

PENDAHULUAN

Gagal jantung adalah saat kondisi jantung tidak mampu memompa darah untuk mencukupi kebutuhan jaringan melakukan metabolisme, dengan kata lain diperlukan peningkatan tekanan yang abnormal pada jantung untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan (Harrison, 2013).

Gejala utama gagal jantung adalah dispnea (sesak napas), kelelahan dan retensi cairan. Penyebab gagal jantung meliputi arteriosklerosis, infark miokardium, penyakit jantung hipertensif, penyakit katup jantung, kardiomiopati, dilatasi dan penyakit jantung kongenital. Klasifikasi gagal jantung dibagi menjadi 4 kelompok; 1) pasien tidak mengalami keterbatasan dalam aktivitas fisik; 2) pasien mengalami gangguan aktivitas fisik ringan, misalnya saat berjalan cepat menaiki tangga; 3) pasien merasakan gejala walaupun hanya dengan aktivitas minimal, serta nyaman beristirahat dan; 4) pasien aktivitas fisik sangat terbatas dan gejala dirasakan walaupun saat istirahat dan ketika tidak melakukan aktivitas fisik apapun (Aaronson & Ward, 2010).

Gagal jantung menjadi masalah kesehatan utama di negara maju dan berkembang menurut data WHO dilaporkan bahwa sekitar 3000 penduduk Amerika menderita gagal jantung. *American Heart Association* (AHA) tahun 2004 melaporkan 5,2 juta penduduk Amerika menderita gagal jantung, asuransi kesehatan *Medicare* USA paling banyak mengeluarkan biaya untuk diagnosis dan pengobatan gagal jantung dan diperkirakan lebih dari 15 juta kasus baru gagal jantung setiap tahunnya di seluruh dunia. Data epidemiologi untuk gagal jantung di Indonesia menurut survei

kesehatan nasional 2003 dikatakan bahwa penyakit jantung dan pembuluh darah memiliki angka kematian yang cukup tinggi (26,4%) (Tim Surkesnas, 2002). Berdasarkan data tersebut penyakit jantung berada di urutan ke delapan dari sepuluh penyakit penyebab kematian terbanyak di rumah sakit Indonesia oleh karena itu, diperlukan keseriusan dalam penatalaksanaan (Hardiman, 2007).

Penatalaksanaan penyakit gagal jantung dengan dua pendekatan yaitu terapi non farmakologis seperti perubahan gaya hidup, hindari rokok, penurunan berat badan, olahraga teratur dan terapi farmakologis dengan obat-obat golongan diuretik, *Angiotensin Converting Enzyme inhibitor* (ACE-I), *B-blocker*, nitrat, dan digitalis (PERKI, 2015).

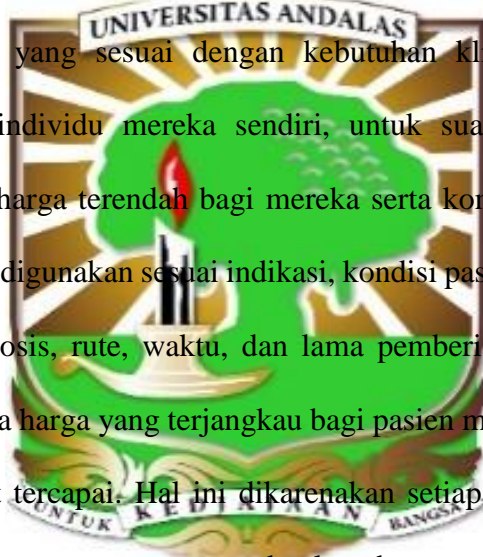


Digoksin merupakan obat digitalis jantung dengan kisar terapi sempit sehingga harus dipantau kadarnya dalam serum dan dikurangi pada kelompok pasien pasien; pasien dengan hipokalemia, pasien dengan hipotiroid, pasien dengan kerusakan miokard yang luas, pasien dengan gangguan fungsi ginjal, pasien geriatrik akan menyebabkan peningkatan kadar digoksin dalam plasma serta miokardial. Tempat akumulasi digoksin inaktif lainnya adalah pada jaringan lemak, sekitar 25% digoksin berikatan dengan protein (Sihombing, 2011).

Kegagalan terapi digoksin bergantung pada konsentrasi plasma, keracunan digoksin juga dapat terjadi yang ditandai dengan pasien mual muntah setelah pemakaian digoksin sehingga hal tersebut akan mencegah timbulnya efek terapeutik. konsentrasi maksimum (Cmax) digoksin dalam tubuh umumnya sebesar 8-12 mcg/KgBB keberhasilan terpi digoksin sangat tergantung pada konsentrasi plasma,

oleh karena itu diperlukan pemantauan dan evaluasi penggunaan digoksin pada pasien gagal jantung agar penggunaannya tepat dan rasional sehingga tercapai efek terapi yang diinginkan (Shargel, 2005).

Penggunaan obat yang tepat dan rasional mensyaratkan bahwa pasien menerima obat-obatan yang sesuai dengan kebutuhan klinik, dalam dosis yang memenuhi keperluan individu mereka sendiri, untuk suatu periode waktu yang memadai, dan dengan harga terendah bagi mereka serta komunitas mereka. Dengan kata lain jika obat yang digunakan sesuai indikasi, kondisi pasien, pemilihan obat yang tepat (jenis, sediaan, dosis, rute, waktu, dan lama pemberian), mempertimbangkan manfaat, dan risiko serta harga yang terjangkau bagi pasien maka kerasioanal dalam penggunaan obat dapat tercapai. Hal ini dikarenakan setiap orang memiliki kondisi tubuh yang berbeda, orang yang sangat tua dan lemah atau yang memiliki komplikasi medis lainnya mungkin tidak dapat mentolerir protokol kemoterapi tertentu (Aslam, 2007).



Penelitian sebelumnya dilakukan untuk mengetahui angka kejadian interaksi obat pada penatalaksanaan pasien gagal jantung kongestif di RSUP DR. Sardjito tahun 2005 hasilnya menunjukkan bahwa interksi obat potensial terjadi pada 99 (90%) rawat inap dan 126 (99,26%) rawat jalan, interaksi farmakokinetika sebanyak 20 jenis, interaksi farmakodinamik sebnayak 6 jenis, jenis interaksi yang memiliki insiden paling tinggi adalah furosemide dan ACEI (76,36%) (Sihombing dkk, 2011).

Menurut Guslum, *et al* (2016) keracunan digoksin akibat kelebihan kadar serum digoksin, peneliti menyimpulkan bahwa pengguna digoksin kadar diatas 1,2 ng/ml dicurigai mengalami keracunan dengan keluhan pasien mual dan muntah setelah di terapi dengan digoksin serta menunjukkan perubahan elektrokardiografi baru. Dalam kasus ini, tingkat serum digoksin harus selalu dipantau.

Berdasarkan data dari penelitian Lia handyani (2010) evaluasi penggunaan digoksin pada SMF ilmu penyakit dalam dan penyakit anak, ditemukan ketidak rasionalan penggunaan di goksin di RSUP DR. M. DJAMIL Padang sebesar 95%.

Berdasarkan hal diatas, maka penulis dalam penelitian tertarik untuk mengevaluasi penggunaan digoksin pada pasien gagal jantung di IRNA penyakit jantung dan pembuluh RSUP. Dr. M. Djamil P



