

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu menjadi salah satu acuan dalam melakukan penelitian sehingga dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan. Dari penelitian terdahulu, yaitu penelitian yang disusun oleh Sri Wahyuni dkk dengan judul Pengaruh Konseling dan *Leaflet* Terhadap Efikasi Diri, Kepatuhan Minum Obat dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Dua Puskesmas Kota Depok. Dalam penelitiannya peneliti mendeskripsikan karakteristik pasien hipertensi, menilai peningkatan efikasi diri dan kepatuhan minum obat, serta penurunan tekanan darah pasien hipertensi pada kelompok konseling dan kelompok *leaflet*, serta menilai pengaruh konseling dan pemberian *leaflet* terhadap peningkatan efikasi diri dan kepatuhan minum obat serta penurunan tekanan darah pasien hipertensi di puskesmas Kota Depok. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah sama-sama menilai pengaruh konseling apoteker terhadap pasien hipertensi, jika perbedaannya terletak pada variabel yang akan diteliti dan metode pengambilan sampel untuk menilai kepatuhan minum obat, pada peneliti sebelumnya memakai kuesioner MMAS-8 sedangkan penelitian sekarang akan menggunakan *pill count*.

Penelitian yang kedua yaitu skripsi Aulya Khanifatunnisa dengan judul Pengaruh *Homecare* Kefarmasian Terhadap Tingkat Pengetahuan, Tingkat Kepatuhan dan Kontrol Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi di Puskesmas Kembaran 1 dan Kembaran 2. Pada penelitian ini untuk menilai dan mengevaluasi pengaruh adanya layanan *homecare* kefarmasian terhadap tingkat pengetahuan, tingkat kepatuhan, dan kontrol tekanan darah pada pasien hipertensi di Puskemas Kembaran 1 dan Kembaran 2. Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variabel penelitiannya sama dengan variabel penelitian yang akan dilakukan yaitu kepatuhan minum obat pasien hipertensi di puskesmas dengan metode *pill count*. Tetapi untuk perbedaan dalam penelitian sebelumnya peneliti mengevaluasi dan menilai

pengaruh homecare sedangkan penelitian selanjutnya atau yang akan diteliti adalah meneliti pengaruh konseling apoteker di puskesmas wilayah Kabupaten Banyumas.

B. Hipertensi

1. Definisi dan Klarifikasi Hipertensi

Hipertensi atau yang lebih dikenal dengan sebutan penyakit darah tinggi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang berada diatas batas normal atau optimal yaitu 120 mmHg untuk sistolik dan 80 mmHg untuk diastolik. Penyakit ini dikategorikan sebagai *the silent disease* karena penderita tidak mengetahui dirinya mengidap hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Hipertensi yang terjadi dalam jangka waktu lama dan terus menerus bisa memicu *stroke*, serangan jantung, gagal jantung dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik (Purnomo, 2009).

Tujuan terapi hipertensi adalah mencegah komplikasi, menurunkan kejadian kardiovaskular, serebrovaskular, dan renovaskular, dengan kata lain menurunkan efek tekanan darah tinggi terhadap kerusakan end-organ. Secara umum, target tekanan darah yang harus dicapai adalah 140/90 mmHg, sedangkan untuk pasien diabetes atau dengan penyakit ginjal kronik (chronic kidney diseases, CKD), target tekanan darah adalah 130/80 mmHg (JNC 7, ESC/ESH). Adapun klasifikasi hipertensi menurut JNC (The Joint National Committee) VIII dan ESH (The European Society of Hypertension) 2007

Table 2.1. Klasifikasi Hipertensi untuk Usia ≥ 18 tahun

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)	Grade
Normal	< 120	< 80	
> 60 tahun	> 150	> 90	A
< 60 tahun	> 140	> 90	A (30-59 th) E (18-29 th)
> 18 tahun (dengan CKD dan Dm)	≥ 140	≥ 90	E

Sumber : JNC 8, 2013

Table 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik / Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normotensi	
Optimal	>120/80
Normal	120-129/80-84
Normal Tinggi	130-139/84-89
Hipertensi	
Grade 1 (ringan)	140-159/90-99
Grade 2 (moderat)	160-179/100-109
Grade 3 (moderat)	>180/110
Hipertensi Sistolik Terisolasi	>140/>90

Sumber:ESH,2007

Klasifikasi hipertensi dapat dibagi menjadi dua berdasarkan penyebabnya dan berdasarkan bentuk hipertensi. Berdasarkan penyebabnya yaitu hipertensi primer (hipertensi esensial) dan hipertensi sekunder (hipertensi non esensial). Hipertensi primer yang penyebabnya tidak diketahui (idiopatik), walaupun dikaitkan dengan kombinasi faktor gaya hidup seperti kurang bergerak (inaktivasi) dan pola makan.

Hipertensi primer ini terjadi pada sekitar 90% penderita hipertensi. Sedangkan, hipertensi sekunder penyebabnya diketahui. Pada sekitar 5-10% penderita hipertensi, penyebabnya adalah penyakit ginjal. Pada sekitar 1-2%, penyebabnya adalah kelainan hormonal atau pemakaian obat tertentu (misalnya pil KB) (Michael,2014)

2. Gejala Klinis Hipertensi

Gejala Hipertensi yang umum dijumpai antara lain : Pusing, mudah marah, telinga berdenging, sukar tidur, sesak nafas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang kunang dan lain-lain.

Sedangkan gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai sebagai berikut : gangguan mata, gangguan saraf, gangguan jantung, gangguan fungsi ginjal, gangguan pada otak yang nantinya akan membuat pembuluh darah di otak pecah dan rusaknya dinding pembuluh darah sehingga dapat menyebabkan stroke dan kematian.

3. Faktor Resiko Hipertensi

Adapun faktor risiko hipertensi yang dapat di klasifikasikan menjadi dua yaitu faktor resiko yang dapat diubah dan faktor resiko yang tidak dapat dirubah Faktor-faktor tersebut sebagai berikut :

- a. Faktor yang tidak dapat diubah :
 - 1) Umur (laki – laki > 55 tahun, wanita > 65 tahun)
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Riwayat keluarga
- b. Faktor yang dapat diubah :
 - 1) Kebiasaan merokok
 - 2) Konsumsi garam
 - 3) Konsumsi lemak jenuh atau dislipidemia (kolesterol HDL : laki-laki < 40 mg/dl; wanita < 46 mg/dl)
 - 4) Kadar gula puasa (102-125 mg/dl)
 - 5) Kebiasaan konsumsi minum-minuman beralkohol
 - 6) Obesitas
 - 7) Kurang aktifitas fisik (Olahraga)
 - 8) Stres
 - 9) Penggunaan estrogen

4. Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan utama terapi hipertensi adalah menurunkan mortalitas dan morbiditas yang berhubungan dengan hipertensi serta berkaitan dengan kerusakan organ target (seperti kardiovaskular, gagal jantung, dan penyakit ginjal). Menurut Joint National Commission (JNC) 7, rekomendasi target tekanan darah yang harus dicapai adalah :

- a. Pasien Hipertensi tanpa komplikasi < 140/90 mmHg
- b. Pasien Hipertensi dengan komplikasi ginjal kronik \leq 130/80
- c. Pasien Hipertensi dengan komplikasi diabetes \leq 130/80 mmHg.

Penatalaksanaan Hipertensi ada dua cara yaitu secara non farmakologi dan farmakologi.

a. Terapi non farmakologi

Terapi non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap untuk mendapatkan efek pengobatan farmakologis (obat anti hipertensi) yang lebih baik (Dalimartha, 2008). Terapi nonfarmakologis terbukti dapat mengontrol dan mempertahankan tekanan darah agar tidak semakin meningkat berdasarkan beberapa hasil penelitian yang telah dilakukan. Pengobatan secara non farmakologi bisa dilakukan dengan memodifikasi gaya hidup seperti yang tercantum pada tabel 3 berikut:

Tabel 2.3. Modifikasi Gaya Hidup

Modifikasi	Rekomendasi	Range Penurunan tekanan darah
Penurunan Berat Badan	Pelihara Berat Badan Normal BMI (18,5 – 24,9)	5 – 20 mmHg /10 kg penurunan BB
Adopsi pola makan DASH	Diet kaya dengan buah, sayur dan produk susu rendah lemak	8 – 14 mmHg
Diet Rendah Sodium	Mengurangi sodium tidak lebih dari 100 meq/L (2,4 g sodium atau 6 g sodium klorida)	2 – 8 mmHg
Aktifitas Fisik	Regular aktivitas fisik aerobic seperti jalan kaki selama 30 menit/hari beberapa hari atau minggu	4 – 9 mmHg
Mengonsumsi Alkohol	Limit meminum alkohol tidak lebih dari 2/hari tidak terlalu banyak (30 ml etanol)	2 – 4 mmHg

Keterangan : BMI (Body mess index) , BB (Berat Badan) , DASH (Dietary Approach to stop Hypertension)

Sumber : JNC 7,2003

b. Terapi farmakologi

Pengobatan hipertensi dimulai dengan obat tunggal yang mempunyai masa kerja panjang sehingga dapat diberikan sekali sehari dan dosisnya dititrasi. Obat berikutnya mungkin dapat ditambahkan selama beberapa bulan pertama.

Pemilihan atau kombinasi obat anti-hipertensi yang cocok bergantung pada keparahan hipertensi dan respon penderita terhadap obat. Menurut Depkes RI 2013 ada beberapa prinsip pemberian obat anti-hipertensi perlu diingat yaitu :

- 1) Pengobatan hipertensi sekunder lebih mengutamakan untuk menghilangkan penyebab hipertensi
- 2) Pengobatan hipertensi esensial ditunjukkan untuk menurunkan tekanan darah dengan harapan memperpanjang umur dan mengurangi timbulnya komplikasi.
- 3) Upaya menurunkan tekanan darah dicapai dengan menggunakan obat antihipertensi
- 4) Pengobatan hipertensi adalah pengobatan jangka panjang bahkan pengobatan seumur hidup.
- 5) Jika tekanan darah terkontrol maka pemberian obat hipertensi di Puskesmas dapat diberikan untuk pemakaian selama 30 hari bila tanpa keluhan baru
- 6) Untuk penderita hipertensi yang baru di diagnosa (Kunjungan pertama) maka diperlukan kontrol ulang disarankan 4 kali dalam sebulan atau seminggu sekali apabila tekanan darah sistolik . 160 mmHg atau diastolik . 100 mmHg sebaiknya diberikan terapi kombinasi setelah kunjungan kedua (dalam dua minggu) tekanan darah tidak dapat di kontrol.
- 7) Pada kasus hipertensi emergensi atau urgensi tekanan darah tidak dapat terkontrol setelah pemberian obat pertama langsung diberikan terapi farmakologis kombinasi, bila tidak dapat dilakukan rujukan.

Ada 9 kelas obat antihipertensi. Diuretik, penyekat beta, penghambat enzim konversi angiotensin (ACEI), penghambat reseptor angiotensin (ARB), dan antagonis kalsium dianggap sebagai obat antihipertensi utama.

a. Diuretik

Diuretik dapat menurunkan tekanan darah terutama dengan mekanisme extrarenal. Diuretik terutama golongan tiazid, adalah obat lini pertama untuk kebanyakan pasien dengan hipertensi. Bila terapi kombinasi diperlukan untuk mengontrol tekanan darah, diuretik salah satu obat yang direkomendasikan. Empat subkelas diuretik digunakan untuk mengobati hipertensi: tiazid, loop, agen penahan kalium dan antagonis aldosteron.

b. β -blocker

Mekanisme kerja obat antihipertensi ini adalah penurunan laju nadi dan daya pompa jantung. Obat golongan β -blocker dapat menurunkan mortalitas dan morbiditas pasien hipertensi lanjut usia, menurunkan penyakit jantung koroner, prevensi terhadap serangan infark miokard ulangan dan gagal jantung. Pemakaian pada pasien diabetes harus berhati-hati karena dapat menimbulkan hipoglikemi.

c. ACEI (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor)

Mekanisme kerjanya yaitu menghambat perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Obat-obatan yang termasuk golongan ACEI adalah valsartan, lisinopril dan ramipril efek samping yang akan timbul biasanya adalah sakit kepala, pusing, lemas, mual. Walaupun ACEI berpotensi menjaga fungsi ginjal tetapi kadar kreatinin dapat meningkat apabila diberikan pada pasien insufisiensi renal, dehidrasi atau gagal jantung.

d. ARB (Angiotensin Reseptor Bloker)

Mekanisme kerjanya menghalangi ikatan zat angiotensin II pada reseptornya. ARB juga mempunyai efek vasodilatasi sehingga dapat mengurangi beban jantung. Biasanya jika pada pasien yang mengkonsumsi ACEI 25% akan menimbulkan efek samping batuk maka dari itu alternatif selanjutnya adalah penggunaan ARB.

e. CCB (Calcium Channel Bloker)

Mekanisme kerja CCB adalah menghambat masuknya saluran kalsium yang sensitive terhadap tegangan ke dalam sel

pembuluh darah arteri sehingga menyebabkan dilatasi arteri koroner dan juga arteri perifer yang nantinya akan menimbulkan relaksasi jantung dan otot polos.

