

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dispepsia

2.1.1 Definisi Dispepsia

Kata dispepsia berasal dari bahasa Yunani, yaitu *dys* (poor) dan *pepse* (*degistion*) yang berarti gangguan pencernaan. Awalnya gangguan ini dianggap sebagai bagian dari gangguan cemas, hipokondria, dan hysteria (Purnamasari, 2017).

Dispepsia merupakan istilah yang digambarkan sebagai suatu kumpulan gejala atau sindrom yang meliputi nyeri atau rasa tidak nyaman di ulu hati, kembung, mual, muntah, sendawa, terasa cepat kenyang, perut terasa penuh atau begah. Hal ini akan mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan proses metabolisme yang mengacu pada semua reaksi biokimia tubuh termasuk kebutuhan akan nutrisi (Ristianingsih, 2017)

2.1.2 Klasifikasi Dispepsia

Dispepsia dibagi menjadi 2, yaitu : (Futagami *et al.*, 2018)

1. Dispepsia Organik

Dispepsia organik merupakan suatu sindrom klinik dispepsia yang didefinisikan sebagai gejala perut bagian atas yang bersifat kronik dan kambuhan. Dispepsia organik terdapat penyebab yang mendasari, seperti sekresi asam lambung, Infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, tukak peptikum, GERD, psikologis, penggunaan obat Anti-Inflamasi Non Steroid (OAINS) dan juga obat – obat anti platelet, kebiasaan konsumsi makanan beresiko seperti makanan pedas, asam bergaram tinggi dan minuman seperti kopi serta alkohol.

2. Dispepsia Anorganik (Dispepsia Fungsional)

Dispepsia anorganik atau dispepsia fungsional merupakan suatu sindrom klinik dispepsia yang didefinisikan sebagai gejala perut bagian atas yang bersifat kronik dan kambuh yang tidak ditemukan adanya kelainan organik pada lambung maupun organ pencernaan yang lain.

2.1.3 Etiologi

Dispepsia dapat disebabkan oleh beberapa penyebab, misalnya dispepsia tukak, refluks gastroesofageal, ulkus peptik, penyakit Saluran empedu, pankreatitis, dispepsia pada sindrom malabsorpsi, dispepsia akibat obat – obatan dan akibat infeksi bakteri *Helicobacter pylori*. Menurut Aini (2019) penyebab dispepsia antara lain :

1. Dispepsia tukak

Keluhan penderita yang sering terjadi ialah rasa nyeri ulu hati. Berkurang atau bertambahnya rasa nyeri ada hubungannya dengan makanan. Hanya dengan pemeriksaan endoskopi dan radiologi dapat menentukan adanya tukak di lambung atau duodenum.

2. Refluks gastroesofageal

Gejala yang klasik dari refluks gastroesofageal, yaitu rasa panas di dada dan meningkatnya asam terutama setelah makan.

3. Ulkus peptik

Ulkus peptik dapat terjadi di lambung dan duodenum. Ulkus peptikum timbul akibat kerja getah lambung yang asam terhadap epitel yang rentan. Penyebab yang tepat belum dapat dipastikan.

4. Penyakit saluran empedu

Sindrom dispepsia ini bisa ditemukan pada penyakit saluran empedu. Rasa nyeri dimulai dari perut kanan atas atau di ulu hati yang menjalar ke punggung dan bahu kanan.

5. Pankreatitis

Rasa nyeri timbul mendadak yang menjalar ke punggung. Perut makin tegang dan kembung.

6. Dispepsia pada sindrom malabsorpsi

Pada penderita ini disamping mempunyai keluhan rasa nyeri perut, kembung, keluhan utama lainnya ialah timbulnya diare yang berlendir.

7. Dispepsia akibat obat – obatan

Banyak macam obat yang dapat menimbulkan rasa sakit atau tidak enak di daerah ulu hati tanpa atau disertai rasa mual dan muntah, misalnya obat golongan NSAID, teofilin, digitalis, antibiotik oral (terutama ampicillin, eritromicin, dan lain – lain)

8. Dispepsia akibat infeksi bakteri *Helicobacter pylori*

Helicobacter pylori adalah sejenis kuman atau bakteri gram negatif yang terdapat dalam lambung dan berkaitan dengan kanker lambung. Hal penting dari *Helicobacter pylori* adalah sifatnya menetap seumur hidup, selalu aktif dan dapat menular bila tidak dieradikasi. *Helicobacter pylori* ini diyakini merusak mekanisme pertahanan dan merusak jaringan. *Helicobacter pylori* dapat merangsang kelenjar mukosa lambung untuk lebih aktif menghasilkan gastrin sehingga terjadi hipergastrinemia.

