

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Definisi

Hipertensi didefinisikan sebagai nilai tekanan darah sistolik > 140 mmHg dan tekanan darah diastolik > 90 mmHg. Komplikasi hipertensi dapat mengenai berbagai organ target, seperti jantung, otak, ginjal, mata, dan arteri perifer. Kerusakan organ-organ tersebut tergantung pada seberapa tinggi tekanan darah dan seberapa lama tekanan darah tinggi tersebut tidak terkontrol dan tidak diobati. Studi menunjukkan bahwa penurunan tekanan darah dapat menurunkan resiko morbiditas yang sering di ukur dengan parameter serangan stroke dan infark miokard akut. Tekanan darah tinggi tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat diatasi dengan beberapa cara seperti perubahan gaya hidup dan apabila diperlukan dapat menggunakan obat-obatan (JNC 8, 2014).

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah arteri yang terus menerus. Hipertensi sistolik terisolasi dengan nilai tekanan darah diastolik kurang dari 90 mm Hg dan tekanan darah sistolik 140 mm Hg atau lebih. Krisis hipertensi (tekanan darah $>180/120$ mmHg) dapat dikategorikan sebagai hipertensi darurat (peningkatan tekanan darah ekstrim dengan kerusakan target-organ akut atau progresif) atau *hiper-urgensi* tensif (peningkatan tekanan darah tanpa cedera organ target akut atau berlanjut)

(Dipiro *et al*, 2015). Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberkulosis, yakni mencapai 6,7% dari populasi kematian pada semua umur di Indonesia. Hipertensi merupakan gangguan sistem peredaran darah yang menyebabkan kenaikan tekanan darah di atas normal (Depkes RI, 2018).

Hipertensi adalah suatu keadaan yang dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan angka kematian. Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyakit kelainan jantung dan pembuluh darah yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah. Menurut *World Health Organization* (WHO) seseorang didiagnosa menderita hipertensi apabila tekanan sistolik pada saat istirahat melebihi 160 mmHg atau dimana tekanan diastolic melebihi 95 mmHg. Sementara menurut *American Heart Association* (AHA) seseorang didiagnosa menderita hipertensi apabila tekanan sistolik melebihi 140 mmHg dan diastolic melebihi 90 mmHg (Syafika, 2017).

2.1.2 Patofisiologi

a. Hipertensi Sekunder

Bernilai kurang dari 10% kasus hipertensi, biasanya kasus tersebut disebabkan oleh penyakit ginjal kronik atau renovaskular. Kondisi lain yang dapat menyebabkan hipertensi sekunder yaitu feokromasitoma, sindrom *cushing*, hipertiroid, hiperparatiroid, aldosterone primer, kehamilan, dekstruktif *sleep apnea*, dan kerusakan aorta. Beberapa obat yang dapat meningkatkan tekanan

darah yaitu kortikosteroid, estrogen, Anti Inflamasi Non Steroid (AINS), amfetamin, sibutramin, sikloporin, takrolimus, eritropoietin, dan venlafaksine (Dipiro *et al*, 2015)

b. Hipertensi Primer

Multifaktor yang dapat menyebabkan hipertensi primer meliputi :

- 1) Kelainan humoris yang melibatkan sistem *Renin-Angiotensin-Aldosterone* (RAAS), hormon natriurtik, atau resistensi insulin dan hiperinsulinemia.
 - 2) Gangguan pada Sistem Saraf Pusat, serat saraf otonom, reseptor adrenerik, atau Baroreceptors.
 - 3) Kelainan dalam proses autoregulasi ginjal atau jaringan untuk ekskresi natrium, volume plasma, dan penyempitan arteriolar.
 - 4) Kekurangan dalam sintesis zat vasodilatasi dalam endotelium vaskular (*prostacyclin*, *bradykinin*, dan *oksida nitrat*) atau zat vasokonstriksi berlebih (angiotensin II, endothelin I).
 - 5) Asupan natrium tinggi atau kurangnya kalsium makanan.
- (Dipiro *et al*, 2015)

2.1.3 Tanda dan gejala

Hipertensi di bagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi sekunder dan hipertensi primer :

a. Hipertensi Sekunder

Hipertensi esensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya.

b. Hipertensi Primer

Hipertensi sekunder merupakan akibat dari adanya penyakit lain. Faktor makanan yang sangat berpengaruh yaitu kelebihan lemak (obesitas), jarang berolahraga, kurang makan buah dan sayuran, mengonsumsi garam dapur yang terlalu tinggi, meminum terlalu banyak kopi atau minuman lain yang mengandung kafein, merokok dan terlalu banyak mengonsumsi minuman keras. Gejala yang dialami yaitu sakit kepala, berkeringat, takikardia, palpitasi, kram otot, kelelahan, peningkatan berat badan, poliuria, edema, irregular menstruasi, jerata, dan kelelahan otot (Adib, 2009).

