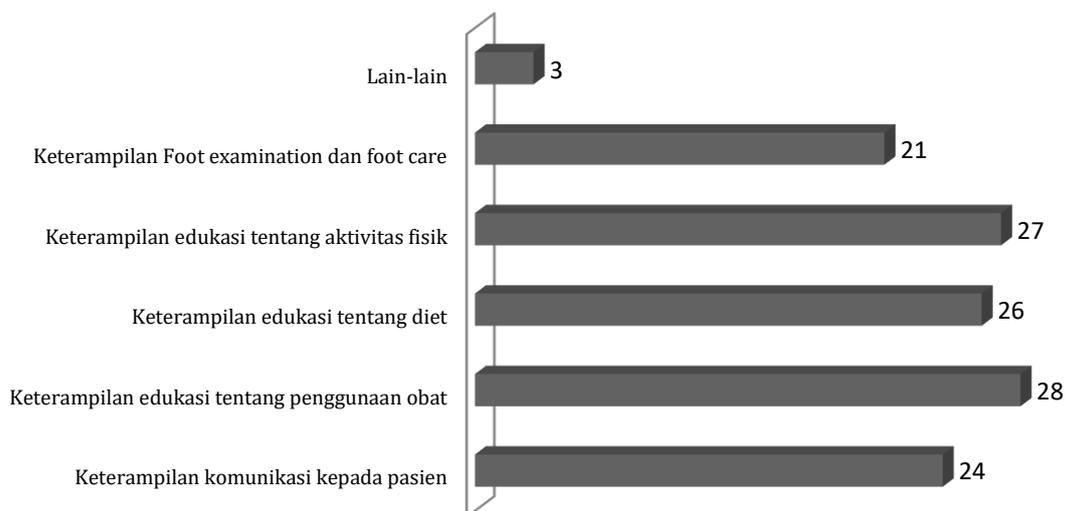
*“Ya bagus...itu ya. Sebenarnya kita seperti kolaborasi antara medis dengan farmasi. Nanti jadi pada saat di homecareya..nah, jadi di homecare nanti...kita seperti memberikan penyuluhan...bagaimana cara dia menghadapi e...sakitnya itu... Jadi kita dari tindakan, nanti dari apoteker itu nanti bisa memberikan solusi dari obat itu sendiri nanti yang akan dikonsumsi pasien.”* (Perawat II di Klinik)

*“Ya bagus, malah itu lebih mendalam lagi. Orang diabetes itu memang macem-macem ya... Mungkin ada apoteker yang datang sehingga kita keluhan apapun bisa*

*disampaikan dan mungkin bisa memberi solusi obatnya apa obatnya begitu bisa.”*  
(Pasien I)

*“Ya kalau saya ya, ya sangat membutuhkan sekali. Saya membutuhkan, membutuhkan...apa itu dari Farmasi, nanti efeknya obat itu apa begitu? Kita tidak tahu.Ya sangat- sangat membutuhkan dan saya terima.”* (Pasien II)

Dengan adanya dukungan dan kebutuhan HPC tersebut, apoteker perlu untuk mengembangkan keterampilan-keterampilan yang penting untuk menunjang pelayanan, khususnya bagi pasien DM Tipe 2 yang disertai dengan hipertensi pada usia lanjut. Berdasarkan data dari kuesioner yang diisi oleh 32 apoteker, terungkap beberapa keterampilan penting yang perlu dimiliki. Keterampilan tentang edukasi, komunikasi dan keterampilan klinik merupakan 3 tema yang berhasil diungkap sebagai pendukung kebutuhan pelayanan HPC yang secara rinci dapat dilihat pada gambar 4.



**Gambar 4. Keterampilan yang dibutuhkan apoteker untuk melaksanakan HPC**

Berdasarkan gambar 4, apoteker tidak hanya memerlukan keterampilan edukasi tentang penggunaan obat, tetapi juga keterampilan edukasi yang terkait dengan pola hidup seperti edukasi tentang diet maupun aktivitas fisik. Perspektif apoteker ini ternyata sesuai dan diperkuat dengan beberapa kutipan harapan dari pasien, perawat maupun dokter yang menyebutkan bahwa pasien lansia DM Tipe 2 yang disertai dengan hipertensi membutuhkan edukasi tentang pola hidup.

