

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hipertensi

2.1.1 Pengertian Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Peningkatan tekanan darah yang berlangsung dalam jangka waktu lama (persisten) dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (menyebabkan stroke) bila tidak dideteksi secara dini dan mendapat pengobatan yang memadai (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

Hipertensi merupakan masalah kesehatan di dunia karena menjadi faktor risiko utama dari penyakit kardiovaskular dan stroke. Insidensi hipertensi di Amerika Serikat mencapai 29-31% atau sama dengan 58 sampai 65 juta pada populasi di atas 18 tahun. Diperkirakan bahwa jumlah penderita hipertensi akan terus bertambah seiring dengan bertambahnya populasi geriatri dan peningkatan insidensi obesitas.

Sampai saat ini, hipertensi masih merupakan tantangan besar di Indonesia. Betapa tidak, hipertensi merupakan kondisi yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan primer kesehatan. Hal itu merupakan masalah kesehatan dengan prevalensi yang tinggi, yaitu sebesar 25,8%, sesuai dengan data Risesdas 2013. Di samping itu, pengontrolan hipertensi belum adekuat meskipun obat-obatan yang efektif banyak tersedia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014).

2.1.2 Etiologi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi 2 golongan, yaitu: hipertensi esensial atau hipertensi primer dan hipertensi sekunder atau hipertensi renal. risiko seperti obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia. Hipertensi primer biasanya timbul pada umur 30 – 50 tahun.

1. Hipertensi esensial yang tidak diketahui penyebabnya juga disebut dengan hipertensi idiopatik. Terdapat sekitar 95% kasus. Banyak faktor

yang mempengaruhinya seperti genetik, lingkungan, hiperaktivitas sistem saraf simpatis, sistem renin angiotensin, defek dalam ekskresi, peningkatan Na dan Ca intraseluler dan faktor-faktor yang meningkatkan risiko seperti obesitas, alkohol, merokok, serta polisitemia. Hipertensi primer biasanya timbul pada umur 30 – 50 tahun (Schrier, 2000). Pada beberapa pasien, kenaikan berat badan yang berlebihan dan gaya hidup memiliki peran yang utama dalam menyebabkan hipertensi. Kebanyakan pasien hipertensi memiliki berat badan yang berlebih (obesitas) dan penelitian pada berbagai populasi menunjukkan bahwa kenaikan berat badan yang berlebih (obesitas) memberikan risiko 65-70 % untuk terkena hipertensi esensial (Guyton, 2008).

2. Hipertensi sekunder Hipertensi sekunder atau hipertensi renal terdapat sekitar 5 % kasus. Penyebab hipertensi secara spesifik diketahui, seperti penggunaan estrogen, penyakit ginjal, hipertensi vaskular renal, hiperaldosteronisme primer, dan sindrom cushing, feokromositoma, koarktasio aorta, hipertensi yang berhubungan dengan kehamilan, dan lain-lain (Schrier, 2000).

2.1.3 Klasifikasi Hipertensi

Ada beberapa macam klasifikasi hipertensi yaitu menurut WHO (World Health Organization) , JNC (Joint National Committee) VIII dan Perhimpunan Dokter Kardiovaskular Indonesia (PERKI) yang digunakan di Indonesia. Klasifikasi pada orang dewasa sebagai berikut :

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/atau	Diastole (mmHg)
Optimal	< 120		< 80
Normal	< 130	Dan	< 85
Normal Tinggi	130-139	Atau	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	Atau	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	Atau	100-109
Hipertensi derajat III	≥ 180	Atau	≥ 110

Berikut ini adalah klasifikasi Hipertensi menurut Joint National Committee VIII (JNC VIII), yaitu :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi JNC VIII

Kategori	Sistol (mmHg)	Dan/atau	Diastole (mmHg)
Normal	<120	Dan	<80
Pre hipertensi	120-139	Atau	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	Atau	90-99
Hipertensi tahap 2	≥ 160	Atau	≥ 100
Hipertensisolterisolasi	≥ 140	Dan	< 90

