

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

Menurut *Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure VII/ JNC 2003* hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan diastolik ≥ 90 mmHg (Depkes RI,2013). Hipertensi merupakan salah satu penyebab kematian. Komplikasi pembuluh darah yang disebabkan hipertensi dapat menyebabkan jantung koroner, infark jantung, stroke dan gagal ginjal. Komplikasi hipertensi pada organ tubuh menyebabkan angka kematian yang tinggi. Hipertensi merupakan salah satu faktor utama gangguan jantung, gagal ginjal, maupun penyakit serebrovaskuler (Depkes, 2007).

Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%) (Kemenkes,2013).

2.1.1 Etiologi

Hipertensi merupakan penyakit kardiovaskuler dengan kondisi medis yang beragam. Sebagian besar pasien hipertensi tidak diketahui secara pasti penyebab meningkatnya tekanan darah mereka, namun sebagian pasien hipertensi diketahui penyebab pasti yang menyebabkan kenaikan tekanan darah. Berdasarkan etiologi atau penyebabnya itu hipertensi dibagi menjadi dua, yaitu hipertensi primer dan sekunder. (Depkes,2006)

2.1.1.1 Hipertensi primer (essensial)

Lebih dari 90% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi essensial (hipertensi primer). Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah

diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesis hipertensi primer tersebut. Hipertensi sering ditemukan secara turun temurun dalam suatu keluarga, hal ini menunjukkan bahwa faktor genetik memegang peranan penting pada patogenesis hipertensi primer. Menurut data, bila ditemukan gambaran bentuk disregulasi tekanan darah yang monogenik dan poligenik mempunyai kecenderungan timbulnya hipertensi essensial. Faktor-faktor lain yang dapat dimasukan dalam daftar penyebab hipertensi jenis ini adlah lingkungan, kelainan metabolisme intra seluler, dan faktor-faktor yang meningkatkan risikonya seperti obesitas, kelainan darah, konsumsi alkohol, dan merokok (Muchid,2006).

2.1.1.2 Hipertensi sekunder

Kurang dari 10% penderita hipertensi merupakan sekunder dari penyakit komorbid atau obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Penyebab sekunder yang paling sering pada kebanyakan kasus adalah disfungsi renal akibat penyakit ginjal kronis atau penyakit renovaskular. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi maupun memperparah hipertensi dengan menaikkan tekanan darah. Apabila penyebab sekunder dapat diidentifikasi, maka dengan mengobati/mengoreksi kondisi komorbid yang menyertainya atau menghentikan obat yang bersangkutan, sudah merupakan tahap pertama dalam penanganan hipertensi sekunder (Muchid,2006).

2.1.2 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi tekanan darah oleh JNC 7 untuk pasien dewasa (umur \geq 18 tahun) berdasarkan rata-rata pengukuran dua tekanan darah atau lebih pada dua atau lebih kunjungan klinis (Tabel 2.1). Klasifikasi tekanan darah mencakup 4 kategori, dengan nilai normal pada tekanan darah

sistolik (TDS) < 120 mm Hg dan tekanan darah diastolik (TDD) < 80 mm Hg. Prehipertensi tidak dianggap sebagai kategori penyakit tetapi mengidentifikasi pasien-pasien yang tekanan darahnya cenderung meningkat ke klasifikasi hipertensi dimasa yang akan datang. Ada dua tingkat (stage) hipertensi , dan semua pasien pada kategori ini harus diberi terapi obat.

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah untuk dewasa umur ≥ 18 tahun

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Tahap 1 Hipertensi	140-159	90-99
Tahap 2 Hipertensi	≥ 160	≥ 100

Sumber : JNC 7 (Depkes,2006).

2.1.3 Gejala Hipertensi

Gejala hipertensi salah satunya adalah peningkatan pada tekanan darah. Biasanya gejala baru muncul ketika terjadi komplikasi pada ginjal, mata, otak atau jantung. Gejala lainnya yang ditemukan seperti sakit kepala, epistaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat ditengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang dan pusing (Dipiro *et al.*2005)

2.1.4 Faktor Peningkatan Tekanan Darah

Menurut priyanto (2008) ada beberapa faktor yang dapat meningkatkan tekanan darah, diantaranya :

- 2.1.4.1. Kadar lemak dalam darah tinggi, riwayat keluarga hipertensi
- 2.1.4.2. Penderita diabetes melitus
- 2.1.4.3. Meminum alkohol dan merokok
- 2.1.4.4. Obesitas, stress, dan konsumsi garam berlebihan

2.1.5 Penatalaksanaan Hipertensi

Secara umum tujuan terapi hipertensi adalah penurunan mortalitas dan morbiditas yang berhubungan dengan hipertensi (Depkes,2006). Target nilai tekanan darah yang direkomendasikan dalam JNC 7 yaitu :

2.1.5.1 Pasien umum <140/90 mmHg

2.1.5.2 Pasien dengan diabetes <130/80 mmHg

2.1.5.3 Pasien dengan penyakit ginjal kronis <130/80 mmHg

Penatalaksanaan hipertensi terdiri dari 2 cara yaitu dengan terapi non farmakologi dan terapi farmakologi.

a. Terapi Non Farmakologi

Menerapkan gaya hidup sehat bagi setiap orang sangat penting untuk mencegah tekanan darah tinggi dan merupakan bagian yang penting dalam penanganan hipertensi. Semua pasien dengan prehipertensi dan hipertensi harus melakukan perubahan gaya hidup. Perubahan yang sudah terlihat menurunkan tekanan darah dapat terlihat pada tabel 3. Disamping menurunkan tekanan darah pada pasien-pasien dengan hipertensi, modifikasi gaya hidup juga dapat mengurangi berlanjutnya tekanan darah ke hipertensi pada pasien-pasien dengan tekanan darah prehipertensi (Depkes,2006)

Tabel 2.2 Modifikasi Gaya Hidup untuk Mengontrol Hipertensi (Depkes,2006)

Perubahan Gaya Hidup	Rekomendasi	Penurunan tekanan darah sistolik (mmHg)
Penurunan Berat Badan	Mempertahankan berat badan normal (BMI 18,45-24,9 kg/m ²)	5-20 mmHg/tiap penurunan berat badan sebanyak 10 kg
Perencanaan pola makan (DASH)	Konsumsi diet kaya buah-buahan, sayuran, produk susu rendah lemak	8-14 mmHg

Pembatasan Sodium	Mengurangi sodium sampai tidak lebih dari 100 mmol tiap hari (2-4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	2-8 mmHg
Aktivitas fisik	Aktivitas aerobik secara teratur seperti jalan cepat (paling tidak 30 menit setiap hari)	4-9 mmHg
Pembatasan konsumsi alcohol	Batasi konsumsi alcohol tidak lebih dari 1 gelas pada wanita	2-4 mmHg

b. Terapi Farmakologi

Antihipertensi adalah obat-obatan yang digunakan dalam penatalaksanaan penyakit tekanan darah tinggi. Menurut Katzung (2012) ada beberapa golongan obat-obatan antihipertensi :

1) Diuretik

Contoh golongan diuretik adalah furosemid, torsemid, klortalidon, amilorid, triamteren, spirinolakton, bumetanid, dan hidrokloriazid. Menimbulkan efek samping diantaranya : hipokalemia, hiperglikemia, dan yang paling sering depleksi kalium.

2) Beta bloker

Obat-obatan beta bloker seperti atenolol, bisoprolol, metoprolol, mempunyai mekanisme kerjanya tidak diketahui secara pasti diduga bekerja mengurangi frekuensi dan kekuatan kontraksi otot jantung dan menghambat pelepasan rennin dari ginjal.

3) ACE-Inhibitor

Golongan ACE-inhibitor menghambat konversi angiotensin I menjadi Angiotensin II, contoh obatnya yaitu : lisinopril, captopril, dan ramipril.

4) Angiotensin reseptor bloker (ARB)

Obat golongan ini menghambat secara langsung reseptor angiotensin, sehingga melawan kerja angiotensin II seperti vasokonstriksi, pelepasan aldosteron dan glomelurus. Contohnya candesartan, losartan, valsartan.

5) Ca-antagonis

Amlodipine, nipedipin dan felodipine, golongan ini dapat menyebabkan relaksasi otot jantung dan otot polos pembuluh dengan cara menghambat kanal Ca^{++} . Penggolongan obat antagonis-Ca secara kimia dibagi menjadi 2 kelompok, yakni : derivate-dihidropiridin dan obat-obat lain seperti veramil dan diltiazem. Derivate-dihidropiridin memiliki efek vasodilatasi amat kuat, sehingga banyak digunakan hipertensi ringan/sedang.

6) Alfa satu bloker

Alfa satu bloker selektif tidak mempengaruhi alfa dua reseptor sehingga tidak menyebabkan reflek takikardi. Efek samping yang ditimbulkan yaitu lesu/lemah, depresi yang ditandai hipotensi ortostatik. Contohnya prazosin, terazozin, dan doxazosin.

7) Angiotensin alfa dua bloker

Menurunkan tekanan darah karena mengurangi aktivitas simpatik, seperti mengurangi kecepatan denyut jantung, resistensi perifer, aktifitas plasma rennin dan menyebabkan reflek baroreseptor. Contohnya klonidin dan metildopa. Penggunaan obat

ini secara kronik dapat menyebabkan retensi Na^+ dan air, terutama metildopa.

8) Vasodilator

Bekerja secara langsung pada otot polos arteri dengan menimbulkan kadar cGMP intraseluler. Contohnya hidralasin dan minoksidil, sebelum mendapatkan obat golongan ini, pasien sebelumnya harus diberikan diuretic atau beta blocker. Obat ini digunakan untuk pengobatan jangka panjang bagi pasien hipertensi yang berobat jalan.

2.2 Kepatuhan

Kepatuhan secara umum didefinisikan untuk menggambarkan bagaimana pasien menggunakan obat yang diresepkan. Menurut Osterberg & Blaschke (2005), kepatuhan dalam pengobatan adalah tingkat dan perilaku pasien dalam menggunakan obat dan menaati aturan yang telah dianjurkan oleh tenaga kesehatan.

Menurut Aronson (2007) terdapat berbagai istilah penting untuk menggambarkan kepatuhan pasien, yaitu :

a. *Compliance*

Compliance adalah tingkah laku pasien untuk mengikuti apa yang disarankan oleh dokter maupun petugas kesehatan. Konsep ini terkesan negatif karena sikap menurut yang dilakukan pasien seolah tunduk kepada arahan dari petugas kesehatan.

b. *Adherence*

Adherence adalah kepatuhan yang timbul dalam kesadaran diri sendiri yang disebabkan oleh komitmen, prinsip dan kepercayaan.

c. *Concordance*

Concordance adalah kepatuhan yang terbentuk karena proses diskusi antara pasien dengan petugas kesehatan maupun dokter untuk membentuk suatu kesepakatan atau kerjasama dalam melakukan tindakan pengobatan.

Dalam kepatuhan terhadap pengobatan, konsep *adherence* lebih banyak digunakan karena adherence lebih berdasarkan kepada prinsip patuh yang timbul dari dalam diri pasien itu sendiri (Aronson,2007).

2.2.1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Beberapa penelitian telah mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien. Menurut Niven (2012), instruksi pengobatan jelas, keyakinan dan sikap individu ingin sembuh, petugas kesehatan menyenangkan dan berwibawa, dukungan sosial dari keluarga pasien, pengetahuan, efek obat minimum, pengobatan sederhana, harga terjangkau serta hubungan yang baik antara petugas kesehatan dengan pasien akan meningkatkan kepatuhan pasien dalam penggunaan obat. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan pasien hipertensi secara umum yaitu : usia, pendidikan, pengetahuan pasien tentang obat, pengetahuan pasien tentang penyakit, status social dan ekonomi, regimen terapi dan interaksi pasien dengan tenaga kesehatan (Hashmi *et al.*2007).

2.2.2. Cara Mengukur Kepatuhan

Menurut penelitian Osterberg & Blaschke (2005), terdapat dua metode yang digunakan untuk mengukur kepatuhan yaitu :

2.2.2.1 Metode langsung

Metode langsung yaitu metode pengukuran yang dapat dilakukan dengan cara mengukur konsentrasi obat dalam darah atau urin. Kelemahan metode ini adalah biayanya mahal, dan rentan terhadap penolakan pasien serta memberatkan tenaga kesehatan.

2.2.2.2 Metode tidak langsung

Metode tidak langsung yaitu metode yang dilakukan dengan cara perhitungan obat (*pill count*), menanyakan kepada pasien tentang cara pasien menggunakan obat,

menilai respon klinik, menilai angka *refilling prescriptions*, mengumpulkan kuesioner pasien dan menggunakan *electronic medication monitor* (perhitungan sisa obat menggunakan alat elektronik).

2.2.3. Kuesioner Kepatuhan Minum Obat *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS)

Keberhasilan pengobatan pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu peran aktif pasien dan kesediaannya untuk memeriksakan ke dokter sesuai dengan jadwal yang ditentukan serta kepatuhan dalam meminum obat antihipertensi. Kepatuhan pasien dalam mengonsumsi obat dapat diukur menggunakan berbagai metode, salah satu metode yang dapat digunakan adalah metode MMAS-8 (*Modifed Morisky Adherence Scale*) (Evadewi, 2013:34). Morisky secara khusus membuat skala untuk mengukur kepatuhan dalam mengonsumsi 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 (Morisky & Muntner, P, 2009).

Nilai Kepatuhan penggunaan obat MMAS dengan 8 item pertanyaan mempunyai rentang nilai 0 sampai 8. Kategori respon terdiri dari jawaban “ya” dan “tidak” untuk item pertanyaan nomor 1 sampai nomor 7. Skor dari setiap pertanyaan dinilai 0 untuk jawaban “ya” diperoleh nilai 1 bila menjawab “tidak” pada pertanyaan nomor 1 sampai 4 dan pertanyaan nomor 6 sampai 7 sedangkan untuk pertanyaan nomor 5 diperoleh nilai 0 jika menjawab “tidak” dan nilai 1 jika menjawab “ya”. Item pertanyaan nomor 8 dinilai dengan 5 skala sesuai jawaban responden, yaitu nilai 1 apabila tidak pernah lupa, nilai 0,75 apabila hampir tidak

pernah lupa, nilai 0,5 apabila kadang-kadang lupa, nilai 0,25 apabila biasanya lupa, dan 0 apabila selalu lupa.

Tingkat kepatuhan dikategorikan menjadi 3 hasil ukur kepatuhan obat yaitu rendah, sedang dan tinggi. Tinggi apabila perhitungan dari jawaban kuesioner adalah 8, sedang apabila jawaban dari kuesioner 6-7, dan rendah apabila < 6 . MMAS dapat meningkatkan sensitifitas pengukuran kepatuhan menggunakan obat pasien. MMAS sudah divalidasi dan digunakan untuk penelitian kepatuhan obat pada pasien diabetes (Morisky *et al.*2008). Keuntungan menggunakan kuesioner MMAS yaitu mudah, murah, dan efektif digunakan untuk mengetahui kepatuhan pasien dengan penyakit kronis (Plakas *et al.*,2016).

2.3 Pemberian Komunikasi Informasi dan Edukasi

2.3.1. Komunikasi

Definisi komunikasi dapat meliputi ungkapan-ungkapan seperti berbagi informasi atau pengetahuan, memberi gagasan atau bertukar pikiran, informasi atau yang sejenisnya dengan tulisan atau ucapan. Komunikasi dapat dilakukan secara verbal atau non verbal. Verbal berarti dengan kata-kata baik secara lisan maupun tertulis, sedangkan non verbal berarti tanpa kata-kata. Proses komunikasi secara verbal meliputi berbicara, menulis, mendengarkan, dan berfikir (komunikasi dengan menggunakan pikiran hanya untuk komunikasi dengan diri sendiri) (Machfoedz, 2009).

Teknik yang dapat diterapkan dalam berkomunikasi saat berhadapan dengan pasien menurut Machfoedz, adalah :

2.3.1.1 Mendengarkan dengan Aktif

Mengembangkan kemampuan mendengarkandengan aktif merupakan aspek yang menguntungkan bagi seorang tenaga kefarmasian.

Mendengarkan dengan aktif meliputi beberapa hal sebagai berikut :

- a. Pasien dan keluarga merasa diperhatikan, didengar dan dipahami
- b. Pasien dan keluarga merassa dihargai
- c. Pasien dan keluarga dapat dengan mudah mendengarkan dan memperhatikan informasi yang disampaikan oleh tenaga kefarmasian.
- d. Pasien dan keluarga merasa nyaman
- e. Memudahkan terjadi komunikasi dua arah.

Untuk dapat menjadi pendengar yang baik diperlukan sikap sebagai berikut :

- a. Memandang kearah pasien dengan simpatik pada saat berbicara
- b. Menunjukkan sikap bersungguh-gungguh
- c. Tidak menyilangkan kaki dan tangan
- d. Menghindari gerakan yang tidak perlu
- e. Menganggukkan kepala jika pasien menyampaikan hal yang penting atau memerlukan umpan balik.

2.3.1.2 Menyampaikan Informasi

Merupakan suatu tindakan penyuluhan kesehatan yang ditujukan kepada pasien dan keluarga. Tujuan tindakan ini adalah untuk memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan. Penyampaian informasi perlu memperhatikan faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dipahami oleh pasien
- b. Menggunakan kata-kata yang jelas
- c. Menggunakan kata-kata yang positif
- d. Menunjukkan sikap bersemangat.

2.3.2. Informasi

Informasi yaitu pesan yang disampaikan seorang komunikator kepada komunikan. Obat adalah produk khusus yang memerlukan pengamanan bagi pemakainya, sehingga pasien sebagai pemakai perlu dibekali informasi yang memadai untuk mengkonsumsi suatu obat. Informasi obat diberikan sewaktu kunjungan ke ruang pasien, sedangkan untuk pasien rawat jalan diberikan saat penyerahan obatnya (Siregar,2005).

Aspek-aspek yang perlu diinformasikan pada saat menyerahkan obat kepada pasien, setidaknya harus diberikan informasi mengenai hal-hal sebagai berikut : nama obat, indikasi, aturan pakai, frekuensi penggunaan, waktu minum obat (sebelum/sesudah makan, tidak bersamaan dengan obat lain), cara penyimpanan, berapa lama obat harus digunakan, apa yang harus dilakukan jika terlupa minum atau menggunakan obat, dan kemungkinan terjadi efek samping yang akan dialami dan bagaimana mencegah atau meminimalkannya (ISFI,2010).

2.3.3. Edukasi

Edukasi merupakan kegiatan pemberdayaan masyarakat dengan memberikan pengetahuan tentang obat dan pengobatan serta mengambli keputusan bersama pasien setelah mendapatkan informasi, untuk tercapainya hasil pengobatan yang optimal (Witjaksono,2009).

Pentingnya memberikan edukasi kepada pasien adalah untuk memberitahukan kepada pasien agar ia tidak merasa merendah diri dengan keadaannya. Juga untuk memberitahukan mengenai terapi yang digunakan. Terlebih jika pasien menggunakan obat tersebut dalam jangka waktu yang lama (ISFI,2010)

Penyampaian KIE itu sendiri bertujuan agar informasi dan edukasi mengenai obat dapat mencegah terjadinya *medication error* (kejadian

yang tidak diharapkan) dalam menggunakan obat karena sudah menjadi tanggung jawab seorang tenaga kefarmasian terhadap keselamatan pasiennya, dan idealnya seorang tenaga kefarmasian baik diminta atau tidak harus selalu pro aktif melaksanakan KIE mengenai obat sehingga dapat membuat pasien merasa aman dengan obat yang digunakan (Susyanti dan Hayanti,2007) .

2.3.4. Sumber Informasi Obat

Semua sumber informasi yang digunakan sedapat mungkin informasi yang terbaru dan disesuaikan dengan tingkat dan tipe pelayanan. Pustaka digolongkan dalam 3 kategori, yaitu :

2.3.4.1. Pustaka Primer

Artikel asli yang dipublikasikan oleh penulis atau peneliti, informasi yang terdapat didalamnya berupa hasil penelitian yang diterbitkan dalam jurnal ilmiah. Contoh pustaka primer : Laporan hasil penelitian, laporan khusus, studi evaluative dan studi deskriptif.

2.3.4.2. Pustaka Sekunder

Berupa sistem indeks yang umumnya berisi kumpulan abstrak dari berbagai macam artikel jurnal. Sumber informasi sekunder sangat membantu dalam proses pencarian informasi yang terdapat dalam sumber informasi primer. Sumber informasi ini dibuat dalam berbagai *data base*.

2.3.4.3. Pustaka Tersier

Pustaka tersier berupa buku teks atau data base, kajian artikel, compendia dan pedoman praktis. Pustaka tersier umumnya berupa buku referensi yang berisi materi yang umum, lengkap dan mudah dipahami seperti IONI, ISO, DOEN, DOI, MIMS, Buku Saku Kefarmasian, dll.

2.4 Tenaga Kefarmasian

Menurut PP No. 51 tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian, Pekerjaan Kefarmasian adalah pembuatan termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan dan pendistribusi atau penyaluran obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat dan obat tradisional. Tenaga Kefarmasian adalah tenaga yang melakukan Pekerjaan Kefarmasian, yang terdiri atas Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian.

2.4.1 Apoteker

Menurut PP No. 51 tahun 2009, Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian pada Fasilitas Pelayanan Kefarmasian, Apoteker harus dapat dibantu oleh Apoteker pendamping dan/ atau Tenaga Teknis Kefarmasian.

2.4.2 Tenaga Teknis Kefarmasian

Tenaga Teknis Kefarmasian Menurut PP No.9 Tahun 2017 Tenaga Teknis Kefarmasian adalah tenaga yang membantu apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian meliputi: sarjana farmasi, ahli madya farmasi, analis farmasi, tenaga menengah farmasi/asisten apoteker. Menurut permenkes No. 31 Tahun 2016 tentang registrasi dan izin kerja Asisten Apoteker, Asisten Apoteker adalah tenaga kesehatan di bidang farmasi bertugas sebagai pembantu tugas apoteker dalam pekerjaan kefarmasian. Asisten apoteker merupakan tenaga kesehatan yang berijazah Sekolah Asisten Apoteker/ Sekolah Menengah Farmasi, Akademi Analis Farmasi dan Makanan serta Jurusan Analis Farmasi Makanan Politeknik Kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kepmenpan Nomor: PER/08/Kep/M.Pan/4/2008 Tentang Jabatan fungsional asisten apoteker dan angka kreditnya. Ketentuan umum Pasal 4 ayat 1: “Asisten Apoteker adalah jabatan yang mempunyai

ruang lingkup tugas, tanggung jawab, dan wewenang untuk melaksanakan penyiapan pekerjaan kefarmasian pada unit pelayanan kesehatan yang diduduki oleh pegawai negeri sipil dengan hak dan kewajiban yang diberikan secara penuh oleh pejabat yang berwenang.”

Menurut Permenkes No.74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas, 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 bertujuan untuk:

1. Meningkatkan mutu dan memperluas cakupan pelayanan kefarmasian di puskesmas.
2. Memberikan pelayanan kefarmasian yang dapat menjamin efektivitas, keamanan dan efisiensi obat dan bahan medis habis pakai.
3. Meningkatkan kerjasama dengan profesi kesehatan lain dan kepatuhan pasien yang terkait dalam pelayanan kefarmasian.
4. Melaksanakan kebijakan obat di puskesmas dalam rangka meningkatkan penggunaan obat secara rasional

Pelayanan farmasi klinik meliputi:

1. Pengkajian dan pelayanan resep

Kegiatan pengkajian resep dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

Persyaratan administrasi meliputi:

- a. Nama, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien.
- b. Nama, dan paraf dokter.
- c. Tanggal resep.

d. Ruangan/unit asal resep.

Persyaratan farmasetik meliputi:

- a. Bentuk dan kekuatan sediaan.
- b. Dosis dan jumlah obat.
- c. Stabilitas dan ketersediaan.
- d. Aturan dan cara penggunaan.
- e. Inkompatibilitas (ketidakcampuran obat).

Persyaratan klinis meliputi:

- a. Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat.
- b. Duplikasi pengobatan.
- c. Alergi, interaksi dan efek samping Obat.
- d. Kontra indikasi.
- e. Efek adiktif

Kegiatan penyerahan (*Dispensing*) dan pemberian informasi obat merupakan kegiatan pelayanan yang dimulai dari tahap menyiapkan/meracik obat, memberikan label/etiket, menyerahkan sediaan farmasi dengan informasi yang memadai disertai pendokumentasian.

Tujuan:

- a. Pasien memperoleh obat sesuai dengan kebutuhan klinis/pengobatan.
- b. Pasien memahami tujuan pengobatan dan mematuhi intruksi pengobatan.

2.5 Home Care Kefarmasian

2.5.1 Definisi Home Care Kefarmasian

Home care kefarmasian atau yang biasa disebut dengan pelayanan kefarmasian dirumah (*Home Pharmacy Care*) adalah pendampingan

pasien oleh apoteker dalam pelayanan kefarmasian dirumah dengan persetujuan pasien atau keluarga (Depkes,2008).

Pelayanan kefarmasian di rumah terutama untuk pasien yang tidak atau belum dapat menggunakan obat dan atau alat kesehatan secara mandiri, yaitu pasien yang memiliki kemungkinan mendapatkan risiko masalah terkait obat misalnya komorbiditas, lanjut usia, lingkungan sosial, karakteristik obat, kompleksitas pengobatan, kompleksitas penggunaan obat, kebingungan atau kurangnya pengetahuan dan keterampilan tentang bagaimana menggunakan obat dan atau alat kesehatan agar tercapai efek yang terbaik. Selain itu *home care* juga ditujukan untuk pasien lanjut usia, pasien yang menggunakan obat dalam jangka waktu lama seperti penggunaan obat-obat kardiovaskuler, diabetes, TB, asma, dan obat-obat untuk penyakit kronis lainnya (Depkes,2008).

2.5.2 Tujuan dan manfaat *home care* kefarmasian

a. Tujuan

Tujuan umum : Tercapainya keberhasilan terapi obat.

Tujuan khusus :

- Terlaksananya pendampingan pasien oleh tenaga kefarmasian untuk mendukung efektifitas, keamanan dan kesinambungan pengobatan.
- Terwujudnya komitmen, keterlibatan dan kemandirian pasien dan keluarga dalam penggunaan obat dan atau alat kesehatan yang tepat.
- Terwujudnya kerjasama profesi kesehatan, pasien dan keluarga (Depkes,2008).

b. Manfaat

Bagi pasien :

- Terjaminnya keamanan, efektifitas dan keterjangkauan biaya pengobatan
- Meningkatkan pemahaman dalam pengelolaan dan penggunaan obat dan/atau alat kesehatan.
- Terhindarnya reaksi obat yang tidak diinginkan
- terselesaikannya masalah penggunaan obat dan/atau alat kesehatan dalam situasi tertentu

Bagi tenaga kefarmasian :

- Pengembangan kompetensi tenaga kefarmasian dalam pelayanan kefarmasian di rumah
- Pengakuan profesi oleh masyarakat kesehatan, masyarakat umum dan pemerintah
- Terwujudnya kerjasama antar profesi kesehatan (Depkes,2008).

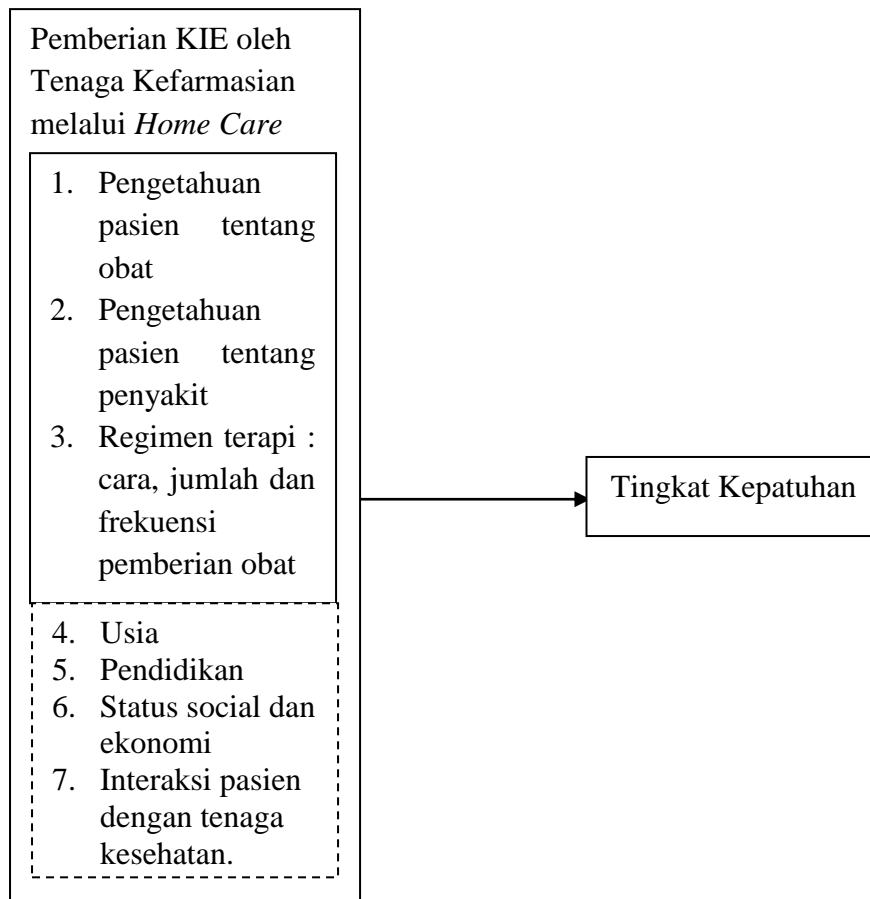
2.5.3 Pelayanan yang dapat diberikan Tenaga Kefarmasian

Jenis Pelayanan Kefarmasian di rumah yang dapat dilakukan oleh Tenaga Kefarmasian, meliputi :

1. Penilaian/pencarian (assessment) masalah yang berhubungan dengan pengobatan
2. Identifikasi kepatuhan pasien
3. Pendampingan pengelolaan obat dan/atau alat kesehatan di rumah, misalnya cara pemakaian obat asma, penyimpanan insulin
4. Konsultasi masalah obat atau kesehatan secara umum
5. Monitoring pelaksanaan, efektifitas dan keamanan penggunaan obat berdasarkan catatan pengobatan pasien
6. Dokumentasi pelaksanaan pelayanan kefarmasian di rumah dengan menggunakan formulir (Kemenkes,2014)

2.6 Kerangka Konsep

Konsep adalah suatu realita agar dapat dikomunikasikan dalam bentuk teori yang menjelaskan keterkaitan antara variabel, baik variabel yang diteliti maupun tidak diteliti. Kerangka konsep adalah konsep yang dipakai sebagai landasan berpikir dalam kegiatan penelitian (Nursalam,2007).



Tabel 2.3 Kerangka Konsep

Keterangan :

————— = Diteliti

----- = Tidak diteliti