2.1.4 Diagnosis

Diagnosis diperlukan untuk mengetahui akibat hipertensi bagi penderita, jarang untuk menetapkan sebab hipertensi itu sendiri. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa risiko kerusakan ginjal, jantung dan otak berkaitan secara langsung dengan derajat peningkatan tekanan darah. Risiko tersebut perlu segera mendapat terapi secara proporsional meningkat sesuai dengan besarnya kenaikan tekanan darah (Katzung, 2014).

Diagnosis hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah yang berulang dan bukan dari gejala yang dilaporkan penderita. Kenyataannya, hipertensi sering tidak menimbulkan gejala sampai kerusakan organ sasaran hampir atau telah terjadi. Penilaian awal pasien hipertensi harus mencakup riwayat dan pemeriksaan fisik yang lengkap untuk mengkonfirmasi diagnosis hipertensi, mencari faktor risiko penyakit kardiovaskular lainnya, mencari

penyebab sekunder hipertensi, mengidentifikasi konsekuensi kardiovaskular dari hipertensi dan penyakit penyerta yang lain, menilai tekanan darah terkait gaya hidup, dan menentukan potensi intervensi (Longo *et al.*, 2012).

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah pada Orang Dewasa (JNC 8, 2014)

	Sistolik		Diastolik
Kategori Optimal	<120	dan	<80
Normal	<130	dan	<85
Normal Tinggi	130-139	atau	85-89
Hipertensi Derajat 1	140-159	atau	90-99
Hipertensi Derajat 2	160-179	Atau	100-109
Hipertensi Derajat 3	≥180	atau	≥110

2.2 Terapi Hipertensi

Tujuan pengobatan hipertensi yaitu untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi dengan menurunkan tekanan darah serendah mungkin sampai tidak mengganggu fungsi ginjal, otak, jantung, maupun kualitas hidup, sambil dilakukan pengendalian faktor-faktor resiko kardiovaskular lainnya (Setiawati dan Bustami, 1995). Pedoman JNC 8 (2014) merekomendasikan target Tekanan Darah kurang dari 140/90 mm Hg untuk sebagian besar pasien, kurang dari 140/80 mm Hg untuk pasien dengan diabetes melitus, dan kurang dari 130/80 mm Hg. Untuk pasien dengan penyakit Ginjal Kronik yang memiliki albuminuria persisten (>30 mg urine albumin ekskresi per 24 jam). Terapi hipertensi ada dua cara yaitu (Dipiro *et al*, 2015) :

2.2.1 Non Farmakologi

Modifikasi gaya hidup :

- a. Penurunan berat badan jika kelebihan berat badan.

- b. Adopsi diet pendekatan untuk menghentikan rencana makan hipertensi *Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)*.
- c. Pembatasan natrium diet idealnya hingga 1,5 g/hari (3,8 g/hari natrium klorida).
- d. Aktivitas fisik aerobik biasa.
- e. Konsumsi alkohol sedang (dua atau lebih sedikit minuman per hari).
- f. Penghentian merokok (Dipiro *et al*, 2015).

2.2.2 Farmakologi

Modifikasi gaya hidup saja cukup untuk sebagian besar pasien dengan prehipertensi tetapi tidak memadai untuk pasien dengan hipertensi dan faktor risiko tambahan atau kerusakan organ darah dan keberadaan penyakit penyulit. Agen primer antihipertensi untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas seperti diuretik, *Angiotensin Converting Enzyme (ACE) Inhibitor*, *Calcium Channel Blocker (CCB)*, *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*, *Beta Blocker (BB)*. Sebagai alternatif yang digunakan setelah penderita mendapatkan terapi lini pertama dapat menggunakan *α -1 blocker*, *α -2 agonis central*, dan vasodilator. Obat-obat hipertensi terdiri dari beberapa golongan, berikut penjelasannya (Chobanian, 2003) :

a. Golongan ACE-I

ACE merupakan enzim yang berfungsi untuk mengubah angiotensin I menjadi angiotensin II, merupakan suatu vasokonstriktor yang memacu sekresi aldosteron. Sekresi aldosteron dapat menyebabkan peningkatan resistensi vaskular. Penurunan tekanan darah terjadi akibat dari

penghambatan pada ACE yang menghasilkan efek vasodilatasi, dan menurunkan resistensi vaskular karena terjadi penurunan sekresi aldosteron, dapat juga menurunkan volume darah sehingga beban akhir jantung (*afterload*) menurun juga.

Obat golongan ACE-I dapat menimbulkan beberapa efek samping, seperti sakit kepala, nyeri pada lambung, kebingungan, dan hipotensi. Efek samping klinis yang terlihat seperti adanya batuk, batuk pada pasien yang mendapat obat golongan ACE-I disebabkan karena akumulasi dari bradikinin pada mukosa bronkus. ACE menginaktivasi bradikinin yang merupakan mediator inflamasi. Obat yang termasuk kedalam golongan ACE-I adalah captopril, lisinopril, elanapril, ramipril, transdolapril, perindopril.

b. Golongan ARB

Obat golongan ini mempunyai aksi yang sama seperti golongan ACE-I, yaitu menghambat aksi aktivitas angiotensin II. Perbedaan kedua golongan ini adalah ACE-I menghambat pada proses produksi angiotensin II, sedangkan ARB menghambat aktivitas angiotensin II pada reseptor khususnya AT1. Pembentukan angiotensin II tidak hanya disebabkan oleh ACE, namun pembentukan juga terjadi lewat jalur lain yaitu kimase.

ARB mempunyai keunggulan yaitu dapat menghambat secara baik aktivitas dari angiotensin II melalui jalur lain juga yang tidak bisa dihambat hanya dengan golongan ACE-I. ARB juga lebih menguntungkan karena tidak adanya efek samping seperti batuk kering. Contoh obat dalam

golongan ARB adalah losartan, candesartan, dan valsartan. Obat golongan ARB menyebabkan efek samping seperti pusing, kelelahan, diare, rasa sakit, dan infeksi.

c. Golongan CCB

Aksi dari obat ini berupa penghambatan influks ion kalsium pada kanal ion kalsium (*Voltage-gated calcium channel*) pada pembuluh darah dan otot jantung. Penghambatan pada pembuluh darah menimbulkan efek vasodilatasi, karena menurunnya ion kalsium intraseluler yang menyebabkan penurunan kontraksi pada otot polos pembuluh darah, dan peningkatan diameter pembuluh darah sehingga terjadi vasodilatasi, hal ini dapat menurunkan retensi perifer. Penghambatan pada jantung, menyebabkan penurunan ion kalsium intraseluler yang dapat menurunkan kontraksi sel otot jantung sehingga curah jantung juga mengalami penurunan. Penurunan tekanan darah diakibatkan karena retensi perifer dan curah jantung yang mengalami penurunan. Contoh obat golongan CCB adalah diltiazem, amlodipine, nifedipine, verapamil, felodipine, nikardipine, nisoldipine.

Obat golongan CCB terbagi menjadi dua jenis yaitu dihidropiridin dan non-dihidropiridin. Amlodipine dan nifedipine merupakan contoh dihidropiridin yang bekerja mendilatasi arteri, diltiazem dan verapamil merupakan contoh non-dihidropiridin yang bekerja mendilatasi arteri, namun cenderung lebih lemah dibandingkan dengan dihidropiridin. Non-dihidropiridin mempunyai efek mengurangi kontraktilitas dan denyut

jantung. Efek samping dari CCB adalah edema perifer yang terjadi pada dosis tinggi, pengurangan efek samping dari CCB dapat dengan mengkombinasikan obat golongan CCB dengan ACE-I atau ARB.

d. Golongan Diuretik

Pada terapi hipertensi ada 4 subkelas diuretik yang dapat digunakan yaitu diuretik thiazide, *loop diuretic*, diuretik hemat kalium, dan antagonis aldosteron. Diuretik merupakan obat pilihan pertama pada pasien hipertensi, terutama golongan thiazide, dan menjadi rekomendasi dalam terapi kombinasi untuk mengontrol tekanan darah. Diuretik dapat menurunkan tekanan darah melalui aksi mengosongkan simpanan natrium dalam tubuh, mengurangi volume darah, dan menurunkan curah jantung. Natrium diperkirakan dapat meningkatkan kekakuan pembuluh darah dan reaktivasi saraf yang menyebabkan resistensi vaskular. Hal ini kemungkinan disebabkan karena peningkatan pertukaran natrium-kalsium sehingga terjadi peningkatan kalsium intraseluler.

e. Golongan *Beta blocker*

Obat golongan *beta blocker* melibatkan penghambatan pada reseptor β_1 adrenergik, dan bekerja dengan menghambat persyarafan simpatetik yang menuju organ jantung. Obat golongan BB menurunkan frekuensi dari denyut jantung, penurunan curah jantung, dan menurunkan pelepasan enzim renin dari ginjal. Contoh obat golongan BB adalah propranolol, atenolol, aseptolol.

Ada dua reseptor beta yaitu reseptor β_1 dan β_2 . Reseptor β_1 terdapat di jantung dan ginjal, mempunyai fungsi pengaturan denyut jantung, kontraktilitas jantung, dan pelepasan renin. Reseptor β_2 terdapat di paru-paru, hati, pankreas, dan otot polos arteri (mempunyai fungsi pengaturan bronkodilatasi dan vasodilatasi). Obat golongan beta blocker mempunyai efek samping yaitu kelelahan, mengantuk, pusing, bronkospasme, mual dan muntah.

f. Golongan α Blocker

Obat golongan ini beraksi dengan menghambat reseptor α adrenergik, khususnya α_1 adrenergik. Pada reseptor ini aktivitasnya dapat menyebabkan vasokonstriksi yang dapat meningkatkan retensi perifer, sehingga meningkatkan tekanan darah baik pada vena maupun arteri. Contoh obat golongan ini adalah prazosin, doksazosin dan terazosin. Efek samping obat golongan α_1 blocker dapat menyebabkan beberapa gejala seperti pusing, palpitasi, pingsan, dan sinkop selama 1- 3 jam pada penggunaan dosis pertama. Obat ini menyebabkan efek samping di sistem saraf pusat berupa kehilangan tenaga, letih, dan depresi.

g. Golongan Central α_2 -Agonist

Penurunan tekanan darah melalui aksi penurunan penghantaran syaraf simpatetik oleh obat golongan ini. Contoh obat golongan ini adalah klonidin, metildopa, dan guanabenz. Penurunan tekanan darah oleh metildopa dan klonidin dengan merangsang reseptor α_2 adrenergik yang ada di otak, sehingga menyebabkan penurunan aliran simpatik dari pusat

vasomotor di otak, curah jantung, dan tahanan perifer. Efek samping dari metildopa menyebabkan hepatitis dan anemia hemolitik, namun efek samping ini jarang terjadi. Jika secara tiba-tiba dilakukan penghentian obat golongan ini dapat menyebabkan *Rebound hypertension*, di duga hal tersebut terjadi akibat peningkatan pelepasan norepinefrin.

h. Golongan Vasodilator

Hidralazin dan minoksidil menghasilkan efek antihipertensi karena adanya relaksasi langsung pada otot polos arteriolar, namun tidak menyebabkan vasodilatasi ke pembuluh darah vena. Hidralazin dan minoksidil menyebabkan pengaktifan refleks baroreseptor akibat menurunnya tekanan perfusi yang kuat. Baroreseptor yang aktif dapat menyebabkan peningkatan aliran simpatetik, sehingga terjadi peningkatan curah jantung, denyut jantung, dan pelepasan renin (Chobanian, 2003).

2.3 Penggunaan Obat Rasional

Menurut WHO penggunaan obat di sarana pelayanan kesehatan umumnya belum rasional. Penggunaan obat yang tidak rasional berupa penggunaan yang berlebihan, penggunaan yang kurang dari seharusnya, kesalahan dalam penggunaan resep atau tanpa resep, polifarmasi, dan swamedikasi yang tidak tepat terapi (WHO, 2010). Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011 penggunaan obat dikatakan Rasional jika memenuhi kriteria :

a. Tepat Diagnosis

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

b. Tepat Indikasi Penyakit

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya di indikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya di anjurkan untuk pasien yang benar gejala adanya infeksi bakteri.

c. Tepat Pemilihan Obat

Keputusan untuk melakukan upaya terapi di ambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

d. Tepat Dosis

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

1) Tepat Cara Pemberian

Obat antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk

ikatan. Sehingga menjadi tidak dapat di absorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

2) Tepat Waktu Interval Pemberian

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

3) Tepat Lama Pemberian

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing. Untuk tuberkulosis dan kusta, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian chloramphenicol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

e. Waspada Terhadap Efek Samping

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah wajah. Kemudian pemberian tetrasiklin tidak boleh dilakukan pada anak kurang dari 12 tahun, karena menimbulkan kelainan pada gigi dan tulang yang sedang tumbuh.

f. Tepat Penilaian Kondisi Pasien

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

g. Tepat Informasi

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

h. Tepat Tindak Lanjut (*follow-up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi harus sudah dipertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya jika pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping.

i. Tepat Penyerahan Obat (*Dispensing*)

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

j. Pasien Patuh Terhadap Perintah Pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut :

- 1) Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering.
- 2) Jenis dan jumlah obat yang diberikan terlalu banyak.
- 3) Jenis sediaan obat terlalu beragam.
- 4) Pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi.
- 5) Pasien tidak mendapatkan informasi / penjelasan yang cukup mengenai cara minum / menggunakan obat.
- 6) Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan (urine menjadi merah karena minum rifampisin) tanpa diberikan penjelasan terlebih dahulu (Kemenkes RI, 2011).

2.4 Puskesmas

2.4.1 Pengertian

Puskesmas Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat Menteri Kesehatan Republik Indonesia adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung-jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Kemenkes RI, 2004).

a. Unit Pelaksana Teknis

Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten/ kota dan merupakan unit

pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia.

b. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimasi.

c. Pertanggung-jawaban Penyelenggaraan

Penanggung-jawaban utama penyelenggaraan seluruh upaya pembangunan kesehatan di wilayah kabupaten/kota adalah dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan Puskesmas bertanggung-jawab hanya untuk sebagian upaya pembangunan kesehatan yang dibebankan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota sesuai dengan kemampuannya.

d. Wilayah Kota

Secara nasional, standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu Kecamatan. Tetapi apabila di satu Kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung-jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan atau RW). Masing-masing Puskesmas tersebut secara operasional bertanggung-jawab langsung kepada dinas kesehatan kabupaten/kota (Kemenkes, 2004).

2.4.2 Tujuan

Tujuan Puskesmas Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat Menteri Kesehatan Republik Indonesia adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Kemenkes RI, 2004).

2.4.3 Fungsi

Ada 3 (tiga) Fungsi Puskesmas Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/Menkes/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat yaitu :

a. Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan Puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, penyelenggaraan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini di selenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya social budaya masyarakat setempat.

c. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung-jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung-jawab Puskesmas meliputi :

1) Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pembrantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya (Kemenkes RI, 2004).

2.5 Landasan Teori

Hipertensi disebut sebagai “pembunuh diam-diam” karena gejalanya sering tanpa keluhan. Umumnya penderita tidak mengetahui kalau dirinya mengidap hipertensi dan baru diketahui kalau dirinya mengidap hipertensi setelah terjadi komplikasi. Kebanyakan orang merasa sehat dan kuat walaupun hipertensi, keadaan ini tentu sangat berbahaya dan dapat menyebabkan kematian mendadak pada masyarakat.

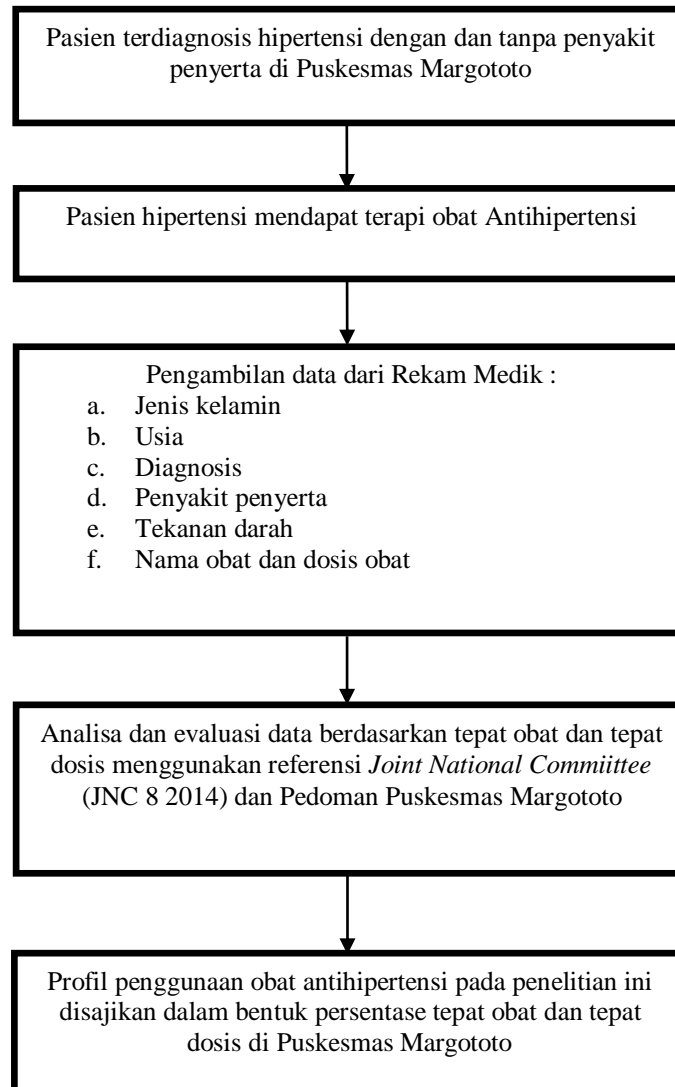
Setelah pasien di diagnosis hipertensi tindakan selanjutnya yaitu pemilihan obat dengan memperhatikan jenis, dosis, cara dan lama pemberian obat karena sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat dengan rentang terapi yang sempit sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

Pemilihan dalam penggunaan obat antihipertensi dalam suatu instansi sangat penting karena dengan adanya pemilihan obat berdasarkan pedoman yang digunakan akan mencapai terapi yang diinginkan dengan melihat tepat obat dan tepat dosisnya (Kemenkes RI, 2011). Hipertensi dapat dibedakan menjadi 2 jenis yaitu hipertensi primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer biasanya kenaikan tekanan darah yang tidak diketahui penyebabnya dan hipertensi sekunder biasanya ditandai dengan gejala yang dialami yaitu sakit kepala, berkeringat, takikardia, palpitasi, keram otot, kelelahan, peningkatan berat badan, poliuria, edema, irregular menstruasi, jerata, dan kelelahan otot (Dipiro *et al*, 2015).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Eka Kartika Untari (2015) terkait evaluasi rasionalitas penggunaan obat antihipertensi di Puskesmas Siantan Hilir Kota Pontianak didapatkan hasil data ketepatan obat sebanyak 70,65% dan ketepatan dosis 98,91%. Kemudian juga penelitian dari Syafika Alaydrus (2019) mengenai pola penggunaan obat Hipertensi didapatkan hasil data ketepatan obat sebanyak 86,67% dan ketepatan dosis 83,33%. Dari hasil kedua penelitian tersebut dengan adanya perbedaan persentase antara ketepatan obat dan ketepatan dosis, sehingga peneliti tertarik dengan kasus penggunaan obat antihipertensi dengan kriteria ketepatan obat dan ketepatan dosis di Puskesmas Margototo Kabupaten Lampung Timur.

Penelitian yang dilakukan kali ini dengan tema Profil Penggunaan obat antihipertensi di Puskesmas Margototo Kabupaten Lampung Timur. Pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana profil penggunaan obat antihipertensi dan mengetahui apakah sudah sesuai penggunaan obat antihipertensi ditinjau dari kriteria ketepatan obat dan ketepatan dosis. Manfaat dari penelitian ini yaitu diharapkan dapat meningkatkan dalam pemilihan penggunaan obat agar meminimalkan terjadinya kesalahan penggunaan dan tercapainya keberhasilan pengobatan berdasarkan kriteria ketepatan obat dan ketepatan dosis.

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

2.7 Keterangan Empiris

- a. Diketahui profil penggunaan obat antihipertensi di Puskesmas Margototo Kabupaten Lampung Timur.
- b. Diketahui kesesuaian penggunaan obat antihipertensi di Puskesmas Margototo Kabupaten Lampung Timur ditinjau dari kriteria ketepatan obat dan ketepatan dosis.