2.1.4 Faktor Risiko Hipertensi

2.1.4.1 Faktor Risiko yang tidak dapat Diubah

a. Usia

Faktor usia sangat berpengaruh terhadap hipertensi karena dengan bertambahnya umur maka semakin tinggi mendapat resiko hipertensi.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin juga sangat erat kaitanya terhadap terjadinya hipertensi dimana pada masa muda dan paruh baya lebih tinggi penyakit hipertensi pada laki-laki dan pada wanita lebih tinggi setelah umur 55 tahun, ketika seorang wanita mengalami menopause. Perbandingan antara pria dan wanita, ternyata wanita lebih banyak menderita hipertensi.

c. Genetik (Keturunan)

Riwayat keluarga juga merupakan masalah yang memicu masalah terjadinya hipertensi cenderung merupakan penyakit keturunan. Jika seorang dari orang tua kita memiliki riwayat hipertensi maka sepanjang hidup kita memiliki kemungkinan 25% terkena hipertensi.

2.1.4.2 Faktor Risiko yang dapat Diubah

a. Merokok

b. Kegemukan (obesitas)

c. Stress (psikis)

d. Konsumsi Alkohol Berlebih

e. *Hiperlipidemia dan Hiperkolesterolemia*

2.1.5 Gejala Klinis Hipertensi

Individu yang menderita hipertensi kadang tidak menampilkan gejala sampai bertahun-tahun. Gejala bila ada menunjukkan adanya kerusakan vaskuler, dengan manifestasi yang khas sesuai sistem organ yang divaskularisasi oleh pembuluh darah bersangkutan. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia (peningkatan urinasi pada malam hari) dan azetoma [peningkatan nitrogen urea darah (BUN) dan kreatin]. Keterlibatan pembuluh darah otak dapat menimbulkan stroke atau serangan iskemik transien yang bermanifestasi sebagai paralisis sementara pada satu sisi (hemiplegia) atau gangguan tajam penglihatan (Wijayakusuma, 2000)

Pada pemeriksaan fisik, tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina, seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, pada kasus berat dapat ditemukan edema pupil (edema pada diskus optikus).

Gejala-gejala penyakit yang biasa terjadi baik pada penderita hipertensi maupun pada seseorang dengan tekanan darah yang normal hipertensi yaitu sakit kepala, gelisah, jantung berdebar, perdarahan hidung, sulit tidur, sesak nafas, cepat marah, telinga berdenging, tekuk terasa berat, berdebar dan sering kencing di malam hari. Gejala akibat komplikasi hipertensi yang pernah dijumpai meliputi gangguan penglihatan, saraf, jantung, fungsi ginjal dan gangguan serebral (otak) yang mengakibatkan kejang dan pendarahan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelumpuhan dan gangguan kesadaran hingga koma (B. Cahyono, 2008).

2.1.6 Komplikasi Hipertensi

1. Stroke
2. Infark Miokard
3. Gagal Ginjal

2.1.7 Penatalaksanaan Hipertensi

2.1.7.1 Terapi Non Farmakologis

Pengaturan pola hidup sehat sangat penting pada pasien hipertensi guna untuk mengurangi efek buruk dari pada hipertensi. Adapun cakupan pola hidup

antara lain berhenti merokok, mengurangi kelebihan berat badan, menghindari alkohol, modifikasi diet. Dan yang mencakup psikis antara lain mengurangi stres, olahraga, dan istirahat.