2.1.4 Patofisiologi

Proses patofisiologi yang banyak dibicarakan berhubungan dengan dispepsia fungsional adalah hipersekresi asam lambung dan inflamasi, infeksi gangguan motorik, infeksi *Helicobacter pylori*, dismotilitas gastrointestinal ambang rangsang pelepas, diet dan faktor lingkungan dan gangguan psikologik atau psikiatrik. Menurut Setiati (2014) antara lain:

1. Sekresi asam lambung

Kasus dispepsia fungsional, umumnya mempunyai tingkat sekresi asam lambung, baik sekresi basal atau stimulasi petagastrin yang

rata – rata normal. Terjadinya peningkatan sensitivitas mukosa lambung terhadap asam yang menimbulkan rasa tidak enak di perut

2. *Helicobacter pylori* (Hp)

Peran infeksi *helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional belum sepenuhnya dimengerti dan diterima. Kekerapan infeksi *helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional sekitar 50% dan tidak berbeda makna dengan angka kekerapan infeksi *helicobacter pylori* pada kelompok orang sehat. Mulai ada kecenderungan untuk melakukan eradikasi *helicobacter pylori* pada dispepsia fungsional *helicobacter pylori* positif yang gagal dengan pengobatan konservatif baku

3. Dismotilitas gastrointestinal

Dispepsia fungsional terjadi perlambatan pengosongan lambung dan adanya hipomotilitas antrum sampai 50% kasus, harus dimengerti bahwa proses motilitas gastrointestinal merupakan proses yang sangat kompleks, sehingga gangguan pengosongan lambung tidak dapat mutlak menjadi penyebab dispepsia

4. Ambang rangsang persepsi

Dinding usus mempunyai berbagai reseptor, termasuk kimiawi dan reseptor mekanik. Berdasarkan studi, pasien dispepsia dicurigai mempunyai hipersensitivitas viseral juga disebut – sebut memainkan peran penting pada semua gangguan dan dilaporkan terjadi pada 30 – 40% pasien dengan dispepsia fungsional

5. Psikologis

Adanya stres akut dapat mempengaruhi fungsi gastrointestinal dan mencetuskan keluhan pada orang sehat. D dilaporkan adanya penurunan kontraktilitas lambung yang mendahului keluhan mual setelah pemberian stimulus berupa stres.

2.1.5 Gejala Dispepsia

Gambaran klinis dengan didasari akan keluhan ataupun gejala dispepsia yang menonjol dibedakan pada 3 tipe sebagai berikut :

1. *Ulcer-like dyspepsia* (Dispepsia dengan keluhan semacam ulkus) mempunyai gejala seperti nyeri pada epigastrium yang akan mereda sesudah mengkonsumsi makanan ataupun minuman antasida serta biasanya nyeri muncul sebelum makan serta terjadi pada tengah malam.
2. Dispepsia dengan gejala dismotilitas yang dimana gejalanya mudah terasa kenyang, perut terasa penuh saat mengkonsumsi makanan, adanya mual, muntah serta ada juga perasaan ketidak nyamanan ketika makan.
3. Dispepsia non spesifik yang dimana tidak terdapat gejala yang ke 2 tipe dispepsia diatas alami (Djojodiningrat, 2017).

2.1.6 Diagnosa

Bila seseorang penderita baru datang, pemeriksaan lengkap dianjurkan bila terdapat keluhan yang berat, muntah – muntah telah berlangsung lebih dari 4 minggu, adanya penurunan berat badan, dan usia lebih dari 40 tahun.

Menurut Aini (2019) untuk memastikan penyakitnya, disamping pengamatan fisik perlu dilakukan pemeriksaan, yaitu :

1. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan, diperlukan darah, urine, tinja untuk diperiksa secara rutin. Dari hasil pemeriksaan darah bila ditemukan lekositosis berarti ada tanda – tanda infeksi. Pada pemeriksaan tinja, jika cairan tampak cair berlendir atau banyak mengandung lemak berarti kemungkinan menderita malabsorpsi. Seorang yang diduga menderita dispepsia tukak, sebaiknya di periksa asam lambungnya.

