

BAB 2

TINJAUAN TEORITAS

2.1 Apotek

2.1.1 Definisi Apotek

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 73 Tahun 2016 mengatakan Apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian tempat dilakukannya praktik kefarmasian oleh Apoteker. Pelayanan Kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Apoteker harus memahami dan menyadari kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) dalam proses pelayanan dan mengidentifikasi, mencegah, serta mengatasi masalah terkait Obat (*drug related problems*), masalah farmakoekonomi, dan farmasi sosial (*socio-pharmacoeconomy*). Untuk menghindari hal tersebut, Apoteker harus menjalankan praktik sesuai standar pelayanan. Apoteker juga harus mampu berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lainnya dalam menetapkan terapi untuk mendukung penggunaan Obat yang rasional.

2.1.2 Tugas dan Fungsi Apotek

Berdasarkan Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9 Tahun 2017, tugas dan fungsi Apotek adalah :

- 2.1.2.1 Tempat pengabdian profesi seorang Apoteker yang telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker.
- 2.1.2.2 Sarana yang digunakan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian.

- 2.1.2.3 Sarana yang digunakan untuk memproduksi dan distribusi sediaan farmasi antara lain obat, bahan baku obat, obat tradisional, dan kosmetika.
- 2.1.2.4 Sarana pembuatan dan pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian atau penyaluran obat, bahan obat, obat tradisional.
- 2.1.2.5 Sebagai tempat menyelenggarakan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai.
- 2.1.2.6 Sebagai tempat menyelenggarakan pelayanan farmasi klinik, termasuk komunitas.

2.1.3 Ruang Lingkup

Pelayanan Kefarmasian di Apotek meliputi 2 (dua) kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dan pelayanan farmasi klinik. Kegiatan tersebut harus didukung oleh sumber daya manusia, sarana dan prasarana.

2.1.4 Sarana dan Prasarana

Apotek harus mudah diakses oleh masyarakat. Sarana dan prasarana Apotek dapat menjamin mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai serta kelancaran praktik pelayanan kefarmasian sarana dan prasarana yang diperlukan untuk menunjang pelayanan kefarmasian di Apotek meliputi sarana yang memiliki fungsi (Permenkes RI, 2016).

2.1.4.1 Ruang penerimaan resep

Ruang penerimaan resep sekurang-kurangnya terdiri dari tempat penerimaan resep, 1 (satu) set meja dan kursi, serta 1 (satu) set komputer. ruang penerimaan resep ditempatkan pada bagian paling depan dan mudah terlihat oleh pasien.

2.1.4.2 Ruang pelayanan resep dan peracikan (produksi sediaan secara terbatas)

Ruang pelayanan resep dan peracikan atau produksi sediaan secara terbatas meliputi rak obat sesuai kebutuhan dan meja peracikan. Di ruang peracikan sekurang-kurangnya disediakan peralatan peracikan, timbangan obat, air minum (air mineral) untuk pengencer, sendok obat, bahan pengemas obat, lemari pendingin, termometer ruangan, blanko salinan resep, etiket dan label obat. Ruang ini diatur agar mendapatkan cahaya dan sirkulasi udara yang cukup, dapat dilengkapi dengan pendingin ruangan (*air conditioner*).

2.1.4.3 Ruang penyerahan obat

Ruang penyerahan obat berupa konter penyerahan obat yang dapat digabungkan dengan ruang penerimaan resep.

2.1.4.4 Ruang konseling

Ruang konseling sekurang-kurangnya memiliki satu set meja dan kursi konseling, lemari buku, buku-buku referensi, leaflet, poster, alat bantu konseling, buku catatan konseling dan formulir catatan pengobatan pasien.

2.1.4.5 Ruang penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai

Ruang penyimpanan harus memperhatikan kondisi sanitasi, temperatur, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu produk dan keamanan petugas. Ruang penyimpanan harus dilengkapi dengan rak/lemari obat, pallet, pendingin ruangan (AC), lemari pendingin, lemari penyimpanan khusus narkotika dan psikotropika, lemari penyimpanan obat khusus, pengukur suhu dan kartu suhu.

2.1.4.6 Ruang arsip

Ruang arsip dibutuhkan untuk menyimpan dokumen yang berkaitan dengan pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai serta pelayanan kefarmasian dalam jangka waktu tertentu.

2.2 Hipertensi

2.2.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi merupakan penyakit kronis dengan peningkatan tekanan pembuluh darah arteri (Ampofo *et al.*, 2020). Hipertensi saat ini mengalami peningkatan prevalensi dan membutuhkan perawatan jangka panjang (Athiyah *et al.*, 2019). Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg (Kearney *et al.*, 2005; Burnier & Egan, 2019).

Berdasarkan JNC VIII, hipertensi memiliki target tekanan darah terkontrol/terkendali disesuaikan usia dan penyakit penyerta diantaranya Diabetes Mellitus dan penyakit Ginjal. Tekanan darah tinggi berdasarkan JNC VIII, pada pasien tanpa memiliki penyakit penyerta berusia ≥ 60 tahun memiliki target tekanan darah diastolic < 150 mmHg, sistolik < 90 mmHg dan pasien berusia < 60 tahun target tekanan darah diastolik $< 140/90$ mmHg, sistolik < 90 mmHg. Pasien dengan penyakit penyerta Diabetes Mellitus dan Penyakit Ginjal Kronik memiliki target tekanan darah diastolik < 140 mmHg dan sistolik < 90 mmHg (James *et al.*, 2014).

2.2.2 Klasifikasi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan tekanan darah sistolik dan tekanan darah diastolik di bagi menjadi 6 klasifikasi, klasifikasi tersebut dapat dilihat dari Tabel 2.1 berikut :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Tekanan Darah Tinggi Pada Orang Dewasa

Katagori	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Prahipertensi	130 – 139	85 – 89
Hipertensi		
Tahap 1 (ringan)	140 – 159	90 – 99
Tahap 2 (sedang)	160 – 179	100 – 109
Tahap 3 (berat)	> 180	> 110

Klasifikasi hipertensi berdasarkan (Brashers, 2003)

2.2.3 Etiologi Hipertensi

2.2.3.1 Hipertensi Primer / Esensial

Hipertensi esensial merupakan penyakit hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya secara pasti karena pada hipertensi esensial tidak ditemukan penyakit renivaskuler, gagal ginjal, maupun penyakit lainnya, namun faktor gen, ras menjadi bagian dari penyebab timbulnya hipertensi esensial termasuk stress, dan gaya hidup tidak sehat bisa menyebabkan hipertensi esensial (Triyanto, 2014).

2.2.3.2 Hipertensi Skunder

Hipertensi sekunder merupakan penyakit hipertensi yang penyebabnya dapat diketahui seperti kelebihan berat badan, penggunaan estrogen, kelainan pembuluh darah, gangguan kelenjar tiroid, kardiovaskuler, hiperaldosteronisme, penyakit parenkimal (Julianti, 2005).

2.3 Clopidogrel

Clopidogrel adalah obat antiplatelet yang digunakan untuk membantu mencegah stroke. Clopidogrel merupakan obat antiplatelet yang termasuk dalam kelas IIb, Evidence C. Kegunaan clopidogrel untuk pengobatan pasien stroke iskemik akut belum diketahui dengan baik (AHA, 2013). Clopidogrel

memiliki efek antiagregatori platelet, dalam hal ini menghambat jalur dari adenosin difosfat (ADP) pada agregasi platelet. Efek ini menyebabkan perubahan membran platelet dan gangguan dengan membran interaksi fibrinogenik yang mengarah pada pemblokiran trombosit glikoprotein reseptor IIb/IIIa (Gund M.D *et al.*, 2013).

Clopidogrel digunakan untuk menurunkan kejadian aterosklerosis (infark miokard, stroke, dan kematian vaskuler) pada pasien dengan riwayat aterosklerosis yang ditandai dengan serangan stroke yang baru terjadi, infark miokard yang baru terjadi atau penyakit arteri perifer yang menetap. Dosis clopidogrel yaitu 75 mg sekali sehari dengan atau tanpa makan (PIONAS, 2015). Clopidogrel memiliki efek samping diantaranya dyspepsia, nyeri perut, diare, pendarahan (termasuk pendarahan saluran cerna dan intrakranial), lebih jarang mual, muntah, gastritis, perut kosong, konstipasi, sakit kepala, pusing, ruam kulit (PIONAS, 2015).

Dosis Clopidogrel adalah 75 mg, Pada pasien yang baru mengalami stroke iskemik atau serangan jantung atau baru didiagnosis penyakit arteri perifer, dosisnya adalah 75 mg, 1 kali sehari 1 tablet.

2.4 Tenaga Kefarmasian

Pelayanan Kefarmasian di Apotek diselenggarakan oleh Apoteker, Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker dapat dibantu oleh Apoteker pendamping dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian yang memiliki Surat Tanda Registrasi dan Surat Izin Praktik. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Tenaga Vokasi Farmasi, Apoteker, dan Apoteker spesialis (Undang-Undang Kesehatan, 2023).

2.5 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien. Berdasarkan kewenangan pada peraturan perundang-undangan, pelayanan kefarmasian telah mengalami perubahan yang semula hanya berfokus kepada pengelolaan obat (*drug oriented*) berkembang menjadi pelayanan komprehensif meliputi pelayanan obat dan pelayanan farmasi klinik yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Permenkes RI, 2016).

Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian menyatakan bahwa pekerjaan kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusian atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional. Pekerjaan kefarmasian tersebut harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu.

2.3.1 Standar Pelayanan Kefarmasian

Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek menurut Permenkes (2016) meliputi :

2.3.1.1 Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis

Habis Pakai meliputi :

- a. Perencanaan
- b. Pengadaan
- c. Penerimaan
- d. Penyimpanan
- e. Pemusnahan
- f. Pengendalian
- g. Pencatatan dan Pelaporan

2.3.1.2 Pelayanan Farmasi Klinik

- a. Pengkajian Resep
- b. Dispensing
- c. Pelayanan Informasi Obat (PIO)
- d. Konseling
- e. Pelayanan Kefarmasian di Rumah (Home Pharmacy Care)
- f. Pemantauan Terapi Obat (PTO)
- g. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

Penyelenggaraan Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek harus didukung oleh ketersediaan sumber daya kefarmasian yang berorientasi kepada keselamatan pasien (Permenkes RI, 2016).

2.3.2 Tujuan Standar Pelayanan Kefarmasian

Tujuan standar pelayanan kefarmasian di apotek menurut Supardi (2019) yaitu :

- 2.3.2.1 Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian
- 2.3.2.2 Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian
- 2.3.2.3 Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat rasional dalam rangka keselamatan pasien.

2.6 Kepatuhan Pasien

2.4.1 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan didefinisikan sebagai perubahan sikap dan tingkah laku untuk mengikuti permintaan maupun perintah orang lain (Kusumadewi, 2012). Kepatuhan minum obat, juga dikenal sebagai kepatuhan terapi, merujuk pada sejauh mana seseorang mengikuti rencana pengobatan yang direkomendasikan oleh dokter atau profesional kesehatan. Kepatuhan ini meliputi minum obat sesuai dengan dosis yang ditentukan, pada waktu yang tepat, dan untuk durasi yang diperlukan. Kepatuhan yang baik terhadap pengobatan.

merupakan faktor penting dalam keberhasilan pengobatan dan pemulihan kondisi medis. Faktor yang berkaitan dengan tingkat kepatuhan pada pasien hipertensi adalah usia, pendidikan, status social, ekonomi dan pengetahuan pasien terkait penyakit (Pratiska *et al.*, 2017).

2.4.2 Dimensi Kepatuhan

Kepatuhan merupakan fenomena yang multidimensional, dimana kepatuhan ditentukan oleh 5 dimensi, kelima dimensi tersebut adalah dimensi sosial ekonomi, dimensi sistem kesehatan, dimensi kondisi penyakit, dimensi terapi dan dimensi sosial (Pratiska *et al.*, 2017).

- 2.4.2.1 Faktor social ekonomi terdiri dari social ekonomi rendah, kemiskinan, pendidikan yang rendah, pengangguran, kurangnya dukungan social serta budaya dan keyakinan tentang penyakit dan terapi serta disfungsi keluarga.
- 2.4.2.2 Faktor sistem pelayanan kesehatan merupakan kondisi yang dapat meningkatkan kepatuhan pasien sehingga terjadi hubungan yang baik antara pasien dengan tenaga kesehatan.
- 2.4.2.3 Faktor kondisi penyakit berpengaruh terhadap kepatuhan diantaranya beratnya gejala yang dialami pasien, tingkat ketidakmampuan pasien baik fisik, social, psikologi maupun keparahan penyakit.
- 2.4.2.4 Faktor terapi yang berpengaruh adalah durasi dan terapi, kegagalan terapi sebelumnya, frekuensi perubahan terapi serta ketersediaan dukungan medis.
- 2.4.2.5 Faktor pasien yang menjadi hambatan dalam meningkatkan kepatuhan pasien adalah kurangnya informasi dan keterampilan dalam memajemen diri, kesulitan dalam memotivasi pasien serta kurang dukungan dalam perubahan perilaku.

2.4.3 Strategi dalam Meningkatkan Kepatuhan

Menurut Depkes RI ada beberapa strategi yang efektif dalam meningkatkan kepatuhan pasien :

2.4.3.1 Dukungan professional kesehatan

Dukungan ini sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contohnya adalah dengan adanya komunikasi, informasi dan edukasi yang diberikan oleh tenaga farmasi tentang penyakit yang diderita dan pengobatan yang diterima pasien. Komunikasi memberikan peranan penting karena komunikasi yang baik dapat menanamkan kepatuhan bagi pasien.

2.4.3.2 Dukungan dari keluarga

Seorang tenaga farmasi harus memberikan informasi yang meyakinkan kepada keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien agar ketidakpatuhan dapat dikurangi.

2.4.3.3 Pola hidup pasien

Perilaku hidup sehat yang dilakukan oleh pasien sangat diperlukan dalam proses pengobatan. Modifikasi pola hidup, kontrol darah secara teratur dan minum obat sangat perlu terutama untuk penyakit hipertensi karena hipertensi merupakan penyakit seumur hidup yang harus di kontrol.

2.4.4 Cara Mengekur Kepatuhan

Menurut Feist (2014) terdapat lima cara yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pada pasien, yaitu :

2.4.4.1 Menanyakan pada petugas klinis

Metode ini adalah metode yang hampir selalu menjadi pilihan terakhir untuk digunakan karena keakuratan atas estimasi yang diberikan oleh dokter pada umumnya salah.

2.4.4.2 Menanyakan pada individu yang menjadi pasien

Metode ini lebih valid dibandingkan dengan metode yang sebelumnya. Metode ini juga memiliki kekurangan, yaitu: pasien mungkin saja berbohong untuk menghindari ketidaksukaan dari pihak tenaga kesehatan, dan mungkin pasien tidak mengetahui seberapa besar tingkat kepatuhan mereka sendiri. Jika dibandingkan dengan beberapa pengukuran objektif atas konsumsi obat pasien, penelitian yang dilakukan cenderung menunjukkan bahwa para pasien lebih jujur saat mereka menyatakan bahwa mereka tidak mengkonsumsi obat.

2.4.4.3 Menanyakan pada individu lain yang selalu memonitor keadaan pasien

Metode ini juga memiliki beberapa kekurangan. Pertama, observasi tidak mungkin dapat selalu dilakukan secara konstan, terutama pada hal-hal tertentu seperti diet makanan dan konsumsi alkohol. Kedua, pengamatan yang terus menerus menciptakan situasi buatan dan seringkali menjadikan tingkat kepatuhan yang lebih besar dari pengukuran kepatuhan yang lainnya. Tingkat kepatuhan yang lebih besar ini memang sesuatu yang diinginkan, tetapi hal ini tidak sesuai dengan tujuan pengukuran kepatuhan itu sendiri dan menyebabkan observasi yang dilakukan menjadi tidak akurat.

2.4.4.4 Menghitung banyak obat

Dikonsumsi pasien sesuai saran medis yang diberikan oleh dokter. Prosedur ini mungkin adalah prosedur yang paling ideal karena hanya sedikit saja kesalahan yang dapat dilakukan dalam hal menghitung jumlah obat yang berkurang dari botolnya. Tetapi, metode ini juga dapat menjadi sebuah metode yang tidak akurat karena setidaknya ada dua masalah

dalam hal menghitung jumlah pil yang seharusnya dikonsumsi. Pertama, pasien mungkin saja, dengan berbagai alasan, dengan sengaja tidak mengkonsumsi beberapa jenis obat. Kedua, pasien mungkin mengkonsumsi semua pil, tetapi dengan cara yang tidak sesuai dengan saran medis yang diberikan.

2.4.4.5 Memeriksa bukti-bukti biokimia

Metode ini mungkin dapat mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada pada metode-metode sebelumnya. Metode ini berusaha untuk menemukan bukti-bukti biokimia, seperti analisis sampel darah dan urin. Hal ini memang lebih reliabel dibandingkan dengan metode penghitungan pil atau obat di atas, tetapi metode ini lebih mahal dan terkadang tidak terlalu 'berharga' dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan. Lima cara untuk melakukan pengukuran pada kepatuhan pasien yaitu menanyakan langsung kepada pasien, menanyakan pada petugas medis, menanyakan pada orang terdekat pasien, menghitung jumlah obat dan memeriksa bukti-bukti biokimia. Pada kelima cara pengukuran ini terdapat beberapa kekurangan dan keunggulan masing masing dalam setiap cara pengukuran yang akan diterapkan.

2.7 Metode MMAS-8

Kuesioner merupakan salah satu cara mengukur kepatuhan. Kuesioner MMAS-8 terdiri dari 8 pertanyaan yang terkandung di dalamnya untuk mengetahui tingkat kepatuhan pasien. Kuesioner MMAS-8 (*Modified Morisky Adherence Scale-8*) yang telah tervalidasi dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan pada penyakit-penyakit dengan terapi jangka panjang diantaranya hipertensi. Keunggulan kuesioner MMAS-8 adalah mudah,

murah, dan efektif digunakan untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan penyakit kronis (Plakas *et al.*, 2016).

Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengkonsumsi obat dengan delapan item yang berisi pernyataan-pernyataan yang menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat.

MMAS-8 merupakan kuesioner modifikasi dari *Modified Morisky Scale* (MMS). Kuesioner MMS merupakan kuesioner kepatuhan penggunaan obat yang terdiri dari sejumlah 6 item pertanyaan tertutup berupa jawaban “Ya” dan “Tidak”, kemudian dikembangkan menjadi kuesioner MMAS-8 dengan 2 item pertanyaan tambahan. Kuesioner MMAS-8 mempunyai nilai reliabilitas lebih tinggi dibanding MMS yaitu 0,83 (Kurniasih, 2014).

Tabel 2. 2 Kuesioner MMAS-8

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Pernah lupa minum obat ?	Ya / Tidak
2.	Dalam 2 minggu terakhir pernah sengaja tidak minum obat ?	Ya / Tidak
3.	Pernah berhenti minum obat tanpa memberitahu dokter ketika kondisi bertambah buruk ?	Ya / Tidak
4.	Lupa membawa obat waktu berpergian ?	Ya / Tidak
5.	Apa kemarin minum obat ?	Ya / Tidak
6.	Jika sehat kadang berhenti minum obat ?	Ya / Tidak
7.	Merasa terganggu minum obat setiap hari ?	Ya / Tidak
8.	Mengalami kesulitan waktu minum obat ?	0. Selalu 1. Biasanya

		2. Kadang-kadang 3. Sekali-kali 4. Tidak pernah
--	--	---