

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hipertensi merupakan penyakit kronis yang dapat merusak organ tubuh. Jumlah penderita penyakit hipertensi di dunia hampir 1 milyar orang atau 1 dari 4 orang dewasa. Setiap tahun penyakit hipertensi menjadi penyebab 1 dari setiap 7 kematian selain juga menyebabkan kerusakan jantung, mata, otak, dan ginjal (WHO, 2009).

Menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2007, penyakit hipertensi menempati urutan kedua setelah stroke dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit yaitu sebesar 4,67 % (Depkes RI, 2008). Prevalensi hipertensi di Indonesia pada tahun 2007 adalah 32,2%, dengan prevalensi tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan (39,6%) dan terendah di Papua Barat (20,1%) (Badan Litbang Kesehatan, 2009).

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 diketahui bahwa stroke, hipertensi, dan penyakit jantung meliputi lebih dari sepertiga penyebab kematian. Stroke menjadi penyebab kematian terbanyak 15,4%, kedua hipertensi 6,8%, penyakit jantung iskemik 5,1%, dan penyakit jantung 4,6%. Selain itu, komplikasi penyakit kardiovaskular lebih banyak pada perempuan yaitu sebesar 52% dibandingkan laki-laki 48% (Depkes RI, 2009).

Selain dampak medik dan beban sakit yang tinggi, dampak biaya akibat hipertensi juga sangat besar. Total biaya yang dikeluarkan untuk hipertensi di Amerika pada tahun 2006 diperkirakan sebesar 63,5 milyar dolar Amerika, termasuk di dalamnya 47,5 milyar dolar untuk biaya langsung dan 16 milyar dolar untuk biaya tidak langsung. Pembelanjaan obat untuk penyakit kardiovaskular di Kanada dilaporkan meningkat dua kali lipat pada periode tahun 1996-2006 melebihi 5 milyar dolar (Jackevicus *et al.*, 2009).

Pembiayaan terapi dengan obat antihipertensi juga meningkat secara tajam di negara berkembang. Hal ini diperkirakan karena penggunaan obat baru dan obat yang lebih mahal harganya. Biaya ini semakin besar karena hipertensi merupakan penyakit kronis yang

memerlukan terapi yang lama. Kondisi di Indonesia tidak berbeda dengan negara-negara berkembang lainnya. Pembiayaan pelayanan kesehatan meningkat lebih cepat daripada peningkatan kemampuan ekonomi. Para pemimpin perusahaan dan asuransi kesehatan berusaha menerapkan strategi baru untuk memenuhi tingginya permintaan terhadap pelayanan kesehatan bagi para pekerja. Pada tahun 2000 di Amerika Serikat para pekerja yang dilindungi asuransi mencapai 171 juta orang termasuk ke dalamnya 11 juta pekerja yang sudah pensiun dan 16 juta orang yang membayar sendiri asuransi mereka (Iglehart, 2002). Jumlah peserta Asuransi Kesehatan (ASKES) di Indonesia mencapai lebih dari 40 juta orang (ASKES, 2009). Jika dikorelasikan dengan prevalensi hipertensi di Indonesia dapat dipastikan beban biaya untuk penanganan hipertensi di Indonesia tentu juga sangat besar seperti halnya yang terjadi di Amerika Serikat.

Pengobatan yang tidak optimal merupakan masalah yang umum terjadi di praktek klinis. Hal ini terutama dialami pasien yang memerlukan berbagai macam obat dalam waktu yang lama dengan masalah pengobatan yang tidak *persistence* menyebabkan pencapaian target terapi yang tidak optimal (Vink *et al.*, 2009).

Rendahnya *persistence* terhadap terapi hipertensi menjadi penyebab utama tidak terkontrolnya tekanan darah. Tekanan darah yang tidak terkontrol merupakan faktor resiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner, gagal jantung, stroke, dan gagal ginjal. Manajemen terapi dalam menurunkan tekanan darah yang efektif akan menurunkan resiko kematian maupun insiden yang tidak fatal (Hoer *et al.*, 2007).

Terapi hipertensi yang tidak *persistence* dilaporkan menjadi penyebab kematian sekitar 125 orang per tahun dan pengeluaran biaya sebesar 100 milyar dolar per tahun di Amerika Serikat. Biaya yang dikeluarkan per tahun akibat terapi yang tidak *persistence* di Kanada paling tidak mencapai 7 milyar dolar (Gogovor *et al.*, 2007).

Berbagai macam faktor berhubungan dengan rendahnya *persistence* dalam penggunaan antihipertensi. Faktor tersebut bervariasi antara satu studi dengan studi yang lainnya. Faktor tersebut antara lain pemilihan obat, biaya obat, demografik, dan faktor pelayanan kesehatan (Gregoire *et al.*, 2006; Prandin *et al.*, 2007).

Bautista (2008) meneliti tentang prediktor yang berhubungan dengan terapi antihipertensi sehingga terapi tidak *persistence*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia muda serta faktor yang berhubungan dengan kemampuan untuk mengakses pelayanan medis dan kesehatan (penghasilan yang rendah, asuransi kesehatan, dan kunjungan ke dokter) merupakan prediktor utama terapi yang tidak *persistence*.

Terapi farmakologi dengan monoterapi atau kombinasi obat antihipertensi dapat mengurangi peningkatan tekanan darah lebih dari 80% pasien hipertensi dan hal ini berhubungan dengan pengurangan terjadinya morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh hipertensi (Borghetti *et al.*, 2007). Sebaliknya, kompleksitas regimen terapi diketahui memiliki efek yang negatif terhadap kepatuhan dan keberhasilan pengobatan. Penelitian menunjukkan bahwa menggunakan obat lebih dari dosis tunggal per hari memberikan efek yang negatif terhadap *persistence* terapi (Simon *et al.*, 2005).

Hasil penelitian Kim *et al.* (2002), Senior *et al.* (2004), dan Hertz *et al.* (2005) menunjukkan bahwa pasien yang berusia lebih tua dapat meningkatkan *persistence*, tetapi penelitian Benner *et al.* (2002), Balbay *et al.* (2005) menunjukkan usia yang lebih muda meningkatkan *persistence*.

Persistence pasien terhadap obat antihipertensi dapat dipengaruhi golongan obat antihipertensi yang dipilih untuk terapi dan karakteristik pasien. Hal ini karena mekanisme aksi obat, toleransi, dan pengaruh terhadap kualitas hidup juga berbeda (Hasford *et al.*, 2007).

Penelitian Patel *et al.* (2007) di Amerika Serikat dengan metode *cohort retrospective* tentang *persistence* monoterapi beberapa jenis antihipertensi menunjukkan bahwa jenis

antihipertensi angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor memiliki *persistence* yang paling tinggi dibandingkan monoterapi dengan golongan antihipertensi yang lain, tetapi penelitian Borghi *et al.* (2007) menunjukkan angiotensin II reseptor blocker (ARB) lebih *persistence* dibandingkan jenis antihipertensi yang lainnya.

Persistence terapi antihipertensi dikatakan baik apabila memiliki proporsi $\geq 80\%$. Pola *persistence* suatu terapi antihipertensi dikatakan baik apabila penggunaan terapi antihipertensi berlangsung secara kontinyu. Suatu terapi antihipertensi dikatakan kontinyu apabila memenuhi kriteria yang ada. Salah satu kriteria terapi antihipertensi yang kontinyu adalah apabila pasien mengambil obat dalam rentang waktu 30 hari dari tanggal persepan terakhir. Apabila obat antihipertensi baru diambil setelah 30 hari dari tanggal persepan terakhir maka terapi antihipertensi dikatakan tidak kontinyu (Yu *et al.*, 2005).

Penelitian dengan menggunakan *claimed prescribing database* asuransi kesehatan di Indonesia sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan. Melihat besarnya angka peserta ASKES dan besarnya angka penderita hipertensi di Indonesia, penulis tertarik untuk melakukan penelitian menggunakan *claimed prescribing database* dari ASKES. Pada penelitian ini penulis memilih populasi peserta ASKES yang berobat jalan di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta. RSUP DR.Sardjito merupakan rumah sakit rujukan utama untuk wilayah propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dan sekitarnya sehingga menggambarkan secara umum profil pasien dan pola penyakit yang ada di Yogyakarta dan sekitarnya.

Permasalahan yang ingin dikaji adalah apakah jenis antihipertensi, jenis kelamin, usia pasien, dan monoterapi merupakan faktor prediktor *persistence* pengguna antihipertensi di Indonesia khususnya peserta ASKES di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas perumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah proporsi *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta tergolong baik ($\geq 80\%$)?
2. Apakah pola *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta tergolong kontinyu?
3. Apakah jenis antihipertensi, usia muda, jenis kelamin perempuan, dan monoterapi merupakan faktor prediktor *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta ?

C. Manfaat Penelitian

1. Apabila faktor prediktor *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito dapat diketahui maka hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk klinisi dalam menerapkan pola manajemen penggunaan antihipertensi yang lebih *persistence* sehingga tercapai tujuan terapi untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas.
2. Apabila besarnya proporsi *persistence* serta faktor prediktor yang mempengaruhi tingkat *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito diketahui maka diharapkan dapat digunakan sebagai pertimbangan untuk pihak ASKES dalam membuat kebijakan manajemen pelayanan peserta asuransi yang lebih baik dan efektif sehingga dapat meningkatkan taraf kesehatan masyarakat.

D. Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor prediktor *persistence* pada peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta.

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui apakah proporsi *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta tergolong baik ($\geq 80\%$).
2. Untuk mengetahui apakah pola *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR. Sardjito Yogyakarta tergolong kontinyu.
3. Untuk mengetahui apakah jenis antihipertensi, usia muda (<50 tahun) dan jenis kelamin wanita merupakan faktor prediktor *persistence* peserta ASKES pengguna antihipertensi di RSUP DR.Sardjito Yogyakarta.