

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah suatu keadaan dimana tekanan darah pada pembuluh darah mengalami peningkatan secara terus-menerus. Hal ini dapat terjadi dikarenakan kerja jantung lebih dalam keras memompa darah guna memenuhi oksigen dan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh (Ramadhani and Sulistyorini, 2018).

Berdasarkan WHO, kriteria tekanan darah dikatakan hipertensi saat tekanan sistolik darah ≥ 140 mmHg dan/ atau diastolik ≥ 90 mmHg. Sistolik adalah tekanan tertinggi pembuluh darah dan terjadi saat jantung berkontraksi. Diastolik adalah tekanan terendah saat otot jantung mengalami relaksasi (Ramadhani and Sulistyorini, 2018).

Berdasarkan *Eight Joint National Commite* (JNC 8), pengobatan pasien hipertensi yaitu dengan target $<140/90$ mmHg untuk usia >60 tahun, akan tetapi pada pasien hipertensi yang disertai DM atau penyakit ginjal kronik, target tekanan darah harus mencapai $<140/90$ mmHg di segala usia (Efendi & Larasati, 2017).

2.1.2 Epidemiologi Hipertensi

Berdasarkan data dari WHO (*World Health Organization*), bahwa negara berkembang yang memiliki pendapatan rata-rata banyak yang menderita penyakit hipertensi. Sekitar 1 milyar penduduk di dunia penderita hipertensi paling banyak didominasi oleh negara berkembang. Kasus penderita hipertensi akan meningkat di tahun 2025 dengan jumlah penderita wanita lebih banyak 30% dari keseluruhan penduduk didunia daripada pria dengan diperkirakan sejumlah 1,15 milyar kasus hipertensi (Amanda & Martini, 2018; Tirtasari & Kodim, 2019).

Dari hasil riskesdas tahun 2018, prevalensi penyakit hipertensi nasional sebesar 34,11% atau sekitar 658.201 jiwa. Prevalensi hipertensi mengalami peningkatan yang signifikan pada pasien berusia 60 tahun ke atas

Dari hasil riset yang terbaru pada tahun 2018 angka ini mengalami peningkatan yang cukup signifikan menjadi 13,2% pada usia 18-24 tahun, 20,1% di usia 25-34 tahun dan 31,6% pada kelompok usia 25-44 tahun. Provinsi dengan prevalensi hipertensi tertinggi yaitu provinsi Sulawesi dengan persentase 27% (Tirtasari & Kodim, 2019).

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

Menurut pedoman *American College of Cardiology (ACC) / American Heart Association (AHA)* tahun 2017 mengklasifikasikan bahwa peningkatan tekanan darah diluar ambang batas normal sebagai hipertensi stadium 1 dan hipertensi stadium 2, dengan tujuan untuk memberikan tingkat yang berbeda dari resiko dan kebutuhan terapi obat.

Tabel II. 1 Klasifikasi Hipertensi Berdasarkan JNC VIII

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

(Chisholm-Burns et al., 2019).

2.1.4 Etiologi Hipertensi

A. Hipertensi primer atau esensial

Hipertensi primer adalah hipertensi yang penyebabnya tidak diketahui, yang berarti tidak ada penyebab spesifik. Hipertensi tipe ini terjadi pada sebagian besar kasus tekanan darah tinggi sekitar 95 %. Hipertensi ini tidak dapat disembuhkan tetapi dapat di kontrol. Beberapa mekanisme yang mungkin berkontribusi untuk terjadinya hipertensi ini telah diidentifikasi, namun belum satupun teori yang tegas menyatakan patogenesisnya. Hipertensi sering turun temurun dalam suatu keluarga, hal ini setidaknya menunjukkan bahwa faktor genetik memegang peranan penting pada patogenesis hipertensi primer (Tiara Pratiwi, 2018).

B. Hipertensi sekunder atau non esensial

Hipertensi sekunder atau disebut juga hipertensi non esensial biasanya terjadi karena ada yang mendasari atau penyakit lain, seperti penyakit parenkim ginjal, hyperaldosteronism, stenosis arteri renalis, dan lain-lain (Krisnanda, 2017).

2.1.5 Faktor Resiko Hipertensi

2.1.5.1 Faktor yang tidak dapat dirubah/dikontrol

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi resiko terjadinya hipertensi yaitu faktor yang tidak dapat dirubah diantaranya umur, Riwayat genetik, dan jenis kelamin. Faktor yang dapat dirubah diantaranya gaya hidup, obesitas, konsumsi alkohol, konsumsi garam berlebih, kebiasaan olahraga (Kemenkes, 2019).

A. Umur

Hipertensi erat kaitannya dengan umur, semakin tua seseorang semakin besar risiko terserang hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko terkena hipertensi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi dikalangan usia lanjut cukup tinggi yaitu sekitar 40% dengan kematian sekitar 50% diatas umur 60 tahun. Dengan bertambahnya umur, risiko terjadinya hipertensi meningkat. Meskipun hipertensi bisa terjadi pada segala usia, namun paling sering dijumpai pada orang berusia 35 tahun atau lebih (Purnyami et al., 2017).

B. Jenis Kelamin

Jenis kelamin memang merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tekanan darah. Wanita cenderung lebih tinggi terjadi hipertensi dibandingkan dengan laki-laki. Hasil penelitian ini didukung dengan beberapa penelitian seperti yang ditemukan oleh (Azhari, 2017) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi di puskesmas makrayu kebarat II Palembang (Falah, 2019).