2.1.7.2 Terapi Farmakologis

Golongan obat antihipertensi yang banyak digunakan adalah diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid), beta-bloker, (misalnya propranolol, atenolol,) penghambat angiotensin converting enzymes (misalnya captopril, enalapril), antagonis angiotensin II (misalnya candesartan, losartan), calcium channel blocker (misalnya amlodipin, nifedipin) dan alpha-blocker (misalnya doksasozin). Yang lebih jarang digunakan adalah vasodilator dan antihipertensi kerja sentral dan yang jarang dipakai, guanetidin, yang diindikasikan untuk keadaan krisis hipertensi (Gormer, 2008).

a. Golongan Diuretik

Diuretik bekerja meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida sehingga menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler. Golongan diuretik terdiri dari beberapa bagian yaitu:

- **Golongan Tiazid**

Obat golongan ini bekerja dengan menghambat transport bersama (*symport*) NaCl di tubulus distal ginjal sehingga ekskresi Na⁺ dan Cl⁻ meningkat. Yang termasuk obat golongan ini antara lain hidroklortiazid, klortiazid, bendroflumetiazid dan indapamid).

- **Diuretik Kuat**

Yang termasuk dalam golongan diuretik kuat antara lain furosemid, torasemid, bumetanid dan asam etakrinat. Diuretik kuat bekerja di ansa Henle ascenden bagian epitel tebal dengan cara menghambat kotransport Natrium, Kalium dan Klorida dan menghambat resorpsi air dan elektrolit.

- **Diuretik Hemat Kalium**

Yang termasuk obat golongan ini antara lain amilorid, triamteren dan spironolakton merupakan diuretik lemah. Penggunaannya terutama dalam kombinasi dengan diuretik lain untuk mencegah hipokalemia (Gunawan, G.S, 2016)

b. Penghambat Adrenergik

Penghambat Adrenoreseptor Beta (β -Blokер) . Beta bloker memblok beta-adrenoreseptor. Reseptor ini diklasifikasikan menjadi reseptor beta-1 dan beta-2. Reseptor beta-1 terutama terdapat pada jantung sedangkan reseptor beta-2 banyak ditemukan di paru-paru, pembuluh darah perifer dan otot lurik. Reseptor beta-2 juga dapat ditemukan di jantung, sedangkan reseptor beta-1 dapat dijumpai pada ginjal. Reseptor beta juga dapat ditemukan di otak (Nafrialdi, 2009).

c. *ACE Inhibitor*

ACE inhibitor Angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEi) menghambat secara kompetitif pembentukan angiotensin II dari prekursor angiotensin I yang inaktif, yang terdapat pada darah, pembuluh darah, ginjal, jantung, kelenjar adrenal dan otak. Angiotensin II merupakan vaso-konstriktor kuat yang memacu pelepasan aldosteron dan aktivitas simpatis sentral dan perifer. Penghambatan pembentukan angiotensin II ini akan menurunkan tekanan darah. Jika sistem angiotensin-renin-aldosteron teraktivasi (misalnya pada keadaan penurunan sodium, pada terapi diuretik) efek antihipertensi ACEi akan lebih besar. ACE juga bertanggung jawab terhadap degradasi kinin, termasuk bradikinin, yang mempunyai efek vasodilatasi. Penghambatan degradasi ini akan menghasilkan efek antihipertensi yang lebih kuat. Beberapa perbedaan pada parameter farmakokinetik obat ACE. Captopril cepat diabsorpsi tetapi mempunyai durasi kerja yang pendek, sehingga bermanfaat untuk menentukan apakah seorang pasien akan berespon baik pada pemberian ACEi. Dosis pertama ACEi harus diberikan pada malam hari karena penurunan tekanan darah mendadak mungkin terjadi efek ini akan meningkat jika pasien mempunyai kadar sodium rendah (Gormer, 2008).

d. *Calcium Channel Blocker (CCB)*

Calcium channel blockers (CCB) menurunkan influks ion kalsium ke dalam sel miokard, sel-sel dalam sistem konduksi jantung, dan sel-sel otot polos pembuluh darah. Efek ini akan menurunkan kontraktilitas jantung, menekan pembentukan dan propagasi impuls elektrik dalam jantung dan memacu aktivitas vasodilatasi, interferensi dengan konstriksi otot polos pembuluh darah. Semua hal di atas adalah proses yang bergantung pada ion kalsium. Terdapat tiga kelas

