BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengobatan Rasional

2.1.1 Definisi Pengobatan rasional

Pengobatan sendiri sering dilakukan oleh masyarakat. Dalam pengobatan sendiri sebaiknya mengikuti persyaratan penggunaan obat rasional. Penggunaan obat dikatakan rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang adekuat dan dengan harga yang paling murah untuk pasien dan masyarakat (WHO, 1993).

2.1.2 Kriteria Pengobatan Rasional

Secara praktis, penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria (Kemenkes, 2011):

2.1.2.1 Tepat Diagnosis

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

2.1.2.2 Tepat Indikasi Penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memberi gejala adanya infeksi bakteri.

2.1.2.3 Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit

2.1.2.4 Tepat Dosis

Dosis, cara, dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang memiliki rentang terapi yang sempit, akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

2.1.2.5 ` Tepat 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 efektivtasnya.

2.1.2.6 Tepat Interval Waktu Pemberian

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

2.1.2.7 Tepat 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. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

2.1.2.8 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 atropin bukan alergi tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah.

Pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

2.1.2.9 Tepat penilaian kondisi pasien

Respon individu terhadap efek obat sangat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan karena resiko terjadinya nefrotoksisitas pada kelompok ini meningkat secara bermakna.

Beberapa kondisi berikut harus dipertimbangkan sebelum memutuskan pemberian obat. *β-bloker* (misalnya propranolol) hendaknya tidak diberikan

pada penderita hipertensi yang memiliki riwayat asma, karena obat ini memberi efek bronkhospasme. Antiinflamasi Non Steroid (AINS) sebaiknya juga dihindari pada penderita asma, karena obat golongan ini terbukti dapat mencetuskan serangan asma. Peresepan beberapa jenis obat seperti simetidin, klorpropamid, aminoglikosida dan allopurinol pada usia lanjut hendaknya ekstra hati-hati, karena waktu paruh obat-obat tersebut memanjang secara bermakna, sehingga resiko efek toksiknya juga meningkat pada pemberian secara berulang. Peresepan kuinolon (misalnya siprofloksasin dan ofloksasin), tetrasiklin, doksisiklin, dan metronidazol pada ibu hamil sama sekali harus dihindari, karena memberi efek buruk pada janin yang dikandung.

2.1.2.10 Obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin, serta tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau.

Untuk efektif dan aman serta terjangkau, digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar obat esensial didahulukan dengan mempertimbangkan efektivitas, keamanan dan harganya oleh para pakar di bidang pengobatan dan klinis.

Untuk jaminan mutu, obat perlu diproduksi oleh produsen yang menerapkan CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Baik) dan dibeli melalui jalur resmi. Semua produsen obat di Indonesia harus dan telah menerapkan CPOB.

2.1.2.11 Tepat informasi

Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi.

2.1.2.12 Tepat tindak lanjut (*follow-up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping. Sebagai contoh, terapi dengan teofi lin sering memberikan gejala takikardi. Jika hal ini terjadi, maka dosis obat perlu ditinjau ulang atau bisa saja obatnya diganti. Demikian pula dalam penatalaksanaan syok anafilaksis, pemberian injeksi adrenalin yang kedua perlu segera dilakukan, jika pada pemberian pertama respons sirkulasi kardiovaskuler belum seperti yang diharapkan.

2.1.2.13 Tepat penyerahan obat (dispensing)

Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen. Pada saat resep dibawa ke apotek atau tempat penyerahan obat di Puskesmas, apoteker/ asisten apoteker menyiapkan obat yang dituliskan peresep pada lembar resep untuk kemudian diberikan kepada pasien. Proses penyiapan dan penyerahan harus dilakukan secara tepat, agar pasien mendapatkan obat sebagaimana harusnya. Dalam menyerahkan obat petugas juga harus memberikan informasi yang tepat kepada pasien.

2.1.2.14 Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan.

Ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan jenis dan atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak, frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering, jenis sediaan obat terlalu beragam, pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi, pasien tidak mendapatkan informasi atau penjelasan yang cukup mengenai cara menggunakan obat, atau karena timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung) atau efek ikutan (urine menjadi merah karena minum rifampisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu.

2.2. Resep

2.2.1 Pengertian Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter, dokter gigi, atau dokter hewan kepada apoteker, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan sediaan farmasi dan/atau alat kesehatan bagi pasien (Kemenkes, 2017).

