

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Uraian Kerangka Konseptual

Stroke diklasifikasikan menjadi dua berdasarkan mekanisme kerjanya, yakni stroke iskemik dan stroke hemoragik. Stroke iskemik terbagi lagi menjadi beberapa hal berdasarkan penyebabnya yakni penyakit atherosklerotik serebrovaskular, penyakit penetrasi arteri (“Lakuna”), kardioemboli, stroke kriptogenik, dan penyebab lainnya yang tidak biasa (Fagan and Hess, 2008). Pada penelitian ini batasan stroke yang akan dibahas adalah mengenai stroke kardioemboli.

Stroke emboli terjadi ketika sebagian dari trombus lepas dan membentuk emboli. Emboli yang terbentuk di jantung akan terbawa aliran darah menuju otak sehingga menyebabkan embolisme kardiogenik. Sementara tromboemboli yang berasal dari arteri akan menyebabkan embolisme arteriogenik (Price, 2006)

Terapi stroke iskemik terdiri dari 3 hal, yakni pencegahan primer; penatalaksanaan terapi pada stroke iskemik akut; dan pencegahan sekunder. Terapi pada pencegahan sekunder bertujuan untuk mencegah kambuhnya stroke yang dialami pasien, dan salah satu golongan obat yang digunakan adalah antikoagulan (PERDOSSI, 2011). Antikoagulan adalah zat-zat yang dapat mencegah pembekuan darah (Tjay dan Rahardja, 2008), sehingga tidak akan terbentuk bekuan yang menyumbat aliran darah otak. Pemberian antikoagulan diharapkan dapat mencegah kekambuhan dari stroke kardioemboli (Jauch, *et.al*, 2013).

Dasar pemberian terapi antikoagulan adalah dengan menggunakan sistem skor CHADS₂ yang digunakan untuk memperkirakan resiko stroke pada pasien berdasarkan adanya faktor resiko (Cairns *et.al.*, 2010). Masing-masing faktor resiko ini memiliki skor, dan skor total akan menentukan terapi apa yang diberikan kepada pasien tersebut (Lip, 2010; Cairns *et al.*, 2010). Lalu juga terdapat sistem lain yakni sistem skor HAS-BLED yang digunakan untuk memperkirakan terjadinya resiko perdarahan pada pasien fibrilasi atrium yang telah diberi antikoagulan. Masing-masing faktor resiko ini memiliki skor, dan jika skor yang diperoleh ≥ 3 menandakan bahwa pasien tersebut memiliki resiko perdarahan tinggi, sehingga perlu dilakukan perhatian dan pemantauan regular kepada pasien (Lane dan Lip, 2010; Pisters, 2010)

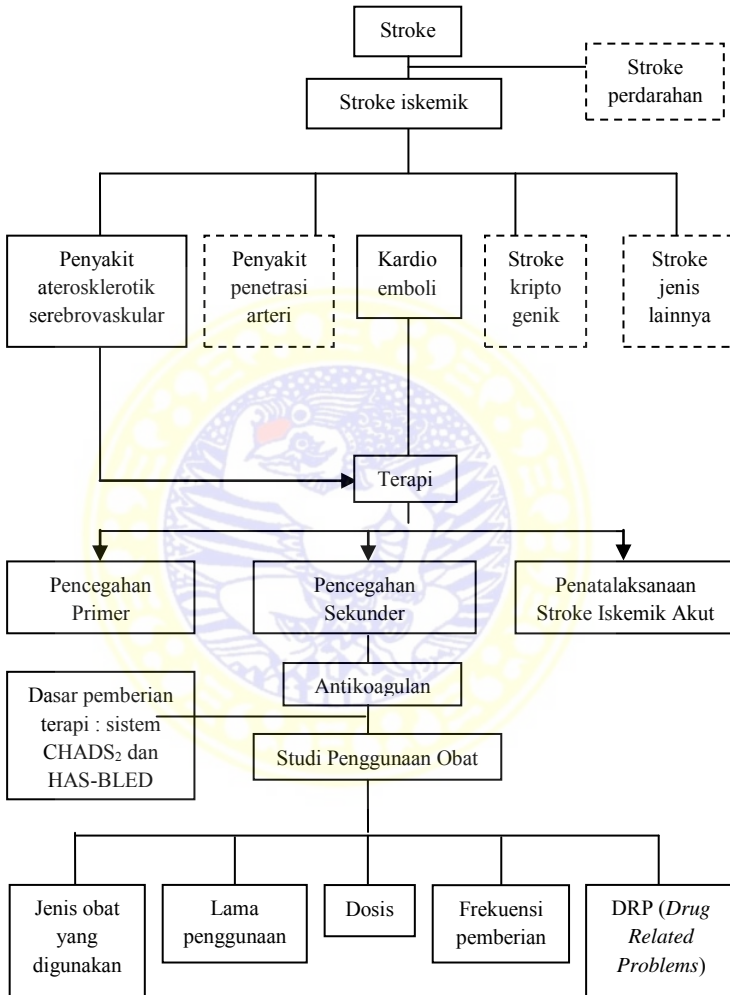
Penggunaan antikoagulan secara penuh dalam pengobatan stroke iskemik dengan jangka waktu 24 jam secara rutin tidak direkomendasikan untuk pencegahan sekunder dari stroke, namun hal ini menjadi kontroversi antar praktisi untuk penggunaannya pada pasien dengan stroke kardioemboli (Deryke, 2012). Selain itu, penggunaan antikoagulan memiliki resiko karena toksisitas utama yang dimiliki antikoagulan adalah terjadinya perdarahan, dan bisa semakin memperparah kondisi pasien jika antikoagulan yang digunakan memiliki kemungkinan menyebabkan terjadinya stroke perdarahan (Font, *et.al.*, 2011; Zehnder, 2012). Padahal antikoagulan merupakan terapi pilihan dalam pencegahan sekunder setelah stroke kardioemboli (Cervera and Chamorro, 2010).

