

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Tentang Hipertensi

2.1.1 Definisi Hipertensi

Hipertensi didefinisikan dengan meningkatnya tekanan darah arteri yang persisten. Penderita dengan tekanan darah diastolik kurang dari 90mmHg dan tekanan darah sistolik lebih besar sama dengan 140mmHg telah mengalami hipertensi sistolik terisolasi. Untuk krisis hipertensi dengan tekanan darah 180/120mmHg dapat dikategorikan sebagai hipertensi darurat atau hipertensi gawat (Sukandar dkk, 2008). Tekanan darah adalah kekuatan darah menekan dinding pembuluh darah. Setiap kali berdetak (sekitar 60-70 kali permenit dalam keadaan istirahat), jantung akan memompa darah melewati pembuluh darah. Tekanan besar terjadi ketika jantung memompa darah (dalam keadaan kontriksi) disebut dengan tekanan sistolik. Ketika jantung beristirahat (dalam keadaan dilatasi) tekanan darah berkurang disebut tekanan diastolik (Puspitorini, 2008)

Hipertensi merupakan penyakit yang timbul akibat adanya interaksi dengan berbagai faktor risiko yang telah dimiliki seseorang. Risiko hipertensi relative tergantung pada jumlah dan keparahan dari faktor risiko yang dapat dimodifikasi seperti stress, obesitas, nutrisi, alkohol, dan merokok. Selain itu faktor risiko lain yang tidak dapat dimodifikasi yakni genetik, umur, jenis kelamin, dan etnis (Anggraini, dkk, 2009). Umur berkaitan dengan tekanan darah tinggi (hipertensi). Semakin tua seseorang maka semakin besar risiko terserang hipertensi (Khomsan, 2003). Penelitian Hasurungan dalam Rahajeng dan Tuminah (2009) menemukan bahwa pada lansia dibanding umur 55- 59 tahun dengan umur 60-64 tahun terjadi

peningkatan risiko hipertensi sebesar 2,18 kali, umur 65-69 tahun 2,45 kali dan umur >70 tahun 2,97 kali.

Hal ini terjadi karena pada usia tersebut arteri besar kehilangan kelenturannya dan menjadi kaku karena itu darah pada setiap denyut jantung dipaksa untuk melalui pembuluh darah yang sempit daripada biasanya dan menyebabkan naiknya tekanan darah. Jenis kelamin juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tekanan darah (Rosta, 2011). Berdasarkan hasil penelitian Wahyuni dan Eksanoto (2013), perempuan cenderung menderita hipertensi daripada laki-laki. Pada penelitian tersebut sebanyak 27,5% perempuan mengalami hipertensi, sedangkan untuk laki-laki hanya sebesar 5,8%. Perempuan yang belum menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar High Density Lipoprotein (HDL). Kadar kolesterol HDL rendah dan tingginya kolesterol LDL (Low Density Lipoprotein) mempengaruhi terjadinya proses aterosklerosis dan mengakibatkan tekanan darah tinggi (Anggraini dkk, 2009). Tingkat pendidikan secara tidak langsung juga mempengaruhi tekanan darah. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap gaya hidup yaitu kebiasaan merokok, kebiasaan minum alkohol, dan kebiasaan melakukan aktivitas fisik seperti olahraga.

Hasil Riskesdas tahun 2013 dalam Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) menyatakan bahwa penyakit hipertensi (tekanan darah tinggi) cenderung tinggi pada pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan pendidikan. Tingginya risiko terkena hipertensi pada pendidikan yang rendah, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan pada seseorang yang berpendidikan rendah terhadap kesehatan dan sulit atau lambat menerima informasi

(penyuluhan) yang diberikan oleh petugas sehingga berdampak pada perilaku/pola hidup sehat (Anggara dan Prayitno, 2013). Hipertensi yang tidak terkontrol dengan baik akan meningkatkan angka mortalitas dan menimbulkan komplikasi ke beberapa organ vital seperti jantung, otak, ginjal dan mata (Anggraini dkk, 2009).

2.1.2 Klasifikasi Hipertensi

Menurut *The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII)*, klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa dengan usia lebih dari 18 tahun terbagi menjadi kelompok normal, prehipertensi, hipertensi grade 1 dan grade 2 (Chobanian, et al, 2003).