*“Mungkin kalau farmasi ahli obat ya, mungkin bisa dipadukan dengan yang lain begitu, mungkin pola hidup.”* (Pasien III)

*“Nah, kalau sekiranya istilahnya ternyata dengan obat ini pasien setelah 2 jam tidak, tidak turun, berarti mungkin harus ditambah...e...kombinasi intinya seperti itu atau mungkin dengan melihat makannya bagaimana?...begitu ...dietnyalah intinya seperti itu, terus olahraganya juga bagaimana? Seperti darah tinggi juga begitu. Selain istilahnya kita pantau obat juga..kok... ternyata obat ini tidak menurunkan tensi kasarannya bisa dilihat dengan yang lainnya.” (Dokter II di Puskesmas B)*

*“Ya dietnya ya misalkan DM harus mengurangi gula hipertensi harus mengurangi garam begitu.” (Perawat III di Puskesmas A)*

*“Jangan cuma dari obatnya saja, tapi dari pola hidupnya harus bisa diubah karena banyak juga pasien- pasien yang itu...itu belum tau betul tentang pola hidupnya harus diubah...Terus makanan-makanan itu ternyata banyak juga yang tidak mengerti, harus yang seperti hipertensi kadar garamnya, makanan yang dihindari dari yang berbahan pengawet dan lain- lain seperti itulah. Nanti kalau ada perawat, ada farmasi ke homecare sepertinya kolaborasi bagus itu.” (Perawat II di Klinik)*

Keterampilan lainnya yang muncul dari perspektif apoteker dan juga pasien adalah keterampilan komunikasi dari apoteker kepada pasien. Keterampilan komunikasi yang dimaksudkan adalah kemampuan menggali informasi dari pasien dan keramahan ketika berkomunikasi kepada pasien.

*“Ya mestinya ya yang pertama mestinya sebagai seorang apoteker bisa melaksanakan sesuai dengan apa yang sesuai dengan ilmu yang didapatnya.Yang kedua dalam wawancara ya yang yang bijaklah jadi dapat menarik simpati.Yang mestinya saya tidak tahu, seolah-olah pertanyaan itu bisa membawa saya untuk menjadi tahu.Yang jelas ya begitu. Jadi kalau pertanyaannya kelihatannya mempersulit, ya tambah tidak tahu. Ya tapi kalau sifatnya itu membawa, saya dibawa, itu Insya Allah ya Insya Allah dapat begitu, ya begitulah.” (Pasien IV).*

*“Tapi yang ramah itu seperti... itu ya baik apotekernya justru mesti memberikan pelayanan...” (Pasien V)*

Komunikasi menjadi salah satu kunci keberhasilan HPC. Aspek keterampilan komunikasi ini penting dimiliki oleh apoteker untuk menunjang kepatuhan pasien terhadap terapi obat yang dijalani[28]. Selain itu, komunikasi tentang efek samping obat dikemukakan oleh pasien dengan lebih baik kepada apoteker daripada kepada dokter. Apoteker kemudian dapat menyampaikannya kepada dokter atau mendorong pasien untuk menyampaikannya sendiri kepada dokter[28,29].Hal lain yang juga penting untuk dikomunikasikan adalah menyampaikan tentang pelayanan HPC kepada pihak terkait lainnya. Sistematis review terbaru telah menyatakan bahwa komunikasi secara kreatif, baik kepada dokter, perawat, keluarga pasien, maupun institusi pelayanan kesehatan, merupakan keterampilan

sosial yang perlu dimiliki bagi apoteker yang hendak memberikan pelayanan kepada lansia[30].

Keterampilan lainnya yang tidak kalah penting adalah *foot examination* dan *foot care*. Keterampilan ini termasuk ke dalam keterampilan klinis seorang apoteker yang sangat esensial, khususnya ketika memberikan HPC untuk pasien DM. Kebutuhan apoteker terhadap keterampilan ini sesuai dengan harapan dan pengalaman pasien yang memandang bahwa apoteker juga bisa terampil dalam merawat luka di kaki.