2.2.2 Persyaratan Resep

Persyaratan administrasi meliputi nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien, nama dan paraf dokter, tanggal resep, dan ruangan/unit asal resep.

Persyaratan farmasetik meliputi bentuk dan kekuatan sediaan, dosis dan jumlah obat, stabilitas dan ketersediaan, aturan dan cara penggunaa dan inkompatibilitas (ketidakcampuran obat).

Persyaratan klinis meliputi ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat, duplikasi pengobatan, alergi, interaksi dan efek samping Obat,kontra indikasi, dan efek adiktif (Kemenkes, 2016).

2.3 Diare

2.3.1 Pengertian Diare

Diare adalah peradangan mukosa lambung dan usus yang ditandai dengan diare dengan frekuensi 3 kali atau lebih dalam waktu 24 jam. Apabila diare > 30 hari disebut kronis. WHO (*World Health Organization*) mendefinisikan diare akut sebagai diare yang biasanya berlangsung selarna 3 - 7 hari tetapi dapat pula berlangsung sampai 14 hari. Diare persisten adalah episode diare yang diperkirakan penyebabnya adalah infeksi dan mulainya sebagai diare akut tetapi berakhir lebih dari 14 hari, serta kondisi ini menyebabkan malnutrisi dan berisiko tinggi menyebabkan kematian. Diare lebih sering terjadi pada anak-anak karena daya tahan tubuh yang belum optimal. Diare merupakan salah satu penyebab angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada anak di bawah urnur lima tahun di seluruh dunia, yaitu mencapai 1 milyar kesakitan dan 3 juta kematian per tahun. Penyebab diare antara lain infeksi, malabsorbsi, keracunan atau alergi makanan dan psikologis penderita. Infeksi yang menyebabkan diare akibat *Entamoeba histolytica* disebut disentri, bila disebabkan oleh *Giardia lamblia* disebut giardiasis, sedangkan bila disebabkan oleh *Vibrio cholera* disebut kolera (Ikatan Dokter Indonesia[IDI], 2014).

2.3.2 Klasifikasi Diare

Ditinjau dari ada atau tidaknya infeksi, diare dibagi menjadi dua golongan; diare spesifik dan diare non spesifik. Diare non spesifik yaitu diare yang bukan disebabkan oleh kuman khusus maupun parasit, dan diare spesifik yaitu diare yang disebabkan oleh kuman khusus seperti *amoeba, shigella*, dll (Siregar, 2003).

Ditinjau dari organ yang terkena infeksi diare, diare dapat dibagi menjadi diare infeksi enteral dan parenteral. Diare infeksi enteral diakibatkan oleh infeksi di usus, misalnya diare yang ditimbulkan oleh bakteri, virus dan parasit dan diare infeksi parenteral atau diare akibat infeksi dari luar usus, misalnya: diare karena bronkhitis (Siregar, 2003).

Ditinjau dari lama infeksi, diare dibagi menjadi dua golongan;diare akut dan diare kronik. Diare akut yaitu diare yang terjadi karena infeksi usus yang bersifat mendadak, berlangsung cepat dan berakhir dalam waktu 3 sampai 5 hari. Hanya 25% sampai 30% pasien yang berakhir melebihi waktu 1 minggu dan hanya 5 sampai 15% yang berakhir dalam 14 hari. Diare kronik yaitu diare yang berlangsung 2 minggu atau lebih (Siregar, 2003)

Apabila pada diare pengeluaran cairan melebihi pemasukan maka akan terjadi defisit cairan tubuh, maka akan terjadi dehidrasi. Berdasarkan derajat dehidrasi maka diare dapat dibagi menjadi diare tanpa dehidrasi, diare dehidrasi ringan sedang dan diare dehidrasi berat. Pada dehidrasi berat terjadi defisit cairan sama dengan atau lebih dari 10% berat badan.7 Anak dan terutama bayi memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita dehidrasi dibandingkan orang dewasa (Yusuf, 2011).

