

BAB 2

TUJUAN TEORITIS

2.1 Antihipertensi

2.1.1 Definisi Antihipertensi

Hipertensi adalah keadaan meningkatnya tekanan darah yang memberi gejala yang akan berlanjut untuk suatu target organ seperti stroke (untuk otak), penyakit jantung koroner (untuk pembuluh darah jantung) dan *left ventricle hypertrophy* untuk otot jantung. Keadaan hipertensi berlanjut dapat menyebabkan kematian utama melalui proses terjadinya stroke (Nugraha, 2013).

Hipertensi juga termasuk dalam golongan penyakit tidak menular yang ditandai dengan keadaan tekanan darah yang mengalami kenaikan ketika diukur pada dua hari yang berbeda yaitu sistolik menunjukkan angka ≥ 140 mmHg dan diastolik menunjukkan angka ≥ 90 mmHg (World Health Organization, 2019). Pada umumnya seseorang yang telah menderita hipertensi tidak sadar jika mereka sudah mengidap hipertensi karena tidak merasakan gejala khusus dari penyakit tersebut. Kondisi ini juga diperburuk dengan gaya hidup yang tidak sehat sehingga berjalannya waktu hipertensi akan terus berkembang dan merusak organ-organ penting yang menopang sistem kerja tubuh seperti jantung, otak, ginjal dan mata (Center Disease Control, 2020).

Pengaturan terhadap peningkatan tekanan darah terjadi bergantung pada kondisi fisiologis tubuh terutama pengaturan aktivitas saraf autonom. Kemampuan untuk mengompensasi peningkatan tekanan darah dapat juga gagal dan menimbulkan kondisi dekompensasi dan terjadilah hipertensi (Sherwood, 2013).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik dibagi menjadi empat klasifikasi, klasifikasi tersebut yaitu:

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Kategori	Tekanan darah sistolik	Tekanan darah diastolik
Normal	< 120 mmHg	<80 mmHg
Pra Hipertensi	120-139 mmHg	80-89 mmHg
Stadium 1	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Stadium 2	160 mmHg	100 mmHg

Sumber : (Smeltzer, et al 2020)

2.1.3 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, hipertensi dibagi menjadi 2 yaitu : hipertensi primer (*esensial*) dan hipertensi sekunder. Penyebab dari hipertensi primer adalah penyebab yang tidak diketahui, sedangkan untuk hipertensi sekunder adalah yang disebabkan oleh penyebab khusus baik endrogen maupun eksogen (Depkes, 2019).

1. Hipertensi primer (*esensial*)

Secara fisiologis, tekanan darah dapat diregulasi atau dikompensasi agar tidak timbul kondisi hipertensi. Mekanisme kompensasi dapat terganggu yang dapat menimbulkan kondisi yang disebut hipertensi primer. Dengan adanya bertambah usia maka peluang terjadinya hipertensi juga meningkat. Seseorang ketika masih muda yang memiliki tekanan darah yang tinggi akan beresiko menderita hipertensi di usia lanjut (Anggraini, 2018).

2. Hipertensi sekunder

Jika hipertensi primer tidak diketahui apa penyebabnya, maka hipertensi sekunder diketahui penyebabnya. Faktor yang

mempengaruhi terjadinya hipertensi sekunder yakni penggunaan obat, tiroid, bahkan penyakit gagal ginjal.

Hipertensi sekunder lebih mudah untuk kembali ke kondisi tekanan darah normal pada saat faktor penyebabnya sudah tertangani (Charles et al., 2017).

2.1.4 Patofisiologi Hipertensi

Terdapat 3 sistem yang berperan dalam sistem peningkatan tekanan darah, yaitu sistem saraf simpatis, sistem Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA), dan keseimbangan natrium dan cairan terkait hormon aldosteron. Hal ini yang menyebabkan peningkatan tekanan darah yaitu resistensi insulin yang disebabkan peningkatan produksi angiotensinogen oleh jaringan adipose visceral yang resistensi terhadap insulin, serta penurunan kadar nitrit oksidasi (NO) karena resistensi insulin dapat menyebabkan adanya disfungsi endotel, peningkatan reseptor antitrombin-1 (AT-1) dan ekspresi-1, peningkatan reabsorpsi natrium di tubulus proksimal, serta peningkatan aktivitas simpatik (Tedjasukmana, 2018).

