

**GAMBARAN KESESUAIAN PENGobatan STROKE PASIEN
BPJS DENGAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT DI RAWAT
INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN
MAGELANG PERIODE TAHUN 2017**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Mencapai Gelar Ahli Madya Pada Prodi DIII Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



Disusun Oleh :

Sri Puji Astutik

NPM : 15.0602.0034

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III FARMASI
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
TAHUN 2018**

HALAMAN PERSETUJUAN

GAMBARAN KESESUAIAN PENGOBATAN STROKE PASIEN BPJS
DENGAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT DI RAWAT INAP RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAGELANG PERIODE TAHUN
2017

KARYA TULIS ILMIAH



Pembimbing 1

Tanggal

(Herma Fanani A., M.Sc., Apt.)

21 Juli 2018

NIDN. 06220885504

Pembimbing 2

Tanggal

(Puspita Septie D., M.P.H., Apt.)

21 Juli 2018

NIDN. 0622048902

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN KESESUAIAN PENGOBATAN STROKE PASIEN BPJS DENGAN
FORMULARIUM RUMAH SAKIT DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN MAGELANG PERIODE TAHUN 2017

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun oleh:

Sri Puji Astutik

NPM : 15.0602.0034

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai
Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Farmasi
Prodi D III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang
Pada Tanggal: 10 Agustus 2018

Dewan Penguji

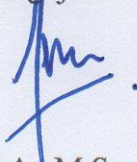
Penguji I



(Setiyo Budi S., M.Farm., Apt.)

NIDN. 0621089102

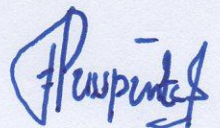
Penguji II



(Herma Fanani A., M.Sc., Apt.)

NIDN. 06220885504

Penguji III



(Puspita Septie D., M. P. H., Apt.)

NIDN. 0622048902

Mengetahui,

Dekan,

Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



(Puguh Widiyanto, S. Kp., M.Kep.)

NIDN. 0621027203

Ka. Prodi D III Farmasi
Universitas Muhammadiyah Magelang



(Heni Lutfiyati, M.Sc., Apt.)

NIDN. 0619020300

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam Karya Tulis Ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Farmasi disuatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau disebutkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Magelang, 25 Juli 2018

Sri Puji Astutik

INSTISARI

Sri Puji Astutik, GAMBARAN KESESUAIAN PENGOBATAN STROKE PASIEN BPJS DENGAN FORMULARIUM RUMAH SAKIT DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN MAGELANG PERIODE TAHUN 2017.

Stroke adalah gangguan fungsional otak sebagian atau menyeluruh yang timbul secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan dan bisa sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian, yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun non perdarahan.

Penelitian ini merupakan penelitian secara deskriptif dengan metode survei yang bersifat retrospektif. Populasi penelitian ini adalah gambaran kesesuaian pengobatan stroke pasien bpjs dengan formularium rumah sakit di rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang dan sampel dalam penelitian ini sebanyak 231 pasien. Pengambilan data dilakukan dengan mencatat resep pasien stroke. Metode analisis yang digunakan adalah metode analisis kuantitatif dengan pendekatan deskriptif.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengobatan stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan tahun 2017, membandingkan formulasirum rumah sakit dengan resep pasien stroke.

Kata kunci: Antiplatelet, Pengobatan Stroke

ABSTRACT

Sri Puji Astutik, THE SUITABILITY DESCRIPTION OF *BPJS* PATIENTS' STROKE TREATMENT WITH HOSPITAL FORMULARY IN MAGELANG REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2017.

Stroke is a partial or comprehensive brain functional disorder that suddenly and acutely arises; it occurs more than 24 hours. It is caused by disruption of brain's circulatory. Stroke is an acute focal or global brain disorder with symptoms and signs that appropriate to affected part of the brain. It can occur without any reminder and can recover perfectly, heal with disability, or death that is caused by the disruption of blood flow to the brain due to bleeding or non-bleeding.

This study is a descriptive research with a retrospective survey method. The population of this study was the suitability description of *bpjs* with hospital formulary in Magelang Regional General Hospital, and the samples in this study were 231 patients. The data collection was conducted by creating a note of stroke patients' prescription. The analysis method of this study was quantitative analysis method with descriptive approach.

The result of this study showed that the treatment of stroke in Muntilan Regional General Hospital in 2017 compared the hospital formulary with stroke patients' prescription.

Keywords: Antiplatelet, and Stroke Treatment

PERSEMBAHAN

Dengan segala puji dan syukur Tutik panjatkan kehadiran Allah SWT atas limpahan kasih sayang dan karunia-Nya sehingga Tutik dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Dengan rasa bangga dan bahagia Tutik berikan rasa syukur dan terimakasih kepada:

Allah SWT karena izin dan karunia-Nya maka Karya Tulis Ilmiah ini dapat ditulis dan diselesaikan pada waktunya. Puji syukur tak terhingga pada Allah SWT yang telah mengabulkan segala doa dan mempermudah segala urusan.

Bapak, Ibu, dan kakak tersayang yang telah memberikan Tutik dukungan moril maupun materi serta doa tiada henti untuk kesuksesan Tutik. Ning Lestari sebagai kakak yang senantiasa memberi dukungan dan membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Kasih sayang serta cinta dari kalian yang membuat Tutik sanggup menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Bapak dan Ibu dosen pembimbing, penguji dan pengajar yang selama ini telah tulus membantu Tutik dan meluangkan waktunya untuk membimbing Tutik supaya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak

Bapak dan Ibu dosen, jasa kalian akan selalu Tutik kenang.

Sahabat dan teman-teman D3 Farmasi 2015/2016 yang selalu memberi semangat dan dukungan dalam segala hal yang Tutik jalani, terimakasih untuk canda tawa yang telah terukir selama ini. Kita pasti bisa melewati semuanya, Semangat !!!

“Barang siapa menempuh jalan dalam rangka menuntut ilmu, niscaya Allah Akan memudahkan baginya jalan menuju surga”.

(HR: Muslim)

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, atas semua kenikmatan dan karunia-Nya maka purnalah sudah penulisan Karya Tulis Ilmiah. Penulisan ini adalah salah satu syarat guna melengkapi program kuliah Diploma Tiga Farmasi (D III) pada Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Usaha dan doa semaksimal mungkin telah penulis tuangkan dalam penulisan ini, sehingga karya ini mengandung makna dan manfaat bagi siapa saja khususnya bagi penulis sendiri. Kaitan dengan penulisan ini, tentu terdapat kekurangan dalam Karya Tulis Ilmiah ini, sehingga penulis menyadari bahwa karya ini bukanlah semata-mata hasil penulis sendiri saja, akan tetapi berbagai pihak telah turut membantu dalam penyusunan karya ini antara lain:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi.
2. Heni Lutfiyati, M.,Sc.,Apt. selaku Kepala Program Studi D III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
3. Herma Fanani Agusta, M.Sc., Apt., selaku Dosen Pembimbing Pertama atas ketulusan hati dan kesabarannya dalam membimbing, mendukung dan mengarahkan penulis.
4. Puspita Septie Dianita., M. P. H., Apt., selaku Dosen Pembimbing Kedua atas ketulusan hati dan kesabarannya dalam membimbing, mendukung dan mengarahkan penulis.
5. Setiyo Budi S, M. Farm., Apt. selaku Dosen Penguji yang sudah memberikan banyak masukan untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Rumah Sakit Umum Derah Muntilan Kabupaten Magelang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk melakukan penelitian ditempat tersebut.
7. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-satu, terimakasih untuk doa, dukungan dan semangatnya.