CCB: dihidropiridin (misalnya nifedipin dan amlodipin), fenilalkalamin (verapamil) dan benzotiazepin (diltiazem). Dihidropiridin mempunyai sifat vasodilator perifer yang merupakan kerja antihipertensinya, sedangkan verapamil dan diltiazem mempunyai efek kardiak dan digunakan untuk menurunkan heart rate dan mencegah angina. Semua CCB dimetabolisme di hati. Efek samping Pemerahan pada wajah, pusing dan pembengkakan pergelangan kaki sering dijumpai, karena efek vasodilatasi CCB dihidropiridin. Nyeri abdomendian mual juga sering terjadi. Saluran cerna juga sering terpengaruh oleh influks ion kalsium, oleh karena itu CCB sering mengakibatkan gangguan gastro-intestinal, termasuk konstipasi (Gormer, 2008).

e. *Angiotensin Receptor Blocker (ARB)*

Reseptor ARB terdiri dari dua kelompok besar yaitu reseptor AT1 dan Reseptor AT2. Reseptor AT1 terdapat terutama di otot polos pembuluh darah dan di otot jantung. Reseptor AT2 terdapat di Medula adrenal. Yang termasuk obat golongan ini antara lain Candesartan, Losartan, Valsartan, Irbesartan, dan Eprosartan (Gunawan, G.S, 2016).

2.1.8 Rekomendasi Penanganan Hipertensi

Guideline JNC 8 mencantumkan rekomendasi pada penanganan hipertensi yaitu:

- a. Pada populasi umum berusia ≥ 60 tahun, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah dimulai jika tekanan darah sistolik ≥ 150 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dengan target sistolik < 150 mmHg dan target diastolik < 90 mmHg (*Strong Recommendation*)
Jika terapi farmakologis hipertensi menghasilkan tekanan darah lebih rendah (misalnya < 140 mmHg) dan ditoleransi tanpa efek samping kesehatan dan kualitas hidup, dosis tidak perlu disesuaikan (*Expert Opinion*)
- b. Pada populasi umum berusia < 60 tahun, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah dimulai jika tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dengan target diastolik < 90 mmHg (untuk usia 30-59 tahun *Strong Recommendation*, untuk usia 18-29 tahun *Expert Opinion*).
- c. Pada populasi umum berusia < 60 tahun, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah dimulai jika tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dengan target tekanan darah sistolik < 140 mmHg (*Expert Opinion*)

- d. Pada populasi berusia ≥ 18 tahun dengan penyakit ginjal kronik, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dengan target tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan target tekanan darah diastolik < 90 mmHg (*Expert Opinion*).
- e. Pada populasi berusia ≥ 18 tahun dengan diabetes, terapi farmakologis untuk menurunkan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg dengan target tekanan darah sistolik < 140 mmHg dan target tekanan darah diastolik < 90 mmHg (*Expert Opinion*).
- f. Pada populasi non-kulit hitam umum, termasuk mereka dengan diabetes, terapi antihipertensi awal sebaiknya mencakup diuretik tipe thiazide, calcium channel blocker (CCB), Angiotensin-converting enzym (ACEI) atau Angiotensin receptor blocker (ARB) (*Moderate recommendation*).
- g. Pada populasi kulit hitam umum, termasuk mereka dengan diabetes, terapi antihipertensi awal sebaiknya mencakup diuretik tipe thiazide atau calcium channel blocker (CCB). (Untuk populasi kulit hitam; *Moderate recommendation*, untuk kulit hitam dengan diabetes; *Weak Recommendation*).
- h. Pada populasi berusia ≥ 18 tahun dengan penyakit ginjal kronik, terapi antihipertensi awal (atau tambahan) sebaiknya mencakup ACEI atau ARB untuk meningkatkan Outcome ginjal. Hal ini berlaku untuk semua pasien penyakit ginjal kronik dengan hipertensi terlepas dari RAS dan status diabetes (*Moderate Recommendation*).
- i. Tujuan utama terapi hipertensi adalah mencapai dan mempertahankan target tekanan darah. Jika target tekanan darah tidak tercapai dalam 1 bulan perawatan, tingkatkan dosis obat awal atau tambahkan obat kedua dari salah satu kelas yang direkomendasikan dalam rekomendasi 6 (*thiazide-type diuretic*, CCB, ACEI atau ARB). Dokter harus terus menilai tekanan darah dan menyesuaikan regimen perawatan sampai target tekanan darah dicapai. Jika target tekanan darah tidak dapat dicapai dengan 2 obat, tambahkan dan titrasi obat ketiga dari daftar obat yang tersedia. Jangan gunakan ACEI dan ARB bersama-sama pada satu pasien. Jika target tekanan darah tidak dapat dicapai menggunakan obat dalam rekomendasi 6 karena kontraindikasi atau perlu menggunakan lebih dari 3 obat, obat antihipertensi kelas lain dapat digunakan. Rujukan ke spesialis hipertensi mungkin diindikasikan jika target

tekanan darah tidak dapat dicapai dengan strategi diatas atau untuk penanganan pasien komplikasi yang membutuhkan konsultasi klinis tambahan (*Expert opinion*).

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, "Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat."

Setiap rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan. Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan bagi masyarakat dan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Menurut Permenkes RI No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit menyebutkan bahwa pengorganisasian rumah sakit harus dapat menggambarkan pembagiantugas, koorganisasian kewenangan, fungsi dan tanggung jawab rumah sakit.

2.2.2 Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung

2.2.2.1 Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung

1. Periode Tahun 1918-1952

Rumah Sakit Umum (RSU) Daerah Tarutung berdiri tahun 1918 oleh *Zending* Jerman berlokasi di daerah Kabupaten Tapanuli Utara dengan ibu kota Tarutung. Pembangunan Rumah Sakit ini sepenuhnya inisiatif dari pada *Zending* Jerman. Pada masa itu diseluruh wilayah Tapanuli bahkan diseluruh Sumatera Utara belum ada bentuk pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai Rumah Sakit. Setelah berdirinya Rumah Sakit ini praktis seluruh masyarakat di sekitarnya berobat ke RSU Tarutung. Pada saat itu pelayanan di RSU Tarutung

dilaksanakan oleh petugas *Zending* Jerman dan bentuk pelayanan itu disesuaikan dengan kondisi masyarakat kita pada masa itu yaitu pelayanan yang bersifat murni sosial. Keadaan ini berlangsung selama puluhan tahun, sehingga pada masa berikutnya di beberapa daerah didirikan Rumah Sakit. Namun demikian, rujukan Rumah Sakit yang didirikan ini selalu ke RSUD Tarutung. Dalam perjalanannya, disamping sebagai fungsi pelayanan juga dilakukan fungsi pendidikan/pelatihan tenaga pribumi menjadi tenaga kesehatan yang kemudian para lulusan tenaga kesehatan ini disebarkan ke seluruh penjuru tanah air bukan hanya di Tapanuli tetapi juga di luar Tapanuli.

Pelayanan ini mengalami pasang surut dengan adanya perubahan pemerintah Belanda ke pemerintahan Jepang. Pada masa pemerintahan Jepang, sebagian tenaga ini ada yang menjadi korban pembunuhan dan sebagian lagi digunakan oleh tentara Jepang untuk membantu tenaga mereka. Pada masa ini pelayanan mengalami kemunduran sehingga operasional Rumah Sakit hampir lumpuh, dan setelah peralihan kemerdekaan RI dari penjajahan Jepang menurut Drs. Hutabarat mantan Direktur KPPA Medan, bahwa di Ruang Rawat Inap (RRI) Vip-A RSUD Daerah Tarutung sekarang dilakukan percetakan uang. Sesudah zaman kemerdekaan, kembali dikelola oleh badan *Zending* dengan memperbaiki beberapa sarana dan prasarana sehingga pelayanan berjalan dengan baik. Pada tahun 1952 RSUD Tarutung dikelola oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara meskipun sebagian tenaga pelayanan masih ada disumbangkan oleh *Zending* Jerman.

