

**REGIMEN PENGOBATAN PENDERITA HIPERTENSI
SEBELUM DAN SETELAH IMPLEMENTASI
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL DI RSUD PALEMBANG
BARI**

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Oleh:

ELDHI APRIAN

NIM: 70.2011.027



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

**REGIMEN PENGOBATAN PENDERITA HIPERTENSI
SEBELUM DAN SETELAH IMPLEMENTASI
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL DI RSUD PALEMBANG
BARI**

Dipersiapkan dan disusun oleh
ELDHI APRIAN
NIM: 70.2011.027

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S. Ked)

Pada tanggal 02 Februari 2015

Menyetujui :



dr. Ayus Astoni, Sp.PD

Pembimbing Pertama



dr. Yesi Astri, M.Kes

Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran



dr. H. M. Ali Muchtar M.Sc

NBM/NIDN. 060347091062484/0020084707

HALAMAN PERNYATAAN

Dengan ini saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan tim pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik dan sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 2 Februari 2015

Saya membuat pernyataan



Eldhi Aprian
NIM. 70.2011.027

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARI 2015
ELDHI APRIAN**

**Regimen Pengobatan Penderita Hipertensi Sebelum Dan Setelah
Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUD Palembang
BARI**

ABSTRAK

Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) dan Asuransi Kesehatan (Askes) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dalam pelayanan kesehatannya, hipertensi termasuk salah satu penyakit yang dilayani di program tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk melihat regimen pengobatan penderita hipertensi sebelum dan setelah implementasi program JKN. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Sampel sebanyak 66 pasien dan data diperoleh dari rekam medik di RSUD Palembang BARI. Hasil penelitian menunjukkan pada sebelum JKN penggunaan jenis obat hipertensi paling banyak diberikan adalah kaptopril sebanyak 36 pasien (54,5%), golongan obat hipertensi paling banyak digunakan adalah Ace Inhibitor 39 pasien (59%) dan kombinasi obat hipertensi paling banyak diberikan adalah 2 kombinasi 29 pasien (44%) dari 2 kombinasi jenis obat yang banyak digunakan adalah kombinasi antara Ca Channel Bloker + Ace Inhibitor 14 pasien (21,2%). Setelah JKN penggunaan obat hipertensi paling banyak adalah amlodipin 34 pasien (51,5%), golongan obat hipertensi paling banyak adalah Ca Channel Bloker 38 pasien (57,5%) dan penggunaan obat tunggal 41 pasien (62%).

Referensi : 26 (2004-2014)

Kata kunci : obat antihipertensi, jenis, golongan, kombinasi.

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN**

**SKRIPSI, JANUARY 2015
ELDHI APRIAN**

***Hypertensive Patient Treatment Regimens Before And After Implementation
JKN In The RSUD Palembang BARI***

ABSTRACT

The Organization of the social security (BPJS) and health insurance (Askes) is a legal entity formed for national health assurance program (JKN). Hypertension is one of the diseases that are served in the program. This research aims to observe hypertensive patient treatment regimens before and after implementation JKN. This is descriptive research 66 samples and data obtained from the medical record in the RSUD Palembang BARI. Research results showed before JKN era the type of medication most widely given is kaptopril as many as 36 patients (54.5%) were the most widely used hypertension drug classes is Ace Inhibitors 39 patients (59%) and hypertension drug combination most frequently given is combination of 2-drugs 29 patients (44%) of 2- drugs combination that are a combination of widely used is a combination of Ca Channel Blockers + Ace Inhibitor 14 patients (21.2%). After JKN era the type of medication most widely given is amlodipin 34 patients (51.5 percent), were the most widely used hypertension drug classes is Ca Channel Blockers 38 patients (57,5%) and single use of drug 41 patients (62%).

Reference : 26 (2004-2014)

Key words : antihypertensive drugs, type, classes, combination.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini berjudul “Regimen Pengobatan Penderita Hipertensi Sebelum dan Setelah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.” sebagai salah satu syarat memperoleh gelar sarjana kedokteran (S.Ked). Selawat beriring salam selalu tercurahkan kepada junjungan kita, nabi besar Muhammad SAW beserta para keluarga, sahabat, dan pengikutnya sampai akhir zaman.

Dalam hal menyelesaikan penelitian ini, penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan saran. Pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

1. dr. H.M. Ali Muchtar, M.sc Selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
2. dr. Hj. Yanti Rosita, M.Kes, selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
3. dr. Ayus Astoni, SpPd selaku pembimbing I.
4. dr. Yesi Astri, M.Kes Selaku pembimbing II.
5. Seluruh staf dosen dan staf akademik Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang.

Dalam hal ini penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, diharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Palembang, Januari 2015

Eldhi Aprian

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN MOTO DAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR GRAFIK	
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori.....	6
2.1.1 Sistem Jaminan Sosial Nasional	6
A. Dasar Hukum SJSN.....	7
2.1.2 Askes	8
2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.....	8
A. Pembagian BPJS	9
2.1.4 Hipertensi	10
A. Keluhan dan Gejala.....	12
B. Pemeriksaan Fisik	12
C. Penatalaksanaan	13
2.1.4 Obat Antihipertensi.....	13
A. Ace Inhibitor	14
B. Ca Agonis.....	16
C. Obat Yang Mengubah Sistem Saraf	18
D. Beta Bloker	20
E. Angiotensin Reseptor Bloker	21
F. Terapi Kombinasi Untuk Hipertensi.....	23
2.2 Kerangka Teori.....	24
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Jenis Penelitian	25
3.2 Waktu dan Tempat Penelitian	25
3.3 Populasi dan Sampel.....	25
3.3.1. Populasi	25
3.3.2. Sampel.....	25
3.3.3. Kriteria Inklusi.....	25
3.3.4. Kriteria Eksklusi	25
3.3.5. Cara Pengambilan Sampel	25

3.4	Variabel Penelitian	25
3.5	Definisi Operasional	26
3.6	Cara Pengumpulan Data	26
3.7	Cara Pengolahan dan Analisis Data	26
	3.7.1 Cara Pengolahan Data	26
	3.7.2 Analisis Data	27
3.8	Alur Penelitian	28
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
4.1	Karakteristik Responden	29
4.2	Hasil Penelitian.....	29
	4.2.1 Jenis Obat Antihipertensi Sebelum dan Setelah JKN	30
	A. Jenis Obat Antihipertensi Sebelum JKN.....	30
	B. Jenis Obat Antihipertensi Setelah JKN	31
	C. Golongan Obat Antihipertensi Sebelum JKN	31
	D. Golongan Obat Antihipertensi Setelah JKN	32
	4.2.2 Kombinasi Obat Sebelum dan Setelah JKN	33
	A. Kombinasi Obat Antihipertensi Sebelum JKN	33
	B. Kombinasi Obat Antihipertensi Setelah JKN.....	34
4.3	Pembahasan.....	35
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		
5.1	Kesimpulan	39
5.2	Saran	39
DAFTAR PUSTAKA.....		40

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO	11
Tabel 3.1 Definisi Oprasional	26
Tabel 4.1 Jumlah Seluruh Pasien Hipertensi Tahun 2013 - 2014	29
Tabel 4.2 Jumlah Seluruh Pasien Askes dan Bpjs 2013 - 2014	29
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kombinasi Obat Antihipertensi Sebelum Jkn 34	
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kombinasi Obat Antihipertensi Setelah Jkn ..	35

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kombinasi Golongan Obat Antihipertensi	23
Gambar 2.2 Kerangka Teori	24

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1	30
Grafik 2	31
Grafik 3	32
Grafik 4	33

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN / *national social security system*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. (UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN). Dalam mewujudkan terselenggaranya SJSN maka dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan PT. Asuransi Kesehatan (PT. Askes) yaitu badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan mulai beroperasional pada tanggal 1 Januari 2014. (UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS)

Dalam pelayanan kesehatan pada SJSN yang diselenggarakan oleh PT Askes dan BPJS kesehatan, hipertensi termasuk salah satu penyakit yang dilayani dalam fasilitas kesehatan tingkat pertama. Secara global, tingkat prevalensi hipertensi di seluruh dunia masih tinggi. Lebih dari seperempat jumlah populasi dunia saat ini menderita hipertensi (Rahajeng, 2009). Di Indonesia berkisar antara 5-10%, Sebagian besar kasus hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis. Terlihat dari hasil pengukuran tekanan darah pada usia 18 tahun ke atas ditemukan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 31,7%, dimana hanya 7,2% penduduk yang sudah mengetahui memiliki hipertensi dan hanya 0,4% kasus yang minum obat antihipertensi (Depkes, 2012), sedangkan tercatat

pada tahun 1978 proporsi penyakit hipertensi sekitar 14,3% dan meningkat menjadi sekitar 39% pada tahun 1985 sebagai penyebab penyakit jantung hipertensi di Indonesia. Di Sumatra Selatan kasus penderita hipertensi sekitar 20% (Rahajeng, 2009). Sejumlah 85-90% hipertensi tidak diketahui penyebabnya atau disebut sebagai hipertensi primer dan diperkirakan sekitar 6% pasien hipertensi sekunder sedangkan di pusat rujukan dapat mencapai sekitar 35%. (Panggabean, 2009)

Untuk mendukung pelaksanaan BPJS dan PT. Askes, kementerian kesehatan mengatur jenis pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta JKN. Obat esensial nasional adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang diupayakan tersedia di fasilitas kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya. Daftar dan Plafon Harga Obat (DPHO) yang digunakan pada saat sebelum implementasi JKN atau pada Askes dan Formularium Nasional (Fornas) yang digunakan pada saat setelah implementasi JKN atau BPJS merupakan daftar yang berisikan obat terpilih yang paling dibutuhkan dan diupayakan tersedia di unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya.

DPHO merupakan standar nasional minimal untuk pelayanan kesehatan. Penerapan DPHO dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan dan pengelolaan obat yang sekaligus meningkatkan daya guna dan hasil guna biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah untuk memperluas, pemeratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Penerapan DPHO harus dilaksanakan secara konsisten dan terus menerus di semua unit pelayanan kesehatan. Daftar obat antihipertensi yang digunakan dalam DPHO 2013 adalah amlodipin, atenolol, propranolol, bisoprolol, verapamil, piltiazem, valsartan, irbesatan, telmisartan, metildopa, kaptopril, ramipril. (Kepmenkes no. 378 tentang DPHO, 2013)

Formularium Nasional (Fornas), merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai

acuan dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional. Daftar obat antihipertensi yang digunakan dalam Fornas 2014 adalah amlodipin, atenolol, bisoprolol, diltiazem, doksazosin, hidroklorotiazid, imidapril, kaptopril, klonidin, klortalidon, nifedipin, propranolol. (Kepmenkes no. 328 tentang Fornas, 2014)

Dalam penelitian yang dilakukan Setiawardani (2007) Penggunaan Obat Antihipertensi Di RSUP Dr. Sardjito Periode Januari – Desember 2006. Hasil penelitian dari 90 pasien yang mendapat terapi obat antihipertensi menunjukkan bahwa jenis obat antihipertensi yang paling banyak digunakan pada kasus hipertensi di instalasi rawat jalan RSUP Dr. Sardjito periode Januari - Desember 2006 adalah Kaptopril sebanyak 71 pasien (78,89%) kemudian Furosemid sebanyak 47 pasien (52,22%), dan Amlodipin sebanyak 19 pasien (21,11%). Sedangkan dalam penelitian Christy (2010) didapatkan jenis obat yang paling banyak digunakan di Rumah Sakit Islam Klaten adalah amlodipin sebanyak 27,5% dan golongan obat terbanyak yang digunakan adalah golongan *calcium channel blocker* sebanyak 36,1%. Dan dalam penelitian Sari (2014) penggunaan obat antihipertensi pada pasien rawat jalan RSUD Dr Moewardi 33 pasien (49,25%) menggunakan obat antihipertensi tunggal, 28 pasien (41,79%) menggunakan kombinasi 2 obat antihipertensi, dan 6 pasien (8,96%) menggunakan kombinasi 3 obat antihipertensi.

Sebelum JKN yang diselenggarakan BPJS ditetapkan mulai 1 Januari 2014, maka sistem pembayaran kesehatan di Indonesia adalah *fee for service* (pembayaran sesuai pelayanan), sedangkan di BPJS pembayaran menggunakan sistem kapitasi dan pembayaran sistem lanjutan menggunakan tarif INA CBG (*Indonesia Case Base Groups*) yaitu pembayaran berdasarkan paket pelayanan dan obat disediakan oleh rumah sakit. Dengan sistem pembayaran *fee for service* semakin banyak pasien, maka dokter, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan mendapatkan pembayaran lebih banyak. Tetapi dalam sistem *INA CBG* yang terjadi sebaliknya, dimana jika semakin banyak pasien yang

berkunjung, maka dokter, rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya akan mendapatkan pembayaran yang sedikit. Sehingga kemungkinan terdapat perubahan dalam pemberian jenis, jumlah dan kombinasi dari obat antihipertensi. Dari perubahan tersebut maka penulis merasa perlu melakukan penelitian dengan mengambil judul Regimen Pengobatan Penderita Hipertensi Sebelum dan Setelah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan yang akan dianalisis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apa saja jenis obat penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI
2. Apa saja kombinasi obat penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui regimen pengobatan penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui jenis obat penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.
2. Mengetahui kombinasi obat penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan mengenai regimen pengobatan penderita hipertensi sebelum dan setelah implementasi JKN, efektifitas dari program JKN dan pengetahuan klinik dan farmakoklinik dari obat antihipertensi.

2. Manfaat Praktis

Dapat menambah pengetahuan tentang regimen pengobatan penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan teori

2.1.1 Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN / *national social security system*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang, baik karena memasuki usia lanjut atau pensiun, maupun karena gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan dan lain sebagainya (UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

SJSN disusun dengan mengacu pada penyelenggaraan jaminan sosial yang berlaku universal dan telah diselenggarakan oleh negara-negara maju dan berkembang sejak lama. Penyelenggaraan jaminan sosial di berbagai negara memang tidak seragam, ada yang berlaku secara nasional untuk seluruh penduduk dan ada yang hanya mencakup penduduk tertentu untuk program tertentu. Prinsip Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah sebagai berikut.

1. Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat, peserta yang beresiko rendah membantu yang beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba. Pengelolaan danan amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
3. Prinsip probabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberi jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
4. Prinsip kepersertaan bersifat wajib. Kebersertaan wajib dimaksudkan untuk seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kebersertaan wajib bagi seluruh rakyat, penerapan tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program (UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

A. Dasar Hukum SJSN

UUD 1945 telah mengamanatkan kepada Negara untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pasal 28 H ayat 3 UUD 1945 menyatakan bahwa jaminan sosial adalah hak *setiap* warga negara. Lebih lanjut, perlunya segera dikembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ditegaskan pada Pasal 34 ayat 2 Perubahan UUD 45 tahun 2002 yang menyatakan bahwa “*Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan*”. Tanpa rincian program jaminan sosial yang akan dikembangkan, dapat dipahami bahwa amanat tersebut menghendaki terselenggaranya berbagai program jaminan sosial *secara komprehensif/menyeluruh* seperti yang telah diselenggarakan negara lain, meskipun hal itu dilakukan secara bertahap (UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

Secara universal, Jaminan Sosial dijamin oleh Deklarasi Perserikatan Bangsa - Bangsa tahun 1948 tentang Hak Asasi Manusia. Indonesia meratifikasi deklarasi tersebut yang di dalamnya dinyatakan bahwa “ setiap orang, sebagai anggota masyarakat, mempunyai hak atas jaminan sosial dalam hal menganggur, sakit, cacat, tidak mampu bekerja, menajanda, hari tua”. Konvensi ILO No. 102 tahun 1952 menganjurkan agar semua negara di dunia memberi perlindungan dasar kepada setiap warga negaranya dalam rangka memenuhi Deklarasi PBB tentang Hak Jaminan Sosial (UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN).

2.1.2 Asuransi Kesehatan (Askes)

Pada sebelum implementasi JKN di Indonesia, pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh PT Askes (Persero) yang merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan

2.1.3 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Pada setelah implementasi JKN di Indonesia yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan mulai beroperasional pada tanggal 1 Januari 2014 (UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS).

Pembentukan Undang-Undang tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ini merupakan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban (UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS).

A. Pembagian BPJS

Dengan Undang-Undang ini dibentuk 2 (dua) BPJS, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap.

- a. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan hari tua, dan program jaminan kematian yang selama ini diselenggarakan oleh PT Jamsostek (Persero), termasuk menerima peserta baru, sampai dengan beroperasinya BPJS Ketenagakerjaan yang dikelola PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero)

- b. BPJS Kesehatan memberikan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah yang selama ini diselenggarakan oleh PT. ASKES (persero) (UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS).

2.1.4 Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah yang meninggi bersifat *arbitrary*, berarti penentuan titik potong (*cut-off point*) sebagai batas antara normotensi dan hipertensi sangat tergantung dari kondisi populasi setempat. Kriteria normal bila tekanan darah <130/85 mmHg dan berlaku untuk orang dewasa (> 18 tahun) yang sedang tidak memakai obat antihipertensi dan tidak menderita penyakit akut (Budisetio, 2001). Diagnosis hipertensi didasarkan pada pengukuran berulang-ulang dari tekanan darah yang meningkat. Diagnosis diperlukan untuk mengetahui akibat hipertensi bagi penderita, jarang untuk menetapkan sebab hipertensi itu sendiri. Risiko-risiko dari hipertensi seperti kerusakan ginjal, jantung dan otak perlu segera mendapat terapi secara proporsional meningkat sesuai dengan besarnya kenaikan tekanan darah. Umumnya, peningkatan tekanan darah disebabkan oleh peningkatan tahanan (*resistance*) pengaliran darah melalui arteriol-arteriol secara menyeluruh, sedangkan curah jantung biasanya normal. Penelitian yang seksama terhadap fungsi sistem saraf otonom, refleks-refleks baroreseptor, sistem renin-angiotensin-aldosteron, dan ginjal belum mampu mengidentifikasi suatu kelainan primer penyebab meningkatnya resistensi pembuluh darah tepi pada hipertensi esensial (Katzung, 2010).

Peningkatan tekanan darah biasanya disebabkan oleh kombinasi berbagai kelainan (multifaktorial). Bukti-bukti epidemiologi menunjukkan adanya faktor keturunan (genetik), ketegangan jiwa, dan faktor lingkungan dan makanan (banyak asupan garam dan kuran asupan kalium dan kalsium)

mungkin sebagai kontributor berkembangnya hipertensi. Tekanan darah tidak meningkat pada orang-orang berumur dengan menu harian berkadar garam rendah. Penderita dengan hipertensi yang labil tampak lebih mungkin untuk mengalami peningkatan tekanan darah setelah makan banyak garam dibanding kontrol normal (Goodman, 2007).

Hipertrofi ventrikel kiri merupakan kompensasi jantung menghadapi tekanan darah tinggi ditambah dengan faktor neuro hormonal yang ditandai oleh penebalan kosentrik otot jantung (hipertrofi konsentrik). Fungsi diastolik akan mulai terganggu akibat dari gangguan relaksasi ventrikel kiri, kemudian disusul oleh dilatasi ventrikel kiri (hipertrofi eksentrik). Rangsangan simpatis dan aktivasi sistem RAA memacu mekanisme Frank-Starling melalui peningkatan volume diastolik ventrikel sampai tahap tertentu dan pada akhirnya akan terjadi gangguan kontraksi myocard (penurunan/gangguan fungsi sistolik) (Panggabean, 2009).

Evaluasi dari pasien hipertensi atau penyakit jantung hipertensi ditunjukkan untuk :

1. Meneliti kemungkinan terjadi hipertensi sekunder
2. Menetapkan keadaan pra pengobatan
3. Menetapkan faktor-faktor yang mempengaruhi pengobatan atau faktor yang akan berubah karena pengobatan
4. Menetapkan kerusakan organ target
5. Menetapkan faktor resiko PJK lainnya (Panggabean, 2009).

Tabel 2.1 Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori	Sistol (mmHg)	Diastol (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (hipertensi ringan)	140-159	90-99
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160-179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110

A. Keluhan dan Gejala

Pada tahap awal, seperti hipertensi pada umumnya kebanyakan pasien tidak ada keluhan. Bila simtomatik, maka biasanya disebabkan oleh

- a. Peninggian tekanan darah itu sendiri, seperti berdebar debar, rasa melayan dan impoten
- b. Penyakit jantung/ hipertensi vaskular seperti cepat lelah, sesak nafas, sakit dada (iskemia miokard atau diseksi aorta), bengkak kedua kaki atau perut. Gangguan vaskular lainnya adalah epistaksis, hematuria, pandangan kabur karenan perdarahan retina, *transient serebral ischemic*.
- c. Penyakit dasar seperti pada hipertensi sekunder : polidipsia, poliuria, dan kelemahan otot pada aldosteronisme primer, peningkatam BB dengan emosi yanglabil pada sindrom cushing (Panggabean, 2009).

B. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dimulai dengan menilai keadaan umum, mempertaikan keadaan khusus. Pengukuran tekanan darah di tangan kiri dan kanan saat tidur dan berdiri, palpasi dan auskultasi arterikarotis untuk menilai stenosis atau oklusi (Panggabean, 2009).

Pemeriksaan jantung untuk mencari pembesaran jantung di tunjukan untuk menilai hipertrifi ventrikel kiri dan tanda tanda gagal jantung. Impuls apex yang prominen. Bunyi jantung S2 yang meningkat akibat kerasnya penutupan katup aorta. Kadang ditemukan murmur diastolik akibat regurgitasi aorta. Bunyi S4 (*gallop atrial* atau peristolik) dapat ditemukan akibat dari peninggian tekanan atrium kiri. Sedangkan bunyi S3 (*gallop ventrikel* atau Protodiastolik) ditemukan bila tekana akhir diastolik ventrikel kiri meningkat akibat dari dilatasi ventrikel kiri. Bila S3 dan S4 ditemukan bersama disebut *summation gallop*. Paru

perlu diperhatikan apakah ada suara nafas tambahan seperti ronki basah atau ronki kering/mengi. Pemeriksaan perut ditunjukkan untuk mencari aneurisma, pembesaran hati, limpa, ginjal, dan asites. Auskultasi bising sekitar kiri kanan umbilikus (*renal artery stenosis*). Arteri radialis, arteri femoralis dan arteri dorsalis pedis harus diraba. Tekanan darah di betis harus diukur minimal sekali pada hipertensi umur muda yaitu kurang dari 30 tahun. (Panggabean, 2009)

C. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan umum hipertensi mengacu kepada tuntunan umum (JNC VII 2003). Pengelolaan lipid agresif dan pemberian asoirin sangat bermanfaat. Pasien hipertensi pasca infark jantung sangat mendapat manfaat pengobatan dengan penyekat beta, penghambat ACE atau antialdosteron. Pasien hipertensi dengan risikoPJK yang tinggi mendapat manfaat dengan pengobatan diuretik, penyekat beta, dan penghambat kalsium. Pasien hipertensi dengan gangguan fungsi ventrikel mendapat manfaat tinggi dengan pengobatan diuretik, ACE/ARB, penyekat bata dan antagonis aldosteron. Bila sudah tahap gagal jantung hhipertensi, maka prinsip pengobatannya sama dengan pengobatan gagal jantung yang lain yaitu diuretik, penghambat ACE/ARB, penghambat beta, dan penghambat aldosteron. (Panggabean, 2009)

2.1.5 Obat Antihipertensi

Semua obat antihipertensi bekerja pada satu atau lebih dari empat lokasi kontrol anatomis dan menghasilkan efeknya dengan mengganggu mekanisme pengaturan tekanan darah yang normal. Suatu klasifikasi yang berguna dari obat-obat ini membaginya dalam kategori berdasarkan tempat pengaturan utama atau mekanisme pada tempat bekerjanya tersebut. Oleh karena mekanisme kerjanya sama, obat-obat dalam setiap kategori cenderung untuk

menghasilkan suatu spektrum toksisitas yang mirip. Katagori karagoti tersebut meliputi :

1. Obat simpatoplejik, yang menurunkan tekan darah dengan cara mengurangi tahanan vaskular tepi, menghambat fungsi jantung, dan meningkatkan pembendungan darah di vena di pembuluh-pembuluh vena kapasitas. (kedua efek terakhir mengurangi curah jantung). Obat ini dibagi lagi menurut tempat kerjanya pada lengkung refleks simpatis.
2. Vasodilator langsung, yang mengurangi tekanan dengan cara merelaksasi otot polos vaskular, sehingga mendilatasi pembuluh resisten dan sampai derajat yang berbeda-beda meningkatkan juga kapasitas.
3. Obat-obat yang menghambat produksi dan kerja angiotensin, dengan demikian mengurangi tahanan vaskular perifer dan (secara potensial) volume darah.

Kenyataan bahwa kelompok obat obat ini bekerja dengan mekanisme berbeda memungkinkan kombinasi obat antihipertensi dari dua kelompok atau lebih dengan peningkatan efek dan pada beberapa kasus dengan pengurangan toksisitas (Katzung, 2010).

A. Ace Inhibitor

Angiotensin II adalah vasokonstriktor kuat yang ada dalam sirkulasi dan penghambatan sintesisnya pada pasien hipertensi menyebabkan penurunan resistensi perifer dan tekanan darah. Inhibitor ACE seperti kaptopril, lisinopril dan Ramipril, ACE Inhibitor tidak mengganggu reflek kardiovaskular dan tidak mempunyai banyak efek samping seperti diureti dan bloker B (Neal, 2006). Perkembangan penghambat *angiotensin converting enzyme* (ACE) sangat maju karena efektif dan kejadian *symptomatic adverse effects* yang rendah. Sayangnya, penghambat ACE menyebabkan terbentuknya bradikinin, yang terlibat dalam patofisiologi angioedema dan batuk kering yang iritatif pada 10-15% pasien yang diterapi dengan obat tersebut (Aziza, 2008). Efek

samping lainnya dari obat ini adalah mual, muntah, diare, pusing, dan beresiko hiperkalemia sehingga obat ini tidak boleh dipakai bersama sama diuretik hemat kalium (Joyce, 2009). Kaptopril merupakan ACE-Inhibitor yang menurunkan tekanan darah dengan menghambat pembentukan angiotensin II di sirkulasi maupun di jaringan. CCB menghambat kalsium masuk ke dalam sel sehingga menyebabkan vasodilatasi, memperlambat laju jantung dan menurunkan kontraktilitas miokard sehingga menurunkan tekanan darah (Baharuddin, 2013).

A.1 Farmakodinamik dan Farmakokinetik

Adanya Ace Inhibitor dalam darah kemudian menghambat konversi angiotensin I menjadi angiotensin II. Sehingga akan menurunkan resistensi pembuluh darah perifer, penurunan tekanan pengisian ventrikel kiri, pengurangan "*preload*" dan "*after load*" serta penggunaan oksigen. Kaptopril berikatan dengan protein plasma sebesar 30% dengan waktu paruh 1,5 – 2 jam dan lama efek pemberian satu kali selama 6-10 jam dan tidak diuraikan di hati (Schmitz, 2009).

A.2 Kaptopril

Kaptopril cepat bekerja dalam tubuh, secara umum kaptopril merupakan obat yang aman untuk hipertensi namun tidak boleh diberikan pada wanita hamil karena beresiko menyebabkan kecacatan atau kematian janin dan memiliki efek samping seperti hiperkalemia, kemerahan pada kulit, gatal dan batuk kering. Dosis kaptopril tersedia dalam kemasan tablet 12,5 mg, 25 mg, dan 50 mg. Kaptopril diberikan dalam dosis 25 mg sebanyak 2-3 kali per hari. Dosis dapat ditingkatkan sesuai dengan respon pengobatan. Dosis untuk hipertensi grade I biasanya 2-3 kali 25-50 mg, sedangkan untuk hipertensi grade II ialah 2-3 kali 50-100 mg. Captopril juga biasa dikombinasikan dengan obat hipertensi lainnya untuk

mencapai goal terapi. Dosis maksimum yang masih diperbolehkan ialah 450 mg per hari (Katzung, 2010).

A.3 Ramipril

Onset kerja 1-2 jam yang diabsorbsi dengan baik oleh saluran cerna dan di metabolisme di hati, kemudian di eliminasi pertama melauai ginjal dan feses. Ramipril memiliki efek samping berupa batuk, sakit kepala, gatal, mual, muntah dan tremor. Ramipril tersedia dalam kemasan kapsul 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg dan 10 mg. Dengan dosis awal adalah 2,5 mg per hari (Katzung, 2010).

A.4 Lisinopril

Onset kerja satu jam yang diabsorbsi dengan baik dan tidak dipengaruhi oleh makanan, kemudian di eksresi melalui urin dalam bentuk obat yang tidak berubah. Lisinopril memiliki efek samping berupa hipotensi, kelelahan, pusing, diare, muntah dan batuk. Lisinopril tersedia dalam bentuk tablet 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg, dan 40 mg. Dianjurkan pemberian dosis lisinopril sebanyak 5 mg per hari (Katzung, 2010).

B. Ca Agonis

Antagonis atau bloker saluran Ca^{2+} menghambat saluran Ca^{2+} yang bergantung-voltase di dalam otot polos vaskular pada konsentrasi yang jauh lebih rendah dibanding yang dibutuhkan untuk mengganggu pelepasan Ca^{2+} intraseluler atau untuk memblok saluran Ca^{2+} yang dioperasikan oleh reseptor. Semua bloker saluran Ca^{2+} seperti amlodipin, diltiazem dan nifedipin bekerja dengan merelaksasi otot polos arteri, tetapi efeknya kecil terhadap sebagian besar jaringan vena, sehingga tidak mempengaruhi *preload* jantung secara signifikan (katzung, 2007). Amlodipin terutama bekerja dengan menghambat masuknya ion kalsium ke dalam sel otot polos pembuluh darah melalui saluran

kalsium tipe L sub unit α_1 , sehingga mengakibatkan vasodilatasi pembuluh darah (Baharuddin, 2013).

B.1 Farmakodinamik dan Farmakokinetik

Cara kerja kanal kalsium tipe L merupakan tipe yang dominan pada otot jantung dan otot polos dan diketahui terdiri dari beberapa reseptor obat. Telah dibuktikan bahwa ikatan nifedipine dan dihidropyridine lainnya terdapat pada satu situs, sedangkan verapamil dan diltiazem diduga mengadakan ikatan pada reseptor yang berkaitan erat, tetapi tidak identik pada regio lainnya. Ikatan obat pada reseptor verapamil atau diltiazem juga mempengaruhi pengikatan dihidropyridine. Region reseptor tersebut bersifat stereoselektif, karena terdapat perbedaan yang mencolok baik dalam afinitas pengikatan stereoisomer maupun potensi farmakologis pada enansiomer verapamil, diltiazem dan kongener nifedipin yang secara optis aktif (Sihombing, 2008).

B.2 Amlodipin

Obat intihipertensi ini dapat di reabsorpsi dengan baik di saluran pencernaan kemudian berikatan dengan protein 93-98%. Lebih dari 90% dimetabolisme di hati dan menjadi metabolit inaktif, selanjutnya obat utuh dan metabolitnya dieksresikan 10% dalam bentuk tidak berubah di dalam urin dan 60% dalam bentuk metabolit. Efek samping dari amlodipin dapat berupa sakit kepala, mual dan gangguan tidur. Dosis pemberian amlodipin sebesar 2,5 – 5 mg sehari sekali dalam bentuk sediaan tablet (Katzung, 2010).

B.3 Diltiazem

Diltiazem berbentuk serbuk kristal berwarna putih yang larut dalam air dan alkohol. Dosis optimum diltiazem HCl berkisar antara 180 - 360 mg per hari dalam dosis terbagi 3 - 4 kali. Diltiazem

bekerja dengan menghambat influx transmembran ion kalsium ekstraselular ke membran sel miokardial dan sel otot polos vaskular, tanpa merubah konsentrasi kalsium dalam serum. Dengan menghambat influx kalsium, diltiazem menghambat proses kontraksi otot jantung dan otot polos vaskular, sehingga melebarkan arteri koroner dan arteri sistemik utama dan menurunkan kontraktilitas miokardial, interaksi obat dapat menyebabkan mulut kerig, sakit kepala, berkeringat dan tremor. Bentuk sediaan tablet 30 mg dan 60 mg (Katzung, 2010).

B.4 Nifedipin

Nifedipin memiliki waktu paruh eliminasi pada dewasa sekitar 2-5 jam dan dieksresi melalui urin dalam bentuk metabolit, obat antihipertensi ini tidak diberikan pada pasien dengan syok kardiogenik dan kehamilan. Efek samping berupa pusing, takikardi dan nyeri mata. Dosis optimum nifedipin 5-10 mg, 3 kali sehari dalam bentuk sediaan kapsul dan tablet (Katzung, 2010).

C. Obat yang mengubah sistem saraf

Obat obat antihipertensi ini menunjukkan pola toksisitas potensial yang berlainan. Obat obat yang menurunkan tekanan darah dengan bekerja pada sistem saraf pusat cenderung menyebabkan sedasi dan depresi mental serta bisa menyebabkan gangguan tidur, termasuk mimpi buruk. Obat obat yang bekerja dengan cara menghambat transmisi melalui ganglion otonom mengakibatkan toksisitas dari hambatan regulasi parasimpatis, sabagai tambahan terhadap blokade simpatis yang hebat. Obat obat yang bekerja terutama dengan pengurangan pelepasan norepinefrin dari ujung ujung saraf simpatis menyebabkan efek yang mirip dengan gejala hambatan ejakulasi dan hipotensi yang diperhebat oleh posisi berdiri dan sehabis latihan (Katzung, 2010).

Obat simpatolegik yang bekerja sentral

Pengaturan tekanan darah yang normal melibatkan neuron neuron adrenergik sentral yang mengatur refleksi baroreseptor. Klonidin menghasilkan efek hemodinamik dengan menurunkan denyut jantung dan curah jantung lebih banyak dibanding dengan metildopa perbedaan ini menunjukkan bahwa kedua obat tidak memiliki tempat kerja yang sama. Kemungkinan mereka bekerja terutama pada populasi neuron yang berbeda pada pusat fasomotor di batang otak (Katzung, 2010).

Metildopa diubah dalam ujung saraf adrenergik menjadi transmittor palsu, metilnorepinefrin α , yang menstimulasi reseptor α_2 pada medula dan menurunkan aliran simpatis. Obat ini sering menyebabkan rasa kantuk dan pada 20% pasien menyebabkan tes antiglobulin (Coombs) positif dan anemia hemolitik yang jarang terjadi. Klonidin menyebabkan *rebound hypertension* bila obat dihentikan mendadak (Neal, 2006).

C.1 Metildopa

Metildopa diberikan secara oral. Sekitar 50% diabsorpsi melalui gastrointestinal, dengan efek antihipertensi maksimal terjadi 4-6 jam setelah pemberian. Durasi antihipertensi 12-24 jam dan eliminasi terjadi bifasik, dengan 95% diekskresikan pada fase awal, sisanya diekskresi lebih lambat dan obat yang tidak terabsorpsi akan diekskresikan melalui feses. Metildopa harus digunakan hati-hati pada pasien dengan riwayat gangguan hati. Obat ini kontraindikasi pada pasien dengan penyakit hati yang aktif seperti sirosis atau hepatitis akut. Dosis pemberian metildopa 3 x 500 mg dengan dosis maksimal 3 gram perhari.

D. Beta Bloker

Beta bloker seperti propranolol, atenolol dan bisoprolol dipakai sebagai obat antihipertensi tahap I atau dikombinasikan dengan diuretik dalam pendekatan tahap II untuk mengobati hipertensi. Ada banyak tipe penghambat beta seperti propranolol menghambat reseptor beta1 dan beta 2 bronkial. Denyut jantung lambat dan timbul bronkokonstriksi. Penyekat beta selektif lebih disukai karna hanya bekerja pada reseptor beta 1, akibatnya tidak timbul bronkokonstriksi. Penghambat beta cenderung lebih efektif untuk menurunkan tekanan darah yang memiliki kadar serum renin yang meningkat (Joyce, 2009).

D.1 Farmakokinetik dan Farmakodinamik

Baik propranolol dan metoprolol diabsorpsi dengan baik oleh saluran cerna. Waktu paruhnya pendek, dan dapat diberikan beberapa kali sehari. Propranolol sangat mudah berikatan dengan protein dan akan bersaing dengan obat lain yang sangat mudah berikatan dengan protein. Beta bloker menghambat rangsangan simpatetik, sehingga menurunkan denyut jantung dan tekanan darah. Penghambat beta tidak selektif menghambat reseptor beta2, yang bisa menyebabkan penyempitan bronkial. Awitan kerja biasanya 30 menit atau kurang, dan lama kerjanya 6 sampai 12 jam. Jika penghambat beta diberikan secara intravena, awitan kerjanya segera, waktu puncaknya 20 menit untuk intravena, dan lama kerjanya 4 sampai 8 jam (Joyce, 2009).

D.2 Propranolol

Penghambat beta pertama yang diresepkan untuk mengobati angina, aritmia jantung, dan hipertensi. Meskipun sampai kini masih dipakai, obat ini mempunyai banyak efek samping seperti mual dan pusing. Obat ini merupakan kontraindikasi bagi klien penderita asma, atau blok jantung derajat dua atau tiga. Propranolol di meta

bolisme dengan ekstensif oleh hati, first-pass hepatic, sehingga hanya sejumlah kecil dari obat yang mencapai sirkulasi sistemik. Propranolol diabsorpsi dengan baik melalui saluran gastrointestinal. Dengan dosis oral 20 mg, 3-4 kali sehari atau 40 mg, 2 kali sehari (Katzung, 2010).

D.3 Atenolol

Atenolol 50 % dosis diabsorpsi setelah pemberian oral. Konsentrasi plasma puncak tercapai dalam 2 - 4 jam dengan kelarutan atenolol dalam lemak yang rendah. Diberikan dengan dosis 50 mg dan 100 mg, efek samping dapat berupa rasa dingin pada ujung anggota tubuh, kelesuan otot dan kadang kadang brakikardi (Katzung, 2010).

E. Angiotensin Reseptor Bloker

Golongan ini merupakan golongan baru yang bekerja pada sistem renin-angiotensin seperti valsartan, kandesartan dan irbesartan. Angiotensin adalah hormon peptida yang berasal dari protein angiotensinogen. Sistem angiotensin melibatkan reaksi yang dikatalisis oleh enzim ACE (Angiotensin-converting enzyme). Sistem renin-angiotensin di ginjal berperan dalam filtrasi glomerulus. Angiotensin II memicu proses fisiologis yang menyebabkan kenaikan tekanan darah arteri dan fungsi renal sehingga terlibat dalam patofisiologi berbagai penyakit seperti hipertensi, hipertrofi jantung, gagal jantung. Antagonis reseptor ini dapat berinteraksi dengan asam amino pada domain transmembran, yang dapat mencegah angiotensin II untuk berikatan dengan reseptornya. Antagonisme terhadap angiotensin II ini menyebabkan sinyal transduksi terhenti dan meniadakan efek efek angiotensin seperti vasokonstriksi (Schmitz, 2009).

E.1 Farmakokinetik dan Farmakodinamik

Antagonis reseptor AT-II adalah zat-zat yang bukan jenis peptida, yang memblokir reseptor Angiotensin II tipe 1 (AT-reseptor) sehingga memblokir efek efek yang diperantai oleh angiotensin II. Obat ini di absorpsi secara cepat dan berikatan dengan protein plasma sebesar >99% dengan waktu paruh 6-9 jam dan dieliminasi di ginjal (Schmitz, 2009).

E.2 Valsartan

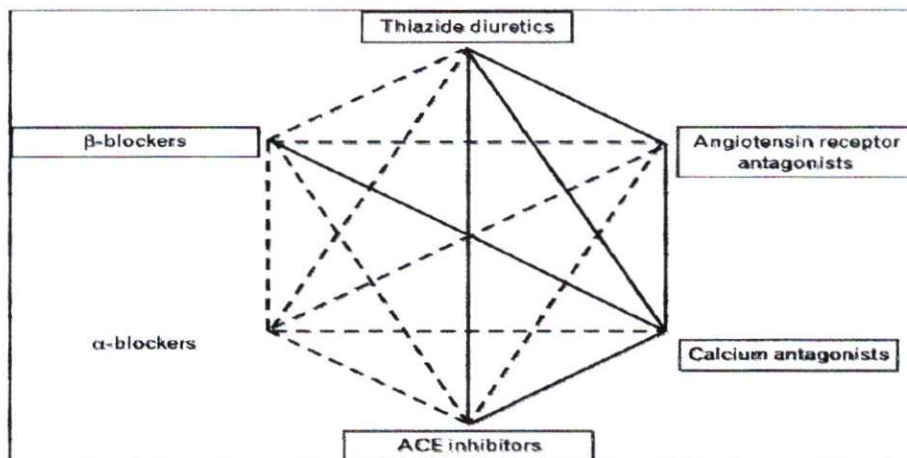
Valsartan merupakan serbuk warna putih, Larut dalam etanol dan metanol dan sedikit larut dalam air. Efek dari valsartan sendiri dapat membuat dilatasi vena dan arteri yang seimbang serta pengurangan pelepasan aldosteron. Pemberian valsartan memberikan efek antihipertensi pada populasi secara luas, termasuk pada kasus hipertensi ringan hingga sedang, dan hipertensi sedang hingga berat, dan juga pada orang tua. Efek samping biasanya ringan, hipotensi simptomatik termasuk pusing dapat terjadi, terutama pada pasien dengan penurunan volume intravaskular. Dosis diberikan 40 mg per oral 2 kali sehari dalam bentuk sediaan tablet (Katzung, 2010).

E.3 Candesartan

Setelah pemberian oral, bioavailabilitas candesartan sebesar 15% hingga 40%. Setelah konsumsi tablet, konsentrasi serum puncak tercapai setelah 3-4 jam. Candesartan dengan cepat dan lengkap diaktivasi melalui hidrolisis ester selama absorpsi dari saluran pencernaan. Candesartan mengalami metabolisme di hati menjadi bentuk metabolit tidak aktif. Pemberian secara oral sampai 32 mg, dengan waktu paruh candesartan sekitar 9 jam (Katzung, 2010).

F. Terapi Kombinasi Untuk Hipertensi

Terapi kombinasi memiliki beberapa keuntungan bila dibandingkan dengan monoterapi. Penggunaan terapi kombinasi dapat meningkatkan keyakinan pasien dan menyederhanakan regimen terapi. Peningkatan kepercayaan dan pengurangan kerumitan dari regimen terapi dapat meningkatkan optimalisasi dari pemberian pengobatan dan ketaatan pasien, sehingga dapat mengurangi salah satu hambatan utama didalam pengobatan terhadap pasien hipertensi. Sebagai tambahan, biaya medis secara langsung dan tak langsung terhadap penanganan tekanan darah tinggi dan hubungannya dengan kejadian komplikasi kardiovaskuler (Sargowo, 2012).

