

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di Asia saat ini terjadi perkembangan ekonomi secara cepat, kemajuan industri, urbanisasi dan perubahan gaya hidup seperti peningkatan konsumsi kalori, lemak, garam; peningkatan konsumsi rokok dan penurunan aktivitas. Keadaan ini disertai dengan peningkatan insiden obesitas, hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit vaskular yang berujung pada peningkatan insiden gagal jantung (Dumitru, 2010). Gagal jantung merupakan sindrom klinis yang kompleks dengan gejala-gejala yang tipikal dari sesak napas (dispnea) dan mudah lelah (*fatigue*) yang dihubungkan dengan kerusakan fungsi maupun struktur dari jantung yang mengganggu kemampuan ventrikel untuk mengisi dan mengeluarkan darah ke sirkulasi (Syamsudin, 2011). Gagal jantung adalah keadaan patofisiologi dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memompa darah untuk metabolisme jaringan (Sudarta, 2013).

Di dunia, gagal jantung telah melibatkan setidaknya 23 juta penduduk. Sekitar 4,7 juta orang menderita gagal jantung di Amerika (1,5-2% dari total populasi), dengan tingkat insiden 550.000 kasus per tahun. Dari sejumlah pasien tersebut hanya 0,4-2% saja yang mengeluhkan timbulnya gejala (Irnizarifka, 2011). Risiko untuk menderita gagal jantung belum bergerak dari 10% untuk kelompok di atas 70 tahun dan 5% untuk kelompok usia 60-69 tahun serta 2% untuk kelompok usia 40-59 tahun (Irnizarifka, 2011). Di Amerika 5,1 juta orang menderita gagal jantung. 1 dari 9 penderita gagal jantung meninggal dunia. Di Amerika setiap tahunnya muncul 825.000 kasus baru gagal jantung dan diproyeksikan pada tahun 2030 sebanyak 70 juta dolar dihabiskan untuk pengobatan gagal

jantung (Gibson *et al.*, 2013). Pada tahun 2010 biaya pengobatan gagal jantung di Amerika sebesar 39,2 milyar dolar termasuk biaya perawatan kesehatan, pengobatan, dan hilangnya produktivitas (Bui *et al.*, 2011).

Berdasarkan riset kesehatan dasar kementerian kesehatan pada tahun 2013, prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter di Indonesia pada tahun 2013 sebesar 0,13%. Dengan prevalensi tertinggi di DIY 0,25%, Jawa Timur 0,19%, dan Jawa Tengah 0,18%. Sementara itu prevalensi gagal jantung berdasarkan gejalanya sebesar 0,3%. Prevalensi gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur dan prevalensi tertinggi terjadi pada usia 65-74 tahun (0,5%) dan lebih banyak terjadi di perkotaan (Kemenkes, 2013).

Salah satu penyebab gagal jantung adalah beban kerja jantung yang berlebihan sehingga dapat menyebabkan hipertensi (Hammer dan McPhee., 2010). Faktor risiko gagal jantung adalah penyakit jantung iskemik, merokok, obesitas dan diabetes (Bui *et al.*, 2011). Gejala yang dialami oleh pasien penderita gagal jantung yaitu nafas pendek, terbangun pada malam hari karena sesak nafas, *nocturia* (banyaknya kencing pada malam hari), lelah karena otot rangka kekurangan oksigen, nyeri pada dada (Hammer dan McPhee, 2010), dan pembengkakan pada kaki dan pergelangan kaki, penurunan berat badan serta penurunan nafsu makan (Gibson *et al.*, 2013).

Tujuan utama penatalaksanaan gagal jantung ialah untuk mengembalikan kualitas hidup, mengurangi frekuensi eksaserbasi gagal jantung dan memperpanjang hidup. Untuk mencapai tujuan penatalaksanaan gagal jantung terapi harus mencakup penanggulangan etiologi dan faktor penyebab, terapi nonfarmakologi (nonmedikamentosa) dan farmakologi (medikamentosa). Terapi nonfarmakologi (nonmedikamentosa) antara lain dapat berupa edukasi gejala, tanda, dan pengobatan gagal jantung. Dapat

juga berupa manajemen diet, latihan fisik, dukungan dari keluarga untuk selalu memperhatikan dan merawat pasien (Rich MW, 2009). Terapi farmakologi untuk gagal jantung dengan pemberian golongan obat diuretik, ACE-Inhibitor, ARBs, penyekat beta, antikoagulan, vasodilator, CCB (Jones, 2010). Terdapat beberapa pemeriksaan laboratorium sebagai alat untuk membantu atau memantau gagal jantung, yaitu CPK (*creatine phosphokinase*), CK-MB, troponin I dan T, serta myoglobin (Samsu, 2010).

β -blocker direkomendasikan untuk penggunaan rutin pada pasien gagal jantung ringan dan sedang (NYHA kelas II-III), etiologi iskemik maupun noniskemik, bersama ACEI (atau antagonis aldosteron), dan diuretik jika diperlukan untuk mengurangi gejala pada pasien dengan adanya atau riwayat retensi cairan dan tidak ada kontra indikasi (Setiawati, 2009). Efek β -blocker pada gagal jantung bukan *class effect*, maka hanya bisoprolol, karvedilol, dan metoprolol lepas lambat yang dapat direkomendasikan untuk pengobatan gagal jantung (Setiawati, 2009).

Pada gagal jantung dapat terjadi *remodelling* ventrikel kiri yang disebabkan oleh disfungsi ventrikel kiri, terjadinya disfungsi ini juga disebabkan karena dilatasi ventrikel kiri (Depkes, 2006). Penggunaan β -blocker digunakan pada disfungsi diastolik untuk mengurangi HR (*heart rate*), mencegah iskemi miokard, menurunkan tekanan darah, dan hipertrofi ventrikel kiri (Kasron, 2012).

Dengan dasar fakta tersebut, maka penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pola penggunaan β -blocker pada pasien gagal jantung, sehingga diharapkan menurunkan angka kematian beserta kecacatan pada pasien penderita. Penelitian ini dilakukan di RSUD Kabupaten Sidoarjo dengan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit rujukan dan terbesar di kota Sidoarjo.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pola penggunaan β -blocker pada pasien dengan terapi gagal jantung di RSUD Kabupaten Sidoarjo ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pola penggunaan β -blocker pada pasien gagal jantung rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sidoarjo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pola terapi β -blocker pada pasien gagal jantung meliputi dosis, rute pemberian, interval, frekuensi serta lama pemberiannya di RSUD Kabupaten Sidoarjo terkait data laboratorium dan klinis.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

- a) Memahami penatalaksanaan terapi pada pasien gagal jantung sehingga farmasis mampu memberikan asuhan kefarmasian serta bekerjasama dengan praktisi kesehatan lainnya untuk memaksimalkan terapi.
- b) Memberi informasi tentang penggunaan β -blocker pada pengobatan gagal jantung dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kepada pasien.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit

- a) Sebagai masukan dalam pengambilan keputusan baik klinis maupun farmasis terutama pada pelayanan farmasi klinik.

- b) Sebagai masukan bagi Komite Medik Farmasi serta Terapi dalam merekomendasikan penggunaan obat di RSUD Kabupaten Sidoarjo.
- c) Sebagai data awal DUS (*Drug Utilization Study*) yang bermanfaat bagi instalasi farmasi yang berkaitan dengan pengadaan obat.