*“Ya senang sekali senang ya karena saya udah pernah (mengalami luka di kaki). Jadi bagaimana rasanya merawat luka yang kecil. Ini baru kecil tidak seperti orang sampai sini- sini (menunjuk lutut) ya sampai seperti itu. Sebulan, lebih 2 bulan. Yang ini 2 bulan, yang ini sebulan baru sembuh. Perawatannya harus tahu. Untung saya punya Farmasi itu.”* (Pasien II)

*Foot care* atau perawatan kaki yang dimaksudkan oleh pasien merupakan perawatan terhadap luka yang ada di kaki. Namun, peran apoteker sebenarnya tidak terbatas pada perawatan luka pada kaki, tetapi bisa bersifat pencegahan luka pada kaki dengan *foot examination* atau pemeriksaan pada kaki. Perawatan luka pada kaki pasien diabetes di Indonesia biasanya dilakukan oleh perawat. Temuan dari penelitian ini, perawat juga mendukung agar apoteker mampu memiliki keterampilan pemeriksaan pada kaki.

*“Ya bagus, karena termasuknya kalau untuk pemeriksaan kaki itu jarang karena pemeriksaan kadang yang dilihat yang dari atas, yang tampak itu terus dari tanda-tanda vital. (Kaki memang) ditutup tapi untuk pemeriksaan secara keseluruhan secara fisik jarang. Apalagi ini kalau di pasien DM. Kalau di pasien DM banyak yang terserang kaki namanya sudah DM kena luka itu timbulnya sebenarnya sudah lama.”* (Perawat II di Klinik)

Temuan tentang keterampilan *foot care* dan *foot examination* dari penelitian ini sejalan dengan *systematic review* terbaru. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa apotek dan apoteker berada pada posisi yang baik untuk menyediakan berbagai pelayanan yang merupakan bentuk intervensi *foot care* untuk pasien diabetes [31]. Apoteker di Cilacap mengusulkan bahwa salah satu peralatan yang dibutuhkan ketika pelaksanaan HPC adalah cermin. Cermin ini berguna untuk membantu lansia dalam melaksanakan pemeriksaan kaki dengan dibantu oleh apoteker yang datang ke rumah dalam pelayanan HPC.

#### **4. KESIMPULAN**

*Home pharmacy care* masih jarang dipraktikkan di Cilacap, tetapi perlu untuk dilaksanakan dengan selektif karena didukung oleh dokter, perawat serta pasien.

#### **5. UCAPAN TERIMA KASIH**

Penulis menyampaikan terimakasih kepada Direktorat Penelitian UGM atas pendanaan yang telah diberikan.

## 6. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. World Health Organization (Ed.), 2015. *World Report on Ageing and Health*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- [2]. Rosyada, A. dan Trihandini, I., 2013. Determinan Komplikasi Kronik Diabetes Melitus pada Lanjut Usia. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7: 395–402. <http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v7i9.11>
- [3]. Wasif Gillani, S., Azhar Syed Sulaiman, S., dan Oktavia Sari, Y., 2011. *Community care: Patient in Home Care Plan (PHCP)*, LAMBERT Academic Publishing.
- [4]. Costa, E., Pecorelli, S., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., dkk., 2015. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Preference and Adherence*, 1303. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87551>
- [5]. Lee, J., Alshehri, S., Kutbi, H., dan Martin, J., 2015. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 101. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S70404>
- [6]. Garcia-Caballos, M., Ramos-Diaz, F., Jimenez-Moleon, J.J., dan Bueno-Cavanillas, A., 2010. Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age and Ageing*, 39: 430–438. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq045>
- [7]. World Health Organization, 2014, *Regional Strategy for Healthy Ageing (2013-2018)*, World Health Organization, Regional Office for South-east Asia, New Delhi.
- [8]. Wehling, M. (Ed.), 2013. *Drug Therapy for the Elderly*. Springer Vienna, Vienna.
- [9]. Leiva, A., Moreno, L., Duro, R.E., Serra, F., Dagosto, P., Iglesias, A.A., dkk., 2014. Efficacy of a brief multifactorial adherence-based intervention in reducing blood pressure: a randomized clinical trial. *Patient Preference and Adherence*, 1683. <https://doi.org/10.2147/PPA.S66927>
- [10]. Roglic, G. dan World Health Organization (Eds.), 2016. *Global Report on Diabetes*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- [11]. Bailey, J.E., Surbhi, S., Bell, P.C., Jones, A.M., Rashed, S., dan Ugwueke, M.O., 2016. SafeMed: Using pharmacy technicians in a novel role as community health workers to improve transitions of care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 56: 73–81. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2015.11.011>
- [12]. Harlow, C., Hanna, C., Eckmann, L., Gokun, Y., Zanjani, F., Blumenschein, K., dkk., 2017. Quality of Life and Medication Adherence of Independently Living Older Adults Enrolled in a Pharmacist-Based Medication Management Program. *Pharmacy*, 5: 20. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fpharmacy5020020>
- [13]. Oboh, L., dan Burns, N. 2010, *An open learning programme for pharmacists and pharmacy technicians Older people: managing medicines*. Centre for



