

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Anti hipertensi adalah obat – obatan yang digunakan untuk mengobati hipertensi. Anti hipertensi juga diberikan pada individu yang memiliki resiko tinggi untuk terjadinya penyakit kardiovaskular dan mereka yang beresiko terkena stroke maupun miokard infark. Pemberian obat bukan berarti menjauhkan individu dari modifikasi gaya hidup yang sehat seperti mengurangi berat badan, mengurangi konsumsi garam dan alkohol, berhenti merokok, mengurangi stress dan berolah raga. Pemberian obat perlu dilakukan segera pada pasien dengan tekanan darah sistolik > 140/90 mmHg. Pasien dengan kondisi stroke atau miokard ataupun ditemukan bukti adanya kerusakan organ tubuh yang parah (seperti mikro albuminuria, hipertrofi ventrikel kiri) juga membutuhkan penanganan segera dengan anti hipertensi.

Hipertensi merupakan penyakit degeneratif, karena terjadi penurunan fungsi dan struktur dari jaringan atau organ tubuh secara progresif menurun dari waktu ke waktu karena gaya hidup yang tidak sehat. Orang dewasa sekitar 20% menderita tekanan darah tinggi dan angka ini terus meningkat. Semua kematian di bawah usia 65 tahun sebanyak 40% adalah akibat tekanan darah tinggi (Junaidi 2010).

Hipertensi merupakan salah satu factor penyebab utama gangguan jantung selain mengakibatkan gagal jantung, hipertensi dapat juga berakibat terjadinya gagal ginjal maupun serebrovaskular. Penyakit ini sering disebut silent killer

karena tidak adanya gejala dan tanpa disadari penderita mengalami komplikasi pada organ-organ vital (Depkes 2006).

2. Klasifikasi Hipertensi

Berdasarkan penyebabnya, Hipertensi dapat dibagi menjadi 2 kelompok yaitu:

1. Hipertensi essensial atau primer yang tidak diketahui penyebabnya (90%).
2. Hipertensi sekunder yang penyebabnya dapat ditentukan (10%), antara lain kelainan pembuluh darah ginjal, gangguan kelenjar tiroid (hipertiroid), penyakit kelenjar adrenal (hiperaldosteronisme) dan lain-lain (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2013).

The Sevent Report of the Joint National Committer on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) mengklasifikasikan tekanan darah untuk pasien dewasa berdasarkan rata-rata pengukuran dua tekanan darah atau lebih pada dua atau lebih kunjungan klinis. Adapun klasifikasi tekanan darah untuk orang dewasa menurut JNC 7 dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Klasifikasi Tekanan Darah Orang Dewasa

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan darah sistolik (mmHg)	Tekanan darah diastolik (mmHg)
Normal	< 120	dan <80
Prehypertension	120-139	atau 80-89
Hipertensi stage 1	140-159	atau 90-99
Hipertensi stage 2	≥ 160	atau ≥ 100

Sumber: JNC 7 (2004)

Hipertensi sistolik terisolasi (HST) didefinisikan sebagai tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dengan tekanan darah diastolik < 90 mmHg. Berbagai studi menunjukkan bahwa prevelensi HST pada usia lanjut sangat tinggi akibat proses penuaan, akumulasi kolagen, kalsium, serta degradasi elastin pada arteri. Kekakuan aorta akan meningkatkan tekanan darah sistolik dan pengurangan volume aorta yang pada akhirnya mengakibatkan penurunan tekanan darah diastolik (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia 2013).

Krisis Hipertensi merupakan suatu keadaan klinis yang ditandai oleh tekanan darah yang sangat tinggi yang kemungkinan dapat menimbulkan atau telah terjadinya kelainan organ target. Biasanya ditandai oleh tekanan darah $> 180/120$ mmHg, dikategorikan sebagai Hipertensi emergensi atau Hipertensi urgensi. *Hipertensi urgensi* adalah tingginya tekanan darah tanpa disertai kerusakan organ target progresif. Tekanan darah diturunkan dengan obat antiHipertensi oral ke nilai tekanan darah pada tingkat 1 dalam waktu beberapa jam s/d beberapa hari (Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik 2006).

B. Obat-obat Antihipertensi

Obat antiHipertensi hanya menghilangkan gejala tekanan darah tinggi tetapi tidak penyebabnya, maka obat harus diminum dalam jangka waktu yang lama, setelah beberapa waktu dosis pemeliharaan pada umumnya dapat diturunkan. Terapi Hipertensi harus dimulai dengan dosis rendah agar penurunan tekanan darah tidak terlalu drastis atau mendadak dan setiap 1-2 minggu dosis berangsur-angsur dinaikkan sampai tercapai efek yang diinginkan. Begitu pula

penghentian terapi harus secara berangsur pula (Tan dan Rahardja 2007). Dikenal 5 kelompok obat lini pertama yang lazim digunakan untuk pengobatan awal Hipertensi, yaitu diuretik, penyekat reseptor beta (β -blocker), penghambat *Angiotensin Converting Enzyme* (ACE-inhibitor), *Angiotensin Reseptor Blocker* (ARB) dan *Calcium Channel Blocker* (CCB) (Nafrialdi 2007).

Adapun beberapa obat untuk mengatasi Hipertensi adalah sebagai berikut:

- a. Diuretik. Diuretik meningkatkan pengeluaran garam dan air oleh ginjal hingga volume darah dan tekanan darah menurun. Disamping itu, diperkirakan berpengaruh langsung terhadap dinding pembuluh, yakni penurunan kadar natrium membuat dinding lebih kebal terhadap noradrenalin, sehingga daya tahannya berkurang. Efek hipotensifnya relatif ringan dan tidak meningkat dengan memperbesar dosis (Tan dan Rahardja 2002). AntiHipertensi diuretik dibagi menjadi beberapa golongan yaitu:

- 1) Golongan Tiazid

Obat golongan ini bekerja dengan menghambat transport Bersama NaCl di tubulus distal ginjal, sehingga ekskresi Na^+ dan Cl^- meningkat. Terdapat beberapa obat yang termasuk golongan tiazid antara lain hidroklorotiazid, bendroflumotiazid dan diuretik lain yang memiliki gugus aryl-sulfonamida (indapamid dan klortalidon). Efek samping tiazid dalam dosis tinggi dapat menyebabkan hipokalemia yang dapat berbahaya pada pasien yang mendapat digitalis. Tiazid juga dapat menyebabkan hiponatremia, hipomagnesemia, serta hiperkalsemia. Selain itu, tiazid dapat menghambat ekskresi asam urat dari ginjal, dan pada pasien hiperurisemia dapat

mencetuskan serangan gout akut. Untuk menghindari efek ini, tiazid harus digunakan dalam dosis rendah dan dilakukan pengaturan diet (Nafrialdi 2007).

2) Diuretik Kuat (*loop diuretics*)

Diuretik kuat bekerja di Ansa Henle Asenden bagian epitel tebal dengan menghambat kotransport Na^+ , K^+ , Cl^- dan menghambat resorpsi air dan elektrolit. Mula kerjanya lebih cepat dan efek diuretiknya lebih kuat daripada golongan tiazid, oleh karena itu diuretik kuat jarang digunakan sebagai antiHipertensi kecuali pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal (kreatinin serum $> 2,5 \text{ mg/dL}$) atau gagal jantung. Efek samping diuretik kuat hampir sama dengan tiazid, kecuali bahwa diuretik kuat menimbulkan hiperkalsiuria dan menurunkan kalsium darah, sedangkan tiazid menimbulkan hipokalsiuria dan meningkatkan kadar kalsium darah. Golongan diuretik kuat antara lain furosemid, torsemid, bumetanid dan asam etakrinat (Nafrialdi 2007).

3) Diuretik Hemat Kalium

Diuretik hemat kalium dapat menimbulkan hiperkalemia bila diberikan pada pasien gagal ginjal, atau bila dikombinasikan dengan penghambat ACE, ARB, β -blocker, AINS atau dengan suplemen kalium. Penggunaannya terutama dalam kombinasi dengan diuretik lain untuk mencegah hipokalemia. Golongan diuretik hemat kalium misalnya amilorid dan triamteren (Nafrialdi 2007).

4) Antagonis Aldosteron

Spironolakton dan eplerenon merupakan obat golongan antagonis aldosteron. Obat ini sangat berguna pada pasien dengan hiperurisemia, hipokalemia dan dengan intoleransi glukosa. Spironolakton tidak mempengaruhi kadar Ca^{+} dan gula darah. Efek samping spironolakton antara lain ginekomastia, gangguan menstruasi, dan penurunan libido pada pria (Nafrialdi 2007).

b. Penyekat Reseptor Beta (β -blocker). Menurut Nafrialdi (2007) berbagai mekanisme penurunan tekanan darah akibat penggunaan β -blocker dapat dikaitkan dengan hambatan reseptor β_1 , antara lain:

- 1) Penurunan frekuensi denyut jantung dan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan curah jantung
- 2) Hambatan sekresi renin di sel-sel jukstaglomerular ginjal dengan akibat penurunan produksi angiotensin II
- 3) Efek sentral yang mempengaruhi aktivitas simpatis, perubahan pada sensitivitas beroreseptor, perubahan aktivitas neuron adrenergik perifer dan peningkatan biosintesis prostasiklin

c. Penyekat reseptor α -blocker. Zat-zat ini memblokir reseptor-alfa adrenergik yang terdapat di otot polos pembuluh (dinding), khususnya di pembuluh kulit dan mukosa. Dan dapat dibedakan 2 jenis reseptor yaitu α_1 dan α_2 yang berbeda post-synaptis. Bila reseptor tersebut diduduki (aktivasi) oleh noradrenalin, otot polos akan menciut (Tan dan Rahardja 2002). Agonis reseptor sentral α_2 (metildopa, klonidin, guanabenz dan guanfasin)

menurunkan tekanan darah dengan cara menstimulasi reseptor adrenergic α -2 pada otak yang menurunkan aliran simpatis dari pusat vasomotor otak dan meningkatkan vagal tone. Penggunaan secara kronis menyebabkan retensi cairan dan sodium. Efek samping yang umum terjadi adalah sedasi, mulut kering dan depresi (Dipiro *et al.* 2008).

- d. Penghambat enzim pengubah angiotensin (penghambat ACE). Mekanisme kerja obat ini adalah menghambat pembentukan Angiotensin II (zat yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah) (Nafrialdi 2007). Golongan obat ini antara lain captopril, enalapril, lisinopril, fosinopril. Sering digunakan pula untuk pengobatan terapi awal Hipertensi ringan sampai sedang terutama bila *diuretik* dan *β -blocker* tidak dapat digunakan karena adanya kontraindikasi. Efek samping yang bisa timbul antara lain batuk, mual, muntah, diare, hipotensi terutama pada penderita yang mendapat diuretik, hiperkalemia terutama pada penderita dengan gangguan fungsi ginjal, serta kelainan kulit seperti angioedema, urtikaria (bengkak-bengkak seperti biduran) (Karyadi 2002).
- e. *Angiotensin Receptor Blocker II* (ARB). Golongan obat ini cara kerjanya menyerupai ACE-inhibitors tapi lebih langsung menghambat reseptor Angiotensin II, efektivitas dan toleransinya mirip dengan ACEI, namun golongan ini tidak menimbulkan efek samping antara lain batuk kering dan angioedema seperti yang sering terjadi dengan ACEI. Termasuk ARB yang spesifik adalah losartan, kandesartan dan valsartan (Karyadi 2002).

C. Rumah Sakit

Berdasarkan Undang – Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, definisi Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perijinan Rumah Sakit. Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono adalah Rumah Sakit TNI – AD Kelas – B, merupakan Rumah Sakit Rujukan tingkat lanjutan bagi penderita rawat jalan dan rawat inap di kalangan Institusi TNI – AD wilayah Jawa Tengah dan DIY serta Rumah Sakit Rujukan tingkat lanjutan bagi penderita BPJS dan masyarakat umum lainnya di wilayah Kedu dan sekitarnya.

Rumah sakit Tk. II dr. Soedjono didukung oleh tenaga profesional TNI – AD / PNS TNI - AD bidang kesehatan dan tenaga pendukung lainnya yang mengabdikan diri dalam kapasitas dan profesinya, dituntut beberapa indikator pelayanan untuk mewujudkan Visi dan Misi Rumah Sakit, antara lain:

1. Rasionalitas dalam terapi
2. Efektivitas dan keberhasilan terapi
3. Kecepatan, ketepatan, keamanan dan kelancaran pelayanan
4. Kepuasan bagi pengguna jasa kesehatan.

Untuk mewujudkan indikator pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono, Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono sebagai pelaksana di bidang pengelolaan dan pelayanan Perbekalan Kefarmasian, dituntut mampu mengendalikan dan mengelola seluruh kegiatan pelayanan Perbekalan

Kefarmasian secara paripurna mulai tahapan kegiatan seleksi material kesehatan sampai dengan kegiatan monitoring material kesehatan bekerjasama dengan unit pelayanan kesehatan terkait lainnya serta melibatkan secara aktif fungsi Panitia Farmasi dan Terapi Rumah Sakit.

Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan suatu organisasi Instalasi Farmasi yang didukung oleh tenaga profesional (Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian dan tenaga pendukung terkait) serta memiliki cakupan kegiatan yang mampu melaksanakan kegiatan pelayanan kefarmasian di Unit Gawat Darurat, pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap. Serta mempunyai visi, misi, moto dan tujuan sebagai berikut:

1. Visi: Menjadi rumah sakit kebanggaan setiap prajurit, baik sebagai fungsi Rujukan dan Senantiasa mengutamakan keselamatan.
2. Misi:
 - a. Melaksanakan fungsi rujukan rumah sakit di jajaran Kodam IV/ Diponegoro.
 - b. Meningkatkan mutu pelayanan spesialis dan senantiasa mengutamakan keselamatan pasien sesuai dengan standar Rumah Sakit Tk. II.
 - c. Memiliki sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang cukup memadai secara kualitas maupun kuantitas.
3. Motto: Senyum, Sapa, Sentuh, Sembuh (S4).
4. Tujuan: Terciptanya derajat kesehatan yang tinggi bagi prajurit TNI, PNS dan keluarganya serta masyarakat pada umumnya.

D. Rekam Medik

Rekam Medik merupakan sejarah ringkas, jelas dan akurat dari kehidupan dan kesakitan penderita, ditulis dari sudut pandang medik beberapa fungsi penting

di Rumah Sakit untuk mencapai pengobatan yang optimal yaitu: sebagai dasar perencanaan dan berkelanjutan perawatan penderita, suatu sarana komunikasi antara dokter, menyediakan data yang digunakan dalam penelitian dan pendidikan, sebagai dasar untuk kaji ulang studi dan evaluasi perawatan yang diberikan pada penderita, melengkapi bukti dokumen terjadinya atau penyebab penyakit penderita, membantu perlindungan kepentingan hukum penderita.

Suatu rekam medik yang lengkap mencakup dan identifikasi dan sosiologi, sejarah famili pribadi, sejarah kesakitan yang sekarang, pemeriksaan fisik. Pemeriksaan khusus seperti: konsultasi, dan laboratorium klinis, pemeriksaan sinar x dan pemeriksaanlain, dipognosis sementara, diagnosis kerja, penanganan medik atau bedah, patologi mikroskopik dan nyata, kondisi pada waktu pembebasan tindak lanjut dan temuan otopsi (Siregar & Amalia 2003).

E. Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Fungsi Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit sesuai keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1197/Menkes/SK/X /2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, adalah:

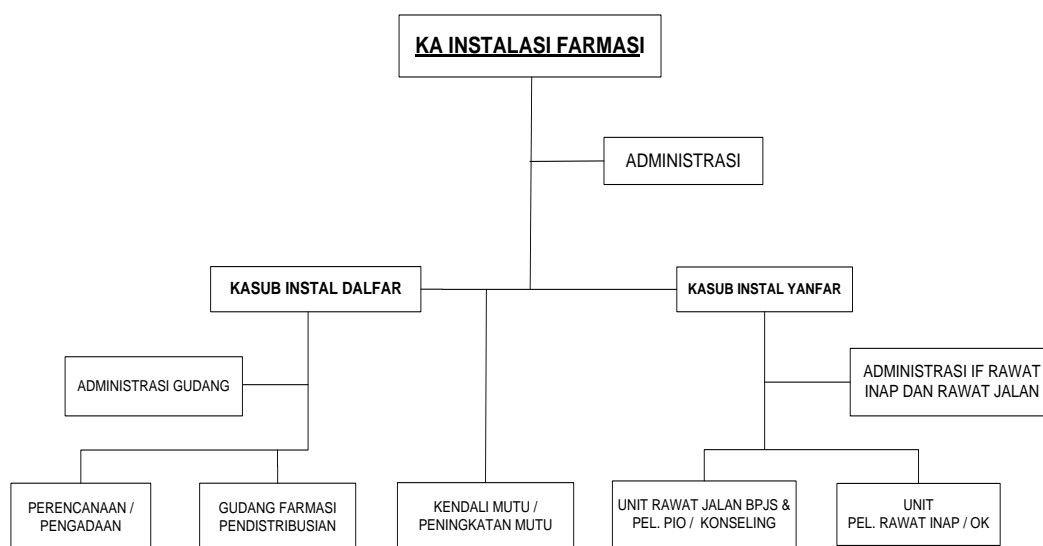
1. Pengelolaan perbekalan farmasi yang merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, penghapusan, administrasi dan pelaporan serta evaluasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan, dengan tujuan (Depkes 2004):
 - a. Mengelola perbekalan farmasi yang efektif dan efisien

- b. Menerapkan farmako ekonomi dalam pelayanan
 - a. Meningkatkan kompetensi / kemampuan tenaga farmasi
 - b. Mewujudkan sistem informasi manajemen berdaya guna dan tepat guna
 - c. Melaksanakan pengendalian mutu pelayanan
- 2. Pelayanan perbekalan kesehatan, dengan indikator (Depkes 2004):
 - a. Indikator persepsian seperti tingkat penggunaan obat generik untuk kebutuhan pasien rawat jalan dan rawat inap sesuai dengan indikator pelayanan seperti waktu tunggu pelayanan untuk resep obat jadi dan obat racikan.
 - b. Fasilitas.
 - c. Indikator Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat.
 - d. Kepuasan pelanggan.
 - e. Penulisan resep sesuai formularium.

Untuk mewujudkan indikator pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono, Instalasi Farmasi Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono sebagai pelaksana di bidang pengelolaan dan pelayanan perbekalan kefarmasian, dituntut mampu mengendalikan dan mengelola seluruh kegiatan pelayanan perbekalan kefarmasian secara paripurna mulai tahapan kegiatan seleksi material kesehatan sampai dengan kegiatan monitoring material kesehatan bekerjasama dengan unit pelayanan kesehatan terkait lainnya serta melibatkan secara aktif fungsi Panitia Farmasi dan Terapi Rumah Sakit. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan suatu organisasi instalasi farmasi yang didukung oleh tenaga profesional (apoteker, tenaga teknis kefarmasian dan tenaga pendukung terkait)

serta memiliki cakupan kegiatan yang mampu melaksanakan kegiatan pelayanan kefarmasian di Unit Gawat Darurat, pelayanan rawat jalan dan pelayanan rawat inap.

Struktur Organisasi Instalasi Farmasi ditetapkan dan disusun berdasarkan ketentuan Struktur Organisasi yang ada di Rumah sakit Tk. II dr. Soedjono serta pertimbangan kebutuhan jenis pelayanan kefarmasian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Tk. II dr. Soedjono serta disesuaikan dengan kemampuan tenaga kefarmasian, tenaga teknis kefarmasian serta tenaga pendukung lain, dengansusunan sebagai berikut :



Gambar 1. Struktur Organisasi IFRS RS TK II dr. Soedjono Magelang

F. BPJS dan Fornas

1. BPJS

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat

Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Hal ini merupakan program pemerintah yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk dengan Undang-Undang untuk menyelenggarakan program jaminan sosial BPJS menurut UU SJSN adalah transformasi dari badan penyelenggara jaminan sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan untuk membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.

Tiga kriteria di bawah ini digunakan untuk menentukan bahwa BPJS merupakan badan hukum publik, yaitu:

1. Cara pendiriannya atau terjadinya badan hukum itu, diadakan dengan konstruksi hukum publik, yaitu didirikan oleh penguasa (Negara) dengan Undang-undang.
2. Lingkungan kerjanya, yaitu dalam melaksanakan tugasnya badan hukum tersebut pada umumnya dengan publik dan bertindak dengan kedudukan yang sama dengan publik.
3. Wewenangnya, badan hukum tersebut didirikan oleh penguasa Negera dan diberi wewenang untuk membuat keputusan, ketetapan, atau peraturan yang mengikat umum.

BPJS merupakan badan hukum publik karena memenuhi ketiga persyaratan tersebut. Ketiga persyaratan tersebut tercantum dalam berbagai norma dalam UU BPJS.

2. Fornas

Pada sistim Jaminan Kesehatan Nasional, pemerintah menetapkan jenis obat yang akan digunakan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam Formularium Nasional (Fornas). Fornas berisi Daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN. Fornas disusun oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional, dimana dalam penyusunannya didasarkan pada bukti ilmiah terkini, berkhasiat, aman, bermutu, dengan tetap mempertimbangkan *cost effectiveness*nya. Tujuan utama pengaturan obat dalam Fornas adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional.

Bagi tenaga kesehatan, Fornas bermanfaat sebagai “acuan” bagi penulis resep, mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Adanya Fornas maka pasien akan mendapatkan obat terpilih yang tepat, berkhasiat, bermutu, aman dan terjangkau, sehingga akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu obat yang tercantum dalam Fornas harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya.

G. Landasan Teori

Hipertensi adalah penyakit tidak menular yang menjadi maslah kesehatan di seluruh dunia karena prevalensinya tinggi. Hipertensi merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah stroke dan tuberculosi, yaitu mencapai 6,7% populasi

kematian pada semua umur di Indonesia. Hipertensi disebut juga the silent killer, karena tidak menampilkan gejala yang khas, WHO memperkirakan sekitar 30% penduduk dunia tidak menyadari adanya hipertensi (Susilo dan Wulandari, 2011).

Berdasarkan data riset Kesehatan Dasar Nasional (2007), prevalensi hipertensi di Indonesia (31,7%), lebih tinggi dibanding dengan Singapore (27,3%), Thailand (22,7%), dan Malaysia (20%) (Hartono 2011). Analisis prevalensi yang dilakukan oleh Puslibang dan Kebijakan Kesehatan (2008), menunjukan bahwa 34,9% penduduk Indonesia menderita hipertensi (Palmer dan Willams 2007).