C. Riwayat Genetik

Genetik merupakan penyebab penyakit yang diderita berdasarkan bawaan dari orang tua atau saudara dekat. Adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio

antara potasium terhadap sodium. Seseorang mempunyai orang tua dengan hipertensi berisiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Sarumaha & Eulis Diana, 2018).

2.1.5.2 Faktor yang dapat dirubah/dikontrol

A. Gaya Hidup

Merokok ialah salah satu gaya hidup yang merupakan factor resiko penyebab hipertensi yang sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia yang terus berkembang. Lebih dari 7 juta kematian disebabkan oleh rokok, lebih dari 6 juta kematian tersebut disebabkan perokok aktif sedangkan sekitar 890.000 disebabkan paparan asap rokok (WHO, 2017).

Merokok dapat meningkatkan tekanan darah dengan merangsang sistem saraf simpatik. Ketika seseorang merokok, zat aktif interleukin 6, dan dapat menyebabkan stres oksidatif. Stres oksidatif akan memicu beberapa reaksi dalam tubuh, seperti resistensi insulin. Jika ini terjadi, bioavailabilitas endotelium yang memiliki fungsi menghambat atherogenesis dan melindungi pembuluh darah akan berkurang yang memicu terjadinya peningkatan tekanan darah, aterosklerosis (Elisabeth et al., 2017).

B. Obesitas

Ketika berat badan bertambah yang diperoleh kebanyakan adalah jaringan berlemak, jaringan ini mengandalkan oksigen dan nutrisi di dalam darah untuk bertahan hidup. Semakin banyak darah yang melintasi arteri semakin bertambah tekanan yang diterima oleh dinding dinding arteri tersebut. Hampir semua orang yang kelebihan berat badan sebanyak 20% pada akhirnya akan menderita tekanan darah tinggi. Obesitas akan mengaktifkan kerja jantung dan dapat menyebabkan hipertrofi jantung dalam jangka lama, curah jantung, isi sekuncup jantung, volume darah dan tekanan darah akan cenderung naik (Irawan et al., 2020).

C. Konsumsi Alkohol

Konsumsi minuman alkohol yang berlebih pada masyarakat dapat berdampak pada penurunan kesehatan yang akan mengganggu dan merusak fungsi beberapa organ yaitu salah satunya adalah hati, fungsi hati akan terganggu sehingga

mempengaruhi kinerja dan fungsi jantung. Gangguan fungsi jantung yang terjadi pada akhirnya menyebabkan hipertensi. Hal ini terjadi karena alkohol merangsang epinefrin atau adrenalin yang membuat arteri mengecil dan menyebabkan penimbunan air dan natrium (Memah et al., 2019).

D. Konsumsi Garam Berlebih

JNC VII, 2013 menyatakan asupan garam yang tinggi dapat menimbulkan perubahan tekanan darah yang dapat terdeteksi adalah lebih dari 6 gram sodium klorida perhari atau jika di konversi kedalam takaran sendok makan adalah lebih dari satu sendok makan. Fungsi garam dalam kadar normal adalah sangat penting sebagai ion-ion penjaga kestabilan pada sel tubuh dan dapat membantu menahan air. Pada kondisi garam berlebihan (normal tubuh mengkonsumsi tidak lebih dari 2400 mg perhari) garam tersebut dapat tubuh menahan terlalu banyak air sehingga volume cairan darah akan meningkat tanpa disertai penambahan ruang pada pembuluh darah, yang akibatnya akan menambah tekanan darah dalam pembuluh darah (Sartik et al., 2017).

E. Kebiasaan Olahraga

Olahraga dapat mengurangi tekanan darah bukan hanya disebabkan berkurangnya berat badan, tetapi juga disebabkan bagaimana tekanan darah tersebut dihasilkan. Tekanan darah ditentukan oleh dua hal yaitu jumlah darah yang dipompakan jantung per detik dan hambatan yang dihadapi darah dalam melakukan tugasnya melalui arteri. Olahraga dapat menyebabkan pertumbuhan pembuluh darah kapiler yang baru dan jalan darah yang baru. Dengan demikian hal yang menghambat pengaliran darah dapat dihindarkan atau dikurangi, yang berarti menurunkan tekanan darah (Elvira & Anggraini, 2019).

2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala tekanan darah tinggi terkadang tidak dapat dirasakan, akan tetapi kadang-kadang beberapa gejala muncul pada waktu yang sama dan dianggap berkaitan dengan tekanan darah tinggi. Gejala yang dialami masing masing individu berbeda-beda, dan gejalanya hampir sama dengan penyakit lain, seperti sakit kepala/leher, pusing/vertigo, jantung berdebar-debar, kelelahan, penglihatan kabur, tinnitus dan mimisan (Ramdani et al., 2017).

Keluhan yang sering muncul pada orang hipertensi adalah nyeri kepala, gelisah, pusing, leher kaku, palpitasi, nyeri dada, penglihatan kabur mudah lelah dan impotensi. Nyeri kepala umumnya terjadi pada orang yang mempunyai hipertensi berat, dengan ciri khas yaitu nyeri regio oksipital terutama pada saat pagi hari. Oleh karena itu, untuk memastikan bahwa seseorang mengalami hipertensi atau tidak, perlu dilakukan pemeriksaan tekanan darah. Bagi yang sudah terdiagnosis mengalami hipertensi, diharapkan rutin melakukan pemeriksaan supaya dapat mengontrol tekanan darahnya dan tidak membuat tekanan darahnya semakin meningkat. Beberapa faktor resiko apabila hipertensi tidak segera ditangani seperti stroke, penyakit jantung, penyakit ginjal dan komplikasi lainnya (Adrian & Tommy, 2019).

2.1.7 Komplikasi Hipertensi

Hipertensi juga dapat menimbulkan resiko penyakit pada arteri koroner seperti infark miokard ataupun angina; gagal ginjal; dementia; ataupun atrial fibrilasi. Resiko hipertensi akan menjadi semakin besar apabila dalam tubuh penderita terdapat pula faktor resiko kardiovaskular sehingga akan berdampak pada meningkatnya tingkat mortalitas dan morbiditas penderita hipertensi (Rikmasari & Noprizon, 2020).

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi besarnya resiko hipertensi antara lain faktor usia, genetika, aktivitas fisik, stress dan kepatuhan minum obat (Listina et al., 2020). Penyakit hipertensi dipandang sebagai salah satu faktor risiko terjadinya stroke, terlebih lagi jika penderita dalam kondisi stress pada tingkat yang tinggi. Seseorang yang menderita penyakit hipertensi akan mengalami aneurisma yang disertai disfungsi endotelial pada jaringan pembuluh darahnya. Apabila gangguan yang terjadi pada pembuluh darah ini berlangsung terus dalam waktu yang lama akan dapat menyebabkan terjadinya stroke (Ningsih & Melinda, 2019).

2.1.8 Terapi Hipertensi

2.1.8.1 Terapi Farmakologi Hipertensi

Terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosterone antagonis, beta blocker, calcium channel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting

Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Receptor Blocker atau AT1 receptor antagonist/ blocker (ARB) diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid) (Nuraini, 2015). Selain mengobati Hipertensi juga harus memberikan pengobatan terhadap faktor faktor lain seperti penyakit penyerta antara lain diabetes mellitus atau displidemia (Krisnanda, 2017).

Dalam Nuraini, 2015 dikatakan bahwa terdapat beberapa obat yang disarankan oleh JNC VII antara lain :

1. Penghambat *Angiotensin Converting Enzymes*, contoh jenis obat ini ialah Kaptopril, Enalapril.
2. *Calcium Channel blocker*, contoh jenis obat ini ialah Nifedipin, amlodipin.
3. *Beta-blocker*, contoh jenis obat ini ialah Propanolol, atenolol.
4. Antagonis angiotensin II, contoh jenis obat ini ialah candesartan, losartan.
5. *Alpha-blocker*, contoh jenis obat ini ialah doksasozin.

Target tekanan darah pasien hipertensi setelah mengkonsumsi obat-obatan antihipertensi ini ialah $< 150/90$ mmHg untuk pasien yang juga mengidap Diabetes mellitus, gagal ginjal, dan untuk lansia dengan usia > 60 tahun target tekanan darah ialah $< 140/90$ mmHg (Krisnanda, 2017).

2.1.8.2 Terapi Non-Farmakologi Hipertensi

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur, seperti contoh :

1. Harus mengurangi merokok, tembakau dalam rokok mengandung nikotin yang dapat memacu sitem saraf pada tubuh manusia untuk melepaskan zat kimia agar menyempitkan pembuluh darah dan berkontribusi untuk menyebabkan hipertensi.
2. Mengurangi konsumsi kafein dan alkohol, dikarenakan kafein dapat memacu kerja jantung menjadi lebih cepat daripada normalnya, kemudian konsumsi alkohol dapat meningkatkan resiko hipertensi.
3. Perbanyak olahraga atau gerak, menurut riset orang yang memiliki aktifitas gerak tubuh yang rendah 30-50% beresiko mengalami Hipertensi, maka

dari itu disarankan berolahraga minimal 30-45 menit/hari agar meminimalisir atau mencegah terjadinya hipertensi primer.

4. Menjaga berat badan agar tetap ideal, pada saat usia lanjut peningkatan tekanan darah akan sangat cepat sehingga disarankan untuk selalu menjaga berat badan ideal.
5. Mengurangi asupan garam dan lemak, sebab garam dalam tubuh dapat mengikat air dan menaikkan volume darah dan akan terjadi kenaikan tekanan darah. Sedangkan lemak dapat mengakibatkan penyumbatan sehingga darah yang mengalir menjadi tidak lancar dan jantung akan memacu kerjanya.
6. Serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur, dikatakan bahwa buah dan sayur mengandung kalium yang baik untuk menurunkan tekanan darah. (Nuraini, 2015).

2.1.9 Tinjauan Obat Hipertensi

Obat anti hipertensi terdiri dari beberapa jenis, sehingga memerlukan strategi terapi untuk memilih obat sebagai terapi awal, termasuk mengkombinasikan beberapa obat antihipertensi. Asessmen awal meliputi identifikasi faktor resiko, komornid, dan adanya kerusakan organ target memegang peranan yang sangat penting dalam menentukan pemilihan obat antihipertensi (Kandarini, 2017).

Modifikasi gaya hidup selama periode observasi (Tekanan Darah belum mencapai ambang batas hipertensi) harus tetap dilanjutkan meskipun pasien sudah diberikan obat antihipertensi. Perubahan gaya hidup dapat mempotensiasi kerja obat anti hipertensi khususnya penurunan berat badan dan asupan garam. Perubahan gaya hidup juga penting untuk memperbaiki profil resiko kardiovaskuler disamping penurunan Tekanan Darah (Kandarini, 2017).

Tabel II. 2 Obat Antihipertensi

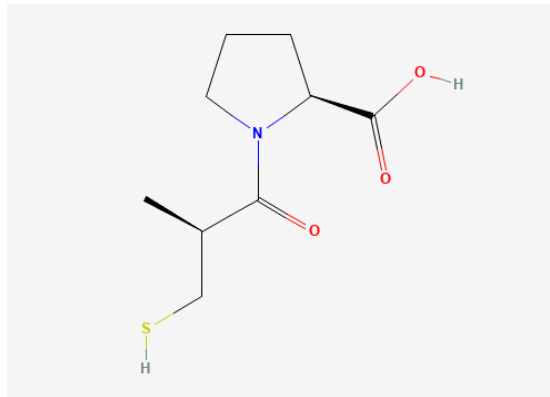
Golongan	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi per hari
Diuretika			
Thiazid	Hidroklorothiazid	12,5 - 50	1
	Klorothiazid	125 - 500	1 sampai 2
	Klortalidon	12,5 - 25	1
	Indapamida	1,25 - 2,5	1
	Polithiazida	2 - 4	1
Diuretik Loop	Bumetanida	0,5 - 2	2
	Furosemid	20 - 80	2
Diuretik Penghemat Kalium	Amilorida	5 - 10	1 sampai 2
	Triamterena	50 - 100	1 sampai 2
Antagonis Aldosteron	Spironolakton	25 - 50	1
Beta Blocker			
Beta Blocker	Asebutolol	200 - 800	2
	Atenolol	25 - 100	1
	Bisoprolol	2,5 - 10	1
	Karvediol	12,5 - 50	2
	Labetolol	100 - 200	2
	Metoprolol	50 - 100	1 sampai 2
	Nadolol	40 - 120	1
	Pindolol	10 - 30	1
	Propranolol	40 - 160	2
	Timolol	20 - 40	2
Alfa Blocker			
Alfa Blocker	Doksazosin	1 - 16	1
	Prazosin	2 - 20	2 sampai 3
	Tetrazosin	1 - 20	1 sampai 2
	Alfuzosin	10	1
	Tamsuloasin	0,4	1
Calcium Channel Blocker			
Calcium Channel Blocker	Diltiazem	60 - 120	1 sampai 3
	Verapamil	80	3 sampai 4
	Amlodipin	2,5 - 10	1
	Felodipin	2,5 - 20	1
	Nikardipin SR	40 - 60	2
	Nifedipin FA	30 - 60	1
	Nimodipin	60	3
	Nisoldipin	5 - 20	2

Golongan	Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi per hari
	Lercanidipin	15 - 20	1
	Nitrendipin	5 - 20	2
	Cilazapril	1,25 - 5	1
	Benazepril	10 - 40	1
	Enalapril	5 - 40	1
	Fosinopril	10 - 40	1
ACE Inhibitor	Kaptopril	25 - 50	1 sampai 2
	Kuinapril	10 - 80	1
	Lisinopril	10 - 40	1
	Perindopril	4 - 8	1
	Ramipril	2,5 - 10	1
	Eprosartan	400 - 800	1 sampai 2
	Irbesartan	150 - 300	1
Angiotensin Receptor Blocker	Kandesartan	4 - 16	1
	Losartan	50 - 100	1
	Olmesartan	20 - 40	1
	Telmisartan	40 - 80	1
	Valsartan	80 - 160	1

2.2 Kaptopril

Kaptopril merupakan suatu inhibitor untuk mengubah enzim angiotensin (ACEI) dengan durasi kerja yang pendek, Kaptopril telah digunakan dalam pengobatan hipertensi dengan memblokir perubahan angiotensin I menjadi angiotensin II. Kaptopril juga memiliki banyak aplikasi terapi klinis yang banyak digunakan untuk pengobatan jantung koroner dan gagal jantung kongestif (Khatun & Uddeen, 2018).

2.2.1 Struktur Kimia



Gambar 2. 1 Struktur Kimia Kaptopril (PubChem)

2.2.2 Dosis Kaptopril

A. Hipertensi

Digunakan sendiri, awalnya 12,5 mg 2 kali sehari; jika digunakan bersama diuretika, atau pada usia lanjut; awalnya 6,25 mg 2 kali sehari (dosis pertama sebelum tidur); dosis penunjang lazim 25 mg 2 kali sehari; maksimal 50 mg 2 kali sehari (jarang 3 kali sehari pada hipertensi berat).

B. Gagal Jantung

Awalnya 6,25 - 12,5 mg di bawah pengawasan medis yang ketat; dosis penunjang lazim 25 mg 2 - 3 kali sehari; maksimal 150 mg sehari.

C. Profilaksis setelah infark miokard pada pasien dengan disfungsi ventrikel kiri (asintomatik atau simptomatik) yang stabil secara klinis

Awalnya 6,25 mg, dimulai 3 hari setelah infark, kemudian ditingkatkan dalam beberapa minggu sampai 150 mg sehari (jika dapat ditolerir dalam dosis terbagi).

D. Nefropati diabetic

75-100 mg sehari dalam dosis terbagi; jika diperlukan penurunan tekanan darah lebih lanjut, antihipertensi lain dapat digunakan bersama kaptopril; pada gangguan ginjal yang berat, awalnya 12,5 mg 2 kali sehari (jika diperlukan terapi bersama diuretika, sebaiknya dipilih diuretika kuat daripada tiazid) (Kemenkes, 2019).

2.2.3 Indikasi Kaptopril

Hipertensi ringan sampai sedang (sendiri atau dengan terapi tiazid) dan hipertensi berat yang resisten terhadap pengobatan lain; gagal jantung kongestif (tambahan); setelah infark miokard; nefropati diabetik (mikroalbuminuri lebih dari 30 mg/hari) pada diabetes tergantung insulin (Kemenkes, 2019).