Tabel 1 Pengklasifikasian Diare pada balita *(Kemenkes, 2015)*

Pengklasifikasian Diare	Gejala	Klasifikasi	Tindakan/Pengobatan
Untuk dehidrasi	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: · Letargis atau tidak sadar · Mata cekung. · Tidak bisa minum atau malas minum. · Cubitan kulit perut kembali sangat lambat.	Diare dehidrasi berat	· Jika tidak ada klasifikasi berat lainnya Beri cairan untuk dehidrasi berat (Rencana Terapi C, termasuk pemberian tablet Zinc). · Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lainnya: · Rujuk segera dan selama dalam perjalanan ibu diminta terus memberi larutan oralit sedikit demi sedikit. · Anjurkan ibu agar tetap memberi ASI · Jika ada kolera di daerah tersebut, beri antibiotik untuk kolera
	Terdapat dua atau lebih tanda-tanda berikut: · Gelisah, rewel /mudah marah. · Mata cekung. · Haus, minum dengan lahap. · Cubitan kulit perut kembali lambat.	Diare dehidrasi ringan/ sedang	· Beri cairan & makanan sesuai Rencana Terapi B dan Tablet Zinc. · Jika anak juga mempunyai klasifikasi berat lain: - rujuk segera. ·Jika masih bisa minum, berikan ASI dan larutan oralit selama perjalanan. ·Nasihati kapan kembali segera ·Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan
	Tidak cukup tanda-tanda untuk diklasifikasikan sebagai diare dehidrasi berat atau ringan/sedang.	Diare tanpa dehidrasi	·Beri cairan & makanan sesuai Rencana Terapi A dan Tablet Zinc. ·Nasihati kapan kembali segera. ·Kunjungan ulang 5 hari jika tidak ada perbaikan.
dan jika diare 14 hari atau lebih	· Ada dehidrasi.	Diare persisten berat	·Atasi dehidrasi sebelum dirujuk, kecuali ada klasifikasi berat lain. ·Rujuk.
	·Tanpa dehidrasi.	Diare persisten	·Nasihati pemberian makan untuk Diare Persisten. · Kunjungan ulang 5 hari.
dan jika ada darah dalam tinja	·Ada darah dalam tinja	Disenteri	·Beri antibiotik yang sesuai ·Nasihati kapan kembali segera. ·Kunjungan ulang 2 hari.

2.3.3 Penyebab Diare

Mengenai penyebab diare (Suraatmaja, 2007) menyatakan 70-90% penyebab diare saat ini sudah dapat diketahui dengan pasti. Penyebab dari diare dapat dibagi menjadi dua bagian ialah penyebab tidak langsung atau faktor-faktor yang dapat mempermudah atau mempercepat terjadinya diare.

Jika ditinjau dari sudut patofisiologi, penyebab diare dapat dibagi dalam 2 golongan, yaitu diare sekresi dan diare osmotik. Diare sekresi (secretory diarrhea) disebabkan oleh Infeksi virus, kuman-kuman pathogen dan apatogen, hiperperistaltik usus halus yang dapat disebabkan oleh bahan-bahan kimia, makanan, gangguan psikis (ketakutan, gugup), gangguan syaraf, hawa dingin, alergi, dan defisiensi imun terutama *SIgA* (*secretory Immunoglobulin A*) yang mengakibatkan bakteri/ jamur tumbuh berlipat ganda (*overgrowth*). Diare osmotik (*osmotic diarrhea*) disebabkan oleh malabsorbsi makanan, KKP (Kekurangan Kalori Protein), dan juga dapat terjadi pada pada BBLR dan bayi baru lahir

Diare juga bisa disebabkan oleh makanan dan minuman, infeksi jamur, perubahan udara, dan intoleransi laktosa. Diare dapat dipicu oleh kekurangan zat gizi atau kelaparan (perut kosong) apalagi bila perut kosong dalam waktu yang cukup lama, kemudian diisi dengan makanan dan minuman dalam jumlah banyak pada waktu yang bersamaan, terutama makanan yang berlemak, terlalu manis, atau banyak serat. Diare akibat makanan juga dapat terjadi apabila tidak tahan terhadap makanan tertentu yang dapat menimbulkan alergi atau terjadi keracunan makanan. Perubahan udara sering menyebabkan seseorang merasa tidak enak dibagian perut, kembung, diare, dan mengakibatkan rasa lemas oleh karena cairan tubuh yang terkuras habis. Intoleransi laktosa disebabkan karena defisiensi

enzim laktase. Laktase adalah enzim yang disekresi oleh intestin untuk mencerna disakarida laktase menjadi monosakarida glukosa dan galaktosa. Laktase diproduksi dan disekresi oleh sel epitel intestin sejak dalam kandungan dan diproduksi maksimum pada waktu lahir sampai umur masa anak-anak kemudian menurun sejalan dengan bertambahnya usia. Inilah yang menyebabkan seseorang tidak tahan terhadap susu yang mengandung laktosa, sehingga mengakibatkan diare (Daldiyono, 1997).