2. Radiologis

Pada tukak di lambung akan terlihat gambar yang disebut niche yaitu suatu kawah dari tukak yang terisi kontras media. Bentuk niche dari tukak yang jinak umumnya regular, semisirkuler, dasarnya licin. Kanker di lambung secara radiologis akan tampak massa yang ireguler, tidak terlihat peristaltik di daerah kanker, bentuk dari lambung berubah.

3. Endoskopi

Pemeriksaan endoskopi sangat membantu dalam diagnosis, yang perlu diperhatikan warna mukosa, lesi, tumor jinak atau ganas. Kelainan di lambung yang sering ditemukan adalah tanda peradangan tukak yang lokasinya terbanyak di bulbus, dan parsdesenden, tumor jinak atau ganas yang divertikel. Pada endoskopi ditemukan tukak baik esophagus, lambung, maupun duodenum, maka dapat dibuat diagnosis dispepsia tukak. Sedangkan bila tidak ditemukan tukak tetapi hanya ada peradangan maka dapat dibuat diagnosis dispepsia bukan tukak.

4. Ultrasonografi

Banyak dimanfaatkan untuk membantu untuk menentukan diagnostik dari suatu penyakit. Pemanfaatan alat USG pada pasien dispepsia terutama bila dugaan ke arah kelainan di traktus biliaris, pankreas, kelainan di tiroid, bahkan juga ada dugaan tumor di esophagus dan lambung.

2.1.7 Terapi Non Farmakologi Dispepsia

Terapi non farmakologi pada dispepsia meliputi :

1. Menghindar dari makanan berkandungan asam serta pedas
2. Mengurangi konsumsi alkohol
3. Mengurangi konsumsi kafein
4. Mengurangi konsumsi minuman yang bersoda
5. Mengurangi atau menghindari terjadinya stress

6. Mengurangi penggunaan obat anti inflamasi steroid contohnya aspirin, piroksikam, ibuprofen, moloiksikam, trisalisilat dan lain – lain.
7. Berhenti merokok
8. Diet rendah lemak (Djojoningrat, 2017)

2.1.8 Pengobatan Farmakologi Dispepsia

Terapi obat bagi penderita dispepsia dilakukan dengan menggunakan obat dispepsia. Obat dispepsia biasanya diberikan oleh dokter sesuai dengan keadaan pasien. Dalam hal ini, biasanya dokter terlebih dahulu akan memeriksa dan menanyakan riwayat kesehatan pasien, barulah dokter meresepkan obat yang cocok dengan kondisi pasien. Jadi, obat dispepsia yang digunakan antar penderita dispepsia bisa saja berbeda (Putut, 2019).

Beberapa jenis obat dispepsia yang biasa diresepkan oleh dokter diuraikan sebagai berikut :

1. Obat yang menetralkan asam lambung

- a. Antasida

Tiap tablet antasida mengandung (200 mg Alumunium Hidroksida dan 200 mg Magnesium Hidroksida). Dosis penggunaan antasida 1 hingga 2 tab sehari 3 hingga 4 kali dikunyah, peminuman 1 jam sebelum makan ataupun 2 jam sesudah makan pada semua dosis serta ketika akan tidur dengan pemberian secara oral dan bentuk sediannya yaitu tablet kunyah dan sirup. Antasida berfungsi untuk meningkatkan pH asam lambung. Pemakaian antasida tidak dianjurkan secara terus – menerus, sifatnya hanya simtomatis untuk mengurangi rasa nyeri. Antasida yang mengandung magnesium akan menyebabkan diare sedangkan alumunium menyebabkan konstipasi dan kombinasi keduanya saling menghilangkan pengaruh sehingga tidak terjadi diare dan konstipasi (Katzung, 2014). Mekanisme kerja antasida yaitu meningkatkan pH

sejumlah asam tetapi tidak melalui efek langsung, atau menurunkan tekanan esophageal bawah (LES). Kegunaan antasida sangat dipengaruhi oleh rata – rata disolusi, efek fisiologi kation, kelarutan air, dan ada atau tidak adanya makanan (Katzung, 2017). Kelemahannya, obat ini tidak dapat mempertahankan netralitas lambung dalam jangka panjang sehingga kurang efektif untuk penanganan kasus – kasus ulkus peptikum, dan pada studi metaanalisis juga tidak memperbaiki simptom pada dispepsia fungsional (Putut, 2019).