2.2.4 Peringatan

Diuretika; dosis pertama mungkin menyebabkan hipotensi terutama pada pasien yang menggunakan diuretika, dengan diet rendah natrium, dengan dialisis, atau dehidrasi; penyakit vaskuler perifer atau aterosklerosis menyeluruh karena risiko penyakit renovaskuler yang tidak bergejala; pantau fungsi ginjal sebelum dan selama pengobatan, dan kurangi dosis pada gangguan ginjal; mungkin meningkatkan risiko agranulositosis pada penyakit vaskuler kolagen (disarankan hitung jenis); reaksi anafilaktoid; menyusui; mungkin menguatkan efek hipoglikemi insulin atau antidiabetik oral (Kemenkes, 2019).

2.2.5 Kontraindikasi

hipersensitif terhadap penghambat ACE (termasuk angiodema); penyakit renovaskuler (pasti atau dugaan); stenosis aortik atau obstruksi keluarnya darah dari jantung; kehamilan; porfiria (Kemenkes, 2019).

2.2.6 Efek Samping

hipotensi; pusing, sakit kepala, letih, astenia, mual (terkadang muntah), diare, (terkadang konstipasi), kram otot, batuk kering yang persisten, gangguan kerongkongan, perubahan suara, perubahan pencecap (mungkin disertai dengan turunnya berat badan), stomatitis, dispepsia, nyeri perut; gangguan ginjal; hiperkalemia; angiodema, urtikaria, ruam kulit (termasuk eritema multiforme dan nekrolisis epidermal toksik), dan reaksi hipersensitivitas, gangguan darah (termasuk trombositopenia, neutropenia, agranulositosis, dan anemia aplastik); gejala-gejala saluran nafas atas, hiponatremia, takikardia, palpitasi, aritmia, infark miokard, dan stroke (mungkin akibat hipotensi yang berat), nyeri punggung, muka merah, sakit kuning (hepatoseluler atau kolestatik), pankreatitis, gangguan tidur, gelisah, perubahan suasana hati, parestesia, impotensi, onikolisis, alopesia (Kemenkes, 2019).

2.2.7 Kompleks Gejala

Telah dilaporkan suatu kompleks gejala untuk penghambat ACE yang meliputi demam, serositis, vaskulitis, mialgia, artralgia, antibodi antinuklear positif, laju endap darah meningkat, eosinofilia, leukositosis; mungkin juga terjadi ruam kulit, fotosensitivitas atau reaksi kulit yang lain (Kemenkes, 2019).

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoadmodjo, 2014).

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

1. Tahu (*Know*)

Pada tingkatan ini, pengetahuan yang dimiliki baru sebatas berupa mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya. Kemampuan pengetahuan pada tingkatan ini adalah seperti menguraikan, menyebutkan, mendefinisikan, dan menyatakan. Contohnya seperti menyebutkan definisi pengetahuan, menyebutkan definisi rekam medis, atau menguraikan tanda dan gejala suatu penyakit.

2. Memahami (*Comprehension*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini didefinisikan sebagai kemampuan menjelaskan, menyimpulkan, dan menginterpretasikan suatu hal dengan benar. Contohnya dapat menjelaskan tentang pentingnya dokumen rekam medis.

3. Aplikasi (*Application*)

Pada tingkatan ini, seorang individu dianggap memiliki kemampuan untuk mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajarinya pada situasi kondisi nyata. Misalnya membuat dokumen rekam medis atau melakukan kegiatan pelayanan pendaftaran.

4. Analisis (*Analysis*)

Tingkat analisis diartikan sebagai kemampuan menjabarkan suatu objek ke dalam beberapa komponen yang saling berkaitan. Kemampuan analisis yang dimiliki seperti membuat bagan, memisahkan dan mengelompokkan, hingga membandingkan. Contohnya seperti menganalisis kelengkapan sebuah dokumen rekam medis menurut 2 metode yang berbeda.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Pada tingkatan ini, diartikan sebagai kemampuan individu dalam mengaitkan berbagai unsur pengetahuan yang ada menjadi bentuk baru yang lebih menyeluruh. Kemampuan sintesis ini seperti menyusun, merencanakan, mengkategorikan, mendesain, dan menciptakan. Contohnya seperti membuat desain form rekam medis dan menyusun alur rawat jalan atau rawat inap.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini yakni kemampuan untuk menilai suatu objek. Tahapan evaluasi ini menggambarkan tingkatan pengetahuan yang dimiliki seseorang setelah melalui berbagai proses seperti mencari, bertanya, mempelajari atau berdasarkan pengalaman pribadi (Masturoh & Anggita, 2018).

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

a. Pendidikan

Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan di mana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun, perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dipendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu.

b. Informasi/ Media Massa

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga

menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru.

c. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan memengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

e. Pengalaman

Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

f. Usia

Usia memengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin mambaik.

(Retnaningsih, 2016).

2.3.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan angket, dengan subjek penelitian sesuai dengan materi yang akan diukur. Pemahaman mengenai pengetahuan yang ingin kita ukur bisa disesuaikan dengan 6 tahapan pengetahuan meliputi tahu (*know*),

memahami (*comprehension*), aplikasi (*application*), analisis (*analysis*), sintetis (*syntetis*), dan evaluasi (*evaluation*) (Notoatmodjo, 2018).

2.4 Kepuasan

2.4.1 Definisi Kepuasan

Kepuasan atau satisfaction berasal dari bahasa latin “*satis*” yang berarti cukup baik, memadai, dan “*facio*” yang berarti melakukan atau membuat. Secara sederhana kepuasan dapat diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu atau membuat suatu memadai. Namun, ditinjau dari perspektif perilaku konsumen atau pasien, istilah kepuasan konsumen lantas menjadi sesuatu yang kompleks (Suwarsito & Aliya, 2020).

Menurut Kotler dan Amstrong (2016) dalam (Suwarsito & Aliya, 2020) kepuasan konsumen adalah “*the extent to which a product’s perceived performance matches a buyer’s expectation*”. Kepuasan konsumen adalah tingkat dimana suatu pencapaian performa dari sebuah produk yang diterima oleh konsumen sama dengan ekspektasi konsumen itu sendiri, tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkan dengan apa yang diharapkan (Maulina et al., 2019).

2.4.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan

Menurut Kotler dalam (Suwarsito & Aliya, 2020), terdapat beberapa faktor dalam menentukan tingkat kepuasan pelanggan yaitu :

1. Kualitas Pelayanan

Dengan memberikan pelayanan yang baik, maka pasien akan merasa puas karena telah sesuai dengan apa yang diharapkan.

2. Kualitas Produk

Kualitas suatu produk dapat dilihat berdasarkan kondisi fisik, sifat atau fungsinya, baik itu berupa barang maupun jasa layanan. Kualitas produk yang baik akan memberikan rasa kepuasan bagi pasien.

3. Emosional

Pasien akan merasa bangga dan yakin bahwa orang lain akan kagum ketika pasien menggunakan merek tersebut sehingga menimbulkan rasa puas yang

tinggi. Pasien akan puas bukan karena produk, tetapi dari self-esteem atau nilai sosial yang membuat pasien merasa puas dengan merek tersebut.

4. Harga

Dengan adanya produk yang memiliki kualitas sama, akan tetapi terdapat perbandingan harga yang relatif murah maka akan memberikan nilai kepuasan yang lebih tinggi kepada pasien.

5. Biaya dan Kemudahan

Pasien tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan dan tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atau mendapatkan suatu produk, maka pasien akan cenderung puas terhadap pelayanan jasa atau produk.

2.4.3 Pengukuran Kepuasan

Menurut Parasuraman et al, ada lima dimensi kualitas jasa untuk melihat kepuasan konsumen atau pasien yang dikenal dengan nama SERVQUAL (*Service Quality*). Kelima dimensi SERVQUAL tersebut meliputi kehandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), empati (*emphaty*) dan bukti langsung (*tangibility*) (Andriani et al., 2019).

Mengutip pendapat Parasuraman dalam (Andriani et al., 2019), antara lain sebagai berikut:

1. Keandalan (*Reliability*)

Setiap layanan membutuhkan bentuk layanan yang handal, yang berarti bahwa dalam memberikan layanan, semua karyawan diharapkan memiliki pengetahuan, pengalaman, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme yang tinggi di tempat kerja sehingga aktivitas kerja yang dilakukan menghasilkan bentuk layanan yang memuaskan tanpa keluhan dan kesan layanan berlebihan yang diterima oleh masyarakat.

2. Daya Tanggap (*Responsiveness*)

Setiap karyawan dalam memberikan bentuk layanan memprioritaskan aspek layanan yang sangat mempengaruhi perilaku orang yang menerima layanan, sehingga daya tanggap karyawan diperlukan untuk melayani pelanggan sesuai dengan tingkat penyerapan, pemahaman, dan ketidaksesuaian mereka. berbagai bentuk layanan yang tidak diketahuinya.

3. Jaminan (*Assurance*)

Setiap bentuk layanan membutuhkan kepastian layanan yang diberikan. Kepastian suatu layanan sangat ditentukan oleh jaminan karyawan yang menyediakan layanan tersebut, sehingga orang yang menerima layanan lebih puas dan percaya diri bahwa semua bentuk layanan yang diberikan akan diselesaikan dan diselesaikan dengan cepat, akurasi, kenyamanan, kelancaran dan kualitas layanan.

4. Empati (*Empathy*)

Setiap kegiatan layanan atau aktivitas pelayanan membutuhkan pemahaman dan pengertian tentang penyatuan asumsi atau kepentingan dalam masalah terkait layanan. Layanan akan bekerja dengan lancar dan berkualitas jika semua pihak yang terlibat dalam layanan memiliki empati (empati) untuk menyelesaikan atau mengelola atau memiliki komitmen yang sama terhadap layanan.

5. Bukti Fisik (*Tangibility*)

Memahami bukti fisik tentang kualitas layanan adalah bentuk pembaruan fisik aktual yang dapat dilihat atau digunakan oleh karyawan sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan untuk membantu layanan yang diterima oleh orang yang menginginkan layanan sehingga mereka puas dengan hal itu. Layanan yang dirasakan, yang juga menunjukkan kinerja pekerjaan dalam menyediakan layanan.

Pengukuran kepuasan pasien adalah salah satu pendekatan untuk mengukur kualitas suatu pelayanan. Kuesioner yang digunakan disusun berdasarkan variabel-variabel dari 5 dimensi kualitas pelayanan yang meliputi dimensi berwujud, empati, ketanggapan, keandalan dan kepastian (Dara Krisnawati et al., 2016).

2.5 Definisi Kepatuhan

Kepatuhan berperan penting dalam terapi pasien. Ketidakpatuhan memberikan konsekuensi klinis terhadap hasil terapi. WHO menyatakan bahwa kepatuhan merupakan salah satu hal yang penting selain aspek klinis pada terapi penyakit jangka panjang termasuk hipertensi. Kepatuhan memberikan efek klinis dan mempengaruhi aspek ekonomi. WHO menyarankan untuk melakukan strategi untuk meningkatkan kepatuhan (Ernawati et al., 2020).

