

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hipertensi merupakan salah satu masalah kesehatan yang cukup berbahaya dengan tingginya tekanan darah sistolik (TDS) yang melebihi dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik (TDD) melebihi dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran dengan selang waktu lima menit dalam keadaan cukup tenang/istirahat. Tekanan darah yang melebihi tersebut dapat menyebabkan kerusakan ginjal, jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (stroke) yang menjadi penyebab kematian tertinggi didunia jika tidak terdeteksi dan tidak melakukan pengobatan dini dan jumlah pasien hipertensi dengan tekanan darah yang tidak terkontrol akan terus bertambah (Kemenkes RI, 2013).

Pada tahun 2019 menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sekitar 1,13 milyar orang teridentifikasi hipertensi dari seluruh dunia, negara yang memiliki pendapatan menengah kebawah yang mendominasi tingginya kasus hipertensi diseluruh dunia. Frekuensi tertinggi di Afrika sebesar 27 % dan tertinggi ketiga di asia tenggara sebesar 25 % terhadap total penduduk (Kemenkes RI, 2018). Pada tahun 2025 diperkirakan akan mengalami kenaikan kasus hingga 1,5 Miliar kasus serta bertambahnya angka kematian terkait hipertensi essensial ataupun hipertensi komplikasi diperkirakan dapat mencapai 9,4 juta orang per tahun.

Peningkatan prevalensi hipertensi secara nasional telah tercatat dari tahun 2013 hingga 2018. Prevalensi hipertensi tertinggi di Indonesia yaitu di Kalimantan Selatan pada tahun 2018 sebesar 44,1%. Di Provinsi Jawa Barat kasus hipertensi sebanyak 39,6 % dan berada di posisi urutan terbesar kedua dengan kasus kejadian hipertensi. (BPS, 2018). Di Kota Bandung pada tahun 2020, 21 kasus penyakit terbesar yang ada di Kota Bandung pada urutan terbesar kedua yaitu hipertensi dengan jumlah kasus 698.686 penderita, dari jumlah tersebut sebanyak 132.662 (18,99 %) orang telah dilakukan pemeriksaan sesuai standar (Dinas Kesehatan Kota Bandung, 2020).

Strategi untuk menurunkan tekanan darah menurut JNC VII pengobatan dapat dilakukan dengan memodifikasi pola hidup menjadi lebih sehat dan untuk selanjutnya terapi obat dapat ditetapkan berdasarkan penyakit dasar. Sedangkan menurut JNC VIII strategi untuk tercapainya penurunan tekanan darah pada umur ≥ 60 tahun terapi hipertensi dengan mengkonsumsi obat dimulai pada *Sistolic Blood Pressure* (SBP) > 150 mmHg dan

Diastolic Blood Pressure (DBP) >90 mmHg dengan target tekanan darah <150/90mmHg. Pada populasi umum usia <60 tahun dengan mengkonsumsi obat berhasil mencapai target tekanan darah pada <140/90 mmHg serta tanpa efek samping dan bisa ditoleransi secara baik. Maka, terapi tidak perlu adanya perubahan penambahan dosis atau mengkombinasikan obat. Pada populasi usia >18 tahun dengan *Chronic Kidney Disease* (CKD) atau Diabetes terapi farmakologi tekanan darah berhasil mencapai <140/90mmHg (James et al., 2014).

Tercapainya penurunan tekanan darah diawali dengan pemberian terapi antihipertensi dengan satu obat kemudian di titrasi hingga dosis maksimal. Jika strategi dengan satu obat tidak dapat menurunkan tekanan darah dengan dosis maksimal maka disarankan untuk mengkombinasikan obat dari golongan (Diuretik Tiazide, CCB, ACE-I, atau ARB). Kemudian, titrasi obat kedua hingga dosis maksimal yang dianjurkan untuk mencapai target penurunan tekanan darah (James et al., 2014).

Pengobatan pasien hipertensi biasanya jangka panjang atau bahkan seumur hidup, dan pengobatan meningkat setiap tahun, demikian pada situasi ini bisa menjadi beban keuangan bagi pasien hipertensi. Selain itu, menurut Kemenkes penderita hipertensi yang meningkat menjadikan penyakit kardiovaskular yang memiliki pembiayaan kesehatan terbesar sebanyak 8,2 triliun rupiah. Dengan begitu, dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk menetapkan penanganan kasus sesuai standar. Dengan terapi obat yang didapat pasien dapat mengonsumsi obat antihipertensi tunggal untuk pengobatan lini pertama atau antihipertensi kombinasi (History et al., 2021)

Rekomendasi pengobatan terbaik, menilai kemajuan kesehatan dan pengobatan hipertensi yang paling hemat biaya dan menganalisis manfaat dalam bentuk moneter dapat dilakukan dengan menggunakan metode Analisis efektivitas biaya (AEB). AEB sangat baik untuk digunakan dalam analisis biaya kesehatan karena hasil perhitungan merupakan nilai efektivitas antihipertensi yang dapat menurunkan tekanan darah dalam mmHg (Musa, 2022).

Keputusan dalam memilih tindakan untuk dilakukan berbagai alternatif yaitu dengan Analisis efektivitas biaya yang dapat dijadikan sebagai prosedur analisis yang diterapkan untuk masalah kesehatan pilihan pengobatan yang ada mudah diukur dalam dolar atau

mata uang, luaran yang diharapkan setelah itu adalah peningkatan kesehatan pasien (Wells et al., 2015).

Kandesartan dan Amlodipin merupakan obat antihipertensi yang dipilih karena termasuk pada golongan obat yang bisa digunakan secara tunggal maupun kombinasi. Serta menurut penelitian bahwa Kandesartan memiliki efektivitas yang lebih baik untuk menurunkan tekanan darah dibandingkan dengan obat golongan ARB lainnya. Dan telah dilakukan studi pendahuluan bahwa banyaknya pasien di RSUD majalaya yang diberikan terapi obat menggunakan Kandesartan ataupun Kandesartan - Amlodipine. Serta, pada beberapa penelitian didapatkan bahwa kedua obat tersebut dapat menurunkan tekanan darah sistolik dan diastolic yang cukup besar setelah masing masing empat dan delapan minggu terapi kandesartan dan amlodipine.

1.2 Rumusan masalah

Manakah yang lebih *cost effective* antara obat kombinasi Kandesartan - Amlodipin dan Kandesartan tunggal pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya berdasarkan *Average Cost Effectiveness Ratio* (ACER) dan *Incremental Cost-Effectiveness Ratio* (ICER)?

1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.3.1 Tujuan Penelitian

1. Mendapatkan gambaran data karakteristik pasien yang menggunakan terapi kandesartan tunggal atau kombinasi kandesartan – amlodipine
2. Mengetahui efektivitas biaya terapi obat menggunakan ACER
3. mengetahui biaya tambahan yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan yang harus dikeluarkan untuk mendapatkan efektivitas tertinggi pada pasien rawat jalan di RSUD Majalaya.

1.3.2 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi rekomendasi terapi pengobatan yang dapat diberikan kepada pasien dan dapat dijadikan sebagai panduan terapi tetap yang tertera dalam *The Monthly Index of Medical Specialities* (MIMS) ataupun Informasi Spesialite Obat (ISO) sebagai panduan pengobatan.

1.4 Hipotesis penelitian

Biaya pengobatan langsung per pasien untuk terapi tiga bulan dengan obat Kandesartan - Amlodipin dengan Kandesartan mengalami penurunan tekanan darah sistolik dan

diastolik, untuk efektivitas biaya obat Kandesartan lebih *cost effective* dibandingkan dengan Kandesartan-Amlodipin.

1.5 Tempat dan waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Majalaya pada bulan februari – juli 2023