

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan kondisi klinis yang terjadi secara tiba-tiba akibat gangguan fungsi sistem saraf pada otak, sumsum tulang belakang, atau retina, baik sebagian maupun keseluruhan, yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, atau menyebabkan kematian yang dipicu oleh masalah pada pembuluh darah (PNPK, 2019). Stroke memiliki risiko kematian yang tinggi, dengan potensi konsekuensi berat seperti kehilangan penglihatan, masalah bicara, kelumpuhan, dan kebingungan. Kemungkinan terjadinya serangan stroke tambahan secara signifikan bertambah pada orang yang telah mengalami stroke sebelumnya. Tingkat kematian sangat bergantung pada tipe stroke yang dialami. Secara keseluruhan, stroke terdiri dari dua tipe, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terjadi akibat penurunan aliran darah ke area tertentu di otak karena adanya hambatan pada pembuluh darah, sedangkan stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah dalam otak yang mengakibatkan darah mengalir ke ruang *intrakranial* (Ramdany, 2022).

Stroke iskemik diklasifikasikan berdasarkan lokasi penyumbatan di otak dan asal emboli, meskipun dalam beberapa kasus sumber emboli tidak diketahui. Penumpukan plak di dinding arteri, yang dikenal sebagai aterosklerosis, menyebabkan pengerasan dan penyempitan pembuluh darah, sehingga menghambat aliran darah ke jaringan dan organ. Kondisi ini bisa terjadi pada arteri mana saja, termasuk arteri karotis di leher yang bertugas mengalirkan darah ke otak, dan merupakan salah satu penyebab utama dari stroke iskemik (NHLBI, 2023). Stroke merupakan salah satu permasalahan kesehatan global yang menjadi penyebab utama kecacatan serta menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab kematian terbanyak di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker (Feigin, Brainin, *et al.*, 2025). Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), terdapat sekitar 15 juta kasus stroke setiap tahunnya di seluruh dunia. Dari jumlah tersebut, sebanyak 5 juta orang meninggal dunia dan 5 juta lainnya mengalami cacat permanen (Feigin, Brainin, *et al.*, 2025). Prevalensi stroke berbeda di setiap

wilayah dunia. Di Amerika Serikat, jumlah penderita stroke diperkirakan mencapai 7 juta orang (3,0%). Sementara itu, di Cina angka prevalensinya berkisar antara 1,8% di daerah pedesaan hingga 9,4% di kawasan perkotaan. Cina juga termasuk negara dengan angka kematian akibat stroke yang cukup tinggi, yaitu sekitar 19,9% dari seluruh kematian, sejalan dengan di Afrika dan Amerika Utara dari seluruh dunia (Mutiasari, 2019). Menurut data *American Heart Association* (AHA) tahun 2021, prevalensi global stroke iskemik pada tahun 2019 mencapai 77,2 juta kasus, dengan Asia Tenggara mencatat tingkat prevalensi tertinggi. Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan Indonesia memiliki prevalensi stroke mencapai 8,3 per 1000 penduduk pada usia di atas 15 tahun. Di Jawa Timur, penderita stroke mencapai 9,0% atau 9 per 1.000 penduduk (RISKESDAS, 2023). Prevalensi stroke di Kota Surabaya tidak jauh berbeda dari angka prevalensi di Jawa Timur, dengan tingkat sebesar 0,7% per 1.000 penduduk (Kemenkes RI, 2018). Pada penelitian epidemiologi yang dilakukan oleh Universitas Indonesia didapatkan bahwa 19,9% kejadian stroke merupakan kejadian stroke berulang (Tunik & Rahayu Niningsih, 2022). Pada periode Januari hingga Juni 2025, RSUD Haji Provinsi Jawa Timur mencatat sebanyak 635 pasien dengan diagnosis stroke iskemik. Data tersebut menunjukkan bahwa angka kejadian stroke iskemik masih tergolong tinggi, sehingga diperlukan evaluasi komprehensif terhadap pola penggunaan terapi, khususnya terapi antiplatelet, untuk memastikan efektivitas pengobatan serta mendukung peningkatan kualitas hidup pasien. Evaluasi ini juga menjadi penting mengingat berbagai faktor risiko stroke iskemik yang berkontribusi signifikan terhadap perburukan kondisi dan peningkatan risiko kekambuhan penyakit.

Risiko terjadinya stroke dipengaruhi oleh berbagai faktor yang secara umum dibagi menjadi dua kelompok, yaitu faktor yang dapat dimodifikasi dan yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi penyakit jantung, dislipidemia, diabetes melitus, obesitas, hipertensi, kebiasaan merokok, konsumsi alkohol berlebihan, serta kurangnya aktivitas fisik. Sementara itu, faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi mencakup usia, jenis kelamin, dan faktor genetik seperti adanya riwayat stroke dalam keluarga

(Feigin, Brainin, *et al.*, 2025). Memahami kedua kelompok faktor risiko itu sangat penting untuk melakukan pencegahan dan pengendalian stroke dengan cara yang efektif.

Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) Stroke Iskemik di Indonesia (2019) dan pedoman internasional seperti dari *American Heart Association/American Stroke Association* (AHA/ASA) merekomendasikan penggunaan obat-obatan seperti trombolisis dengan rtPA (alteplase), obat golongan antiplatelet, obat golongan antikoagulan, dan obat golongan neuroprotektan, dengan antiplatelet sebagai komponen penting dalam pencegahan kekambuhan. Secara fisiologis, agregasi platelet dan kaskade koagulasi merupakan rangkaian proses berurutan yang bekerja secara sinergis dalam hemostasis. Cedera endotel memicu adhesi dan aktivasi platelet sehingga membentuk *platelet plug* awal, yang kemudian diperkuat oleh kaskade koagulasi melalui pembentukan fibrin untuk menstabilkan bekuan. Pada stroke iskemik nonkardioembolik yang didominasi trombus arteri kaya platelet, penghambatan aktivasi dan agregasi platelet menjadi strategi terapi yang paling efektif (Chaudhry *et al.*, 2025a). Antiplatelet merupakan jenis obat yang berfungsi menghambat proses agregasi trombosit, sehingga pembentukan trombus pada sistem arteri dapat dicegah. Menurut AHA/ASA, penggunaan antiplatelet menjadi dasar terapi antitrombotik dalam upaya mencegah terjadinya stroke berulang. Agen antiplatelet yang direkomendasikan AHA / ASA sebagai lini pertama adalah asetosal, klopidoogrel, dan dipyridamole (Dedi *et al.*, 2023). Asetosal menghambat enzim siklooksigenase (COX) secara *irreversibel*, yang pada gilirannya mengurangi agregasi trombosit melalui penghambatan sintesis tromboksan A<sub>2</sub> (Kamarova *et al.*, 2022a). Obat kedua yang banyak digunakan pada golongan antiplatelet adalah klopidoogrel. Klopidoogrel merupakan obat antiplatelet yang berfungsi mencegah terjadinya stroke berulang dengan cara menghambat agregasi trombosit. Obat ini bekerja melalui penghambatan selektif dan permanen terhadap reseptor ADP pada trombosit, sehingga mencegah proses penggumpalan darah. Klopidoogrel sering digunakan sebagai alternatif bagi pasien yang alergi terhadap asetosal (Wahda *et al.*, 2021). DAPT (asetosal + klopidoogrel) direkomendasikan untuk durasi

pendek (hingga 90 hari) segera setelah stroke minor karena mengurangi stroke berulang secara signifikan tanpa meningkatkan perdarahan mayor. DAPT jangka panjang dan terapi rangkap tiga harus dihindari karena meningkatkan risiko perdarahan tanpa manfaat tambahan (Kamarova *et al.*, 2022a).

Berdasarkan (PNPK, 2019) serta pedoman internasional dari AHA/ASA, pemberian terapi antiplatelet direkomendasikan segera setelah dipastikan pasien tidak mengalami stroke hemoragik. Obat antiplatelet yang paling banyak digunakan secara global meliputi Asetosal, Klopido-rel, dan dipiridamol, yang telah terbukti efektif dalam mencegah kekambuhan stroke (Powers *et al.*, 2019). Meskipun demikian, sebagian pasien menunjukkan resistensi terhadap obat-obatan tersebut, yaitu masih mengalami kejadian stroke meskipun telah menjalani terapi antiplatelet, serta dapat mengalami efek samping atau reaksi alergi (Kamarova *et al.*, 2022a). Penggunaan kombinasi antiplatelet diketahui dapat menurunkan risiko kekambuhan stroke, namun di sisi lain berpotensi meningkatkan risiko perdarahan, terutama jika digunakan dalam jangka panjang. Risiko perdarahan ini sering kali lebih besar dibandingkan manfaat pencegahan stroke pada penggunaan jangka pendek (Johnston *et al.*, 2018). Oleh karena itu, tenaga kesehatan kerap menghadapi tantangan dalam menentukan terapi yang paling tepat bagi pasien yang mengalami stroke berulang meskipun telah menggunakan antiplatelet (Kamarova *et al.*, 2022a).

Menurut penelitian Del Giovane dkk menunjukkan bahwa cilostazol, klopido-rel, ticagrelor, tiklopidin, asetosal  $\leq 150$  mg, dan kombinasi (asetosal-dipiridamol) memiliki efektivitas lebih baik dalam menurunkan risiko stroke berulang dan kejadian kardiovaskular dengan reduksi absolut sekitar 1–3%. Sebaliknya, (ticagrelor-asetosal) serta (klopido-rel-asetosal) meningkatkan risiko perdarahan mayor, sedangkan asetosal dosis  $>150$  mg maupun terapi kombinasi tidak memberikan manfaat tambahan yang konsisten dan cenderung meningkatkan risiko (Del Giovane *et al.*, 2021). Penelitian yang dilakukan Erisa Mindawati dkk pada tahun 2023 terkait efektivitas kombinasi obat asetosal dan klopido-rel sebagai antiplatelet pada pasien stroke iskemik, menunjukkan bahwa efektivitas klopido-rel tunggal sebanding dengan

kombinasi klopido­grel dan asetosal. Namun, penggunaan kombinasi tersebut memiliki keunggulan dalam menurunkan resistensi terhadap pengobatan. Oleh karena itu, pemilihan terapi antiplatelet perlu disesuaikan dengan kondisi pasien (Mindawati *et al.*, 2023). Studi yang dilakukan Agustina dkk pada tahun 2023 di RS Brawijaya Surabaya menemukan bahwa asetosal masih menjadi pilihan utama yaitu 50,20%, sedangkan klopido­grel 47,75%, dan dalam penggunaan terapi antiplatelet kombinasi (asetosal dan klopido­grel) masih sangat terbatas yaitu 2,4% (S. Agustina *et al.*, 2023). Temuan dari penelitian Sinata dan Maryani pada tahun 2023 Di Rumah Sakit Bhayangkara Pekanbaru, obat stroke iskemik yang paling sering digunakan berdasarkan zat aktif, golongan, bentuk generik maupun dagang, serta pola terapi tunggal dan kombinasi berturut-turut adalah Miniaspi yang mengandung asam asetilsalisilat (asetosal) sebesar 8,65%, golongan antiplatelet sebesar 21,90%, obat generik sebesar 64,55%, dan terapi kombinasi mencapai 92% (Sinata & Maryani, 2023).

Dari hasil penelitian tersebut, bisa disimpulkan bahwa cara penggunaan antiplatelet di berbagai tempat pelayanan kesehatan masih berbeda-beda dalam penerapan terapi tunggal dan kombinasi. Oleh karena itu, diperlukan profil penggunaan obat, yakni kesesuaian antara indikasi, kondisi klinis pasien, serta pemilihan jenis, sediaan, dosis, rute, dan frekuensi. Sehubungan dengan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan profil penggunaan antiplatelet pada pasien stroke iskemik di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana profil penggunaan antiplatelet pada pasien stroke iskemik di instalasi rawat jalan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendeskripsikan tentang profil penggunaan obat antiplatelet pada pasien stroke iskemik di instalasi rawat jalan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Untuk mengetahui profil penggunaan obat antiplatelet, meliputi nama obat antiplatelet, dosis obat antiplatelet, frekuensi pemberian terapi obat antiplatelet, dan rute pemberian terapi obat antiplatelet pada pasien stroke iskemik di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Peneliti**

Untuk menambah pengetahuan, wawasan, serta sebagai landasan untuk menerapkan peran sebagai tenaga kesehatan khususnya dalam bidang ilmu kefarmasian.

### **1.4.2 Manfaat Bagi Institusi**

Hasil penelitian ini dapat menjadikan sebagai bahan pertimbangan untuk penelitian yang akan datang sehingga dapat meningkatkan kualitas proses belajar mengajar.

### **1.4.3 Manfaat Bagi Rumah sakit**

Penelitian ini dapat berfungsi sebagai salah satu sumber informasi mengenai profil penggunaan obat antiplatelet pada pasien stroke iskemik di instalasi rawat jalan suatu rumah sakit.