Tabel 2.1 Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa menurut JNC

Klasifikasi	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal*	<120	<80
Prehipertensi**	120-139	80-89
Tahap 1 hipertensi	140-150	90-99
Tahap 2 hipertensi	≥160	≥100

Keterangan:

1. Tanda * yaitu batas optimal untuk risiko penyakit kardiovaskuler. Namun, tekanan darah yang terlalu rendah juga dapat mengakibatkan masalah jantung dan membutuhkan bantuan dokter.
2. Tanda ** yaitu prehipertensi keadaan dimana tidak memerlukan medikasi, namun termasuk pada kelompok berisiko tinggi untuk menjadi hipertensi, penyakit jantung coroner, dan stroke. Individu dengan prehipertensi tidak memerlukan medikasi, tetapi dianjurkan untuk modifikasi pola hidup sehat

yang mencakup penurunan berat badan, mengurangi asupan garam, berhenti merokok dan membatasi minum alkohol.

2.1.3 Etiologi hipertensi

Hipertensi berdasarkan etiologinya dibagi menjadi dua yaitu hipertensi primer (esensial) dan hipertensi sekunder.

1. Hipertensi Primer

Sekitar 95% pasien dengan hipertensi merupakan hipertensi esensial (primer). Penyebab hipertensi esensial ini masih belum diketahui, tetapi faktor genetik dan lingkungan diyakini memegang peranan dalam menyebabkan hipertensi esensial (Weber dkk, 2014). Faktor genetik dapat menyebabkan kenaikan aktivitas dari sistem renin-angiotensin-aldosteron dan sistem saraf simpatik serta sensitivitas garam terhadap tekanan darah. Selain faktor genetik, faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain yaitu konsumsi garam, obesitas dan gaya hidup yang tidak sehat serta konsumsi alkohol dan merokok (Weber dkk, 2014).

Penurunan ekskresi natrium pada keadaan tekanan arteri normal merupakan peristiwa awal dalam hipertensi esensial. Penurunan ekskresi natrium dapat menyebabkan meningkatnya volume cairan, curah jantung, dan vasokonstriksi perifer sehingga tekanan darah meningkat. Faktor lingkungan dapat memodifikasi ekspresi gen pada peningkatan tekanan. Stres, kegemukan, merokok, aktivitas fisik yang kurang, dan konsumsi garam dalam jumlah besar dianggap sebagai faktor eksogen dalam hipertensi (Robbins dkk, 2007).

2. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder diderita sekitar 5% pasien hipertensi (Weber dkk, 2014). Hipertensi sekunder disebabkan oleh adanya penyakit komorbid atau

penggunaan obat-obat tertentu yang dapat meningkatkan tekanan darah. Obat-obat tertentu, baik secara langsung ataupun tidak, dapat menyebabkan hipertensi atau memperberat hipertensi. Penghentian penggunaan obat tersebut atau mengobati kondisi komorbid yang menyertainya merupakan tahap pertama dalam penanganan hipertensi sekunder (Depkes RI, 2006)

2.1.4 Manifestasi Klinis Hipertensi

Penderita hipertensi primer yang sederhana pada umumnya tidak disertai gejala. Namun, pada penderita hipertensi sekunder dapat disertai gejala suatu penyakit. Penderita foekromositoma dapat mengalami sakit kepala paroksimal, berkeringat, takikardia, palpitasi dan hipotensi ortostatik. Pada aldosteronemia primer yang mungkin terjadi adalah gejala hypokalemia kram otot dan kelelahan. Penderita hipertensi sekunder pada sindrom *Cushing* dapat terjadi peningkatan berat badan, polyuria, edema, irregular menstruasi, jerawat dan kelelahan otot (Sukandar dkk, 2008).

