

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dispepsia

1. Pengertian Dispepsia

Secara etimologis, kata "dispepsia" berasal dari bahasa Yunani, gabungan dari kata "dis" yang berarti 'buruk' dan "pepsis" yang berarti 'pencernaan'. Oleh karena itu, dispepsia secara harfiah dapat diartikan sebagai gangguan pencernaan. Dalam dunia medis, istilah ini merujuk pada sekumpulan gejala yang terasa di perut bagian atas, khususnya di daerah antara ulu hati dan perut kiri atas.(Zakiyah et al., 2021).

Dispepsia adalah suatu gangguan pada sistem pencernaan yang ditandai dengan berbagai gejala, seperti nyeri atau ketidaknyamanan di perut, mual, muntah, kembung, sering bersendawa, serta perasaan kenyang berlebihan. Kondisi ini tidak hanya menjadi permasalahan kesehatan di Indonesia, tetapi juga merupakan isu global yang berkaitan dengan penyakit tidak menular. Dispepsia memiliki dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat, khususnya bagi para pasien dan berpotensi berkontribusi terhadap peningkatan angka mortalitas.

Dispepsia adalah sekumpulan gejala gangguan pada sistem pencernaan, khususnya di area lambung dan usus dua belas jari. Gejala-gejala tersebut mencakup nyeri atau sensasi terbakar di perut bagian atas (epigastrium), perut terasa penuh setelah makan, atau cepat merasa kenyang. Menariknya, sekitar 80% kasus dispepsia tidak menunjukkan adanya kelainan fisik atau struktural yang menjadi penyebab gejala. Kondisi ini kemudian dikenal sebagai dispepsia fungsional, yang diperkirakan memengaruhi sekitar 16% dari populasi umum yang sehat.(Nabila et al., 2022)

Dispepsia merupakan salah satu penyakit tidak menular yang dapat menyerang individu dari berbagai kelompok usia, dengan mayoritas penderitanya berada pada usia produktif. WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2020, proporsi angka kematian akibat penyakit tidak menular akan meningkat hingga 73%, sementara angka kesakitan diperkirakan mencapai 60% secara global. Dispepsia sendiri termasuk dalam kategori penyakit tidak menular dengan angka kejadian yang tinggi di seluruh dunia.(Setiyawati & Hastuti, 2021)

2. Penyebab Dispepsia

Dispepsia dapat disebabkan oleh dua kategori utama: organik dan fungsional. Dispepsia organik terjadi ketika ada masalah pada organ pencernaan atau organ lain yang berdekatan, seperti pankreas atau kantong empedu. Sebaliknya, dispepsia fungsional tidak memiliki penyebab fisik yang jelas, namun dapat dipicu oleh faktor psikologis, sensitivitas terhadap obat-obatan, atau konsumsi makanan tertentu (et al., 2021). Beberapa faktor spesifik yang dapat memicu dispepsia meliputi :

- a. Gangguan pada Pergerakan Saluran Cerna: Masalah pada motilitas piloroduodenal di saluran pencernaan bagian atas, seperti esofagus, lambung, dan usus halus, bisa menjadi penyebab.
- b. Kebiasaan Makan yang Kurang Baik: Menelan terlalu banyak udara saat makan—misalnya dengan mengunyah sambil membuka mulut atau berbicara—dapat memicu gejala.
- c. Mengunyah Makanan Kurang Tepat: Makanan yang tidak dikunyah dengan baik dapat menyebabkan sensasi kembung dan sering bersendawa.
- d. Asupan Makanan dan Minuman Tertentu: Konsumsi alkohol, minuman bersoda, dan kopi bisa mengiritasi serta merusak lapisan lambung, sehingga memicu dispepsia.
- e. Penggunaan Obat-obatan: Penggunaan obat pereda nyeri, terutama golongan Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) seperti aspirin, ibuprofen, dan naproksen, dapat memicu gangguan pencernaan.
- f. Pola Makan Tidak Teratur: Kebiasaan makan yang tidak teratur atau terburu-buru juga dapat meningkatkan risiko dispepsia.

3. Faktor Risiko Dispepsia

Diperkirakan antara 15 hingga 40% populasi global mengalami dispepsia kronis atau berulang, di mana sekitar sepertiganya termasuk dalam kategori dispepsia organik yang memiliki penyebab struktural. Dispepsia paling umum disebabkan oleh ulkus peptikum (luka pada lambung atau usus dua belas jari), penyakit refluks gastroesofagus (GERD), dan kanker lambung. Meskipun begitu, sebagian besar kasus dispepsia tidak memiliki penyebab yang jelas dan dikategorikan sebagai dispepsia fungsional.

Faktor pola makan dan gaya hidup dapat memicu atau memperburuk gejala dispepsia. Mengonsumsi makanan yang dibakar, makanan cepat saji, makanan berlemak, dan makanan pedas, serta minuman seperti kopi dan teh, dapat memicu timbulnya dispepsia. Selain itu, gaya hidup tidak sehat juga berkontribusi pada kondisi ini, termasuk kebiasaan merokok, minum alkohol, menggunakan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) atau aspirin, dan kurangnya aktivitas fisik. Merokok dapat melemahkan perlindungan alami lapisan lambung, sementara alkohol dan obat antiinflamasi meningkatkan produksi asam lambung. Kombinasi faktor-faktor ini dapat memperparah gejala dispepsia.

Patofisiologi dispepsia fungsional masih belum sepenuhnya dipahami, tetapi diduga melibatkan kombinasi beberapa faktor. Kondisi ini mencakup hipersensitivitas viseral, yaitu kepekaan yang berlebihan pada organ dalam, dan gangguan motilitas lambung, yang merujuk pada masalah pergerakan otot lambung. Selain itu, faktor psikologis, seperti depresi, juga sering dikaitkan dengan kondisi ini. Korelasi antara gejala dispepsia fungsional dan kualitas tidur sangat erat dan bersifat dua arah. Di satu sisi, gejala dispepsia dapat mengganggu tidur dan membuat penderitanya sulit tidur nyenyak. Di sisi lain, kurangnya waktu tidur atau kualitas tidur yang buruk juga dapat memperburuk keluhan dispepsia fungsional yang dialami pasien.

Dispepsia organik memiliki beberapa faktor risiko yang signifikan. Individu dengan usia di atas 50 tahun atau yang memiliki riwayat kanker lambung dalam keluarga lebih rentan terhadap kondisi ini. Risiko juga meningkat pada orang yang memiliki riwayat ulkus peptikum atau mengalami gejala seperti pendarahan saluran cerna, anemia, penurunan berat badan tanpa sebab, muntah terus-menerus, dan perubahan pola buang air besar yang tidak lazim. Selain itu, penggunaan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dalam dosis tinggi atau jangka panjang, serta konsumsi alkohol berlebihan secara kronis, juga turut berkontribusi besar dalam meningkatkan kemungkinan terjadinya dispepsia organik. (Zakiyah et al., 2021)

4. Klasifikasi Dispepsia

Dispepsia dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu dispepsia organik dan dispepsia non-organik, yang sering juga disebut dispepsia fungsional. (Zakiyah et al., 2021)

- a. Dispepsia organik adalah jenis dispepsia yang muncul akibat adanya kelainan struktural pada saluran pencernaan. Kelainan ini dapat terlihat melalui pemeriksaan endoskopi. Kondisi ini sering kali berhubungan dengan masalah di sistem pencernaan bagian atas, seperti penyakit refluks gastroesofageal (GERD), ulkus peptikum, dan kanker lambung. Selain itu, masalah motilitas lambung, seperti gastroparesis (gerakan lambung yang melambat), juga menjadi penyebabnya. Faktor-faktor lain yang bisa memicu dispepsia organik meliputi infeksi bakteri *Helicobacter pylori*, gangguan penyerapan karbohidrat, serta efek samping dari penggunaan obat antiinflamasi non-steroid (NSAID). Penyakit lain seperti pankreatitis, kolesistitis, kolelitiasis, dan tumor intra-abdomen juga dapat menyebabkan kondisi ini.
- b. Dispepsia non-organik, yang juga dikenal sebagai dispepsia fungsional, adalah kondisi yang tidak menunjukkan adanya kelainan fisik atau struktural saat diperiksa secara fisik atau melalui endoskopi. Kondisi ini ditandai dengan rasa nyeri kronis atau ketidaknyamanan yang berulang pada perut bagian atas. Awalnya, dispepsia fungsional dibagi menjadi tiga subtipe, yaitu ulcer-like, reflux-like, dan dysmotility-like. Namun, klasifikasi ini telah diperbarui karena sebagian besar gejala (sekitar 80%) dipicu oleh makanan. Oleh karena itu, klasifikasi terbaru membaginya menjadi dua sindrom utama yaitu sindrom nyeri epigastrium ditandai dengan nyeri atau sensasi terbakar pada area ulu hati (epigastrium) dan sindrom distress postprandial dicirikan oleh perasaan cepat kenyang dan rasa penuh yang tidak nyaman setelah makan.

5. Diagnosis Dispepsia

Diagnosis dispepsia dilakukan secara sistematis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik dan tes penunjang jika diperlukan.(Sidik, 2024)

a. Anamnesis

Anamnesis atau pengumpulan riwayat pasien dispepsia berfokus pada gejala-gejala yang sering muncul dan hilang (*intermiten*). Gejala-gejala umum meliputi rasa tidak nyaman atau nyeri di ulu hati, perut terasa penuh setelah makan, cepat kenyang, kembung, bersendawa, mual, dan muntah. Beberapa gejala spesifik lainnya adalah sensasi terbakar di ulu hati dan rasa begah. Penting juga untuk diperhatikan bahwa dispepsia seringkali berhubungan dengan gangguan psikosomatik seperti kecemasan, stres, dan depresi.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik pasien dispepsia, temuan yang paling sering adalah nyeri tekan di area epigastrium (ulu hati). Selain itu, dokter juga mungkin menemukan tanda-tanda lain seperti distensi abdomen (perut kembung), suara perkusi yang hipersonor (suara berongga), dan peningkatan bising usus.

c. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan fisik pasien dispepsia, temuan yang paling sering adalah nyeri tekan di area epigastrium (ulu hati). Selain itu, dokter juga mungkin menemukan tanda-tanda lain seperti distensi abdomen (perut kembung), suara perkusi yang hipersonor (suara berongga), dan peningkatan bising usus.

Endoskopi sangat dianjurkan jika pasien menunjukkan tanda-tanda peringatan (*red flags*), yang mengindikasikan kemungkinan adanya kondisi serius. Tanda-tanda tersebut meliputi:

- 1) usia di atas 55 tahun
- 2) Pendarahan pada saluran cerna (misalnya, hematemesis atau melena).
- 3) Merasa cepat kenyang atau penuh.
- 4) Disfagia (sulit menelan) atau odinofagia (nyeri saat menelan).
- 5) Muntah yang terjadi secara berulang.

- 6) Riwayat keluarga dengan kanker lambung atau esofagus.
- 7) Adanya massa yang teraba di dalam perut (intra-abdomen).

Menurut kriteria Roma III, dispepsia fungsional didiagnosis ketika gejala pada saluran cerna bagian atas muncul tanpa adanya kelainan organik, sistemik, atau metabolik. Diagnosis ini dapat ditegakkan jika pasien mengalami satu atau lebih dari gejala berikut:

- a. Rasa penuh setelah makan.
- b. Cepat kenyang saat atau setelah makan.
- c. Nyeri di ulu hati.
- d. Sensasi terbakar di ulu hati.

Jika seseorang mengalami satu atau lebih gejala dispepsia tanpa ditemukan kelainan organik melalui pemeriksaan endoskopi, maka diagnosis yang mungkin adalah dispepsia fungsional. Kondisi ini dibagi menjadi dua subtype utama, yaitu sindrom nyeri epigastrium dan sindrom distres postprandial, yang masing-masing memiliki kriteria diagnostik spesifik.

