

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Definisi Hipertensi

Hipertensi adalah kenaikan tekanan darah arteri melebihi normal dan kenaikan bertahan. Tekanan darah kurang dari 120/80 mmHg didefinisikan normal. Tekanan darah tinggi biasanya terjadi kenaikan tekanan sistolik dan diastolik. Hipertensi biasanya terjadi pada tekanan darah 140/90 mmHg atau keatas, diukur di kedua lengan selama tiga kali dalam jangka beberapa minggu (Rahmawati, 2010). Hipertensi merupakan suatu penyakit dengan prevalensi yang meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang, dari 90% usia dewasa dengan tekanan darah normal akan berkembang menjadi hipertensi tingkat 1 (Stockslager dan Schaeffer, 2008)

Hipertensi merupakan salah satu faktor resiko utama untuk penyakit jantung koroner, kejadian stroke, gagal ginjal kronik dan gagal jantung kongesif (Supari, 2003). Menurut pengamatan WHO selama 10 tahun terakhir, terlihat bahwa jumlah penderita hipertensi yang dirawat di berbagai Rumah Sakit di Semarang meningkat lebih dari 10 kali lipat (Kodim, 2001).

Gejala yang sering ditemukan pada peninggian tekanan darah adalah sakit kepala, epistaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang, dan pusing (Mansjoer dkk, 2001). Gagal jantung, karena jantung bekerja lebih keras sehingga otot jantung membesar.

Berkembangnya plak lemak dalam dinding pembuluh darah (*atherosclerosis*) dan plak garam (*arteriosclerosis*) yang menyebabkan sumbatan aliran darah, sehingga meningkatkan potensi kebocoran pembuluh darah. Sumbatan di pembuluh nadi leher dapat menyebabkan berkurangnya suplai oksigen ke sel-sel otak, sehingga dapat menimbulkan matinya sel saraf otak (*stroke iskemik*). Pecahnya pembuluh darah kapiler di otak dapat menyebabkan pendarahan, sehingga sel-sel saraf dapat mati. Penyakit ini disebut stroke hemoragik (stroke pendarahan), dan sering menimbulkan kematian mendadak (Muhammadun, 2010).

Hipertensi disebabkan oleh peningkatan resistensi perifer total karena penyempitan arteri kecil. Perubahan tekanan darah diatur oleh *reflex baroreseptor*, sedangkan jalur *renin-angiotensin-aldosteron* untuk mengontrol garam, cairan, dan tekanan darah (Thomas, 2003). Tekanan darah meningkat ketika terjadi tekanan sistolik > 140 mmHg dan diastolik > 90 mmHg.

Tujuan pengobatan hipertensi adalah untuk mencegah terjadinya morbiditas dan mortalitas akibat tekanan darah tinggi dengan menurunkan tekanan darah serendah mungkin sampai tidak mengganggu fungsi ginjal, otak, jantung, maupun kualitas hidup, sambil dilakukan pengendalian faktor - faktor resiko kardiovaskuler lainnya (Setiawati dan Bustami, 1995).

Ketika membuat penggunaan obat antihipertensi yang rasional, tempat dan mekanisme kerjanya harus dimengerti (Isselbacher dkk, 2000). Pengobatan hipertensi umumnya tidak hanya menggunakan antihipertensi seperti *Angiotensin Receptor Blockers* (ARB) dan *Calcium channel Blockers* (CCB) melainkan

dikombinasi diuretik (Hardman dan Limbird, 2008). Diuretik yang dikombinasikan dengan antihipertensi ialah *Diuretic Tiazid*. Pasien yang mengalami vertigo dapat diberikan antikolinergik dan antidopaminergik dengan peresepan yang paling banyak ditemukan adalah antihistamin, dimenhidrinat (Wahyudi, 2012).

2. Golongan Obat Antihipertensi

Macam-macam golongan Obat Antihipertensi: *Diuretik*, yang bekerja untuk membuang kelebihan garam dan cairan tubuh melalui urine, contohnya adalah hydrochlorothiazide; *Antagonis Kalsium*, yang berperan menurunkan tekanan darah dengan melebarkan pembuluh darah, contohnya adalah obat Amlodipine dan Nifedipin; *Beta Blocker*, yang berfungsi menurunkan tekanan darah dengan melebarkan pembuluh dan memperlambat detak jantung, contohnya Atenolol dan Bisoprolol; *ACE inhibitor*, yang berperan menurunkan tekanan darah dengan cara membuat dinding pembuluh darah lebih rileks, contohnya adalah Captopril dan Ramipril; *Angiotensin-2 Receptor Blocker (ARB)* berfungsi hampir sama dengan ACE inhibitor yaitu membuat dinding pembuluh darah menjadi rileks sehingga kedua obat tersebut tidak boleh diberikan secara bersamaan, contohnya adalah Losartan dan Valsartan; dan Penghambat Renin, yang berfungsi untuk menghambat kerja renin, yaitu enzim yang dihasilkan ginjal dan berfungsi menaikkan tekanan darah, contohnya adalah Aliskiren.

3. Tatalaksana Hipertensi

3.1. Non farmakologis. Menjalani pola hidup sehat sudah banyak terbukti dapat menurunkan tekanan darah, dan secara umum sangat menguntungkan dalam menurunkan risiko permasalahan kardiovaskular. Pada pasien yang menderita hipertensi derajat 1, tanpa factor risiko kardiovaskular lain, maka strategi pola hidup sehat merupakan tatalaksana tahap awal, yang harus dijalani setidaknya selama 4 – 6 bulan. Bila setelah jangka waktu tersebut, tidak didapatkan penurunan tekanan darah yang diharapkan atau didapatkan factor risiko kardiovaskular yang lain, maka sangat dianjurkan untuk memulai terapi farmakologi.

Beberapa pola hidup sehat yang dianjurkan oleh banyak guideline adalah: penurunan berat badan. Mengganti makanan tidak sehat dengan memperbanyak asupan sayuran dan buah-buahan dapat memberikan manfaat yang lebih selain penurunan tekanan darah, seperti menghindari diabetes dan dyslipidemia.

Mengurangi asupan garam. Di Negara kita, makanan tinggi garam dan lemak merupakan makanan tradisional pada kebanyakan daerah tidak jarang pula pasien tidak menyadari kandungan garam pada makanan cepat saji, makanan kaleng, daging olahan dan lainnya. Tidak jarang diet rendah garam ini juga bermanfaat untuk mengurangi dosis obat antihipertensi pada pasien hipertensi derajat 2. Dianjurkan untuk asupan garam tidak melebihi 2 gr tiap hari.

Olah raga. Olah raga yang dilakukan secara teratur sebanyak 30 -60 menit tiap hari, minimal 3 hari tiap minggu, dapat menolong penurunan tekanan darah. Terhadap pasien yang tidak memiliki waktu untuk berolahraga secara

khusus, sebaiknya harus tetap dianjurkan untuk berjalan kaki, mengendarai sepeda atau menaiki tangga dalam aktifitas rutin mereka di tempat kerjanya.

Mengurangi konsumsi alkohol. Walaupun konsumsi alkohol belum menjadi pola hidup yang umum dinegara kita namun konsumsi alkohol semakin hari semakin meningkat seiring dengan perkembangan pergaulan dan gaya hidup, terutama di kota besar. Konsumsi alkohol lebih dari 2 gelas per hari pada pria atau 1 gelas per hari pada wanita, dapat meningkatkan tekanan darah. Dengan demikian membatasi atau menghentikan konsumsi alkohol sangat membantu dalam penurunan tekanan darah.

Berhenti merokok. Walaupun hal ini sampai saat ini belum terbukti berefek langsung dapat menurunkan tekanan darah, tetapi merokok merupakan salah satu factor risiko utama penyakit kardiovaskular, dan pasien sebaiknya dianjurkan untuk berhenti merokok.