Hipertensi dapat menyebabkan komplikasi yang berbahaya jika tidak ditangani dengan baik. Hipertensi dapat menimbulkan penyakit beberapa gangguan pada otak, system kardiovaskular, ginjal dan mata. Hipertensi yang terjadi dalam jangka waktu lama dan menyebabkan stroke, serangan jantung, gagal jantung dan merupakan penyebab utama gagal ginjal kronik (Purnomo 2009).

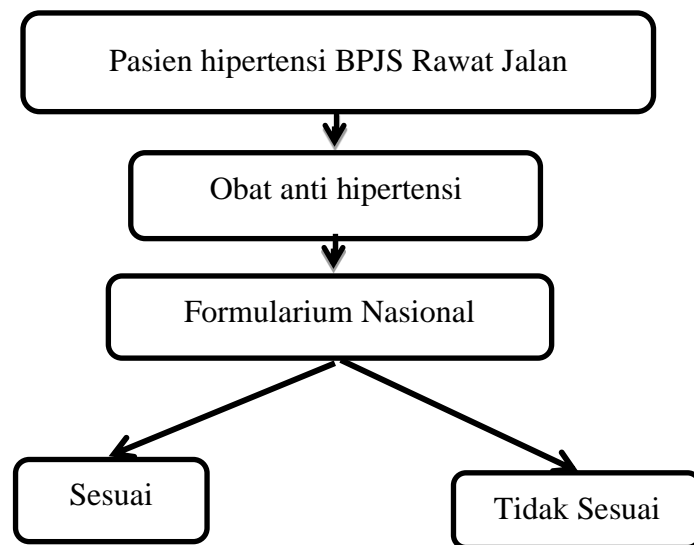
Tata laksana terapi hipertensi dapat dilakukan dengan cara menurunkan resiko penyakit kardiovaskular dan mortalitas serta morbiditas. Tujuan terapi adalah untuk mempertahankan tekanan darah diatas normal. Hal ini dapat tercapai melalui modifikasi gaya hidup dan dengan obat anti hipertensi. Obat antihipertensi yang digunakan adalah golongan CCB

ACE inhibitor lebih efektif dalam penurunan resiko kardiovaskular dari pada obat anti hipertensi lainnya. Obat ini efektif bila diberikan pada orang kulit putih, orang muda, menderita gagal jantung, penyakit gagal ginjal menahun atau penyakit ginjal diabetik. Contoh obatnya enlopril dan captopril.

Tujuan penggunaan metode deskriptif sebagai sarana penelitian pola penggunaan obat dan mengetahui kesesuaian penggunaan obat dan mengetahui hasil perbedaan dari metode sebelumnya.

Penyajian data yang dihasilkan dari metode deskriptif bersifat komunikatif, agar mudah dipahami dan dimengerti. Penggunaan data dengan metode ini dapat disajikan dalam bentuk grafik, tabel, batang, diagram, bahkan dalam bentuk variasi kelompok melalui rentang dan simpangan baku.

H. Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 2. Kerangka Pikir

I. Keterangan Empiris

Berdasarkan landasan teori yang telah diuraikan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Obat anti hipertensi yang diresepkan di Rumah Sakit Tk.II dr. Soedjono Magelang pada tahun 2018 adalah golongan Beta blocker, CCB, Diuretik, ARB, *ACE Inhibitor*
2. Obat anti hipertensi yang paling banyak digunakan pasien BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Tk.II dr. Soedjono Magelang pada tahun 2018 adalah Golongan Beta blocker.
3. Penggunaan obat anti hipertensi pasien BPJS Rawat Jalan di Rumah sakit Tk. II dr. Soedjono Magelang pada tahun 2018 sudah sesuai dengan Fornas 2018