

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Stroke dan Penyakit Penyerta

Dari 125 sampel pasien stroke yang termasuk dalam kriteria inklusi terdapat 75 pasien dapat dikelompokkan berdasarkan dengan penyakit penyertanya.

**Tabel 7. Persentase penyakit stroke disertai dan tanpa penyerta.**

Penyakit	Jumlah	Persentase (%)
Stroke tanpa penyerta	22	29,3
Stroke disertai penyerta	53	70,7
Jumlah	75	100,0

Sumber: data yang diolah (2018)

Tabel 7. Menunjukkan jumlah penyakit penyerta pada pasien stroke lebih banyak daripada stroke tanpa penyakit penyerta. Penyakit yang menyertai biasanya ada hubungannya dengan faktor resiko penyakit stroke. Keberhasilan suatu terapi stroke juga ditentukan dari terapi penyakit yang menyertai.

**Tabel 8. Jenis penyakit penyerta pada penderita stroke di Instalasi Rawat Inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018.**

Penyerta	Jumlah	Persentase (%)
Anemia	1	1,4
Hiperkolesterolemia	5	7,2
Hipertensi	32	46,4
CKD	1	1,4
Hiperurisemia	1	1,4
Dislipidemia	13	18,8
Vertigo	1	1,4
Hemiplegia	8	11,6
Diabetes Mellitus	4	5,8
Azotemia	1	1,4
Hipokalemia	2	2,9
Jumlah penyakit	69	100

Sumber: data yang diolah (2018)

Tabel 8. Menunjukkan penyakit penyerta pada penderita stroke sebanyak 69 penyakit. Setiap pasien tidak hanya menderita penyakit penyerta satu tetapi bisa lebih dari satu penyakit. Penyakit penyerta terbanyak pada penderita stroke adalah hipertensi. Tekanan darah merupakan salah satu faktor terhadap kejadian stroke dan hipertensi menjadi faktor utama penyebab stroke. Tekanan darah yang tinggi dapat mempengaruhi autoregulasi aliran darah ke otak yang berdampak kemunculan dan bertambah hebatnya aterosklerosis serta munculnya lesi spesifik

pada arteri intra serebral. Mekanisme terjadinya stroke yang disebabkan hipertensi dikarenakan hipertensi dapat meningkatkan beban kerja jantung. Kondisi tekanan darah yang tinggi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah arteri, jika hal tersebut terjadi terus-menerus maka perlahan-lahan arteri mengalami pengerasan serta dapat terjadi oklusi koroner (Budiman 2015). Faktor penyakit lainnya yang mendukung yaitu seperti diabetes mellitus, dislipidemia dan gaya hidup yang tidak sehat contohnya merokok. Hasil penelitian dari Ramadhanis (2012) memaparkan bahwa penderita hipertensi memiliki peluang sebesar 4,117 kali menderita stroke dibandingkan pasien yang tidak menderita hipertensi.

Penyakit penyerta kedua setelah hipertensi yaitu dislipidemia. Salah satu faktor resiko terjadinya stroke iskemik adalah dislipidemia. Dislipidemia merupakan kondisi yang terjadi akibat abnormalitas profil lipid dalam plasma (Pramono 2009). Kelainan pada profil lipid merupakan faktor terjadinya aterosklerosis, dimana perubahan dinding arteri yang ditandai dengan akumulasi lipid ekstra sel sehingga menimbulkan penebalan dan arteri menjadi kaku. Penebalan arteri yang disebabkan oleh timbunan lemak akibat ekstra sel ini menyebabkan iskemia di jaringan hingga terjadinya infark. Tingginya kadar lemak dalam darah akan mempengaruhi siklus metabolisme lemak, sehingga menyebabkan terjadinya dislipidemia. Terjadinya dislipidemia dalam tubuh dapat mengakibatkan aterosklerosis dalam arteri, proses ini menyebabkan arteri tersumbat (Budiman 2015).

Hemiplegia adalah kelumpuhan atau kelemahan otot lengan tungkai dan wajah pada salah satu sisi tubuh. Pada penyakit penyerta hemiplegia ini merupakan dampak yang secara umum diakibatkan oleh penyakit stroke. Apabila stroke menyerang otak sebelah kiri maka akan terjadi hemiplegia kanan yaitu kelumpuhan dari wajah sebelah kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Apabila stroke menyerang bagian kanan otak maka akan terjadi hemiplegi kiri. Jika dampaknya lebih ringan biasanya hanya dirasakan tidak adanya tenaga pada bagian tubuh yang lesi (*hemiparesis*). Apabila kerusakan terjadi pada otak bagian bawah (*cerebellum*) maka akan terjadi penurunan kemampuan koordinasi gerakan tubuh (Yastroki 2011).

Hiperkolesterolemia adalah tingginya kadar kolesterol dalam darah. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya hiperkolesterolemia seperti faktor genetik, faktor sekunder seperti diabetes mellitus, sindrom nefrotik, kegemukan, kurang olahraga, merokok dan usia. Kolesterol yang tinggi telah terbukti dapat meningkatkan risiko stroke serta dapat memperburuk penyembuhan stroke (Heni Maryati 2017). Tingginya kadar kolesterol dan lemak dalam darah dapat meningkatkan kecenderungan penggumpalan darah. Gumpalan darah yang terjadi di dalam otak dapat berakibat stroke. Trigilserida dan LDL akan mengalami penumpukan pada lapisan pembuluh darah sehingga dapat melukai pembuluh darah maka terjadi penyempitan yang membuat trombosit terperangkap.

Diabetes mellitus yaitu sindrom gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi insulin atau berkurangnya efektivitas biologis dari insulin dan merupakan penyakit degeneratif. Penyebab diabetes mellitus dapat menjadi stroke salah satunya adalah adanya suatu proses aterosklerosis. Terjadinya hiperglikemia menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah besar maupun pembuluh darah perifer dan dapat meningkatkan agregat platelet dimana dapat menyebabkan aterosklerosis. Hiperglikemia juga dapat meningkatkan viskositas darah yang dapat menyebabkan naiknya tekanan darah dan berakibat stroke iskemik (Ramadany A.F dkk 2013).

### **B. Profil Penggunaan Obat Stroke**

Stroke iskemik merupakan penurunan aliran darah di otak akibat vasokonstriksi sehingga penyumbatan pembuluh darah arteri dan suplai darah ke otak mengalami penurunan. Penyakit stroke dapat menyebabkan kematian, penderita stroke tidak sepenuhnya sembuh untuk mencegah terjadinya stroke berulang perlunya modifikasi gaya hidup sehat. Penggunaan obat stroke untuk mencegah maupun mengatasi stroke sangat penting. Pentingnya pemilihan obat didasarkan pada diagnosa, karakteristik obat dan karakteristik pasien untuk mendapatkan pengobatan yang optimal. Dalam pemilihan obat juga dipengaruhi oleh kondisi medis pasien, diagnosa dan tingkat keparahan.

Penelitian ini dilakukan untuk melihat jumlah penggunaan obat stroke yang sering digunakan pasien stroke di Instalasi Rawat Inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan tahun 2018.

**Tabel 9. Distribusi penggunaan obat stroke pada pasien stroke di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan tahun 2018.**

Golongan	Nama obat	Jumlah	Persentase (%)
Antiplatelet	-Aspilet tablet	56	25,8
	-Clopidogrel tablet	4	1,8
	-Disolf	15	6,9
Neuroprotector	-Citicolin injeksi 500mg	57	26,3
	-Nucolin injeksi 1000mg	11	5,1
	-Neuciti tablet 500mg	4	1,8
	-Piracetam injeksi	22	10,1
	-Revolan injeksi	16	7,4
	-Revolan tab	3	1,9
	-Piracetam tablet	29	13,4
Jumlah obat		217	100

Sumber: data sekunder yang diolah (2018)

Tabel 9. Menunjukkan penggunaan obat stroke di instalasi rawat inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan tahun 2018 terdiri dari antiplatelet dan neuroprotector sebanyak 217 obat. Antiplatelet yaitu obat yang digunakan untuk mencegah penggumpalan darah pada penderita stroke. Antiplatelet yang digunakan terdiri dari asetosal/aspilet 25,8%, clopidogrel 1,8%, disolf 6,9%, dari ketiga obat tersebut yang paling sering digunakan adalah aspilet. Aspilet bekerja menghambat sintesis tromboksan A-2 (TXA-2) didalam trombosit, sehingga menghambat agregasi trombosit.

Pemberian neuroprotector pada stroke bertujuan untuk memulihkan fungsi neurologis yang dapat meningkatkan kemampuan kognitif. Neuroprotector yang digunakan meliputi citicoline injeksi 26,3%, nucolin injeksi 5,1%, neuciti tablet 1,9%, piracetam injeksi 10,1%, revolan injeksi 7,4%, revolan tablet 1,9%, piracetam tablet 13,4%. Terapi neuroprotector yang sering digunakan yaitu citicoline injeksi yang bekerja dengan cara stabilisasi membrane neuronal dan megahambat pembentukan radikal bebas. Penggunaan kombinasi piracetam dan citicoline dapat memberikan efek perbaikan fungsi motorik yang paling efektif (Tria AS *et al* 2014).

### C. Drug Related Problems (DRPs)

Identifikasi permasalahan *Drug Related Problems* (DRPs) yang timbul pada penggunaan obat stroke di instalasi rawat inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018 kategori obat tanpa indikasi, indikasi tidak diobati, dosis terlalu tinggi, dosis terlalu rendah dan interaksi obat. Data kejadian DRPs dapat dilihat di tabel 10.

**Tabel 10. Persentase kejadian *Drug Related Problems* (DRPs) pada pasien stroke di Instalasi Rawat Inap RSAU dr. Efram Harsana.**

No	No Kasus	Kejadian DRPs	Jumlah	Persentase (%)
1	-	Obat tanpa indikasi	0	0
2	18,22,37	Indikasi tidak diobati	3	7,1
3	-	Dosis terlalu tinggi	0	0
4	-	Dosis terlalu rendah	0	0
5	9,10,16,19,22,24,27 28,29,30,32,34,35,36 37,41,42,46,47,48,49 50,52,53,54,55,56,57 58,59,62,63,64,65,70 71,72,74,75	Interaksi obat	39	92,9
Total kasus			42	100

Sumber: data yang diolah (2018)

#### 1. Masalah pemberian atau pemilihan obat

**1.1 Obat tanpa indikasi.** Kategori DRPs ini yaitu ada obat tetapi tidak terdapat indikasinya. Pada penelitian ini tidak terdapat kasus obat tanpa indikasi. Pengobatan sudah sesuai dengan *guideline* terapi stroke yang digunakan.

**1.2 Indikasi tidak diobati.** Kategori DRPs ini yaitu adanya kondisi medis tertentu yang perlu mendapatkan terapi tetapi tidak diberikan terapi. Hasil analisis dari data rekam medis pasien stroke di Instalasi rawat Inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018 terdapat 3 kasus DRPs.

**Tabel 11. Presentase kejadian DRPs kategori indikasi tidak diobati di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018.**

No kasus	Indikasi	Jumlah	Persentase (%)
18,22,37	Hiperkolesterolemia	3	100
Total		3	100

Sumber: data yang diolah (2018)

Pasien dengan nomor kasus 18,22,38 diindikasikan hiperkolesterolemia yaitu kolesterol melebihi batas normal tetapi tidak mendapatkan terapi untuk menurunkan kolesterol. Pasien nomor kasus 18,22,38 memiliki kolesterol 239 mg/dl, 220 mg/dl, 220 mg/dl tetapi pasien tidak mendapatkan terapi untuk

menurunkan kolesterol. Dokter tidak memberikan terapi karena disesuaikan dengan kondisi medis pasien, bila dengan perubahan pola hidup sehat sudah optimal maka tanpa pemberian obat. Kolesterol yang diderita pasien tersebut tidak tergolong tinggi, normalnya kurang dari 200 mg/dl. Dalam *guideline* pasien dengan kolesterol >150 mg/dl sebaiknya dikelola dengan modifikasi pola hidup dan pemberian terapi statin (PERDOSSI 2011).

## 2. Ketidaktepatan Pemilihan Dosis

**2.1 Dosis Terlalu Tinggi.** Kategori DRPs terkait dosis yaitu dengan pemberian dosis yang melebihi batas terapi pada *guideline*. Pemberian dosis disesuaikan dengan kondisi medis pasien. Pada penelitian ini tidak ada kasus tentang pemberian terapi obat yang melebihi dosis.

**2.2 Dosis Terlalu Rendah.** Kategori DRPs terkait dosis yaitu dengan pemberian dosis yang kurang dari target dosis terapi. Pada kasus ini tidak terdapat dosis yang kurang dari terapi, sudah sesuai pada *guideline*.

## 3. Interaksi Obat

Kategori DRPs interaksi obat yaitu dua obat atau lebih yang diberikan pada waktu bersamaan dapat menimbulkan efek yang dapat mempengaruhi obat tersebut dalam bekerja sehingga terapi tidak optimal. Interaksi tersebut dapat bersifat antagonis, potensiasi atau terkadang dapat memberikan efek yang lain. Hasil penelitian interaksi obat dibedakan menjadi 3 yaitu mayor, moderate dan minor yang dapat dilihat pada Tabel 12.

**Tabel 12. Persentase Interaksi Obat di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018.**

Jenis Interaksi	Jumlah	Persentase (%)
Mayor	29	20,1
Moderate	89	61,8
Minor	26	18,1
Total	144	100

Sumber: data yang diolah (2018)

Dari tabel diatas didapatkan jenis interaksi obat yang paling sering terjadi yaitu *moderate* sebanyak 61,8%, *mayor* 20,1% dan *minor* 18,1%. Interaksi obat tingkat keparahan *moderate* (sedang) biasanya terjadi jika bahaya potensial pada pasien diperlukan beberapa monitoring/intervensi. Efek yang terjadi dari interaksi *moderate* yaitu perubahan status klinis pasien, menyebabkan perawatan tambahan.

Interaksi keparahan *mayor* biasanya dapat membahayakan pasien termasuk dalam kejadian yang menyangkut nyawa pasien dan terjadi kerusakan permanen. Interaksi keparahan *minor* biasanya jika interaksi yang terjadi dipertimbangkan signifikan potensial bahayanya terhadap pasien jika terjadi kelalaian (Bailie 2004). Jenis Interaksi dan contoh obat yang mengalami interaksi dapat dilihat di Tabel 13.

**Tabel 13. Presentase kejadian DRPs kategori Interaksi Obat di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018.**

No RM	Interaksi	Jenis Interaksi
084004	Aspilet + captopril	Moderate
078166	Levazide + Trihexylpenidil	Minor
084207	Aspilet + Irbesartan	Moderate
064155	Aspilet + captopril	Moderate
077695	Aspilet + valesco	Moderate
062920	Furosemide + aspilet	Minor
079620	Piracetam + clopidogrel	Moderate
079720	Aspilet + Lasix	Minor
080602	Aspilet + captopril	Moderate
	ISDN + captopril	Moderate
079822	Valesco + aspilet	Moderate
	Atorvastatin + valesco	Moderate
080301	Digoxin + bisoprolol	Moderate
	Haloperidol + trihexyphenidyl	Moderate
079988	Aspilet + furosemide	Minor
081552	Valsartan + aspilet	Moderate
082095	Aspilet + Lasix	Minor
082064	Captopril + aspilet	Moderate
006347	Piracetam + clopidogrel	Moderate
078277	Captopril + digoxin	Moderate
	Aspilet + furosemide	Minor
077968	Amlodipine + simvastatin	Mayor
067720	Aspilet + furosemide	Minor
081324	Bisoprolol + amlodipine	Moderate
	Bisoprolol + aspilet	Moderate
	Aspilet + glimepiride	Minor
	Amlodipine + metformin	Moderate
	Fastor + valesco	Moderate
085842	Aspirin + lisinopril	Moderate
	Lisinoopril + spironolakton	Moderate
	Spironolakton + aspirin	Moderate
076509	Piracetam + clopidogrel	Moderate
051641	Gemfibrozil + simvastatin	Mayor
	Amlodipine + simvastatin	Mayor
085839	Aspilet + bisoprolol	Moderate
	Bisoprolol + valsartan	Moderate
	Bisoprolol + amlodipine	Moderate
	Aspilet + valsartan	Moderate

Sumber: data yang diolah (2018)

Pasien dengan nomor RM 084004, 064155, 080602, 082064 mendapat obat captopril dan aspilet. Bila obat tersebut digunakan bersamaan dapat memberikan efek hipotensi dan vasodilator ACE Inhibitor dapat berkurang. Manajemen kasus ini dengan memonitor tekanan darah dan fungsi ginjal. Sebaiknya menaikkan atau menurunkan dosis pada pemberian terapi. Pasien dengan nomor RM 078166 mendapatkan obat trihexyphenidyl dan Levazide. Jika kedua obat tersebut digunakan secara bersamaan maka dapat mengurangi efek levodopa dengan menunda penyerapan di gastrointestinal. Pengatasannya dengan cara pemberian jeda waktu atau diganti dengan rute pemberian yang lain (Medscape 2016).

Selanjutnya pasien dengan nomor RM 084207 mendapatkan obat aspilet dan Irbesartan. Kedua obat tersebut jika digunakan bersamaan akan mengurangi Irbesartan dalam menurunkan tekanan darah dan obat-obat ini dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Mekanisme interaksinya adalah penghambatan akibat OAINS sintesis prostaglandin ginjal dan dapat menyebabkan retensi cairan yang juga mempengaruhi tekanan darah. Pengatasannya dengan alternative menurunkan atau menaikkan dosis obat yang diberikan. Pasien dengan nomor RM 077695, 079822, 081552, 085839 mendapat obat aspilet dan valesco dimana jika kedua obat ini digunakan secara bersamaan dapat mengurangi efek valsartan dalam menurunkan tekanan darah, selain itu obat-obat ini dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Pengatasannya dengan alternatif pengurangan dosis obat yang diberikan.

Pasien dengan nomor RM 062920, 079720, 079988, 082095, 078277, 067720 mendapatkan obat aspilet dan furosemide, jika kedua obat digunakan bersamaan aspirin akan mengurangi efek dari furosemide. Pengatasannya dengan pemberian jeda waktu atau rute pemberian obat diganti. Pada pasien nomor RM 079620, 006347, 076509 mendapatkan obat piracetam dan clopidogrel. Bila kedua obat diberikan secara bersamaan maka piracetam dapat meningkatkan efek dari clopidogrel. Pengatasannya dengan alternatif menaikkan atau menurunkan dosis obat yang diberikan. Pasien dengan nomor RM 080602 mendapat obat captopril dan isosorbtdinitrat, jika keduanya diberikan bersamaan maka dapat menurunkan

tekanan darah dan memperlambat detak jantung dengan mekanisme interaksi ACE inhibitor/ captopril dapat meningkatkan vasodilatasi dan efek hipotensi dari nitroglicerine/ ISDN. Data juga menunjukkan bahwa captopril dapat mencegah toleransi nitrat. ACE inhibitor dapat menurunkan kerja jantung dan lebih meningkatkan efektivitas nitroglicerine. Pengatasannya yaitu dengan monitoring dan atau menurunkan dosis terapi yang diberikan (Medscape 2016).

Pada pasien dengan nomor RM 079822, 081324 mendapat obat atorvastatin dan valesco, jika kedua obat digunakan bersamaan valsartan akan menambah toksisitas dari atorvastatin. Inhibitor OATP1B1 memungkinkan dapat beresiko miopati. Dari penelitian *in vitro* dengan jaringan hati manusia menunjukkan bahwa valsartan adalah substrat yang terserap di hati OATP1B1. Pengatasannya yaitu dengan mengurangi dosis pemberian obat. Pada pasien dengan nomor RM 080301 mendapat obat digoxin dan bisoprolol jika digunakan bersamaan dapat memperlambat detak jantung dan menyebabkan peningkatan efek samping. Pengatasannya yaitu dengan mengurangi dosis pemberian obat. Pasien juga mendapatkan obat haloperidol dan trihexyphenidil jika digunakan bersamaan maka haloperidol akan menambah efek dari trihexyphenidil.

Pada pasien dengan nomor RM 078277 mendapat obat captopril dan digoxin jika digunakan secara bersamaan akan menimbulkan interaksi yang menyebabkan kadar dan efek digoxin meningkat dalam darah. Pengatasannya yaitu dengan alternatif menurunkan dosis digoxin yang diberikan. Pasien dengan nomor RM 077968, 051641 mendapatkan obat amlodipine dan simvastatin. Jika obat tersebut digunakan dalam waktu bersamaan akan meningkatkan kadar atorvastatin dan penghambatan amlodipine oleh metabolisme usus dan hati CYP450 3A4, sebaiknya diganti obat lain yang masih satu golongan atau berbeda golongan. Penggunaan terapi kombinasi harus ditimbang dengan hati-hati terhadap potensi risiko kombinasi yang dapat meningkatkan risiko efek samping seperti kerusakan hati dan kondisi yang jarang tetapi serius disebut rhabdomyolisis. Manajemen kasus interaksi ini sebaiknya menggunakan alternatif lain, menghindari kombinasi kedua obat ini atau jika memang harus digunakan sebaiknya dosis terapi simvastatin tidak lebih dari 20mg/hari dan perlunya

pemantau lebih sering untuk menjamin keamanan penggunaan kedua obat tersebut.

Pada pasien dengan nomor RM 081324, 085839 mendapat obat bisoprolol dan amlodipin yang keduanya memiliki efek antihipertensi digunakan bersamaan karena memiliki efek tambahan dalam menurunkan tekanan darah dan detak jantung. Bisoprolol dan aspilet jika digunakan bersamaan akan mengurangi efek dari bisoprolol sebaiknya diganti dengan obat yang lain atau masih satu golongan atau beda golongan. Aspilet dan glimepiride bila digunakan bersamaan akan menambah efek dari glimepiride dengan mengikat binding protein plasma. Sebaiknya diberikan dengan jeda waktu atau dengan rute yang berbeda. Amlodipine dan metformin jika diberikan bersamaan maka amlodipine akan mengurangi efek dari metformin. Pasien harus diawasi glukosa darahnya agar tidak terjadi hipoglikemia (Lexicomp 2015).

Pasien dengan nomor RM 085842 mendapatkan obat aspirin dan lisinopril jika diberikan bersamaan akan lebih meningkatkan toksisitas dari keduanya sehingga dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal terutama dengan aspirin dosis tinggi. Sebaiknya dengan alternative monitoring fungsi ginjal dan penyesuaian dosis obat. Lisinopril dan spironolakton menimbulkan efek sinergisme yang beresiko hyperkalemia. Spironolakton dan aspirin jika diberikan bersamaan keduanya akan menambah serum potassium. Sebaiknya dengan mengurangi dosis pemberian spironolakton. Pasien dengan nomor RM 051641 mendapat obat simvastatin dan gemfibrozil, jika diberikan bersamaan akan meningkatkan risiko efek samping seperti kerusakan hati dan kondisi langka namun serius yang disebut rhabdomyolisis yang melibatkan kerusakan jaringan otot. Dalam beberapa kasus rhabdomyolisis dapat menyebabkan kerusakan ginjal hingga kematian.

Pada pasien dengan nomor RM 085839 mendapat obat aspilet dan bisoprolol jika digunakan secara bersamaan aspilet akan mengurangi efek bisoprolol. Bisoprolol dan valsartan jika diberikan bersamaan memberikan efek synergis tetapi beresiko terhadap janin pada ibu hamil. Sebaiknya dengan mengurangi dosis pemberian.

#### D. Hubungan DRPs dengan Outcome Terapi

**Tabel 14. Presentase kejadian DRPs kategori Interaksi Obat di RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018.**

TD	Target Terapi	Jumlah	Persentase (%)
<180/105	Tercapai	71	94,7
	Tidak Tercapai	4	5,3
Total		75	100

Sumber: data yang diolah (2018)

Dari data pada tabel 14. Persentase *outcome* terapi pasien stroke di Instalasi Rawat Inap RSAU dr. Efram Harsana Lanud Iswahjudi Magetan sebesar 94,7% tercapai dan 5,3% tidak tercapai. Target terapi tercapai jika tekanan darah pasien <180/105, tidak tercapai jika tekanan darah pasien >180/105. Tekanan darah harus dipantau setelah pemberian rtPA dengan target tekanan darah yang harus dicapai dalam penelitian ini yaitu TD <180/105 (PERDOSSI 2011).

Hasil penelitian menunjukkan penderita stroke di Instalasi Rawat Inap RSAU dr. Efrm Harsana Lanud Iswahjudi Magetan Tahun 2018 dengan pengobatan stroke terhadap penurunan tekanan darah pasien sudah cukup tercapai meskipun hanya ada 4 pasien yang tidak mencapai target terapi. Faktor yang dapat mempengaruhi tercapainya suatu pengobatan meliputi kepatuhan pasien, usia, genetic dan kondisi klinis pasien.