Magelang, 25 Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN.....	iv
INSTISARI	v
ABSTRACT.....	Error! Bookmark not defined.
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Teori Masalah	7
B. Kerangka Teori	23
C. Kerangka Konsep.....	24
BAB III METODE PENELITIAN.....	25
A. Desain penelitian	25
B. Variabel Penelitian.....	25
C. Definisi Operasional	25
D. Populasi dan Sampel.....	26
E. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	27
F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	27
G. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	27

H. Metode Pengelolaan dan Analisis Data	28
I. Jalannya Penelitian	30
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
A. Hasil Penelusuran Data.....	Error! Bookmark not defined.
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	32
A. KESIMPULAN	32
B. SARAN	32
DAFTAR PUSTAKA	32
LAMPIRAN.....	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	5
Tabel 2 Rekomendasi Farmakoterapi untuk Stroke Iskemik	14
Tabel 3 Jenis Obat dan Dosis Inhibitor ACE dan <i>Angiotensin Reseptor Blocker</i> (ARB).....	16
Tabel 4 Jenis obat dan Dosis Diuretik untuk Penggunaan Sebagai Antihipertensi	
Tabel 5 Dosis Sediaan Statin.....	17
Tabel 6. Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 7. Karakteristik pasien berdasarkan umur pasien.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 8. Pengobatan Stroke.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 9. Penggolongan Bentuk Sediaan	Error! Bookmark not defined.
Tabel 10. Penggunaan Obat Tunggal dan Kombinasi.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 11. Penggunaan Obat Antiplatelet Kombinasi- Golongan lain.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 12. Karakteristik Obat Berdasarkan Dosis dan Aturan pakai	Error! Bookmark not defined.
Tabel 13. Kesesuaian Obat dan Ketidak sesuaian Obat.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 14. Penggolongan Obat stroke	Error! Bookmark not defined.
Tabel 15. Penggolongan Obat Generik	Error! Bookmark not defined.
Tabel 16. Penggolongan Obat Non Generik	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian	23
Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian.....	24
Gambar 3. Sistem Jalannya Penelitian.....	30
Gambar 4. Prosentase Jenis Kelamin.....	Error! Bookmark not defined.
Gambar 5. Prosentase Usia	Error! Bookmark not defined.
Gambar 6. Prosentase Obat.....	Error! Bookmark not defined.
Gambar 7. Presentase Bentuk Sediaan	Error! Bookmark not defined.
Gambar 8 Penggolongan antiplatelet kombinasi golongan lain.	Error! Bookmark not defined.
Gambar 9. Presentase dosis dan aturan pakai	Error! Bookmark not defined.
Gambar 10. Presentase Kesesuaian dan ketidaksesuaian obat .	Error! Bookmark not defined.
Gambar 11. Persentase Obat Generik dan Non Generik ...	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Ijin Penelitian**Error! Bookmark not defined.**
- Lampiran 2 Surat Ijin Pengambilan Data**Error! Bookmark not defined.**
- Lampiran 3 Surat Keterangan Litbang**Error! Bookmark not defined.**
- Lampiran 4 Daftar Resep RSUD Muntilan Kab Magelang . **Error! Bookmark not defined.**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke semakin meningkat di Indonesiadan merupakan beban bagi negara akibat disabilitasyang ditimbulkannya. Stroke menyebabkan gangguan fisik atau disabilitas. Peningkatan pasien stroke di beberapa negara Eropa sebesar 1,1 juta pertahun pada tahun 2000 menjadi 1,5 juta per tahun pada tahun 2005. Stroke merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia dibanding penyakit yang lain yaitusebesar 15,4%. Prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan wawancara sebesar 8,3 % pada tahun2007 dan meningkat menjadi 12,1 % pada tahun 2013. Sekitar 25% dari pasien stroke meninggal dalam tahun pertama setelah serangan stroke dan 14-15% mengalami stroke kedua dalam tahun yang sama (Ghani, Miharja, & Delima, 2016).

Stroke adalah suatu penyakit gangguan fungsi anatomi otak yang terjadi secara tiba-tiba dan cepat yang disebabkan karena adanya pendarahan di otak. Penderita pada umur <45 tahun sebanyak 11,8 persen, pada umur 45-65 tahun sebanyak 54,2 persen dan pada umur >65 tahun sebanyak 33,5 persen. Stroke terjadi tanpa adanya gejala-gejala prodroma atau gejala dini, dan muncul begitu mendadak.. Masalah stroke saat ini ialah penyebab kematian urutan ketiga setelah penyakit jantung koroner dan kanker (Halim, Joudy, & Sengkey, 2016).

Menurut hasil Rinkesdas Indonesia, penyebab kematian utama pada semua umur adalah stroke (15,4%), TB (7,5%), hipertensi (6,8%), dan cedera (6,5%). Kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan ialah pada kelompok usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2%. Prevalensi stroke berdasarkan berdasarkan jenis kelamin lebih banyak pada laki-laki (7,1%) dibandingkan perempuan (6,8%). Berdasarkan tempat tinggal, prevalensi stroke di perkotaan lebih tinggi (8,2%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (5,7%). Prevalensi kasus stroke

tertinggi terdapat di Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%) (Halim et al., 2016).

Proporsi stroke terbanyak adalah stroke ischemic (61,46%). Faktor risiko tertinggi pada stroke ischemic adalah gula darah meningkat (47,89%) dan pada stroke hemorrhagic adalah hipertensi (100,00%). Untuk faktor risiko yang tidak dapat diubah antara lain adalah usia, jenis kelamin, ras, dan riwayat penyakit keluarga. Sedangkan faktor risiko yang dapat diubah atau dikendalikan adalah hipertensi, diabetes mellitus, obesitas, kadar kolesterol, merokok, aktivitas fisik, stress, dan sebagainya (Dinata, Safrita, & Sastri, 2013).

Formularium rumah sakit merupakan daftar obat yang disepakati staf medis, disusun oleh komite farmasi dan terapi yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Bermanfaat sebagai acuan bagi penulis resep, mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat. Pasien akan mendapatkan obat terpilih yang tepat, berkhasiat, bermutu, aman, dan terjangkau dengan adanya formularium. Formularium rumah sakit harus secara rutin dievaluasi sesuai kebijakan dan kebutuhan. Untuk meningkatkan kepatuhan terhadap formularium rumah sakit, harus memiliki kebijakan dalam menambah dan mengurangi obat. Formularium rumah sakit dapat mempertimbangkan indikasi penggunaan, efektivitas, risiko, dan biaya (Kemenkes, 2014).

Badan Penyelenggaraan Jaminan (BPJS) Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program kesehatan Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan dibagi menjadi dua yaitu :

1) Peserta penerimaan bantuan iuran (PBI)

yaitu orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu yang preminya akan dibayar oleh pemerintah sesuai dengan Peraturan Perundang-undangan.

2) Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (non PBI)

Merupakan peserta yang tidak tergolong faktor miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas.

a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya

Adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. Termasuk dalam pekerja penerima upah yaitu:

- (1) Pegawai Negeri Sipil
- (2) Anggota TNI/POLRI
- (3) Pejabat Negara
- (4) Pegawai pemerintah non pegawai negeri
- (5) Pegawai swasta

Pekerja lain yang tidak termasuk diatas yang menerima upah

b) Pekerja Bukan Penerima Upah Dan Anggota Keluarganya yaitu pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja lain yang bukan penerima upah.

c) Bukan pekerja dan anggota keluarganya yaitu:

- (1) Pemberi kerja
- (2) Penerima pensiun
- (3) Veteran
- (4) Perintis kemerdekaan
- (5) Janda, duda atau anak yatim piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan serta bukan pekerja lain yang membayar iuran (Perpres RI, 2016).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Muntilan merupakan salah satu rumah sakit yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten Magelang dan termasuk dalam rumah sakit tipe C dan tanggal surat ijin 26/11/2015. Fasilitas pelayanan di RSUD Muntilan meliputi fasilitas rawat inap, rawat jalan, penunjang, dan administrasi. Fasilitas-fasilitas tersebut digunakan untuk mendukung pelayanan kepada pasien.

Bersadarkan hasil pendahuluan dengan wawancara Kepala Rekam Medis RSUD Muntilan, pasien yang terkena penyakit Stroke cukup tinggi yaitu sekitar 550 pasien dalam setahun. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang mengenai terapi antiplatelet pada pasien stroke.

B. Rumusan Masalah

Masalah yang dihadapi dalam penelitian ini adalah Gambaran Kesesuaian Pengobatan Stroke Pasien BPJS Dengan Formularium Rumah Sakit di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Periode Tahun 2017.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengobatan berdasarkan jenis stroke yang di derita oleh pasien rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Periode Tahun 2017.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui karakteristik pada pasien pengobatan stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang yang meliputi jenis kelamin pasien, umur pasien, item obat, bentuk sediaan, pemberian obat, dosis, kesesuaian obat, golongan obat, obat generik dan non generik.
- b. Untuk mengetahui Gambaran Kesesuaian Pengobatan Stroke Pasien BPJS Dengan Formularium Rumah Sakit Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Periode Tahun 2017.

D. Manfaat Penelitian

a) Bagi Rumah Sakit

Sebagai informasi mengenai Gambaran Kesesuaian Pengobatan Stroke Pasien BPJS Dengan Formularium Rumah Sakit Di Rawat Inap Rumah

Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang Periode Tahun 2017.

b) Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu dan teori yang telah didapat saat dibangku kuliah.

c) Bagi Institusi

Sebagai informasi untuk mengetahui Kesesuaian Pengobatan Stroke Pasien BPJS Dengan Formularium Rumah Sakit Di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini sebelumnya sudah ada yang melakukan, yaitu penelitian yang sejenis namun terdapat perbedaan seperti yang di cantumkan pada tabel 1.

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No .	NamaPenelitian dan Sumber	Judul Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
1.	Nastiti, Dian Skripsi Fakultas Masyarakat Program Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi,	Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011.	Pasien stroke menjalani pelayanan rawat inap selama 5-10 hari., dari 152 pasien stroke di rawat inap di RSKM tahun 2011, sebanyak 82 pasien (54%) dirawat selama 5-10 hari.	a. Subjek penelitian : Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap. b. Tempat penelitian: Rumah Sakit Krakatau Medika. c. Tahun penelitian : 2011.
2.	Rusdyanto Halim, Joudy Gessal, Lidwina S. Sengkey. Jurnal e-Clinic (eCI) Vol 4 No. 2 Universitas	Gambaran pemberian terapi pada pasien stroke dengan hemiparesis dekstra atau sinistra di Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Prof. Dr. R.	Rentang usia pasien stroke dengan hemiparesis terbanyak ialah antara usia 51-60 tahun (40%) dengan persentase hemiparesis pada laki-laki (66,67%)	a. Subjek penelitian : Pemberian Terapi Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparesis Dekstra. b. Tempat penelitian :

	Sam Ratungali Manado.	D. Kandou Manado periode Januari – Maret tahun 2016.	lebih tinggi dibandingkan perempuan (33,33%).	Instalasi Rehabilitasi Medik RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. c. Tahun penelitian: 2016
3.	Rachmawati, Utomo, & Nauli, Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.	Gambaran Status Fungsional Pasien Stroke Saat Masuk Ruang Inap RSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU.	Responden berada pada usia dewasa tua (46-65 tahun) dengan jumlah 29 orang responden (58.0%), mayoritas berjenis kelamin laki-laki sebanyak 27 orang responden (54.0%), mayoritas jenis stroke yang sering terjadi adalah stroke iskemik sebanyak 28 orang.	a. Subjek penelitian : Status Fungsional Pasien Stroke Saat Masuk Ruang Inap. b. Tempat penelitian : RSUD ARIFIN ACHMAD PEKANBARU. c. Tahun penelitian : 2003

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Masalah

1. Pengertian Stroke

a. Definisi

Stroke adalah gangguan fungsional otak sebagian atau menyeluruh yang timbul secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak. Stroke adalah penyakit gangguan fungsional otak fokal maupun global akut dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang sebelumnya tanpa peringatan dan bisa sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian, yang diakibatkan oleh gangguan aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun non perdarahan. Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala atau tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Dari semua definisi stroke di atas dapat diambil kesimpulannya bahwa stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak dan dapat mengakibatkan kerusakan pada sebagian atau secara keseluruhan dari otak yang disebabkan oleh gangguan peredaran pada pembuluh darah yang mensuplai darah ke otak, berlangsung lebih 24 jam. Batasan stroke adalah segala sesuatu gangguan pada otak yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak, bukan karena kecelakaan atau trauma di otak (Presley, 2004).

b. Klasifikasi stroke

Stroke iskemik merupakan jenis stroke yang banyak terjadi 88 % dibandingkan dengan stroke perdarahan 12%. Dengan melihat penyebab terjadinya stroke maka tujuan penatalaksanaan stroke adalah untuk mengembalikan aliran darah pada otak yang tersumbat dengan cepat, mengurangi angka kematian, mencegah terjadinya sumbatan

ulang dan kejadian keterulangan stroke pada masa mendatang. Stroke terjadi ketika terjadi hambatan suplai darah atau kebocoran darah dari pembuluh darah menyebabkan kerusakan pada otak.

1) Stroke iskemik (Infark atau kematian jaringan)

Sekitar 85% dari semua stroke disebabkan oleh stroke iskemik (Infark). Stroke iskemik pada dasarnya terjadi akibat kurangnya aliran darah ke otak. Pada keadaan normal aliran darah ke otak adalah 58 ml/100 gram jaringan otak/menit. Bila hal ini turun sampai 18 ml/100 gram jaringan otak setiap menit maka aktivitas listroik neuron terhenti tetapi struktur sel masih baik, sehingga gejala klinis masih reversibel. Penurunan aliran ini jika semakin parah dapat menyebabkan jaringan otak mati, yang sering disebut sebagai infark. Infark otak timbul karena iskemik otak yang lama dan parah dengan perubahan fungsi dan struktur otak yang ireversibel (Presley, 2004).

Infark iskemik serebri sangat erat kaitannya dengan aterosklerosis dan arteriolosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan berbagai macam manifestasi klinis dengan cara menyempitkan pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi aliran darah, oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya trombosus atau peredaran aterom yang kemudian terlepas sebagai emboli serta menyebabkan dinding pembuluh darah menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian dapat robek (Ratnasari, 2010).

2) Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan 8 – 13 % dari semua stroke di USA, 20 – 30 % stroke di Jepang dan Cina. Sedangkan di Asia Tenggara, kasus stroke hemoragik adalah sebesar 26 % dari semua kasus stroke. Stroke hemoragik adalah stroke yang disebabkan perdarahan intrakanial non traumatik. Perdarahan intrakranial yang sering terjadi adalah perdarahan intraserebral (PIS) dan perdarahan subarakhnoid (PSA) (Presley, 2004).

c. Penanganan pertama saat terjadi stroke

- 1) Saat stroke menyerang, umunya akan membuat penderita terjatuh dan pingsan.
- 2) Jika hal terjadi, jangan buru-buru memindahkan penderita dari tempatnya terjatuh karena penderita stroke mengalami pecah pembuluh darah halus di otaknya. Tindakan memindahkan penderita dengan tergesa akan mempercepat proses pendarahan dalam otak yang dapat berakibat fatal. Sebaiknya bantulah penderita dalam posisi duduk dengan perlahan di tempat yang sama dimana waktu jatuh.
- 3) Apabila mulut penderita tampak mencong atau tidak normal, maka kedua daun telinga penderita harus di tari-tarik sampai berwarna kemerahan. Setelah itu dilakukan dua kali penusukan pada masing-masing jung bawah daun telinga sehingga darah keluar sebanyak 2 tetes dari setiap ujung daun telinga. Maka dalam beberapa menit bentuk mulut penderita akan normal kembali.
- 4) Setelah keadaan penderita memulih, cari pertolongan medis. Bawalah penderita dengan hati-hati ke dokter atau rumah sakit terdekat untuk mendapatkan pertolongan lebih lanjut. Ingat "*golden Six Hours*" yaitu sebelum 6 jam dihitung sejak serangan, penderita stroke sudah harus mendapat pertolongan medis (Wardhani & Martini, 2011).

d. Tindakan medis pada serangan stroke

Stroke dan akibat yang ditimbulkannya sedang menjadi perhatian seluruh dunia. Walaupun stroke dapat mempengaruhi individu pada semua umur, namun utamanya sangat berpengaruh pada lansia. Hal ini merupakan diantara penyebab kecacatan dan kematian yang tinggi, manajemen yang efektif pada pasien stroke akut dimulai dengan perawatan yang sistematis dari sebelum masuk rumah sakit, masuk instalasi gawat darurat, unit stroke, terapi stroke sampai tahap rehabilitasi (Setyopranoto, 2003).

Manajemen stroke yang rasional harus berdasarkan pengetahuan jenis patologi stroke. Diagnosis jenis patologi stroke dapat ditegakkan secara tepat dan aman dengan menggunakan pemeriksaan CT-Scann kepala (Sari, 2009).

e. Terapi dan Pengobatan terhadap stroke.

Pendekatan terapi pada fase akut, didefinisikan pada restorasi aliran darah dan menghentikan kerusakan seluler yang berkualitas dengan iskemik. Meskipun diperkirakan iskemik nekrotik di daerah sentral mungkin terjadi, bagian-bagian otak sekelilingnya telah mengalami penurunan darah otak (tetapi tidak berhenti sama sekali) kemungkinan masih dapat diselamatkan, daerah tersebut yang dinamakan sebagai daerah penumbra iskemik, yang merupakan target utama berbagai terapi *stroke* hiperakut yang sedang dikembangkan.

Terapi *stroke* didasarkan pada jenis stroke yang dialami pasien dan waktu terapinya.

a. Terapi Farmakologi

Pendekatan terapi pada *stroke* akut adalah menghilangkan sumbatan pada aliran darah menggunakan obat-obatan. Terapi yang dilakukan antara lain :

1. Terapi suportif dan terapi komplikasi akut

a) Pernafasan, *ventilatory support* dan suplementasi oksigen.

Tujuannya adalah untuk mencegah hipoksia dan potensi yang dapat memperburuk kerusakan otak. Terapi ini dapat dilakukan dengan menggunakan *elective intubation* dan *endotracheal intubation*.

b) Pemantauan temperatur

Apabila temperatur tubuh pasien tinggi, diperlukan terapi yang dapat menurunkan secara akurat yang diperkirakan dapat meningkatkan prognosis pasien. Obat yang berperan antara lain, aspirin, ibuprofen dan parasetamol.

c) Terapi dan pemantauan fungsi jantung

Pemantauan fungsi jantung diperlukan untuk mendeteksi ada tidaknya atrial fibrilasi yang paling tidak diperiksa pada 24 jam pertama. Apabila ditemukan adanya aritmia yang serius, perlu dilakukan terapi.

d) Pemantauan tekanan darah arteri (hipertensi atau hipotensi).

Tekanan darah merupakan faktor risiko, sehingga penting dilakukan pemantauan tekanan darah pasien. Apabila tekanan darah pasien terlalu rendah ($<100/<70$ mmHg), diperlukan pemberian cairan normal saline. Pemberian vasopressor (seperti dopamin) dapat dilakukan apabila normal saline tidak adekuat. Tekanan darah pasien yang tinggi perlu diterapi dengan obat antihipertensi yang sesuai.

e) Pemantauan kadar gula darah (hipoglikemia atau hiperglikemia).

Pada kondisi hiperglikemia, pasien diterapi dengan insulin atau obat yang lain (target terapi 80-140 mg/dl) untuk mengurangi resiko perkembangan stroke iskemik menjadi *stroke* hemorganik, sedangkan pada kondisi hipohglikemia, pasien perlu diterapi untuk mencegah terkacaunya tanda-tanda *stroke* iskemik dan mencegah kerusakan otak yang lebih parah.

2. Terapi trombolitik

Terapi trombolitik dapat dilakukan melalui intravena dan intraarterial.

a) Trombolitik intravena

Terapi trombolitik Intravena terdiri dari pemberian *Recombinant issue Plasminogen Activator (rtPA)*, pemberian agen trombolitik yang lain, dan *enzim defibrogenating*. Pemberian rtPA dapat meningkatkan perkembangan perbaikan neurologi pasien secara lengkap dalam 24 jam dan dapat meningkatkan perbaikan *outcome* dalam tiga bulan setelah

serangan *stroke* apabila diberikan pada golden period yaitu dalam onset tiga jam. rtPA memiliki mekanisme aksi mengaktifkan plasmin sehingga melisiskan tromboemboli. Penggunaan rTPA harus dilakukan dengan hati-hati karena dapat menimbulkan resiko perdarahan.

Pemberian agen trombolitik yang lain seperti *reteplase*, *urokinase*, *anistreplase*, dan *staphylokinase* telah dipertimbangkan untuk pengobatan pasien dengan akut *stroke* iskemik namun masih perlu dikaji secara luas. Enzim ini disebut ancrod, berfungsi untuk mendegradasi fibrinogen yang diperoleh dari bisa ular dan berfungsi untuk mendegradasi fibrinogen yang disebut dengan *ancrod*.

b) Trombolitik Intraarteri

Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan Outcome terapi *stroke* dengan perbaikan kanal *Middle Cerebral Artery* (MCA). Contoh agen trombolitik intraarteri adalah prourokinase.

3. Terapi antiplatelet

Terapi antiplatelet bertujuan untuk meningkatkan kecepatan rekanalisasi spontan dan perbaikan mikrovaskular. Agen antiplatelet dapat diberikan melalui oral dapat berupa oral maupun intravena. Pemberian antiplatelet oral dapat berupa agen tunggal maupun kombinasi. Golongan obat ini sering digunakan pencegahan *stroke* ulangan dengan mencegah terjadinya agregasi platelet. Aspirin merupakan salah satu antiplatelet yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien *stroke*. Penggunaan aspirin dengan *loading dose* 325mg dan dilanjutkan dengan dosis 75-100mg/hari dalam rentang 24-48 jam setelah gejala *stroke*. Penggunaannya tidak disarankan dalam 24 jam setelah terapi fibrinolitik. Sedangkan klopidoogrel hingga saat ini masih belum memiliki bukti yang cukup kuat penggunaannya untuk *stroke* iskemik jika dibandingkan dengan aspirin. Pada salah

satu kajian sistemis yang membandingkan terapi jangka panjang antiplatelet monoterapi (aspirin atau klopidoogrel) dan kombinasi antiplatelet (aspirin dan klopidoogrel) pada pasien stroke iskemik menunjukkan perbedaan yang tidak termasuk ICTUS trial menunjukkan bahwa penambahan citicoline tidak memberikan manfaat dibandingkan dengan plasebo. Penggunaan flunarizine juga tidak menunjukkan adanya manfaat pada pasien stroke berdasarkan penelitian terdahulu dan sebelum ada data penelitian terbaru terkait efektivitasnya pada stroke iskemik.