2.1.5 Penatalaksanaan Terapi Hipertensi

Penatalaksanaan terapi hipertensi terdiri atas terapi non farmakologi dan terapi farmakologi sebagai berikut:

2.1.5.1 Terapi Non Farmakologi

Terapi Non Farmakologi bagi penderita hipertensi dianjurkan untuk mengatur pola hidup dengan memantau:

1. Penurunan berat badan jika kelebihan berat badan,
2. melakukan diet makanan sesuai dengan DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*),

3. mengurangi asupan natrium tidak lebih dari 100 mmol tiap hari (2,4 gram natrium atau 6 gram natrium klorida),
4. melakukan aktivitas fisik seperti aerobik,
5. mengurangi konsumsi alkohol dan
6. menghentikan kebiasaan merokok (Chobanian et.al., 2003).

2.1.5.2 Terapi Farmakologi

Berdasarkan JNC 7, terapi farmakologis antihipertensi diberikan berdasarkan pertimbangan berat ringannya derajat hipertensi. Pasien hipertensi dengan derajat 1 memulai terapi dengan monoterapi. Kebanyakan dimulai dengan terapi tiazid diuretik karena selain selektif pada hipertensi derajat ringan tiazid diuretik juga relative terjangkau, atau dapat dipertimbangkan monoterapi dari golongan lain (ACE inhibitor, ARB, β B, CCB). Apabila masih belum tercapai target terapi, dapat dilakukan optimalisasi dosis. Namun bila masih tetap tidak mencapai target terapi dapat dipertimbangkan terapi kombinasi dengan 2 golongan obat yang berbeda. Sedangkan untuk hipertensi derajat 2, terapi inisial dimulai dengan kombinasi dua macam obat (tiazid diuretik + ACE inhibitor/ARB/ β B/CCB). Pasien dengan compelling indication terapinya akan disesuaikan dengan jenis compelling indication yang dimilikinya, sesuai dengan tabel 2.2.

Tabel 2.2 Rekomendasi Obat Hipertensi dengan Compelling Indication

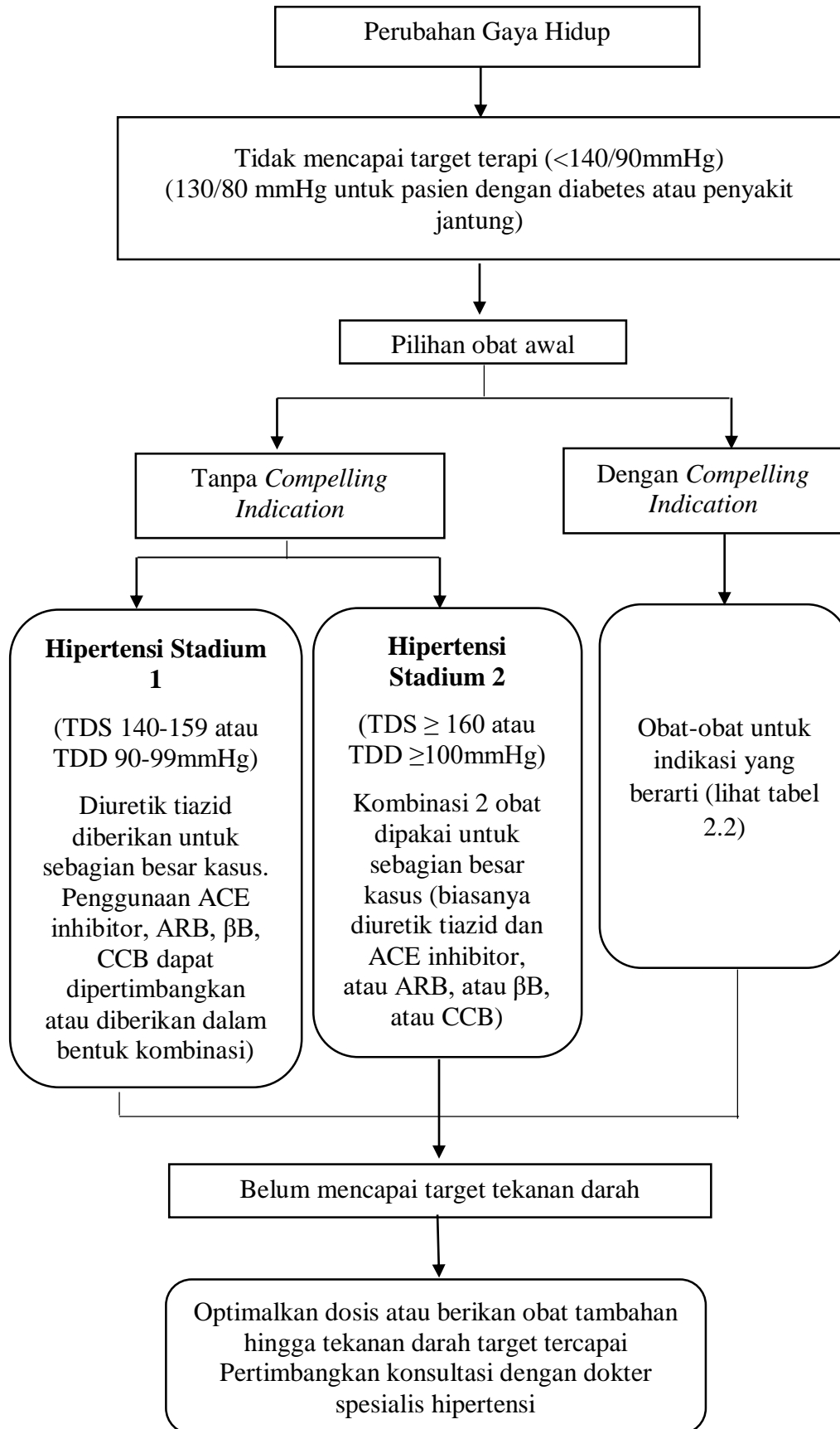
Compelling Indication	Rekomendasi obat hipertensi					
	Diuretik	β -B	ACE inhibitor	ARB	CCB	Aldosteron inhibitor
Gagal jantung	√	√	√	√		√
Pasca infark miokard		√	√			√
Risiko tinggi penyakit coroner	√	√	√		√	
Diabetes mellitus	√	√	√	√	√	
Penyakit ginjal kronik			√	√		
Pencegahan stroke berulang	√		√			

Pada kondisi gagal jantung asimtomatik dengan disfungsi ventrikuler, direkomendasikan penggunaan ACE *inhibitor* dan β B, sedangkan untuk pasien dengan gagal jantung simptomatik dan disfungsi ventrikuler atau *end stage*, ACE *inhibitor*, ARB, β B lebih direkomendasikan bersama dengan *loop diuretic*.

Pasien hipertensi dengan angina pektoris stabil, pilihan obat yang baik biasanya BB. Sebagai alternative dapat diberikan CCB. Pada pasien dengan sindroma koronaria akut, terapi antihipertensi dapat dimulai dengan β B dan ACE *inhibitor*. Pasien dengan *post* infark miokard dianjurkan penggunaan ACE *inhibitor*, β B dan aldosteron *inhibitor*.

Pada pasien hipertensi dengan diabetes, kombinasi dua sampai tiga jenis obat dibutuhkan untuk mencapai target terapi. Tiazid diuretik, ACE *inhibitor*, ARB, β B, dan CCB bermanfaat dalam menurunkan resiko penyakit kardiovaskular. ACE *inhibitor* atau ARB baik untuk diabetic nefropati dan menurunkan albuminuria dan ARB dapat menurunkan progresi makroalbuminuria.

Keuntungan memberikan terapi antihipertensi pada stroke akut masih belum jelas manfaatnya. Namun untuk penegahan stroke berulang, kombinasi ACE *inhibitor* dan diuretik tiazid dapat bermanfaat. Gambaran algoritma terapi antihipertensi menurut JNC 7 dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Algoritma Terapi Antihipertensi menurut JNC 7

2.1.6 Golongan Obat Antihipertensi

Terdapat berbagai beberapa golongan obat yang digunakan dalam terapi antihipertensi, yaitu : diuretik, β -bloker, *ACE inhibitor*, *Angiotensin Reseptor Blocker* (ARB), *Calcium Channel Blocker* (CCB), vasodilator dan golongan antihipertensi lain yang penggunaannya lebih jarang dibandingkan golongan obat yang disebutkan.