2.1.5 Faktor Risiko Hipertensi

Ada 2 jenis faktor risiko hipertensi, yakni faktor yang dapat diubah dan yang tidak dapat diubah. Berikut faktor risiko yang tidak bisa diubah :

1. Usia

Risiko terserang hipertensi dapat meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Pasien dengan usia 60 tahun keatas mempunyai resiko lebih besar menderita hipertensi karena adanya pengaruh degenerasi fungsi organ . Proses penuaan juga dapat menyebabkan terjadinya variasi tekanan darah diantara pasien lanjut usia. (William et al., 2019).

2. Genetik

Seseorang dengan latar belakang hipertensi akan berisiko cenderung menurunkan kondisi hipertensi kepada keturunannya. Hipertensi merupakan salah satu gangguan genetik yang bersifat kompleks. Penelitian menyebutkan bahwa riwayat keluarga memiliki prevalensi hubungan sebesar 60% dan lingkungan memiliki prevalensi hubungan sebesar 40% (Jika kedua orang tuanya terjangkit hipertensi maka risiko terjadinya hipertensi pada anaknya juga akan meningkatkan (Purnawan, 2018).

3. Jenis kelamin

Hipertensi tidak didominasi pada beberapa gender, meskipun dapat berisiko pada gender tertentu. Banyak aktor lain seperti pola hidup, kondisi lingkungan, dan kondisi psikologis yang tidak dapat mempengaruhi risiko hipertensi. Perempuan yang mengalami menopause ataupun memiliki riwayat keluarga hipertensi sangat berisiko mengalami hipertensi. Namun, jika perempuan itu mempunyai mekanisme koping yang baik, mampu secara psikologis menghadapi penyakit dan memiliki semangat hidup tinggi akan sangat berpengaruh pada kualitas hidupnya (Rahmayani, 2019).

Adapun faktor risiko yang dapat diubah sebagai berikut :

1. Obesitas

Obesitas dapat menimbulkan terjadinya hipertensi melalui berbagai mekanisme, baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung obesitas dapat menyebabkan peningkatan *cardiac output* karena makin besar massa tubuh makin banyak pula jumlah darah yang beredar sehingga curah jantung ikut meningkat (Kartika, 2020).

2. Kurangnya aktivitas fisik

Faktor gaya hidup seperti kurangnya aktivitas fisik. Seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang dari 150 menit per minggu

berisiko tinggi terkena hipertensi. Beberapa ahli merekomendasikan latihan fisik sebagai terapi penunjang untuk pencegahan hipertensi. Seseorang dengan aktivitas fisik yang kurang dari 150 menit per minggu berisiko tinggi terkena hipertensi. Hal ini berkaitan dengan mekanisme penurunan resistensi perifer yang mungkin disebabkan oleh respons neurohormonal dan struktural dengan penurunan aktivitas saraf simpatis serta peningkatan diameter lumen pembuluh darah pada saat melakukan aktivitas fisik (Hegde and Solomon, 2015).

3. Stress

Stress juga dapat menyebabkan meningkatnya aktivitas saraf simpatis yang akan menstimulasi kelenjar endokrin untuk memproduksi adrenalin sehingga mengaktifkan sistem rennin angiotensin aldosteron yang dapat meningkatkan tekanan darah (Kartika, 2020).

4. Konsumsi garam berlebihan

Garam merupakan zat penting yang dibutuhkan tubuh untuk aktivitas sistem saraf dan otot manusia. Untuk mengatur keseimbangan cairan tubuh, garam juga menjadi zat yang berpengaruh. Mengonsumsi garam yang berlebihan dapat membebani fungsi ginjal untuk melakukan sekresi serta mampu meningkatkan risiko terkena hipertensi (Kartika, 2020).

2.1.6 Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi disebut sebagai “*silent killer*” karena seringkali pasien dengan hipertensi biasanya tidak ada gejala (asimptomatik) sehingga tidak disadari oleh penderita. Sering kali hal itu baru disadari secara tiba-tiba oleh penderita seperti pada waktu mengadakan pemeriksaan kesehatan, atau pada saat mengadakan pemeriksaan untuk asuransi jiwa. Biasanya tanda-tanda hipertensi atau tekanan darah tinggi yang

digambarkan oleh pasien adalah sakit kepala, pusing, gugup, atau palpitasi (Amisi et al., 2018).