2. Periode Tahun 1980 -1990

Pengelolaan oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara pada mulanya juga dengan mengikuti pola pelayanan murni sosial. Tetapi pada perkembangan selanjutnya kemampuan untuk memberikan pelayanan murni sosial tidak dapat dipertahankan lagi. Sejak era tahun 80-an Pemerintah Propinsi Sumatera Utara memberikan beban target Pendapatan Asli Daerah (PAD) bagi RSUD Tarutung, sehingga pelayanan demi pelayanan diatur dengan Peraturan Daerah (Perda).

Sampai dengan tahun 1983, RSUD Tarutung masih berstatus Kelas-D, dengan pelayanan yang diberikan oleh Dokter Umum dan Dokter Gigi dibantu oleh Para Medis Perawatan dan Non Perawatan serta Administrasi Manajemen lainnya. Sejak tahun 1984, RSUD Tarutung disahkan menjadi RSUD. Kelas-C

dengan pelayanan diberikan oleh 4 (empat) Dokter Spesialis Dasar, Dokter Umum, Dokter Gigi dan Para Medis Perawatan/Non Perawatan serta tenaga Administrasi manajemen lainnya. Pelayanan ini berkembang dengan adanya pasang surut oleh karena perpindahan para Dokter Spesialis, sehingga beberapa tahun kemudian pelayanan kembali diberikan oleh hanya Dokter Umum dan Dokter Gigi.

Pada era tahun 90-an, kembali adanya penempatan Dokter Spesialis walaupun tidak lengkap 4 (empat) Spesialis Dasar dan juga oleh PPDS dari FK-USU Medan. Perkembangan “Needs” dan “Demand” masyarakat demikian juga kemajuan teknologi Kedokteran serta kemajuan arus informasi menyebabkan perubahan di dalam masyarakat pelanggan Rumah Sakit tersebut. Minat dan tuntutan ini sudah seharusnya di akomodasi oleh Pemerintah. Kemauan disertai kemampuan membayar jasa pelayanan yang berkualitas (spesialisasi) yang membuat pihak manajemen RSUD Tarutung menuangkannya dalam perencanaan strategis yang telah disetujui oleh Pemerintah Propinsi Sumatera Utara sebagai acuan dalam pemberian pelayanan kepada pelanggan RSUD Tarutung.

3. Periode Tahun 2000-2004

Pada tanggal 26 Desember tahun 2000 RSUD Tarutung disahkan menjadi Kelas-B sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor: **1809/Menkes-Kessos/SK/XII/2000**. Pada tahun 2003, melalui perda No. 07 tahun 2003 sistem pengelolaan keuangan RSUD Tarutung berubah dari sistem pengelolaan secara APBD menjadi Sistem pengelolaan secara Swadana. Dengan demikian sejak tahun 2003, nama RSUD Tarutung berubah menjadi RSU Swadana Daerah Tarutung

4. Periode Tahun 2014 s/d sekarang

Pada tanggal 28 Oktober 2014, melalui Peraturan Daerah Nomor 07 Tahun 2014 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung Kabupaten Tapanuli Utara dimana sistem pengelolaan organisasi dan keuangan berubah dari Swadana menjadi pengelolaan SKPD APBD, nama RSU Swadana Daerah Tarutung berubah menjadi RSU Daerah Tarutung. Sesuai dengan amanat Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

dimana pada pasal 7 ayat 3 setiap Rumah Sakit Pemerintah dengan pengelolaan Badan Layannan Umum Daerah, maka pada tahun 2015 sesuai dengan Surat Keputusan Bupati Tapanuli Utara Nomor 1999 Tahun 2015 tentang Penerapan PPK–BLUD RSUD Daerah Tarutung dimana Tahun 2017 RSUD Daerah Tarutung menerapkan pengelolaan keuangan secara SKPD dan BLUD.

2.2.2.2 Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung

Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung mempunyai Visi dan Misi

Visi

Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung adalah “MEWUJUDKAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARUTUNG YANG PROFESIONAL, MANDIRI, BERSAHABAT DAN PENUH KASIH”.

Misi

1. Memberikan pelayanan berkualitas dan profesional kepada masyarakat dengan biaya terjangkau
2. Melaksanakan pekerjaan dalam tim yang profesional, dinamis, inovatif, berdedikasi tinggi dan terpercaya
3. Meningkatkan kualitas SDM dan memanfaatkan perkembangan IPTEK
4. Meningkatkan kesejahteraan SDM Rumah Sakit
5. Meningkatkan kuantitas dan kualitas sarana/prasarana pelayanan di semua bidang secara berkesinambungan
6. Menciptakan suasana kerja yang kondusif dan harmonis

Motto : “Senyum, Sapa, Salam”

2.3 Resep

2.3.1 Pengertian Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku (MenKes RI, 2016).

Resep merupakan hal terpenting sebelum pasien menerima obat. Pengkajian resep dilakukan untuk menganalisa adanya masalah terkait obat, bila ditemukan masalah terkait obat harus dikonsultasikan kepada dokter Penulis resep. Apoteker harus melakukan pengkajian Resep sesuai persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik, dan persyaratan klinis baik untuk pasien

rawat inap maupun rawat jalan, jika resep yang diterima oleh apoteker tidak jelas dan lengkap maka isi resep harus dikonfirmasi ulang ke dokter. Penulis resep (Katzung, 2004 dan Syamsuni, 2006).

2.3.2 Jenis-Jenis Resep

Resep terdiri dari 4 jenis, antara lain

- a. resep standar (R/. Officinalis), yaitu resep yang komposisinya telah dibakukan dan dituangkan ke dalam buku farmakope atau buku standar lainnya
- b. resep magistrales (R/. Poliklinik farmasi), yaitu resep yang sudah dimodifikasi atau diformat oleh dokter, bisa berupa campuran atau tunggal yang diencerkan dalam pelayanannya harus diracik.
- c. resep medicinal, yaitu resep obat jadi, bisa berupa obat paten, merek dagang maupun generik, dalam pelayanannya tidak mengalami peracikan
- d. resep obat generik, yaitu penulisan resep obat dengan nama generik dalam bentuk sediaan dan jumlah tertentu. Dalam pelayanannya, dapat mengalami peracikan atau tidak (Jas, 2009).

2.3.3 Penulisan Resep

Penulisan resep artinya pengaplikasian pengetahuan dokter dalam memberikan obat kepada pasien melalui kertas resep menurut kaedah dan peraturan yang berlaku, diajukan secara tertulis kepada apoteker di apotek agar obat diberikan sesuai dengan yang tertulis. Pihak apotek terutama apoteker berkewajiban melayani secara cermat, memberi informasi terutama menyangkut penggunaan dan mengoreksinya bila terjadi kesalahan dalam penulisan. Dengan demikian pemberian obat lebih rasional yang artinya tepat, aman, efektif dan ekonomis (Jas, 2009).

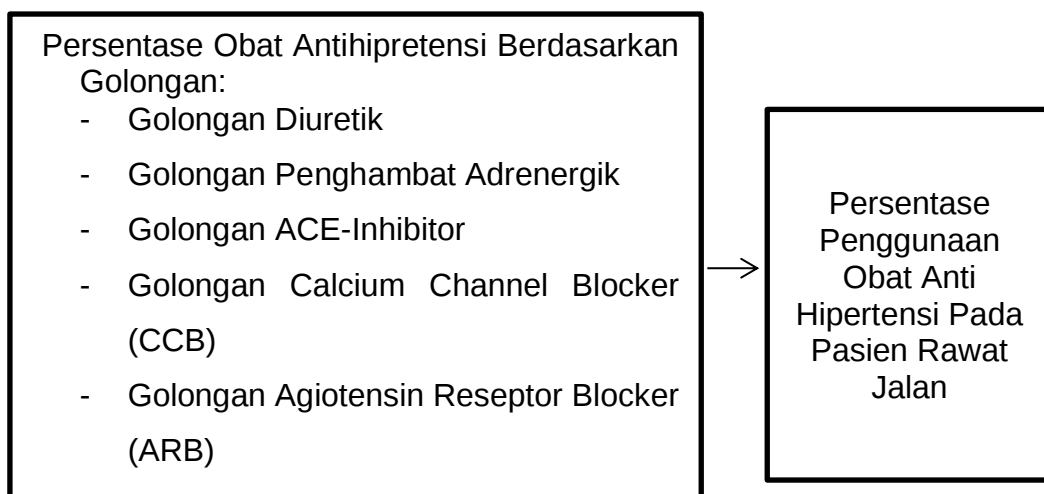
2.4 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

BPJS adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS kesehatan mulai operasional pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Yang dimaksud dengan BPJS kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan

sedangkan BPJS ketenagakerjaan adalah merupakan program public yang memberikan perlindungan bagi tenaga kerja untuk mengatasi resiko sosial ekonomi tertentu dan penyelenggaraanya menggunakan mekanisme asuransi sosial.

2.5 Kerangka Konsep

Variabel Bebas



2.6 Defenisi Operasional

1. Antihipertensi adalah obat yang digunakan untuk pengobatan hipertensi berdasarkan resep yang masuk di apotek rawat jalan Rumah Sakit Umum Daerah Tarutung
2. Usia adalah pengguna antihipertensi yang dibagi berdasarkan usia pasien. Bayi dan anak: 0-14 tahun, dewasa: 15-49 tahun, orang tua: ≥ 50tahun.
3. Golongan adalah golongan obat hipertensi menurut mekanisme kerja obat yaitu diuretik, Penghambat Adrenergik, ACE-Inhibitor, Calcium Channel Blocker (CCB), Angiotensin Reseptor Blocker (ARB).
4. Kelas terapi obat lain adalah kelas terapi obat selain obat hipertensi yang diresepkan bersamaan dengan obat hipertensi yang diminum secara oral, seperti obat saluran cerna, obat yang mempengaruhi darah, antidiabetik, multivitamin, antikolesterol dan lain-lain.

2.7 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah yaitu:

1. *Editing*

Menurut Supardi Sudibyo, Surahman 2014, *Editing* adalah pemeriksaan atau koreksi data kembali kelengkapan jawaban responden pada kuesioner yang mencakup kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, relevansi, dan konsistensi jawaban dan sebagainya. Pengeditan dilakukan karena kemungkinan data yang masuk (*raw data*) tidak memenuhi syarat atau tidak sesuai dengan kebutuhan. Kesalahan data dapat dihilangkan dengan cara membuang kuesioner yang berisi data tidak memenuhi syarat untuk dianalisis.

Editing dilakukan untuk memperoleh data yang baik agar didapatkan informasi yang benar.

2. *Coding*

Menurut Supardi Sudibyo, Surahman 2014, *Coding* adalah kegiatan merubah data berbentuk huruf pada sumber data menjadi bentuk angka dalam upaya memudahkan pengolahan/ analisis.

3. *Data File*

Data file adalah pembuatan program pengumpul dengan komputer (Supardi, S., dan Surahman, 2014).

4. *Entri Data*

Entri Data adalah proses pencatatan (pengetikan) data dari sumber data dalam format pengumpul data atau program pengolah data (Supardi, S., dan Surahman, 2014).

5. *Cleaning data*

Cleaning data adalah pemeriksaan kembali data hasil entri data pada program pengolah data agar terhindar dari ketidaksesuaian antara data pada program pengolah dan sumber data (Supardi, S., dan Surahman, 2014).

6. *Tabulasi*

Tabulasi adalah mengelompokkan data tersebut ke dalam suatu label tertentu menurut sifat-sifat yang dimilikinya, sesuai dengan tujuan penelitian (Saepudin, M., 2011).