2.1.6.1 Diuretik

Diuretik tiazid merupakan terapi inisial untuk pasien hipertensi. Diuretik dapat meningkatkan efektifitas terapi pada terapi kombinasi dengan antihipertensi lain dalam mencapai tekanan darah target dan sangat terjangkau. Diuretik tiazid diberikan pada terapi inisial baik sebagai monoterapi maupun terapi kombinasi dengan kelas antihipertensi lain. Diuretik bekerja dengan mendepleksi simpanan natrium tubuh. Beberapa diuretik juga memiliki efek vasodilatator selain efek diuresisnya. Diuretik efektif menurunkan tekanan darah 10-15 mmHg pada sebagian besar penderita hipertensi. Golongan obat ini baik digunakan pada pasien dengan hipertensi esensial ringan sampai dengan sedang. Efek samping diuretik yang paling sering adalah deplesi kalium (kecuali diuretik hemat kalium yang malah dapat menimbulkan hiperkalemi), deplesi magnesium, merusak toleransi glukosa, meningkatkan kadar lipid serum, meningkatkan kadar asam urat dan mencetuskan gout. Penggunaan dengan dosis lebih rendah akan menurunkan efek sistemiknya. Jenis obat golongan diuretic dan contoh obatnya:

1. Diuretik *loop*, seperti *furosemide*.
2. Diuretik hemat kalium (*potassium-sparing*), seperti amiloride dan spironolactone.

3. Diuretik thiazide, seperti hydrochlorothiazide dan indapamide.

2.1.6.2 Beta – Bloker

β Bloker menurunkan tekanan darah terutama dengan menurunkan curah jantung, dan menurunkan tahanan vaskuler perifer. β B bekerja dengan menghambat reseptor β adrenergik baik di jantung, pembuluh darah dan ginjal. Obat ini tidak bekerja di otak karena tidak menembus sawar darah otak β B dapat menurunkan jumlah renin plasma dengan blocking β_1 mediated renin release oleh ginjal dan menurunkan sekresi aldosteron. Contoh obatnya Propanolol, Bisoprolol, Atenolol, Metoprolol dan Nebivolol.

2.1.6.3 ACE inhibitor

ACE inhibitor memblok kerja ACE sehingga menghambat konversi angiotensin I menjadi angiotensin II sehingga menurunkan jumlah angiotensin II yang memegang peranan penting dalam pathogenesis hipertensi. Contoh obatnya Captopril, Lisinopril, Ramipril, dan Enalapril.

2.1.6.4 ARB (Angiotensin II Receptor blocker)

ARB bekerja dengan memblok angiotensin II pada reseptor AT_1 . sehingga jumlah angiotensin II plasma akan meningkat. Seperti ACE inhibitor, ARB menurunkan tekanan darah dengan cara menurunkan resistensi sistemik. ARB tidak mempengaruhi *heart rate* dan memiliki efek yang minimal pada curah jantung di jantung yang sehat. ARB juga dapat menurunkan inflamasi pada pasien aterosklerosis. Contoh obatnya Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Telmisartan, dan Valsartan.

2.1.6.5 CCB (Calcium Channel Blocker)

CCB menurunkan tahanan vaskuler perifer dan tekanan darah. Mekanisme kerjanya adalah dengan menghambat influx kalsium pada otot polos arteri. Berdasarkan penelitian, terjadi peningkatan risiko infark miokard dan peningkatan mortalitas pada pasien hipertensi yang diterapi dengan nifedipin lepas cepat. Obat penyekat kalsium lepas lambat mengendalikan tekanan darah lebih baik dan cocok untuk hipertensi kronik. Contoh obatnya Amlodipine, Diltiazem, Nicardipine, Nifedipine, Nimodipine dan Verapamil.

2.1.6.6 Aldosteron Receptor Blocker

Golongan aldosteron receptor blocker bekerja dengan menghambat kerja aldosteron sehingga terjadi penurunan reabsorpsi natrium. Penurunan reabsorpsi natrium ini kemudian akan menurunkan volume intravaskuler, menurunkan preload dan akhirnya menurunkan tekanan darah.