2. Obat yang menekan produksi asam lambung

a. H₂ – *receptor Antagonist* (H₂RA)

Golongan antagonis reseptor H₂ terdiri atas simetidin, ranitidin, famotidine, nizatidin. Dosis ranitidine 2 x 150 mg/kali selama 4 – 8 minggu, famotidine sehari 1 x 20 mg/kali, simetidin 2 x sehari 400 mg (setelah makan pagi dan sebelum tidur malam) atau 800 mg (sebelum tidur). Bentuk sediaan tablet dan penggunaan obat secara oral. Obat ini banyak digunakan untuk mengatasi dispepsia organik. Mekanisme kerja antagonis reseptor H₂ adalah menghambat sekresi asam lambung dengan melakukan inhibisi kompetitif terhadap reseptor H₂ yang terdapat pada sel parietal dan menghambat sekresi asam lambung yang distimulasi oleh makanan, ketazol, pentagastin, kafein, insulin, dan refleksi fisiologi vagal (Katzung, 2017).

Histamin berperan menengahi pelepasan asam tingkat basal pada periode tanpa makanan, khususnya pada saat tidak makan di malam hari sehingga ini menjadi alasan rasional penggunaan H₂RA pada malam hari. Kelemahan obat ini adalah kecenderungan penurunan efektivitas penekanan sekresi asam lambung pada pemakaian jangka panjang. Penggunaan H₂RA menyebabkan berkurangnya degradasi reseptor H₂ yang secara klinis tampak sebagai *rebound* sekresi asam lambung pada saat

pemberian obat dihentikan. Secara umum profil keamanan obat ini sangat baik (Putut, 2019).

H2RA efektif pada kasus penyakit terkait asam lambung dan penggunaan “*on-demand*” dapat mengurangi keluhan heartburn, tetapi tidak efektif pada esophagitis erosive. Pada kasus ulkus peptikum dan GERD, efektivitas H2RA di bawah PPI sehingga terapi standar untuk ulkus peptikum dan GERD saat ini menggunakan PPI. (Putut, 2019).

b. Proton pump inhibitor (PPI)

PPI yang sekarang tersedia di pasaran Indonesia adalah omeprazole, lansoprazole, pantoprazole, esomeprazole, rabeprazole. PPI merupakan basa lemah dan bekerja sebagai *pro drug* yang memerlukan suasana asam untuk menghambat H^+K^+ -ATPase. PPI juga mampu menurunkan sekresi pepsin, yang tidak dapat dilakukan oleh H2RA sehingga menjadikan obat ini lebih efektif dalam mengurangi kerusakan mukosa (Putut, 2019).

Mekanisme kerja PPI adalah memblokir kerja enzim pada sisi luminal tempat K^+H^+ ATPase (pompa proton) yang akan memecah K^+H^+ATP menghasilkan energy yang digunakan untuk mengeluarkan asam HCL dari kanalikuli sel pariental kedalam lumen lambung. PPI mencegah pengeluaran asam lambung dari sel kanalikuli, menyebabkan pengurangan rasa sakit pasien tukak, mengurangi aktifitas faktor agresif pepsin dengan $pH > 4$ serta meningkatkan efek eradikasi oleh regimen *triple* (Burmana, 2015).

Omeprazole dan lansoprazole berupa tablet salut enterik untuk melindunginya dari aktivitas prematur oleh asam lambung.

Setelah diabsorpsi dalam duodenum, obat ini akan dibawa ke kanalikulus dari sel parietal asam dan akan diubah dalam bentuk aktif. Metabolit obat ini diekskresikan dalam urin dan feses. Efek samping omeprazole dan lansoprazole penggunaan jangka panjang dapat meningkatkan insidensi tumor karsinoid lambung yang kemungkinan berhubungan dengan efek hiperklorhidria yang berkepanjangan dan hipergastrinemia sekunder (Burnama, 2015)

PPI secara umum menurunkan absorpsi ketoconazole dan itraconazole dan menurunkan kadar plasmaantiviral atazanavir, sedangkan omeprazole menurunkan kadar plasma nelfinavir serta meningkatkan kadar raltegravir dan saquinavir. Omeprazole juga meningkatkan kadar plasma antidepresan escitalopram dan vasodilator cilostazole. Sementara itu, klaritromisin justru meningkatkan efek PPI. PPI tidak boleh diberikan secara bersamaan dengan H2RA, analog prostaglandin, dan antisekretorik lain karena menurunkan kemampuan penghambatan sekresi asam lambung. Kalau pun H2RA akan diberikan bersamaan dengan PPI, harus ada interval waktu yang cukup. Terkait dengan pasien yang sedang hamil, sebuah studi pada 840.968 kelahiran hidup, dengan 5082 terkena paparan obat PPI antara 4 minggu sebelum konsepsi sampai trimester pertama kehamilan, tidak menemukan hubungan dengan peningkatan risiko defek mayor kelahiran bayi (Putut, 2019).

3. Obat yang melindungi mukosa lambung

a. Sukralfat

Sucralfat tersusun atas komponen dasar garam dari *sulphated sucrose* dan aluminium hidroksida. Sucralfat merupakan larutan yang tidak diabsorpsi yang berikatan dengan mukosa dan

jaringan yang mengalami ulserasi. Sifat obat tersebut membantu kesembuhan dan memberi efek sitoprotektif. Paparan asam lambung membuat ion – ion sulfat berikatan dengan protein pada jaringan lambung yang rusak pada ulkus dan merangsang angiogenesis, mengirim faktor – faktor pertumbuhan, dan membentuk jaringan granulasi. Proses ikatan ini membutuhkan pH yang rendah sehingga penggunaannya lebih tepat diberikan 30 – 60 menit sebelum makan. Obat ini dibuang lewat feses, tetapi dapat sedikit meningkatkan kadar aluminium dalam serum urin sehingga perlu dihindari pemakaiannya pada pasien gagal ginjal. Obat ini mempunyai kesamaan efikasi dengan H2RA dalam hal kemampuan penyembuhan ulkus duodenum dan lambung, tetapi karena telah ada PPI yang lebih kuat menekan sekresi asam lambung, pilihan utama tata laksana ulkus peptikum tetap PPI (Putut, 2019).

2.2 Resep

2.2.1 Definisi

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (Kemenkes RI, 2016). Pola peresepan adalah pola penulisan resep dari dokter di puskesmas atau di rumah sakit (Depkes RI, 2014).

2.2.2 Format Penulisan Resep

Menurut Anief (2010) ada beberapa format dari penulisan resep yaitu :

1. Nama, SIP dan alamat dokter
2. Tanggal penulisan resep
3. Tanda tangan /paraf dokter penulis resep
4. Nama, alamat, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien
5. Nama obat, potensi, dosis dan jumlah yang diminta
6. Cara pemakaian yang jelas
7. Informasi lainnya

Dalam hal ini, (Setyani & Putri, 2019) menyebutkan, resep yang lengkap memuat komponen sebagai berikut :

1. Inscriptio : Nama dokter penulis resep, Nomor SIK/SIP, Alamat dan Tempat/tanggal penulisan resep
2. Invocatio : Tanda penulisan resep dengan tanda R/
3. Praescriptio : Nama obat, bentuk sediaan obat, jumlah dan dosis obat
4. Signatura : Nama pasien dan petunjuk mengenai obatnya
5. Subscriptio : Tanda tangan/paraf dokter.

2.3 Pola Peresepan

Peresepan dan penggunaan obat merupakan salah satu andalan utama pelayanan kesehatan di puskesmas. Ada 3 macam metode peresepan obat menurut (WHO, 2009) yaitu :

1. Anatomical Therapeutic Chemical

Sistem *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) dimodifikasi dan diperluas para penelitian Norwegia oleh *The European Pharmaceutical Market Research Association* (EphMRA). Sedangkan *Defined Daily Dose* (DDD) digunakan untuk memperbaiki unit pengukuran tradisional yang digunakan dalam studi penggunaan obat.

Tujuan dari system ATC/DDD adalah sebagai sarana untuk penelitian penggunaan obat untuk meningkatkan kualitas penggunaan obat. System ini telah digunakan sejak awal 1970 dalam studi pemanfaatan obat dan telah dibuktikan untuk perbandingan nasional dan internasional pemanfaatan obat, untuk evaluasi jangka panjang dalam penggunaan obat, untuk menilai dampak peristiwa tertentu pada obat, dan untuk menyediakan data dalam penyelidikan keselamatan obat.