Kombinasi agen antiplatelet antara aspirin dan klopidoogrel belum dikaji secara luas. Pemberian antiplatelet melalui intravena harus secara hati-hati digunakan untuk mendapatkan hasil yang tepat, contohnya platelet glikoprotein IIb/IIIa inhibitor, abciximab intravena.

4. Terapi antikoagulan

Terapi antikoagulan bertujuan mencegah kekambuhan stroke secara dini dan meningkatkan *outcome* secara neurologis.

Agen antikoagulan contohnya adalah *heparin, unfractionated heparin, low-molecular-weight heparins* (LMWH), *Heparinoids* warfarin. Penggunaannya masih kontroversial karena berisiko perdarahan intracranial sehingga pemberiannya perlu mendapat perhatian khusus. Pada dosis yang berlebihan dapat menyebabkan perdarahan sedangkan pada dosis rendah efektivitasnya akan kurang. Penggunaannya antikoagulan dikontraindikasikan pada 24 jam pertama saat pemberian terapi rtPA melalui intravena secara bersamaan.

Berikut ini adalah tabel rekomendasi farmakoterapi untuk stroke iskemik

Tabel 2. Rekomendasi Farmakoterapi untuk Stroke Iskemik

Jenis Terapi	Rekomendasi	Evidensi / Keamanan
Terapi Akut	Altepase 0,9 mg/kg IV (maksimum 90 kg) sampai 1 jam dalam onset 3 jam.	Umumnya disetujui penggunaannya
	Aspirin 160/325 mg setiap hari dimulai selama onset 48 jam.	Umunya disetujui penggunaannya
Pencegahan Sekunder		
Nonkardioemboli	Terapi antiplatelet	Umunya disetujui penggunaannya
	Aspirin 50-325 mg setiap hari	Masih diperdebatkan penggunaannya (lebih dipilih ini antara ketiga dibawahnya)
	Klopidogrel 75 mg setiap hari	Dilaporkan sedikit penggunaannya (lebih dipilih Aspirin)
	Aspirin 25 mg + dipiridamol extended release 200 mg dua kali sehari	Masih diperdebatkan penggunaannya (lebih dipilih Aspirin)
Kardioemboli (terusan firilasiatrial)	Wafirin (International Normal Rasio/INR) – 2,5	Umunya disetujui penggunaannya
Semua	Terapi Antihipertensi	
Sudah punya riwayat hipertensi sebelumnya	ACE inhibitor + diuretik atau ARB penurun tekanan darah	Umunya disetujui penggunaannya
Tekanan darah normal sebelumnya	ACE inhibitor + diuretik atau ARB penurun tekanan darah	Masih diperdebatkan penggunaannya
Dislipidemi	Statin	Umumnya disetujui penggunaannya

Berikut ini adalah keterangan dari tabel diatas :

- a) Altepase diawali dalam 3 jam munculnya gejala telah diperlihatkan mengurangi cacat hebat disebabkan oleh stroke iskemik *CT scan* harus didapatkan untuk mencegah pendarahan sebelum terapi dimulai. Dosis 0,9 mg/kg (maksimum 90 mg) diberikan secara infus intravena sampai 3 jam setelah bolus 10% dosis total diberikan sampai 1 menit. Terapi antikoagulan dan antiplatelet seharusnya dihindarkan selama 24 jam dan pendarahan pasien harus dipantau lebih dekat lagi (Presley, 2004).

- b) Aspirin 50-325 mg/hari dimulai antara 24-48 jam setelah alteplase, dilengkapi juga ditunjukkan untuk mengurangi kematian dan cacat jangka panjang. Panduan American Collage og Chest Physicions (ACCP) untuk penggunaan terapi antitrombolitik dalam pencegahan sekunder stroke iskemik menganjurkan terapi antiplatelet sebagai dasar untuk pencegahan sekunder dalam stroke non-kardioemboli. Aspirin, klopido­grel, dan pelepasan diperluas klopido­grel dengan aspirin semuanya dipertimbangkan sebagai senyawa antiplatelet utama. Tiklodipin 250 mg dua kali sehari akan dicadangkan untuk pasien yang gagal atau tidak dapat menerima terapi lain karena efek sampingnya (neutropenia, anemia aplastik, purpura trombositopenia trombo­sis, ruam diare, hiperkolesterolemia). Kombinasi aspirin dan klopido­grel hanya dianjurkan pada pasien dengan stroke iskemik dan riwayat teraru infark miokardiak atau kejadian koroner lain dan hanya dengan aspirin dosis sangat rendah untuk minimalisasi pendarahan (Presley, 2004).
- c) Warfarin adalah senyawa antitrombotik pilihan pertama untuk pencegahan sekunder pada pasien dengan fibrilasi atrial dan perkiraan embolisme dari kardiak. Pengobatan umumnya 5-7 mg/hari. Obat ini diberikan secara oral atau intravena. Warfarin dapat menyebabkan anoreksia, mual, muntah lesi kulit berupa purpura dan urtikaria, alopesia, nekrosis kelenjar mama dan kulit, kadang-kadang jari kaki menjadi ungu (Presley, 2004).
- d) Joint National Comitee (JNC 7) dalam inhibitor ACE dan diuretik digunakan untuk mengurangi tekanan darah pada pasien stroke atau TIA setelah periode akut (7 hari pertama). Bloker reseptor angiotensin II atau Angiotensin Receptor Blocker (ARB) telah memperlihatkan resiko stroke dan seharusnya dipertimbangkan pada pasien yang tidak dapat menerima inhibitor ACE setelah stroke iskemik akut.

Berikut ini tabel sediaan dan dosis inhibitor ACE, Angiotensin Reseptor Blocker (ARB) (Puspitasari, 2009).

Tabel 3 Jenis Obat dan Dosis Inhibitor ACE dan
Angiotensin Reseptor Blocker (ARB)

No.	Nama Obat	Dosis (mg/hari)
1.	ACE-inhibitor	
	Kaptopril	25-100 mg 2-3x sehari
	Benazepril	10-40 mg 1-2x sehari
	Enalapril	2,5-40 mg 1-2x sehari
	Fosinopril	10-40 mg 1x sehari
	Lisinopril	10-40 mg 1x sehari
	Perindopril	4-8 mg 1-2x sehari
	Quinapril	10-40 mg 1x sehari
	Ramipril	2,5-20 mg 1x sehari
	Trandolapril	1-4 mg 1x sehari
	Imidapril	2,5-10 mg 1x sehari
2.	ARB	
	Losartan	25-100 mg 1-2x sehari
	Valsartan	80-320 mg 1x sehari
	Irbesrtan	150-300 mg 1x sehari
	Telmisartan	20-80 mg 1x sehari
	Candesartan	8-32 g 1x sehari

- e) Diuretik bekerja meningkatkan ekskresi natrium, air dan klorida sehingga menurunkan volume darah dan cairan ekstraseluler. Akibatnya terjadi penurunan curah jantung dan tekanan darah. Berikut tabel dosis dan bentuk sediaan berbagai diuretik untuk penggunaan sebagai antihipertensi (Gormer, 2008).