2.3.4 Tanda dan Gejala Diare

Jenis dan beratnya gejala tergantung pada jenis dan banyaknya mikroorganisme atau racun yang tertelan. Gejalanya juga bervariasi tergantung pada daya tahan tubuh seseorang. Gejala biasanya terjadi tiba-tiba berupa mual, muntah, sakit kepala, demam, dingin, badan tak enak, sering buang air besar, tanpa darah dan akhirnya terjadi dehidrasi. Untuk gejala pada diare akut terjadi mendadak, feses cair, biasanya berlangsung beberapa jam atau beberapa hari, disertai lemas kadang demam dan muntah (Suraatmaja, 2007).

2.3.5 Diagnosis Diare

Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis (BAB cair lebih dan 3 kali sehari) dan pemeriksaan fisik (ditemukan tanda-tanda hipovolemik dari pemeriksaan konsistensi BAB). Untuk diagnosis definitif dilakukan pemeriksaan penunjang (IDI, 2014).

2.3.6 Pengobatan Diare

Berbagai macam obat telah digunakan untuk mengobati diare. Obat-obat ini dikelompokkan menjadi beberapa kategori: antimotilitas, adsorben, senyawa antisekresi, antibiotik, enzim,

dan mikroflora usus. Biasanya, obat-obatan ini tidak bersifat kuratif tetapi bersifat paliatif (DiPiro & Schwinghammer, 2009).

Loperamide sering direkomendasikan untuk menangani diare akut dan kronis. Diare yang berlangsung 48 jam setelah pemberian loperamide perlu diperhatikan secara medis.

Adsorben (seperti kaolin-pektin) digunakan untuk menghilangkan gejala. Adsorben tidak spesifik dalam aksi mereka; mereka menyerap nutrisi, racun, obat-obatan, dan cairan pencernaan. Pemberian bersama dengan obat-obatan lain mengurangi bioavailabilitas obat-obatan tersebut.

Bismuth subsalisilat sering digunakan untuk pengobatan atau pencegahan diare (*traveler's diarrhea*) dan memiliki efek antisekresi, antiinflamasi, dan antibakteri. Bismuth subsalisilat mengandung banyak komponen yang mungkin beracun jika diberikan berlebihan untuk mencegah atau mengobati diare (DiPiro & Schwinghammer, 2009).

Antbiotika tidak boleh digunakan secara rutin karena kecilnya kejadian diare pada balita yang disebabkan oleh bakteri. Antibiotika hanya bemanfaat pada pendenta diare dengan darah (sebagian besar karena Shigellosis) dan suspek kolera. Obat-obatan anti diare juga tidak boleh diberikan pada anak yang menderita diare karena terbukti tidak bermanfaat. Obat anti muntah tidak dianjurkan kecuali muntah berat. Obat-obatan ini tidak mencegah dehidrasi ataupun meningkatkan status gizi anak, bahkan sebagian besar menimbulkan efek samping yang berbahaya dan bisa berakibat fatal. Obat anti protozoa digunakan bila terbukti diare disebabkan oleh parasit (amuba, giardia) (IDI, 2014).

Tabel 2. Pilihan sediaan Diare *(DiPiro & Schwinghammer, 2009)*

Jenis Obat	Bentuk Dosis	Dosis Dewasa
Antimotilitas		
Difenoksilat	2,5 mg/tablet	5 mg 4 x sehari, tidak melebihi 20 mg/hari
	2,5 mg/5 ml	
Loperamid	2 mg/kapsul	Dosis awal 4 mg, kemudian 2 mg setiap selesai buang air besar, tidak melebihi 16 mg/hari
	1 mg/5 ml	
Paregonic	2mg/5 ml (morfina)	5-10 ml, 1-4 kali sehari
Opium tincture	5 mg/ml (morfina)	0,6 ml, 4 x sehari
Difenoxin	1 mg/tablet	Dua tablet, kemudian satu tablet setiap selesai buang air besar, tidak melebihi 8 tablet/hari
Adsorben		
Kombinasi kaolin-pektin	5,7 g kaolin+ 130,2 mg pektin/30 ml	30-120 ml setiap selesai buang air besar
Polycarbophyl	500 mg/tablet	2 Tablet kunyah 4 x sehari setiap selesai buang air besar, tidak melebihi 12 tablet/hari
Attapulgite	750 mg/15 ml	1200-1500 setiap selesai buang air besar atau setiap 2 jam, tidak melebihi 9000 mg/hari
	300 mg/7,5 ml	
	750 mg/tablet	
	600 mg/tablet	
	300 mg/tablet	
Senyawa antisekresi		
Bismut subsalisilat	1050mg/30 ml	Dua tablet atau 30 ml setiap 30-60 menit selama diperlukan, tidak melebihi 8 dosis/hari
	262 mg/15 ml	
	524mg/15 ml	