2.1.6.7 Antihipertensi lain

Beberapa golongan obat antihipertensi lain adalah:

1. Agonis α_2 sentral

Contoh obat Agonis α_2 sentral adalah metildopa dan klonidin. Obat-obatan golongan ini menurunkan aliran simpatis dari pusat vasopresor di batang otak namun membiarkan bahkan meningkatkan sensitivitas baroreseptor. Obat-obatan golongan ini cenderung menyebabkan sedasi dan depresi mental serta menyebabkan gangguan tidur termasuk mimpi buruk.

2. Golongan obat penyekat saraf adrenergik

Obat-obatan golongan ini menurunkan tekanan darah dengan mencegah fisiologi normal NE *post* ganglion saraf simpatis.

3. Golongan obat penyekat α

Obat penyekat α menurunkan tekanan arteri dengan mendilatasi pembuluh darah.

4. Vasodilatator

Merelaksasi otot polos arteriol sehingga mengurangi tahanan vaskuler sistemik.

2.2 Tinjauan Tentang Pengetahuan

2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek dari indra yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2012). Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (2005) pengetahuan merupakan sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses pembelajaran dipengaruhi oleh faktor dari dalam seperti motivasi dan faktor dari luar berupa informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya (Riyanto & Budiman, 2013).

2.2.2 Jenis-jenis Pengetahuan

Pemahaman masyarakat mengenai pengetahuan dalam konteks kesehatan sangat beraneka ragam. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan. Berikut ini adalah jenis - jenis pengetahuan :

1. Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata, seperti keyakinan pribadi, perspektif dan prinsip. Pengetahuan seseorang biasanya

sulit ditransfer orang lain baik tertulis maupun lisan. Seringkali berisi kebiasaan dan budaya bahkan tidak bisa dihindari.

2. Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan berhubungan dengan kesehatan.

2.2.3 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif menurut Notoatmodjo, 2012 dibagi menjadi 6 tingkatan pengetahuan yaitu :

1. Tahu (*Know*)

Tahu adalah mengingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang suatu objek yang diketahui dan diinterpretasikan secara benar

3. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah suatu kemampuan untuk mempraktekkan materi yang sudah dipelajari pada kondisi *real* (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan atau menjelaskan suatu objek atau materi tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu dengan yang lainnya.

5. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan menghubungkan bagianbagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi adalah pengetahuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.2.4 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) faktor yang mempengaruhi pengetahuan meliputi:

1. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan perilaku seseorang atau kelompok dan merupakan usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan (Budiman & Riyanto, 2013). Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin cepat menerima dan memahami suatu informasi sehingga pengetahuan yang dimiliki juga semakin tinggi.

2. Informasi/ Media Massa

Informasi adalah suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu. Informasi diperoleh dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan.

Semakin berkembangnya teknologi menyediakan bermacam-macam media massa sehingga dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat. Informasi mempengaruhi pengetahuan seseorang jika sering mendapatkan informasi tentang

suatu pembelajaran maka akan menambah pengetahuan dan wawasannya, sedangkan seseorang yang tidak sering menerima informasi tidak akan menambah pengetahuan dan wawasannya.

3. Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tradisi atau budaya seseorang yang dilakukan tanpa penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk akan menambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi juga akan menentukan tersedianya fasilitas yang dibutuhkan untuk kegiatan tertentu sehingga status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang yang mempunyai sosial budaya yang baik maka pengetahuannya akan baik tapi jika sosial budayanya kurang baik maka pengetahuannya akan kurang baik. Status ekonomi seseorang mempengaruhi tingkat pengetahuan karena seseorang yang memiliki status ekonomi dibawah rata-rata maka seseorang tersebut akan sulit untuk memenuhi fasilitas yang diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan.

4. Lingkungan

Lingkungan mempengaruhi proses masuknya pengetahuan kedalam individu karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh individu. Lingkungan yang baik akan pengetahuan yang didapatkan akan baik tapi jika lingkungan kurang baik maka pengetahuan yang didapat juga akan kurang baik.

5. Pengalaman

Pengalaman dapat diperoleh dari pengalaman orang lain maupun diri sendiri sehingga pengalaman yang sudah diperoleh dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang tentang suatu permasalahan akan membuat orang

tersebut mengetahui bagaimana cara menyelesaikan permasalahan dari pengalaman sebelumnya yang telah dialami sehingga pengalaman yang didapat bisa dijadikan sebagai pengetahuan apabila mendapatkan masalah yang sama.