Tabel 4 Jenis obat dan Dosis Diuretik untuk Penggunaan
Sebagai Antihipertensi

No.	Obat	Dosis (mg/hari)
1.	Diuretik tiazid	
	Hidrokorotiazid	12,5-25 mg 1x sehari
	Klortalidon	12,5-25 mg 1x sehari
	Indapamid	12,5-25 mg 1x sehari
	Bendroflumetiazid	2,5-5 mg 1x sehari
	Metolazon	2,5-5 mg 1x sehari
	Metolazon rapid acting	0,5-1 mg 1x sehari
	Xipamid	10-20 mg 1x sehari
2.	Diuretik Kuat	
	Furosemid*	20-80 mg 2-3x sehari
	Torsemid**	2,5-20 mg 1-2x sehari
	Bumetanid	0,5-4 mg 2-3x sehari
	As. Etakrinat	25-100 mg 2-3x sehari
3.	Diuretik hemat kalium	
	Amilorid	5-10 mg 1-2x sehari
	Spironolaktan*	25-100 mg 1x sehari
	Triamteren	25-300 mg 1x sehari

Keterangan dari tabel diatas adalah sebagai berikut :

- Dosis furosemid untuk gagal jantung dan gagal ginjal dapat ditingkatkan sampai 200 mg/hari.
 - Dosis torsemid untuk gagal jantung dapat ditingkatkan sampai 200 mg/hari.
 - Dosis spironolakton untuk asites refrakter dapat ditingkatkan sampai 400 mg/hari.
- f) Statin telah terbukti mengurangi resiko stroke sekitar 30% pada pasien arteri koroner dan peningkatan lipid plasma (Rosita & Andrajati, 2014).

Tabel 5 dosis sediaan statin.

No.	Nama Obat	Dosis (mg/hari)
1.	Simvastatin	40 mg 1x sehari
2.	Atorvastatin	80 mg 1x sehari

- g) Rehabilitas terhadap serangan stroke

Telah ditemukan berbagai kemajuan dalam pengobatan stroke. Walaupun beberapa masih berada di bawah pengembangan, tetapi mereka menawarkan harapan untuk memperkecil kerusakan yang disebabkan oleh stroke, yang meliputi metode baru untuk memindahkan atau memisahkan gumpal, dan pengobatan baru untuk melindungi otak dari kerugian-kerugian karena stroke. Indikator dalam prognosisnya adalah tipe dan luasnya serangan, age of onset serta tingkat kesadaran. Secara teori, tujuan rehabilitasi tidak dapat terlepas dari pengertian tentang sehat, yaitu keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental) dan sosial, bukan hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan (Purwanti, 2000).

2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

a. Pengertian BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS akan menggantikan beberapa lembaga jaminan sosial pemerintah yang ada di Indonesia diantaranya Askes, Jamsostek, Asabri, dan Taspen (DPR RI, 2011).

b. Pembagian BPJS

BPJS terbagi menjadi 2 yaitu :

- 1) BPJS Kesehatan yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
- 2) BPJS Ketenagakerjaan yang menyelenggarakan program:
 - a) Jaminan kecelakaan kerja
 - b) Jaminan hari tua
 - c) Jaminan pensiun
 - d) Jaminan kematian.

BPJS mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS kesehatan akan

menggantikan lembaga penjaminan kesehatan PT Askes (Persero). BPJS Ketenagakerjaan akan menggantikan lembaga penjaminan ketenagakerjaan PT Jamsostek (Persero) (DPR RI, 2011).

Setiap warga Indonesia diwajibkan mendaftar BPJS Kesehatan yang bertujuan mendapatkan jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayarkan oleh pemerintah (PP RI, 2013).

3. Rumah Sakit

a. Pengertian

Rumah Sakit merupakan fasilitas kesehatan tingkat lanjut dalam sistem jaminan kesehatan. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (KemenKes RI, 2009).

b. Fungsi rumah sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (KemenKes RI, 2009).

c. Berdasarkan jenis pelayanan, rumah sakit digolongkan menjadi:

- 1) Rumah Sakit Umum, yaitu memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- 2) Rumah Sakit Khusus, yaitu memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya (KemenKes RI, 2009).

d. Berdasarkan pengelolaannya, rumah sakit dibedakan menjadi:

- 1) Rumah Sakit Publik yaitu rumah sakit yang dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit publik yang dikelola oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah dilaksanakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan peraturan perundang-undangan, dan tidak dapat dialihkan menjadi Rumah Sakit Privat.
- 2) Rumah Sakit Privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit dan berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero (KemenKes RI, 2009)

e. Klasifikasi Rumah Sakit

Program pemerintah dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

1) Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:

- a) Rumah Sakit Umum Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar, 5 spesialis penunjang medik, 12 spesialis lain dan 13 subspesialis.
- b) Rumah Sakit Umum Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling

sedikit 4 spesialis dasar, 4 spesialis penunjang medik, 8 spesialis lain dan 2 subspesialis dasar.

- c) Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 spesialis dasar dan 4 spesialis penunjang medik.
- d) Rumah Sakit Umum Kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 spesialis dasar.

2) Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas :

- a) Rumah Sakit Khusus kelas A adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang lengkap.
- b) Rumah Sakit Khusus kelas B adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang terbatas.
- c) Rumah Sakit Khusus kelas C adalah Rumah Sakit Khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspesialis sesuai kekhususan yang minimal (KemenKes RI, 2009).

f. Pelayanan Kefarmasian

Jenis pelayanan kesehatan di Rumah Sakit sangat banyak, salah satunya pelayanan kefarmasian yang mempunyai peranan penting. Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien (KemenKes RI, 2014).

g. Jenis Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi dua kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan

Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik

1) Pengelolaan Sediaan Farmasi Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa Pengelolaan Alat Kesehatan, Sediaan Farmasi, dan Bahan Medis Habis Pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi Farmasi sistem satu pintu. Kegiatannya meliputi :

- a) Pemilihan
- b) Perencanaan kebutuhan
- c) Pengadaan
- d) Penerimaan
- e) Penyimpanan
- f) Pendistribusian
- g) Pemusnahan dan penarikan
- h) Pengendalian
- i) Administrasi

2) Farmasi Klik

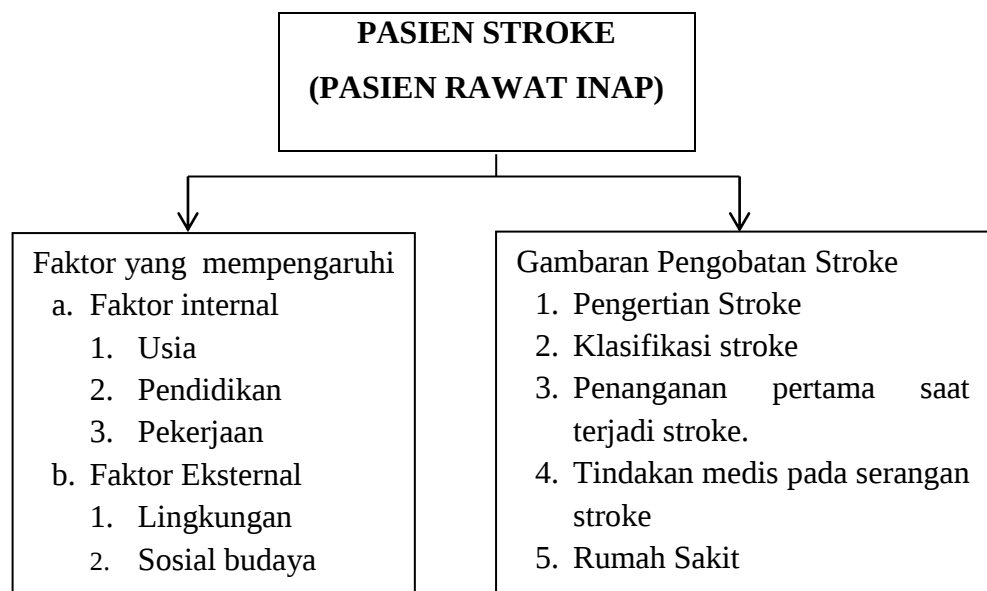
Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan Apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan *outcome* terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin.

Pelayanan farmasi klinik yang dilakukan meliputi:

- a) Pengkajian dan pelayanan Resep
- b) Penelusuran riwayat penggunaan Obat
- c) Rekonsiliasi Obat
- d) Pelayanan Informasi Obat (PIO)
- e) Konseling
- f) *visite*
- g) Pemantauan Terapi Obat (PTO)

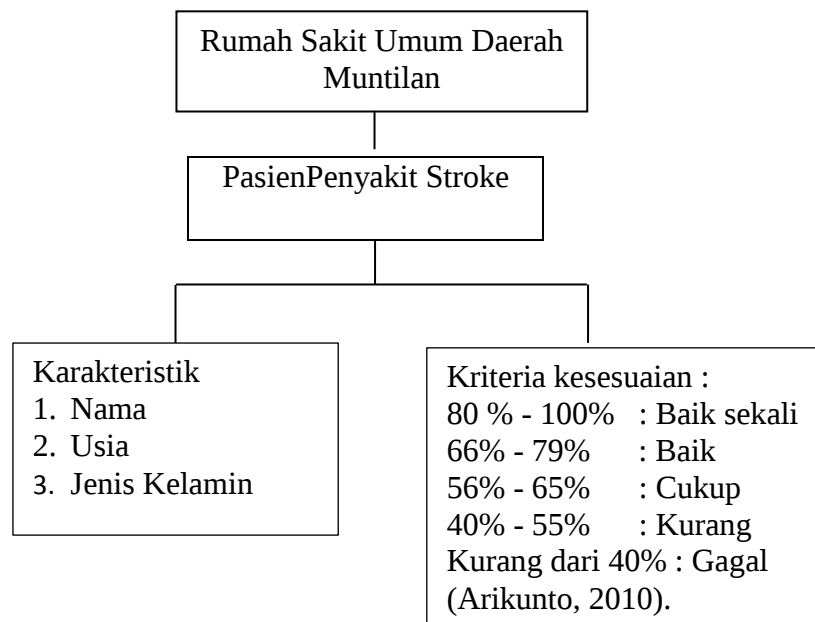
- h) Monitoring Efek Samping Obat (MESO)
- i) Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)
- j) Dispensing sediaan steril
- k) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) (KemenKes RI, 2014).

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian secara deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dimaksudkan untuk mengetahui gambaran atau deskripsi mengenai suatu keadaan secara objektif. Data ditampilkan secara kuantitatif berupa tabel dan diagram lingkaran. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif adalah penelitian yang berusaha melihat kebelakang (Notoatmodjo, 2012).

B. Variabel Penelitian

Variable yaitu segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Variable dalam penelitian ini adalah pengobatan stroke pasien bpjs dengan formularium rumah sakit di rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang.

C. Definisi Operasional

Operasional adalah suatu penjelasan mengenai variabel yang dirumuskan berdasarkan karakteristik-karakteristik yang ada sebagai dasar dalam memperoleh data (Wahyuni, 2009).

1. Stroke adalah gangguan fungsional otak sebagian atau menyeluruh yang timbul secara mendadak dan akut yang berlangsung lebih dari 24 jam, yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak.
2. Gambaran penggunaan obat meliputi : jenis kelamin pasien, umur pasien, item obat, bentuk sediaan, pemberian obat, dosis, kesesuaian obat, golongan obat, obat generik dan non generik.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012). Pada penelitian populasi yang digunakan adalah semua data rekam medik pasien stroke yang menggunakan terapi farmakologi di RSUD Muntinan Kabupaten Magelang periode Tahun 2017.

2. Sampel Penelitian

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini sampel yang digunakan adalah *Simple random sampling* dengan penentuan sampel menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Derajat kesalahan yang dapat ditolerir (5%)

Sehingga apabila jumlah populasi pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Muntinan Kabupaten Magelang dan tingkat kesalahan yang akan dipakai adalah 5 %, maka jumlah sampel bisa dihitung sebagai berikut:

$$n = \frac{550}{1 + 550 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{550}{1 + 1,375}$$

$$n = \frac{550}{2,375}$$

$$n = 231,5 \text{ menjadi } 231 \text{ resep}$$

Dengan demikian dengan jumlah populasi sebesar 550 maka jumlah sampel yang bisa diambil sejumlah 231,5 objek. Dapat dibulatkan menjadi 231 resep untuk mengantisipasi adanya kesalahan dalam menghitung resep.

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian akan dilakukan di Rekam Medis RSUD Muntilan Kabupaten Magelang.

2. Waktu penelitian

Waktu Penelitian Pengambilan data guna penyusunan karya tulis ini dilaksanakan pada bulan Maret – April 2018.

F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Agar suatu karakteristik sampel yang digunakan sesuai dengan populasi, maka perlu ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi dalam pengambilan sampel, yaitu:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi adalah kriteria yang harus dipenuhi oleh setiap populasi yang akan di jadikan suatu sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria Inklusi dalam penelitian ini, yaitu:

1. Semua pasien yang terkena penyakit stroke.
2. Pasien stroke dengan terapi farmakologi.
3. Pasien BPJS

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria Eksklusi adalah kriteria sampel yang tidak dapat dijadikan sebagai sampel (Notoatmodjo, 2012). Kriteria Eksklusi dalam penelitian ini, yaitu:

1. Pasien dengan resep tanpa obat stroke.

G. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen adalah alat yang akan digunakan dalam pengumpulan data (Notoatmodjo, 2012). Instrumen dalam penelitian ini adalah data rekam medis pengobatan stroke yang telah melakukan terapi farmakologi di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang. Untuk

penyusun proposal menggunakan referensi-referensi lain seperti buku, jurnal serta contoh skripsi.

2. Metode Pengumpulan Data

Data yang digunakan merupakan data sekunder yaitu data yang tidak didapat langsung dari sumbernya melainkan didapat dari pihak lain (Wahyuni, 2009). Pengumpulan data dilakukan dengan cara retrospektif mengambil data rekam medis, mencatat, mengelompokkan, mengamati, dan menganalisis yang menggunakan terapi farmakologi pada pasien stroke di Rumah Sakit Umum Daerah Muntilan Kabupaten Magelang. Metode retrospektif adalah penelitian yang berusaha melihat ke belakang, artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoatmodjo, 2012).

H. Metode Pengelolaan dan Analisis Data

1. Pengelolaan data

Pengelolaan data merupakan salah satu langkah yang penting. Hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung masih mentah, belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data (Notoatmodjo, 2012). Apabila data sudah diperoleh, dilakukan pengolahan data dengan mengelompokkan sesuai karakteristik pengobatan. Dalam pengolahan data dilakukan beberapa tahapan yaitu.

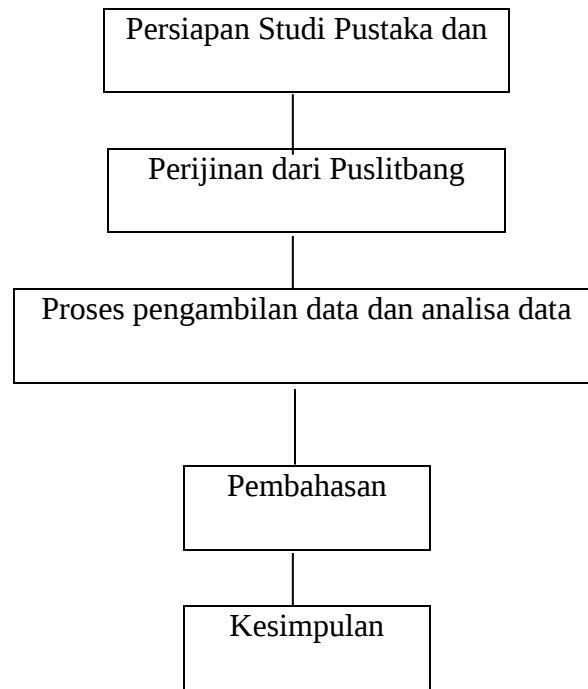
- a. *Editing* data, data yang telah diperoleh (data rekam medis dan resep pengobatan stroke) dilakukan untuk memeriksa kelengkapan data dan memeriksa keseragaman data yang meliputi nama pasien, jenis kelamin pasien, umur pasien, item obat, golongan obat, golongan generik dan branded generik, serta dosis sehingga tidak terjadi kebingungan dalam proses pengolahan data selanjutnya.
- b. *Entry* data, memasukkan data ke komputer dengan aplikasi *Microsoft Excel* 2010. Data yang dimasukkan untuk pengolahan data adalah data yang telah dikelompokkan sesuai dengan karakteristik pasien meliputi

umur dan jenis kelamin serta karakteristik penggunaan obat stroke yang meliputi nama pasien, jenis kelamin pasien, umur pasien, item obat, golongan obat, golongan generik dan branded generik, serta dosis.

2. Analisis Data

Analisa data menggunakan analisis deskriptif yaitu menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2012). Pada tahap ini, data dianalisa dengan menggunakan teknik analisis deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan karakteristik data. Hasil dari pengolahan data yang telah dikelompokkan sesuai dengan karakteristik pasien dan karakteristik penggunaan obat, selanjutnya dapat langsung dimasukkan atau di *input* ke komputer. Hasil output data yang masih dalam bentuk angka dan gambar, akan diprosentasikan dan diinterpretasi dalam bentuk kata-kata untuk memperjelas hasil yang telah diperoleh. Prosentase hasil analisis data berupa prosentase nama pasien, jenis kelamin pasien, umur pasien, item obat, golongan obat, golongan generik dan branded generik, serta dosis.

I. Jalannya Penelitian



Gambar 3. Sistem Jalannya Penelitian

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang gambaran kesesuaian pengobatan stroke pasien bpjs dengan formularium rumah sakit di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang Periode 2017 disimpulkan sebagai :

1. Berdasarkan karakteristik Pasien yang melakukan pengobatan di RSUD Muntilan yang paling banyak adalah pasien perempuan sebanyak 51% sedangkan pasien laki-laki sebanyak 49%. Berdasarkan karakteristik umur pasien paling banyak umur diatas 65 tahun sebanyak 36%.
2. Kesesuaian obat berdasarkan formularium rumah sakit sebanyak 51,3% dan ketidaksesuaian sebanyak 48,7%.

B. SARAN

Perlu dilakukan evaluasi terhadap keserasian pola persepsan obat stroke di instalasi farmasi RSUD Muntilan Kabupaten Magelang penelitian selanjutnya dapat mempelajari persepsan obat stroke yang diterima oleh subyek baik obat kombinasi atau tunggal seperti hipertensi, kolesterol, tekanan darah.

DAFTAR PUSTAKA

- | | |
|--|--|
| Arikunto, S. (2010). <i>Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik</i> . Jakarta: Rineka Cipta. | Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/MENKES/SK/X/2004 Tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit. |
| Bariroh, U., Setyawan, H., & Sakundarni, M. (2016). Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pasien Pasca Stroke. <i>Jurnal Kesehatan Masyarakat</i> , 4, 486-495. | Depkes. (2004). Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2009 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional |
| Depkes. (2004). Keputusan Menteri | Depkes. (2009). Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. |
| | Depkes. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan |

Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.

Kesehatan Republik Indonesia Nomor 328/Menkes/IX/2013 Tentang Formularium Nasional. Jakarta.

Desviana Rizki Kurniasari. (2017). Evaluasi Rasionalitas Obat Anti Platelet Pada Pasien Stroke Iskemik Di Instalasi Rawat Inap RS X Periode 2016 Unuversitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta: Kemenkes RI; 2013

Dinata, C. A., Safrita, Y., & Sastri, S. (2013). Gambaran faktor Risiko dan tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap, 2(2), 57–61.

Kemenkes. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit. Jakarta.

DPR RI. (2011). Undang-undang RI Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta: Presiden RI.

Kepmenkes. (2009). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856 / Menkes / SK /IX / 2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

Effendy, Fery (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas. Salembada komunitas.

Nagel M A dan Gilden D, (2015). The Relationship Between Herpes zoster and Stroke. *Curr Neurol Neurosci Rep.* (15)(16):1-4.

Ghani, L., Miharja, L. K., & Delima. (2016). Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 49–58.

Nastiti, D. (2012). Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap Dirumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011.

Halim, R., Joudy, G., & Sengkey, L. S. (2016). *Gambaran Pemberian Terapi Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparesis Dekstra atau Sinistra di Instalasi Rhabilitasi Medik. Jurnal e-cl)).*

Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Pt Rineka Cipta.

Imron, M. (2014). *Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Seto Sagung.

Persatuan Dokter Saraf Indonesia (PERDOSSI), 2011, *Penatalaksanaan Khusus Stroke Akut*, PERSI: Jakarta

Kelompok Studi Stroke PERDOSSI. (2011). Guideline Stroke 2011. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.

PP RI. (2013). Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta: Presiden RI.

KemenKes RI. (2010). PerMenkes RI No. HK.02.02/MENKES/068/1/2010 Tentang Kewajiban Menggunakan Obat generik di fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah. Jakarta: Kemenkes RI.

Presley, B. (2004). Penatalaksanaan Farmakologi Stroke Iskemik Akut, 12(1), 6–8.

Purwanti, O. S. (2000). Rehabilitasi Klien Pasca Stroke, 43–46.

Rachmawati, F., Utomo, W., & Nauli, F. A. (2003). Gambaran Status Fungsional Pasien Stroke Saat Masuk Ruang Rawat

Kemenkes. (2013). Keputusan Menteri

Inap RSUD Arifin Achmad Pekanbaru.

Ratnasari, D. (2010). Perbedaan Skor Fungsi kognitif Stroke Iskemik Pertama Dengan Iskemik Berulang Dengan Lesi Hemisfer Kiri. Surakarta.

Setyopranoto, I. (2003). Stroke Gejala dan Penatalaksanaan. *Continuing Medical Education*, 38(4), 247–249.

Sugiyono. (2015). Metode Penelitian Kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta.

Wahyuni, Y. (2009). Metodologi Penelitian Bisnis Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Fitramaya.

Wardhani, N. R., & Martini, S. (2011). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pengetahuan Tentang Stroke Pada Pekerja Institusi Pendidikan Tinggi, 13–23.