Jenis Obat	Bentuk Dosis	Dosis Dewasa
	262 mg/tablet	
Enzim(laktase)	1250 neutral lactase units/4 tetes	3-4 tetes dalam susu atau produk olahan susu
	3300 FCC lactase units/tablet	1 atau 2 tabletdalam susu atau produk olahan susu
Probiotik(*Lactobacillus acidophillus, L. Bulgaricus*)		2 tablet atau 1 paket granul 3-4 kali sehari, diberikan dalam susu, jus, atau air putih
Ocreotide	0,005 mg/ml	Dosis awal: 50 mcg secara subkutan 1-2 kali per hari dan dosis titrasi berdasarkan indikasi hingga 600 mcg / hari dalam 2-4 dosis terbagi
	0,1 mg/ml	
	0,5 mg/ml	

.

2.4 Puskesmas

2.4.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Secara nasional standar wilayah kerja puskesmas adalah satu kecamatan. Apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas maka tanggung jawab pembangunan merupakan tanggung jawab bersama dan untuk mempermudah koordinasi dalam mewujudkan visi dan misi maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menunjuk salah satu puskesmas sebagai koordinator (Trihono, 2002)

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat. Kecamatan sehat mencakup 4 indikator utama, yaitu lingkungan yang sehat, perilaku sehat, cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu dan

derajat kesehatan penduduk. Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional dalam rangka mewujudkan masyarakat mandiri dalam hidup sehat (Trihono, 2002).

2.4.2 Fungsi Puskesmas.

Puskesmas di era desentralisasi mempunyai 3 (tiga) fungsi yaitu (Trihono, 2002):

2.4.2.1 Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

Memiliki makna bahwa puskesmas harus berperan sebagai motor dan motivator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi, serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama.

2.4.2.2 Memberdayakan masyarakat dan memberdayakan keluarga.

Masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non instrutif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektor maupun LSM dan tokoh masyarakat.

2.4.2.3 Memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan yang bersifat mutlak perlu, yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan tingkat

pertama yang diselenggarakan puskesmas bersifat holistik, komprehensif, terpadu. dan berkesinambungan. Misi ini berkaitan erat dengan program yang dilaksanakan puskesmas, yaitu program kesehatan dasar dan program kesehatan pengembangan.

2.4.3 Puskesmas Tambang Ulang Kabupaten Tanah Laut

2.4.3.1 Keadaan geografi

1. Puskesmas Tambang Ulang terletak di Kecamatan Tambang Ulang yang merupakan bagian dari wilayah Kabupaten Tanah Laut, terletak diantara 114.669°-114.881° Bujur Timur dan 3.59849°-3.70628° Lintang Selatan.
2. Batas wilayah

   Sebelah Barat : Kecamatan Kurau

   Sebelah Timur : Kecamatan Pelaihari

   Sebelah Utara : Kecarnatan Bati-Bati

   Sebelah Selatan : Kecamatan Pelaihari
3. Luas wilayah kerja Puskesmas Tambang Ulang 160,75 Km^a
4. Ketinggian 25-100 mdpl (Dinkes, 2018)

2.4.3.2 Sumber daya manusia (SDM)

Tenaga kesehatan di Puskesmas Tambang Ulang terdiri dari 2 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi ditambah 34 tenaga kesehatan lain dan 6 tenaga non medis (Dinkes, 2018)

2.4.3.3 Fasilitas dan sarana kesehatan

Puskesmas Tambang Ulang memiliki fasilitas dan sarana seperti pelayanan pemeriksaan umum, pelayanan kesehatan gigi dan mulut, pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB, pelayanan gawat darurat, pelayanan gizi , pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium, pelayanan klinik terapi berhenti merokok. Sedangkan sarana yang dimiliki yaitu 2 Puskesmas pembantu, 9 Poskesdes, 20 Posyandu, 9 posyandu lansia, dan 2 buah mobil puskesmas kelliling (Dinkes, 2018)

.