

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Menurut standar adalah *Eighth Joint National Committee* (JNC VIII). hipertensi adalah masalah kesehatan jangka panjang yang ditandai dengan tekanan darah tinggi secara konsisten, dengan tekanan sistolik mencapai 140 mmHg atau lebih tinggi dan tekanan diastolik mencapai 90 mmHg atau lebih tinggi. Ketika jantung berkontraksi untuk memompa darah, tekanan tersebut dikenal sebagai tekanan sistolik. Ketika jantung rileks, tekanan tersebut dikenal sebagai tekanan diastolik, dan kedua komponen tersebut digunakan untuk mengukur tekanan darah. Ketika darah dipompa ke seluruh tubuh dengan upaya yang meningkat dari jantung, kondisi yang dikenal sebagai hipertensi berkembang. Beberapa faktor dapat berkontribusi pada penyakit ini, termasuk usia lanjut, kelebihan berat badan, mengonsumsi terlalu banyak garam, mengalami stres, dan kurang berolahraga. Mata, ginjal, jantung, dan otak seseorang semuanya berisiko mengalami kerusakan terkait hipertensi jika kondisi tersebut tidak dikelola.

Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2021, hipertensi bertanggung jawab atas lebih dari 7,5 juta kematian per tahun di seluruh dunia. Istilah umum untuk kondisi ini adalah "penyakit tanpa gejala" karena, sampai konsekuensi besar muncul, biasanya tidak ada gejala yang terlihat. (Wulandari & Cusmari, 2024).

2. Klasifikasi hipertensi

Hipertensi dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat tekanan darah serta faktor-faktor yang menyebabkannya. Salah satu pedoman yang banyak digunakan dalam pengelompokan tekanan darah adalah *Eighth Joint National Committee* (JNC VIII). Standar ini menetapkan bahwa pembacaan tekanan darah sistolik dan diastolik harus digunakan untuk mengkategorikan tingkat tekanan darah pasien.

Tekanan darah yang sangat tinggi yang mampu atau telah merusak beberapa organ merupakan ciri khas krisis hipertensi, suatu penyakit medis. Gangguan ini bermanifestasi sebagai akibat dari perubahan pada pembuluh darah, yang menjadi sangat rentan. Ketika tekanan darah mencapai atau melebihi 180/120 mmHg, hal itu dianggap sebagai keadaan darurat atau urgensi hipertensi. Hipertensi masih

dapat diatur jika peningkatan tekanan darah tidak berlanjut atau merusak organ apa pun. Tekanan darah dapat diturunkan dalam beberapa jam hingga beberapa hari dengan obat antihipertensi, yang sering diindikasikan untuk hipertensi stadium 1 (Fauzan, 2019).

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VIII

Kategori Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertensi	120–139	80–89
Hipertensi Derajat 1	140–159	90–99
Hipertensi Derajat 2	≥ 160	≥ 100
Krisis Hipertensi	≥ 180	≥ 120

3. Patofisiologi Hipertensi

Mekanisme pengaturan kontraksi dan relaksasi pembuluh darah dikendalikan oleh pusat vasomotor yang berada di medula otak. Dari pusat ini, jalur saraf simpatis bermula dan berjalan ke bawah menuju korda spinalis, kemudian keluar melalui kolumna medula spinalis menuju ganglia simpatis di daerah toraks dan abdomen. Rangsangan dari pusat vasomotor disalurkan dalam bentuk impuls saraf yang diteruskan melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada tahap ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin yang menstimulasi serabut saraf pascaganglion menuju pembuluh darah. Pelepasan norepinefrin pada pembuluh darah tersebut menyebabkan terjadinya vasokonstriksi. Respons pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti kecemasan dan rasa takut. Penderita hipertensi diketahui sangat peka terhadap norepinefrin, meskipun mekanisme pasti yang mendasarinya belum sepenuhnya dipahami.

Secara bersamaan, ketika sistem saraf simpatis mengaktivasi pembuluh darah akibat rangsangan emosional, kelenjar adrenal juga ikut terstimulasi sehingga meningkatkan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal menghasilkan epinefrin yang berperan dalam menyebabkan vasokonstriksi, sedangkan korteks adrenal

mensekresikan kortisol dan hormon steroid lainnya yang dapat memperkuat respons vasokonstriktor pada pembuluh darah. Vasokonstriksi yang terjadi akan menurunkan aliran darah ke ginjal sehingga memicu pelepasan renin.

Renin yang dilepaskan selanjutnya merangsang pembentukan angiotensin I, yang kemudian dikonversi menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor yang sangat kuat. Angiotensin II akan merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon aldosteron menyebabkan retensi natrium dan air di tubulus ginjal, sehingga meningkatkan volume intravaskular. Keseluruhan mekanisme tersebut berkontribusi terhadap terjadinya hipertensi (Aspiani, 2016).

4. Tanda dan Gejala Hipertensi

Hipertensi primer atau *esensial* merupakan jenis hipertensi yang penyebab pastinya belum diketahui. Berbeda dengan hipertensi sekunder, kondisi ini memiliki penyebab yang jelas dan dapat diidentifikasi (Nindy, 2015; Damayanti, 2013).

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), mengukur tekanan darah pasien adalah cara terbaik untuk mengidentifikasi hipertensi (WHO, 2023). Konsekuensi serius termasuk penyakit jantung, stroke, dan gagal ginjal dapat berkembang akibat hipertensi yang tidak diobati.

Banyak gejala yang dapat dialami oleh individu yang tekanan darahnya sangat tinggi, seringkali 180/120 mmHg atau lebih, seperti:

- a. Sakit kepala berat
- b. Nyeri pada dada
- c. Rasa pusing
- d. Kesulitan bernapas
- e. Mual
- f. Muntah
- g. Penglihatan kabur atau gangguan penglihatan lainnya
- h. Rasa cemas
- i. Kebingungan
- j. Telinga berdenging
- k. Mimisan
- l. Denyut atau irama jantung yang tidak normal

5. Faktor Risiko Hipertensi

Menurut Falo, Ludiana, dan Ayubana (2023), terdapat dua jenis utama faktor risiko hipertensi: faktor risiko yang tidak dapat diubah dan faktor risiko yang dapat diubah.

a. Faktor Risiko yang Tidak Dapat Diubah

1) Jenis kelamin

Hipertensi dapat dialami baik oleh laki-laki maupun perempuan. Pada perempuan sebelum memasuki masa menopause, hormon estrogen berperan dalam memberikan perlindungan terhadap penyakit kardiovaskular. Namun, setelah menopause, kadar hormon estrogen menurun sehingga risiko perempuan untuk mengalami hipertensi menjadi lebih tinggi.

2) Usia

Risiko seseorang terkena hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia. Tekanan darah meningkat sebagai akibat dari perubahan fisiologis yang disebabkan oleh usia, seperti berkurangnya *fleksibilitas* pembuluh darah dan resistensi vaskular perifer yang lebih tinggi.

3) Riwayat keluarga (genetik)

Perkembangan hipertensi sangat dipengaruhi oleh faktor genetik. Hipertensi lebih umum terjadi pada mereka yang memiliki riwayat pribadi atau keluarga penyakit ini daripada pada mereka yang tidak memilikinya..

b. Faktor Risiko yang Dapat Diubah

1) Obesitas

Obesitas, terutama lemak di sekitar perut, merupakan faktor risiko tekanan darah tinggi. Tekanan darah dapat meningkat karena penumpukan lemak yang disebabkan oleh asupan kalori yang tidak seimbang.

2) Merokok

Nikotin yang terkandung dalam rokok dapat menyebabkan vasokonstriksi serta merangsang pelepasan hormon epinefrin, sehingga berujung pada peningkatan tekanan darah.

3) Asupan Garam Berlebihan

Tekanan darah tinggi sangat terkait dengan diet tinggi garam. Asupan garam harian 1.500 miligram atau kurang disarankan oleh program DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*).

4) Stres

Aktivasi sistem saraf simpatik, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah sementara dan jangka panjang, dapat terjadi sebagai akibat dari stres kronis.

5) Kurangnya Aktivitas Fisik

Risiko hipertensi semakin meningkat dengan gaya hidup yang kurang aktif. Mempertahankan fleksibilitas pembuluh darah, mengontrol berat badan, dan tekanan darah dapat dicapai dengan olahraga teratur. Pencegahan hipertensi paling baik dilakukan dengan menjaga gaya hidup sehat dengan berolahraga secara teratur, mengonsumsi makanan seimbang, dan tidak merokok.

6. Penatalaksanaan Hipertensi

Tujuan utama mengidentifikasi dan mengendalikan hipertensi adalah untuk menurunkan kemungkinan penyakit kardiovaskular serta angka kematian dan kesakitan yang menyertainya. Mengelola hipertensi mencakup menurunkan faktor risiko dan menjaga tekanan darah di bawah 140/90 mm Hg. Tujuan ini dapat dicapai melalui perubahan gaya hidup, dengan atau tanpa penggunaan obat antihipertensi (Aspiani, 2016).

Perubahan pola makan, seperti diet rendah garam, tinggi kalium, kaya buah dan sayuran, dan rendah kolesterol, adalah contoh terapi non-farmakologis untuk faktor risiko hipertensi. Selain itu, telah ditunjukkan bahwa mengurangi berat badan pada orang obesitas efektif menurunkan tekanan darah. Mempertahankan rutinitas olahraga teratur baik itu berjalan kaki, jogging, berenang, atau bersepeda juga membantu jantung. Untuk meminimalkan konsekuensi jangka panjang hipertensi, sangat penting untuk melakukan penyesuaian gaya hidup seperti tidak merokok dan tidak minum alkohol (Aspiani, 2016).

7. Pencegahan Hipertensi

Berikut adalah upaya pencegahan hipertensi yang dapat diterapkan (Kemenkes RI, 2019):

a. Pembatasan Konsumsi Garam

Pasien hipertensi dapat memperoleh manfaat dari diet rendah natrium dengan mengurangi penumpukan garam dan cairan di jaringan mereka, yang pada gilirannya menurunkan tekanan darah. Kurangi konsumsi garam setiap hari jika Anda menderita hipertensi. Batasi asupan garam harian Anda tidak lebih dari 5 gram, yang kurang dari 2 gram natrium, menurut *World Health Organization (WHO)*.

- b. Hilangkan atau kurangi asupan makanan yang kaya kolesterol, termasuk kuning telur, jeroan, margarin, dan banyak lainnya.
- c. Kurangi kebiasaan merokok secara perlahan hingga akhirnya dapat berhenti merokok sepenuhnya.
- d. Hindari konsumsi minuman beralkohol secara berlebihan.
- e. Lakukan olahraga secara teratur dan aktivitas fisik lainnya. Tubuh memperoleh berbagai manfaat dari olahraga dan kegiatan fisik. Usahakan untuk melakukan aktivitas fisik minimal 10-15 menit setiap hari.
- f. Praktikkan metode-metode relaksasi untuk mengatasi stres, dan diskusikan permasalahan yang dihadapi dengan keluarga, teman, atau orang terdekat.

8. Pengobatan Farmakologis Hipertensi

Terapi hipertensi bertujuan untuk menurunkan tekanan darah ke kisaran normal. Baik metode farmakologis maupun non-farmakologis tersedia untuk pengobatan hipertensi. Dalam pengobatan farmakologis, pasien mengonsumsi obat hipertensi, sedangkan dalam terapi non-farmakologis, pasien fokus pada peningkatan pilihan gaya hidup mereka. Kombinasi antara kedua metode tersebut dapat diterapkan untuk memperoleh hasil pengobatan yang optimal, tentunya berdasarkan rekomendasi tenaga kesehatan (Nur Indah Sari & Yanita, 2017).

Beberapa golongan obat antihipertensi yang umum diresepkan oleh dokter antara lain:

a. Diuretik

Obat diuretik bekerja dengan membantu ginjal mengeluarkan kelebihan garam dan cairan melalui urin. Ketika cairan dalam tubuh berkurang, jantung harus memompa lebih sedikit darah, yang menurunkan tekanan

darah. Dua contoh diuretik yang sering diresepkan termasuk hidroklorotiazid dan klortalidon (Yanita, 2017).

Pil air adalah nama lain untuk diuretik, yang efektif dalam menghilangkan kelebihan cairan dan garam serta kalium dan elektrolit vital lainnya. Akibatnya, diuretik yang dapat meningkatkan produksi urin tanpa menurunkan kadar kalium sering diresepkan oleh dokter.

Tabel 2. Obat Golongan Diuretik

Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi (hari)	Sediaan
Hidroklorotiazid	12,5–25	1x	12,5; 25 mg
Klortalidon	12,5–25	1x	50 mg
Furosemid	20–80	2x	40 mg; inj 10 mg/ml
Spironolakton	25–100	1x	25; 100 mg

Sumber: Kemenkes RI (2019)

b. AngiotensinConvertingEnzyme(ACE)Inhibitor

ACE inhibitor berfungsi menghambat pembentukan hormon angiotensin II yang berperan dalam penyempitan pembuluh darah. Penurunan tekanan darah dan pelebaran pembuluh darah adalah hasil dari penghambatan hormon ini. Obat-obatan seperti captopril dan ramipril adalah contoh dari kelas obat ini.

Tabel 3. Obat Golongan ACE-Inhibitor

Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi (hari)	Sediaan
Captopril	12,5–150	2–3x	12,5; 25; 50 mg
Lisinopril	10–40	1x	5; 10; 20 mg
Ramipril	2,5–40	1x	2,5; 10 mg
Imidapril	2,5–10	1x	5; 10 mg

Sumber: Kemenkes RI (2019)

c. BetaBlocker

Salah satu cara beta blocker menurunkan tekanan darah adalah dengan mengurangi kekuatan kontraksi jantung. Selain itu, obat ini membantu menurunkan tekanan darah dengan memperlambat detak jantung dan

mengurangi pelepasan renin ke dalam plasma. Beberapa contoh beta blocker meliputi timolol, bisoprolol, atenolol, dan metoprolol.

Tabel 4. Obat golongan Beta Bloker.

Obat	Dosis awal (mg/hari)	Dosis maksimal (mg/hari)	Frekuensi (hari)	Sediaan
Atenolol	25	100	1x	50; 100 mg
Bisoprolol	2,5	10	1x	2,5; 5; 10 mg
Metoprolol	50	200	1–2x	50; 100 mg; inj 1 mg/ml

Sumber: Kemenkes RI (2019)

d. Calcium Chanel Blocker (CCB)

Calcium channel blocker berfungsi Untuk mencegah ion kalsium masuk ke dalam sel-sel di jantung dan pembuluh darah, digunakan obat-obatan yang dikenal sebagai penghambat saluran kalsium. Tekanan darah menurun sebagai akibat dari relaksasi pembuluh darah dan peningkatan aliran darah yang disebabkan oleh hambatan ini. Nifedipin ,amlodipine, nikardipin, verapamil, diltiazem adalah contoh obat dalam kelas ini.

Tabel 5. Obat Golongan CCB.

Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi (hari)	Sediaan
Nifedipin	30–90	1x	10; 20; 30 mg
Amlodipin	2,5–10	1x	5; 10 mg
Nikardipin	10–30	3–4x	20; 30 mg; inj 1 mg/ml
Verapamil	120–480	1–2x	40; 80; 120; 240 mg; amp 2,5 mg/ml
Diltiazem	180–360	2x	30; 60; 100; 200 mg; inj 5 mg/ml

Sumber: Kemenkes RI (2019)

e. Angiotensin Receptor Blockers

Pada angiotensin II dihasilkan dua jalur enzimatik yaitu, Sistem *renin angiotensin aldosteron* (RAAS) yang melibatkan ACEi dan jalur alternatif. ACE inhibitor hanya menghambat pembentukan angiotensin II melalui jalur *Sistem renin angiotensin aldosteron* (RAAS), sedangkan ARB menghambat angiotensin II dari semua jalur. Terapi penghambatan angiotensin reseptor II secara langsung akan memblokir reseptor AT1 yang memediasi efek yang diketahui angiotensin II pada manusia seperti, vasokonstriksi, pelepasan aldosteron, aktivasi simpatis, pelepasan hormon antidiuretik, dan penyempitan arteriol eferen glomerulus. ARB tidak menghalangi reseptor AT2. Sehingga akan memberi efek yang menguntungkan dari stimulasi reseptor AT2 tetap utuh ketika penggunaan ARB, Contoh obat dari golongan ini adalah telmisartan, valsartan, irbesartan, dan candesartan (Kemenkes, 2013).

Tabel 6. Obat Golongan ARB

Obat	Dosis (mg/hari)	Frekuensi (hari)	Sediaan
Valsartan	80–320	1x	40; 80; 160 mg
Irbesartan	150–300	1x	75; 150; 300 mg
Telmisartan	20–80	1x	20; 40; 80 mg
Candesartan	8–32	1x	4; 8; 16 mg

Sumber: Kemenkes RI (2019)

9. Pengobatan Nonfarmakologis Hipertensi

Menurunkan berat badan, beralih ke diet rendah lemak, mengurangi kopi dan alkohol, menjalani gaya hidup yang lebih sehat, mengurangi garam, berhenti merokok, dan mempelajari metode relaksasi adalah beberapa cara untuk mengendalikan hipertensi tanpa obat (Joyce BM et al., 2014 dalam Ainurrafiq et al., 2019).

B. Ketepatan Penggunaan Obat Hipertensi Berdasarkan JNC VIII

Evaluasi ketepatan penggunaan obat antihipertensi merupakan salah satu upaya penting dalam menjamin terapi yang aman, efektif, dan rasional bagi pasien

hipertensi. Pedoman internasional untuk pengobatan hipertensi berdasarkan bukti digunakan sebagai referensi dalam tinjauan ini, yaitu rekomendasi Komite Nasional Gabungan Kedelapan (JNC VIII) tahun 2014. Empat faktor utama untuk mengevaluasi penggunaan obat antihipertensi yang tepat adalah: indikasi, pasien, obat, dan dosis.

Tabel 7. Dosis Obat Antihipertensi menurut JNC VIII (2014)

Obat anti hipertensi	Dosis awal harian	Dosis target dalam RCT yang ditinjau	Frekuensi (hari)
ACE inhibitors			
Captopril	50	150–200	2
Enalapril	5	20	1–2
Lisinopril	10	40	1
Angiotensin receptor blockers			
Eprosartan	400	600–800	1–2
Candesartan	4	12–32	1
Losartan	50	100	1–2
Valsartan	40–80	160–320	1
Irbesartan	75	300	1
β -Blockers			
Atenolol	25–50	100	1
Metoprolol	50	100–200	1–2
Calcium channel blockers			
Amlodipine	2.5	10	1
Diltiazem extended release	120–180	360	1
Nitrendipine	10	20	1–2
Thiazide-type diuretics			
Bendroflumethiazide	5	10	1
Chlorthalidone	12.5	12.5–25	1
Hydrochlorothiazide	12.5–25	25–100	1–2
Indapamide	1.25	1.25–2.5	1

C. Rasionalitas

Menurut *World Health Organization* (WHO),), ketika pasien mendapatkan pengobatan yang wajar dalam hal biaya, durasi, dosis, dan kebutuhan klinis—yaitu, ketika harga wajar relatif terhadap populasi umum—maka kita menggunakan obat secara rasional. Menurut WHO, lebih dari 50% obat-obatan di dunia diberikan, dipasarkan, atau direkomendasikan secara tidak tepat. Penggunaan obat secara

rasional menjamin pasien mendapatkan terapi yang efektif, cukup lama, dan tidak menguras kantong (Sa'idah et al., 2019).

a. Tepat Indikasi

Evaluasi ketepatan indikasi dilihat dari perlu tidaknya pasien diberi obat tersebut. Ketepatan untuk memutuskan pemberian obat harus benar-benar didasarkan pada alasan medis dan terapi farmakologis yang dibutuhkan oleh pasien (Untari et al., 2018).

b. Tepat Pasien

Ketepatan pasien ialah ketepatan pemilihan obat yang memperlihatkan keadaan pasien sehingga tidak menimbulkan kontraindikasi kepada pasien secara individu. Hal ini dikarenakan respon tiap-tiap individu terhadap efek obat sangatlah beragam (Sa'idah et al., 2019).

c. Tepat Obat

Setelah diagnosis yang akurat diperoleh, pemilihan obat dapat dilakukan. Pemberian obat yang benar melibatkan penimbangan potensi keuntungan dan bahaya dari berbagai jenis obat. Saat menentukan apakah pasien menerima obat yang tepat, penting untuk mempertimbangkan gejala pasien dan diagnosis resmi (Untari et al., 2018).

d. Tepat Dosis

Rute pemberian, dosis, dan frekuensi pemberian adalah tiga penentu dosis optimal. Risiko efek samping yang signifikan terkait dengan dosis berlebihan, terutama untuk obat-obatan yang memiliki indeks terapeutik terbatas. Demikian pula, mendapatkan efek farmakologis yang diinginkan pada dosis yang tepat tidak selalu mungkin dengan jumlah sekecil mungkin (Sa'idah et al., 2019).

D. Resep

Resep adalah permintaan tertulis yang dikeluarkan oleh dokter atau dokter gigi kepada apoteker, baik dalam bentuk cetakan maupun elektronik, yang bertujuan untuk menyiapkan serta menyerahkan obat kepada pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Kementerian Kesehatan, 2016). Pasien berhak mendapatkan salinan resep

mereka, tetapi resep asli tidak dapat dikembalikan setelah obat diberikan. Hanya dokter atau dokter gigi yang meresepkan, pasien, tenaga profesional yang berwenang melakukan pemeriksaan, dan organisasi atau yayasan yang membayar tagihan medis pasien yang diizinkan untuk melihat resep asli, yang harus disimpan di apotek.

Penulisan resep diawali dengan simbol “R/” yang berasal dari kata *recipe* yang bermakna “ambillah”. Setelah simbol tersebut, biasanya dicantumkan nama obat beserta jumlah yang diresepkan. Pada umumnya, resep ditulis menggunakan bahasa Latin. Apabila dalam penulisan resep terdapat ketidakjelasan atau kelengkapan informasi yang meragukan, apoteker berkewajiban untuk melakukan klarifikasi secara langsung kepada dokter yang menerbitkan resep tersebut.

E. Rumah Sakit

1. Definisi Rumah Sakit

Pasal 1 huruf 1 UU no 44 tentang 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”.

2. Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang

Rumah Sakit Umum Sidikalang, satu-satunya rumah sakit umum di Kabupaten Dairi, berasal dari masa kolonial Belanda. Tujuan awalnya adalah untuk menampung tawanan militer Belanda, tetapi akhirnya diperluas untuk melayani masyarakat umum setelah dipindahkan dari lokasi aslinya di Jl. Rumah Sakit Lama.

Fasilitas ini tetap menjadi Rumah Sakit Umum Kelas D hingga tahun 1993 ketika pemerintah mengambil alih kendali setelah kemerdekaan. Dimulai dengan pendirian poliklinik, rencana dibuat pada tahun 1982 untuk memindahkan Rumah Sakit Umum Sidikalang ke lokasi seluas 2,1 hektar di Jl. Rumah Sakit No. 19. Pembangunan rumah sakit baru selesai pada tahun 1983, dan Gubernur Sumatera Utara secara resmi meresmikannya pada tanggal 5 September 1983.

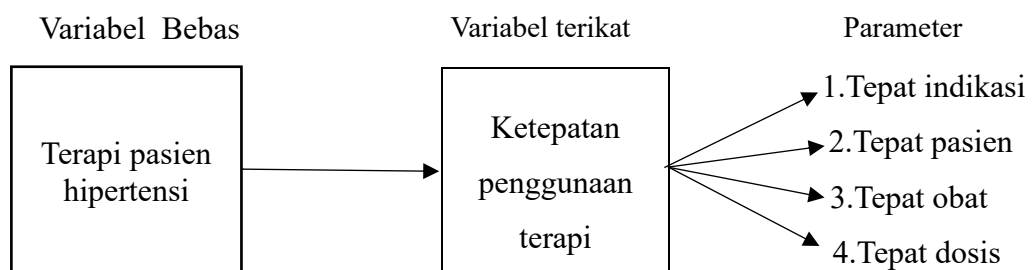
Patologi klinis dan THT (Telinga, Hidung, dan Tenggorokan) ditambahkan ke daftar layanan khusus pada tahun 2008, bergabung dengan empat layanan yang

sudah ada sebelumnya. Rumah sakit ini telah berkembang dan dimodernisasi selama bertahun-tahun. Pengembangan berbagai standar untuk fasilitas dan layanan sedang berlangsung dengan tujuan untuk memastikan kualitas yang tinggi.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia menetapkan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang (RSUD Sidikalang) menerima akreditasi penuh untuk lima kegiatan pelayanan dasar pada tanggal 19 Januari 2009, dari Komite Akreditasi Rumah Sakit KARS: Pelayanan Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Keperawatan, Pelayanan Gawat Darurat, dan Rekam Medis.

Selain poliklinik umum, poliklinik gigi, poliklinik bedah, poliklinik anak, dan poliklinik kebidanan dan ginekologi, RSUD Sidikalang juga memiliki fasilitas lain yang membantu pengobatan. Selain perawatan primer, Rumah Sakit Umum Daerah Sidikalang menyediakan layanan tambahan seperti unit nutrisi, pengujian laboratorium, pencitraan, elektrokardiogram, treadmill, endoskopi, dan farmasi. Kebidanan & ginekologi dan bedah umum merupakan layanan bedah yang vital. Rumah Sakit Daerah Sidikalang memiliki poliklinik serta banyak ruang rawat inap yang didedikasikan untuk berbagai spesialisasi medis, termasuk penyakit dalam, pediatri, bedah, kebidanan dan ginekologi, dan perawatan VIP.

F. Kerangka Konsep



Gambar 1 kerangka konsep

G.Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Jenis kelamin	Karakteristik biologis pasien berdasarkan perbedaan anatomi dan fisiologi antara laki-laki dan perempuan.	Rekam medis	Laki-laki Perempuan	Nominal
2	Usia	Usia pasien berdasarkan rentang umur untuk melihat kecenderungan penggunaan obat antihipertensi.	Rekam medis	17-25 tahun (remaja) 26-35 tahun (dewasa awal) 36-45 tahun (dewasa akhir) 46-55 tahun (lansia awal) 56-65 tahun (lansia akhir) >65 tahun (manula)	Nominal
3	Pekerjaan	Jenis aktivitas atau kegiatan yang dilakukan pasien sehari-hari sebagai sumber penghasilan atau kesibukan utama.	Rekam medis	Tidak Bekerja/IRT PNS/Pegawai Swasta Petani/Nelayan/Buruh	Nominal
4	Tepat indikasi	Kesesuaian pemberian obat antihipertensi dengan diagnosis yang ditegakkan dokter.	Rekam medis	Tepat indikasi (obat sesuai diagnosis) Tidak tepat indikasi (obat tidak sesuai diagnosis)	• Tepat • Tidak tepat
5	Tepat obat	Kesesuaian pemilihan obat antihipertensi berdasarkan standar terapi JNC VIII.	Rekam medis	Tepat obat (sesuai standar JNC VIII) Tidak tepat obat (tidak sesuai standar JNC VIII)	• Tepat • Tidak tepat
6	Tepat dosis	Kesesuaian dosis dan frekuensi pemberian obat antihipertensi berdasarkan standar terapi.	Rekam medis	Tepat dosis (sesuai standar JNC VIII) Tidak tepat dosis (tidak sesuai standar JNC VIII)	• Tepat • Tidak tepat
7	Tepat pasien	Kesesuaian pemberian obat antihipertensi berdasarkan kondisi pasien seperti kontraindikasi dan riwayat alergi.	Rekam medis	Tepat pasien (tidak terdapat kontraindikasi) Tidak tepat pasien (terdapat kontraindikasi)	• Tepat • Tidak tepat