Kebanyakan orang menduga bahwa gejala seperti pusing, sakit kepala pada pagi hari, dada berdebar-debar, dan berdengung ditelinga merupakan gejala hipertensi. Gejala tersebut dapat muncul pada tekanan darah normal, bahkan seringkali tekanan darah yang relatif tinggi tidak memiliki gejala tersebut. Dengan mengukur tekanan darah merupakan cara yang tepat untuk meyakinkan seseorang memiliki tekanan darah tinggi. Apabila hipertensi sudah berlangsung lama atau mencapai taraf lanjut maka dapat menimbulkan gejala seperti pusing, sakit kepala, pandangan mata kabur, napas pendek, dan tidur terasa terganggu (Yulanda et al., 2017).

Tanda dan Gejala Hipertensi menurut (Nuraini, 2018), yaitu :

- a. Leher terasa kaku
- b. Mual mutah
- c. Gelisah
- d. Sesak nafas
- e. Kelelahan
- f. Sakit kepala bagian belakang

2.1.7 Terapi Hipertensi

a. Terapi Nonfarmakologi

Terapi nonfarmakologi bertujuan untuk mengoptimalkan penurunan tekanan darah. Intervensi yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut : (Nuraini, 2018)

- 1) Modifikasi Faktor Risiko
 - a) Dapat menghilangkan stress
 - b) Kontrol optimal hiperglikemia

- c) Pasien yang merokok dapat berhenti merokok akan menurunkan angka kematian
- d) Dapat mempertahankan berat badan yang ideal
- e) Mengonsumsi makanan dengan kadar kolesterol yang rendah atau lemak dengan saturasi rendah
- f) Konsumsi obat-obatan penurun kolesterol
- g) Melakukan aktivitas sedang tiap harinya selama 30 menit (jalan, bersepeda, serta aktivitas aerobik yang sesuai)

b. Terapi Farmakologi

Terdapat 6 golongan obat antihipertensi yaitu : CCB (*Calcium Channel Blocker*), Diuretika, Penghambat adrenergik, ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*) ARB (*Angiotensin Receptor Blocker*), dan Vasodilator (Ganiswara, 2007).

1) CCB (*Calcium Channel Blocker*)

Golongan obat CCB dapat menyebabkannya relaksasi otot jantung dan otot polos dengan menghambat pemasukan kalsium ekstraseluler ke dalam sel. Relaksasi otot polos vaskuler menyebabkan vasodilatasi dan reduksi tekanan darah (Yulanda et al., 2017).

Obat-obat dengan golongan CCB sebagai terapi pertama, khususnya pada pasien dengan kontraindikasi terhadap diuretika dan antagonis beta adrenergik. CCB berguna untuk alternatif pada pasien dengan kontraindikasi beta adrenergik, misalnya pada asma (Yulanda et al., 2017).

Obat golongan CCB adalah diltiazem, verapamil serta turunan dihidropiridin (amlodipin, telodipin, nifedipin, dan nifedipin). Obat tersebut efektifnya sama-sama dalam menurunkan tekanan darah. Nifedipin dan dihidropiridin

lainnya lebih selektif sebagai vasodilator yang memiliki efek depresi jantung yang lemah dibandingkan dengan verapamil dan diltiazem. Verapamil memiliki efek paling kuat terhadap jantung serta dapat menurunkan denyut jantung dan curah jantung (Yulanda et al., 2017).

2) Diuretika

Diuretika bekerja pada tubulus ansa henle dan yang lebih poten yaitu furosemid dan bumefamid yang ditujukan sebagai antihipertensi terapi untuk penggunaannya kurang luas karena lama kerjanya lebih pendek. Dalam golongan *loop diuretic* yaitu furosemid, torasemid, bumetanid, dan asam etakrinat. Efek samping *loop diuretic* hampir sama dengan tiazid perbedaannya yaitu *loop diuretic* menimbulkan hipokalsiuria dan dapat meningkatnya kadar kalsium darah (Yulanda et al., 2017). *Loop diuretic* memiliki efek lebih diuresis dibandingkan dengan tiazid, dan memacu risiko hipovolemia yang lebih besar (Yulanda et al., 2017).

Diuretik bekerja dengan meningkatkan ekskresi natrium, air dan darah sehingga dapat menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler akibat terjadinya penurunan curah jantung. Tiazid bekerja dengan menghambat transport bersama Na-Cl di tubulus distal ginjal, sehingga ekskresi Na-Cl meningkat. Efek samping yang terjadi pada golongan tiazid terutama dalam dosis tinggi dapat menyebabkannya hipokalemia yang dapat berbahaya pada pasien yang mendapat digitalis. Contoh dari golongan tiazid antara lain hidroklorotiazid, klorotiazid, bendroflumetiazid (Yulanda et al., 2017).

3) Penghambat adrenergik

Golongan obat penghambat adrenergik bertindak pada satu tempat atau lebih secara sentral pada pusat vasomotor, pada neuron perifer mengubah pelepasan katekolamin dengan menghambat tempat reseptor adrenergic pada jaringan target. Ada tiga macam adrenergik yaitu : Pengambat reseptor alfa adrenergik dan pengambat reseptor beta adrenergik, Adrenolitik sentral (Yulanda et al., 2017). Metildopa, guanabenz, klonidin, dan guatazin serta metabolitnya merupakan agonis alfa reseptor, stimulasi reseptor-reseptor alfa pada pusat vasomotor di otot mengurangi aliran simpatik, sehingga dapat menurunkan tekanan arterial. Efek samping obat antihipertensi ini umumnya ialah mulut kering dan sedasi (Yulanda et al., 2017).

Contoh dari penghambat reseptor alfa (α -blocker) yaitu prazosin, bunazosin, terazosin dan doksazosin. Penghambat alfa selektif berbeda dengan fentolamin dan fenoksibenzamin diaman keduanya menghambat reseptor α_1 selektif (Yulanda et al., 2017).

4) ARB (*Angiotensin Receptor Blocker*)

ARB (*Angiotensin Receptor Blocker*) merupakan komponen yang analog dengan angiotensin yang akan menghambat sistem rennin dengan berkompetisi secara langsung dengan angiotensin II untuk berkaitan dengan reseptor. Reseptor angiotensin ialah sepasang protein G yang berperan pada pertumbuhan dan aktivasi kontraksi otot polos. Dua reseptor angiotensin yang sudah diketahui adalah AT1 (Angiotensin 1) dan AT2 (Angiotensin II). Reseptor AT1 terlibat pada mekanisme dimana angiotensin II menstimulasi kontraksi otot polos pembuluh darah dan sekresi aldosteron dari kortek

adrenal. Penghambat reseptor angiotensin II selektif untuk reseptor AT1 (Yulanda et al., 2017).

Losartan merupakan salah satu contoh obat dalam golongan ini. Losartan, sebuah nonapeptida adalah obat pertama dari kelas ini yang digunakan untuk terapi hipertensi. Contoh obat lain dalam golongan ini adalah eprosartan, candesartan, irbesartan, dan valsartan,. Penghambat reseptor angiotensin efektif dalam menurunkan tekanan darah pasien hipertensi dan berguna dalam kombinasinya dengan hipertensi (Yulanda et al., 2017).

5) Vasodilator

Vasodilator yang bermanfaat dalam hipertensi berperan sebagai relaksasi otot polos arterioli, untuk mengurangi tahanan vaskuler sistemik. Minoksidil ialah suatu vasodilator yang bekerja efektif dengan membuka kanal kalsium sensitive ATP (ATP-dependent potassium channel). Obat tersebut efektif dan pada hampir semua pasien dan berguna untuk terapi jangka panjang hipertensi berat yang refrakter terhadap kombinasi tiga obat yang diantaranya diuretik, penghambat adrenergic dan vasodilator lain (Yulanda et al., 2017).

6) ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*)

ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*) menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga terjadi vasodilatasi dan penurunan sekresi aldosteron, Vasodilatasi secara langsung akan menurunkan tekanan darah, sedangkan berkurangnya aldosteron akan menyebabkan ekskresi air dan natrium serta retensi kalium, selain itu degradasi bradikinin juga dihambat sehingga kadar

bradikinin dalam darah meningkat dan berperan dalam efek vasodilatasi ACEI (Yulanda et al., 2017).

Contoh dari golongan obat ACEI yaitu benazepril, lisinopril, enalapril, perindopril, fosinopril, captopril, kuinapril. Captopril merupakan golongan obat ACEI yang pertama ditemukan dan banyak digunakan untuk pengobatan hipertensi dan gagal jantung (Yulanda et al., 2017).