3.2. Terapi farmakologi. Secara umum, terapi farmakologi pada hipertensi dimulai bila pada pasien hipertensi derajat 1 yang tidak mengalami penurunan tekanan darah setelah > 6 bulan menjalani pola hidup sehat dan pada pasien dengan hipertensi derajat > 2. Beberapa prinsip dasar terapi farmakologi yang perlu diperhatikan untuk menjaga kepatuhan dan meminimalisasi efek samping yaitu: bila memungkinkan, berikan obat dosis tunggal. Berikan obat generic (non paten) bila sesuai dan dapat mengurangi biaya. Berikan obat pada pasien usia lanjut (di atas usia 80 tahun) seperti pada usia 55 – 80 tahun, dengan memperhatikan factor komorbid. Jangan mengkombinasikan *angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-i)* dengan *angiotensin ii receptor blockers*

ARBs). Berikan edukasi yang menyeluruh kepada pasien mengenai terapi farmakologi. Lakukan pemantauan efek samping obat secara teratur.

4. Analisis Penggunaan Obat

Kemenkes RI, 2011 penggunaan obat dikatakan rasional bila pasien menerima obat yang sesuai dengan kebutuhannya, untuk periode waktu yang kuat dan dengan harga yang paling murah untuk pasien dan masyarakat penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

4.1. Tepat Diagnosis. Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Diagnosis tidak ditegakkan dengan benar berakibat pada kekeliruan obat yang diberikan sehingga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

4.2. Tepat Indikasi Penyakit. Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Pemberian antibiotik hanya dianjurkan untuk pasien yang memberi gejala adanya infeksi bakteri.

4.3. Tepat Pemilihan Obat. Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

4.4. Tepat Dosis. Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit akan sangat beresiko timbulnya efek samping, sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

4.5. Tepat Cara Pemberian. Obat Antasida seharusnya dikunyah dulu baru ditelan, sedangkan antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu karena akan membentuk ikatan yang menyebabkan tidak dapat absorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

4.6. Tepat Interval Waktu Pemberian. Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah diataati oleh pasien, semakin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

Pasien patuh terhadap perintah pengobatan yang dibutuhkan, ketidaktaatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut: jenis dan atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak, frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering, jenis sediaan obat terlalu beragam, pemberian obat dalam jangka panjang tanpa informasi, pasien tidak mendapatkan informasi atau penjelasan yang cukup mengenai cara minum dan penggunaan obat. Timbulnya efek samping (misalnya ruam kulit dan nyeri lambung), atau efek ikutan yang menyebabkan urine menjadi merah karena minum rifampisin (Kemenkes RI, 2011).

Penggunaan obat yang rasional sangat diperlukan dengan alasan sebagai berikut (Kemenkes RI, 2011): dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pembelian obat; mempermudah masyarakat untuk memperoleh obat dengan harga terjangkau; dan dapat mencegah dampak dari penggunaan obat yang tidak tepat yang dapat membahayakan pasien.

Dampak negatif ketidakrasionalan penggunaan obat dapat meliputi:

a. Dampak pada mutu pengobatan dan pelayanan

Salah satu dampak penggunaan obat yang tidak rasional adalah peningkatan angka morbiditas dan mortalitas penyakit.

b. Dampak terhadap biaya pengobatan

Penggunaan obat tanpa indikasi yang jelas, atau pemberian obat untuk keadaan yang sama sekali tidak memerlukan terapi obat jelas merupakan pemborosan dan sangat membebani pasien. Peresepan obat yang mahal, padahal alternative obat yang lain dengan manfaat dan keamanan sama dengan harga lebih terjangkau telah tersedia.

c. Dampak terhadap kemungkinan efek samping dan efek lain yang tidak diharapkan

Dampak lain dari ketidakrasionalan penggunaan obat adalah meningkatkan resiko terjadinya efek samping serta efek lain yang tidak diharapkan, baik untuk pasien maupun masyarakat.

d. Dampak terhadap mutu ketersediaan obat

Sebagian besar dokter masih cenderung meresepkan antibiotika untuk keluhan batuk dan pilek. Akibatnya kebutuhan antibiotik menjadi sangat tinggi, padahal diketahui bahwa sebagian besar batuk pilek disebabkan oleh virus dan antibiotika tidak diperlukan. Dari praktek pengobatan tersebut tidaklah mengherankan apabila yang umumnya dikeluarkan oleh pasien adalah tidak cukupnya ketersediaan antibiotik. Akibatnya jika suatu saat ditemukan pasien yang benar-benar menderita infeksi bakteri, antibiotik yang dibutuhkan sudah tidak tersedia lagi. Yang terjadi selanjutnya adalah pasien terpaksa

diberikan antibiotik lain yang bukan pilihan utama obat pilihan (*drug of choice*) dari infeksi tersebut.

B. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi yang merupakan bagian dari integral organisasi kesehatan dan organisasi sosial dan berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap baik secara akuratif dan preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan medis serta perawatan. Rumah Sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan dan riset kesehatan (WHO, dikutip dari Rijadi, 1997).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Anonim, 2009).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Anonim, 2009).

Peraturan Menteri Kesehatan no 58 tentang standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit Tahun 2014 menjelaskan pengertian Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Anonim, 2014).

Menurut UU No.44 Tahun 2009 pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan untuk: Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan Rumah Sakit dan sumber daya manusia di Rumah Sakit; Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit; Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia Rumah Sakit dan Rumah Sakit.

Menurut Milton Roemer dan Fredman dalam bukunya *Doctors In Hospitals* fungsi Rumah Sakit adalah: Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapetiknya, Harus memiliki pelayanan rawat jalan, Rumah Sakit juga bertugas untuk melakukan pendidikan pelatihan, Rumah Sakit perlu melakukan penelitian dibidang kedokteran dan kesehatan, dan Bertanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya (Aditama, 2002).

Pelaksanaan tugas Rumah Sakit bertugas untuk menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis dan non medis pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta administrasi dan keuangan.

UU No. 44 tahun 2009 juga menjelaskan tentang tanggung jawab pemerintah dalam Pemerintah menjalankan Rumah Sakit, diantaranya adalah: Menyediakan Rumah Sakit berdasarkan kebutuhan masyarakat; Menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit bagi fakir miskin, atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; Membina dan

mengawasi penyelenggaraan Rumah Sakit; Memberikan perlindungan kepada Rumah Sakit agar dapat memberikan pelayanan kesehatan secara professional dan bertanggung jawab, memberikan perlindungan kepada masyarakat pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; Menggerakkan peran serta masyarakat dalam pendirian Rumah Sakit sesuai dengan jenis pelayanan yang dibutuhkan masyarakat; Menyediakan informasi kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat; Menjamin pembiayaan pelayanan kegawat daruratan di Rumah Sakit akibat bencana dan kejadian luar biasa; Menyediakan sumber daya manusia yang dibutuhkan; Mengatur pendistribusian dan penyebaran alat kesehatan berteknologi dan bernilai tinggi.

Rumah Sakit mempunyai klasifikasi untuk memudahkan mengetahui jenis pelayanan, organisasi, maupun identitas Rumah Sakit. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Berikut ini beberapa klasifikasi Rumah Sakit berdasarkan PERMENKES No.56 Tahun 2014, adalah:

1. Rumah Sakit Umum

1.1. Rumah Sakit Umum Kelas A. Rumah Sakit Umum kelas A adalah Rumah Sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) sub spesialis (Anomim, 2010). Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum Kelas A menurut PERMENKES No. 56 Tahun 2014 paling sedikit meliputi pelayanan medik dan pelayanan kefarmasian. Pelayanan medik terdiri dari: pelayanan gawat darurat; pelayanan medik spesialis dasar; pelayanan medik spesialis penunjang; pelayanan medik spesialis lain;

pelayanan medik sub spesialis; pelayanan medik spesialis gigi dan mulut. Sementara pelayanan kefarmasian Rumah Sakit harus mempunyai sumber daya manusia untuk menunjang kelancaran dalam pelayanan kefarmasian. Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas A terdiri atas: tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, tenaga nonkesehatan, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang nonklinik, pelayanan rawat inap.

1.2. Rumah Sakit Umum Kelas B. Rumah Sakit umum kelas B adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) sub spesialis dasar (Anonim, 2010). Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas B paling sedikit meliputi: pelayanan medik; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan penunjang klinik; pelayanan penunjang nonklinik; dan pelayanan rawat inap.

Pelayanan medik sebagaimana dimaksud dalam PERMENKES No. 56 Tahun 2014 terdiri dari: pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan medik spesialis penunjang, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik sub spesialis, pelayanan medik spesialis gigi dan mulut. Sementara pelayanan kefarmasian meliputi pengolahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik. Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas B terdiri atas tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan.

1.3. Rumah Sakit Umum Kelas C. Rumah Sakit umum kelas C adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjuang medik (Anomim, 2010). Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas C menurut PERMENKES No. 56 Tahun 2014 meliputi: pelayanan medik; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan penunjang klinik; pelayanan penunjang nonklinik; dan pelayanan rawat inap.

Pelayanan medik terdiri dari: pelayanan gawat darurat, pelayanan medik umum, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan medik spesialis penunjang, pelayanan medik spesialis lain, pelayanan medik sub spesialis, pelayanan medik spesialis gigi dan mulut. Pelayanan kefarmasian meliputi pengolahan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai, dan pelayanan farmasi klinik.

1.4. Rumah Sakit Umum Kelas D. Rumah Sakit umum kelas D adalah Rumah Sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar (Anomim, 2010). Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas D menurut PERMENKES No. 56 Tahun 2014 meliputi: pelayanan medik; pelayanan kefarmasian; pelayanan keperawatan dan kebidanan; pelayanan penunjang klinik; pelayanan penunjang nonklinik; dan pelayanan rawat inap.

Rumah Sakit Umum Kelas D dalam PERMENKES No. 56 tahun 2014 dapat diklasifikasikan menjadi:

2. Rumah Sakit Umum Kelas D pratama

Rumah Sakit umum kelas D pratama menurut PERMENKES no 56 Tahun 2014 didirikan dan diselenggarakan untuk menjamin ketersediaan dan meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tingkat kedua. Rumah Sakit ini hanya dapat didirikan dan diselenggarakan di daerah tertinggal, perbatasan, atau kepulauan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Rumah Sakit Khusus

Rumah Sakit khusus menyelenggarakan hanya satu macam pelayanan kesehatan kedokteran saja. Saat ini banyak Rumah Sakit kelas ini ditemukan misalnya, Rumah Sakit kusta, paru, jantung, jiwa, kanker, ibu dan anak. Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi: Rumah Sakit Khusus Kelas A, Rumah Sakit Khusus Kelas B, dan Rumah Sakit Khusus Kelas C (Anonim, 2014).

Berdasarkan jenis pengelolaannya Rumah Sakit dibedakan menjadi:

a. Rumah Sakit publik

Rumah Sakit publik adalah Rumah Sakit yang dapat dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba.

b. Rumah Sakit privat

Rumah Sakit privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Persero Terbatas atau Persero (Anonim, 2009).

c. Rumah Sakit pendidikan

Merupakan Rumah Sakit yang menyelenggarakan pendidikan dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran,

pendidikan kedokteran berlanjut, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya (Anonim, 2009).

5. Struktur Organisasi Dan Sumber Daya Manusia

Struktur organisasi Rumah Sakit pada umumnya terdiri atas dewan pembinaan, dewan yayasan, dewan penyantun, badan penasehat dan badan penyelenggaraan (Siregar, 2004). Pengorganisasian yang dilakukan oleh Rumah Sakit telah dijelaskan dalam UU No 44 pasal 33 Tahun 2009, pasal tersebut menjelaskan bahwa setiap Rumah Sakit harus memiliki organisasi yang efektif, efisien dan akuntabel. Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, wakil direktur, komite medik, satuan pengawas, dan berbagai unsur dari instalasi seperti unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan (Anonim, 2009).

UU RI No. 44 tahun 2009 menjelaskan bahwa kepala Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitan. Tenaga struktural yang menduduki jabatan sebagai pimpinan harus berkewarganegaraan Indonesia. Pemilik Rumah Sakit tidak boleh merangkap menjadi kepala Rumah Sakit. Kepala Rumah Sakit dalam Rumah Sakit harus mempunyai tenaga kerja atau penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen Rumah Sakit, dan tenaga non kesehatan (Anonim, 2009).

Tenaga kesehatan merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui

pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Tenaga kesehatan menurut UU No. 36 tahun 2009 harus memiliki kualifikasi minimum, memenuhi ketentuan kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar prosedur operasional. Kode etik dan standar profesi diatur oleh organisasi profesi masing-masing. Peraturan pemerintah RI No. 32 tahun 1996 menjelaskan tentang tenaga kerja kesehatan yang terdiri dari: Tenaga medis yang meliputi dokter dan dokter gigi, tenaga keperawatan yang meliputi perawat dan bidan, tenaga kefarmasian yang meliputi apoteker, analis kesehatan dan asisten apoteker (TTK), tenaga kesehatan masyarakat yang meliputi epidemiologi kesehatan, entomologi kesehatan, mikrobiologi kesehatan, penyuluh kesehatan, administrator kesehatan dan sanitarian, tenaga gizi, tenaga ketrampilan medis yang meliputi fisioterapis dan terapi wicara, tenaga keteknisian teknis yang meliputi radiografi, rasioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksoni, optisen, otikprostetik, teknik tranfusi darah dan perekam medis (Anonim, 1996).

UU No. 44 tahun 2009 menjelaskan bahwa tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit wajib memiliki Surat Ijin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (Anonim, 2009).

C. RSUD Muntilan

1. Sejarah RSUD Muntilan Kabupaten Magelang

Pada tahun 1925 Pastor Vanlith bersama para suster mendirikan balai pengobatan di daerah Muntilan. Balai pengobatan tersebut dipimpin oleh seorang biarawati bernama Sr. Alfrida Smulder Fransisca. Kemudian tanggal 1 Juni 1946 status balai pengobatan tersebut dikelola oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Magelang. Tenaga medis dan dokter satu-satunya pada saat itu adalah Dr. Gondo Sumekto. Selanjutnya perkembangan balai pengobatan tersebut semakin lama semakin maju. Pada tahun 1977 balai pengobatan berkembang menjadi Rumah Sakit. Pada tanggal 3 Februari 1977 bapak Ahmad selaku Bupati Magelang atas nama Pemerintah Daerah Kabupaten Magelang membeli Rumah Sakit tersebut untuk dijadikan Rumah Sakit umum.

RSUD Muntilan ditetapkan menjadi Rumah Sakit kelas C pada tahun 1988 melalui keputusan Menteri Kesehatan Nomor 105/Menkes/SK/1988. Secara struktur organisasi pada tahun 2002, RSUD Muntilan menjadi Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Kabupaten Magelang (Eselon II) yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah Nomor 14 Tahun 2002 tentang Pembentukan Badan Pelayanan Kesehatan Kabupaten Magelang.

Seiring dengan diberlakukannya Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007. Tentang Organisasi Perangkat Daerah, RSUD Muntilan menjadi lembaga teknis daerah (Eselon III) yang ditetapkan melalui peraturan daerah nomor 30 Tahun 2008 tentang Pembentukan, Tugas Pokok, Fungsi, Struktur Organisasi dan Tata Kerja BPK RSU Kabupaten Magelang.

