

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Profil Puskesmas Kedondong

Puskesmas merupakan salah satu organisasi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat dan layanan kesehatan perorangan tingkat pertama, dalam hal ini diprioritaskan kepada kegiatan promosi dan pencegahan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan kefarmasian adalah layanan kegiatan yang bertanggung jawab terhadap pasien terkait sediaan farmasi dibawah pimpinan seorang apoteker untuk mencapai efek tertentu dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pelayanan kefarmasian puskesmas harus mendukung tiga fungsi yaitu sebagai pusat pemajuan dan pengembangan kesadaran kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan primer, termasuk pelayanan kesehatan perorangan dan kesehatan masyarakat (Menkes RI, 2006).

UPTD Puskesmas Rawat Inap Kedondong, berkedudukan di Desa Kedondong Kecamatan Kedondong dengan wilayah kerja meliputi pelayanan kesehatan di Desa Sukamaju, Way Kepayang, Kedondong, Sinar Harapan, Tempel Rejo, Pasar Baru, Kerta Sana, Gunung Sugih, Babakan Loa, Pesawaran, Teba Jawa, Harapan Jaya, Cikantor Pada Kecamatan Kedondong serta membawahi Puskesmas Pembantu Tempel Rejo, Puskesmas Pembantu Keagungan, Puskesmas Pembantu Suka Maju, Puskesmas Pembantu Pesawaran, Puskesmas Pembantu Way Kepayang. yang Beralamat Jl. Tritura No.3, Kec. Kedondong Kab Pesawaran, Lampung. Puskesmas Kedondong Kabupaten Pesawaran faskes tingkat pertama BPJS Kesehatan di kab pesawaran.

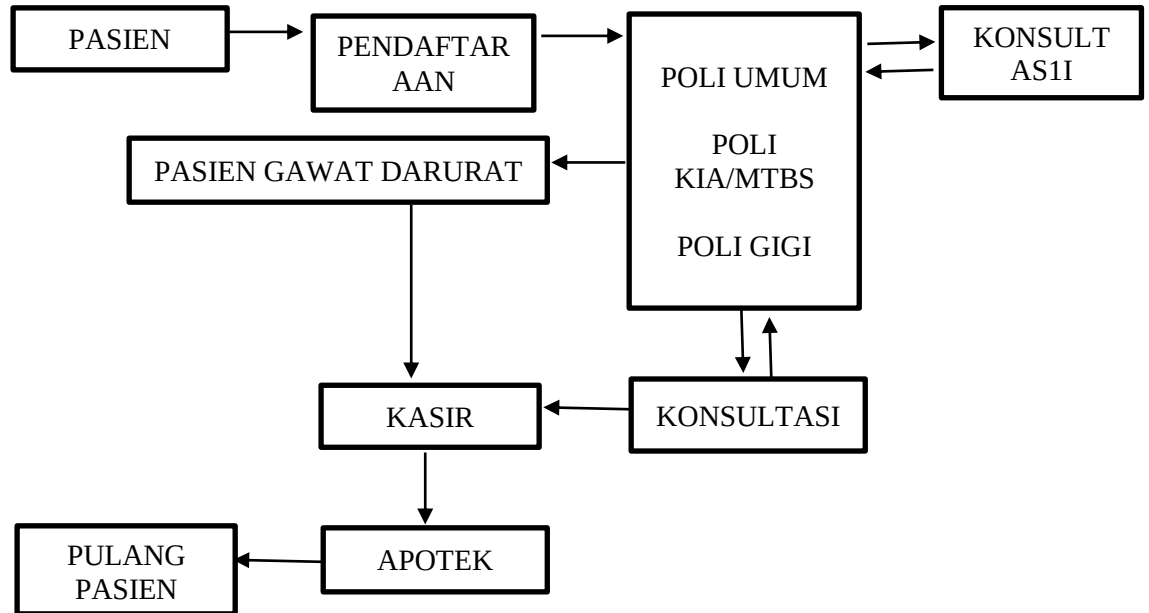
Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mempermudah petugas

dalam melaksanakan pelayanan dan mempermudah pasien dalam mendapat

Dalam rangka memberikan pelayanan yang terbaik bagi masyarakat Puskesmas Kedondong menetapkan prosedur pelayanan yang sederhana mungkin sehingga tidak berbelit-belit dan tidak membingungkan pelanggan. Semua persyaratan, alur pelayanan, rincian biaya, waktu yang dibutuhkan untuk pelayanan tertuang dalam SK Kepala Puskesmas Kedondong tentang Standar Pelayanan Publik berikut dibawah ini alur prosedur pelayanan di Puskesmas Kedondong Kabuapten Pesaran .

- a.) Pasien datang menuju loket untuk mendaftarkan diri, petugas loket meminta data diri pasien tentang identitasnya.
- b.) Setelah dari loket pasien akan diantar petugas menuju tempat pelayanan selanjutnya bisa ke Poli Umum, Poli Gigi, KIA, UGD, Laboratorium dan lain sebagainya. Sesampainya di unit pelayanan dengan sikap ramah petugas melayani pasien sesuai dengan SOP yang ada. Waktu pelayanan maksimal untuk masing-masing unit pelayanan ditempel di masing-masing ruangan beserta tarif tindakan apabila pasien berstatus umum memerlukan tindakan medis lanjutan.
- c.) Dari unit pelayanan pasien menuju apotek/ kasir, untuk mengambil obat yang sudah diresepkan atau membayar tindakan medis (bila pada pasien dilakukan tindakan medis).
- d.) Dari masing-masing unit pelayanan setelah dilakukan pemeriksaan dan diagnosa bisa saja pasien memerlukan perawatan lanjutan misalnya rawat inap/ dirujuk ke RS atau pemeriksaan laboratorium. Petugas akan mengantar pasien ke tempat-tempat tersebut. Setelah pasien dari laboratorium dengan membawa hasil laborat pasien kembali ke unit.
- e.) Pelayanan sebelumnya untuk dianalisa hasil laboratoriumnya oleh petugas/ Dokter, setelah itu baru ke kasir Apotek untuk mengambil obat dan membayar biaya pelayanan laboratorium.
- f.) Untuk pasien umum tidak ada persyaratan atau kelengkapan khusus yang harus dibawa ke Puskesmas untuk memperoleh Pelayanan Kesehatan. Untuk pasien Gakin/ Askes untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pasien harus membawa Kartu Jamkesmas/ Askes, bila tidak punya bisa

membawa surat keterangan tidak mampu dari Kepala Desa/ KK dan KTP yang akan dibiayai oleh Jamkesda/ JAMPIS.kan pelayanan.



<http://dinkes.pesawaran.go.id/puskesmas/>

Gambar 2.1 Alur Pelayanan Pasien

B. Asma

Asma merupakan gangguan inflamasi kronik saluran napas yang melibatkan banyak sel dan elemennya dengan gejala klasik asma ada tiga yaitu mengi, batuk, dan sensasi napas tak normal atau dispnea (Petrina , 2012).

Asma disebabkan oleh berbagai faktor dimulai dari faktor genetic, karena alergi, infeksi saluran nafas, obat-obatan, perubahan cuaca, lingkungan kerja, olahraga dan stress. Asma biasanya akan ditandai dengan adanya spasme otot bronchus dan akan mengakibatkan obstruksi saluran nafas dan akan mengakibatkan penyempitan jalan nafas yang pada akhirnya akan meningkatkan kerja pernapasan yang selanjutnya akan meningkatkan kebutuhan oksigen pada tubuh dan akan menyebabkan hiperventilasi. Pemeriksaan penunjang pada penderita asma diantaranya yaitu dilakukan pemeriksaan Spirometri, Uji Provokasi Bronkus, pemeriksaan sputum, pemeriksaan eosinofil total, uji kulit, pemeriksaan kadar IgE total dan IgE spesifik dalam sputum, foto dada, dan analisis gas darah (Padila, 2013).

a. Etiologi

Asma merupakan penyakit saluran pernafasan kronik. Saat udara bebas keluar masuk, sewaktu serangan asma terjadi, pernafasan menjadi sulit karena terjadi pembengkakan pada saluran pernafasan. Di waktu yang sama, selaput saluran pernafasan akan mengalami peradangan dimana dua unsur inilah yang menyebabkan terjadi rasa sesak nafas. Serangan pada setiap orang juga berbeda ada yang mengalami sedikit rasa sesak pada dada dan mengalaminya pada waktu yang singkat, dan ada pula yang mengalami rasa sesak nafas yang parah setiap hari dalam jangka waktu yang lama. Terkadang, beberapa alveoli (kantong udara yang ada di paru - paru) bisa pecah, sehingga, menyebabkan udara bisa terkumpul di dalam rongga pleura atau disekitar rongga dada. Hal ini akan memperburuk sesak nafas yang dirasakan oleh penderita asma (Masriadi, 2016).

b. Gejala asma

Gejala asma sering terjadi pada malam atau pagi hari. Gejala yang ditimbulkan diantaranya batuk – batuk, sesak nafas, bunyi saat bernafas (wheezing atau mengi), rasa tertekan pada dada, dan gangguan tidur pada

malam hari karena batuk yang berlebihan dan adanya rasa sesak nafas. Gejala asma dapat diperburuk oleh keadaan lingkungan seperti adanya debu, polusi, asap rokok, uap kimia, perubahan temperatur, obat (aspirin, beta – blocker), olahraga berat, infeksi saluran pernafasan, serbuk bunga dan stres. Gejala asma dapat menjadi lebih buruk akibat adanya komplikasi terhadap asma tersebut sehingga bertambahnya gejala terhadap distress pernafasan atau yang lebih dikenal dengan Status Asmaticus (Brunner & Suddart, 2011).

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma, 2015).

