

Pola penggunaan obat hipolipidemik pada pasien dislipidemia di RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual tahun 2018-2019

Laetitia Ngamelubun¹, Oentarini Tjandra^{2,*}

¹ Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

² Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, Jakarta, Indonesia

*korespondensi email: oentarinit@fk.untar.ac.id

ABSTRAK

Dislipidemia adalah keadaan abnormalitas kadar lipid dalam darah. Dislipidemia masih menjadi masalah karena prevalensi yang tinggi karena masih banyaknya pasien dislipidemia yang belum mendapat tatalaksana yang adekuat. Hal ini menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas akibat dislipidemia semakin meningkat. Salah satu tatalaksana dislipidemia adalah terapi farmakologi dengan obat hipolipidemik. Studi ini bertujuan untuk mengetahui pola persepsian dan kerasionalan penggunaan obat hipolipidemik. Studi deskriptif dengan desain potong lintang menggunakan data rekam medik dan hasil laboratorium di RSUD Maren Hi. Noho Kota Tual pada tahun 2018-2019. Sampel studi didapatkan dengan teknik *purposive sampling* sebanyak 97 sampel yang merupakan penderita dislipidemia. Hasil studi sebagian besar pasien dislipidemia berjenis kelamin perempuan (59,79%), paling banyak berumur 49-58 tahun (37,11%). Sebagian besar pasien mempunyai kadar kolestrol total 200-239 mg/dl (45,36%), kolestrol LDL dengan kategori ≥ 190 mg/dl (23,71%), HDL ≤ 40 mg/dl (64,95%). Kadar trigliserida 200-499 mg/dl (tinggi) sebesar 29,90% serta tidak ditemukan pasien dengan kadar trigliserida >500 mg/dl. Profil obat hipolipidemik yang paling banyak digunakan adalah obat golongan statin yakni simvastatin (72,16%), dengan jenis terapi tunggal sebesar 89,69%. Kesesuaian penggunaan obat hipolipidemik berdasarkan indikasi sebesar 91,75%, berdasarkan dosis sebesar 74,23%, berdasarkan frekuensi sebesar 79,38%. Rasionalitas terapi berdasarkan indikasi, dosis, dan frekuensi terapi adalah sebesar 64,95%.

Kata kunci: dislipidemia, obat hipolipidemik, pola penggunaan obat

PENDAHULUAN

Pola hidup masyarakat Indonesia di era globalisasi sekarang ini banyak mengalami perubahan, terutama dalam hal konsumsi makanan tinggi lemak, tinggi protein, rendah serat dan karbohidrat kompleks. Hal ini dapat menyebabkan peningkatan kadar kolesterol dalam darah (hiperkolesterolemia) dan mengakibatkan terjadinya dislipidemia.¹ Dislipidemia

merupakan abnormalitas metabolisme lipid yang ditandai dengan peningkatan maupun penurunan kadar profil lipid dalam plasma.² Gangguan ini meliputi peningkatan kadar kolesterol plasma, trigliserida, atau keduanya, atau penurunan kadar kolesterol lipoprotein densitas tinggi (K- HDL).¹ Terdapat tiga jenis dislipidemia, hiperkolesterolemia, hipertrigliseridemia, dan dislipidemia

campuran karena peningkatan kolesterol dan trigliserida.¹ Berdasarkan data *Global Health Observatory* (GHO) oleh *World Health Organization* (WHO) tahun 2008 prevalensi dislipidemia sebesar 37% pada populasi laki-laki dan 40% pada populasi wanita serta berperan dalam 2,6 juta kematian setiap tahun.² Dislipidemia termasuk salah satu faktor risiko aterosklerosis yang merupakan penyebab terjadinya penyakit jantung koroner (PJK) dan stroke.^{2,3} Penyakit kardiovaskuler tersebut termasuk penyebab kematian utama di dunia, dengan angka kematian 17,3 juta dari 54 juta total kematian per tahun.^{2,4} Akibat tingginya angka kematian tersebut, pencegahan dan penanganan faktor risiko secara komprehensif sangat diperlukan. Tatalaksana dilakukan secara non-farmakologi dan farmakologi. Terapi farmakologi menggunakan obat hipolipidemik yaitu statin (inhibitor enzim HMG-KoA reduktase), resin (*sequestrants*), asam nikotinat, derivat asam fibrat dan golongan lain.¹ Untuk mencapai target terapi perlu dilakukan persepahan obat secara rasional, antara lain tepat indikasi, tepat dosis, dan tepat frekuensi. Berdasarkan hal tersebut maka penulis ingin mengetahui bagaimana pola penggunaan obat hipolipidemik pada pasien dislipidemia di RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual.

METODE PENELITIAN

Studi ini merupakan studi deskriptif dengan desain potong lintang dari data rekam medik dan hasil laboratorium di RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual pada tahun 2018-2019. Sampel studi adalah semua pasien yang terdiagnosa dislipidemia yang mendapat obat hipolipidemik sebanyak 97 orang. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah laki-laki dan perempuan yang terdiagnosa dislipidemia, yang berumur ≥ 18 tahun dengan data rekam medik dan data laboratorium lengkap. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien yang berusia < 18 tahun dan ibu hamil. Tingkat rasionalitas diukur berdasarkan data tepat indikasi, tepat dosis, dan tepat frekuensi. Data yang diperoleh dianalisis dan disajikan dalam bentuk tabel.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada studi ini, dari 97 data subyek studi dislipidemia, 58 (59,79%) orang berjenis kelamin perempuan dan 39 (40,21%) orang berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar berumur 49-58 tahun sebanyak 37,11% (36 orang), diikuti rentang umur 59-68 tahun sebanyak 22,68% (22 orang) dan tidak ada pasien (0%) yang berumur < 29 tahun.

Berdasarkan jenis pekerjaan yang paling banyak adalah tidak bekerja, yakni 37,11% (36 orang), diikuti dengan PNS sebanyak 17,53% (17 orang). Sebagian besar mempunyai kadar kolestrol total 200-239 mg/dl (kategori batas tinggi) sebesar 44 orang (45,36%) dan ≥ 240 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 30 orang (30,93%). Kadar kolestrol LDL 100-129 mg/dl (kategori mendekati optimal) sebanyak 23 orang (23,71%), 130-159 mg/dl (kategori batas tinggi) sebanyak 19 orang (19,59%), 160-189 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 18 orang (18,56%) dan ≥ 190 mg/dl (kategori sangat tinggi) sebanyak 23 orang (23,7%). Sebagian besar pasien mempunyai HDL ≤ 40 mg/dl (kategori rendah) sebesar 63 orang (64,95%). Kadar trigliserida paling banyak ditemukan pada kadar < 150 mg/dl (kategori optimal) yaitu sebanyak 47 orang (48,45%), diikuti 200-499 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 29 orang (29,90%) dan tidak ditemukan subyek dengan TG ≥ 500 mg/dl (kategori sangat tinggi). Jenis terapi yang paling banyak digunakan adalah terapi tunggal sebanyak 89,69%. Jenis obat hipolipidemik yang digunakan sebagian besar adalah simvastatin sebanyak 72,16%, diikuti dengan gemfibrozil yakni sebesar 17,52%, dan kombinasi simvastatin dan gemfibrozil sebesar 10,31% (Tabel 1).

Tabel 1. Kriteria subyek studi (N=97)

Variabel	Jumlah (%)
Jenis kelamin	
Laki-laki	39 (40,21%)
Perempuan	58 (59,79%)
Usia (tahun)	
<29	0
29-38	12 (12,37%)
39-48	20 (20,62%)
49-58	36 (37,11%)
59-68	22 (22,68%)
>68	7 (7,22%)
Pekerjaan	
PNS	17 (17,53%)
Wiraswasta	9 (9,28%)
Petani	8 (8,25%)
Pensiunan	3 (3,09%)
Nelayan	8 (8,25%)
Ibu rumah tangga	16 (16,5%)
Tidak bekerja	36 (37,11%)
Kolesterol total (mg/dl)	
<200 (diinginkan)	23 (23,71%)
200-239 (batas tinggi)	44 (45,36%)
≥ 240 (tinggi)	30 (30,93%)
Kolesterol LDL (mg/dl)	
<100 (optimal)	14 (14,43%)
100-129 (mendekati optimal)	23 (23,71%)
130-159 (batas tinggi)	19 (19,59%)
160-189 (tinggi)	18 (18,56%)
≥ 190 (sangat tinggi)	23 (23,71%)
Kolesterol HDL (mg/dl)	
≤ 40 (rendah)	63 (64,95%)
> 40 (tinggi)	34 (35,05%)
Trigliserida (mg/dl)	
<150 (optimal)	47 (48,45%)
150-199 (batas atas)	21 (21,65%)
200-499 (tinggi)	29 (29,90%)
≥ 500 (sangat tinggi)	0
Jenis terapi	
Tunggal	87 (89,69%)
Kombinasi	10 (10,31%)
Jenis obat yang digunakan	
Simvastatin	70 (72,16%)
Gemfibrozil	17 (17,52%)
Kombinasi (Simvastatin+ Gemfibrozil)	10 (10,31%)

Tabel 2 menggambarkan rasionalitas terapi berdasarkan indikasi, dosis, dan frekuensi didapatkan resep yang rasional

sebanyak 63 resep (64,95%) dan tidak rasional sebanyak 34 resep (35,05%). (Tabel 2).

Tabel 2. Rasionalitas peresepan obat hipolipidemik (N=97)

Obat hipolipidemik	Rasional	Tidak rasional
Simvastatin	63 (64,95%)	7 (7,22%)
Gemfibrozil	0	17 (17,52%)
Simvastatin + Gemfibrozil	0	10 (10,31%)
Total	63 (64,95%)	34 (35,05%)

PEMBAHASAN

Dari 97 data rekam medik pasien dislipidemia di RSUD Hi. Noho Renuat Kota Tual tahun 2018-2019, sebagian besar pasien adalah perempuan (59,79%). Hal ini sesuai dengan laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013, Bayram dkk, di Turki (2014) dan Qi dkk, di Chongqing, China (2016) Binh Phan dkk, (2014) yang menunjukkan sebagian besar adalah perempuan.⁵⁻⁸ Menurut Binh Phan dkk prevalensi dislipidemia pada perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki karena perempuan mengalami perubahan hormonal, termasuk perubahan terkait dengan pubertas, *menarche*, kehamilan dan menopause. Masing-masing gangguan hormon ini dapat mengubah kadar lipoprotein serum.⁸ Sedangkan pada data KNHANES III tahun 2005 menyebutkan laki-laki lebih banyak daripada perem-

puan.⁹ Peningkatan pada laki-laki secara signifikan terjadi pada umur pertengahan 40 tahun dan pada wanita meningkat pada saat menopause.¹⁰

Pasien dislipidemia terbanyak berumur 49-58 tahun (37,11%), diikuti dengan umur 59-68 (22,68%). Hasil ini sesuai dengan studi Bayram dkk yang menyatakan bahwa prevalensi kolestrol total, kolestrol-LDL, dan trigliserida yang tinggi meningkat sejalan dengan umur, dengan prevalensi tertinggi pada rentang umur 46-65 tahun.⁷ Hasil ini juga sesuai dengan penelitian Qi dkk dan KNHANES III yang menyatakan prevalensi dislipidemia meningkat sejalan dengan umur dan memuncak pada umur 60 tahun.^{6,9} Pasien sebagian besar tidak bekerja (37,11%). Hal ini sesuai dengan studi Hallsworth dkk tahun 2015 yang menyatakan tingginya angka kejadian

dislipidemia pada orang yang tidak bekerja berkaitan dengan aktivitas fisik yang rendah yang kemungkinan berpengaruh terhadap proses deposisi lemak tubuhnya yang menyebabkan fluktuasi lipid dalam darah yang dapat mempengaruhi profil lipid.¹¹ Peningkatan aktivitas fisik diketahui dapat menurunkan kadar kolesterol LDL dan trigliserida, meningkatkan kolesterol HDL.

Sebagian besar pasien mempunyai kadar kolestrol total 200-239 mg/dl (kategori batas tinggi) sebanyak 45,36%, dan ≥ 240 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 30,93%. Kolestrol LDL 130-159 mg/dl (kategori batas tinggi) sebanyak 19,59%, 160-189 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 18,56%, dan ≥ 190 mg/dl (kategori sangat tinggi) sebanyak 23,71%. Pasien yang memiliki HDL ≤ 40 mg/dl (kategori rendah) sebesar 64,95%. Sebagian pasien memiliki kadar trigliserida 200-499 mg/dl (kategori tinggi) yakni sebesar 29,90%, serta tidak ditemukan pasien (0%) dengan kadar trigliserida >500 mg/dl (kategori sangat tinggi). Hasil ini sesuai dengan penelitian KNHANES III (2005) yang menyatakan bahwa kelainan profil lipid tersering adalah HDL. Menurut Jellinger dkk kadar profil lipid yang sering mengalami kelainan adalah trigliserida dan HDL.¹² Tingginya insiden kelainan profil dengan lipid HDL rendah disebabkan oleh

peningkatkan trigliserida, *overweight* dan obesitas, aktivitas fisik, kebiasaan merokok, asupan karbohidrat yang tinggi ($>60\%$ dari total energi), diabetes tipe 2, dan faktor genetik.^{9,10,12} Peningkatan trigliserida juga disebabkan oleh diet tinggi karbohidrat.¹³

Peresepan obat hipolipidemik di RSUD Maren Hi. Noho Kota Tual hanya terdiri dari 2 macam obat, yaitu simvastatin dan gemfibrozil. Obat hipolipidemik yang tersering diresepkan adalah simvastatin (72,16%) karena sebagian besar pasien mempunyai kadar kolestrol total ≥ 200 (76,29%) dan LDL ≥ 130 (61,86%), serta kadar trigliserida <200 mg/dl (70%). Hal ini sesuai dengan studi Sachdeva dkk.¹⁴ Penggunaan obat hipolipidemik golongan statin ini sesuai dengan pedoman pengelolaan dislipidemia di Indonesia tahun 2019 menurut PERKENI, obat hipolipidemik golongan statin dapat menurunkan hiper-kolestrolemia, hipertrigliseridemia, serta dapat meningkatkan HDL sebesar 5-10% sedangkan golongan fibrat hanya mampu meningkatkan kadar HDL sebesar 5%. Hal ini menjadikan statin sebagai terapi lini pertama pada pasien dislipidemia.⁵ Peresepan kombinasi obat simvastatin dengan gemfibrozil sebesar 10,31%, menurut PERKENI 2019 penggunaan terapi kombinasi diberikan pada pasien dengan kadar LDL yang tidak mencapai

target dengan terapi statin atau kadar trigliserida masih >200 mg/dl walau telah diterapi dengan statin.⁵ Kombinasi obat golongan statin dan fibrat dianjurkan pada kejadian hipertrigliseidemia dengan risiko tinggi dan telah mendapat terapi statin, namun kadar trigliserida masih >200 mg/dl, dengan pilihan obat yang dianjurkan adalah kombinasi statin dengan fenofibrat.^{5,10} Fenofibrat tidak mengganggu katabolisme statin dan kemungkinan terjadinya miopati lebih kecil dibanding obat golongan fibrat lainnya.¹⁵ Fibrat hanya direkomendasikan sebagai terapi lini pertama pada pasien dengan kadar trigliserida > 500 mg/dl. Terapi fibrat juga bermanfaat untuk pencegahan penyakit kardiovaskuler pada pasien dengan HDL tinggi (trigliserida >200 mg/dl dan HDL <40 mg/dl).⁵ Tingkat ketidakerasionalan penggunaan obat hipolipidemik berdasarkan kesesuaian indikasi, dosis, dan frekuensi sebesar 35,05%. Menurut WHO, banyak faktor yang berperan dalam persepsian tidak rasional, yaitu unsur intrinsik dokter, kelompok kerja dokter, informasi yang diterima dokter dan sosial budaya masyarakat.¹⁵ Pada studi ini, persepsian yang tidak rasional bisa saja dapat disebabkan oleh faktor-faktor tersebut.

KESIMPULAN

Dari 97 subyek studi dislipidemia di RSUD Maren Hi. Noho Renuat Kota Tual didapatkan sebagian besar adalah perempuan (59,79%) dengan rentang 49-58 tahun (37,11%) dan 59-68 tahun (22,68%) dan kebanyakan tidak bekerja (37,11%). Sebagian besar subyek mempunyai kadar kolestrol total 200-239 mg/dl (kategori batas tinggi) sebanyak 45,36%, dengan ≥ 240 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 30,93%. Kolestrol LDL 130-159 mg/dl (kategori batas tinggi) sebanyak 19,59%, 160-189 mg/dl (kategori tinggi) sebanyak 18,56%, ≥ 190 mg/dl (kategori sangat tinggi) sebanyak 23,71%. Subyek mempunyai HDL ≤ 40 mg/dl (kategori rendah) sebesar 64,95%. Subyek memiliki kadar trigliserida 200-499 mg/dl (kategori tinggi) yakni sebesar 29,90%, serta tidak ditemukan pasien (0%) dengan kadar trigliserida >500 mg/dl (kategori sangat tinggi). Obat hipolipidemik yang paling banyak digunakan adalah obat golongan statin yakni simvastatin (72,16%), dengan jenis terapi tunggal (89,69%). Rasionalitas terapi berdasarkan indikasi, dosis, dan frekuensi terapi adalah sebesar 64,95%.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arsana, P. M., Rosandi, R., Manaf, A., Budhiarta, A., Permana, H., Sucipta, K. W., Suhartono, T. Panduan Pengelolaan Dislipidemia di Indonesia. Pb. Perkeni. 2015: 16-45.
2. Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: historical perspectives. *Heart views*. 2017;18(3):109-14.
3. Erwinanto, Santoso A, Putranto JNE, Tedjasukmana P, Sukmawan R, Suryawan R, Rifqi S, Kasiman S. Panduan Tata Laksana Dislipidemia. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia. 2017: 15-40.
4. Djohan TBA. Penyakit Jantung Koroner dan Hipertensi. *Repository USU*; 2004: 1-7.
5. Imanuel S. Pemeriksaan Laboratorium. Buku Ajar Penyakit Dalam, Jilid I Edisi VI. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam. 2014. 214-6
6. Qi L, Ding X, Tang W, Li Q, Mao D, Wang Y. Prevalence and risk factors associated with dyslipidemia in Chongqing, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):13455-65.
7. Bayram F, Kocer D, Gundogan K, Kaya A, Demir O, Coskun R. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors in Turkish adults. *J Clin Lipidol*. 2014;8(2): 206-16.
8. Phan BA, Toth PP. Dyslipidemia in women: etiology and management. *Int J Womens Health*. 2014;6:185-94.
9. Lee MH, Kim HC, Ahn SV, Hur NW, Choi DP, Park CG, et al. Prevalence of dyslipidemia among Korean adults: Korea national health and nutrition survey 1998-2005. *Diabetes Metab J*. 2012;36(1):43-55.
10. National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *Circulation*. 2002;106(25):3143-421.
11. Hallsworth K, Thoma C, Moore S, Ploetz T, Anstee QM, Taylor R, et al. Non-alcoholic Fatty Liver Disease is Associated with Higher Levels of Objectively Measured Sedentary behaviour and Lower Levels of Physical Activity than Matched Healthy Controls. *Frontline Gastroenterol*. 2015;6(1):44-51.
12. Jellinger PS, Dickey RA, Ganda OP, Mehta AE, Nguyen TT, Rodbard HW, et al. AACE medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of atherogenesis. *Endocr Pract*. 2000; 6(2):162-213.
13. Reiner Ž, Catapano AL, De Backer G, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart J*. 2011;32(14):1769-818.
14. Sachdeva PD, Patel BG. Drug Utilization Studies-Scope and Future Perspectives. *Int J Pharm Biol Res*. 2010;1(1):11-7.
15. World Health Organization. The role of education in the Rational Use of Medicines. WHO Regional Office for South-East Asia. New Delhi: WHO. 2006:21-6.