BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Pelayanan Kefarmasian

Standar Pelayanan Kefarmasian di apotek memiliki maksud dan tujuan yaitu meingkatkan mutu pelayanan kefarmasian, menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian serta melindungi pasien dan masyarakat, dari penggunaan obat yang tidak rasional. Dalam rangka keselamatan pasien, Pelayanan meliputi sarana dan prasarana, setiap apotek perlu menyediakan ruang konseling sekurang-kurangnya satu set meja dan kursi, untuk memudahkan apoteker untuk memberikan informasi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian merupakan wujud tanggung jawab langsung profesi apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian dengan tujuan utama meningkatkan kualitas hidup pasien, dalam 30 tahun terakhir terjadi perkembangan pradigma profesi apoteker dari *drug oriented* menjadi *patient oriented.* Dengan adanya pradigma ini maka apoteker dituntut untuk memberikan pelayanan kefarmasian dan mengambil keputusan dengan memperhatikan kondisi pasien, hal ini berujuan agar terciptanya pengobatan yang rasional dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Prabandari, 2018).

Pelayanan kefarmasian yang baik adalah berorientasi langsung dalam proses penggunaan obat, bertujuan menjamin keamanan, efektifitas, dan kerasionalan penggunaan obat dengan menerapkan ilmu pengetahuan dan fungsi dalam perawatan pasien. Tuntutan masyarakat dan pasien akan mutu pelayanan kefarmasian mengharuskan adanya perubahan paradigma pelayanan dari paradigma lama yang berorientasi pada produk obat, menjadi paradigma baru yang berorientasi pada pasien. Kegiatan pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (Bertawati, 2013).

2.2 Antiplatelet

Agregasi platelet merupakan bagian terpenting pada respon hemostasis cedera vaskular untuk mencegah kehilangan darah. Pembuluh darah akan mengalami kerusakan, platelet membentuk sumbatan setelah adanya konstriksi pembuluh kemudian pembentukan bekuan sebagai hasil pembekuan darah, dengan pertumbuhan akhir dari jaringan fibrosa ke dalam bekuan darah menuju lubang di pembuluh secara permanen. Bentuk bekuan darah yang abnormal seperti thrombus dan embolus akan membentuk massa yang dapat menyumbat pembuluh darah sehingga terjadi gangguan aliran darah yang menyebabkan penyakit seperti stroke bahkan kematian. Penemuan obat antiplatelet diharapkan dapat menyediakan obat baru dengan mekanisme dan target obat yang potensial serta aman bagi manusia (Dewi, dkk.,2017).

Antiplatelet diindikasikan pada semua penderita yang baru pertama kali menderita TIA (*Transient ischemic attack*) dan stroke iskemik untuk mengurangi risiko kejadian stroke beulang. Penggunaan obat antiplatelet dapat mengurangi risiko relatif stroke dan kematian sebanyak 22% (Fatoni, dkk.,2014). Clopidogrel adalah suatu antiplatelet yang bermanfaat menghambat penggumpalan platelet yang dimediasi oleh *adenosine diphospate*. Pencegahan kejadian aterotrombosis pada pasien yang menderita infark miokard dan stroke. Dosis dewasa dan lanjut usia 75 mg 1 kali sehari sesudah makan. Efek samping yang mungkin terjadi pendarahan pada saluran cerna, mimisan, ruam, gatal (MIMS, 2016).

2.3 Stroke

2.3.1 Definisi Stroke

Merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM), yang dapat mengakibatkan kematian dan penyebab utama kecacatan. Dalam pola kematian penderita rawat inap, stroke menduduki urutan pertama sedangkan seluruh penyebab kematian stroke menduduki urutan ketiga terbesar setelah penyakit jantung dan kanker, stroke adalah kehilangan fungsi otak yang

diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Dimana secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) timbul gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu. Sasaran terapi stroke iskemik adalah penyebab yaitu penyakit pembuluh darah besar (embolidan arteri), emboli pada arteri ke jantung, penyakit pembuluh darah kecil (infark lakuner), penyebab yang jarang terjadi misalnya infark vena, vaskulopati, penggunaan obat *migraine*, dan lain-lain. (Assaufi, dkk.,2016). Menurut studi Framingham, insiden stroke berulang dalam kurun waktu 4 tahun pada pria 42% dan wanita 24%. Mendapatkan kejadian stroke berulang sebesar 29,53% yang paling sering terjadi pada usia 60-69 tahun (36,5%), pada kurun waktu 1-5 tahun (78,37%) dengan faktor resiko utama adalah hipertensi (92,7%) dan dislipidemia (34,2%) (Putra, dkk.,2016).

Data epidemiologi menyebutkan risiko untuk timbulnya serangan ulang stroke adalah 30% dan populasi yang pernah menderita stroke memiliki kemungkinan serangan ulang adalah 9 kali dibandingkan populasi normal (Annisaa, dkk.,2015). Antiplatelet diindikasikan pada semua penderita yang baru pertama kali menderita stroke iskemik untuk mengurangi risiko kejadian stroke berulang, penggunaan obat antiplatelet dapat mengurangi risiko relatiff stroke, infark miokard dan kematian sebanyak 22%. Berbagai penelitian tentang efektivitas pemberian antiplatelet sebagai terapi pencegahan stroke berulang telah dilakukan antara lain, penelitian CHARISMA (*Clopidogrel and aspirin versus aspiran alone for the prevention of atherothrombotic event*), yang menunjukan kombinasi aspirin dan clopidogrel tidak lebih efektif dari pada aspirin dalam menurunkan kejadian stroke, infark miokard atau kematian karena penyakit kardiovaskular. Penelitian CHANCE (*clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischaemic attack*), yang dilakukan di cina menunjukan bahwa pemberian kombinasi aspirin-clopidogrel lebih efektif

dalam mencegah stroke berulang di bandingkan dengan aspirin tunggal, namun tidak meningkatkan risiko pendarahan (Fatoni, dkk.,2014).

2.4 Karakteristik Pasien

2.4.1 Berdasarkan jenis kelamin

Dari 72 pasien stroke, 38 orang berjenis kelamin laki-laki dan 34 orang berjenis kelamin perempuan, menurut *American heart associantion statistical update* (2009). Rasio insiden terkena stroke pada laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan pada umur yang muda namun tidak demikian pada umur yang lebih tua. Salah satu penyebabnya adalah faktor hormonal pada perempuan premenopause terdapat perlindungan *hormone* esterogen sehingga terhindar dari penyakit *vascular* karena hormon esterogen dapat membantu dalam melebarkan pembuluh darah. Pada laki-laki terdapat hormon testosterone dimana *hormone* ini dapat meningkatkan kadar LDL (*low density lipoprotein).* Apabila kadar tinggi maka dapat meningkatkan kadar kolesterol dalam darah yang merupakan faktor resiko terjadinya penyakit stroke (Assaufi, dkk.,2016). Karakteristik pasien menunjukan bahwa jumlah penderita stroke dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, dikarenakan penggunaan jumlah obat yang banyak menimbulkan interaksi antar obat (Reslina, dkk.,2015).

2.4.2 Berdasarkan usia

Data penyebaran penderita stroke berdasarkan umur menunjukan bahwa makin bertambah usia, risiko terjadinya stroke makin tinggi dan puncaknya terjadi pada kelompok umur 51-60 tahun namun mengalami sedikit penurunan pada kelompok usia > 61 tahun (Assaufi, dkk.,2016). Umur merupakan salah satu faktor resiko terjadinya stroke, tetapi hampir tiga perempat pasien stroke ternyata berumur kurang 60 tahun sudah terkena stroke, hal ini dimungkinkan pergeseran pola hidup serba instan dan

kurangnya beraktivitas sehingga sebelum umur 60 tahun sudah terkena stroke (Cholisoh, dkk.,2018).

2.4.3 Berdasarkan pekerjaan

Dari tingkat pekerjaan dapat dijabarkan bahwa persentase tertinggi pasien penderita stroke sebagian besar adalah ibu rumah tangga (IRT)/pensiunan pada kelompok ini dapat dikategorikan dalam kelompok masyarakat yang tidak bekerja. Persentase yang tidak bekerja 41,6%. Status sosial berhubungan dengan peningkatan kematian akibat stroke. Hal ini disebabkan karena tingginya kejadian stroke pada penduduk yang tidak bekerja dan berpenghasilan rendah karena tingginya stress pada penderita tersebut, diet yang rendah, maupun nutrisi dan kesehatan yang rendah (Assaufi, dkk.,2016). Berdasarkan penelitian yang dilakukan, pasien yang kurang beraktivitas akan meningkatkan resiko stroke berulang 2,365 kali dibandingkan pasien yang melakukan aktivitas seperti olahraga (Cholisoh, dkk.,2018).

2.4.4 Berdasarkan faktor risiko penyakit

Faktor risiko stroke dibagi menjadi dua, yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi dan dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain usia, jenis kelamin, ras, etnik, riwayat penyakit keluarga. Sedangkan faktor yang dapat dimodifikasi seperti yang disebabkan karena adanya penyakit, misal diabetes, hipertensi, dislipidemia, penyakit jantung (Annisaa, dkk.,2015). Pada penelitian ini terdapat faktor risiko terbanyak yaitu hipertensi, secara umum telah diketahui bahwa hipertensi berkaitan dengan peningkatan risiko terjadinya stroke dan sebaliknya hipertensi yang terkontrol dengan baik akan menurunkan risiko tersebut. Hipertensi mendorong timbulnya stroke lewat diperberatnya atherosclerosis pada arkus aorta maupun arteri servikoserebral (Assaufi, dkk.,2016).

2.5 Tata Laksana Terapi

2.5.1 Tujuan terapi

Pasien yang patuh dalam menggunakan terapi pencegahan sekunder terbukti dapat menurunkan resiko terjadinya stroke berulang (Cholisoh, dkk.,2018). Mengurangi kerusakan saraf dan menurunkan mortalitas dan kecacatan jangka lama, mencegah komplikasi pada immobilitas dan disfungsi saraf serta mencegah stroke yang berulang, keyakinan dan kepatuhan pengobatan merupakan dua di antara banyak faktor yang mungkin berpengaruh (Annisaa, dkk.,2015).

2.5.2 Sasaran terapi

Sasaran terapi stroke adalah penyebab penyakit pembuluh darah besar, emboli pada arteri ke jantung, dan penyakit pembuluh darah kecil infark lakuner, penyebab yang jarang terjadi misalnya infark vena, vaskulopati, penggunaan obat *migraine* dan lain-lain (Assaufi, dkk.,2016). Sasaran terapi yang diberikan pada pasien stroke bertujuan untuk mengurangi kerusakan saraf, dan menurunkan mortalitas dan kecacatan jangka lama (Annisaa, dkk.,2015).

2.5.3 Kepatuhan terapi

Kepatuhan merupakan hal yang sangat penting terutama pada pengobatan jangka panjang sangatlah penting bagi farmasis memperhatikan pasien dalam hal kepatuhan dalam mengonsumsi obat agar tercapai target dari terapi (Putra, dkk.,2016). Pengobatan stroke tergantung pada manusia yaitu kepatuhan *control*. pasien pasca stroke melakukan *control* dengan menggunakan sistem pembiayaan asuransi, kebanyakan pasien stroke *control* secara teratur (Cahyono, dkk.,2019).

2.5.4 Ketidakpatuhan terapi

Penelitian yang dilakukan oleh *duke clinical research institute* tentang ketidakpatuhan minum obat antiplatelet menemukan bahwa hampir 20% pasien telah berhenti mengambil satu persatu lebih obat yang diresepkan untuk mereka di tiga bulan. terapi (Putra, dkk.,2016). Ketidakpatuhan dalam melakukan terapi pencegahan sekunder akan menyebabkan meningkatnya angka kejadian stroke berulang, meningkatkan angka kecacatan, morbiditas dan mortalitas (Cholisoh, dkk.,2018). Hal tersebut disebabkan berbagai faktor perilaku seperti faktor pemungkin/dukungan keluarga, faktor penguat seperti sikap dan perilaku, faktor predisposisi atau seperti mencakup pengetahuan, sikap, pendidikan, keyakinan (Cahyono, dkk.,2019).

2.6 Strategi Terapi

2.6.1 Terapi non farmakologi

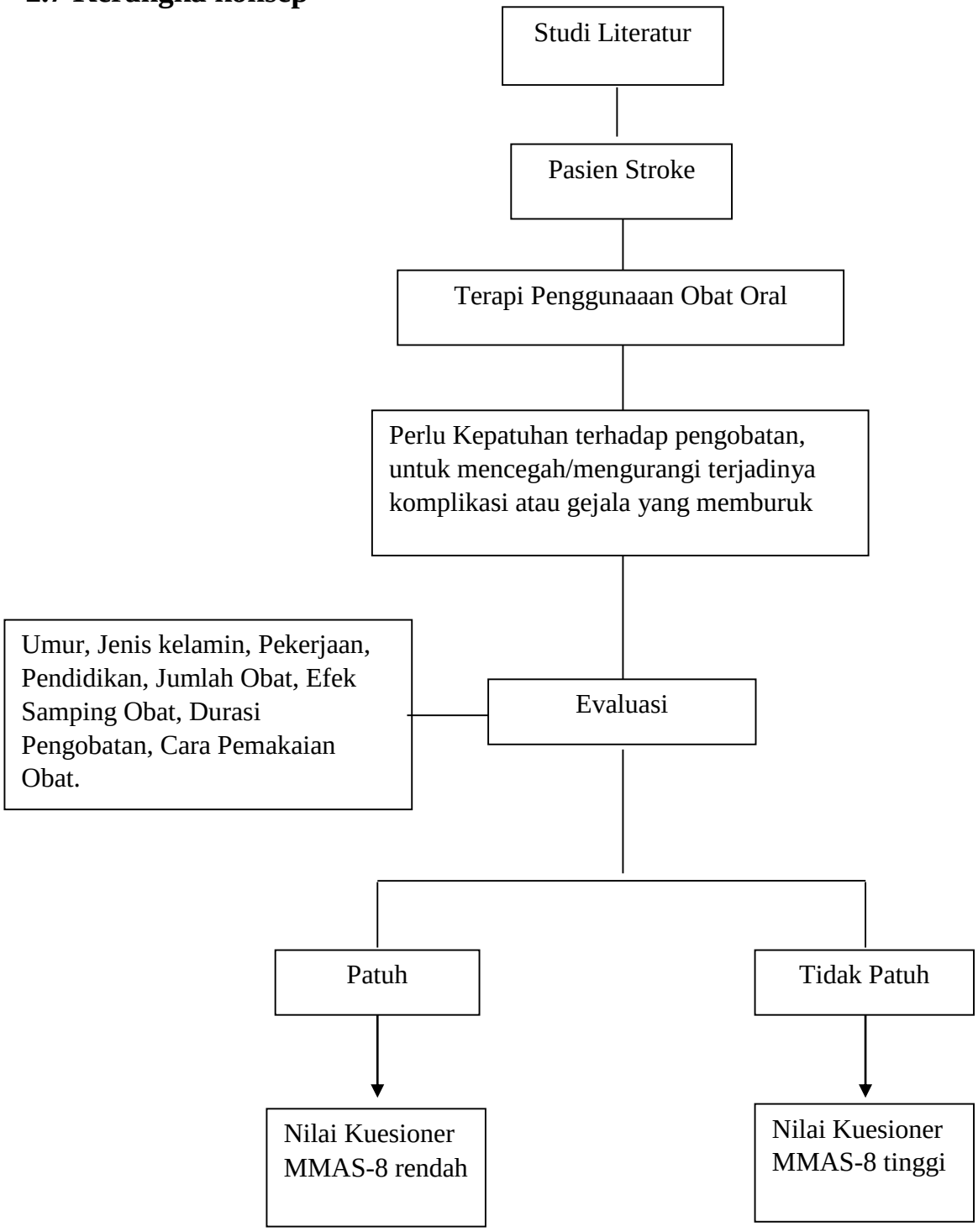
Terapi non farmakologi dapat dilakukan dengan modifikasi pola hidup dengan sehat, menghindari konsumsi *alcohol*, rokok, dan konsumsi makanan sehat serta seimbang, mengurangi berat badan bila kegemukan, sikap hidup rileks dan menghindari stress (Assaufi, dkk.,2016). Sangat penting untuk melakukan *control* terhadap tekanan darah untuk mencegah terjadinya stroke berulang, *control* hipertensi menggunakan obat mampu menurunkan kejadian stroke berulang (Annisaa, dkk.,2015).

2.6.2 Terapi farmakologi

Terapi farmakologi dapat dilakukan dengan reperfusi. Reperfusi yaitu mengembalikan aliran darah ke otak sehingga reperfusi meningkat, disamping maanfaatnya yang besar dalam pencegahan. obat antiplatelet tetap memiliki resiko yang besar dalam penggunaanya (Assaufi, dkk.,2016). Terapi pencegahan sekunder yang direkomendasikan adalah

antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, dan antidislipidemia. Penggunaan beberapa obat untuk mengontrol faktor resiko tersebut telah terbukti menunjukan efikasi yang baik dan mengurangi angka kejadian stroke berulang per tahunnya, dengan kumulatif penurunan resiko (*risk reduction*) mencapai 70% (Cholisoh, dkk.,2018)

2.7 Kerangka konsep



Gambar 2.1 kerangka konsep