2. *Defined Daily Dose*

Defined Daily Dose (DDD) diasumsikan dosis pemeliharaan rata – rata perhari untuk obat yang digunakan untuk indikasi utamanya pada orang dewasa. DDD hanya ditetapkan untuk obat yang memiliki kode ATC. Jumlah unit DDD yang direkomendasikan pada pengobatan mungkin dinyatakan dalam satuan milligram untuk sediaan padat oral seperti tablet dan kapsul, atau mililiter untuk sediaan cair oral dan sediaan injeksi. Perubahan data penggunaan dapat diperoleh dari data catatan inventaris farmasi atau data statistik penjualan yang akan menunjukkan nilai DDD kasar untuk mengidentifikasi seberapa potensial terapi harian dari pengobatan yang diperoleh, terdistribusi atau yang dikonsumsi.

Unit DDD dapat digunakan untuk membandingkan penggunaan obat yang berbeda dalam satu kelompok terapi yang sama, dimana mempunyai kesamaan efikasi tapi berbeda dalam dosis kebutuhan, atau pengobatan dalam terapi yang berbeda. Penggunaan obat dapat dibandingkan setiap waktu untuk memonitor tujuan dan untuk menjamin dari adanya intervensi Komite Terapi Medik dalam meningkatkan penggunaan obat.

Keuntungan :

- a. Unit tetap yang tidak dipengaruhi oleh perubahan harga dan mata uang serta bentuk sediaan.
- b. Mudah diperbandingkan institusi, nasional, regional, internasional.

3. *Drug Utilization 90%*

Metode *Drug Utilization 90%* (DU 90%) menjelaskan pola dari penggunaan obat. DU 90% merupakan perkembangan original dengan tujuan untuk membuat pengelompokan data statistik obat pada pengeluaran obat yang digunakan untuk penilaian kualitas.

Metode DU 90% membuktikan penggunaan untuk perbandingan internasional dari penggunaan obat dan pola persepsian oleh dokter. Metode DU 90% dapat juga dipertimbangkan seperti pada perkembangan

lebih lanjut pada klasifikasi sistem ATC dan metodologi DDD yang direkomendasikan oleh WHO sebagai bahasa umum untuk menggambarkan penggunaan obat atau intensitas terapi pada populasi.

Keuntungan dari DU 90% dibandingkan pada indikator penggunaan obat lain direkomendasikan oleh WHO adalah yang menggunakan perhitungan jumlah penggunaan obat, dengan data penggunaan obat yang tersedia yang berdasar pada metode ATC/DDD dengan perbandingan bertaraf internasional. Metode DU 90% merupakan metode yang sederhana, tidak mahal, mudah dimengerti, dan mudah digunakan untuk menafsirkan kualitas. Profil dari DU 90% menyediakan gambaran dari perubahan potensi pada kedua penelitian tetapi dapat menggambarkan hubungan dan kelayakan dari WHO *Essential Medicines List*.

2.4 Puskesmas

2.4.1 Definisi

Menurut Permenkes No. 43 Tahun 2019 Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

2.4.2 Tugas dan Fungsi Puskesmas

Berdasarkan Permenkes No. 43 Tahun 2019 puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Dalam melaksanakan tugas, puskesmas memiliki fungsi (Menkes RI, 2019):

1. Penyelenggara UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Upaya Kesehatan Masyarakat yang disingkat UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Penyelenggara UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya, Upaya Kesehatan Perseorangan yang disingkat UKP adalah suatu serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

2.4.3 Profil Puskesmas Gadang Hanyar

Puskesmas gadang hanyar memiliki lokasi di wilayah kecamatan Banjarmasin Timur Kota Banjarmasin yang sebelumnya merupakan Puskesmas Pembantu (pustu) dari puskesmas Sungai Mesa. Seiring meningkatnya tuntutan pelayanan kesehatan maka pada tanggal 29 Februari 1991 oleh Walikota H. Sadjoko, diresmikan menjadi Puskesmas Gadang Hanyar yang membawahi satu kelurahan yaitu kelurahan Gadang. Puskesmas induk beralamat di jalan AIS Nasution RT.20 Banjarmasin dengan luas tanah 493 m² . Tahun 1997 wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar menjadi 2 kelurahan yaitu kelurahan Gadang dan kelurahan Sungai Baru. Dengan perkembangan pemereintah daerah, tahun 2004 terjadi pemekaran wilayah kota Banjarmasin menjadi 5 kecamatan. Lokasi Puskesmas Gadang Hanyar termasuk dalam wilayah Kecamatan Banjarmasin Tengah dan mendapat tambahan satu wilayah kerja yaitu kelurahan Pekapuran Laut.

Tahun 2008 Puskesmas Gadang Hanyar memiliki lokasi baru dari pemberian pemerintah kota Banjarmasin, terletak di kelurahan Pekapuran Laut Kecamatan Banjarmasin Tengah. Puskesmas Induk Gadang Hanyar mulai menempati lokasi tersebut pada tanggal 1 Februari 2009 hingga sekarang, sedangkan tempat yang lama masih digunakan sebagai Pustu Gadang Hanyar yang baru beralamatkan di jalan Pekapuran B RT.16

No.11 Banjarmasin yang merupakan bangunan rumah berlantai dua yang direhap ringan menjadi Puskesmas. Puskesmas Gadang Hanyar mengalami perbaikan total pada bulan Juni tahun 2013 sehingga pelayanan pindah ke jalan Pekapuran Laut No.6 RT.6 selama 6 bulan.

Puskesmas Gadang Hanyar selanjutnya pindah ke tempat semula pada tanggal 02 Januari 2014. Puskesmas Gadang hanyar ini mempunyai 17 ruangan sebagai tempat pelayanan langsung kepada masyarakat yang terdiri dari : Ruangan TU, Ruangan Rapat (Aula), Ruangan Poli Gigi, Ruangan Imunisasi dan Poli Remaja, Ruangan Konseling, Mushola, Ruangan Loker, Ruangan Apotek, Ruangan KIA-KB, Ruangan Gizi, Ruangan Poli Anak, MTBS, Ruangan Poli Dewasa, Ruangan Tindakan Umum dan Ruangan Persalinan, Ruangan Laboratorium, Ruangan TB Paru, Toilet, Dapur.

Wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar adalah sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Wilayah Kerja Puskesmas Gadang Hanyar

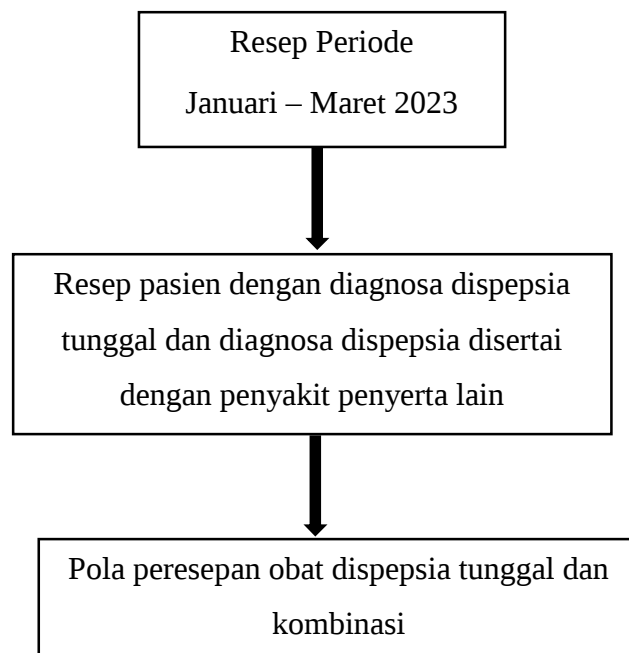
No	Kelurahan	Luas Wilayah
1	Pekapuran Laut	0,64
2	Sungai Baru	0,94
3	Gadang	0,64
Jumlah		2,22

Berdasarkan letak geografis batas – batas wilayah kerja Puskesmas Gadang Hanyar, yaitu :

Sebelah Utara : Kelurahan Seberang Masjid
Sebelah Selatan : Kelurahan Kelayan Luar
Sebelah Timur : Kelurahan Antasan Besar
Sebelah Barat : Kelurahan Melayu

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu diagram yang menjelaskan secara garis besar alur logika berjalannya sebuah penelitian. Berdasarkan tinjauan teoritis diatas, maka dapat digambarkan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2. 1 Kerangka Pikir Peneliti