6. Usia

Semakin bertambahnya usia maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh juga akan semakin membaik dan bertambah.

2.3 Tinjauan Tentang Puskesmas

2.3.1 Definisi Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Iqbal Mubarak, 2012).

2.3.2 Fungsi Puskesmas

Ada 3 fungsi pokok utama yang diemban puskesmas dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dasar (PKD) kepada seluruh target atau sasaran masyarakat diwilayah kerjanya, yakni sebagai berikut:

2.3.2.1 Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

1. Berupaya menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
2. Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

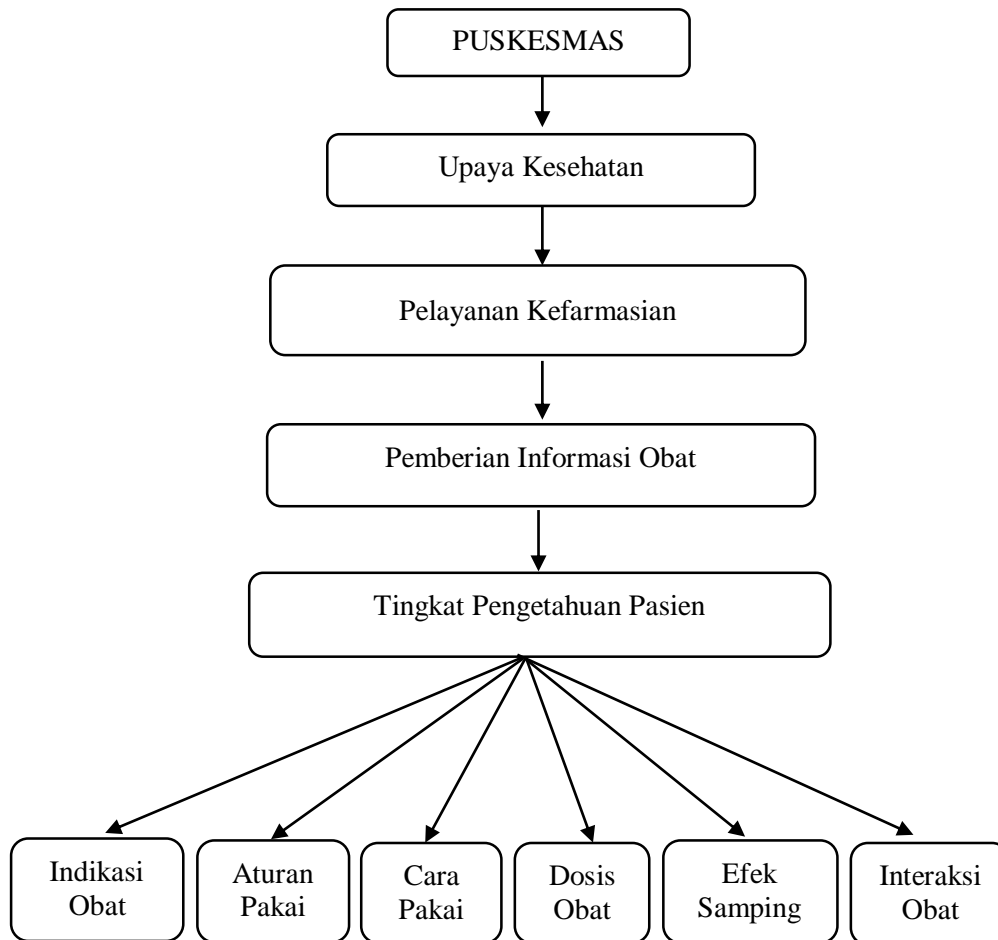
2.3.2.2 Pusat pemberdayaan masyarakat

Berupaya agar perorangan, terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat yang memiliki perilaku sebagai berikut:

1. Sadar, mau dan mampu melayani diri sendiri serta masyarakat untuk hidup sehat.
2. Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaan.
3. Ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan.
4. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
5. Merangsang masyarakat, termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
6. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.

2.3.2.3 Pusat pelayanan kesehatan strata pertama, yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) mencakup pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat.

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep