

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 yang dimaksud dengan pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit dan/atau gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. Sedangkan yang dimaksud lanjut usia atau lansia menurut Peraturan Pemerintah Nomor 43 tahun 2004 adalah kelompok dengan usia lebih dari 60 tahun. Lansia terbagi menjadi tiga fase, yaitu lansia muda dengan umur 65-74 tahun, lansia madya (menengah) dengan umur diatas 75-84 tahun dan lansia tua dengan umur lebih dari 85 tahun ke atas (Coleman, Heller and Leventhal, 2003; Little *et al.*, 2012).

Jumlah penduduk geriatri di Amerika diramalkan akan terus meningkat setiap tahun. Pada tahun 2000 sebanyak 12.6% masyarakat Amerika berusia diatas 85 tahun, sedangkan pada tahun 2050 diperkirakan mencapai angka 23.7% (Ferrucci, Giallauria and Guralnik, 2008). Seiring dengan peningkatan jumlah pasien geriatri ini berpengaruh pada peningkatan jumlah penduduk lansia. Sama halnya di Indonesia, menurut data BPS (2018) jumlah penduduk lansia di Indonesia diperkirakan meningkat dari 9,27% pada tahun 2018 menjadi 19,8% pada tahun 2045. Dalam wawancararanya dengan Tribun Padang, Kepala dinas sosial Abdul Gafar (2019) menyatakan bahwa terdapat 445.699 lansia di Sumatera Barat, 29.000 diantaranya merupakan lansia nonpotensial. Lebih lanjut disebutkan pada data BKKBN (2019) bahwa terdapat sebanyak 17.1% penduduk lansia dengan usia diatas 60 tahun dari hampir 40.000 jiwa di Kota Padang. Pada umumnya pasien geriatri mengalami peningkatan usia sejalan dengan peningkatan keluhan kesehatan yang diakibatkan oleh multipatologi.

Beberapa keluhan kesehatan pasien geriatri memerlukan penanganan yang lebih serius dan mewajibkan pasien untuk di rawat inap. Keadaan multipatologi yang dialami pasien geriatri ikut berkontribusi dalam meningkatkan potensi terjadinya polifarmasi dan timbulnya ADR selama perawatan. Respon tubuh pasien geriatri dengan kondisi multipatologi jelas berbeda dengan pasien dewasa. Hal ini dikarenakan seiring bertambahnya usia terjadi perubahan pada proses absorpsi, distribusi, metabolisme dan eliminasi obat di dalam tubuh. Menurut Depkes RI (2013) rata-rata akan terjadi penurunan kapasitas filtrasi ginjal sekitar 0,5-1% setiap tahunnya setelah dekade keempat, sehingga seseorang yang berusia kurang dari delapan puluh tahun hanya memiliki 60-80% fungsi ginjal dibanding dengan seseorang yang berumur 40 tahun. Kondisi ini akan meningkatkan resiko terkena gagal ginjal yang diinduksi oleh obat-obatan. Hal ini merupakan contoh bagaimana penggunaan obat dan peningkatan sensitivitas terhadap efek obat dapat menimbulkan resiko terjadinya cedera serius pada pasien geriatri. Perubahan sensitivitas pada pasien geriatri yang menyebabkan perubahan fungsi dari saluran pencernaan, hati, ginjal, komposisi tubuh dan dinamik reseptor obat sering meningkatkan resiko ADR pada pasien geriatri (Holman, 2019).

Adverse Drug Reaction (ADR) merupakan suatu respon terhadap obat yang sifatnya berbahaya dan tidak disengaja, terjadi pada dosis pemberian yang digunakan pada manusia sebagai profilaksis, diagnosis, terapi ataupun modifikasi fungsi fisiologis (U.S. Food and Drug Administration, 2015). Sejalan dengan itu (Allemann *et al.*, 2014) menyatakan istilah ADR mengacu kepada suatu kejadian yang tidak diharapkan dari pengalaman pasien atau diduga akibat terapi obat. Sehingga potensial mengganggu keberhasilan terapi. ADR dibagi menjadi dua kategori menurut (Lövborg *et al.*, 2012), yaitu: (1) Reaksi tipe A (*Augmented*), yaitu reaksi yang dapat diperkirakan sebelumnya dan berhubungan dengan aksi farmakologis obat; (2) Reaksi tipe B (*Bizarre*) yaitu reaksi yang terjadi tidak dapat diperkirakan, jarang terjadi dan biasanya tidak berhubungan dengan respon farmakologis obat. ADR merupakan permasalahan keamanan utama pada pasien yang kemungkinan memiliki konsekuensi yang bermakna pada pasien dan sistem perawatan kesehatan.

Dari hasil penelitian yang dilakukan di beberapa Negara di Eropa telah dilaporkan insiden ADR yang menyebabkan admisi pasien mencapai 3.6%. Dan sekitar 10% pasien rawat inap mengalami kejadian ADR selama perawatan di rumah sakit (Bouvy, De Bruin and Koopmanschap, 2015). Literatur lain juga menunjukkan bahwa ADR merupakan salah satu permasalahan kesehatan terbesar di dunia. Dalam penelitiannya, Bond and Raehl (2006) menyebutkan bahwa angka kejadian ADR di Amerika yang menyebabkan pasien dirawat di rumah sakit mencapai angka 1.73%, sedangkan angka kematian akibat kejadian ADR sebesar 19.18%. Selain itu angka kejadian ADR pada pasien geriatri di RSUP Dr. M.Djamil Padang dilaporkan mencapai angka 20% (Tobat, Muchtar and Martini, 2016a). Tingginya angka kejadian ADR didorong oleh kondisi multipatologi yang umumnya terjadi pada pasien geriatri. Hal ini dikarenakan populasi terbesar pasien rawat inap di rumah sakit berasal dari kelompok pasien geriatri. Dilaporkan sebanyak 30% pasien geriatri masuk ke rumah sakit karena kasus ADR.

Seiring dengan bertambahnya usia, terjadi perpanjangan waktu paruh dan peningkatan kadar obat dalam bentuk aktif di dalam darah. Dimana untuk beberapa obat, kondisi ini akan menimbulkan efek yang lebih besar terlebih pada kondisi pasien dengan usia lanjut (Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, 2012). Oleh sebab itu, penggunaan obat pada lansia perlu mendapat perhatian khususnya tim medis. Menurut Mallet, Spinewine and Huang, (2007) terbatasnya fungsi hati dan ginjal mengakibatkan kemampuan mengeliminasi obat dan metabolitnya ke seluruh tubuh menurun. Pada rawat inap di rumah sakit populasi pasien geriatri dengan komorbiditas atau multipatologi memiliki rata-rata jumlah obat per resep yang tinggi. Hal itu menuntut apoteker untuk benar-benar memahami kebutuhan obat dan manfaatnya dalam terapi pasien (Chandrappa, R and Rajarathna, 2018). Sedangkan di sisi lain seringkali tidak ditemukan data keamanan dan efektifitas obat pada pasien geriatri, dikarenakan kurangnya kajian yang membahas isu terkait. Meskipun lebih dari setengah dari peresepan obat diberikan kepada pasien geriatri. Sehingga ditemukan satu dari enam pasien di rumah sakit mengalami efek samping obat

Ditinjau dari peningkatan jumlah penduduk geriatri di Indonesia, memang sudah seharusnya mengawali langkah untuk melakukan program evaluasi dan pencegahan ADR yang terstruktur dan sistematis. Beberapa strategi dapat diterapkan untuk mencegah ADR, salah satunya dengan menggunakan kriteria Beers. Kriteria ini menerapkan penggunaan daftar obat yang berisi obat-obat tertentu, dimana pemakaiannya harus diwaspadai pada pasien geriatri. Kriteria ini diperoleh dari pengkajian secara mendalam dari uraian literatur dengan questioner yang dievaluasi secara nasional di Amerika Serikat. Lebih lanjut dirumuskan oleh para ahli gerontologi, ahli farmakologi klinis dan psikofarmakologi menggunakan teknik *Delphi* yang dimodifikasi sehingga terbentuk suatu konsensus. Kriteria Beers telah digunakan oleh dokter dan apoteker di beberapa negara sejak tahun 1991. Digunakan untuk mensurvey ketepatan penggunaan obat dan mengevaluasi penelitian terkait intervensi penurunan terjadinya kasus ADR pada pasien geriatri (The America Geriatrics Society 2015; Beers Criteria Update Expert Panel, 2015). Sejak tahun 1997 kriteria Beers telah berperan besar dalam penyusunan kriteria yang secara eksplisit dapat mencegah ADR (Fick *et al.*, 2019). Kriteria ini juga telah diadopsi oleh *centers for medicare & Medicaid services* (CMS) sejak bulan juli 1999 (Rovner, 2013).

Penilaian ADR dan monitoring efek samping obat di Indonesia menjadi tanggung jawab Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). BPOM (2012) menggunakan algoritma Naranjo untuk mengetahui apakah reaksi yang timbul pada pasien merupakan akibat penggunaan suatu obat yang dikategorikan sebagai suatu efek samping atau tidak. Namun metoda Naranjo sendiri sudah banyak dipertanyakan oleh sejumlah investor di luar negeri. Terkadang ditemukan kondisi pertanyaan yang kurang relevan dan tidak mungkin untuk diaplikasikan. Kondisi ini akan menghasilkan penilaian yang cenderung kurang sensitif dan mempengaruhi skor akhir secara keseluruhan dan meremehkan kemungkinan ADR yang ditemukan (Bracken *et al.*, 2014).

Dari hasil penelusuran literatur ditemukan beberapa penelitian yang sudah dilakukan terkait penggunaan kriteria Beers pada pasien geriatri di Indonesia

diantaranya diketahui bahwa 18,30% pasien geriatri di Jember teridentifikasi menerima obat yang berpotensi tidak tepat (Negara, Machlaurin, Rachmawati, 2013). Kemudian ditemukan 20,5% obat masuk dalam kategori tidak rasional sesuai kriteria Beers di RSUD Purwokerto (Styowati, Sudarso, Utaminingrum, 2011). Selain itu 5.7% kejadian tidak tepat obat pada pasien geriatri ditemukan di kota Bandung (Abdulah, Barliana, 2015). Selanjutnya (Azizah, 2015) melaporkan dengan menerapkan kriteria Beers di RSUD Ibnu Sina Makassar jumlah resep perlembar berkurang dari 1-5 obat menjadi 1-3 obat. Lebih Lovia (2019) melaporkan kejadian ADR pada pasien anak selama rawatan di RSUD Dr. M. Djamil Padang sebesar 71,4%.

Berdasarkan uraian diatas, ada beberapa faktor utama yang mendasari penelitian ini. Pertama, peningkatan jumlah geriatri di Indonesia cukup tinggi, kondisi geriatri yang memiliki multipatologi, serta tingginya angka kejadian polifarmasi menjadikan geriatri sebagai populasi yang rentan mengalami ADR. Hal ini menjadi dasar pemikiran untuk dilakukan penelitian pada pasien geriatri. Kedua, keberhasilan penerapan kriteria Beers di beberapa negara di Eropa mendorong peneliti untuk mencoba menyusun suatu daftar obat yang bisa digunakan untuk mewaspadai terjadinya ADR pada pasien geriatri di Indonesia. Pada dasarnya daftar obat pada kriteria Beers tidak seluruhnya beredar di Indonesia, sehingga dengan adanya daftar obat-obat yang disesuaikan dengan kondisi terkini diharapkan dapat diterapkan penggunaannya di seluruh rumah sakit di Indonesia.

Penelitian dilaksanakan di RSUD Dr. M. Djamil Padang, sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Sumatera Barat yang telah lulus akreditasi KARS Internasional sejak tahun 2018. Selain itu, menurut data BPS (2018) sebanyak 67,62% pasien geriatri dirawat di Rumah Sakit Pemerintah. Sehingga RS ini dipilih sebagai lokasi penelitian dengan tujuan mendapatkan gambaran penyebaran populasi pasien dari berbagai daerah di Sumatera Barat.

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan hal diatas, maka permasalahan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran pengetahuan dan pengalaman tenaga kesehatan di IRNA penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang terkait ADR yang terjadi pada pasien geriatri?
2. Bagaimana alur penanganan dan pelaporan ADR pada pasien geriatri di IRNA penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mendeskripsikan pengetahuan dan pengalaman tenaga kesehatan di IRNA penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang terkait ADR yang terjadi pada pasien geriatri.
2. Menilai alur penanganan dan sistem pelaporan ADR yang terjadi pada pasien geriatri di IRNA penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Bagi Peneliti
 - a. Adanya informasi mengenai insiden ADR yang terjadi pada pasien geriatri rawat inap penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.
 - b. Mengetahui sistem pelaporan ADR pada pasien geriatri rawat inap penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.
 - c. Menjadi dasar untuk merekomendasikan perbaikan sistem pemantauan dan pelaporan ADR pada pasien geriatri rawat inap penyakit dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang.
2. Bagi Praktisi Kesehatan dan Rumah Sakit
 - a. Memudahkan praktisi kesehatan yang terlibat dalam pelayanan baik dokter, apoteker maupun perawat dalam mewaspadaai terjadinya ADR pada pasien geriatri rawat inap.
 - b. Meningkatkan keberhasilan terapi dengan menurunkan resiko terjadinya ADR.
 - c. Secara tidak langsung akan meningkatkan keberhasilan terapi, memperkecil lama perawatan dan biaya perawatan pasien.
3. Bagi Pasien
 - a. Meminimalisir kejadian ADR.

- b. Mendapatkan terapi yang aman, efektif dan efisien.
 - c. Meningkatkan kualitas hidup pasien.
4. Bagi Ilmu Pengetahuan
- a. Adanya acuan yang digunakan untuk mewaspadai terjadinya ADR pada pasien geriatri.
 - b. Menjadi pemicu dalam peningkatan pengkajian ADR di Indonesia khususnya pada pasien geriatri.