Antikoagulan terdiri dari berbagai macam seperti heparin, LMWH (*low molecular weight heparin*), fondaparinux, dan

antikogulan oral seperti warfarin, dabigatran, rivaroxaban, dan apixaban (Zehnder, 2012). perlu dilakukan pemilihan agen antikoagulan yang tepat dan bersifat individual, tergantung dari berbagai macam faktor seperti harga, tolerabilitas, kecenderungan dari pasien, potensial dari interaksi obat, tingkat pembuktian penggunaan obat, dan keadaan klinis pasien seperti kondisi ginjal dan rentang terapetik INR yang diperlukan (Nursalim dan Setiabudi, 2012; Kernan *et al.*, 2014). Studi ini dilakukan untuk melihat profil penggunaan antikoagulan dalam penatalaksanaan stroke emboli serta interaksi yang terjadi dengan obat lain dalam terapi stroke emboli yang diterima pasien.

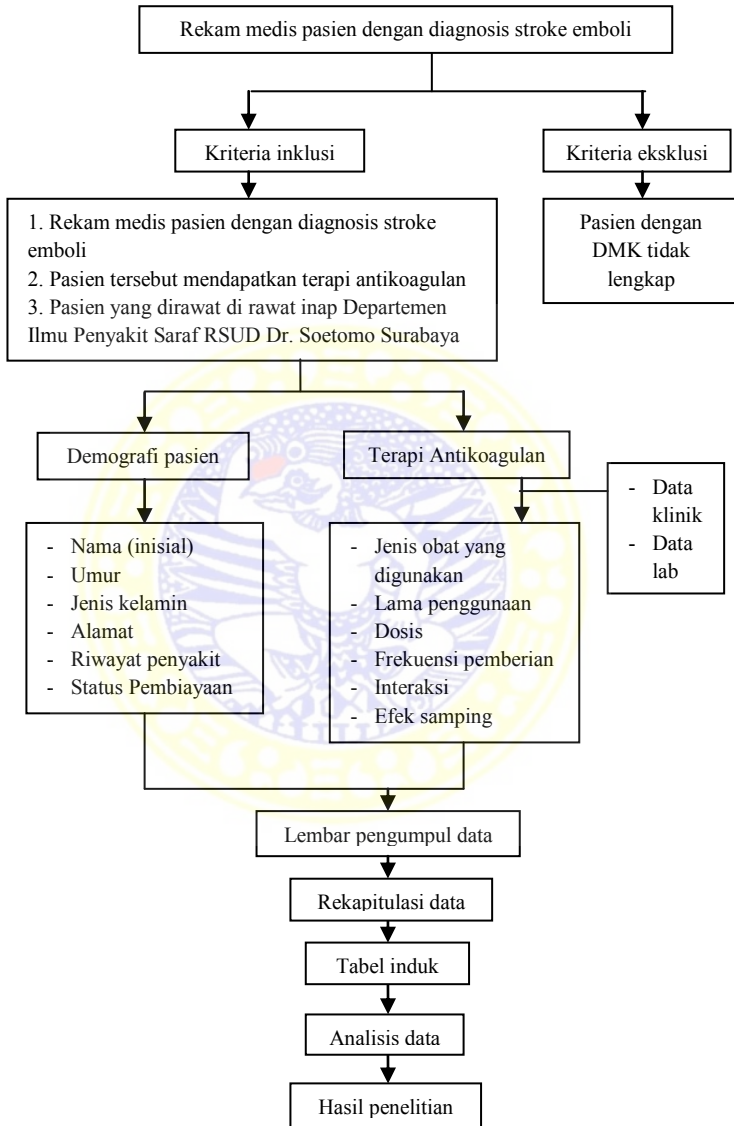


3.2 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1. Kerangka konseptual

3.3 Kerangka Operasional



Gambar 3.2. Kerangka Operasional