

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Penelitian

Infeksi saluran napas bawah masih tetap merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan, baik di negara yang sedang berkembang maupun yang sudah maju. Data SEAMIC Health Statistic (2001) menunjukkan influenza dan pneumonia merupakan penyebab kematian nomor 6 di Indonesia, nomor 9 di Brunei, nomor 7 di Malaysia, nomor 3 di Singapura, nomor 6 di Thailand dan nomor 3 di Vietnam. Laporan WHO 1999 menyebutkan bahwa penyebab kematian tertinggi akibat penyakit infeksi di dunia adalah infeksi saluran napas akut termasuk pneumonia dan influenza. Pneumonia adalah suatu peradangan paru-paru yang disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit). Sedangkan peradangan paru-paru yang disebabkan oleh non mikroorganisme (bahan kimia, radiasi, aspirasi bahan toksik, obat-obatan dan lain-lain) disebut pneumonitis (PDPI, 2003).

Klasifikasi pneumonia berdasarkan klinis dan epidemiologis meliputi pneumonia komunitas (*Community-Acquired Pneumonia/ CAP*), pneumonia nosokomial (*hospital-acquired pneumonia/ HAP*) dan Pneumonia aspirasi. HAP adalah pneumonia yang terjadi setelah pasien 48 jam dirawat di rumah sakit dan disingkirkan semua infeksi yang terjadi sebelum masuk rumah sakit (PDPI, 2003). Angka kejadian HAP di Jepang yaitu 5 – 10 per 1000 kasus, dimana pada pasien HAP yang menggunakan alat bantu napas dapat

Meningkatkan angka kejadian sebesar 20%-30%. Di Indonesia, angka kejadian HAP tidak diketahui disebabkan antara lain data nasional tidak ada dan data yang ada hanya berasal dari beberapa rumah sakit swasta dan pemerintah serta angkanya sangat bervariasi. Data dari RS Persahabatan dan RS Dr. Soetomo hanya menunjukkan pola kuman yang ditemukan di ruang rawat intensif. Data ini belum dapat dikatakan sebagai infeksi HAP karena waktu diagnosis dibuat tidak dilakukan foto toraks (PDPI, 2003).

Angka kematian pada HAP di Amerika Serikat 20-50% dimana angka kematian ini meningkat pada pneumonia yang disebabkan *P.aeruginosa* atau yang mengalami bakteremia sekunder. Angka kejadian dan angka kematian pada umumnya lebih tinggi di rumah sakit yang besar dibandingkan dengan rumah sakit yang kecil (PDPI,2003). Dengan angka kematian yang tinggi, maka perlu perhatian dan evaluasi pada terapi. Terapi HAP yaitu dengan antibiotik secara empirik berdasarkan dugaan bakteri penyebab HAP. Antibiotik empirik yang digunakan pada pengobatan HAP antara lain sefalosporin, fluorokuinolon (oral atau IV), Klindamisin kombinasi monobaktam, karbapenem dan sebagainya (PDPI, 2003). Intensitas penggunaan antibiotik yang relatif tinggi menimbulkan berbagai permasalahan dan merupakan ancaman global bagi kesehatan. Selain berdampak pada morbiditas dan mortalitas, juga memberi dampak negatif terhadap ekonomi dan sosial yang sangat tinggi. Antibiotik yang tersedia di Indonesia bisa dalam bentuk obat generik, obat merek dagang, atau obat yang masih dalam lindungan hak paten (obat paten). Harga antibiotik pun sangat beragam. Harga antibiotik dengan kandungan yang sama bisa berbeda hingga 100 kali lebih mahal dibanding generiknya.

Apalagi untuk sediaan parenteral bisa 1000 kali lebih mahal dari sediaan oral dengan kandungan yang sama. Peresepan antibiotik yang mahal, dengan harga di luar batas kemampuan keuangan pasien akan berdampak pada tidak terbelinya antibiotik oleh pasien, sehingga mengakibatkan terjadinya kegagalan terapi (Peraturan Menteri Kesehatan, 2011).

Kendala tersebut dapat diminimalisir menggunakan prinsip penggunaan antibiotik bijak serta prinsip dasar penggunaan antibiotik terapi. Penggunaan antibiotik bijak yaitu penggunaan antibiotik yang sesuai dengan penyebab infeksi dengan rejimen dosis optimal, lama pemberian optimal, efek samping minimal, dan dampak minimal terhadap munculnya mikroba resisten. Oleh sebab itu pemberian antibiotik harus disertai dengan upaya menemukan penyebab infeksi dan pola kepekaannya. Penggunaan antibiotik secara bijak memerlukan kebijakan pembatasan dalam penerapannya (Peraturan Menteri Kesehatan, 2015). Prinsip dasar penggunaan antibiotik terapi yaitu Mencegah dan mengobati infeksi bakteri, pemakaian secara rasional seperti sesuai diagnosis, dosis, cara pemberian yang tepat, mencapai sasaran, dan efek samping seminimal mungkin (Peraturan Menteri Kesehatan, 2015).

Respons terhadap terapi dapat didefinisikan secara klinis maupun mikrobiologi. Respons klinis terlihat setelah 48 – 72 jam pertama pengobatan sehingga dianjurkan tidak merubah jenis antibiotik dalam kurun waktu tersebut kecuali terjadi perburukan yang nyata. Setelah ada hasil kultur darah atau bahan saluran napas bawah maka pemberian antibiotik empirik mungkin memerlukan modifikasi. Bila hasil pengobatan tidak memuaskan maka modifikasi mutlak diperlukan sesuai hasil kultur dan kepekaan kuman. Respons klinis berhubungan dengan faktor pasien (seperti

usia dan komorbid), faktor kuman (seperti pola resisten, virulensi dan keadaan lain). Parameter klinis adalah jumlah leukosit, oksigenasi dan suhu tubuh. Perbaikan klinis yang diukur dengan parameter ini biasanya terlihat dalam 1 minggu pengobatan antibiotik. Pada pasien yang memberikan perbaikan klinis, foto toraks tidak selalu menunjukkan perbaikan, akan tetapi apabila foto toraks memburuk maka kondisi klinis pasien perlu diwaspadai (PDPI, 2003).

Menurut hasil penelitian Purwaningrum (2007) di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, Pada pasien pneumonia tanpa penyakit penyerta, jumlah biaya penggunaan terapi antibiotik antara Rp. 10.892,00 sampai Rp. 3.187.580,00, biaya total selama rawat inap antara Rp.1.101.968,00 sampai Rp. 31.695.568,00 dan persentase biaya antibiotik dibanding biaya total selama rawat inap antara 0,60% sampai 32,15%. Sedangkan pada pasien pneumonia dengan penyakit penyerta jumlah biaya penggunaan terapi antibiotik antara Rp. 106.100,00 sampai Rp. 5.775.000,00, biaya total selama rawat inap antara Rp. 2.119.287,00 sampai Rp.33.409.669,00 dan persentase biaya antibiotik dibanding biaya total selama rawat inap antara 1,32% sampai 23,98%.

Dari latar belakang tersebut, maka perlu dilakukan penelitian tentang studi terapi antibiotik pada pasien HAP dikaitkan dengan biaya di RSUD Dr.Soetomo Surabaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian di rumah sakit.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang ada, dapat diajukan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana profil penggunaan terapi antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.
2. Apakah ada perbedaan biaya antibiotik dengan studi terapi penggunaan antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### *1.3.1 Tujuan umum*

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui studi terapi antibiotik pada pasien HAP dikaitkan dengan biaya di IRNA SMF Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.

### *1.3.2 Tujuan Khusus*

1. Untuk mengetahui profil penggunaan terapi antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.
2. Untuk mengetahui perbedaan terapi penggunaan antibiotik dengan biaya antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan kemampuan dalam penelitian di bidang pelayanan kefarmasian.

2. Bagi Rumah Sakit, sebagai tambahan informasi atau masukan (saran) bagi RSUD Dr. Soetomo mengenai studi terapi antibiotik pada pasien HAP dikaitkan dengan biaya selama di rumah sakit.

### **1.5 Hipotesis Penelitian**

1. Penggunaan terapi antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya meliputi antibiotik tunggal dan kombinasi.
2. Terdapat perbedaan biaya antibiotik dengan studi terapi penggunaan antibiotik pada pasien HAP di IRNA Paru Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo Surabaya.