- a. Kriteria dispepsia fungsional subtype nyeri epigastrium:
 - 1) Terdapat sensasi nyeri seperti terbakar di area epigastrium (ulu hati). Nyeri bukan di dada atau bagian perut lainnya
 - 2) Nyeri tidak menyebar ke dada atau bagian perut lainnya.
 - 3) Nyeri tetap terasa meskipun pasien buang angin (flatus) atau buang air besar.
 - 4) Nyeri biasanya dapat memburuk atau mereda setelah makan.
 - 5) Nyeri bukan disebabkan oleh masalah pada kantong empedu atau *sphincter Oddi*.
- b. Kriteria dispepsia fungsional subtype distres post-prandial:
 - 1) Timbul perasaan perut penuh setelah mengonsumsi makanan dalam porsi normal.
 - 2) Pasien merasa kenyang dengan cepat, yang menyebabkan porsi makan mereka menjadi lebih sedikit
 - 3) Gejala tambahan seperti mual dan kembung juga sering muncul setelah makan

6. Diagnosis Banding Dispepsia

Diagnosis banding dispepsia dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori utama, yaitu penyakit saluran pencernaan dan non-saluran pencernaan. (Sidik, 2024)

- a. Penyakit saluran pencernaan, ini termasuk GERD (penyakit refluks gastroesofageal), functional heartburn, irritable bowel syndrome (IBS), pankreatitis, kolesistitis, dan kolelitiasis. Selain itu, keberadaan tumor intra-abdomen juga dapat memicu gejala tersebut
- b. Penyakit non-saluran pencernaan, dispepsia juga bisa dikaitkan dengan kondisi yang tidak berhubungan langsung dengan saluran pencernaan. Beberapa di antaranya adalah penyakit jantung koroner, gangguan irama jantung, *chronic fatigue syndrome*, *fibromialgia*, dan *interstitial bladder pain syndrome*

7. Terapi Non Farmakologi

Terapi non-farmakologi dalam penanganan dispepsia dapat dilakukan melalui beberapa cara (Zakiyah et al., 2021):

- a. Menjaga kadar stres tetap rendah merupakan hal penting untuk mencegah dispepsia. Stres yang berlebihan dapat meningkatkan produksi asam lambung, yang kemudian memicu gejala dispepsia. Oleh karena itu, istirahat yang memadai dan melakukan kegiatan yang disukai dapat membantu mengelola stres, sehingga risiko dispepsia juga berkurang.
- b. Menjaga gaya hidup sehat dengan berolahraga secara teratur, mempertahankan berat badan ideal, menghindari berbaring setelah makan, serta mengurangi konsumsi makanan berlemak, pedas dan minuman yang bersifat asam, bersoda, mengandung alkohol, serta kafein.
- c. Kompres hangat, seperti menggunakan *Warm Water Zack (WWZ)* atau botol berisi air hangat, dapat membantu meredakan nyeri dan ketidaknyamanan pada perut. Dengan meletakkannya di area yang terasa sakit, panasnya dapat membantu merilekskan otot dan mengurangi gejala dispepsia.
- d. Terapi Komplementer, metode ini bertujuan untuk mengurangi nyeri lambung melalui teknik seperti aromaterapi, mendengarkan musik, menonton televisi, sentuhan terapeutik dan latihan pernapasan dalam.

8. Terapi Farmakologi

a. Antihiperaciditas

1) Antasida

Antasida merupakan jenis obat yang mudah ditemukan di pasaran dengan harga yang relatif murah, berfungsi untuk menetralkan kelebihan asam di lambung. Biasanya, antasida mengandung senyawa yang tidak larut dalam air, seperti natrium bikarbonat, aluminium hidroksida ($\text{Al}(\text{OH})_3$), magnesium hidroksida ($\text{Mg}(\text{OH})_2$), dan magnesium trisiklat, yang termasuk dalam golongan kompleks hidrotalsit. Penggunaan antasida bersifat sementara karena hanya meredakan gejala, sehingga tidak disarankan untuk pemakaian jangka panjang. Magnesium trisiklat, sebagai zat penyerap yang tidak beracun, dapat menimbulkan efek samping berupa diare bila dikonsumsi dalam dosis tinggi, akibat terbentuknya senyawa magnesium klorida (MgCl_2). Oleh karena itu, formulasi antasida umumnya menggabungkan senyawa aluminium dan magnesium untuk menyeimbangkan efek samping—magnesium bersifat laksatif, sedangkan aluminium cenderung menyebabkan sembelit.

2) NaHCO_3

Antasida jenis ini bersifat larut dalam air dan bekerja dengan cepat. Namun, konsumsi natrium bikarbonat dalam dosis tinggi berisiko menyebabkan alkalosis sistemik, yaitu kondisi di mana darah menjadi terlalu basa. Selain itu, pelepasan karbon dioksida yang dihasilkan dari metabolisme NaHCO_3 dapat memicu sendawa berlebihan.

3) Kombinasi Bismut dan Kalsium

Gabungan antara senyawa bismut dan kalsium diketahui mampu membentuk lapisan pelindung pada area luka atau lesi di dinding lambung. Meski demikian, penggunaannya harus dibatasi karena dapat menimbulkan efek samping berupa neurotoksisitas, yang berisiko menyebabkan ensefalopati dengan gejala seperti kejang dan disorientasi. Selain itu, konsumsi obat ini juga dapat menyebabkan sembelit dan meningkatkan produksi asam lambung akibat asupan kalsium yang berlebihan, yang berpotensi menimbulkan kondisi hiperkalsemia.

4) Sukralfat

b. Sukralfat, yang kerap digunakan bersama aluminium hidroksida dan bismut koloidal, bekerja dengan cara membentuk lapisan pelindung pada permukaan lambung. Lapisan ini berfungsi untuk melindungi area tukak dari paparan dan iritasi yang disebabkan oleh asam lambung.

c. Antikolinergik

Obat antikolinergik dengan tingkat selektivitas tinggi, seperti pirenzepin, berfungsi sebagai antagonis reseptor muskarinik yang mampu menghambat produksi asam lambung sebesar 28% hingga 43%. Walaupun tidak sepenuhnya bersifat spesifik, pirenzepin juga menunjukkan efek tambahan berupa perlindungan terhadap sel-sel mukosa lambung (sitoprotektif).

d. Golongan antagonis reseptor H_2

Obat-obatan seperti simetidin, nizatidin, roksatidin, dan famotidin bekerja dengan cara menghambat reseptor H_2 yang terdapat pada sel parietal lambung, sehingga dapat menurunkan produksi asam lambung. Salah satu obat yang dulu paling sering diresepkan adalah ranitidin, namun penggunaannya telah dihentikan karena ditemukan mengandung N-Nitrosodimethylamine (NDMA), senyawa yang diketahui bersifat karsinogenik. Kelompok obat ini umumnya digunakan dalam penanganan dispepsia organik, khususnya tukak peptik.

e. Proton pump inhibitor (PPI)

Obat-obatan dalam kelompok *Proton Pump Inhibitor* (PPI) meliputi omeprazol, esomeprazol, lansoprazol dan pantoprazol. Mekanisme kerja obat ini berfokus pada tahap akhir sekresi asam lambung, yakni dengan menghambat aktivitas pompa proton yang berperan dalam produksi asam di lambung.

f. Sitoprotektif

Kelompok obat sitoprotektif meliputi prostaglandin sintesis seperti misoprostol (PGE_1) dan enprostil (PGE_2), yang berfungsi tidak hanya melindungi mukosa lambung, tetapi juga menurunkan sekresi asam oleh sel parietal. Sementara itu, sukralfat berkontribusi dalam merangsang produksi prostaglandin alami (endogen), yang berperan dalam memperbaiki aliran

darah mikro (mikrosirkulasi), meningkatkan sekresi mukus dan bikarbonat, serta membentuk lapisan pelindung yang berikatan dengan protein di area lesi mukosa saluran cerna bagian atas.

g. Golongan prokinetik

Obat-obatan prokinetik, seperti cisapride, domperidon dan metoklopramid, memiliki efektivitas yang cukup tinggi dalam mengatasi dispepsia fungsional dan refluks esofagus. Obat ini bekerja dengan meningkatkan motilitas saluran cerna serta mencegah refluks gastroesofageal.

h. Golongan Antidepresan

Kelompok obat antidepresan, terutama *Tricyclic Antidepressants* (TCA) seperti amitriptilin, sering digunakan dalam terapi pasien dengan dispepsia fungsional yang memiliki keterkaitan dengan faktor psikologis, seperti kecemasan dan depresi. Dalam beberapa kasus, kombinasi terapi farmakologis dengan psikoterapi atau farmakoterapi tambahan berupa obat antidepresan dan ansiolitik dapat memberikan manfaat yang lebih optimal. Secara umum, pengobatan dispepsia fungsional masih memerlukan penelitian lebih lanjut untuk menentukan terapi yang paling efektif. Beberapa pendekatan yang telah didukung oleh bukti ilmiah mencakup eradikasi *Helicobacter pylori*, terapi PPI, serta intervensi psikologis. Sebaliknya, beberapa terapi seperti penggunaan antasida, antispasmodik, bismut dan modifikasi pola makan masih memerlukan evaluasi lebih lanjut untuk memastikan efektivitasnya.

B. Rekam Medis

Rekam medis merupakan salah satu informasi krusial dalam pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit. Dokumen ini memuat berbagai data penting pasien, baik dalam bentuk elektronik maupun tertulis, yang mencakup identitas pasien, hasil pemeriksaan medis, rencana terapi, tindakan medis, hingga layanan kesehatan lainnya yang diberikan. Dengan kata lain, rekam medis tidak hanya berfungsi sebagai catatan tindakan medis yang telah dilakukan terhadap pasien, tetapi juga mencakup prosedur penyimpanan hingga distribusi data guna mendukung keberlanjutan layanan kesehatan.

Pengelolaan rekam medis di rumah sakit pada awalnya dilakukan secara manual melalui pencatatan dokumen fisik. Namun, seiring berkembangnya teknologi informasi dan komunikasi serta diberlakukannya regulasi baru yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, banyak rumah sakit mulai bertransformasi ke sistem pencatatan elektronik. Peralihan ini turut diperkuat oleh instruksi langsung dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Tahap awal penerapannya rekam medis masih dikelola secara konvensional sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 749a/Menkes/PER/XII/1989. Sistem ini menggunakan pencatatan berbasis kertas dengan metode penyimpanan dalam map, yang memiliki sejumlah keterbatasan. Beberapa kendala yang dihadapi dalam sistem manual ini antara lain kebutuhan ruang penyimpanan yang besar, potensi penumpukan berkas yang dapat menghambat efisiensi kerja, risiko kerusakan atau kehilangan dokumen akibat berbasis kertas, serta waktu pencarian dokumen yang relatif lama ketika dibutuhkan segera (Pribadi, Dewi and Kusumanto, 2018).

Seiring dengan perkembangan digitalisasi dalam bidang teknologi informasi dan komunikasi, serta dorongan kebijakan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, sistem rekam medis mulai beralih ke format elektronik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022). Sistem ini dikenal sebagai Rekam Medis Elektronik (RME), yang merupakan implementasi teknologi informasi dalam pengelolaan data pasien di rumah sakit. RME memiliki peran penting dalam pengumpulan, penyimpanan, pemrosesan, serta pengambilan kembali informasi medis pasien secara lebih efisien. (Izza & Lailiyah, 2024)

C. Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memiliki peran dalam melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan. Dalam operasionalnya, Puskesmas lebih mengedepankan pendekatan promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang maksimal di wilayah tanggung

jawabnya. Tujuan utama pembangunan kesehatan melalui Puskesmas adalah menciptakan masyarakat yang sadar, mau, dan mampu menjalani pola hidup sehat. Selain itu, Puskesmas juga berperan dalam menjamin ketersediaan layanan kesehatan yang bermutu, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, serta meningkatkan kualitas kesehatan individu, keluarga, dan komunitas secara terpadu. (Mentang et al., 2018)

Sebagai pusat pembangunan yang berorientasi pada kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat, serta penyedia layanan kesehatan dasar, Puskesmas memegang tanggung jawab dalam menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Pelayanan tersebut dirancang guna memenuhi kebutuhan masyarakat akan akses kesehatan yang layak, sekaligus mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional, yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Sebagai garda terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan primer, Puskesmas wajib menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan dasar yang dikenal sebagai *basic six* serta beberapa layanan tambahan yang disesuaikan dengan kebutuhan, kondisi, serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Dalam menjalankan tugasnya, Puskesmas menerapkan pendekatan yang komprehensif dan terpadu, meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif, yang didukung oleh berbagai layanan penunjang untuk meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan yang diberikan. (Noviyani, 2023)

2. Profil UPTD Puskesmas Pangkalan Budiman

Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas Pangkalan Budiman berlokasi di Dusun IV Pangkalan Budiman, Desa Sei Rampah, Kecamatan Sei Rampah—yang merupakan ibu kota Kabupaten Serdang Bedagai dengan luas wilayah sekitar 15,8 km². Wilayah kerja Puskesmas ini mencakup dua desa, yaitu Desa Sei Rampah dan Desa Pematang Ganjang. Berdasarkan data proyeksi tahun 2023 dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Serdang Bedagai, jumlah penduduk di wilayah kerja UPTD Puskesmas Pangkalan Budiman mencapai 17.393 jiwa.

Puskesmas Pangkalan Budiman memiliki fasilitas pendukung berupa satu pos kesehatan desa (poskesdes), satu unit puskesmas keliling, serta 20 posyandu dan 2 posyandu lansia. Adapun tenaga kesehatan yang tersedia terdiri dari 3 dokter

umum, 1 dokter gigi, 19 bidan, 3 perawat, 2 Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM), 1 petugas gizi, 1 analis kesehatan, 1 perawat gigi, dan 2 tenaga kesehatan lingkungan. Dari sisi status kepegawaian, jumlah tenaga kesehatan meliputi 29 ASN, 1 tenaga honorer, dan 3 tenaga kontrak/sukarela (TKS).

Puskesmas Pangkalan Budiman merupakan salah satu puskesmas rawat jalan yang menyediakan berbagai layanan mulai dari upaya kesehatan preventif, promotif, kuratif, hingga rehabilitatif, baik melalui upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM). Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, perawat aktif berperan, dan puskesmas ini juga memiliki subunit pelayanan seperti puskesmas keliling, posyandu, serta pos kesehatan desa (poskesdes).

Dalam menjalankan tugasnya sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), puskesmas wajib menyelenggarakan UKM esensial yang bertujuan mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan tingkat kabupaten/kota. UKM esensial tersebut mencakup layanan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana (KB), pelayanan gizi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit.

Selain melaksanakan UKM esensial, Puskesmas juga menjalankan UKM pengembangan yang disesuaikan dengan prioritas permasalahan kesehatan, karakteristik wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas. Contoh UKM pengembangan meliputi pelayanan kesehatan kerja, kesehatan olahraga, dan kesehatan tradisional.

3. Visi, Misi, Tata Nilai dan Motto Puskesmas Pangkalan Budiman

- a. Visi : Visi Puskesmas Pangkalan Budiman adalah “Mewujudkan Kabupaten Serdang Bedagai yang mandiri, sejahtera dan religius, Maju Terus”.
- b. Misi :
 - 1) Meningkatkan Pelayanan yang Bermutu
 - 2) Meningkatkan Kunjungan Sehat
 - 3) Meningkatkan Kompetensi Sumber Daya Manusia
 - 4) Meningkatkan Sarana dan Prasarana
 - 5) Meningkatkan Program Inovatif.

- c. Tata Nilai: SEHATI (Sehat, Empati, Handal, Aktif, Tangguh, Inovatif)
- d. Motto: MELATI (Melayani dengan sepenuh hati).
- e. Fungsi: Fungsi puskesmas sebagai tempat rujukan pertama bagi kasus tertentu yang dirujuk, mempunyai beberapa fungsi pokok, antara lain :
 - 1) Fungsi utama yang dijalankan meliputi pelayanan, pembinaan, dan pengembangan, dengan fokus khusus pada kegiatan yang bersifat preventif, promotif, serta rehabilitatif.
 - 2) Fungsi yang berfokus pada aspek teknis, mencakup instalasi perawatan pasien, instalasi obat-obatan, instalasi gizi, dan instalasi umum, serta kegiatan yang lebih menekankan pada layanan kuratif.

D. Penggunaan Obat Rasional

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 74 Tahun 2016, standar pelayanan kefarmasian di Puskesmas yang dilakukan oleh apoteker dan tenaga teknis kefarmasian mencakup pengelolaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai (BMHP), serta pelayanan farmasi klinik. Salah satu elemen penting dalam pelayanan farmasi klinik adalah evaluasi penggunaan obat, yang bertujuan memastikan bahwa terapi yang diberikan kepada pasien sudah sesuai indikasi, efektif, aman, dan ekonomis (rasional).

Penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi berbagai kriteria, seperti ketepatan diagnosis, indikasi, pemilihan obat, dosis, cara dan interval pemberian, durasi terapi, kewaspadaan terhadap efek samping, evaluasi kondisi pasien, pemberian informasi yang memadai, tindak lanjut yang tepat, serta penyerahan obat sesuai prosedur.

Penggunaan obat yang tidak rasional merupakan masalah global yang memiliki dampak besar terhadap kesehatan masyarakat. Menurut WHO, lebih dari separuh obat yang diresepkan, dijual, atau diberikan tidak memenuhi standar yang berlaku, sementara sekitar setengah dari pasien tidak menggunakan obat sesuai aturan yang benar. (Sari, 2020)

Ketidaktepatan dalam penggunaan obat dapat berakibat pada peningkatan angka morbiditas dan mortalitas, munculnya efek samping, membengkaknya biaya kesehatan, serta resistensi bakteri terhadap antibiotik tertentu. Untuk menjamin penggunaan obat yang rasional, dilakukan pemantauan dan evaluasi melalui dua indikator utama. Indikator inti mencakup aspek persepsian, pelayanan farmasi, dan

fasilitas kesehatan, sementara indikator tambahan meliputi persentase pasien yang menerima terapi tanpa obat, rata-rata biaya obat per pasien, proporsi anggaran untuk antibiotik, kepatuhan terhadap pedoman terapi, tingkat kepuasan pasien, serta ketersediaan akses informasi yang objektif di fasilitas kesehatan.

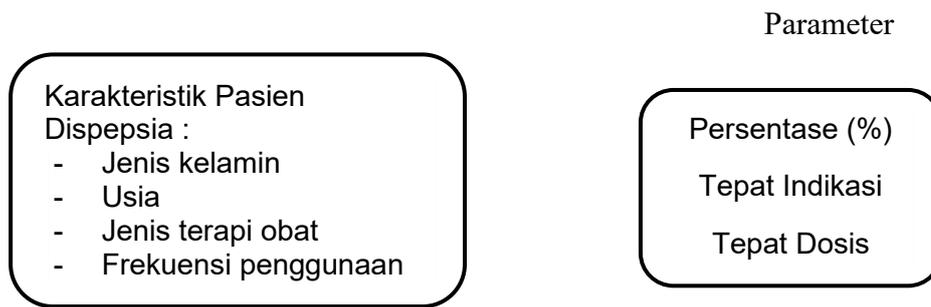
Dalam rangka meningkatkan penggunaan obat secara rasional yang berkelanjutan dan berbasis bukti ilmiah, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah menerapkan strategi peningkatan pelayanan kefarmasian. Salah satu ukuran keberhasilannya adalah peningkatan persentase penggunaan obat rasional di Puskesmas, dengan target bertahap dari 62% pada 2015 hingga 70% pada 2019.

Terdapat tiga aspek utama dalam penggunaan obat rasional yang perlu diperhatikan, yaitu persepean, pelayanan pasien, dan fasilitas kesehatan. Kesalahan dalam persepean dapat menimbulkan dampak negatif seperti kegagalan terapi, peningkatan efek samping, resistensi antibiotik, penyebaran infeksi akibat penggunaan injeksi yang tidak steril, serta pemborosan obat. Oleh sebab itu, penjaminan mutu dalam proses penggunaan obat sangat diperlukan.

Peran apoteker dan tenaga teknis kefarmasian sangat krusial dalam mendukung penggunaan obat yang rasional. Mereka bertanggung jawab bersama tenaga medis dan pasien untuk memastikan terapi yang efektif dan efisien. Penggunaan obat yang rasional tidak hanya meningkatkan efektivitas pengobatan dan efisiensi biaya, tetapi juga memperluas akses masyarakat terhadap obat yang terjangkau, mencegah risiko kesalahan penggunaan, serta meningkatkan kepercayaan pasien terhadap kualitas layanan kesehatan.

Secara praktis, setiap pemberian obat harus didasarkan pada indikasi medis yang jelas dan mempertimbangkan manfaat secara ilmiah. Dalam hal ini, dokter memegang tanggung jawab penuh untuk menjamin mutu penggunaan obat yang diresepkan kepada pasien. (Dietrich et al., 2018)

E. Kerangka Konsep



Gambar 1 Kerangka Konsep