f. Reseptor Alfa Perifer

Mekanismenya adalah menginhibisi ketokolamin pada sel otot polos vaskuler perifer yang memberikan efek vasodilatasi. Contoh obat golongan ini adalah prazosin, terazosin dan dosiselon.

g. Agonis Alfa Sentral

Mekanismenya adalah merangsang reseptor alfa sentral, perangsang ini menurunkan aliran simpatetik dari pusat vasomotor di otak dan meningkatkan aktivitas parasimpatetik, dapat menurunkan denyut jantung, cardiac output, aktifitas plasma renin, dan efek baroreseptor.

h. Reserpin

Mekanisme dari reserpin adalah mengosongkan norepinefrin dari ujung saraf simpatetik dan memblok perjalanan norepinefrin ke granul penyimpanannya.

i. Inhibitor Simpatetik Prostaglandin

Obat golongan ini bekerja mengosongkan norepinefrin dari terminal saraf simpatetik posganglionik dan inhibisi pelepasan norepinefrin terhadap respon stimulasi saraf simpatetik, sehingga akan mengurangi curah jantung dan resistensi vaskuler perifer.

C. Kepatuhan Minum Obat Pasien

Kepatuhan merupakan fenomena multidimensi yang ditentukan oleh tujuh dimensi yaitu faktor terapi, faktor sistem kesehatan, faktor lingkungan, usia, dukungan keluarga, pengetahuan dan faktor sosial ekonomi (Riyadi & Purwanto, 2009).

Kepatuhan dalam mengkonsumsi obat berhubungan dengan perilaku untuk mentaati saran – saran atau prosedur untuk dari dokter tentang penggunaan obat, yang di dahului oleh proses konsultasi. Pengobatan akan

berjalan efektif apabila pasien mematuhi aturan dalam mengonsumsi dan menggunakan obat (Laban,2008)

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan pasien dalam minum obat adalah:

1. Faktor Predisposing meliputi pengetahuan, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, sikap
2. Faktor Enabling meliputi ketersediaan sarana kesehatan atau fasilitas kesehatan
3. Faktor reinforcing meliputi dukungan keluarga dan sikap petugas kesehatan (Gendhis,2013)

Semakin pasien mendapatkan informasi obat maka dapat meningkatkan tingkat pengetahuan pasien tentang pengobatan yang dijalannya khususnya tentang pentingnya kepatuhan dalam minum obat. Semakin mendapat informasi tentang pemakaian obat semakin patuh dalam pelaksanaan minum obat dan semakin tidak mendapatkan informasi tentang pemakaian semakin tidak patuh (Novita,2014)

Kepatuhan minum obat pasien juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

1. Persepsi dan perilaku pasien
(Contohnya :persepsi berat ringannya penyakit, variabel sosiodemografis, trait kepribadian, termasuk keyakinan, sikap dan harapan-harapan yang akhirnya mempengaruhi motivasi pasien untuk mulai dan menjaga perilaku minum obat selama proses pengobatan berlangsung)
2. Interaksi antara pasien dan dokter dan komunikasi medis antara kedua belah pihak
(Contonya : Keterampilan dalam memberi konsultasi dapat memperbaiki kepatuhan, dan pesan-pesan yang berbeda dari sumber yang berbeda ternyata dapat mempengaruhi kepatuhan pasien dalam meminum obat)
3. Kebijakan dan praktek pengobatan di publik yang dibuat oleh pihak yang berwenang
(Contohnya : Sistem pajak dalam resep, deregulasi tentang resep dan hak-hak konsumen dalam proses pembuatan resep)

4. Berbagai intervensi yang dilakukan agar kepatuhan dalam mengkonsumsi obat terjadi

(Contohnya : Intervensi yang menggunakan model teori ASE atau Attitude-Social Influence-Self efficacy, yang diterapkan dalam rumah sakit saat perawat mengunjungi bangsal, perawat meminta pasien mengingat tentang peraturan dalam mengkonsumsi obat.

Faktor lain yang penting dan perlu di perhatikan dalam kepatuhan minum obat pasien adalah dukungan keluarga dalam kesehatan pasien, dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan keluarga yang kurang dapat menurunkan motivasi pasien untuk melakukan perawatan kesehatan dalam hal patuh minum obat secara teratur tapi berbeda jika keluarga mendukung penuh untuk membantu pasien dalam menangani penyakitnya hal itu memotivasi pasien untuk sembuh secara cepat salah satu cara yaitu dengan patuh untuk meminum obat (Friedman,2010).

D. Puskesmas

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. (Menkes, 2014).

Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan upaya kesehatan, yang berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas harus mendukung tiga fungsi pokok Puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama

yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. (Depkes,2014)

Pelayanan kefarmasian di puskesmas termasuk dalam pelayanan farmasi klinik yang 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 ini 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.

Di dalam pelayanan farmasi klinik sesuai standar pelayanan kefarmasian di puskesmasada beberapa hal yang perlu diketahui yaitu:

1. Pengkajian Resep, Penyerahan Obat dan Pemberian Informasi Obat

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

2. Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Merupakan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh Apoteker untuk memberikan informasi secara akurat, jelas dan terkini kepada dokter, apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya dan pasien.

3. Konseling

Merupakan suatu proses untuk mengidentifikasi dan penyelesaian masalah pasien yang berkaitan dengan penggunaan Obat pasien rawat jalan dan rawat inap, serta keluarga pasien.

Tujuan dilakukannya konseling adalah memberikan pemahaman yang benar mengenai obat kepada pasien/keluarga pasien antara lain

tujuan pengobatan, jadwal pengobatan, cara dan lama penggunaan obat, efek samping, tanda-tanda toksisitas, cara penyimpanan dan penggunaan obat.

4. Ronde/Visite Pasien

Merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan secara mandiri atau bersama tim profesi kesehatan lainnya terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, dan lain-lain. Tujuan yaitu untuk :

5. Pemantauan dan Pelaporan Efek Samping Obat (ESO)

Merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang merugikan atau tidak diharapkan yang terjadi pada dosis normal yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis dan terapi atau memodifikasi fungsi fisiologis.

6. Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Merupakan proses yang memastikan bahwa seorang pasien mendapatkan terapi obat yang efektif, terjangkau dengan memaksimalkan efikasi dan meminimalkan efek samping.

7. Evaluasi Penggunaan Obat

Merupakan kegiatan untuk mengevaluasi penggunaan obat secara terstruktur dan berkesinambungan untuk menjamin obat yang digunakan sesuai indikasi, efektif, aman dan terjangkau (rasional).

Salah satu upaya kesehatan wajib yang harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas adalah upaya pengobatan, yang terkait dengan pelayanan kefarmasian. Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas sebagai pedoman praktik apoteker dalam menjalankan profesi, melindungi masyarakat dari pelayanan yang tidak profesional, serta melindungi profesi dalam menjalankan praktik kefarmasian. Secara garis besar isi pedoman antara lain sebagai berikut:

1. Sumber Daya Manusia. Sumber daya manusia yang melakukan pekerjaan kefarmasian di puskesmas adalah apoteker, sedangkan asisten apoteker dapat membantu pekerjaan apoteker dalam melaksanakan pelayanan kefarmasian. Jumlah kebutuhan Apoteker di Puskesmas dihitung berdasarkan rasio kunjungan pasien, baik rawat inap maupun rawat jalan serta memperhatikan pengembangan Puskesmas. Rasio untuk

menentukan jumlah Apoteker di Puskesmas adalah 1 (satu) Apoteker untuk 50 (lima puluh) pasien perhari. Semua tenaga kefarmasian harus memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik untuk melaksanakan Pelayanan Kefarmasian di fasilitas pelayanan kesehatan termasuk Puskesmas, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Setiap tahun dapat dilakukan penilaian kinerja tenaga kefarmasian yang disampaikan kepada yang bersangkutan dan didokumentasikan secara rahasia. Hasil penilaian kinerja ini akan digunakan sebagai pertimbangan untuk memberikan penghargaan dan sanksi (*reward and punishment*). (Depkes, 2014)

2. Bidang pengelolaan obat. Pengelolaan obat mencakup perencanaan obat, permintaan obat, penerimaan obat, penyimpanan, pendistribusian, pelayanan serta pencatatan/pelaporan obat
3. Perencanaan kebutuhan obat untuk puskesmas dilaksanakan setiap tahun oleh pengelola obat berdasarkan data pemakaian obat tahun sebelumnya. Permintaan obat adalah upaya memenuhi kebutuhan obat di masing-masing unit (Sudibyo, 2012)