2.1.8 Pencegahan Hipertensi

Hipertensi dapat dicegah dengan penerapan strategi yang tepat berdasarkan populasi dan individu yang berisiko memiliki tekanan darah tinggi. Intervensi gaya hidup yang lebih mungkin untuk berhasil dengan terjadinya pengurangan absolut risiko hipertensi pada lansia dibandingkan dengan usia muda yang memiliki risiko rendah terjadinya hipertensi. Strategi pencegahan sejak dini dapat menimbulkan potensi yang rendah untuk terkena hipertensi (Anbarasan, 2015). Berikut ini merupakan strategi dalam pencegahan terjadinya hipertensi, yaitu antara lain:

- a. Mengurangi kebiasaan merokok
- b. Mempertahankan berat badan yang ideal
- c. Mengurangi kebiasaan minum alkohol
- d. Mengurangi mengonsumsi natrium yang berlebihan
- e. Mempertahankan kadar kalium yang ada dalam tubuh

2.2 Kepatuhan Pasien

2.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan mengonsumsi obat merupakan aspek utama dalam penanganan penyakit-penyakit kronis. Memperhatikan kondisi tersebut, kepatuhan dalam mengonsumsi obat harian menjadi fokus dalam mencapai derajat kesehatan pasien, dalam hal ini perilaku

dapat dilihat dari sejauh mana pasien mengikuti dan mentaati perencanaan pengobatan yang telah disepakati oleh pasien dan profesional medis untuk menghasilkan sasaran-sasaran terapiutik. Kepatuhan adalah perilaku mentaati saran dan prosedur dari seorang dokter tentang penggunaan obat, yang sebelumnya didahului dengan konsultasi (Megawati et., 2022). Tingkat kepatuhan mengkonsumsi obat dapat mempengaruhi kualitas penderita. Penelitian oleh (Samudra, 2019) menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kepatuhan konsumsi obat maka akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan penderita dengan tingkat kepatuhan yang rendah (Septiani, 2019).

2.2.1 Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut (Apriliyani et al., 2019) dalam menyampaikan bahwa terdapat empat hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan dalam mengkonsumsi obat, yaitu :

- a. Kebijakan dalam pengobatan yang dibuat oleh pihak berwenang seperti system pajak alam resep dan hak monsumen dalam proses pembuatan resep.
- b. Interaksi kedua belah pihak antara pasien dengan dokter serta komunikasi antara kedua pihak dalam menyampaikan dan menerima informasi dapat mempengaruhi kepatuhan konsumsi obat pada pasien.
- c. Persepsi dan perilaku pasien seperti persepsi terkait penyakitnya, kepribadian, keyakinan serta sikap dan harapan yang dapat mempengaruhi motivasi pasien dalam menjaga perilaku minum obat.

2.2.2 Faktor Yang Menyebabkan Ketidakpatuhan

- a. Faktor dari pasien
 - 1) Ketidakseriusan pasien terhadap penyakit yang dialami

- 2) Ketidakpuasan terhadap hasil terapi
- 3) Kurangnya dukungan dari keluarga terkait pelaksanaan terapi

b. Faktor komunikasi

- 1) Tingkat pengawasan tim kesehatan rendah
- 2) Kurang penjelasan yang lengkap, tepat dan jelas
- 3) Kurangnya informasi tentang risiko dan efek samping
- 4) Kepuasan pasien dalam berinteraksi dengan tim kesehatan rendah
- 5) Interaksi dengan tim kesehatan sedikit atau tidak ada sama sekali
- 6) Tidak ada keterlibatan pasien dalam penatalaksanaan terapi.

c. Faktor Perilaku

- 1) Munculnya efek merugikan atau efek samping
- 2) Tidak dapat membaca, kemampuan kognitif rendah dan hambatan bahasa
- 3) Hambatan fisik atau biaya untuk mendapatkan obat

2.3 Pelayanan Informasi Obat (PIO)

2.3.1 Definisi Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Pelayanan informasi obat (PIO) merupakan salah satu bentuk pekerjaan kefarmasian berupa sebuah pelayanan langsung serta bertanggung jawab terhadap pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan pasien melalui pelayanan informasi obat. Pelayanan informasi obat sangat penting dalam upaya menunjang budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional (Dianita dkk, 2017).

Pelaksanaan pelayanan informasi obat merupakan kewajiban tenaga kefarmasian, dimana salah satu bentuk pelayanan informasi obat yang wajib diberikan oleh tenaga farmasi adalah pelayanan

informasi yang berkaitan dengan penggunaan obat yang diserahkan kepada pasien dan penggunaan obat secara tepat, aman dan rasional atas permintaan masyarakat. Salah satu manfaat dari pelayanan informasi obat adalah meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat, sehingga angka kematian dan kerugian (baik biaya maupun hilangnya produktivitas) dapat ditekan (Adityawati, 2016).

Tujuan dari pelaksanaan pelayanan informasi obat di puskesmas tersebut dapat tercapai, dibutuhkan suatu standar yang yang dapat digunakan sebagai panduan untuk menjalankan kegiatan pelayanan informasi obat. Standar tersebut telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas yang kemudian diperbaharui pada tahun 2016 menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas.

2.3.2 Tujuan Pelayanan Informasi Obat

Pelayanan informasi obat merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien (Permenkes RI, 2016).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, Tujuan pelayanan informasi obat adalah:

- a. Meningkatkan profesionalisme
- b. Menunjang terapi obat yang rasional untuk pasien
- c. Menyediakan informasi mengenai obat kepada pasien dan tenaga kesehatan dilingkungan puskesmas itu
- d. Menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan obat, terutama untuk Panitia/Komite Farmasi dan Terapi

2.3.3 Kegiatan Pelayanan Informasi Obat

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, Kegiatan pelayanan informasi obat meliputi:

- a. Memberikan dan menyebarkan informasi kepada konsumen secara pro aktif dan pasif.
- b. Menjawab pertanyaan dari pasien maupun tenaga kesehatan melalui telepon, surat atau tatap muka.
- c. Membuat buletin, leaflet, label obat, poster, majalah dinding dan lain-lain.
- d. Melakukan kegiatan penyuluhan bagi pasien rawat jalan dan rawat inap, serta masyarakat.
- e. Melakukan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya terkait dengan obat dan Bahan Medis Habis Pakai.
- f. Mengkoordinasikan penelitian terkait obat dan kegiatan pelayanan kefarmasian.

Pelayanan informasi obat harus benar, jelas, mudah dimengerti, akurat, etis, bijaksana, dan terkini sangat diperlukan dalam upaya penggunaan obat yang rasional oleh pasien. Informasi obat yang lazim diperlukan pasien meliputi :

- a. Waktu penggunaan obat, misalnya berapa kali obat digunakan dalam sehari, apakah diwaktu pagi, siang, sore atau malam. Dalam hal ini termasuk apakah obat diminum sebelum atau sesudah makan.
- b. Lama penggunaan obat, apakah selama keluhan masih ada atau harus dihabiskan meskipun sudah sembuh.
- c. Cara penggunaan obat yang benar akan menentukan keberhasilan pengobatan. Oleh karena itu pasien harus mendapat penjelasan mengenai cara penggunaan obat yang benar terutama untuk sediaan farmasi tertentu seperti obat oral,

obat tetes mata, obat dalam bentuk inhaler, krim/salep dan suppositoria.

- d. Efek yang akan timbul dari penggunaan obat yang akan dirasakan, misalnya berkeringat, mengantuk, kurang kesadaran, tinja berubah warna, dan sebagainya.
- e. Hal-hal yang mungkin timbul. Misalnya efek samping obat, interaksi obat dengan obat lain atau makanan tertentu, dan kontra indikasi obat tertentu dengan diet rendah kalori, kehamilan dan menyusui.
- f. Cara penyimpanan yang baik untuk obat tersebut. Informasi tentang suatu obat dan promosi yang dilakukan sangat mempengaruhi penggunaan obat tersebut dan tinggi rendahnya pemahaman konsumen mengenai produk tergantung pada tingkat kebenaran informasi yang disampaikan penjual atau pengusaha serta daya tangkap konsumen yang bersangkutan (Ghea, 2019).

2.4 Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas

2.4.1 Definisi Pelayanan Kefarmasian

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI, 2014).

Pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan yang terpadu dengan tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan. Tuntutan pasien dan masyarakat akan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, perluasan dari paradigma lama yang berorientasi pada pasien (*drug*

oriented) menjadi paradigma baru yang berorientasi pada pasien (*patient oriented*) dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Pelayanan kefarmasian di puskesmas merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan upaya kesehatan, yang berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas harus mendukung tiga fungsi pokok Puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Permenkes RI, 2016).

2.4.2 Ruang Lingkup Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas

Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik. Tujuannya adalah untuk menjamin kelangsungan ketersediaan dan keterjangkauan Sediaan Farmasi dan Bahan Medis Habis Pakai yang efisien, efektif dan rasional, meningkatkan kompetensi/kemampuan tenaga kefarmasian, mewujudkan sistem informasi manajemen, dan melaksanakan pengendalian mutu pelayanan. Pelayanan farmasi klinik merupakan bagian dari Pelayanan Kefarmasian yang langsung dan bertanggung jawab kepada pasien berkaitan dengan Obat dan Bahan Medis Habis Pakai dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu

kehidupan pasien. Pelayanan farmasi klinik meliputi:
(Permenkes RI, 2016).

- a. Pengkajian dan pelayanan Resep
- b. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
- c. Konseling
- d. Visite Pasien (khusus Puskesmas rawat inap)
- e. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
- f. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
- g. Evaluasi Penggunaan Obat

2.5 Puskesmas Sei Bilu

2.5.1 Profil Puskesmas Sei Bilu

Pada awalnya Puskesmas Sei Bilu hanya merupakan puskesmas pembantu dari 9 November, kemudian pada tahun 1988 Puskesmas Sei Bilu berubah menjadi Puskesmas induk. Puskesmas Sei Bilu dikepalai oleh seorang Dokter Umum yaitu dr. Hj. Sri Heriyani dengan dibantu staf tenaga kesehatan lainnya.

Secara Geografis Puskesmas Sei Bilu terletak di Kecamatan Banjarmasin Timur, di jalan Veteran simpang SMPN 7 RT. 29 NO. 04 Banjarmasin. Puskesmas Sei bilu memiliki luas wilayah kerja yaitu 43,5 Ha.

Secara adminstrasi wilayah kerja Puskesmas Sei Bilu terdiri dari satu kelurahan yaitu kelurahan Sei Bilu dengan luas 0,66 Km² dan 31 Rukun Tetangga Puskesmas Sei Bilu berbatasan dengan :

- a. Sebelah Utara : Kecamatan Banjarmasin Utara
- b. Sebelah Selatan : Kecamatan Kuripan
- c. Sebelah Barat : Kelurahan Kampung Melayu
- d. Sebelah Timur : Kelurahan Pengambangan

2.5.2 Visi Misi

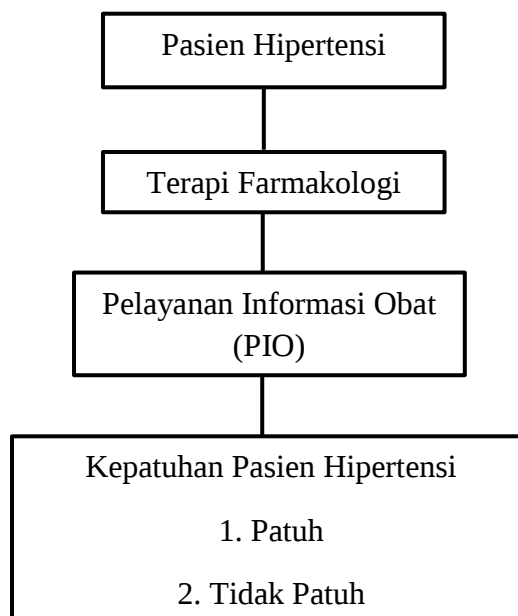
a. Visi

Visi di Puskesmas Sei Bilu “Kayuh Baimbai menuju Banjarmasin Baiman (Bertaqwa, Aman, Indah, Maju, dan Nyaman)”.

b. Misi

- 1) Membangun pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau, dan berkeadilan.
- 2) Membangun profesionalisme dengan memberikan pelayanan yang optimal baik bagi individu, keluarga, dan masyarakat.
- 3) Mendorong kemandirian perilaku sehat bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Sei Bilu.
- 4) Menggerakkan peran aktif masyarakat dalam mewujudkan lingkungan yang sehat.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep