

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG PERMASALAHAN

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO, 1990) penyakit kardiovaskuler, termasuk hipertensi merupakan salah satu penyebab utama kematian, baik di negara-negara maju maupun negara-negara berkembang, termasuk Indonesia. Hipertensi merupakan masalah kesehatan yang sering ditemukan dan termasuk masalah kesehatan masyarakat yang perlu segera ditangani sebelum komplikasi dan akibat buruk lainnya (Sulaiman, 2000). Kecenderungan perubahan sosial, ekonomi dan laju perkembangan teknologi serta bertambahnya secara relatif jumlah penduduk berusia 40 tahun keatas, telah menyebabkan perubahan dan pergeseran pola-pola penyakit yang ada. Penyakit tidak menular, khususnya pembuluh darah, termasuk hipertensi cenderung meningkat dan memerlukan tatalaksana yang baik dalam pelayanan dan pencegahan (Romdhoni, 1996).

Proporsi penyakit kardiovaskuler pada umur 45 tahun keatas sebagai akibat dari penyakit jantung koroner, hipertensi, dan stroke jumlahnya mencapai 50% dari penyebab kematian (Kusumana, 1996).

Dengan meningkatnya penduduk usia 40 tahun ke atas permasalahan yang dihadapi pemerintah diantaranya, (1) masih kurangnya tenaga terdidik untuk memberikan pelayanan, (2) biaya kesehatan yang cenderung meningkat, (3) adanya transisi demografi dan epidemiologi (Romsiah, 1996)

Sebagian besar hipertensi dimasyarakat termasuk hipertensi *esensial* (95%) dan ringan serta tanpa komplikasi. Kegunaan terapi dalam menurunkan morbiditas akibat komplikasi kardiovaskular sudah lama dibuktikan, bahkan pada hipertensi ringan (tekanan diastolik : 90-104 mmHg) usia lanjut (60 tahun atau lebih), sedangkan untuk mencegah komplikasi penyakit jantung iskemik masih belum terbukti secara menyakinkan (Parsoedi, 1989).

Beberapa penatalaksanaan terapi hipertensi telah dilakukan antara lain pendekatan Step-Care dalam terapi hipertensi. Sebelum tahun 1978 dikenal dengan "*Classical American Approach*" (dimana obat pilihan pertama diuretika) dan "*Recent European Approach*" (dimana obat pilihan pertama beta bloker).

WHO, (1978) merekomendasikan pendekatan Step-Care dengan pilihan obat pertama diuretika atau beta bloker. WHO/ISH MEETING, (1986) tetap merekomendasikan obat pilihan pertama diuretika dan beta bloker. ACE inhibitor, Ca antagonist dan alpha-1 bloker (Prazosine) digunakan bila ada kontra indikasi pemakaian diuretika dan beta bloker. Prichard, (1987) dan sarjana-sarjana lain bersifat lebih liberal, dimana pengobatan hendaknya individualistik dan sebagai obat pilihan pertama dapat digunakan diuretika tiazide, beta bloker, ACE inhibitor, Ca antagonist, alpha-1 bloker (Prazosine), Alpha dan beta bloker atau vasodilator langsung. JOINT NATIONAL COMMITTEE, (1988) merekomendasikan obat anti hipertensi pilihan pertama ada 4 macam yaitu : diuretika tiazide, beta bloker, Ca antagonist dan ACE inhibitor.

Manajemen terapi yang lain menurut JNC VII, (2003) untuk hipertensi derajat I dengan tekanan darah sistolik 140-150 diastolik 90-99

indikasi dapat diberikan thiazide, ACE inhibitor, ARB, beta bloker, CCB atau kombinasi. Pada hipertensi derajat II dengan tekanan darah sistolik ≤ 160 atau tekanan diastolik ≥ 100 dapat diberikan kombinasi thiazide tipe diuretik dengan ACE inhibitor atau beta bloker atau Angiotensin Receptor Bloker atau Calcium Channel Bloker.

Prinsip umum yang ditentukan untuk pengobatan antihipertensi tidak tergantung dari kekhususan kelas pengobatan, yaitu: (1) Gunakan dosis terendah yang telah direkomendasikan dalam memilih obat awal terapi, (2) Rekomendasi terdekat untuk memaksimalkan efisiensi obat antihipertensi dan meminimalkan efek yang merugikan adalah dengan menggunakan kombinasi yang tepat. Jika respon awal tidak adekuat, tambahkan dosis kecil dari obat kedua (dari kelas obat yang lain) lebih baik dari pada menaikkan dosis obat yang pertama, (3) Jika respon awal baik dari obat pertama (single dose) dosis rendah, tapi tekanan darahnya masih tetap di atas target yang diinginkan, naikan dosis obat jika terjadi toleransi. (4) Jika respon awal jelek, dan obat tidak ditoleransi tubuh, ganti dengan dengan obat lain kelas dengan dosis rendah, (5) Pilih obat-obatan *long acting* untuk memberikan efek efisiensi 24 jam penggunaan 1x sehari, (6) Secara umum memakan waktu paling sedikit 3-4 minggu untuk memperoleh respon stabil dari dosis tertentu suatu obat (Sya'bani, 1999)

B. PERUMUSAN MASALAH

Penatalaksanaan terapi dan faktor resiko hipertensi dari tahun ketahun cenderung berbeda. Anjuran penggunaan obat antihipertensi didasarkan pada *clinical trial* dan tiap tahun mengalami perubahan baik dosis dan

maupun kombinasi obat yang diberikan. Pada masing-masing derajat hipertensi diberikan terapi dan penatalaksanaan pasca terapi yang berbeda pula. Modifikasi faktor resiko cenderung jarang dilakukan, karena biasanya faktor-faktor resiko ini tidak secara sendiri-sendiri menyebabkan hipertensi tapi secara bersama-sama sesuai dengan *teori mozaik* pada hipertensi esensial (Boedhi-Darmojo, 1989). *Promotion Health* dapat sebagai prevensi awal terhadap faktor resiko hipertensi. Adapun penatalaksanaan faktor resiko pasca terapi dapat merupakan tindakan *follow up*.

Adanya komplikasi atau penyakit lain yang menyertai hipertensi juga menjadi penentu terapi yang diberikan. Kombinasi obat antihipertensi dengan obat penyakit yang menyertai sedapat mungkin saling sinergis yang mempunyai efek saling membantu dalam terapi hipertensi. Sangat perlu untuk menentukan terapi apa yang digunakan, dosis yang diberikan, berdasar penyebab hipertensi, adanya kerusakan organ, penyakit ginjal, diabetes melitus. Juga dimungkinkan adanya variasi terhadap respon pengobatan tiap kelas atau derajat hipertensi (Sya'bani, 1999).

Berdasarkan latar belakang diatas, perumusan masalah mengacu kepada gambaran profil penderita hipertensi dengan resiko kardiovaskuler lain sebagai komplikasi serta penatalaksanaan terapi yang diberikan berkaitan dengan faktor

C. MANFAAT PENELITIAN

Secara umum penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran profile penderita hipertensi dengan resiko kardiovaskuler yang ada serta penatalaksanaannya.

Secara khusus diharapkan bermanfaat bagi:

- a. Pengembangan sistem kesehatan nasional, dapat dijadikan masukan dalam menyusun kebijakan nasional, terutama pelayanan kesehatan pada masyarakat luas. Khususnya bagi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta, hasil-hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu masukan penelitian guna mengevaluasi kembali untuk pengembangan sistem penatalaksanaan terapi yang lebih baik.
- b. Pengembangan ilmu, diharapkan hasil penelitian ini akan menambah wawasan serta dapat dijadikan pembandingan oleh peneliti lain.

D. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui profil penderita hipertensi dengan resiko kardiovaskuler lainnya serta penatalaksanaan terapi hipertensi pada pasien yang pernah diterapi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta periode 1 Januari 2002 – 31 Desember 2002. Penelitian ini berdasarkan pada hasil Rekam Medis penderita hipertensi yang pernah menjadi pasien di RS PKU Muhammadiyah selama periode 1 Januari 2002 – 31 Desember 2002.