Kepatuhan penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi adalah sejauh mana perilaku seseorang menggunakan pengobatannya sesuai dengan rekomendasi yang disepakati penyedia layanan kesehatan atau resep dari dokter. Kepatuhan konsumsi obat hipertensi meliputi kepatuhan dalam mengikuti setiap aturan minum dan jenis obat yang harus diminum (Ernawati et al., 2020).

2.5.1 Tingkat Kepatuhan

Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE) dalam artikel ilmiah oleh (De Geest et al., 2018) membagi kepatuhan menjadi 3 hal yang saling terkait namun berbeda fase yaitu :

1. *Initiate (Fase Inisiasi)*

Inisiasi adalah fase awal dimana seseorang menginginkan terapi baik dengan resep maupun tanpa resep. Apabila pasien pada fase inisiasi tidak mendapat informasi yang lengkap hal tersebut dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan. Dan pasien yang tidak ingin melakukan pengobatan atau terapi adalah penyebab ketidak patuhan. Oleh karenanya diperlukan keterbukaan dan kejujuran baik pelayan kesehatan maupun pasien dalam permulaan sebuah terapi obat.

2. *Implement (Fase Implementasi)*

Pada fase implementasi sering didapati pemberian dosis tidak optimal sesuai rejimen seperti terlambat, terlewat, terlalu berlebih, atau dosis dikurangi bahkan berhenti minum obat.

3. *Presist (Fase Ketekunan)*

Apabila pasien pada fase inisiasi tidak mendapat informasi yang lengkap dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan. Pada fase implementasi sering didapati pemberian dosis tidak optimal atau sesuai rejimen seperti terlambat, terlewat, terlalu berlebih, atau dosis dikurangi bahkan berhenti minum obat. Serta ketekunan merupakan fase yang paling penting yakni fase dimana pasien haruslah konsisten.

2.5.2 Alat Ukur Kepatuhan

Pengukuran kepatuhan pengobatan ini dapat dilakukan dengan metode langsung (*direct methods*) dan metode tidak langsung (*indirect methods*).

1. Metode Langsung (*direct methods*)

Pengukuran kepatuhan menggunakan metode langsung yaitu dengan pengamatan pengobatan secara langsung, pengukuran konsentrasi obat, dan metabolitnya dalam darah atau urin, serta mengukur biologic marker yang ditambahkan pada formulasi obat. Kelemahan penggunaan metode ini adalah biaya yang mahal, memberatkan tenaga kesehatan, dan rentan penolakan dari pasien.

2. Metode Tidak Langsung (*Indirect Methods*)

Metode ini dilakukan untuk menanyakan pasien tentang cara pasien menggunakan obat, menilai respon klinik, melakukan perhitungan obat, dan mengumpulkan kuesioner atau self-report pada pasien.

Keuntungan metode tidak langsung jika dibandingkan dengan metode langsung yaitu singkat, mudah dikelola, memiliki kemampuan untuk membedakan tipe ketidakpatuhan yang berbeda, dapat dipercaya, valid, murah dan dapat diterima oleh pasien (Čulig & Leppée, 2014).

Beberapa instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan:

1. *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)*

ARMS (*Adherence to Refills and Medications Scale*) merupakan instrumen yang reliabel dan valid. ARMS adalah instrumen yang digunakan untuk mengukur kepatuhan terhadap terapi obat dan dapat digunakan pada pasien dengan kondisi kronis. *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)* memiliki korelasi yang signifikan dengan skala pengukuran kepatuhan oleh Morisky, memiliki konsistensi internal yang tinggi dan memiliki korelasi lebih kuat dibandingkan dengan pengukuran oleh Morisky dalam mengukur kepatuhan menebus resep berulang (Ernawati & Islamiyah, 2019a).

Kuesioner *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)* terdiri atas 12 pertanyaan dengan skala likert yang telah teruji validitas dan reliabilitasnya dalam mengukur kepatuhan pasien penyakit kronis dan dapat juga digunakan pada *low literacy skills* (tingkat baca tulis rendah) (Kripalani et al., 2009) Dengan menggunakan kuesioner *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)* dapat diketahui dua indikator kepatuhan yaitu patuh dalam meminum obat untuk memberikan gambaran kemampuan pasien dalam mengelola sendiri dengan benar

regimen yang telah diresepkan dan patuh menebus resep berulang untuk menggambarkan tindakan pasien dalam melakukan penebusan obat lanjutan sesuai jadwal (Ernawati & Islamiyah, 2019).

Skor *Adherence to Refills and Medications Scale* (ARMS) yang tertinggi adalah 48 menunjukkan tingkat kepatuhan yang buruk, sedangkan skor terendah adalah 12 menunjukkan tingkat kepatuhan yang baik. Instrumen ARMS telah diuji reliabilitas dan validitasnya dengan MMAS dimana Apha Cronbach's keseluruhan item= 0.814 dan untuk pasien adequate literacy skills memiliki alfa= 0.828 sedangkan untuk pasien inadequate literacy skills memiliki alfa= 0.792, Spearman's rho= -0.651 (Ernawati & Islamiyah, 2019a).

2. *Self-efficacy for Appropriate Medication Use* (SEAMS)

SEAMS adalah instrumen yang realibel dan valid yang dapat memberikan penilaian yang berharga tentang efikasi diri pengobatan dalam manajemen penyakit kronis, dan tampaknya sesuai untuk digunakan pada pasien dengan keterampilan literasi rendah, dikembangkan oleh tim multidisiplin dengan keahlian dalam kepatuhan pengobatan dan kesehatan. literasi (Čulig & Leppée, 2014).