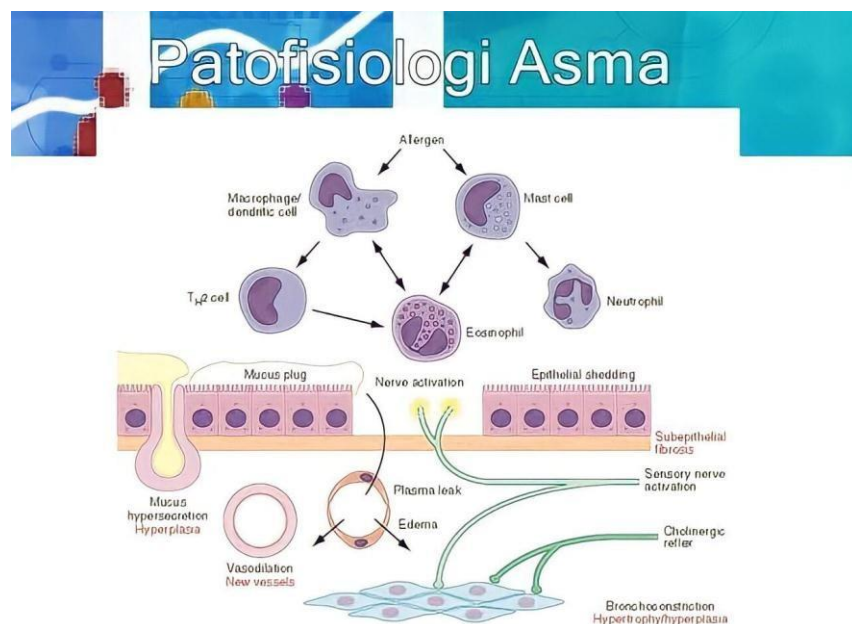
Tabel 2.3 Gejala Asma

Gejala	Ciri Khas
Batuk	Sering kali timbul
Sesak napas/susah napas	Dapat berulang dan diantaranya ada periode bebas serangan
Bernapas dengan suara wheeze (mengi)	Sering memburuk pada malam hari atau dini hari
Rasa tertekan didada	Dapat reda dengan pengobatan dan terkadang dapat reda tanpa pengobatan spontan

<http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/penyakit-paru-kronik/bagaimana-gejala-asma>.

c. Patofisiologi

Penyakit asma merupakan penyakit inflamasi saluran nafas, ditandai dengan bronkokonstriksi, inflamasi dan respon yang berlebihan pada rangsangan (*hyperresponsiveness*). Selain itu terjadi penurunan kecepatan aliran udara akibat dari penyempitan bronkus. Akibatnya penderita menjadi kesulitan untuk bernafas. Selain itu, terjadi peningkatan mucus secara berlebihan. Asma yang disebabkan oleh menghirup alergen, biasanya terjadi pada anak – anak yang memiliki keluarga dengan riwayat penyakit alergi (baik eksim, ultikaria, atau hay fever). Asma juga dapat terjadi akibat udara dingin, obat – obatan, stres dan olahraga yang terlalu berat. Meskipun ada beberapa cara untuk menimbulkan proses inflamasi, karakteristik asma pada umumnya sama yaitu terjadi infiltrasi eosinofil dan limfosit serta terjadi pengelupasan mukosa.



Gambar 2.2 Patofisiologi Asma

Serangan asma terjadi apabila alergen masuk kedalam tubuh. Alergen tersebut menyebabkan terjadinya bronkokonstriksi, edema dan hipersekresi saluran napas yang pada akhirnya menyebabkan obstruksi

saluran napas sehingga terjadi gangguan ventilasi berupa kesulitan bernapas (Ringel, 2012).

Terperangkapnya udara saat ekspirasi mengakibatkan peningkatan tekanan CO₂ dan pada akhirnya menyebabkan penurunan tekanan O₂. Adanya obstruksi saluran napas menyebabkan terjadinya hiperinflasi paru yang menyebabkan tahanan paru meningkat sehingga usaha napas meningkat. Usaha napas meningkat dapat dilihat dari adanya ekspirasi yang memanjang atau wheezing (Ringel, 2012).

a. Tujuan Terapi

Manajemen kasus untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas hidup agar pasien asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

- a. menghilangkan dan mengendalikan gejala asma
- b. mencegah eksaserbasi akut
- c. meningkatkan dan mempertahankan faal paru seoptimal mungkin
- d. menghindari efek samping obat
- e. mencegah kematian karena asma
- f. khusus anak, untuk mempertahankan tumbuh kembang anak sesuai potensigenetiknya (kemenkes RI)

1. Bronchodilator

Broncodilator mengarah pada obat yang mempunyai efek mendilatasi atau relaksasi bronkus. Obat ini sering digunakan sebagai antiasma. Bronkokonstriksi dapat terjadi karena perangsangan para simpatik atau hambatan simpatik di bronkus, pada kasus asma perangsangan terjadi karena meningkatnya kepekaan bronkus terhadap rangsangan (Priyanto, 2010).

- a) Agonis β -adrenergik (β -mimetika) mekanisme kerjanya adalah melalui stimulasi reseptor β_2 yang banyak terdapat di trachea (batang tenggorokan) dan bronchi, yang menyebabkan aktivasi dari adenilsiklase. Enzim ini memperkuat pengubahan adenosintrifosfat (ATP) yang kaya enersi menjadi *cyclic- adenosine-monophosphate* (cAMP) dengan pembebasan enersi yang digunakan untuk proses-

proses dalam sel. Meningkatnya kadar cAMP di dalam menghasilkan beberapa efek melalui enzim fosfokinase, bronchodilatasi dan penghambatan pelepasan mediator oleh mastcells (Tjay & Rahardja, 2007). Penggunaannya semula sebagai monoterapi kontinu, yang ternyata secara berangsur meningkatkan HRB dan akhirnya memperburuk fungsi paru, karena tidak menanggulangi peradangan dan peningkatan kepekaan itu alergen pada pasien alergis. Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah adrenalin, efedrin, asthma soho, betaflu, bufakris, citobron, coparcetin, amtusin, fimoten, flucetin, flukol x-tra, ifasma, mediasma, neo asma, neo napacin, neo ultradin, novatusin dan lain sebagainya (BPOM RI, 2008).

- b) Beta2-mimetika merupakan reseptor yang terdapat di bronkus jika dirangsang akan menyebabkan dilatasi. Inilah alasan mengapa beta2-mimetika digunakan untuk terapi asma. Perangsang reseptor β ada 2, yaitu yang selektif dan non selektif, yang selektif hanya merangsang reseptor β_2 saja, yang tidak selektif merangsang baik reseptor β_2 dan β_1 . Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah salbutamol, salmeterol, albuterol, fenoterol dan terbutalin, asmacel, asmacon, bronchosal, combivent, fatrolin, grafalin, lasal, pritasma, salbuven, ventolin, vitrolin, flutias, astherin, bricasma, forasma, lasmalin, neosma, terasma, berodual, berotec dan lain sebagainya (Sirait, 2015).

2. Antikolinergik

Indeks terapi antikolinergik tidaklah luas digunakan untuk terapi asma atau bronkodilator, meskipun berefek dilatasi bronkus. Hal ini disebabkan karena efek sampingnya lebih banyak dibandingkan bronkodilator yang lain. Obat golongan ini baru diberikan jika obat-obat lain kurang efektif atau hanya sebagai tambahan pada agonis beta-2 (Priyanto, 2010). Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah ipratropium bromida, atrovent, berodual, combivent, farbivent dan lain sebagainya.

3. Derivat-ksantin

Zat atau obat yang termasuk golongan xantin yang digunakan dalam klinik adalah kafein, teobromin dan teofilin. Zat tersebut berasal dari tanaman teh, kopi atau koka. Dari golongan xantin hanya teofilin yang dimanfaatkan sebagai bronkodilator (Priyanto, 2010). Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah aminofilin, teofilin, brondilex elixir, bufabron, asmadex, asma solon, bromedin dan lain sebagainya (BPOM RI, 2008).

4. Kortikosteroid

Efek utama dari kortikosteroid dalam terapi asma adalah menghambat inflamasi yang terjadi di saluran pernapasan. Steroid digunakan terutama jika bronkodilator lain sudah kurang efektif. Kortikosteroid dapat diberikan secara oral, inhalasi dan secara injeksi (Priyanto, 2010). Cara kerja dari kortikosteroid yaitu dengan daya anti radang ini berdasarkan blokade enzim fosfolipase-A₂, sehingga pembentukan mediator peradangan prostaglandin dan leukotrien dari asam arachidonat tidak terjadi. Lagi pula pelepasan asam ini oleh mastcells juga dirintangi. Singkatnya kortikosteroida menghambat mekanisme kegiatan alergen yang melalui IgE dapat menyebabkan degranulasi mastcells, juga meningkatkan kepekaan reseptor β_2 hingga efek β -mimetika diperkuat (Tjay & Rahardja, 2007). Obat-obatan yang termasuk dari golongan ini adalah prednison, deksametason, beklometason dan triamsinolon, amtocort, kenacort, ketricin, omenacort, tremacort, trilac, ziloven, prednisolon, borraginol-s, hexacort, inflason dan lain sebagainya (Sirait, 2015).

5. Antihistamin

Histamin adalah zat yang secara alamiah terdapat dan tersebar luas diseluruh tubuh. Tempat penyimpanan utamanya adalah di sel mast dan basofil. Kerja histamin diperantarai oleh 2 reseptor, yaitu reseptor H₁ dan H₂. Reseptor H₂ kebanyakan terdapat di usus halus, bronkus dan sel parietal lambung. Histamin yang dilepaskan sel mast atau basofil akan berinteraksi dengan reseptornya

menimbulkan gejala rhinitis (Priyanto, 2010). Antihistamin sering digunakan untuk terapi alergi atau rhinitis. Obat-obat ini memblokir reseptor histamin dan dengan demikian mencegah efek bronkokontriksinya. Antihistamin memberikan efek yang terbatas dan kurang memuaskan untuk penderita asma, karena antihistamin tidak melawan efek bronkokonstriksi dari mediator lain yang dilepaskan *mastcells*. Banyak antihistamin juga memiliki daya antikolinergis dan sedatif, mungkin inilah sebabnya mengapa sampai saat ini masih banyak digunakan pada terapi pemeliharaan (Tjay & Rahardja, 2007). Obat-obatan yang termasuk dalam golongan ini adalah ketotifen, astifen, dartifen, ditensa, intifen, maselaten, nortifen, pehatifen, prevas, profilas, toasma, zaditen, akrivastin, astemizol, deksklorfeniramin maleat, difenhidramint, loratadin, cetirin dan lain sebagainya (BPOM RI, 2008).

6). Zat-zat Antileukotrien (LT)

Leukotrin turut menimbulkan bronkokonstriksi dan sekresi mukus pada pasien asma. Akhir-akhir ini para ilmuwan telah mengembangkan obat-obat baru, yaitu antagonis leukotrin yang bekerja spesifik dan efektif pada terapi pemeliharaan terhadap asma. Kerja leukotrien bisa berdasarkan penghambatan sintesa LT dengan jalan blokade enzim lipoksigenase atau berdasarkan penempatan reseptor LT dengan LT C4/D4-blockers. Beberapa obat yang termasuk dalam golongan adalah setirizin, loratadin, azelastin (Astelin), ebastin, zafirlukat, monstelukast, pranlukast, accolat dan lain sebagainya (Tjay & Rahardja, 2007).

C. Penggolongan Obat Asma

1. Obat asma

Obat asma terdiri dari pelega dan pengontrol. Obat pelega diberikan pada saat serangan asma, sedangkan obat pengontrol ditujukan untuk pencegahan serangan asma dan diberikan pada jangka panjang dan terus menerus. Untuk mengontrol asma digunakan anti inflamasi (kortikosteroid inhalasi). Pada anak, kontrol lingkungan mutlak dilakukan sebelum diberikan kortikosteroid dan dosis diturunkan apabila dua sampai tiga bulan kondisi telah terkontrol.

Obat asma yang sering digunakan sebagai pengontrol antara lain

- a. Inhalasi kortikosteroid
- b. B2 agonis kerja panjang
- c. Antileukotrien
- d. Teofilin lepas lambat

Penanganan serangan asma yang tidak tepat antara lain penilaian berat serangan di darurat gawat yang tidak tepat dan berakibat pada pengobatan yang tidak adekuat, menulangkan penderita terlalu dini dari darurat gawat, pemberian pengobatan (saat pulang) yang tidak tepat, penilaiannya respons pengobatan yang kurang tepat menyebabkan tindakan selanjutnya menjadi tidak tepat. Kondisi penanganan tersebut dapat menyebabkan perburukan asma yang menetap dan dapat menyebabkan serangan yang berulang dan semakin berat sehingga berisiko jatuh dalam keadaan asma akut berat bahkan fatal (Anonim, 2011).

Terapi asma ada dua, yaitu terapi non farmakologi dan terapi farmakologi. Terapi non farmakologi meliputi edukasi pasien, pengukuran peak flow meter, identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus, pemberian oksigen, banyak minum untuk menghindari dehidrasi terutama pada anak-anak, kontrol secara teratur dan pola hidup sehat (penghentian merokok, menghindari kegemukan, dan kegiatan fisik misalnya senam asma). Sedangkan terapi farmakologi meliputi agonis β_2 , kortikosteroid inhalasi, modifier leukotrien, cromolin dan nedokromil, teofilin, serta kortikosteroid oral (Depkes, 2009 12-14).

Penatalaksanaan asma terbagi menjadi dua yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi :

a. Terapi Farmakologi

- 1) Terapi farmakologi pada asma meliputi β_2 Agonis kerja pendek adalah bronkodilator paling efektif yang tersedia, β_2 – Adrenergik menstimulasi reseptor adrenergik mengaktifkan adrenal cyclerase, yang menghasilkan peningkatan adenosin siklik intraseluler monofosfat, menghasilkan relaksasi otot polos, sel mast stabilisasi membran, dan stimulasi otot rangka.
- 2) Pemberian aerosol meningkatkan bronkoselektifitas dan memberikan lebih banyak respon cepat dan perlindungan yang lebih cepat dan perlindungan yang lebih besar terhadap provokasi yang mendorong bronkospasme (misalkan, olahraga, tantangan allergen) daripada sistemik administrasi.
- 3) Albuterol dan β_2 selektif short-acting yang dihirup lainnya diindikasikan untuk asma berat akut dan EIB. Perawatan rutin (empat kali sehari) tidak meningkatkan kontrol gejala atas penggunaan sesuai kebutuhan.
- 4) Formoterol dan salmeterol adalah inhalasi β_2 -agonis kerja panjang untuk tambahan jangka panjang kontrol untuk pasien dengan gejala yang sudah menggunakan dosis rendah hingga sedang, kortikosteroid inhalasi sebelum memajukan ke kortikosteroid inhalasi dosis menengah atau tinggi, agonis β_2 kerja pendek harus dilanjutkan untuk eksaserbasi akut. Agen yang bekerja lama tidak efektif untuk asma berat akut karena dapat memakan waktu hingga 20 menit untuk onset dan 1 hingga 4 jam untuk bronkodilasi maksimum.
- 5) Pada asma berat akut, nebulisasi terus-menerus dari agonis β_2 kerja pendek (mis., Albuterol) direkomendasikan untuk pasien yang memiliki respons yang tidak memuaskan setelah tiga dosis (setiap 20 menit) agonis β_2 aerosol dan berpotensi untuk pasien yang datang pertama kali dengan nilai PEF atau FEV1 kurang dari 30% dari yang diperkirakan normal.
- 6) Agen agonis β_2 inhalasi adalah pengobatan pilihan untuk EIB. Agen

kerja pendek memberikan perlindungan lengkap selama minimal 2 jam; agen jangka panjang memberikan signifikan perlindungan selama 8 hingga 12 jam.

- 7) Pada asma nokturnal, agonis β_2 inhalasi kerja jangka panjang lebih disukai daripada oral, agonis β_2 rilis berkelanjutan atau teofilin rilis berkelanjutan. Namun, nokturnal asma dapat menjadi indikator pengobatan antiinflamasi yang tidak memadai.

b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi pada pasien asma meliputi :

- 1) Pendidikan pasien dan pengajaran keterampilan manajemen diri harus menjadi landasan program perawatan. Program manajemen diri meningkat kepatuhan terhadap rejimen pengobatan, ketrampilan manajemen diri dan penggunaan layanan kesehatan.
- 2) Pengukuran obstruksi airflow obstruktif dengan flow meter di rumah belum tentu meningkatkan kesehatan pasien. NAEPP menganjurkan penggunaan pemantauan DTP hanya untuk pasien dengan persisten asma parah yang mengalami kesulitan obstruksi jalan nafas.
- 3) Menghindari pemicu alergi yang diketahui dapat meningkatkan gejala, seperti mengurangi penggunaan obat-obatan, dan mengurangi BHR. Pemicu dari lingkungan (misalkan, hewan) harus dihindari pada pasien yang sensitif dan untuk perokok disarankan untuk berhenti merokok.
- 4) Pasien dengan asma yang berat harus menerima oksigen tambahan terapi untuk mempertahankan oksigen arteri di atas 90%. Dehidrasi yang signifikan harus di perbaiki, gravitasi spesifik urin dapat memandu terapi pada anak-anak, di antaranya penilaian hidrasi yang sulit (Diporo T Joseph et al, 2007:).

5) Edukasi

Edukasi pasien dan keluarga, untuk menjadi mitra dokter dalam penatalaksanaan asma. Edukasi kepada pasien/keluarga bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan pemahaman (mengenai penyakit asma secara

- umum dan pola penyakit asma sendiri)
- b. Meningkatkan keterampilan (kemampuan dalam penanganan asma mandiri)
- c. Meningkatkan kepuasan
- d. Meningkatkan rasa percaya diri
- e. Meningkatkan kepatuhan (compliance) dan penanganan mandiri.

D. Indikator Peresepan

Pola peresepan adalah gambaran atau penggunaan obat yang telah dibuat oleh dokter, dokter gigi, dan dokter hewan atas dasar permintaan tertulis kepada apoteker untuk memberikan obat atau informasi kepada pasien terkait aturan minum, dosis, efek samping (Sarimanah, 2010).

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (Permenkes, No. 58, 2014).

Menurut WHO (1993) untuk mengukur baik atau buruknya praktek peresepan difasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan melihat indikator peresepan. Pada indikator peresepan, terdapat lima parameter yang harus dinilai. Parameter tersebut dibuat berdasarkan masalah penggunaan obat yang umum terjadi yaitu polifarmasi, pemilihan obat yang mahal, penggunaan antibiotik dan injeksi yang berlebihan serta pemilihan obat yang tidak sesuai dengan standar terapi yang ada (*World Health Organization*, 1993).

a. Rata – rata jumlah item obat perlembar resep

Tujuan dari menghitung rata – rata jumlah item obat yang diresepkan untuk tiap pasien adalah untuk mengukur tingkat polifarmasi. Dengan prasyarat obat kombinasi yang digunakan dalam standar terapi dihitung sebagai suatu obat. Menurut WHO rata–rata jumlah kombinasi obat dalam sebuah resep di Indonesia adalah 3,3 item obat. Cara menghitung rata–ratanya adalah jumlah item obat dibagi dengan jumlah lembar resep (WHO, 1993).

$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah item obat}}{\text{Jumlah lembar}} \times 100\%$$

b. Persentase peresepan obat generik

Tujuan untuk mengukur kecenderungan dengan meresepkan obat dengan nama generik. Persyaratannya adalah peneliti harus dapat mengobservasi nama generik obat yang ada dalam resep. Menurut WHO pelayanan kesehatan di Indonesia rata-rata 59% obat diresepkan dengan nama generik. Pelayanan kesehatan di Indonesia tersebut dapat dijadikan perbandingan kecenderungan pemakaian obat generik yang digunakan pelayanan kesehatan. Pada prinsipnya tidak ada perbedaan mengenai mutu, khasiat, dan keamanan antara obat generik dan obat dengan nama dagang. Produksi obat generik juga menerapkan cara pembuatan obat yang baik, seperti halnya obat dengan nama dagang (Menkes RI, 2010). Menghitung presentase dengan cara jumlah obat generik dibagi dengan jumlah item obat yang diresepkan dikali dengan 100 persen (WHO, 1993).

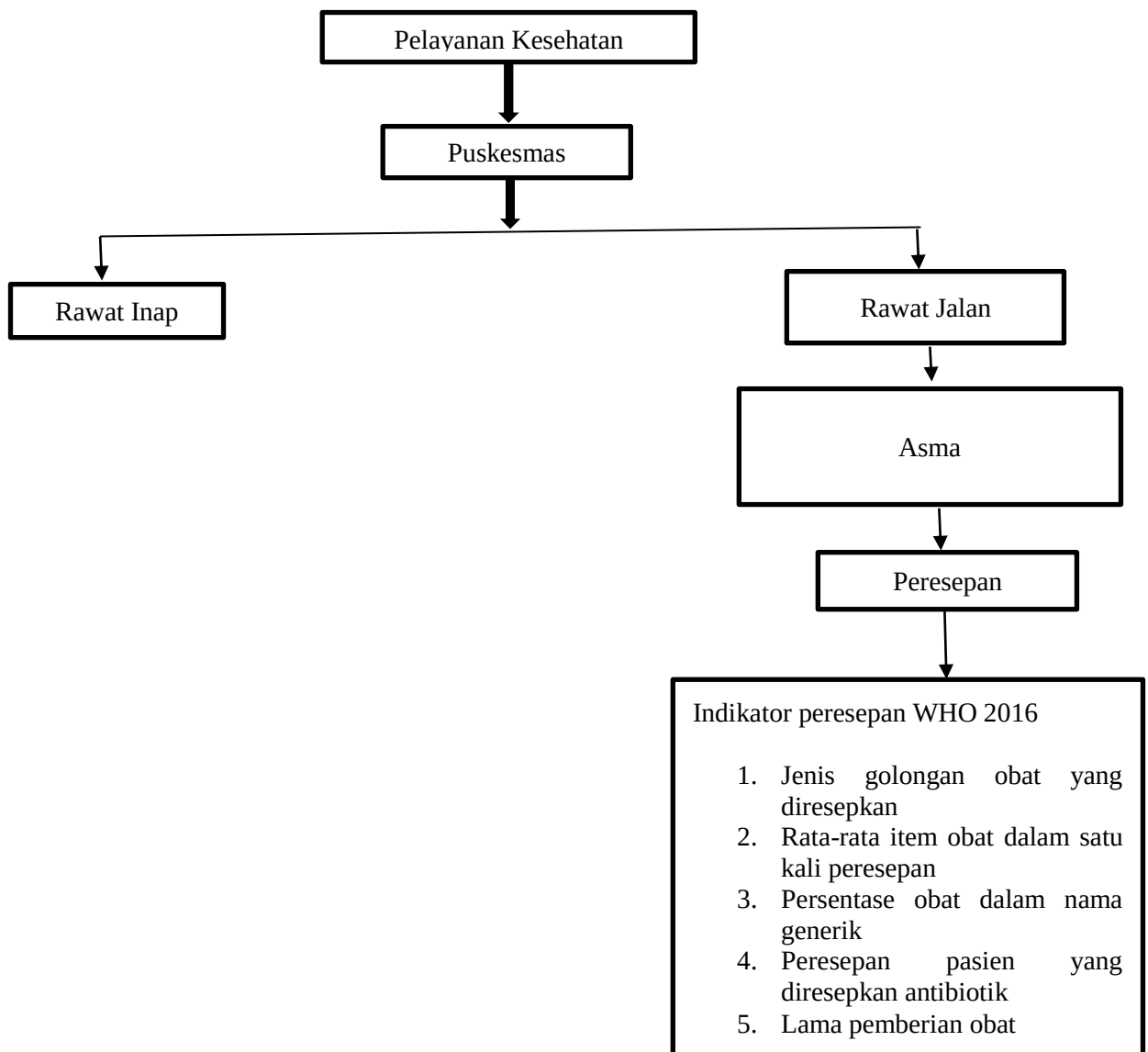
$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah obat generik}}{\text{Jumlah item obat yang diresepkan}} \times 100\%$$

c. Persentase obat antibiotik yang diresepkan

Tujuan untuk menghitung peresepan dengan antibiotik yang mumnyadigunakan secara berlebihan dan banyak menghabiskan biaya. Dengan prasyarat peneliti harus memiliki daftar obat yang dihitung sebagai antibiotik. Menurut WHO pelayanan kesehatan di Indonesia rata-rata 43% obat diresepkan dengan antibiotik untuk menghitung persentasenya dengan cara: jumlah total pasien yang menerima satu atau lebih antibiotik dibagi dengan jumlah lembar resep lalu dikali dengan 100 persen (WHO,1993).

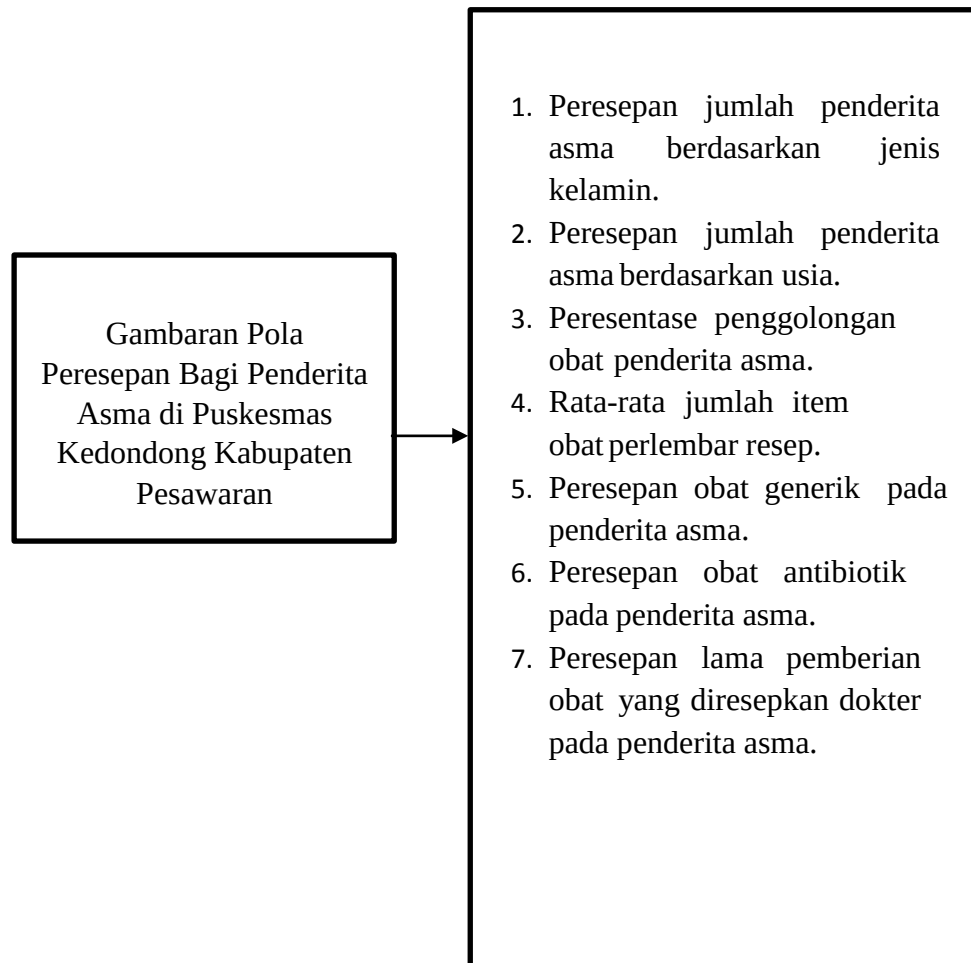
$$\text{Rumus} = \frac{\text{Jumlah pasien yang menerima satu atau lebih antibiotik}}{\text{Jumlah lembar resep}} \times 100\%$$

E.Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 kerangka konsep

E. Devinisi Operasional

Table 2.3
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Jenis Kelamin	Identitas gender responden	Observasi	<i>checklist</i>	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2.	Usia	Lama hidup pasien dihitung sejak lahir sampai saat dilakukan pengambilan data oleh peneliti	Rekam Medik	<i>checklist</i>	1. 1-14 tahun 2. 15-24 tahun 3. 25-44 tahun 4. 45-54 tahun 5. 55-64 tahun 6. (Riskedas 2013)	Ordinal
3.	Jenis golongan obat yang diresepkan	Penggolongan resep obat yang disesuaikan oleh jenis penyakit dan obat yang diresepkan	Observasi Rekam Medik	<i>checklist</i>	1. Agonis Beta-2 2. Kortikosteroid 3. Antikolinergik 4. Antihistamin 5. Derivat-Ksantin	Nominal
4.	Rata-rata jumlah item obat perlembar resep	Jumlah rata-rata obat dalam satu kali peresepan	Observasi	<i>checklist</i>	1. 1 Item obat 2. 2 Item obat 3. 3 Item obat 4. 4 Item obat	Nominal
5.	Peresepan obat antibiotik	Peresepan obat yang berkhasiat sebagai anti infeksi bakteri	Observasi	<i>checklist</i>	1. Ada 2. Tidak ada	Nominal

6.	Peresepan obat generik	Jumlah obat yang sesuai dengan nama kandungan zat aktifnya	Observasi	<i>checklist</i>	1.Generik 2.Non generik	Nominal
7.	Lama pemberian obat yang diresepkan	Jangka waktu obat yang diresepkan oleh penderita dari penebusan atau hingga obat habis diminum	Observasi	<i>checklist</i>	1.3 Hari 2.5 Hari 3.6 Hari 4.10 Hari (Risksdas 2015)	Ordinal