Ijin penyelenggaraan RSUD Muntilan diterbitkan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.07.06/III/525/08 tentang Pemberian Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Magelang Provinsi Jawa Tengah. Ijin tersebut telah diperbaharui melalui Surat Keputusan Bupati nomor 180.182/581/KEP/21/2015 tentang Ijin Operasional Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.

Mulai Tahun 2012 RSUD Muntilan telah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) yang ditetapkan melalui Surat Keputusan Bupati Magelang Nomor 188.45/451/KEP/02/2011, tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) pada Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang secara bertahap dan ditetapkan menjadi PPK BLUD Penuh pada Tahun 2013 melalui Surat Keputusan Bupati Magelang Nomor 188.45/414/KEP/31/2013 tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh pada Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.

Dalam Rangka meningkatkan mutu RSUD Muntilan pada tahun 2011 telah melaksanakan Akreditasi dan telah mendapat status Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor YM.01.10/III/504/2011 tentang pemberian Status Akreditasi Penuh Tingkat Lanjut Kepada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Magelang di Kabupaten Magelang, Provinsi Jawa Tengah yang berlaku sampai dengan tahun 2014. Pada tahun 2016 Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Magelang kembali melaksanakan Akreditasi Rumah

Sakit Versi 2012 dan mendapatkan predikat lulus "Tingkat Madya (Bintang Tiga)" dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan sertifikat akreditasi nomor KARS-SERT/551/XII/2016 yang berlaku sampai dengan 20 Desember 2019.

2. Visi RSUD Muntilan

"Menjadi Rumah Sakit Rujukan terpercaya di Kabupaten Magelang dan Sekitarnya".

3. Misi RSUD Muntilan

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.
Menyelenggarakan pengelolaan sumber daya Rumah Sakit secara professional.
Menyelenggarakan peningkatan ilmu dan keterampilan tenaga Rumah Sakit.
Memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan.

4. Moto

Motto RSUD Muntilan dalam meningkatkan kinerja dalam pelayanan adalah "SEHATMU SEMANGAT KERJAKU".

D. Landasan Teori

RSUD Muntilan merupakan Rumah Sakit rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu yang ada di wilayah kabupaten Magelang dan sekitarnya. Ketersediaan obat yang cukup, baik dalam hal jenis maupun jumlah setiap saat diperlukan. Persediaan obat untuk Rumah Sakit tergantung pada *supply* dari pedagang besar farmasi. Peresepan kurang rasional yang sering terjadi di Rumah Sakit dikarenakan keterbatasan stok obat yang tersedia, sehingga pasien mendapatkan obat yang tidak sesuai dengan penyakit yang diderita. Obat yang

dipilih seharusnya disesuaikan dengan tujuan terapi pasien hipertensi, dan tidak tergantung pada persediaan stok obat di rumah Sakit. Agar tidak kekurangan obat, maka permintaan dan pengadaan obat menjadi satu hal penting yang harus dijalankan sesuai kebutuhan obat yang diperlukan. Jumlah dan jenis obat akan mempengaruhi persepsi pada pasien hipertensi, sehingga perlu diadakan analisis mengenai penggunaan obat antihipertensi di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang pada bulan Juli sampai Desember 2018 untuk bisa menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau.

E. Keterangan Empirik

1. Penggunaan obat antihipertensi di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang pada tahun 2018 adalah golongan *Diuretik, Antagonis Kalsium, Beta Blocker, ACE inhibitor, Angiotensin-2 Receptor Blocker (ARB)* dan Penghambat Renin.
2. Penggunaan obat antihipertensi yang paling banyak di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang adalah golongan *Antagonis Kalsium*.
3. Penggunaan obat antihipertensi di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang adalah bisa tepat indikasi, tepat dosis dan tepat obat sesuai dengan *guideline Joint National Committee (JNC) 8 Tahun 2014* dan formularium yang berlaku.