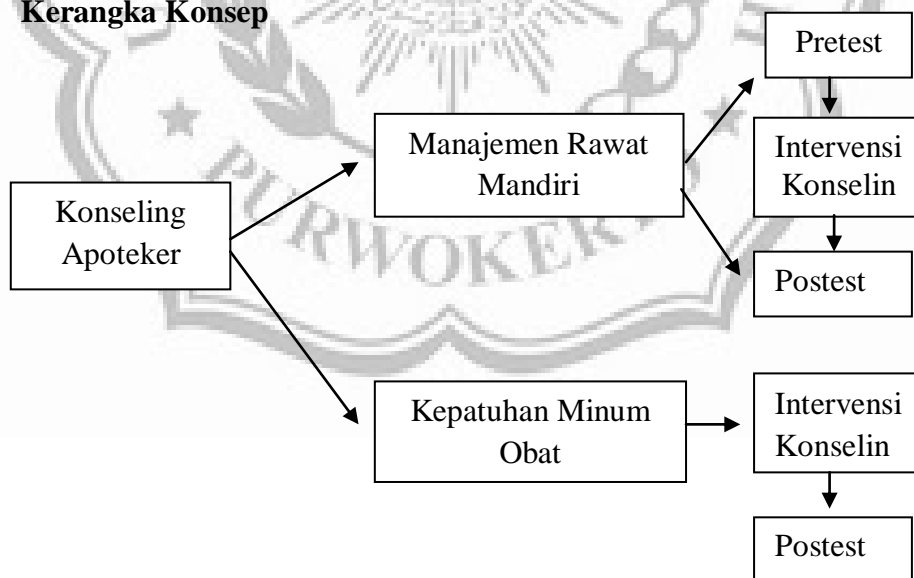
E. Manajemen Rawat Mandiri (Self-care)

Perawatan diri untuk mencegah dan meminimalkan resiko yang terjadi akibat dari hipertensi pada setiap orang tidak sama. Banyak hal yang menyebabkan ketidakmampuan mengendalikan hipertensi ini. Tetapi perlu ditegaskan perbedaan antara Manajemen Rawat Mandiri dengan Swamedikasi (Pengobatan Sendiri) adalah jika swamedikasi hanya obat-obatan modern yang biasanya dipakai oleh masyarakat untuk mengobati dirinya sendiri tanpa memeriksakan penyakit mereka ke dokter, kemudian swamedikasi itu hanya untuk penyakit-penyakit yang ringan contohnya *dispepsia* jika manajemen rawat mandiri adalah perubahan pola hidup yang berisi terapi non farmakologi supaya meningkatkan efek terapi suatu penyakit, dan biasanya untuk manajemen rawat mandiri ini penyakit yang di diterita adalah penyakit yang butuh terapi berkepanjangan seperti hipertensi, DM, Tuberkulosis dll. Menurut penelitian Callaghan, et al. (2005), *self-care*

dan perilaku kesehatan pada pasien hipertensi dipengaruhi oleh *basic conditioning factors*, pendapatan, pendidikan, ras dan agama. Strategi *self-care* dalam gaya hidup penting untuk mencegah peningkatan tekanan darah dan modifikasi gaya hidup merupakan aspek yang diperlukan dalam perawatan pada semua tahap hipertensi.

Teori keperawatan *self-care deficit* yang dikembangkan oleh Dorothea E. Orem sejak tahun 1959 merupakan salah satu model konseptual yang mendukung perkembangan ilmu dan praktek keperawatan dan merupakan model yang banyak digunakan dalam keperawatan. Fokus utama dari model konseptual ini adalah kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri secara mandiri sehingga tercapai kemampuan untuk mempertahankan kesehatannya. Teori ini juga merupakan suatu landasan bagi perawat dalam memandirikan pasien sesuai tingkat ketergantungannya bukan menempatkan klien dalam posisi ketergantungan, karena menurut Orem *self-care* bukan merupakan proses intuisi tetapi merupakan suatu perilaku yang dapat dipelajari (didapatkan dari proses belajar).

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Sri Wahyuni dkk tahun 2015 dengan judul Pengaruh Konseling dan *Leaflet* Terhadap Efikasi Diri, Kepatuhan Minum Obat dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Dua Puskesmas Kota Depok, hasil penelitian ini adalah pemberian konseling dan *leaflet* sama efektifnya terhadap peningkatan efikasi diri dan kepatuhan minum obat, serta penurunan tekanan darah pasien hipertensi yang berobat ke puskesmas. Sehingga hipotesis dalam penelitian ini adalah pemberian konseling apoteker efektif terhadap kepatuhan minum obat dan manajemen rawat mandiri pasien hipertensi yang berobat ke puskesmas wilayah Kabupaten Banyumas.