- Pharmacy Postgraduate Education, School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, University of Manchester. 75-77
- [14]. Dilks, S., Emblin, K., Nash, I., dan Sally. 2016, Pharmacy at home: service for frail older patients demonstrates medicine risk reduction and admission avoidance, *The Pharmaceutical Journal: A Royal Pharmaceutical Society Publication*, Volume 8 No 7. DOI: 10.1211/CP.2016.20201303
- [15]. Nurfauzi, Y., Iwo, M.I., dan Murwiningsih. 2016, Penerapan Pelayanan Kefarmasian Residensial untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Cilacap, Ikatan Apoteker Indonesia, *Proceedings Book Rakernas dan Pertemuan Ilmiah Tahunan Ikatan Apoteker Indonesia: Developing Pharmacist Role for Better Quality of Life in AEC Era Yogyakarta 27-29 September 2016*, Kristina, S.A, IAI, Yogyakarta, 172-177.
- [16]. Onda M, Imai H, Kataoka Y, Takamatsu M, Tanaka M, Tanaka H, et al. A Preliminary Study about the Relationship between Workload and the Outcomes of Community Pharmacists' Home Visiting Service. *Japanese Journal of Social Pharmacy*. 2013;32(2):2-7.
- [17]. Nakagawa S, Kume N. Pharmacy Practice in Japan. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy*. 2017;70(3):232.
- [18]. Ueno K, Toyoshima S. The promotion of in-home medical care services by community pharmacists. *RSMP*. 2016;6(1):33-45.
- [19]. Onda M. Inquiry into the ideal function of the pharmacy in home care. *Geriatrics & Gerontology International*. 2004;4(3):132-140.
- [20]. Embrey M. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. *Management sciences for health*; 2012.
- [21]. World Health Organization. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update. World Health Organization; 2017.
- [22]. Rojas-Fernandez CH, Patel T, Lee L. An Interdisciplinary Memory Clinic: A Novel Practice Setting for Pharmacists in Primary Care. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(6):785-95.
- [23]. Collier IA, Baker DM. Implementation of a pharmacist-supervised outpatient diabetes treatment clinic. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2014;71(1):27-36.
- [24]. Andreassen LM, Kjome RLS, Sølviik UØ, Houghton J, Desborough JA. The potential for deprescribing in care home residents with Type 2 diabetes. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2016;38(4):977-84
- [25]. Leiva A, Moreno L, Duro RE, Serra F, Dagosto P, Iglesias AA, et al. Efficacy of a brief multifactorial adherence-based intervention in reducing blood pressure: a randomized clinical trial. *Patient Preference and Adherence*. 2014;1683.
- [26]. Celio J, Ninane F, Bugnon O, Schneider MP. Pharmacist-nurse collaborations in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 22]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399118300466>



- [27]. Porter AK, Taylor SR, Yabut AH, Al-Achi A. Impact of a pill box clinic to improve systolic blood pressure in veterans with uncontrolled hypertension taking 3 or more antihypertensive medications. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2014;20(9):905–911.
- [28]. Burnier M, editor. *Drug Adherence in Hypertension and Cardiovascular Protection* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [cited 2019 Jan 1]. (Updates in Hypertension and Cardiovascular Protection). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76593-8>
- [29]. Olesen C, Harbig P, Buus KM, Barat I, Damsgaard EM. Impact of pharmaceutical care on adherence, hospitalisations and mortality in elderly patients. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2014;36(1):163–71
- [30]. Nurfauzi Y, Wahyono D, Rahmawati F, Yasin NM. Creative communication in networking services as the social skill of geriatric pharmacist. *Int J Res Pharm Sci*. 2020 Jan 29;11(1):933–41.
- [31]. Soprovich, A.L., Sharma, V., Tjosvold, L., Eurich, D.T., Johnson, J.A., 2019. Systematic review of community pharmacy-based and pharmacist-led foot care interventions for adults with type 2 diabetes. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada* 152, 109–116. <https://doi.org/10.1177/1715163519826166>