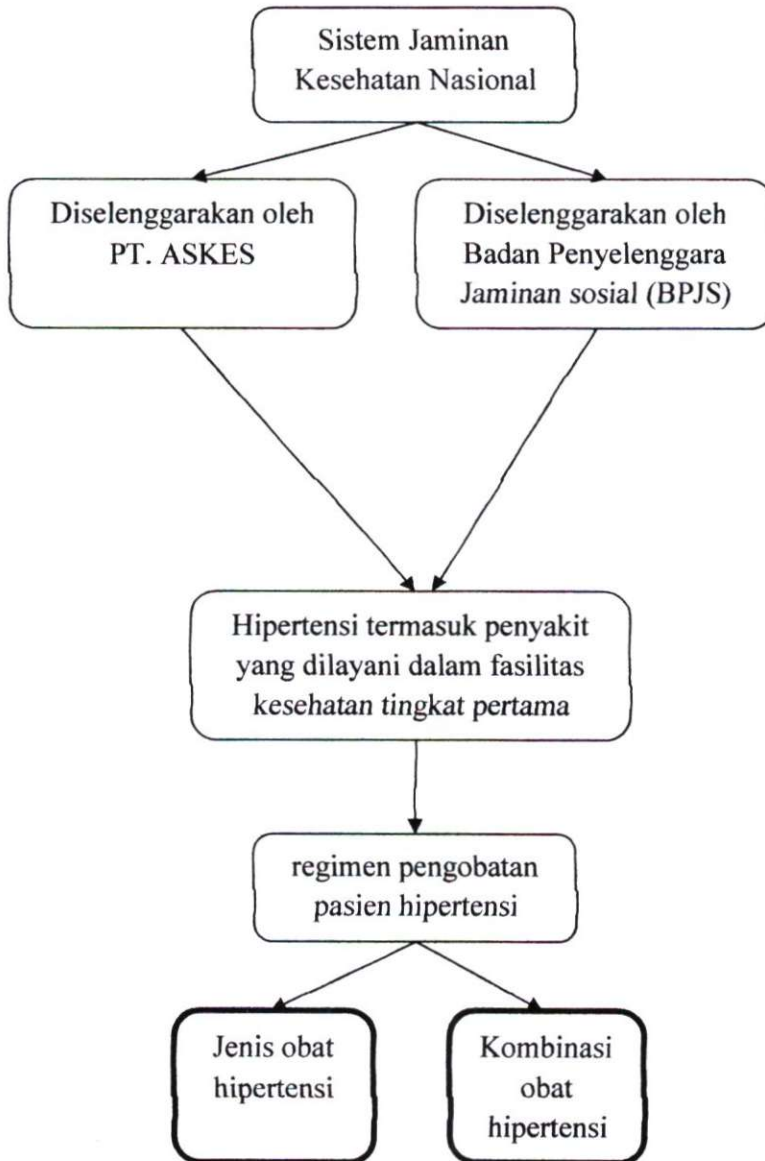


Gambar 2.1 Kombinasi golongan obat antihipertensi

Dari gambar 2.1 bahwa penggunaan kombinasi yang memungkinkan antara golongan obat antihipertensi lebih banyak digunakan golongan Ca Chanel Bloker dibandingkan golongan yang lainnya.

2.2 Kerangka Teori

Dalam penelitian ini, penulis akan mengambil hasil dari rekam medik tentang jenis dan kombinasi obat antihipertensi sebelum dan sesudah implementasi Jaminan Kesehatan Nasional.



Keterangan :



Variabel yang diteliti

Gambar 2.2. Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan adalah penelitian deskriptif.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu : Oktober 2014 – Januari 2015

Tempat : RSUD Palembang BARI

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi yang akan diteliti adalah pasien poliklinik penyakit dalam penderita hipertensi di RSUD Palembang BARI yang menggunakan fasilitas Askes dan BPJS.

3.3.2 Sampel

Sampel penelitian adalah pasien poliklinik penyakit dalam penderita hipertensi yang berobat di RSUD Palembang BARI periode Oktober 2013 – Maret 2014 sebanyak 66 pasien.

3.3.3 Kriteria Inklusi

Pasien poliklinik penyakit dalam penderita hipertensi yang menggunakan fasilitas PT. ASKES bulan Oktober – Desember 2013 dan BPJS bulan Januari – Maret 2014.

3.3.4 Kriteria Eksklusi

Pasien hipertensi dengan penyakit penyerta.

3.3.5 Cara pengambilan sampel

Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*

3.4 Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Jenis obat
2. Kombinasi obat

3.5 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Oprasional

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Jenis	Memiliki ciri (sifat dan turunan) yang khusus dalam obat	Rekam medik	Melihat rekam medik	- Jenis - Golongan	Nominal
2.	Kombinasi obat	Gabungan beberapa obat yang diberikan pada pasien	Rekam medik	Melihat rekam medik	- Tanpa kombinasi - 2 jenis obat - 3 jenis obat - 4 jenis obat	Ordinal

3.6 Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data penelitian yaitu dengan melihat data sekunder berupa data rekam medik penderita hipertensi periode Oktober 2013 sampai dengan Maret 2014, buku rekam medik mencatat nomer registrasi pasien kemudian dari rekam medik tersebut data dikumpulkan.

3.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.7.1 Cara Pengolahan Data

Data yang diperoleh dari rekam medik pasien penderita hipertensi di RSUD Palembang BARI periode Oktober 2013 sampai dengan maret 2014 diklasifikasikan kedalam masing-masing variabel kemudian dimasukan di tabel sehingga mempermudah dalam menganalisa dan pembahasan selanjutnya serta diolah dan disajikan dalam bentuk tabel frekuensi, diagram dan narasi.

3.7.2 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan adalah univariat (analisis deskriptif) dengan mendeskripsikan variasi seluruh variabel yang digunakan dengan cara membuat tabel distribusi frekuensi untuk mengetahui regimen pengobatan penderita hipertensi sebelum dan sesudah implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI periode Oktober 2013 – Maret 2014.

3.8 Alur Penelitian



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Jumlah Seluruh Pasien Hipertensi Tahun 2013-2014

Bulan	Laki-laki	Perempuan	Total
Oktober	66	81	147
Noveber	71	99	170
Desember	61	92	153
Januari	62	75	137
Februari	50	74	124
Maret	52	56	108

Tabel 4.2 Jumlah Seluruh Pasien Hipertensi Menggunakan Fasilitas Askes Dan BPJS 2013-2014

Bulan	Laki-laki	Perempuan	Total
Oktober	36	39	75
Noveber	27	46	73
Desember	36	46	82
Januari	40	48	88
Februari	36	60	96
Maret	41	46	87

Penelitian ini dilakukan di RSUD Palembang BARI yang merupakan rumah sakit umum milik pemerintah kota Palembang. Penelitian ini dilakukan pada tanggal 10 – 15 November 2014 dengan mengambil data dari rekam medik pasien hiperensi di RSUD Palembang BARI. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Regimen Pengobatan Penderita Hipertensi Sebelum dan Setelah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI. Populasinya adalah semua penderita hipertensi yang berobat menggunakan fasilitas Askes pada bulan Oktober – Desember 2013 dan BPJS kesehatan pada Januari – Maret 2014. Alat ukur menggunakan data rekam medik, dan sampel yang diambil sebanyak 66 sampel.

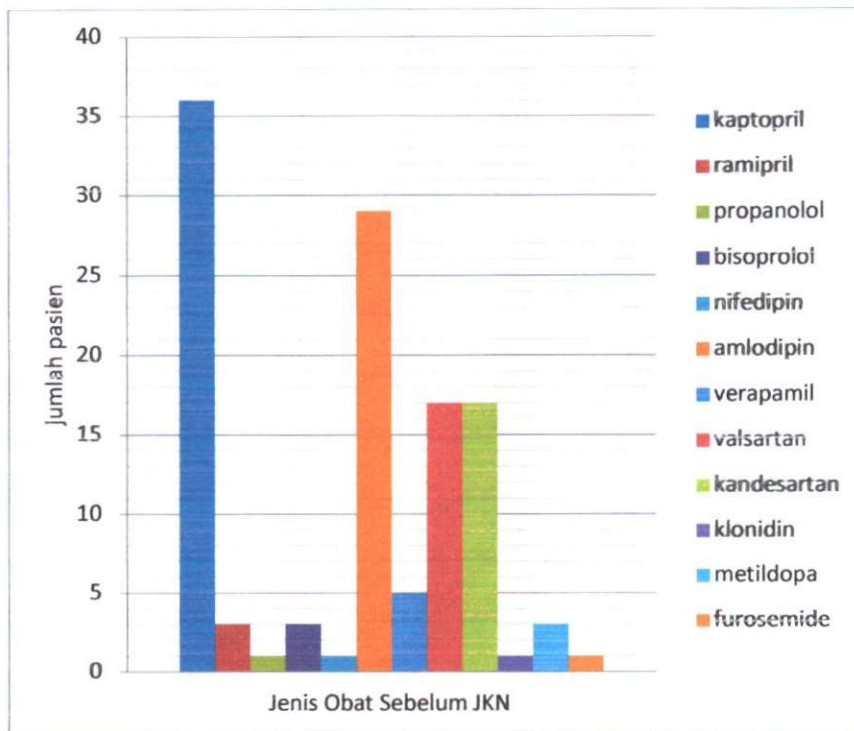
4.2. Hasil Penelitian

Berikut ini adalah hasil dan pembahasan berdasarkan tujuan penelitian.

4.2.1 Jenis Obat antihipertensi Sebelum dan Setelah program JKN

A. Jenis Obat antihipertensi Sebelum JKN

Distribusi frekuensi jenis obat antihipertensi dapat dilihat di grafik di bawah ini.

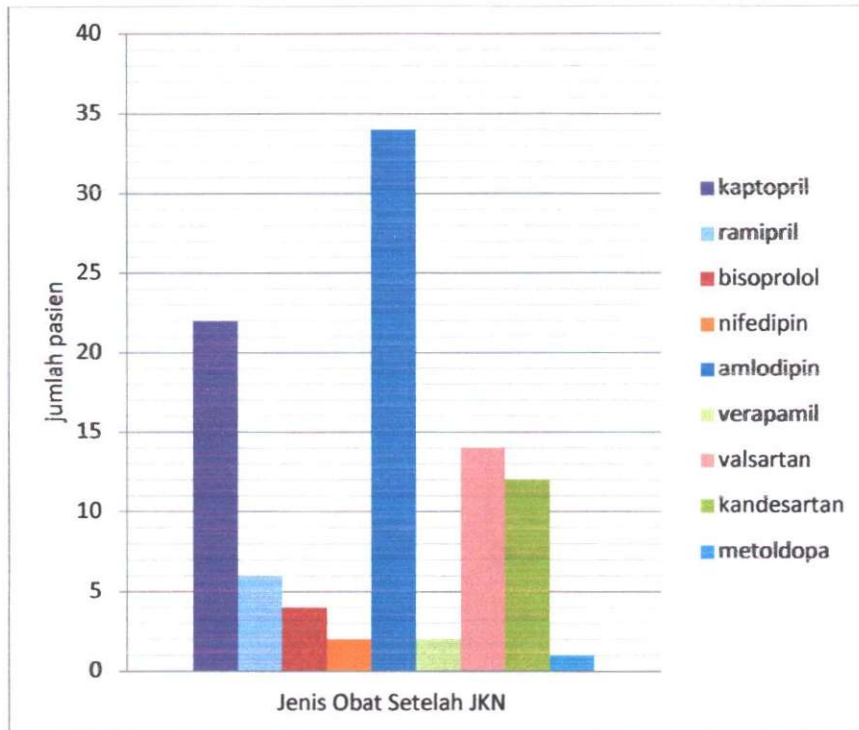


Grafik 1. Distribusi Frekuensi Jenis Obat Antihipertensi Sebelum JKN

Pada Grafik 1. diatas dapat dilihat bahwa dari 66 pasien frekuensi penggunaan jenis obat antihipertensi sebelum JKN adalah Kaptopril yaitu sebanyak 36 pasien (54,54%), kemudian Ramipril sebanyak 3 pasien (4,54%), propanolol sebanyak 1 pasien (1,5%), kemudian bisoprolol sebnyak 3 pasien (4,54%), nifedipin sebanyak 1 pasien (1,5%), amlodipin sebanyak 29 pasien (44%), selanjutnya verapamil sebanyak 5 pasien (7,5%), valsartan sebanyak 17 pasien (26%) dan kandesartan sebanyak 17 pasien (26%), klonidin sebanyak 1 pasien (1,5%), metildopa sebanyak 3 pasien (4,54%) dan furosemid 1 pasien (1,5%).

B. Jenis Obat antihipertensi Setelah JKN

Distribusi frekuensi jenis obat antihipertensi dapat dilihat di grafik di bawah ini.

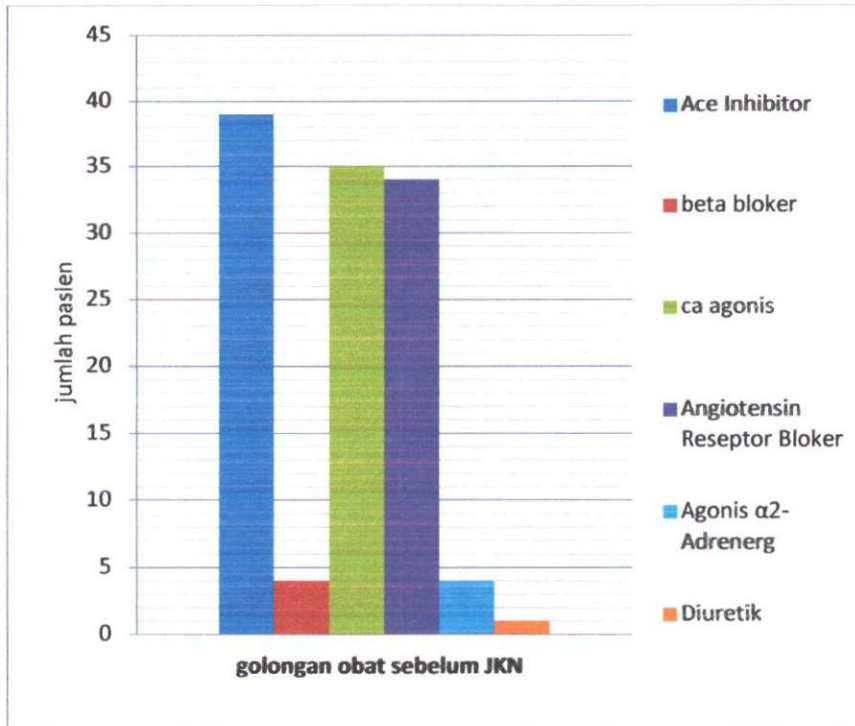


Grafik 2. Distribusi Frekuensi Jenis Obat Antihipertensi Setelah JKN

Pada Grafik 2. diatas dapat dilihat bahwa dari 66 pasien frekuensi penggunaan jenis obat antihipertensi setelah JKN adalah kaptopril sebanyak 22 pasien (33,3%), ramipril sebanyak 6 pasien (9%), bisoprolol sebanyak 4 pasien (6%), nifedipin sebanyak 2 pasien (3%), kemudian Amlodipin sebanyak 34 pasien (51,5%), verapamil sebanyak 2 pasien (3%), diikiuti valsartan sebanyak 14 pasien (21,2%), kandesartan sebanyak 12 pasien (18%) dan metildopa sebanyak 1 pasien (1,5%).

C. Golongan Obat antihipertensi sebelum JKN

Distribusi frekuensi golongan obat antihipertensi dapat dilihat di grafik di bawah ini.

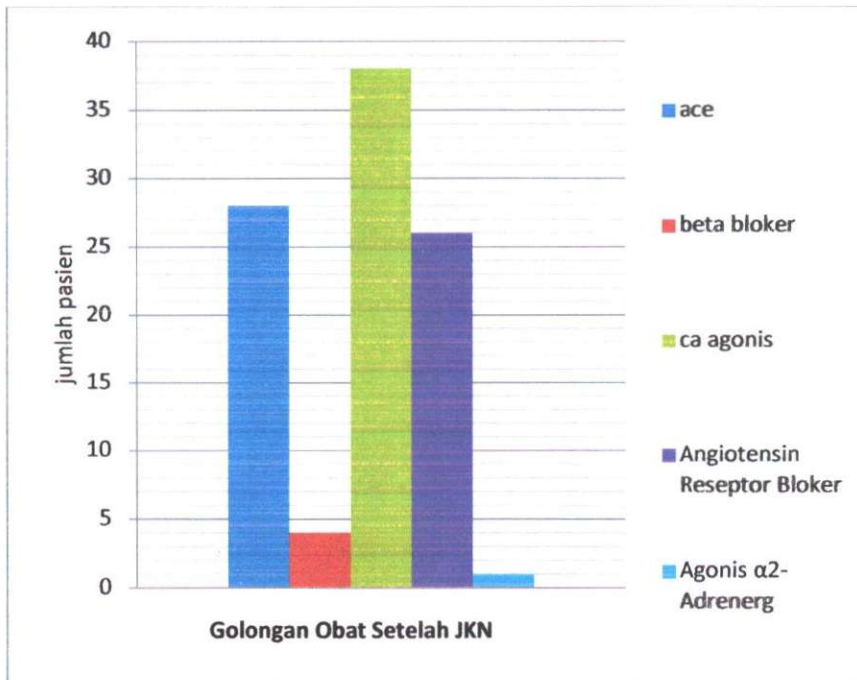


Grafik 3. Distribusi Frekuensi Golongan Obat Antihipertensi Sebelum JKN

Pada Grafik 3. dapat dilihat bahwa dari 66 pasien frekuensi penggunaan golongan obat antihipertensi sebelum JKN adalah Ace Inhibitor yaitu sebanyak 39 pasien (59%), kemudian Beta Bloker sebanyak 4 pasien (6%), Ca Agonis sebanyak 35 pasien (53%), Angiotensin Reseptor Bloker sebanyak 34 pasien (51,%), Agonis α 2 sebanyak 4 pasien (6%), dan diuretik sebanyak 1 pasien (1,5%).

D. Golongan Obat antihipertensi Setelah JKN

Distribusi frekuensi golongan obat antihipertensi dapat dilihat di tabel dan diagram di bawah ini.



Grafik 4. Distribusi Frekuensi Golongan Obat Antihipertensi Setelah JKN

Pada grafik 4. dapat dilihat bahwa dari 66 pasien frekuensi penggunaan golongan obat antihipertensi setelah JKN adalah Ace Inhibitor sebanyak 28 pasien (42,4%), Beta Bloker sebanyak 4 pasien (6%), Ca Channel Bloker yaitu sebanyak 38 pasien (57,5%), kemudian, Angiotensin Reseptor Bloker sebanyak 26 pasien (39,3%), dan Agonis α 2 sebanyak 1 pasien (1,5%).

4.2.2 Kombinasi Obat antihipertensi Sebelum dan Sesudah Program JKN

A. Kombinasi obat antihipertensi sebelum JKN

Distribusi frekuensi kombinasi obat antihipertensi dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Kombinasi Obat Antihipertensi Sebelum JKN

Kombinasi obat antihipertensi sebelum JKN	N	%
Tanpa kombinasi	27	41
Dua Jenis Obat		
- Ca Channel Bloker + ACE Inhibitor	14	21,2
- Ca Channel Bloker + ARB	8	12,2
- Ca Channel Bloker + α bloker	2	3,1
- ACE Inhibitor + ARB	3	4,5
- ARB + β bloker	1	1,5
- ACE Inhibitor + Diuretik	1	1,5
Tiga Jenis Obat		
- Ca Channel Bloker + ARB + ACE Inhibitor	7	10,5
- Ca Channel Bloker + β Bloker + ACE Inhibitor	1	1,5
Empat Jenis Obat		
- 2 ARB + Ca Channel Bloker + ACE Inhibitor	2	3
Total	66	100

Pada tabel 4.3 dapat dilihat bahwa dari total 66 pasien, frekuensi pemberian kombinasi obat antihipertensi sebelum JKN adalah tanpa Kombinasi sebanyak 27 pasien (41%), 2 jenis obat yaitu sebanyak 29 pasien (44%), kombinasi 3 jenis obat sebanyak 8 pasien (12%), terakhir 4 jenis obat sebanyak 2 pasien (3%).

B. Kombinasi obat antihipertensi setelah JKN

Distribusi frekuensi kombinasi obat antihipertensi dapat dilihat di tabel di bawah ini.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Kombinasi Obat Antihipertensi Setelah JKN

Kombinasi obat antihipertensi setelah JKN	N	%
Tanpa kombinasi	41	62
Dua Jenis Obat		
- Ca Chanel Bloker + Ace Inhibitor	10	15
- Ca Chanel Bloker + ARB	4	6
- Ca Chanel Bloker + β Bloker	2	3
- ARB + Ace Inhibitor	2	3
- ARB + α Bloker	1	1,5
Tiga Jenis Obat		
- Ca Chanel Bloker + Ace Inhibitor + ARB	5	7,5
- 2 ARB + Ca Chanel Bloker	1	1,5
Total	66	100

Pada tabel 4.4 dapat dilihat bahwa dari total 66 pasien, frekuensi pemberian kombinasi obat antihipertensi setelah JKN adalah tanpa kombinasi yaitu sebanyak 41 pasien (62%), 2 jenis obat sebanyak 19 pasien (29%), dan 3 jenis obat sebanyak 6 pasien (9%).

4.3 Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada penderita Hipertensi di RSUD Palembang BARI pada periode Oktober 2013 – maret 2014 diperoleh sebagai berikut :

Pada Grafik 1. distribusi frekuensi jenis obat antihipertensi sebelum JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan penggunaan jenis obat antihipertensi paling banyak diberikan ke pasien hipertensi adalah kaptopril yaitu sebanyak 36 pasien (54,5%), kemudian amlodipin sebanyak 29 pasien (44%), sedangkan valsartan dan kandesartan sebanyak 17 pasien (26%), verapamil sebanyak 5 pasien (7,5%), ramipril, bisoprolol dan metildopa sebanyak 3 pasien (4,5%),

terakhir propanolol, nifedipin, klonidin dan flurosemid sebanyak 1 pasien (1,5%). Kaptopril paling banyak diberikan terhadap pasien karena memiliki beberapa kelebihan seperti menurunkan tahanan vaskular sistemik tanpa meningkatkan frekuensi jantung, dan mengurangi preload dan afterload pada pasien yang asimtomatik, meperlambat dilatasi ventrikel sehingga menunda onset klinis gagal jantung (katzung, 2010). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Setiawardani (2007) didapatkan penggunaan obat antihipertensi yang paling banyak digunakan pada pasien hipertensi di rawat jalan RSUP Dr. Sardjito adalah kaptopril yaitu sebanyak 71 pasien atau 78,89%.

Pada Grafik 2. frekuensi jenis obat antihipertensi setelah JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan penggunaan jenis obat antihipertensi paling banyak diberikan ke pasien hipertensi adalah amlodipin yaitu sebanyak 34 pasien (51,5%), kemudian kaptopril sebanyak 22 pasien (33,3%), sedangkan valsartan sebanyak 14 pasien (21,2%), kandesartan sebanyak 12 pasien (18%), ramipril sebanyak 6 pasien (9%), bisoprolol sebanyak 4 pasien (6%), nifedipin dan verapamil sebanyak 2 pasien (3%), terakhir metildopa sebanyak 1 pasien (1,5%). Pemberian Amlodipin dengan dosis hanya sekali sehari karena obat penyekat kalsium lepas lambat atau penyekat kalsium dengan waktu paruh yang lama lebih direkomendasikan karena akan menghasilkan pengendalian tekanan darah yang lebih halus dan lebih cocok untuk terapi hipertensi kronik serta meningkatkan kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat (katzung, 2007). Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Christy (2010) menunjukkan obat yang paling banyak digunakan di RS Islam Klaten adalah amodipin sebanyak 27,5%. Hasil tersebut mendukung bahwa penggunaan obat yang paling banyak setelah era JKN adalah amlodipin.

Pada Grafik 3. distribusi frekuensi golongan obat antihipertensi sebelum JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan penggunaan golongan obat antihipertensi paling banyak adalah ACE Inhibitor yaitu sebanyak 39 pasien (59%), kemudian Ca Agonis sebanyak 35 pasien (53%), Angiotensin Reseptor Bloker sebanyak 34 pasien (51,5%), sedangkan Beta Bloker dan Agonis α 2

sebanyak 4 pasien (6%). Di Indonesia tenaga medis lebih senang memberikan obat – obat golongan ACE inhibitor, karena obat ini memiliki beberapa keuntungan, diantaranya meningkatkan kepatuhan pasien, memperbaiki fungsi ventrikel jantung pada pasien hipertrofi ventrikel kiri serta menurunkan mortalitas dan morbiditas (Dominius, 2013). Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hal yang sama bahwa golongan obat antihipertensi yang paling banyak digunakan adalah ACE Inhibitor yaitu sebesar 51,06% dari total penggunaan obat antihipertensi di RS Panti Wilasa Citarum (Kusyono, 2004)

Pada Grafik 4. distribusi frekuensi golongan obat antihipertensi setelah JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan penggunaan golongan obat antihipertensi paling banyak adalah Ca Chanel Bloker yaitu sebanyak 38 pasien (57,7%), kemudian Ace Inhibitor sebanyak 28 pasien (42,4%), Angiotensin Reseptor Bloker sebanyak 26 pasien (39,3%), sedangkan Beta Bloker sebanyak 4 pasien (6%) dan terakhir Agonis α_2 sebanyak 1 pasien (1,5%). Kerja Ca channel bloker menurunkan kalsium intra sel sehingga menurunkan influks kalsium dalam otot jantung sehingga menurunkan laju, kontraktilitas, dan kebutuhan oksigen. Dan juga Ca Chanel Bloker dapat menurunkan aliran kalsium transmembran yang nyata sehingga menghasilkan relaksasi otot polos yang bertahan lama, penurunan kecepatan pacu jantung nodus sinus dan kecepatan konduksi nodus atrioventikular (katzung, 2010). Menurut penelitian sebelumnya, Christy (2010) juga menyatakan bahwa golongan obat terbanyak yang digunakan di RS Islam Klaten adalah golongan Ca Chanel Bloker sebanyak 36,1%.

Pada Tabel 4.3 distribusi frekuensi kombinasi obat antihipertensi sebelum JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan kombinasi obat antihipertensi paling banyak adalah 2 jenis obat sebanyak 29 pasien (44%), Tanpa Kombinasi sebanyak 27 pasien (41%), kombinasi 3 jenis obat sebanyak 8 pasien (12%), terakhir 4 jenis obat sebanyak 2 pasien (3%). Penggunaan terapi kombinasi dapat meningkatkan keyakinan pasien dan menyederhanakan regimen terapi. Peningkatan kepercayaan dan pengurangan kerumitan dari regimen terapi dapat meningkatkan optimalisasi dari pemberian pengobatan dan ketaatan pasien,

sehingga dapat mengurangi salah satu hambatan utama didalam pengobatan terhadap pasien hipertensi (Sargowo, 2012). Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan Ayu (2008) juga mendapatkan hasil yang sama, bahwa jenis terapi hipertensi terbanyak di RSUD Dr. H. Abdul Muluk Bandar Lampung adalah 2 kombinasi obat sebanyak 59,1%.

Pada tabel 4.4 distribusi frekuensi kombinasi obat antihipertensi setelah JKN di RSUD Palembang BARI didapatkan kombinasi obat antihipertensi paling banyak adalah tanpa kombinasi sebanyak 41 pasien (62%), 2 jenis obat sebanyak 19 pasien (29%), dan 3 jenis obat sebanyak 6 pasien (9%), terakhir 4 kombinasi tidak ditemukan. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan Sari (2014) juga menunjukkan penggunaan obat paling banyak di RSUD dr. Moewardi Surakarta berupa tanpa kombinasi sebanyak 33 pasien (49,25%) namun persentasenya lebih rendah dari penelitian ini.

Pada sebelum dan setelah JKN, penggunaan kombinasi obat paling banyak diberikan adalah Ca Chanel Bloker + Ace Inhibitor sebelum JKN sebanyak 14 pasien (21,2%) dan setelah JKN sebanyak 10 pasien (15%) hal ini dikarenakan Kombinasi dari Ca Chanel Bloker + Ace Inhibitor telah menunjukkan efek penurunan tekanan darah yang lebih besar bila dibandingkan dengan penggunaan monoterapi. Kombinasi Ca Chanel Bloker + Ace Inhibitor telah menunjukkan penurunan tekanan darah yang efektif pada pasien hipertensi, memberikan kenyamanan pada pasien dengan dosis satu kali perhari dan tidak memerlukan penambahan dosis sehingga mengurangi efek samping (Sargowo, 2012). dan dapat dilihat dari gambar 2.1 bahwa penggunaan kombinasi yang memungkinkan antara golongan obat antihipertensi lebih banyak digunakan golongan Ca Chanel Bloker dibandingkan golongan yang lainnya. Dalam hal ini juga metode pembayaran perkapita yang diterapkan BPJS memberikan sisi positif untuk pasien karena pasien cenderung menerima layanan dan intervensi yang diperlukan, serta tidak terjadi pengobatan berlebihan dan intervensi yang tidak perlu (PBIDI, 2013).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Jumlah penggunaan jenis obat antihipertensi yang tertinggi sebelum JKN di RSUD Palembang BARI adalah Kaptopril sebanyak 36 pasien (54,5%).
2. Jumlah penggunaan jenis obat antihipertensi yang tertinggi setelah JKN di RSUD Palembang BARI adalah Amlodipin sebanyak 34 pasien (51,5%).
3. Golongan obat antihipertensi yang tertinggi sebelum JKN adalah Ace inhibitor sebanyak 39 pasien (59%).
4. Golongan obat antihipertensi yang tertinggi setelah JKN adalah Ca Channel Bloker sebanyak 38 pasien (57,5%).
5. Kombinasi obat antihipertensi yang tertinggi setelah JKN adalah 2 jenis obat sebanyak 29 pasien 44%.
6. Kombinasi obat antihipertensi yang tertinggi setelah JKN adalah tanpa kombinasi atau penggunaan obat tunggal sebanyak 41 pasien 62%.

5.2 Saran

1. Bagi klinisi, pemberian obat hipertensi sebaiknya memberikan obat sesuai dengan kebutuhan pasien sehingga memberikan sisi positif untuk pasien.
2. Bagi peneliti, agar penelitian yang akan datang mencari lebih dalam mengenai regimen pengobatan pasien hipertensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aziza, L. 2008. Terapi Hipertensi di Masa Depan. *Majalah kedokteran Indonesia* Vol. 58 nomer 2. Jakarta.
- Ayu, H. 2008. Tinjauan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Rawat Jalan di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung. Lampung.
- Baharuddin. 2013. Perbandingan Efektivitas dan Efek Samping Obat Antihipertensi Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. Indonesia.
- Budisetio, M. 2001. Pencegahan dan Pengobatan Hipertensi pada Penderita Usia Dewasa. Jakarta.
- Christy. 2010. Penggunaan Obat Hipertensi di Rumah Sakit Islam Klaten, Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2012. Hipertensi di Indonesia. (<http://www.Depkes.go.id/index.php?vw=2&id=1909>.)
- Dominius, A. 2013. Rasionalitas Penggunaan Obat Antihipertensi Golongan Angiotensin Coverting Enzim (ACE) Inhibitor Pada Puskesmas Kecamatan Sungai Durian. Indonesia.
- Goodman and Gilman. 2007. Dasar Farmakologi Terapi (edisi 10). EGC, Jakarta, Indonesia.
- Hamzah, D. F. 2012. Gambaran Penatalaksanaan Diet Jantung dan Status Gizi Pasien Penderita Hipertensi Komplikasi Penyakit Jantung yang Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Bandung Medan Tahun 2012. (repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/33410/5/Chapter%20I.pdf, diakses 4 september 2014)
- Ikawati, Z. 2008. Keamanan Pemakaian Obat Antihipertensi Di Poliklinik Usia Lanjut RS. Dr. Sardjito. Yogyakarta.
- Joyce, K. Evelyn, R. 2009. Farmakologi, EGC, Jakarta, Indonesia.
- Katzung, G. B. 2010. *Basic and clinical pharmacology* (edisi 10). Terjemahan Oleh: Aryandhito, W. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 378 Tahun 2013 tentang DPHO. Sekretariat Negara. Jakarta.

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 328 Tahun 2014 tentang Fornas. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Kusyono, W. S. 2004. Pola Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Penderita Hipertensi Rawat Inap Di RS. Panti Wilasa Citarum Semarang Pada Tahun 2003. Indonesia
- Neal, M. 2006. *At a Glance* Farmakologi Medis (edisi 5). Terjemahan Oleh: Surapsari, J. EMS, Jakarta, Indonesia.
- Panggabean, M. 2009. Penyakit Jantung Hipertensi. Dalam : Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. EGC, Jakarta, Indonesia.
- PBIDI. 2013. Metode Membayar Dokter Layanan Primer Dalam Era JKN. Malang. Indonesia
- Rahajeng, E. dan Tuminah, S. 2009. *Prevalensi Hipertensi dan Determinannya di Indonesia*.
- Sargowo, D. 2012. *Single Pill Combination in Antihypertensive Therapy*. Indonesia
- Sari, T. 2014. Rasionalitas Penggunaan Obat Antihipertensi dan Outcome Terapi pada pasien Hipertensi Di Poliklinik Penyakit Dalam RSUD Dr Moewardi Surakarta, Indonesia
- Schmitz, G. Lepper, H. Heidrich, M. 2009. *Farmakologi dan Toksologi*, EGC, Jakarta, Indonesia.
- Setiawardani, B., Rahmawati, F. dan Hanifah, S., 2007. *Evaluasi Penggunaan Obat Antihipertensi Pada pasien Geriatri Rawat Jalan Di RSUP Dr. Sardjito Periode Januari - Desember 2006*. Indonesia
- Sihombing, R. 2008. *Pengobatan Angina Pectoris Menggunakan Calcium Channel Blocker*, Indonesia
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Sekretariat Negara. Jakarta.

Lampiran 1. Data Rekam Medik

No	Nomor Rekam Medik	Nama / JK / Usia (Tahun)	Tanggal	Tekanan Darah	Obat Yang Diberikan
1	401832	R A L 57	11-10-13	150/100	Captopril
			20-01-14	110/80	Captopril
2	401782	H N L 61	09-10-13	160/90	Valsartan
			01-03-14	140/90	Valsartan
3	401906	N P 53	30-12-13	150/100	Captopril
			11-02-14	160/90	Candesartan
4	401613	R M L 58	02-10-13	140/80	Captopril Amlodipin
			08-01-14	150/100	Captopril Ramipril
5	402092	R R L 56	23-10-13	140/80	Captopril
			07-03-14	150/100	Captopril
6	403410	H L 51	16-12-13	160/100	Captopril Amlodipin
			02-01-14	140/80	Amlodipin
7	403395	S L 62	16-12-13	130/90	Amlodipin Metildopa Captopril
			12-01-14	140/90	Amlodipin
8	402267	F L 55	30-12-13	180/110	Amlodipin Kaptopril
			15-01-14	180/110	Amlodipin Kaptopril
9	403488	D S L 53	19-12-13	180/100	Amlodipin Kaptopril
			05-03-14	120/80	Amlodipin
10	402679	S L 56	12-11-13	160/100	Captopril
			22-01-14	150/100	Captopril
11	401305	L L 82	22-10-13	160/100	Captopril Amlodipin
			17-01-14	140/80	Captopril Amlodipin
12	400934	M F L 50	24-10-13	140/90	Valsartan
			27-03-14	190/90	Amlodipin Ramipril Valsartan
13	400901	M T L 57	02-09-13	180/110	Valsartan
			15-01-14	200/100	Valsartan
14	400874	M L 64	02-09-13	160/90	Ramipril
			03-01-14	140/80	Amlodipin
15	395709	C P 35	27-09-13	140/80	Captopril Furosemid
			09-01-14	140/90	Amlodipin Captopril Valsartan
16	388468	N P 72	12-09-13	150/80	Captopril

					15-01-14	170/80	Amlodipin
17	385768	W	L	74	03-12-13	160/90	Amlodipin Captopril Valsartan
					25-02-14	140/80	Amlodipin
18	378129	M	P	68	08-10-13	140/80	Captopril Valsartan
					15-01-14	140/80	Amlodipin
19	374756	MR	P	50	29-11-13	140/90	Bisoprolol
					14-03-14	120/80	Bisoprolol
20	367521	D	P	57	22-11-13	120/80	Valsartan
					14-03-14	130/90	Valsartan
21	367143	S	L	60	03-10-13	130/90	Captopril
					06-02-14	110/70	Captopril
22	366018	HT	L	49	07-11-13	210/100	Amlodipin Valsartan Captopril
					13-01-14	180/100	Amlodipin Valsartan
23	358620	S	P	53	16-12-13	210/100	Captopril Amlodipin
					22-01-14	140/90	Captopril
24	358685	L	P	57	14-11-13	130/80	Captopril Amlodipin
					12-01-14	130/90	Amlodipin
25	364809	DA	P	58	03-10-13	170/100	Bisoprolol
					11-01-14	160/90	Amlodipin
26	361825	A	P	59	26-11-13	140/80	Captopril Amlodipin
					12-02-14	200/110	Amlodipin
27	357609	R	P	75	02-10-13	140/80	Captopril
					06-01-14	150/90	Captopril
28	349917	Hj. M	P	71	09-12-13	120/70	Klonidin
					27-03-14	120/70	Amlodipin
29	348163	IN	L	59	12-12-13	150/80	Captopril Valsartan Amlodipin
					11-01-14	220/100	Captopril Valsartan Amlodipin
30	346821	N	P	62	26-12-13	130/90	Ramipril
					20-03-14	150/90	Bisoprolol
31	343682	T	P	66	14-11-13	100/80	Captopril
					20-03-14	120/90	Ramipril Nifedipin
32	349499	M	P	33	03-10-13	170/100	Amlodipin Kandesartan Ramipril Valsartan
					04-02-14	180/100	Valsartan
33	339917	N	P	48	18-10-13	150/100	Captopril

					09-01-14	130/90	Captopril
34	337216	F	P	64	07-10-13	120/70	Metildopa Verapamil
					11-02-14	110/70	Verapamil
35	336772	S	L	75	15-10-13	130/80	Captopril Amlodipin Propanolol
					06-02-14	130/80	Amlodipin
36	333552	S	P	52	12-10-13	160/90	Valsartan Amlodipi
					15-01-14	160/90	Valsartan Amlodipin Candesartan
37	348163	N I	L	59	12-12-13	150/80	Amlodipin Valsartan
					29-03-14	130/80	Captopril Valsartan
38	339785	A B	L	70	02-11-13	160/90	Amlodipin Candesartan
					06-02-14	140/90	Amlodipin Candesartan
39	328030	R	P	72	03-10-13	170/100	Metildopa Amlodipin
					17-02-14	140/80	Candesartan Amlodipin
40	403064	H	P	61	31-12-13	160/100	Candesartan Verapamil
					08-02-14	130/90	Amlodipin
41	403141	R	P	73	02-12-13	160/90	Amlodipin Captopril
					13-01-14	190/80	Amlodipin
42	402290	M K	P	61	05-12-13	100/90	Captopril Amlodipin Candesartan
					02-01-14	140/70	Captopril Amlodipin Candesartan
43	402155	Z	L	51	08-11-13	180/100	Amlodipin Captopril
					07-02-14	160/90	Amlodipin Captopril
44	401794	E D	P	50	10-10-13	150/90	Candesartan Valsartan
					12-02-14	150/90	Candesartan Valsartan
45	401612	N	P	59	08-11-13	210/110	Kandesartan
					16-01-14	240/120	Amlodipin Captopril Valsartan
46	401666	U K	P	51	07-11-13	160/100	Valsartan Captopril
					30-01-14	140/90	Valsartan

							Captopril
47	400222	L	P	63	05-09-13	120/80	Candesartan Valsartan
					02-01-14	120/80	Valsartan
48	400934	M F	L	51	24-10-13	190/90	Candesartan
					27-03-14	140/90	Amlodipin Ramipril
49	400189	H S	L	47	10-12-13	120/80	Valsartan
					26-03-14	130/80	Candesartan Metildopa
50	400655	D K	L	66	22-09-13	180/90	Amlodipin Candesartan
					26-03-14	160/90	Amlodipin Candesartan
51	400615	N	P	63	20-11-13	160/90	Candesartan Verapamil
					22-01-14	110/90	Candesartan
52	401599	N H	P	48	03-10-13	190/100	Candesartan Amlodipin
					22-01-14	140/80	Amlodipin Ramipril
53	363718	M A	P	41	24-12-13	150/80	Candesartan
					24-01-14	150/80	Candesartan
54	379399	P A K	L	44	05-09-13	180/90	Captopril
					13-03-14	130/90	Candesartan
55	317987	T	P	56	13-12-13	110/80	Bisoprolol
					06-02-14	130/80	Bisoprolol Verapamil
56	319724	S	P	47	21-10-13	130/90	Nifedipin
					03-02-14	130/90	Nifedipin
57	020006	D E	L	71	30-12-13	180/90	Candesartan
					14-02-14	130/70	Candesartan
58	043573	D	P	43	29-10-13	120/50	Valsartan Amlodipin
					15-02-14	120/70	Amlodipin
59	011070	Z S	L	62	13-11-13	130/90	Captopril Amlodipin
					03-03-14	150/90	Captopril Amlodipin
60	065565	D A	L	61	02-12-13	110/70	Captopril
					08-02-14	120/70	Ramipril
61	077637	S	L	56	23-10-13	150/90	Captopril Candesartan
					09-01-14	160/110	Amlodipin Bisoprolol
62	073847	T I	P	77	18-11-13	120/90	Captopril Amlodipin Candesartan Valsartan
					24-02-14	180/100	Captopril Amlodipin

63	077561	H N H	L	67	26-11-13	130/90	Captopril Amlodipin
					02-01-14	110/70	Captopril
64	677875	F	L	50	10-10-13	130/70	Captopril Verapami
					15-01-14	120/70	Captopril
65	079673	M	P	67	17-10-13	180/100	Amlodipin Candesartan Verapamil
					08-01-14	150/90	Amlodipin
66	081527	S	L	68	03-10-13	140/90	Captopril Candesartan Amlodipin
					11-01-14	150/90	Captopril



KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

MAHASISWA : Eldhi Aprian
: 702011027

PEMBIMBING I : dr. Ayus Astoni Sp. PD
PEMBIMBING II : dr. Yessi Astri M. Kes

TITLE SKRIPSI : Perbedaan regimen pengobatan penderita hipertensi
Sebelum dan setelah implementasi program Jaminan
Kesehatan Nasional di RSUD Palembang BARI

TGL/BL/TH KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
		I	II	
20/11/2014			II	
10/12/2014			✓ S	
10/12/2014				
5/1/2015				
7/1/2015			✓ S	
7/1/2015				
9/1/2015			✓ S	
12/1/2015			✓ Y	
13/1/2015				

DIPERIKSA OLEH :

Dikeluarkan di : Palembang
Pada tanggal : / /
a.n. Dekan
Ketua UPK,

Yessi Astri M. Kes

PEMERINTAH KOTA PALEMBANG
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
PALEMBANG BARI**



Jalan Panca Usaha Nomor 1, Kelurahan 5 Ulu, Kecamatan Seberang Ulu I, Kota Palembang, Provinsi Sumatera Selatan
Telepon: (0711) 514165, 519211, Faksimile: (0711) 519212, Kode Pos: 30254
E-mail: tu@rsudpbari.palembang.go.id, Website: www.rsudpbari.palembang.go.id

Palembang, 28 Nopember 2014

Nomor : 420/1694/RSUD/2014
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Selesai melaksanakan pengambilan data

Kepada
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Muhammadiyah Palembang

di -

PALEMBANG

Sehubungan dengan surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang pada 30 Oktober 2014 Nomor: 2020/I-13/FK-UMP/X/2014 perihal: Mohon izin Pengambilan Data, atas nama:

Nama : Eldhi Aprian
NIM : 702011027
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Perbedaan Regimen Pengobatan Penderita Hipertensi sebelum dan setelah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI

Dengan ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah selesai melaksanakan pengambilan data dalam rangka rencana pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang di RSUD Palembang BARI pada 15 Nopember 2014.

Atas perhatian dan kerja samanya, kami sampaikan terima kasih.

DIREKTUR RSUD PALEMBANG BARI,
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PALEMBANG BARI
dr. Hj. MAKIANI, S.H., M.M., MARS
Pembina Tingkat I
NIP 196504131996032001

BIODATA

Nama : Eldhi Aprian
Tempat tanggal lahir : Palembang, 15 April 1993
Alamat : Jalan Kebun Bunga komp. Villa Angkasa Permai
Blok F.2 Palembang.
Telp/Hp : 0852-7997-5759
Email : eldhiaprian_2011@yahoo.com
Agama : Islam
Nama Orangtua
Ayah : H. Muhammad Hilmi, SE
Ibu : Hj. Mardila, SE
Jumlah Saudara : 2
Anak Ke : 1
Riwayat Pendidikan : Taman Kanak-Kanak Aisyiyah Palembang
SD Islam Al-Azhar 22 Salatiga
SMP Negeri 3 Palembang
SMA Negeri 1 Palembang



Palembang, 15 Januari 2015



(Eldhi Aprian)