

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi dilaporkan terjadi pada \pm 50 juta penduduk di Amerika Serikat dan \pm 1 milyar di seluruh dunia. Hipertensi merupakan faktor resiko utama gangguan jantung, gangguan ginjal dan gangguan serebrovaskular. Berdasarkan Riskesdas 2013 hipertensi merupakan penyakit tidak menular yang menempati peringkat 6 dimana prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran dengan penderita usia ≥ 18 tahun sebesar 25,8%. Prevalensi hipertensi cenderung lebih tinggi pada perempuan dari pada laki-laki. Prevalensi hipertensi akan terus meningkat jika tidak ada parameter untuk melakukan tindakan pencegahan yang efektif (Anonim, 2003; Anonim, 2013).

Prevalensi hipertensi di Amerika menurut *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHNES III) paling sedikit 30% pasien hipertensi tidak menyadari kondisi mereka dan hanya 31% pasien yang diobati mencapai target tekanan darah yang diinginkan di bawah 140/90 mmHg. Di Indonesia, dengan tingkat kesadaran kesehatan yang lebih rendah, kemungkinan terjadinya hipertensi lebih besar (Muchid *et al.*, 2006). Menurut Chobanian *et al.*, (2003), dari data NHNES menunjukkan bahwa 1,2 penduduk di seluruh dunia yang mengalami hipertensi sebanyak 1 milyar dan 7,1 juta orang mengalami kematian yang disebabkan oleh hipertensi.

Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 menyebutkan bahwa hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit dengan kasus rawat inap terbanyak di rumah sakit pada tahun 2010, dengan proporsi kasus 42,38% pria dan 57,62% wanita, serta 4,8% pasien meninggal dunia (Kemenkes RI, 2012).

Hipertensi merupakan salah satu penyakit degeneratif. Tekanan darah bertambah seiring dengan bertambahnya umur. Resiko menderita hipertensi pada seseorang dengan umur ≥ 55 tahun adalah 90% dimana sebelumnya

mempunyai tekanan darah normal. Pada kebanyakan pasien penyebab terjadi hipertensi tidak diketahui (hipertensi primer). Hipertensi primer ini tidak dapat disembuhkan namun dapat dikontrol (Anonim, 2006).

Pasien geriatri menunjukkan kondisi kesehatan yang beragam dimana jika masing-masing kondisi tersebut diberikan terapi menyebabkan kondisi polifarmasi. Publikasi panduan terapi terbaru menunjukkan manfaat bagi pasien. Pada pasien post-myocardial infarction, terapi dengan menggunakan statin bersama dengan ACEI, β -bloker, dan antiplatelet, dibuktikan kemanfaatannya pada pengujian klinik (Lin, 2003).

Berdasarkan panduan manajemen hipertensi oleh *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* (JNC 7), pasien hipertensi memerlukan dua obat atau lebih untuk mencapai tujuan tekanan darah ($<140/90$ mmHg atau $130/80$ mmHg pada pasien hipertensi dengan CKD atau Diabetes). Jika tekanan darah >20 mmHg dari tujuan tekanan darah, maka terapi dimulai dengan dua obat dimana salah satu obat yang digunakan adalah Diuretik Tiazid (Anonim, 2003).

Penyakit hipertensi dapat mengakibatkan infark miokard, stroke, gagal ginjal, dan kematian jika tidak dideteksi secara dini dan ditangani dengan tepat (James dkk., 2014). Sekitar 69% pasien serangan jantung, 77% pasien stroke, dan 74% pasien *congestive heart failure* (CHF) menderita hipertensi dengan tekanan darah $>140/90$ mmHg (Go dkk., 2014).

Menurut WHO (2013), Hipertensi menyebabkan kematian pada 45% penderita penyakit jantung dan 51% kematian pada penderita penyakit stroke pada tahun 2008. Selain itu, hipertensi juga menelan biaya yang tidak sedikit dengan biaya langsung dan tidak langsung yang dihabiskan pada tahun 2010 sebesar \$46,4 milyar (Go dkk., 2014).

Seiring dengan peningkatan kasus hipertensi dan komplikasi yang dapat terjadi jika hipertensi tidak ditangani dengan tepat, maka penggunaan obat yang rasional pada pasien hipertensi merupakan salah satu elemen penting dalam tercapainya kualitas kesehatan serta perawatan medis bagi pasien

sesuai standar yang diharapkan. Penggunaan obat secara tidak rasional dapat menyebabkan timbulnya reaksi obat yang tidak diinginkan, memperparah penyakit, hingga kematian. Selain itu biaya yang dikeluarkan menjadi sangat tinggi (WHO, 2004).

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

Menurut Setiawati dan Bustami (1995), Tekanan darah ditentukan oleh dua faktor utama yaitu curah jantung dan resistensi perifer. Curah jantung adalah hasil kali denyut jantung dan isi sekuncup. Besar isi sekuncup ditentukan oleh kekuatan kontraksi miokard dan alir balik vena. Tekanan ini supaya darah mencapai seluruh organ dan jaringan, kembali ke jantung (Tjay dan Rahardja, 2002).

Menurut Myceck *et al.*, (2001), Hipertensi esensial terbagi empat kali lebih banyak pada kulit hitam dibanding kulit putih dan lebih sering pada pria umur pertengahan dibanding wanita pada kelompok umur yang sama. Faktor keturunan bersifat poligenik dan terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskular dalam keluarga. Faktor predisposisi genetik ini dapat berupa sensitivitas terhadap natrium, kepekaan terhadap stres, peningkatan reaktivitas vaskular (terhadap vasokonstriktor) dan resistensi insulin (Setiawati dan Bustami, 1995).

Penyebab utama kematian pada hipertensi adalah komplikasi serebrovaskular, kardiovaskular, dan gagal ginjal. Kemungkinan kematian sebelum waktunya berhubungan dengan parahnya peningkatan tekanan darah (Wells *et al.*, 2000).

Gejala yang sering ditemukan pada peninggian tekanan darah adalah sakit kepala, epistaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat di tengkuk, sukar tidur, mata berkunang-kunang dan pusing (Mansjoer, 2001).

Ketidakrasionalan peresepan obat masih terjadi di Puskesmas yang merupakan pusat pelayanan kesehatan tingkat 1 (PPK 1). Kurang sesuainya obat dan dosis yang diresepkan oleh tenaga medis akibat ketersediaan obat terbatas merupakan salah satu penyebabnya. Di pusat pelayanan kesehatan tingkat 1 (PPK 1), penggunaan obat tidak rasional berdasarkan tepat obat dan tepat dosis pada penggunaan berbagai macam obat mungkin terjadi, salah satunya obat antihipertensi. Hal ini dapat diketahui dari penelitian di Puskesmas Kabupaten Gunung Kidul Yogyakarta pada tahun 2010. Penelitian evaluasi pola penggunaan obat antihipertensi berdasarkan tepat obat, tepat dosis, tepat indikasi, dan tepat pasien dengan menggunakan standar *JNC 7*. Pedoman Pengobatan Dasar Puskesmas dari Dinas Kesehatan Yogyakarta mendapatkan hasil sebagai berikut: tepat obat 76,09%, tepat dosis 93,48%, tepat indikasi 100%, dan tepat pasien 95,65% (Wulandari, 2010).

Menurut Tyashapsari (2012), Penelitian di RSUP Dr.Kariadi Semarang pada tahun 2012, dengan menggunakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUP dan *JNC 7*, didapatkan hasil: tepat obat 81%, tepat dosis 95%, tepat indikasi 98%, dan tepat pasien 62%. Sedangkan, penelitian di Puskesmas Simpung Lampung pada tahun 2013 dengan standar Depkes 2006 didapatkan tepat dosis 81,25% (Tarigan, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kabila Bone Bolango menunjukkan bahwa hipertensi didominasi oleh wanita 62,22%, dengan usia 60-69 tahun sebesar 35,28%, dan berdasarkan tingkat tekanan darah paling banyak dengan hipertensi tingkat 2 sebesar 64,17%. Jenis obat yang paling banyak digunakan adalah captopril dengan persentase 29,17% untuk penggunaan tunggal dan captopril-HCT sebanyak 21,39% untuk penggunaan kombinasi. Kesesuaian penggunaan obat hipertensi berdasarkan Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas 2011 yaitu : berdasarkan jenis, dosis obat, serta berdasarkan frekuensi penggunaan obat 57,22% sesuai.

Penelitian di Puskesmas Kabila Bone Bolango pada bulan September 2016-Februari 2017 masih terdapat pola pengobatan yang tidak sesuai dengan buku panduan praktek klinis di fasilitas kesehatan primer (Kemenkes, 2014).

Pemberian obat dan dosis yang tidak tepat menjadi salah satu faktor penyebabnya yaitu pemberian obat dengan tekanan darah 160/100 (hipertensi tahap II) dengan usia 65 tahun mendapatkan obat Amlodipin 10 mg. Seharusnya penderita hipertensi tahap II diberikan terapi kombinasi. Sedangkan untuk pemberian dosis dengan tekanan darah 140/90 (hipertensi tahap I) dengan usia 45 tahun mendapatkan obat Amlodipin 5 mg 2x1. Seharusnya penderita diberikan dosis obat Amlodipin 5 mg 1x1.

Selain itu, terdapat data dengan tekanan darah 160/100 dengan usia 50 tahun dengan mendapatkan obat Captopril 12,5 mg tunggal, seharusnya pasien hipertensi tahap II dengan usia ≥ 60 tahun seharusnya mendapatkan terapi kombinasi (Kemenkes, 2014). Sedangkan untuk pemberian dosis dengan tekanan darah 150/90 dengan usia 70 tahun mendapatkan obat Captopril 50 mg 1x1, seharusnya obat Captopril diberikan 50 mg 3x1 (Kemenkes, 2014). Penelitian yang dilakukan di Puskesmas pada tahun 17 dengan menggunakan standar Kemenkes 2014 dan *ASH, 2013* didapatkan tepat obat 87% dan tepat dosis 89,5%.

Pertimbangan di atas tersebut, mendorong peneliti untuk melakukan penelitian terhadap pola pengobatan penyakit hipertensi di Puskesmas Kabila Bone Bolango periode bulan September 2016-Februari 2017 dengan menggunakan standar yang digunakan yaitu *A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension 2013 (ASH/ISH)* dan buku panduan praktek klinis di fasilitas kesehatan primer (Kemenkes, 2014) dengan fokus pada ketepatan obat dan ketepatan dosis.

2.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan fenomena yang ditemukan peneliti dalam studi pendahuluan dan berdasarkan uraian latar belakang tersebut penulis tertarik melakukan penelitian tentang bagaimana Pola Pengobatan Penyakit Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kabila Bone Bolango ?

3.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui Pola Pengobatan Penyakit Hipertensi pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kabila Bone Bolango dari bulan september 2016-Februari 2017.

I.4 Manfaat Penelitian

1. Sebagai sumber informasi tentang penggunaan obat antihipertensi pada pasien hipertensi di Puskesmas Kabila Bone Bolango.
2. Sebagai masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan pengobatan di Puskesmas Kabila Bone Bolango.
3. Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti.