

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Sehat merupakan salah satu hal yang sangat diharapkan bagi kehidupan masyarakat seperti yang terdapat dalam undang undang yang menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan. Kesehatan yang dimaksudkan disini adalah sehat baik secara fisik, mental, maupun spiritual yang memungkinkan seseorang produktif secara sosial maupun ekonomi (Undang Undang Kesehatan RI No.36, 2009).

Profesi kefarmasian mengambil salah satu peran penting dalam program peningkatan kesehatan ini. Seorang apoteker dituntut untuk bertanggung jawab terhadap segala permasalahan yang terkait dengan obat dan harus mulai melaksanakan praktik kefarmasian yang memberikan perhatian khusus kepada pasien (Asuhan Kefarmasian) serta mulai memperluas fokus yang bukan lagi pada produk melainkan pada kesehatan pasien untuk memastikan terapi obat yang paling tepat dan paling aman untuk pasien (Hepler dan Strand, 1990).

Asuhan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien (PerMenKes, 2014). Tanggung jawab yang dimaksudkan adalah untuk menjamin tercapainya efek optimal dari terapi obat pada pasien (Cipolle *et al.*, 2004). Dalam melaksanakan tanggung jawab tersebut seorang apoteker harus mampu mengidentifikasi, mengatasi dan mencegah segala permasalahan yang terkait dengan terapi obat atau *Drug Related Problems* (DRP) (Cipolle *et al.*, 2004).

Permasalahan terkait terapi obat atau DRP merupakan keadaan yang tidak diinginkan pasien terkait dengan terapi obat serta hal-hal yang mengganggu tercapainya hasil akhir yang sesuai dan dikehendaki untuk pasien (Cipolle *et al.*, 2004). Tujuh penggolongan DRP menurut Cipolle adalah penggunaan obat yang tidak diperlukan, kebutuhan akan terapi obat tambahan, obat yang tidak efektif, dosis terapi yang digunakan terlalu rendah, *adverse drug reaction* (efek samping obat), dosis terapi yang terlalu tinggi, dan ketidakpatuhan (Cipolle *et al.*, 2004). Hal-hal yang terkait dengan DRP seharusnya dapat dicegah dan dikurangi keberadaannya melalui pengenalan secara awal terhadap adanya DRP oleh seorang apoteker (Hepler dan Strand, 1990).

Polifarmasi merupakan penggunaan obat dalam jumlah yang banyak dan tidak sesuai dengan kondisi kesehatan pasien. Polifarmasi itu sendiri adalah obat dalam jumlah yang banyak dalam suatu resep (dan atau tanpa resep) untuk efek klinik yang tidak sesuai (Rambadhe *et al.*, 2012). Penggunaan obat dalam jumlah banyak ini dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya reaksi yang tidak diinginkan dan menurunkan kepatuhan pasien (Wu *et al.*, 2006).

Sebuah penelitian menyimpulkan bahwa makin banyak jumlah obat yang digunakan maka akan semakin besar pula terjadinya DRP pada pasien. Polifarmasi dapat menyebabkan efek negatif dari suatu terapi yang disebabkan adanya DRP misalnya efek samping obat dan berkurangnya kepatuhan pasien dalam menggunakan obat (Viktil dkk., 2006). Penggunaan obat dalam jumlah banyak juga dapat meningkatkan risiko pengobatan yang tidak tepat (interaksi obat dan duplikasi terapi), ketidakpatuhan dan efek samping obat (Hajjar *et al.*, 2007).

Efek negatif yang ditimbulkan oleh polifarmasi terkait dengan beberapa variabel yang terdapat di dalam penggolongan dari DRP.

Penelitian yang telah dilakukan diperoleh hasil bahwa DRP lebih banyak ditemukan pada penggunaan obat lebih dari 5 jenis obat dibandingkan dengan penggunaan obat dalam jumlah kurang dari 5 obat (Viktill dkk., 2006). Penerimaan resep polifarmasi yang terus berlanjut akan meningkatkan terjadinya risiko DRP yang dapat menurunkan kualitas kehidupan pasien.

Penyebab lain polifarmasi adalah terapi untuk penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi yang memerlukan obat dalam jumlah banyak untuk mengatasi atau mencegah komplikasi. Pasien yang melakukan pengobatan pada lebih dari satu dokter dalam waktu yang bersamaan juga merupakan salah satu faktor timbulnya terapi polifarmasi pada pasien (Rambadhe dkk., 2012).

Dalam *Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure 7*, hipertensi adalah suatu keadaan di mana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah di atas normal, yaitu tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg pada usia ≥ 18 tahun, daerah batas yang harus diamati adalah bila sistolik 140-149 mmHg dan diastolik 90-94 mmHg (Dipiro, 2008). Hipertensi sering disebut *silent killer* karena pada umumnya pasien tidak mengetahui bahwa mereka menderita penyakit hipertensi sebelum memeriksakan tekanan darahnya. Selain itu penderita hipertensi umumnya tidak mengalami suatu tanda atau gejala sebelum terjadi komplikasi (Chobanian *et al.*, 2004).

Hipertensi yang terjadi dalam kurun waktu lama akan membahayakan karena menimbulkan komplikasi ke berbagai target organ tubuh yaitu otak, mata, jantung, pembuluh darah arteri, serta ginjal. Dampaknya kualitas hidup penderita menjadi rendah dan bisa terjadi kematian pada penderita (Prasetyorini dkk., 2012).

Prevalensi hipertensi di Indonesia pada umur ≥ 18 tahun sebesar 25,8 persen, tertinggi di Bangka Belitung (30,9%), diikuti Kalimantan Selatan (30,8%), Kalimantan Timur (29,6%) dan Jawa Barat (29,4%). Prevalensi hipertensi di Indonesia yang diperoleh melalui survei wawancara oleh tenaga kesehatan sebesar 9,4%, sedangkan yang pernah didiagnosis tenaga kesehatan atau yang sedang minum obat antihipertensi sebesar 9,5%. Jadi, ada 0,1% yang minum obat sendiri, meskipun tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Responden yang mempunyai tekanan darah normal tetapi sedang minum obat hipertensi sebesar 0,7%. Jadi prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% (25,8% + 0,7%). Prevalensi penyakit hipertensi berdasarkan pengukuran di provinsi Jawa Timur 26,2%, sedangkan berdasarkan survei wawancara oleh tenaga kesehatan 10,7%, berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau yang sedang minum obat antihipertensi 10,8 % (RISKESDAS, 2013). Prevalensi hipertensi di kabupaten Sidoarjo berdasarkan survei wawancara oleh tenaga kesehatan 7,3% dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau yang sedang minum obat 7,4% (*Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007, 2008*).

Berdasarkan identifikasi permasalahan, penulis tertarik untuk mengkaji lebih dalam mengenai permasalahan tersebut dengan judul “Kajian Drug Related Problems (DRP) Resep Polifarmasi pada Penyakit Hipertensi di Apotek Kimia Farma “X” Sidoarjo.

1.2. Rumusan Permasalahan

Berdasarkan uraian latar belakang masalah di atas dan berdasarkan fenomena yang ada, maka penulis dapat merumuskan permasalahan sebagai berikut :

1. Bagaimana profil resep polifarmasi pada penderita hipertensi di Apotek Kimia Farma “X” Sidoarjo selama periode bulan Juli-Desember 2015 ?
2. Bagaimana potensi terjadinya DRP resep polifarmasi penderita hipertensi di Apotek Kimia Farma “X” Sidoarjo periode bulan Juli-Desember 2015 ?

1.3. Tujuan Penulisan dan Manfaat Penulisan

1.3.1. Tujuan Penulisan

1. Untuk mengetahui profil DRP resep polifarmasi pada penyakit hipertensi di Apotek Kimia Farma “X” Sidoarjo.
2. Untuk mengetahui potensi terjadinya DRP resep polifarmasi penderita hipertensi di Apotek Kimia Farma “X” Sidoarjo

1.3.2. Manfaat Penulisan

1. Bagi masyarakat, penelitian ini diharapkan sebagai sumbangan pemikiran pada masyarakat umum untuk mengetahui kondisi kesehatan masyarakat penderita hipertensi yang ada di Sidoarjo.
2. Bagi apoteker, penelitian ini dapat dijadikan dasar pemikiran untuk mengetahui bagaimana penyelesaian masalah kesehatan, dalam hubungannya dengan DRP resep polifarmasi pada penyakit hipertensi.
3. Bagi pasien, penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk tercapainya terapi yang efektif dan aman sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.
4. Bagi dokter, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman secara pasti bahaya dari resep polifarmasi yang diberikan kepada pasien hipertensi.