3. *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)

Metode ini diterapkan dalam studi cross-sectional orang hipertensi yang terdaftar setidaknya enam bulan dalam program untuk membantu individu hipertensi dan diabetes, yang disediakan di Brasil. Analisis BMQ menunjukkan bahwa layar rejimen berkinerja lebih baik daripada layar lainnya dan Medication Adherence Questionnaire (MAQ) untuk mengidentifikasi kepatuhan yang rendah di antara orang-orang dengan hipertensi yang tidak terkontrol (Čulig & Leppée, 2014).

4. *The Hill-Bone Compliance Scale*

Skala Kepatuhan *Hill-Bone* mengatasi hambatan dan *self-efficacy* tetapi terbatas dalam generalisasi mereka. Skala Kepatuhan *Hill-Bone* berfokus pada hipertensi pasien. Skala ini menilai perilaku pasien selama tiga domain perilaku penting dari tekanan darah tinggi pengobatan: 1) pengurangan asupan natrium; 2) janji penyimpanan; dan 3) minum obat. Skala ini terdiri dari 14 item dalam tiga subskala (Čulig & Leppée, 2014).

5. *The Medication Adherence Rating Scale (MARS)*

Medication Adherence Rating Scale (MARS) dikembangkan dari *Medication Adherence Questionnaire (MAQ)* dari Morisky, adalah ukuran laporan diri sepuluh item kepatuhan pengobatan dalam psikosis. Item dalam MARS tentang sikap terhadap pengobatan mungkin informatif bagi dokter yang mengidentifikasi hambatan kepatuhan dalam kasus individu, tetapi tampaknya tidak berharga dalam memprediksi perilaku kepatuhan pada sebagian besar sampel. Skor total MARS mereproduksi hubungan yang diharapkan lebih tinggi kepatuhan dengan lebih banyak wawasan tentang perlunya pengobatan, dan kepatuhan yang lebih tinggi dengan lebih sedikit psikopatologi (Čulig & Leppée, 2014).

6. MMAS-8

Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) adalah instrumen untuk mendeteksi ketidakpatuhan. Awal mulanya Morisky membuat pertanyaan untuk mengukur kepatuhan pengobatan pasien diabetes mellitus sejumlah 4 buah. Kemudian telah dimodifikasi lebih lengkap dengan jumlah 8 butir pertanyaan. Kuesioner dijawab dengan jawaban iya atau tidak pada nomor 1 hingga 7, pada nomor 8 jawaban berupa spektrum sering hingga tidak pernah. Kuisisioner ini terdiri atas 8 pertanyaan terkait perilaku pasien terhadap pengobatannya (Lee et al., 2013).

MMAS memiliki sensitifitas sebesar 93% dan spesifisitas sebesar 53% pada sebuah studi kepatuhan minum obat anti hipertensi. Lalu pada sebuah penelitian validitas dan reliabilitas dari MMAS pada pasien hipertensi didapatkan validitas $p=0.5$ dan reliabilitas sebesar 0,83. Modifikasi kuisisioner Morisky tersebut saat ini telah dapat digunakan untuk pengukuran kepatuhan pengobatan penyakit yang memerlukan terapi jangka panjang seperti gagal jantung, diabetes melitus, hipertensi, dan jantung koroner, yang berisi pernyataan pernyataan yang 44 menunjukkan frekuensi kelupaan dalam minum obat, kesengajaan berhenti minum obat tanpa sepengetahuan dokter, kemampuan untuk mengendalikan dirinya untuk tetap minum obat (Morisky et al., 2008).

2.5.3 Kuisisioner Kepatuhan

Tabel II. 3 Instrumen untuk mengukur kepatuhan

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8
MMAS atau MAQ		+				+		+
SEAMS	+		+				+	
BMQ		+		+		+		
Hill-Bone		+						
MARS					+			
ARMS	+							

1-Penyakit kronis, 2-Hipertensi arterial, 3-Penyakit jantung koroner, 4-Diabetes, 5-Psikosis, 6-HIV/AIDS, 7-Osteoporosis, 8-Penghentian rokok (Čulig & Leppée, 2014).

Berdasarkan tabel tersebut dinyatakan bahwa kuisisioner SEAMS dan ARMS adalah kuisisioner yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pada penyakit kronis. Kuisisioner SEAMS mengukur *self efficacy* sedangkan ARMS mengukur kepatuhan (Čulig & Leppée, 2014).

Sebagai sebuah perilaku, aspek-aspek kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat dapat diketahui dari metode yang digunakan untuk mengukurnya. Dalam penelitian ini menggunakan metode tidak langsung, yaitu *Self-Report*. *Self-Report* yang digunakan menggunakan instrumen *Adherence to Refills and Medications Scale* (ARMS).

2.6 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Permenkes, 2019).

Puskesmas adalah suatu 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 Puskesmas berperan dalam pembangunan berwawasan kesehatan di

wilayahnya dengan tujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat (kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat), mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat (Citra et al., 2017).

Dalam melaksanakan fungsinya, puskesmas berkewajiban melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dan terwujudnya kecamatan sehat. Secara structural atau administratif, Puskesmas berada dibawah administrasi Pemerintah Daerah kabupaten, dimana pembinaan secara teknis diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. Aturan menyatakan bahwa Puskesmas berfungsi sebagai penyelenggara layanan kesehatan baik berupa upaya kesehatan masyarakat (UKM) maupun upaya kesehatan perorangan (UKP). Kedudukan Puskesmas sebagai “penyelenggara” layanan kesehatan menegaskan bahwa Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis tingkat pertama dari Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab dalam penyelenggaraan aspek pemerintahan dalam bidang kesehatan di kabupaten/kota (Citra et al., 2017)

