

## I. PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Hipertensi dikenal secara umum sebagai penyakit kardiovaskular. Penyakit ini diperkirakan menyebabkan 4,5% dari beban penyakit secara global dan prevalensinya hampir sama besar di negara berkembang maupun di negara maju (WHO, 2003). Penyakit ini merupakan salah satu faktor risiko utama gangguan jantung. Selain mengakibatkan gagal jantung, hipertensi dapat mengakibatkan terjadinya gagal ginjal maupun penyakit serebrovaskular (Depkes, 2006<sup>a</sup>).

Hipertensi merupakan faktor risiko primer penyakit jantung dan stroke. Pada saat ini hipertensi adalah faktor risiko ketiga terbesar yang menyebabkan kematian dini. Hipertensi menyebabkan 62% penyakit kardiovaskular dan 49% penyakit jantung. Penyakit ini telah membunuh 9,4 juta warga dunia setiap tahunnya. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan jumlah hipertensi akan terus meningkat seiring dengan jumlah penduduk yang membesar. Pada 2025 mendatang, diproyeksikan sekitar 29% atau sekitar 1,6 miliar orang di seluruh dunia mengalami hipertensi (Tedjasukmana, 2012).

Presentase penderita hipertensi saat ini paling banyak terdapat di negara berkembang. Data *Global Status Report Noncommunicable Disease 2010* dari

WHO menyebutkan, 40% negara ekonomi berkembang memiliki penderita hipertensi, sedangkan negara maju hanya 35 %. Kawasan Afrika memegang posisi puncak penderita hipertensi sebanyak 46%. Sementara kawasan Amerika sebanyak 35%, 36% terjadi pada orang dewasa menderita hipertensi (Candra, 2013).

Untuk kawasan Asia, penyakit ini telah membunuh 1,5 juta orang setiap tahunnya. Hal ini menandakan satu dari tiga orang menderita tekanan darah tinggi. Menurut Khancit, pada 2011 WHO mencatat ada satu miliar orang terkena hipertensi. Di Indonesia, angka penderita hipertensi mencapai 32% pada 2008 dengan kisaran usia diatas 25 tahun. Jumlah penderita pria mencapai 42,7% , sedangkan 39,2% adalah wanita (Candra, 2013).

Di Indonesia angka kejadian hipertensi berkisar 6-15% dimana masih banyak penderita yang belum terjangkau oleh pelayanan kesehatan terutama daerah pedesaan. Sementara itu, berdasarkan data NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*) memperlihatkan bahwa risiko hipertensi meningkat sesuai dengan peningkatan usia. Data NHANES 2005-2008 memperlihatkan kurang lebih 76,4 juta orang berusia  $\geq 20$  tahun adalah penderita hipertensi, berarti 1 dari 3 orang dewasa menderita hipertensi (Candra, 2013).

Menurut Data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, hipertensi termasuk dalam 5 besar penyakit terbanyak. Pada tahun 2011, penderita hipertensi sebanyak 6755 orang dan mengalami peningkatan pada tahun 2012 dengan jumlah penderita sebanyak 20.116 orang (Dinkes, 2011, 2012).

Oleh karena peningkatan angka kesakitan hipertensi yang tinggi, tindakan penanggulangan hipertensi sudah banyak dilakukan dan tersedia banyak obat untuk mengatasi hipertensi tetapi tata laksana hipertensi masih jauh dari berhasil. Data NHANES 2005-2008 di Amerika Serikat menunjukkan dari semua penderita hipertensi, hanya 76,9% yang ada telah menderita hipertensi; namun hanya 47,8% yang berusaha mencari terapi. Sebanyak 70,9% pasien yang menjalani terapi, 52,2% tidak mencapai kontrol tekanan darah target. Salah satu tindakan penanggulangan hipertensi adalah penggunaan antihipertensi untuk menurunkan tekanan darah dan mencegah terjadinya komplikasi (Tedjakusuma, 2012).

Pemilihan antihipertensi ditentukan oleh keadaan klinis pasien, derajat hipertensi dan sifat obat antihipertensi tersebut. Faktor yang perlu diperhatikan pada pemberian obat antihipertensi dari segi klinis pasien adalah kegawatan atau bukan kegawatan, usia pasien, derajat hipertensi, insufisiensi ginjal, gangguan fungsi hati dan penyakit penyerta (Depkes, 2006<sup>a</sup>).

Terdapat beberapa kriteria untuk dapat dikatakan suatu pemberian obat sudah rasional atau tidak. Prinsip dari pemberian obat yang rasional adalah terpenuhinya enam tepat, yaitu tepat pasien, indikasi, dosis, waktu pemberian, dan tepat informasi. Secara singkat pemakaian atau persepan suatu obat dikatakan tidak rasional apabila kemungkinan untuk memberikan manfaat kecil atau tidak ada sama sekali atau kemungkinan manfaatnya tidak sebanding dengan kemungkinan efek samping atau biayanya (Hapsari, 2011).

## **1.2. Rumusan Masalah**

Bedasarkan uraian dalam latar belakang masalah diatas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

“Bagaimana pola persepan dan kerasionalan obat antihipertensi berdasarkan ketepatan dosis dan frekuensi pemberian obat pada pasien rawat jalan dengan hipertensi di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung?”.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pola persepan dan kerasionalan obat antihipertensi pada pasien rawat jalan dengan hipertensi di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

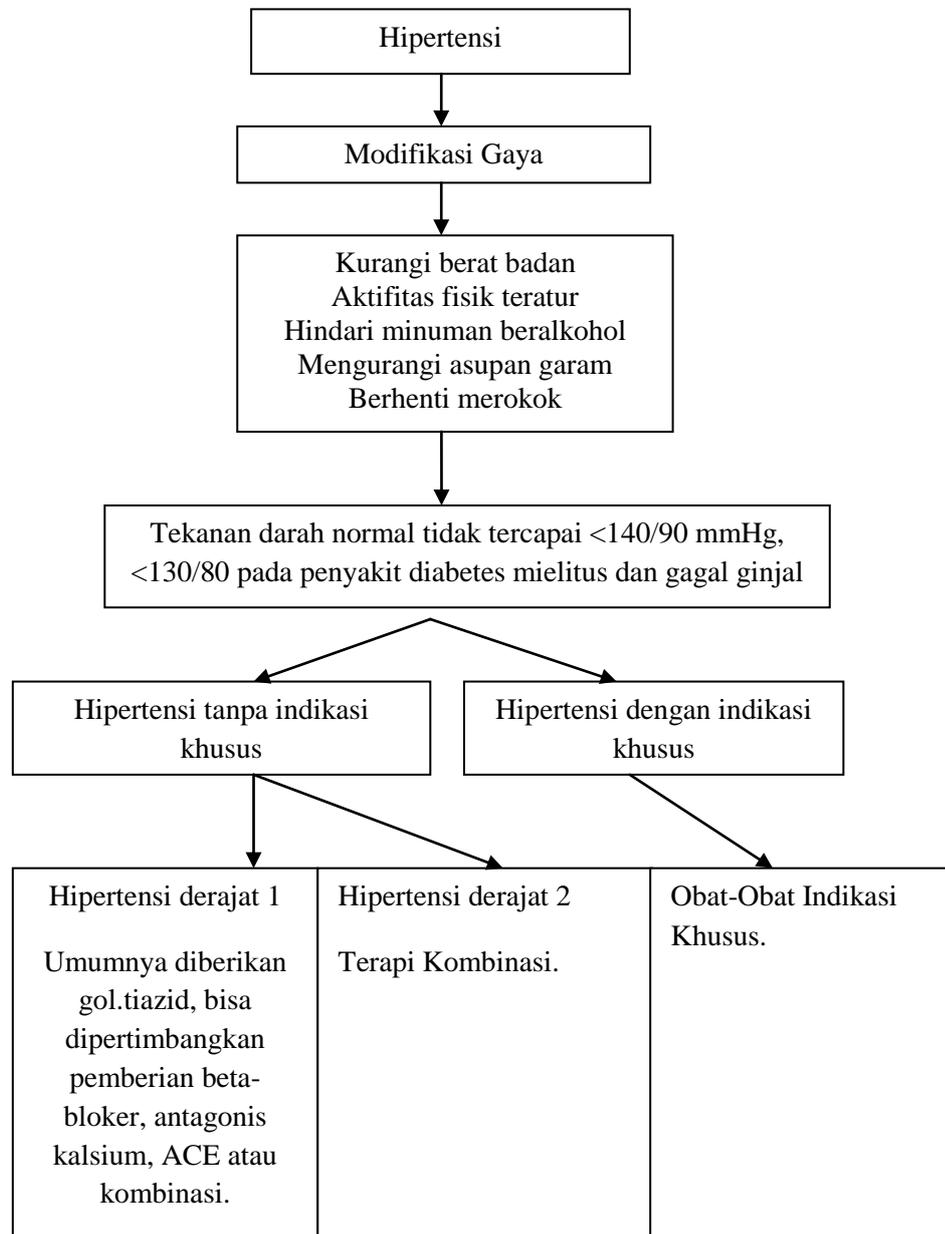
1. Untuk mengetahui kesesuaian obat antihipertensi pada pasien rawat jalan dengan hipertensi di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung berdasarkan ketepatan dosis sesuai standar Depkes 2006<sup>a</sup>.
2. Untuk mengetahui kesesuaian obat antihipertensi pada pasien rawat jalan dengan hipertensi di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung berdasarkan frekuensi penggunaan sesuai standar Depkes 2006<sup>a</sup>.

3. Untuk mengetahui kerasionalan obat antihipertensi pada pasien rawat jalan dengan hipertensi di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung berdasarkan ketepatan dosis dan frekuensi penggunaan sesuai standar Depkes 2006<sup>a</sup>.

#### **1.4. Manfaat Penelitian**

1. Bagi peneliti, menambah ilmu pengetahuan tentang metode penelitian di bidang farmakologi serta menerapkan ilmu yang didapat.
2. Bagi masyarakat dan instansi terkait, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran pada dokter mengenai rasionalisasi penggunaan antihipertensi pada pasien hipertensi rawat jalan di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung berdasarkan ketepatan dosis dan frekuensi penggunaan obat sehingga diperoleh pengobatan yang efektif dan aman.
3. Bagi peneliti selanjutnya, sebagai acuan untuk penelitian yang serupa.

### 1.5. Kerangka Teori

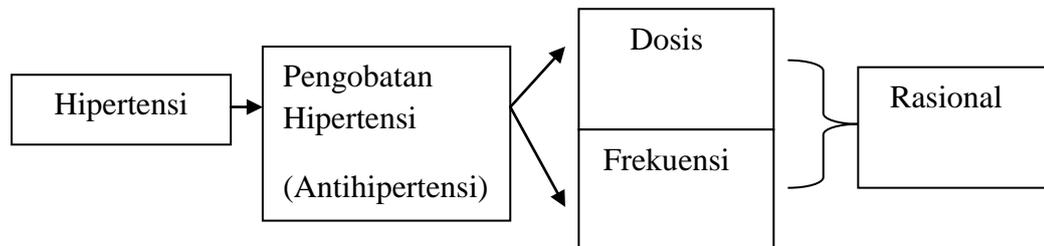


**Gambar 1. Penatalaksanaan Hipertensi (Sumber dari Pedoman Tata Laksana Kardiovaskuler PERKI).**

Pengobatan hipertensi terdiri dari terapi farmakologis dan nonfarmakologis, terapi nonfarmakologis harus dilakukan oleh semua pasien hipertensi dengan tujuan menurunkan tekanan darah dan mengendalikan faktor-faktor risiko serta penyakit penyerta lainnya, misalnya dengan melakukan perubahan gaya hidup dan menghindari faktor-faktor risiko (Nafrialdi, 2009).

Terapi farmakologis dilakukan dengan pemberian obat antihipertensi. Obat antihipertensi yang dianjurkan JNC VII antara lain diuretik terutama tiazid atau antagonis aldosteron, BB (*Beta-blocker*), CCB (*Calcium Canal Blocker*), ACEI (*Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor*) dan ARB (*Angiotensin Reseptor Blocker*). Hipertensi ringan sering diobati dengan obat tunggal, sedangkan hipertensi berat memerlukan beberapa obat untuk meningkatkan efektivitas obat. Kombinasi yang telah terbukti efektif dan dapat ditoleransi pasien adalah diuretik dan ACEI atau ARB, CCB dan BB, CCB dan ACEI atau ARB, CCB dan diuretik, AB dan BB (Mycek *et al*, 2001).

## 1.6. Kerangka Konsep



**Gambar 2. Kerangka Konsep.**

## 1.7. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah persepan obat pada pasien hipertensi yang menggunakan obat antihipertensi sesuai atas dasar persepan dan kerasionalan berdasarkan ketepatan dosis dan frekuensi pemberian dengan standar depkes tahun 2006 di Puskesmas Simpur periode Januari-Juni 2013 Bandar Lampung.