

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit gagal jantung termasuk dalam kategori penyakit kardiovaskuler dengan penderita cukup banyak di dunia dan juga termasuk juga di Indonesia. Di negara maju seperti Amerika Serikat penyakit gagal jantung mempengaruhi sekitar lima juta orang (2 %-3 % populasi di Amerika Serikat) dan utamanya terjadi pada pasien lansia (> 60 tahun) (1). Insiden terjadinya gagal jantung terus mengalami peningkatan dengan lebih dari 650.000 kasus baru dengan diagnosa gagal jantung. Peningkatan ini dipengaruhi juga oleh peningkatan umur, naik sekitar 20 kasus gagal jantung per 1000 penduduk pada usia 65-69 tahun dan 80 kasus dengan usia diatas 85 tahun.

Sedangkan di Indonesia berdasarkan hasil data dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi gagal jantung di Indonesia dengan angka kejadian tertinggi (0,5 %) terjadi pada pasien geriatri atau berumur 65-74 tahun (2). Tetapi menurut Riset Kesehatan dasar 2018 bahwa prevalensi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur sebanyak 1,5%, angka kejadian tertinggi di Provinsi Kalimantan Utara dengan angka 2,2% dan terendah dengan angka 0,7% terjadi di Provinsi NTT (3). Dalam pusat data dan informasi Kementerian kesehatan Republik Indonesia, prevalensi penderita gagal jantung di Provinsi Sumatera Barat, berdasarkan diagnosis dokter, estimasi jumlah penderita gagal jantung 4.456 orang (0,13%), dan berdasarkan gejala sebanyak 10.283 (0,3%) (4). Gagal jantung ditemukan lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki dengan estimasi jumlah absolut diagnosis dokter pada wanita sebesar 177,077 dan pada pria 88,155 (5).

Penyakit jantung berada di urutan ke delapan dari sepuluh penyakit penyebab kematian terbanyak di rumah sakit Indonesia. Sedangkan berdasarkan data yang didapatkan di RSUP DR. M. Djamil Padang terjadi peningkatan kasus gagal jantung yang melakukan pengobatan rawat jalan dari tahun ke tahun yaitu

sebanyak 745 pasien pada tahun 2014, sebanyak 869 pasien pada tahun 2015, pada tahun 2016 sebanyak 1.153 pasien. Oleh Karena itu, diperlukan keseriusan dan penatalaksannya (6).

Heart Failure atau sering dikenal dengan gagal jantung merupakan keadaan dimana jantung mengalami kegagalan dalam memompa darah untuk mencukupi kebutuhan nutrisi dan oksigen sel-sel tubuh secara adekuat sehingga mengakibatkan peregangan ruang jantung (dilatasi) yang berfungsi untuk menampung darah lebih banyak untuk dipompakan keseluruh tubuh ataumengakibatkan otot jantung kaku dan menebal (7). Gejala khas dari gagal jantung adalah sesak nafas saat beristirahat atau beraktivitas, kelelahan atau edema tungkai sedangkan tanda khas dari gagal jantung adalah takikardia, takipnea, edema perifer dan hepatomegali (8).

Tujuan diagnosis dan terapi dari penyakit gagal jantung adalah untuk mengurangi gejala dan tanda klinis, memperbaiki kualitas hidup, tindakan preventif dan pencegahan perburukan penyakit jantung tetap merupakan bagian penting dalam tatalaksana penyakit jantung (8). Penatalaksanaan gagal jantung dilakukan dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis (9). Untuk terapi non farmakologisnya dapat dilakukan dengan cara perubahan gaya hidup, hindari merokok, diet dan olahraga teratur (10).

Selain pengobatan secara non farmakologis, terdapat juga pengobatan farmakologis untuk penyakit gagal jantung ini. Obat-obatan untuk penyakit gagal jantung dapat dibagi menjadi beberapa golongan obat yaitu penghambat enzim konversi angiotensin, *Angiotensin Receptor Blockers* (ARB), diuretika, vasodilator, antagonis aldosterone, digitalis dan beta *blocker* (11). Obat golongan penghambat enzim koversi angitensi bertujuan mengurangi kadar angiotensin II yang dapat mengurangi tahanan perifer dan juga mengurangi retensi garam danair. Pada obat golongan diuretik selain menurunkan retensi garam dan air juga mempunyai fungsi mengurangi pembengkakan atau edema pada pasien. Obat golongan digitalis mempunyai peran meningkatkan kerja volume sekuncup dan curah jantung. Obat penghambat beta berfungsi menurunkan tekanan darah pada pasien gagal jantung yang mengidap hipertensi (11).

Pasien gagal jantung biasanya memiliki penyakit penyerta lainnya sehingga membutuhkan berbagai terapi obat yang bermacam-macam. Semakin banyak obat yang dikonsumsi, bisa menyebabkan ketidaktepatan terapi yang berpotensi sangat besar. Selain memberikan efek terapi, obat juga mempunyai efek samping yang dapat merugikan, maka perlu dilakukan monitoring terhadap efek samping obat. WHO (*World Health Organization*) juga menyetujui pentingnya dilakukan pemantauan dengan dikumpulkannya data efek samping obat yang pernah dikumpulkan dari seluruh dunia. Badan POM juga mengeluarkan panduan pemutakhiran terhadap pentingnya keamanan obat dan pemantauan efek samping yang merugikan akibat pemberian obat di rumah sakit. Hingga saat ini pelaporan efek samping obat masih bersifat sukarela dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam penanganan *patient safety* (12). Menurut penelitian yang ada, insiden reaksi obat yang tak diinginkan (*adverse drug reaction / ADR*) meningkat sebanding dengan jumlah obat yang digunakan individu (13).

Penelitian yang dilakukan oleh Lindenfer (2012) terhadap pasien gagal jantung dan menemukan bahwa 40% penderita gagal jantung mengalami 5 atau lebih kondisi kronis pada organ kardiovaskuler maupun non-kardiovaskuler (14). Selain itu, gagal jantung juga cenderung menerima polifarmasi atau lebih terapi dari 5 obat (15). Banyaknya obat yang dikonsumsi oleh pasien akan meningkatkan probabilitas terjadinya interaksi obat (16).

Berbagai penelitian telah melaporkan terkait dengan efek samping obat pada pasien gagal jantung, seperti batuk kering yang merupakan efek samping yang cukup sering terjadi akibat pemakaian ACE inhibitor dengan jumlah 21 kejadian dari total 30 pasien. Batuk kering tidak bisa diremehkan karena dapat mengganggu kualitas kehidupan pasien, batuk dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan dapat menyebabkan pembuluh darah pecah (17). Angiotensin Reseptor blocker (ARB) adalah alternatif pengganti ACEI, karena ARB memblokir reseptor angiotensin II, mencegah efek buruk dari angiotensin II terlepas dari asalnya. Sehingga tidak mempengaruhi bradikinin dan tidak berkaitan dengan efek samping ACEI seperti batuk (18). Berdasarkan penelitian

yang telah dilakukan, ditemukan efek samping berupa bradikardia, hipotensi dan hiperkalemia pada pemberian terapi obat beta *blocker* dan spironolakton.

Apoteker atau Sarjana farmasi sebagai ahli dalam obat-obatan memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa pengobatan yang diberikan pada pasien sudah tepat dan aman. Pengawasan aspek keamanan suatu obat harus secara terus menerus dilakukan untuk mengavaluasi konsistensi profil keamanannya atau *risk-benefit ratio*-nya. Dimana mempertimbangkan *benefit* harus lebih besar dari *risk*, untuk mendukung jaminan keamanan obat beredar.

Hingga saat ini sistem pemantauan pelaporan ESO oleh sejawat tenaga kesehatan di Indonesia masih bersifat sukarela dengan menggunakan pelaporan ESO berwarna kuning, yang dikenal sebagai From Kuning. Aktivasi monitoring ESO dan juga pelaporannya oleh tenaga kesehatan sebagai *healthcare provider* merupakan suatu *tool* yang dapat digunakan sebagai pendeteksian kemungkinan terjadinya ESO yang serius dan jarang terjadi (*rare*).

Monitoring reaksi obat yang tidak diinginkan harus dilakukan terutama pada penyakit kronis seperti gagal jantung yang mempunyai waktu terapi yang panjang. Pentingnya penanganan monitoring efek samping obat (MESO) dan belum pernah dilakukan penelitian terkait efek samping obat pada pasien gagal jantung di instalasi penyakit jantung terpadu RSUP Dr. M. Djamil Padang maka dilakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui karakteristik sosiodemografi, karakteristik klinik dan gambaran efek samping obat pada pasien gagal jantung di instalasi penyakit jantung terpadu RSUP Dr. M. Djamil Padang.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran karakteristik demografi dan klinis kejadian efek samping obat pada pasien gagal jantung di Instalasi Penyakit Jantung Terpadu Dr. M. Djamil Padang ?
2. Adakah perbedaan kejadian Efek Samping Obat (ESO) berdasarkan karakteristik demografi dan klinis pasien?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk melihat gambaran karakteristik demografi dan klinis kejadian efek samping obat pada pasien gagal jantung Instalasi Penyakit Jantung Terpadu Dr. M. Djamil Padang.
2. Untuk mengetahui perbedaan kejadian Efek Samping Obat (ESO) berdasarkan karakteristik demografi dan klinis pasien.

1.4 Hipotesa

H₀ : Tidak ada perbedaan kejadian efek samping obat pada pasien gagal jantung berdasarkan karakteristik demografi dan klinis pasien

H₁ : Ada perbedaan kejadian efek samping obat pada pasien gagal jantung berdasarkan karakteristik demografi dan klinis pasien

