

DIREKTORAT PERPUSTAKAAN UII
INVENTARIS SUMBANGAN
TANGGAL: / /
NO. INV. :

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003**

SKRIPSI



Oleh :

IKA RATNA OCTAVIA
00613224

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
JOGJAKARTA
JULI 2004**

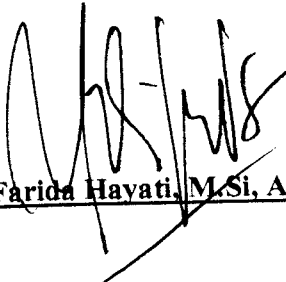


SKRIPSI


**POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003**



Pembimbing Utama,


Farida Hayati, M.Si, Apt

Pembimbing Pendamping,


Edy Widodo, M.Si.

2

KATA PENGANTAR

3.

Bismillaahirrohmaanirrokhiiim.

4.

Segala puji bagi Allah, Tuhan Semesta Alam, karena atas petunjuk dan pertolongan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini, dengan judul Pola Pengobatan Penyakit *Dekompensatio Cordis* Pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Daerah (RSD) Panembahan Senopati Bantul Tahun 2003, sebagai salah satu syarat mencapai gelar kesarjanaan dilingkungan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Jurusan Farmasi Universitas Islam Indonesia.

5.

6.

Penulis sangat menyadari bahwa naskah skripsi ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan semoga yang tertulis dalam naskah ini mampu menunjang kemajuan dalam bidang Ilmu Farmasi, khususnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam pengobatan *Decompensatio Cordis* di Rumah Sakit Daerah (RSD) Panembahan Senopati Bantul.

7

je

A

Penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan dukungan semua pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

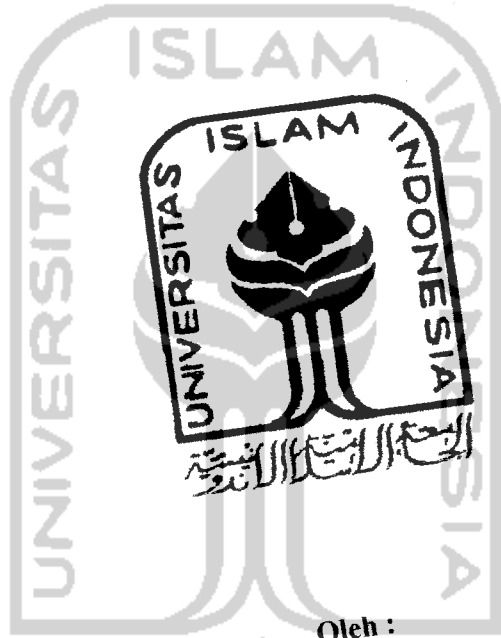
1. Ibu Ika Puspitasari, M.Si,Apt, Ibu Farida Hayati, M.Si,Apt dan Bapak Edy Widodo, M.Si. selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar senantiasa memberikan semangat, bimbingan, arahan dan ide demi kesempurnaan penelitian ini.



DIREKTORAT PERPUSTAKAAN UII		
INVENTARIS SUMBANGAN		
TANGGAL:	/	/
NO. INV. :		

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
 PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
 DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
 RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
 TAHUN 2003**

SKRIPSI



Oleh :

IKA RATNA OCTAVIA
 00613224

**JURUSAN FARMASI
 FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
 UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
 JOGJAKARTA
 JULI 2004**

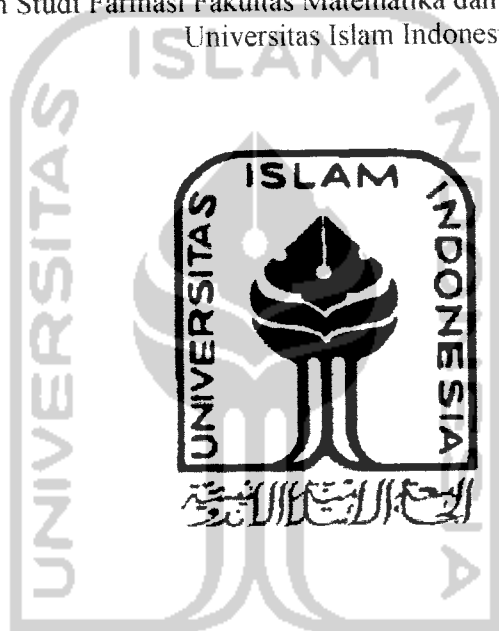


SKRIPSI

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)
Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



Oleh :

IKA RATNA OCTAVIA

00613224

**JURUSAN FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
JOGJAKARTA
JULI 2004**

SKRIPSI

POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003

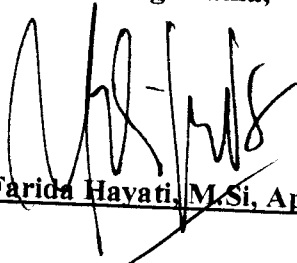


Yang diajukan oleh


IKA RATNA OCTAVIA
00613224

Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama,


Farida Hayati, M.Si, Apt

Pembimbing Pendamping,


Edy Widodo, M.Si.

SKRIPSI

POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003

Oleh :

IKA RATNA OCTAVIA
00613224

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi
Jurusan Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 16 Juli 2004

Ketua Penguji,

Farida Hayati, M.Si. Apt

Anggota penguji,

Edy Widodo, M.Si

Anggota penguji,

Endang Darmawan, M.Si, Apt

Mengetahui
Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Jaka Nugraha, M.Si.

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.



Jogjakarta, 16 Juli 2004

Penulis,

Ika Ratna Octavia

HALAMAN PERSEMBAHAN



Karya ini tulus kupersembahkan
untuk

Orang-orang tercinta dalam
hidupku

Ayahanda dan Ibunda sebagai
bentuk kecil baktiku padamu
Adikku Wahyu Sigit Purnomo
Seseorang yang singgah dihatiku

SPECIAL THANKS TO

- ☺ AYAHANDA DAN IBUNDA terima kasih atas bantuan, dorongan dan bimbingan serta doa yang kau berikan padaku dengan tulus dan ikhlas sehingga aku dapat mengakhiri studi ini. Jasa kalian tak akan aku lupakan.
- ☺ ADIKKU WAHYU SIGIT PURNOMO terima kasih telah memberikan warna dalam persaudaraan kita. Kau bangkitkan motivasiku dengan sindiran dan ejekan sehingga menggugah semangatku, juga telah memanjakan aku dan menggantikan tugas-tugas rumah demi terselesainya skripsi ini. Tetaplah menjadi adikku yang nakal dan baik.
- ☺ Keluarga dan semua saudaraku yang telah memberikan dorongan, motivasi serta do'anya.
- ☺ AA ILHAM PRASETYO NUGROHO. SM trims telah memberikan dorongan, semangat dengan tiada bosannya dengan penuh kesabaran dan kebijakan serta ketulusan kasih sayangnya yang tiada tara.....
- ☺ AGUS SURYANTO. matur suwun sampun ngluwangaken wekdal, tenagi lan pikiran ingkang dipun paringaken dumateng kula kanthi tulus lan ikhlas sahingga skripsi punika saged kelar.
- ☺ LUFY WIDYASTUTI. terima kasih atas keluangan waktu yang diberikan serta dorongan dan motivasinya sehingga skripsi ini dapat kelar. Cepetin nyusul yach...
- ☺ MBAK ENI PRASETYANINGSIH. S.Farm. trims telah menunjukan jalan penelitian skripsi ini dan memberi motivasi serta semangat dalam menyelesaikan skripsi.
- ☺ KAKAKKU SUGIK yang telah memberi motivasi, semangat serta menjadikan aku percaya diri walau lewat telfon.
- ☺ YURI, YULI, NINGSIH, YATI trims telah membantu menyelesaikan kerjaan rumah untuk menambah pemasukan.

HALAMAN MOTTO

- ☺ Tetapkanlah Islam menjadi agamaku dan Al-Qur'an menjadi pedomanku hingga akhir hayat ya Allah ...

- ☺ “ ... Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri ... ” (Q.S.: Ar-Raad : 11)



KATA PENGANTAR

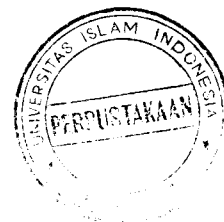
Bismillaahirrohmaanirrokhiiim.

Segala puji bagi Allah, Tuhan Semesta Alam, karena atas petunjuk dan pertolongan-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini, dengan judul Pola Pengobatan Penyakit *Dekompensatio Cordis* Pada Pasien Dewasa dan Lanjut Usia di Instalasi Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Daerah (RSD) Panembahan Senopati Bantul Tahun 2003, sebagai salah satu syarat mencapai gelar kesarjanaan dilingkungan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Jurusan Farmasi Universitas Islam Indonesia.

Penulis sangat menyadari bahwa naskah skripsi ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan semoga yang tertulis dalam naskah ini mampu menunjang kemajuan dalam bidang Ilmu Farmasi, khususnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam pengobatan *Decompensatio Cordis* di Rumah Sakit Daerah (RSD) Panembahan Senopati Bantul.

Penyelesaian skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan dukungan semua pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Ika Puspitasari, M.Si,Apt, Ibu Farida Hayati, M.Si,Apt dan Bapak Edy Widodo, M.Si. selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar senantiasa memberikan semangat, bimbingan, arahan dan ide demi kesempurnaan penelitian ini.



2. Bapak Endang Darmawan, M.Si, Apt selaku dosen penguji atas waktunya untuk menguji skripsi ini sehingga bisa menjadi tambahan pengetahuan dan pemahaman bagi penulis.
3. Bapak Jaka Nugraha, M.Si selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia, yang telah memberikan izin atas terlaksananya penelitian ini.
4. Ibu Dr. Endang Purwanti, Sp.M. selaku Direktur Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul yang telah bersedia memberikan izin sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
5. Bapak Hartanto, bagian administrasi RSD Panembahan Senopati Bantul yang telah memberikan pelayanan dengan baik sehingga penelitian dapat berjalan lancar.
6. Bapak Kamto dan seluruh staf unit rekam medik , untuk segala bantuan yang diberikan sehingga penelitian yang dilakukan dapat berjalan dengan lancar.
7. Teman-teman yang tiada bosannya mengingatkan dan memberikan semangat kepada penulis.

Semoga segala bantuan dan dukungan yang diberikan selama ini menjadi amal jariyah dan diterima disisi Allah SWT, serta mendapat balasan yang setimpal. Amien.

Jogjakarta, 16 Juli 2004

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
HALAMAN MOTTO	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ISTILAH	xix
INTISARI	xx
ABSTRAK	xxi
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat penelitian	6
BAB II. STUDI PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Pustaka.....	7

1. Rumah Sakit	7
2. Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul	8
3. Sistem Kardiovaskuler	8
4. <i>Decompensatio Cordis</i> atau Gagal Jantung	17
5. Manifestasi Klinis dan Usaha Menurunkan Morbiditas Penyakit Kardiovaskuler	19
6. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler	21
7. Pengobatan <i>Decompensatio Cordis</i>	27
B. Keterangan Empiris	35
BAB III. METODE PENELITIAN	36
A. Batasan Variabel Operasional	36
B. Jalannya Penelitian	37
C. Analisis Hasil	39
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	40
A. Diskripsi Umum Hasil Penelitian	40
B. Pembahasan Pengobatan <i>Decompensatio Cordis</i> dan Penyakit Penyerta	59
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	8

1. Rumah Sakit	7
2. Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul.....	8
3. Sistem Kardiovaskuler	8
4. <i>Decompensatio Cordis</i> atau Gagal Jantung	17
5. Manifestasi Klinis dan Usaha Menurunkan Morbiditas Penyakit Kardiovaskuler	19
6. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler.....	21
7. Pengobatan <i>Decompensatio Cordis</i>	27
B. Keterangan Empiris	35
BAB III. METODE PENELITIAN	36
A. Batasan Variabel Operasional	36
B. Jalannya Penelitian	37
C. Analisis Hasil	39
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	40
A. Deskripsi Umum Hasil Penelitian	40
B. Pembahasan Pengobatan <i>Decompensatio Cordis</i> dan Penyakit Penyerta	59
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	79
A. Kesimpulan	79
B. Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	84

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	: Bagian-bagian jantung	12
Gambar 2	: Susunan sistem listrik jantung	13
Gambar 3	: Bagan aliran darah manusia	16



DAFTAR TABEL

Tabel I.	: Pengelompokan berdasarkan umur dan jenis kelamin dengan diagnosa <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003	41
Tabel II.	: Pengelompokan berdasarkan variasi lama perawatan dengan diagnosa <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003	44
Tabel III.	: Pengelompokan berdasarkan distribusi keadaan pulang dengan diagnosa <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.....	47
Tabel IV.	: Pengelompokan berdasarkan variasi jumlah obat dengan diagnosa <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003	50
Tabel V.	: Pengelompokan berdasarkan pemberian obat dengan diagnosa <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati	

	Bantul tahun 2003	52
Tabel VI.	: Hasil tes laboratorium pada diagnosa utama <i>Decompensatio Cordis</i> dan penyakit lain yang menyertainya pada pasien dewasa dan lansia di RSD Panembahan Senopati Bantul bulan Januari-Desember 2003	55
Tabel VII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	59
Tabel VIII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan <i>ischaemic hearth disease</i> pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	62
Tabel IX.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> , <i>ischaemic hearth disease</i> dan kor pulmonale pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	63
Tabel X.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan <i>ischaemic hearth disease</i> dan infeksi saluran kemih pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	65
Tabel XI.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan renal insufisiensi pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	66

Tabel XII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> , renal insufisiensi dan bronkopneumonia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	67
TabelXIII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> , renal insufisiensi dan anemia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	68
TabelXIV.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan anemia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	69
Tabel XV.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan hipertensi pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.....	70
TabelXVI.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan diabetes mellitus pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	72
TabelXVII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan dispepsia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul	74
TabelXVIII.	: Jenis obat yang digunakan untuk <i>Decompensatio Cordis</i> dan cirosis	75

hepatic pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul

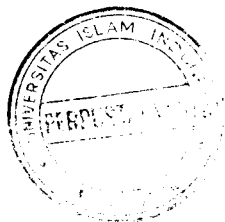
Tabel XIX. : Sesuai dan tidak sesuainya pola pengobatan pada 12 kasus pasien *Decompensatio Cordis* dan penyakit yang menyertainya pada tahun 2003 di Instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul

76



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Berbagai penyakit dan obat-obat yang digunakan pada pasien DC Dan penyakit yang menyertainya.....	84
Lampiran 2.	Obat-obat yang digunakan selama perawatan pasien DC	85
Lampiran3.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC pada pasien dewasa	86
Lampiran4.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC pada pasien Lansia	89
Lampiran5.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD pada pasien Dewasa	92
Lampiran6.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD pada pasien Lansia	93
Lampiran7.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, KP pada pasien Dewasa	95
Lampiran8.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, KP pada pasien Lansia	96
Lampiran9.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, ISK pada pasien Dewasa	97
Lampiran10.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, ISK pada pasien Lansia	98
Lampiran11.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI pada pasien Dewasa	99
Lampiran12.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC,	



	RI pada pasien Lansia	100
Lampiran13.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, BP pada pasien Dewasa	101
Lampiran14.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, BP pada pasien Lansia	102
Lampiran15.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, ANEMIA pada pasien Lansia	104
Lampiran16.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, ANEMIA pada pasien Lansia	105
Lampiran17.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, HT pada pasien Dewasa	106
Lampiran18.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, HT pada pasien Lansia	107
Lampiran19.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, DM pada pasien Lansia	108
Lampiran20.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, dispepsia pada pasien Lansia	109
Lampiran21.	Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, CH pada pasien Dewasa	110

DAFTAR ISTILAH

Ab	= Antibiotik
Ampl	= Ampul
Amino	= Aminopilin
Amp	= Ampicilin
Ant	= Antasida
Ase	= Asetosal
Asp	= Aspar K
BP	= Bronkopneumonia
BS	= Belum sembuh
BTA	= Bakteri tahan asam
CH	= Cirosis hepatic
Dia	= Diazepam
DC	= Decompensatio cordis
Dig	= Digoksin
DL	= Darah lengkap
DM	= Diabetes mellitus
Doksa	= Doksasosin
DR	= Darah rutin
EKG	= Elektrokardiogram
Fur	= Furosemid
GDL/GDN	= Gula darah puasa
GDS	= Gula darah sewaktu
HT	= Hipertensi
HMT/HMP	= Hematokrit
IHD	= Ischemic hearth disease
ISDN	= Isosorbid dinitrat
ISK	= Infeksi saluran kemih
K	= Kreatinin
Kap	= Kaptopril
KED	= Kecepatan enap darah
KLT	= Kolesterol
KP	= Kor Pulmonale
M	= Meninggal
Nife	= Nifedipin
No. K	= Nomor kasus
OM	= Obat golongan metabolisme
OT	= SGOT
PP	= Pufang paksa
PT	= SGPT
RI	= Renal insufisiensi
RL	= Ringer laktat
SI	= Sembuh diijinkan
Sip	= Siprofloksasin
Spi	= Spironolakton
Teo	= Teofilin
TG	= Trigliserida
U	= Ureum
UD	= Ureum darah
UL	= Urin lengkap
+	= Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya (untuk satuan dosis masing- masing obat dalam mg)
-	= Obat tidak diberikan pada kasus tersebut

**POLA PENGOBATAN PENYAKIT *DECOMPENSATIO CORDIS*
PADA PASIEN DEWASA DAN LANJUT USIA
DI INSTALASI RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT DAERAH (RSD) PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL
TAHUN 2003**

Penyakit *Decompensatio Cordis* merupakan bagian dari penyakit jantung yang disebabkan oleh kelainan fungsi jantung akibat jantung gagal memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan. Sehingga akibat penyakit ini dapat mematikan. Oleh karena itu, diperlukan ketelitian, ketepatan dalam menangani penyakit *Decompensatio Cordis*. Upaya agar pola pengobatan *Decompensatio Cordis* tepat, dilakukan penerapan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola pengobatan pasien *Decompensatio Cordis* yang meliputi variasi umur dan jenis kelamin, variasi jumlah obat, variasi pemberian obat, jenis obat yang digunakan, lama perawatan pasien, macam pemeriksaan laboratorium, distribusi keadaan pulang dan mengetahui kesesuaian pola pengobatan *Decompensatio Cordis* yang dilakukan dengan standar pelayanan medis yang ada di RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003. Data penelitian ini dikumpulkan secara retrospektif melalui kartu rekam medik meliputi nomor register, nama pasien, umur, lama perawatan, jenis kelamin, diagnosa awal, diagnosa akhir, jenis obat selama perawatan dan dosis obat yang diberikan selama perawatan. Diagnosa penyakit diambil dari buku register harian kunjungan pasien. Hasil penelitian dianalisis secara diskriptif non analitik dan menunjukkan bahwa pola pengobatan penyakit *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan lanjut usia di instalasi rawat inap penyakit dalam RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003 yaitu kebanyakan pasien perempuan lansia mencapai 36%, variasi jumlah obat antara 1- 12 macam, pemberian obat secara peroral 99,97% sedangkan parenteral 99,92%, pengobatan *Decompensatio Cordis* digunakan digitalis, lama perawatan antara 1- 22 hari, jenis tes laboratorium yang dilakukan antara 1-8 macam, dan distribusi keadaan pulang sembuh dan diijinkan 80,22% belum sembuh 34,44% pulang paksa 10% sedangkan pasien yang meninggal 23%. Pada penelitian ini didapatkan 12 kasus dengan 11 jenis penyakit yang menyertai *Decompensatio Cordis*.

Kata kunci : *Decompensatio Cordis*, pola pengobatan.

**THE MEDICATION PATTERN OF DECOMPENSATIO CORDIS
DISEASE AT ADULT AND GERIATRY INPATIENT AT INTERNAL
UNIT CARE OF DISTRICT HOSPITAL PANEMBAHAN SENOPATI
BANTUL IN YEAR 2003**

Decompensatio Cordis disease represent the party of heart sickness, which is caused by disparity heart function, because it failed to pump the blood to fullfilled the requirement of metabolism. So that the effect of this disease is very harmful. Therefore, an accuracy and precision is needed in handling *Decompensatio Cordis* disease. So that the medication pattern of *Decompensatio Cordis* disease are correct, the District Hospital Panembahan Senopati Bantul has applies the Standard Medic Service. This research aim, is knowing the medication pattern of *Decompensatio Cordis* disease, covering the variation of age and sex from, of drug patient, amount of drugs, way of drugs usage, kind of drugs, long of treatment, kind of laboratory examination, the condition of the patient when they go home and knowing the equality of the medication pattern of *Decompensatio Cordis* disease in District Hospital Panembahan Senopati Bantul with the Standart Medic Service in year 2003. This research done by retrospective, through the medical records, covering the register number, patients name, age, long of treatment, sex first diagnose, final diagnose, kind and dose of drugs that been used during the treatment in hospital. The disease diagnose taken from the daily register book of patients. This research has been analyzed by diskriptif non analytic methode and it shown that most of the patient of *Decompensatio Cordis* disease at District Hospital Panembahan Senopati Bantul in year 2003 are women geriatri patients 36%, the variation amount of drugs between 1- 12 kind 99,97 % of drugs gived by oral 99,92% gived by parenteral, the medication of *Decompensatio Cordis* was using digitalis, long of treatment between 1-22 days, the laboratory examination between 1-8 kind of test, the condition when patients get home 80,22% are cure 34,44% not yet cure 10% are force to go home and 23% are death. There are 12 cases with 11 kind of accompanying *Decompensatio Cordis*.

Keywords : *Decompensatio Cordis*, medication pattern

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Sejak zaman dahulu kala manusia telah menyadari bahwa jantung adalah organ tubuh yang maha penting. Tradisi bangsa Mesir untuk membalsem mayat telah menuntun mereka lebih dulu untuk mengetahui fungsi jantung imkotep, yang disebut sebagai dokter pertama didunia yang hidup sekitar 3000 tahun SM, telah menulis pada *papyrus* bahwa jantung adalah sumber darah bagi setiap anggota tubuh. Pendapat yang sama juga telah dituliskan dalam buku "*Kedokteran Kuno di Cina*" (Margatan, 1996).

Hypocrates, seorang filosof bangsa Yunani yang hidup pada abad ke-5 SM dan dikenal sebagai bapak ilmu kedokteran, telah menjelaskan mengenai *valvula* (katup) dan *ventricle* (bilik) yang berada dalam jantung. Bahkan Leonardo da Vinci, pelukis Italia yang sangat tersohor dengan karya "Monalisa"-nya itu, telah mempelopori gambar anatomi (ilmu urai tubuh) yang terinci, sehingga lebih mudah dipelajari (Margatan, 1996).

Pengetahuan yang lebih detil mengenai kerja jantung baru diketahui pada tahun 1628, yaitu setelah William Harvey menerbitkan risalah yang menjelaskan dengan akurat mengenai anatomi serta faal jantung dan juga mengenai peredaran darah. Penjelasan Harvey mengenai sirkulasi peredaran darah manusia ini telah membuka cakrawala baru secara tepat mengenai penyakit jantung dan terus menerus diselidiki cara pengobatannya hingga dewasa ini (Margatan, 1996).

Sejak beberapa tahun terakhir, penyakit jantung dan pembuluh darah menduduki peringkat satu penyebab kematian dinegeri ini. Demikian pula yang terjadi dinegara-negara Asia Pasifik yang sebagian besar sedang giat-giatnya membangun. Jadi peningkatan penderita penyakit jantung merupakan akibat sampingan dari kemajuan dan masalah kemasyarakatan lain yang lahir dari kemajuan pembangunan. Pendapat tersebut disampaikan Bapak Presiden Soeharto ketika membuka kongres IX Kardiologi Asia Pasific 1995 di Nusa Dua Bali, yang diikuti 61 negara. Saat ini jumlah penduduk Indonesia yang menderita penyakit akibat infeksi sudah sudah relatif sangat menurun. Tetapi dilain pihak, terjadi peningkatan penyakit yang tidak menular seperti penyakit akibat kecelakaan dan penyakit degenerative, termasuk penyakit jantung. Perubahan pola penyakit ini, menurut Presiden Soeharto yang didampingi Menteri Kesehatan Sujudi, antara lain disebabkan peningkatan dari pendapatan, sehingga terjadi perubahan pola makanan. Semua itu mendorong meningkatnya jumlah penderita penyakit jantung dan pembuluh darah. Jadi kemajuan zaman dengan naiknya tingkat kehidupan ekonomi sekarang ini, hampir semua bangsa didunia terdampak menaikkan peringkat penyakit jantung, menjadi penyebab kematian nomor satu bagi umat manusia (Margatan, 1996)

Kesehatan seringkali merupakan masalah pilihan banyak orang Amerika yang menderita penyakit yang disebabkan oleh kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti diet yang buruk, kurang olahraga, stress dan rokok. Seorang ahli bedah

menyatakan dalam tulisannya dibuku *Healthy People* "Anda dapat lebih banyak berperan untuk meningkatkan kesehatan diri sendiri daripada dokter Rumah Sakit, obat dan peralatan kedokteran yang canggih" (Hull, 1996).

World Health Organization telah menetapkan tema peringatan hari kesehatan sedunia ke-44, 7 April 1992 : *Heart Beat the Rhythm of Health*. Di Indonesia tema tersebut diterjemahkan menjadi : Jantung Sehat Kunci Hidup Sehat (Sitepoe, 1993).

Tema ini diangkat ke permukaan dengan alasan yaitu bagi negara maju penyakit jantung merupakan penyebab kematian peringkat utama sepanjang tahun. Sedang di Indonesia penyakit Kardiovaskuler beranjak di urutan kelima pada tahun 1972, menjadi peringkat kedua pada tahun 1988. Bila tidak ada usaha pencegahan, diramalkan tahun 2000 penyakit Kardiovaskuler akan menjadi penyebab kematian nomor satu (Sitepoe, 1993).

Usaha masal yang telah ditempuh antara lain dengan mengkonsumsi kacang, buah-buahan, sayuran. Bahan tersebut banyak dan selalu digunakan, murah harganya, disukai serta tersedia sepanjang waktu di Indonesia (Sitepoe, 1993).

Kolesterol didalam darah pada tingkat tertentu merupakan faktor resiko dari penyebab penyakit jantung, bila disertai dengan faktor resiko lain seperti perokok dan tekanan darah tinggi (Sitepoe, 1993).

PKV (Penyakit Kardiovaskuler) tidak hanya mempengaruhi angka kematian tetapi kualitas hidup dan kesehatan Dimasa depan dari banyak orang Amerika Serikat, 1dari 4 orang dewasa menderita penyakit kardiovaskuler dan

1 dari 5 penduduk meninggal akibat PKV, sebelum mencapai usia 65 tahun dengan menderita berbagai tahap aterosklerosis (Barads, 1993).

Penyakit jantung merupakan penyakit cacat permanen nomor satu pada orang dewasa dibawah umur 65 tahun dan bertanggung jawab untuk dirawat yang lebih lama di Rumah Sakit daripada penyakit lain. Terjadinya PKV di Amerika Serikat bukan akibat dari proses penuaan secara alamiah. Aterosklerosis jarang ditemukan pada beberapa masyarakat tertentu, bahkan pada orang-orang tua dimasyarakat tersebut jarang ditemukan PKV. Bila penduduk dari masyarakat ini pindah ke AS, insiden PKV meningkat dari dalam satu generasi, mereka memiliki resiko yang sama untuk terkena penyakit kardiovaskuler seperti rata-rata orang AS (Barads, 1993).

Bukti-bukti memperlihatkan bahwa pada banyak kasus, penderita dan kematian akibat penyakit kardiovaskuler tidak terjadi jika seseorang mengubah diet, olahraga, dan kebiasaan hidup lainnya. Semakin cepat perubahan ini dilakukan maka semakin baik hasilnya (Barads, 1993).

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pola pengobatan pasien *Decompensatio Cordis* pada dewasa dan lansia yang meliputi variasi umur dan jenis kelamin, variasi jumlah obat, variasi jenis pemberian obat, dan jenis obat yang digunakan di instalasi rawat inap penyakit dalam RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003 ?

2. Berapa lama perawatan pasien, macam pemeriksaan laboratorium serta distribusi keadaan pulang pasien *Decompensatio Cordis* di instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul?
3. Apakah pengobatan yang dilakukan untuk pasien *Decompensatio Cordis* pada dewasa dan lansia sudah sesuai dengan standar pelayanan medik RSUP Dr. Sardjito di instalasi rawat inap penyakit dalam RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui pola pengobatan pasien *Decompensatio Cordis* yang meliputi variasi umur dan jenis kelamin, variasi jumlah obat, variasi jenis pemberian obat, dan jenis obat yang digunakan di instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003.
2. Mengetahui lama perawatan pasien, macam pemeriksaan laboratorium serta distribusi keadaan pulang pasien *Decompensatio Cordis* di instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul
3. Mengetahui kesesuaian pola pengobatan *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan lanjut usia yang dibandingkan dengan standar pelayanan medik RSUP Dr. Sardjito di instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003.

D. Manfaat Penelitian

Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk :

1. Digunakan sebagai salah satu sumber informasi tentang pola pengobatan untuk penderita *Decompensatio Cordis*.
2. Bagi RSD Panembahan Senopati Bantul dapat dimanfaatkan sebagai salah satu bahan acuan dalam peningkatan mutu pelayanan medik dalam pengobatan *Decompensatio Cordis* berdasarkan prinsip-prinsip yang harus diterapkan pada kondisi yang bersangkutan.
3. Menjadi bahan pembanding dan pelengkap bagi penelitian selanjutnya



BAB II

STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Rumah Sakit

Rumah Sakit merupakan suatu sarana upaya kesehatan, yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit merupakan kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat yang mencakup pelayanan medis maupun penunjangnya. Disamping itu Rumah Sakit tertentu dapat dimanfaatkan bagi pendidikan tenaga kesehatan maupun penelitian (Thalisah, 2003).

Berdasarkan bentuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakannya, maka dapat dibedakan antara Rumah Sakit Umum dengan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum merupakan Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit mulai dari yang bersifat dasar sampai dengan yang *subspesialistis*. Sedang Rumah Sakit yang hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu disebut Rumah Sakit Khusus (Thalisah, 2003).

Tugas Rumah Sakit adalah :

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita.

- b. Pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Thalisah, 2003).

2. Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul

RSD Panembahan Senopati Bantul merupakan salah satu rumah sakit umum pemerintah Bantul. RSD Panembahan Senopati Bantul merupakan rumah sakit rujukan yang mampu menerima dari puskesmas lain disekitarnya, terutama bagi layanan-layanan *subspesialistik* yang tersedia. Selain itu RSD Panembahan Senopati Bantul juga memberikan bimbingan medis, keperawatan maupun non medis kepada rumah sakit yang dibutuhkan.

3. Sistem Kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler terdiri dari 3 bagian yang saling mempengaruhi yaitu jantung (untuk memompa), pembuluh darah (mengedarkan atau mengalirkan), dan darah (menyimpan dan mengatur). Interaksi ketiganya akan mempertahankan keseimbangan dinamis oksigen dalam sel-sel (Soeharto, 2001)

a. Anatomi Fisiologi Jantung

1. Struktur dan fungsi jantung

Jantung adalah organ yang mensirkulasi darah teroksigenasi ke paru-paru untuk pertukaran gas-gas. Terpisahnya ruangan dalam jantung

mencegah pencampuran antara daerah yang menerima darah yang tidak teroksigen dari vena cava superior, inferior, dan sistem koroner. Darah ini melalui katup tricuspid ke ventrikel kanan, dipompakan ke paru-paru melalui katub mitral ke ventrikel kiri dan dipompakan ke aorta untuk sirkulasi koroner dan sistemik. Gangguan aliran dalam jantung mengakibatkan oksigenasi dalam jantung tidak adekuat, darah diberi dan vena tercampur yang mengakibatkan perfusi sel-sel berkurang (Soeharto, 2001).

Jantung terletak dalam rongga dada bagian kiri agak ketengah, tepatnya diatas sekat diafragma yang memisahkan rongga dada dan rongga perut. Rongga tersebut dikelilingi oleh tulang iga dan tulang belakang. Dibawah jantung, didalam rongga perut, terdapat kantong nasi. Disebelah kiri dan kanan jantung terdapat kedua paru-paru (Soeharto, 2001)

Myocardium menerima darah ketika diastole dari Arteri coronaria kiri bercabang menjadi arteri descending anterior dan arteri circumflex. Arteri coronaria kanan memberi darah anatara lain ke SA Node ventrikel kanan permukaan diafragma ventrikel kanan. Vena coronaria mengembalikan darah ke sinus, kemudian bersirkulasi langsung kedalam paru-paru. konsep aliran darah myocardium penting untuk mengetahui penyakit jantung ischemik, gejala karakteristik ischemik atau anoxia (Soeharto, 2001)

Seperti dijelaskan diatas, otot jantung terbentuk dari serabut-serabut otot bersifat khusus ini dilengkapi jaringan syaraf yang secara teratur dan otomatis memberikan rangsangan berdenyut bagi otot jantung. Dengan denyutan ini, jantung memompa darah yang kaya akan oksigen dan zat makanan keseluruh tubuh termasuk arteri koroner, serta darah yang kurang oksigen ke paru-paru untuk mengambil oksigen (Soeharto, 2001)

2. Prestasi jantung

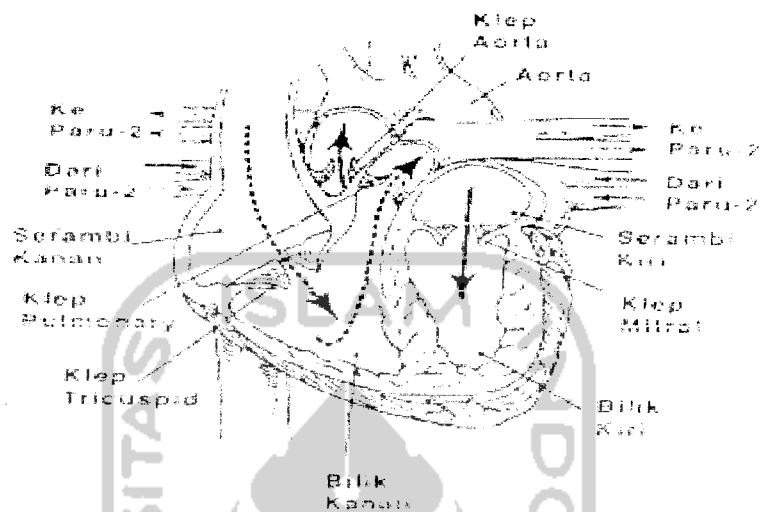
Agar dapat mendorong sirkulasi darah keseluruh organ tubuh, jantung normal berdenyut rata-rata 70 kali per menit, dan tiap kali berdenyut memompakan 60 cc darah ke pembuluh nadi dengan tekanan sampai 130 mmHg, berarti setiap harinya jantung berdenyut 100.800 kali, dan darah yang berhasil dipompakan secara terus-menerus sebanyak 6.480 liter. Ini baru prestasi 24 jam, maka dapat dibayangkan betapa besar prestasi kerjanya jika seseorang hidup sampai mencapai usia 60 tahun. Dalam keadaan bekerja fisik atau berolah raga, prestasi kerja jantung ini dapat meningkat menjadi 2 sampai 5 kali dibandingkan dengan dalam keadaan istirahat, karena pada waktu bekerja ini berbagai alat tubuh membutuhkan zat-zat makanan dan oksigen yang lebih banyak melalui peredaran darah yang juga meningkat intensitasnya (Soeharto, 2001)

3 Bagian-Bagian Jantung

Bagian-bagian jantung yang terpenting adalah

- a Dinding jantung, merupakan dinding yang memiliki otot-otot yang kuat dan jaringan pembuluh darah arteri koroner yang mensuplai oksigen dan nutrisi, agar jantung dapat berdenyut (kontraksi dan relaksasi)
- b. Dua ruang atas disebut serambi jantung atau "atrium" sebelah kanan dan kiri. Dua ruang bawah disebut bilik jantung atau "ventricle" sebelah kanan dan kiri.
- c. Empat buah klep jantung. Dua diantaranya menghubungkan serambi dan bilik kanan serta serambi dan bilik kiri (*tricuspid* dan *mitral*). Sedangkan dua buah yang lain mengatur aliran darah keluar jantung dari bilik-bilik kanan dan kiri (aorta dan pulmonary). Klep-klep jantung membuka dan menutup aliran darah dalam rongga jantung, agar mengalir kesatu arah mencegah terjadinya arus balik.
- d Suatu sistem listrik yang terdiri dari simpul-simpul Sinoatrial node (SA) dan Atrioventricular (AV) serta serabut syaraf, yaitu kelompok jaringan khusus yang secara periodik dan teratur mencetuskan dan menyebarkan aliran listrik yang berfungsi sebagai pengatur irama jantung dan penghantar rangsangan listrik yang menyebabkan jantung dapat berdenyut secara otomatis dan teratur (Soeharto, 2001)

Bagian-bagian tersebut terlihat pada gambar berikut :



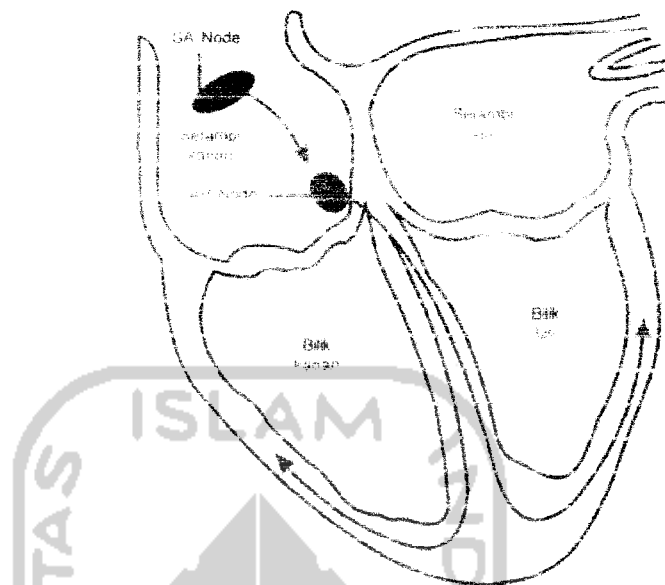
Gambar 1. Bagian-bagian jantung (Soeharto, 2001)

4. Proses memompa darah

Proses pemompaan darah sehingga bisa bersirkulasi ke tubuh dan paru-paru mengikuti urutan berikut :

- a Pada saat jantung sedang relaks (diastole), darah yang kurang oksigen dari vena tubuh mengalir ke serambi kanan. Pada saat yang sama serambi kiri terisi dengan darah yang kaya oksigen dari paru-paru.

Gambar susunan sistem listrik jantung :



Gambar 2. Susunan sistem listrik jantung (Soeharto, 2001)

- b. Pusat listrik (node) yang ada didalam serambi kanan menembakkan impuls listrik yang menyebabkan kedua serambi berkerut secara serempak. Pada saat yang sama katup-katup di antara serambi dan bilik terbuka, memungkinkan darah mengalir kedalam bilik.
- c. Tahap berikutnya adalah penompaan dari bilik. Pada tahap ini sinyal listrik dari node yang lain menyebabkan kedua bilik berkerut secara serempak. Ini mendorong darah yang kurang oksigen dari bilik kanan kedalam paru-paru. Darah yang kurang oksigen dari bilik kiri di desak ke dalam arteri utama yang disebut "aorta" dan dari sini darah disebarakan keseluruh bagian tubuh. Klep-klep tertutup untuk menjamin tidak adanya alir balik kedalam serambi.

d. Setelah pengerutan bilik, jantung mengendur memungkinkan serambi terisi darah dan proses sirkulasi diisi kembali. Urutan kejadian ini berlangsung 60-70 kali per menit bila tubuh sedang istirahat (Soeharto, 2001)

b Anatomi Fisiologi Pembuluh Darah

Pembuluh darah mengalirkan darah yang dipompa jantung ke dalam sel. Arteri bersifat elastis mengedarkan darah yang dipompakan dari ventrikel kiri (Soeharto, 2001)

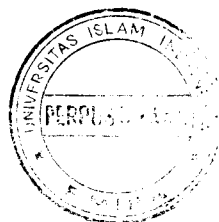
Atherosclerosis adalah pembentukan plaque yang terjadi pada dinding arteri bagian dalam (tunica intima), hal ini mengakibatkan aliran darah arteri terganggu dan dapat menyebabkan terjadinya proses iskemia (Soeharto, 2001),

Bagian tengah arteri ialah tunica media yang bersifat elastis, keadaan tidak elastis disebut *arteriosclerosis*. Lapisan terluar dinding arteri disebut tunica adventisia (Soeharto, 2001)

Penyempitan vena-vena dan kelemahan katup sering menyebabkan terjadinya varices. Aliran darah mengikuti hukum Fisika. Konsep yang ada berguna untuk mengetahui bahwa darah akan mengalir dari daerah yang bertekanan lebih besar (jantung) ke tempat yang bertekanan lebih kecil (pembuluh-pembuluh darah) dan viskositas cairan atau kekentalan darah (Soeharto, 2001)

c. Anatomi Fisiologi Darah dan Cairan Limfe

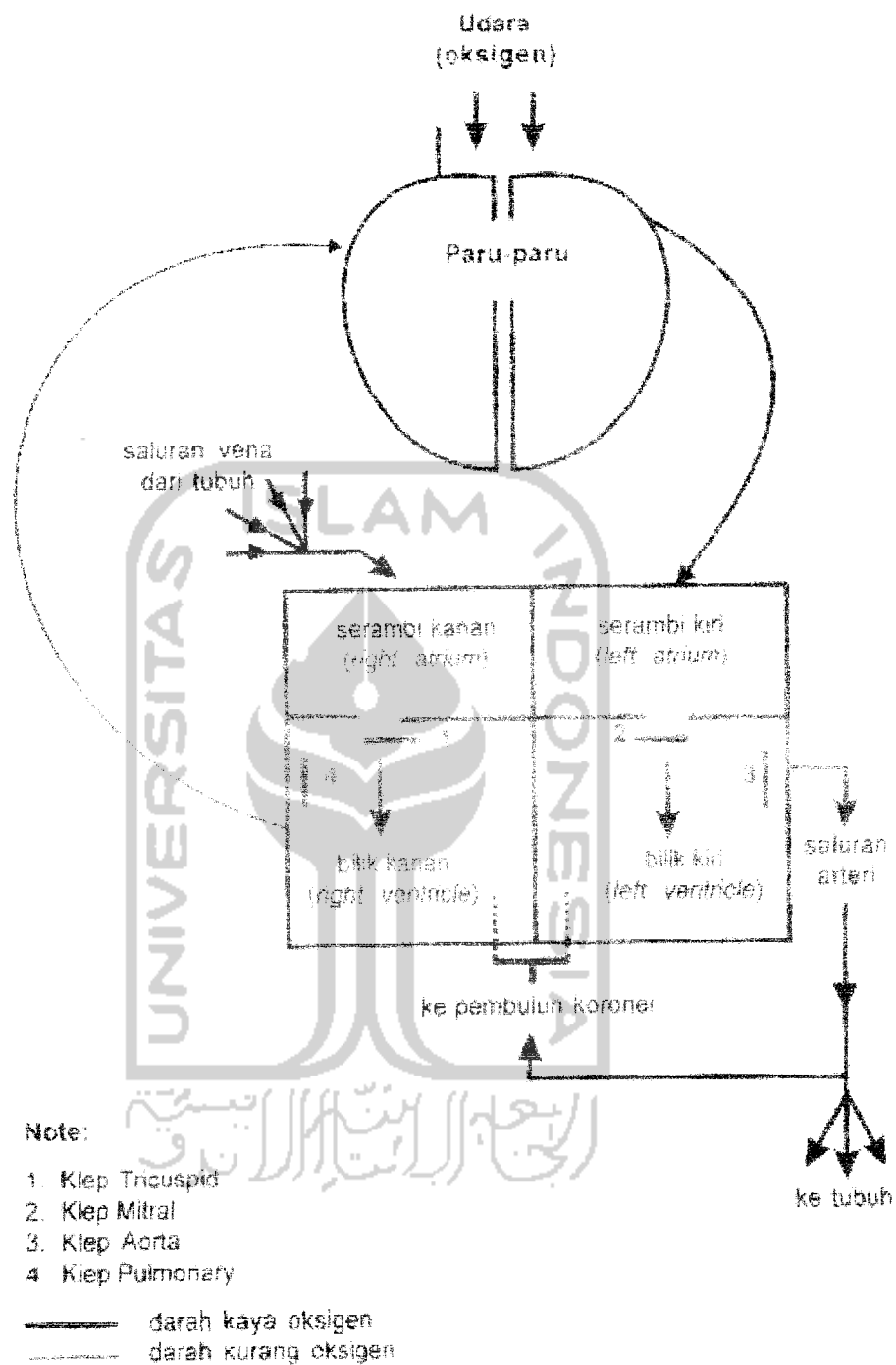
Darah merupakan media transportasi oksigen, karbondioksida dan metabolit. Jadi darah merupakan pengatur keseimbangan asam-basa, pengontrol suhu, dan pengatur hormon. Darah berisi elemen-elemen yang mengangkut oksigen ke sel



jaringan fagositosis, homeostatis dan fibrinolisis. Dalam darah terdapat eritrosit, leukosit dan trombosit, meskipun 55 % elemen darah adalah plasma besi dan vitamin B 12 merupakan nutrient yang diperlukan untuk mempertahankan produksi sel-sel darah merah. Keseimbangan antara pembekuan dan pendarahan diperlukan oleh sistem fibrinoksia, yang mengontrol dan mengatur pemecahan enzim fibrinogen dan fibrin (Santosa, 1993)

Sirkulasi limfatik dapat mempengaruhi peran pengatur dari pada sistem kardiovaskuler meskipun fungsi utamanya adalah menghasilkan zat-zat antibody (Santosa, 1993).





Gambar 3. Bagan aliran darah manusia (Soeharto, 2001)

4. Decompensatio Cordis atau Gagal Jantung

Decompensatio Cordis adalah suatu keadaan patofisiologis adanya kelainan fungsi jantung berakibat jantung gagal memompakan darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian tekanan pengisian ventrikel kiri (Anonim,2000).

a. Kriteria Diagnosis

1. Gagal jantung kiri : Dispnea saat beraktivitas, batuk kelelahan, ortopnea, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, pembesaran jantung, rales, irama gallop, dan kongesti vena pulmonalis.
2. Gagal jantung kanan : Peningkatan tekanan vena sentral, hepatomegali, edema dependen.
3. Gagal jantung kanan dan kiri: kombinasi dari gejala di atas.

(Anonim,2000)

b. Gambaran Umum

Fungsi sistolik jantung ditentukan oleh 4 determinan utama yaitu:

1. Keadaan kontraktilitas miokardium
2. Preload ventrikel (volume akhir diastolic dan resultan panjang serabut ventrikel sebelum mulai kontraksi)
3. Afterload kearah ventrikel (impedansi terhadap ejeksi ventrikel kiri)
4. Frekwensi denyut jantung.

Fungsi jantung menjadi tidak adekuat akibat perubahan beberapa determinan tersebut. Jantung dapat gagal berfungsi sebagai pompa karena *preload* yang sangat meningkat, misalnya pada regurgitasi katup, atau jika *afterload*

sangat meningkat misalnya pada stenosis aorta atau hipertensi yang sangat berat (Anonim,2000).

Manifestasi gagal jantung dapat juga sebagai akibat dari disfungsi diastolic jantung terisolasi atau predominan. Pada kasus-kasus ini pengisian ventrikel kiri atau kanan tidak seimbang karena ruangan jantung tidak lentur (*noncompliant*=kaku) akibat hipertrofi berat atau perubahan komposisi miokardium (Anonim,2000).

c. Patofisiologi

Jika terjadi gagal jantung, tubuh mengalami beberapa adaptasi baik pada jantung dan secara sistemik. Adaptasi dirancang untuk meningkatkan cardiac output, adaptasi itu sendiri dapat mengganggu tubuh. Oleh karena itu takikardia dan peningkatan kontraktilitas miokardium dapat memacu terjadinya ischemia pada pasien-pasien dengan penyakit arteri koroner sebelumnya, dan peningkatan preload dapat memperburuk kongesti pulmoner. Aktifitas sistem saraf simpatis juga meningkatkan resistensi perifer, adaptasi ini dirancang untuk mempertahankan perfusi keorgan vital, tetapi jika aktivitas ini sangat meningkat malah akan menurunkan aliran darah keginjal dan jaringan. Resistensi vaskuler perifer juga merupakan determinan utama afterload ventrikel, sehingga aktivitas simpatis yang berlebihan dapat menekan fungsi jantung itu sendiri (Anonim,2000).

5. Manifestasi Klinis dan Usaha Menurunkan Morbiditas Penyakit Kardiovaskuler

a. Manifestasi klinis serangan jantung :

1. Tanpa Gejala (*Asimptomatik*)

Dengan tes stress tread mill dan pemeriksaan angiografi dapat menunjukkan penderita penyakit jantung. Penyakit myokard infark yang akut dan kematian mendadak banyak dijumpai pada penyakit jantung tanpa memberi gejala (*asimptomatik* penyakit jantung).

2. Dengan Gejala (*Simptomatik*)

Akibat berkurangnya aliran darah atau penyumbatan terjadi gangguan pada otot jantung dan memberi rasa sakit di daerah dada disebut *angina pectoris* (Sitepoe, 1993)

b. Manifestasi klinis *Decompensatio Cordis*:

Semua gejala dan tanda-tanda *Decompensatio Cordis* adalah akibat-akibat mekanisme :

1. Curah jantung yang rendah

2. Mekanisme kompensasi yang terjadi dengan segala prosesnya.

Sedangkan tanda-tanda yang ada pada jantung, merupakan kelainan primer yang menjadi sebab gagalnya jantung, misalnya terdapat tanda-tanda infark jantung (Anonim, 2000).

Pada perjalanan penyakit *Decompensatio Cordis* perlu diperhatikan adanya faktor-faktor presipitasi diantaranya :

1. Infeksi pada paru-paru
2. Demam atau sepsis
3. Anemia (akut atau menahun)
4. Terjadinya infark jantung akut berulang
5. Hipertensi yang tidak terkontrol

(Anonim,2000).

c. Usaha-usaha menurunkan morbiditas penyakit kardiovaskuler

1. Melalui pangan dengan cara :

- a. Mengurangi makanan yang bersifat penghasil kalori atau menambahkan antagonis pembentuk kalori. Hampir semua makanan mengandung kalori tetapi produk paling tinggi dimiliki oleh lemak khususnya lemak jenuh yang terdapat dalam hasil hewani dan nabati. Pengurangan jumlah kalori mengakibatkan penurunan kadar kolesterol berarti menurunkan faktor resiko atau menurunkan morbiditas dari penyakit kardiovaskuler.
- b. Mengurangi konsumsi lemak jenuh.

Berasal dari sebagian hewani dan nabati sesuai rumus key, pengaruh minyak nabati yang kadarnya tinggi bersifat hiperkolesteremik mengurangi konsumsi lemak jenuh berarti menurunkan kadar kolesterol dan menurunkan morbiditas penyakit kardiovaskuler.

c. Mengurangi konsumsi kolesterol

2. Melalui fisik

Mengurangi faktor resiko pembentukan aterosklerosis dengan olahraga. Menurut rumus key, pengurangan kadar kolesterol darah tergantung pada energi / kalori yang dipergunakan. Semakin tinggi kalori yang digunakan semakin besar penurunan kolesterol dalam darah.

a. Mengurangi kegemukan.

b. Menormalkan tekanan darah (*Hiperlipidemia*).

Darah naik meningkatkan kadar lipid dan pengaruh mekanis meningkatkan tekanan pada tunika intima pembuluh darah.

c. Menormalkan kadar gula darah

Hiperglikemia meningkatkan faktor resiko pembentukan aterosklerosis melalui kenaikan tekanan darah sehingga *hiperglikemia* terhadap faktor resiko pembentuk aterosklerosis melalui kenaikan lipid dalam darah dan faktor mekanisme lain supaya normal ditempuh dengan konsumsi gula, karbohidrat dan menurunkan tekanan darah (Sitepoe, 1993)

6. Gambaran Umum Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan

Sistem Kardiovaskuler

a. Riwayat keperawatan dan kesehatan

1. Riwayat kesehatan.

Digunakan untuk mengumpulkan data tentang kebiasaan pasien yang mencerminkan refleksi perubahan dan sirkulasi oksigen. Nyeri dijelaskan

tentang lokasi, durasi, awal terjadinya dan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi nyeri. Nyeri pada betis disebabkan oleh kekurangan oksigen. Tipe nyeri dihubungkan dengan ketidakcukupan arteri. Riwayat kesehatan dapat digunakan untuk mengetahui masalah kesehatan yang sebelumnya, obat-obat yang telah digunakan dan kemungkinan terhadap adanya penyakit keturunan.

2. Riwayat perkembangan.

Struktur sistem kardiovaskuler berubah sesuai usia individu. Perawat harus memahami efek perkembangan fisik pada denyut jantung, produksi zat tertentu dalam darah and tekanan darah, untuk menginterpretasikan parameter tersebut dikaitkan dengan usia pasien.

Pada masa neonatus terjadi perubahan pokok status kardiovaskuler sirkulasi fetal berubah menjadi sirkulasi mandiri. Perubahan ini mengawali perubahan paru-paru dengan oksigen ekstrauterin. Tekanan darah yang dating ke jantung menyebabkan penutupan foramen oudle sehingga duktus arteriosus tidak dapat berfungsi lebih lama. Denyut jantung masa ini 130-150 kali permenit yang dapat dikaji dengan stetoskop. Sedangkan denyut jantung bayi dapat dikaji dengan cara APGAR. Tekanan darah pada neonatus paling rendah karena ventrikel kiri tidak memompa darah sepenuhnya.

3. Riwayat Sosial

Mengumpulkan data tentang cara hidup pasien, latar belakang, pendidikan, dan sumber ekonomi dan etnik pada pasien kardiovaskuler.

4. Riwayat Psikologis

Informasi tentang status psikologi penting untuk mengembangkan rencana asuhan komprehensif dan mengumpulkan informasi dengan cara mengidentifikasi stress maupun sumber untuk mengatasi stress.

b. Pengkajian fisik

Sistem kardiovaskuler meliputi pemeriksaan jantung dan pembuluh darah melalui ketrampilan, inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

1. Jantung

a. Inspeksi

Kekuatan denyut jantung dapat diobservasi dengan mengamati gerakan jantung pada dada yang dilakukan dengan posisi dada terbuka.

b. Palpasi

PMI dapat dipalpasi untuk mengenal ukuran jantung dan denyut nadi.

c. Perkusi

Batas jantung dapat ditentukan dengan melakukan perkusi dari dinding dada lateral ke garis tengah.

d. Auskultasi

Pemompaan jantung terdengar dengan stetoskop untuk menentukan denyut jantung dan irama jantung, mengenai bunyi jantung, murmur atau gerakan (rub).

Bunyi jantung merupakan refleksi dari membuka dan menutupnya katup dan terdengar di titik spesifik dari dinding dada. Bunyi secara jelas terdengar pada daerah aorta pulmonal atau tricuspid.

1) Bunyi jantung I/S.1

Dihasilkan oleh penutupan katup mitral dan tricuspoid yang tidak sinkron dan terdengar paling keras pada apex atau daerah mitral.

2) Bunyi jantung II/S.2

Disebabkan oleh penutupan katup aorta dan pulmonal. Katup aorta menutup sedikit lambat sebelum katup pulmonal tetapi terdengar sebagai satu bunyi yang terdengar paling keras pada dasar daerah aorta.

3) Bunyi jantung III/S.3

Terdengar rendah, menggunakan sebagian bel stetoskop didaerah mitral dan pantulan vibrasi ventrikuler dihasilkan oleh pengisian ventrikel ketika diastole S.3 mengikuti S.2 dan mirip ucapan kata "Ken S.1-tak S.2-Ka S.3".

4) Bunyi jantung IV/S.4

Bunyi yang terdengar rendah diatas daerah mitral. Bunyi ini disebabkan oleh tahanan untuk mengisi ventrikel pada diastole yang lambat, karena meningkatnya tekanan diastole ventrikel atau lemahnya penggelembungan ventrikel.

Murmur adalah bunyi hasil vibrasi dalam jantung dan pembuluh darah besar yang disebabkan oleh bertambahnya turbulensi aliran gesekan (Rub) adalah bunyi yang dihasilkan oleh permukaan visteral pericardium disebut gesekan pericardium (*pericardial friction rub*).

Bunyinya kasar, mengganggu bermacam intensitas, durasi dan lokasi

tergantung posisi klien, fase respirasi atau lama permukaan tersebut kontak

2. Pembuluh darah (vena dan arteri) dapat di inspeksi, palpasi dan auskultasi untuk menentukan adekuatnya sirkulasi arteri dan vena.

a. Inspeksi

Observasi terhadap warna, ukuran dan keistimewaan penting untuk mengetahui sirkulasi perifer. Sirkulasi yang tidak adekuat mengakibatkan kulit pucat merah atau kebiruan.

b. Palpasi

Ekstremitas dipalpasi untuk mengetahui suhu, edema, dan denyutan. Seluruh ekstremitas harus terasa hangat untuk mengetahui perubahan suhu.

c. Auskultasi

Arteri dapat didengarkan menggunakan bagian bel stetoskop diatas arteri. Arteri normal tidak berbunyi.

c. Pengkajian Diagnostik

Diagnostik penyakit kardiovaskuler ditegakkan dengan berbagai prosedur, memonitor hemodinamik, pemeriksaan darah dan urine.

1. Prosedur non invansif

a. ECG (Electrocardiogram)

Adalah grafik pola konduksi listrik yang menggambarkan depolarisasi dan repolarisasi myokardium. ECG normal dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin dan ukuran pasien



b. Kecepatan mula

Menentukan kecepatan atrium dan ventrikel, beberapa cara dapat digunakan yaitu perkiraan cepat, perkiraan yang lebih akurat, perkiraan irama yang tidak teratur.

c. Irama

Untuk menentukan irama bisa dibantu dengan menggunakan busur atau penggaris dan kertas. Titik busur diletakkan di P-P atau R-R dan dibandingkan dengan irama yang normal.

d. Rontgen Dada

Merupakan pemeriksaan sederhana yang digunakan untuk menentukan ukuran dan posisi jantung dan pembuluh-pembuluh darah.

2. Prosedur invansif

Katerisasi jantung merupakan suatu prosedur yang lebih kompleks, dimana kateter dimasukkan dalam vena peripheral atau arteri-arteri peripheral dan terus menembus masuk ruang jantung. Zat kontras bisa dimasukkan untuk melihat struktur jantung atau didapatkan contoh darah dan analisa untuk data fisiologi mengenai aliran darah, oksigen dan kandungan karbondioksida dan berbagai tekanan dalam 4 bilik jantung dan aorta, seperti juga kelainan dalam struktur jantung (Santosa, 1993)

Setelah dokter ahli jantung (*cardiolog*) meneliti dan mengkaji data dan informasi hasil pemeriksaan, tindak lanjut berikutnya adalah menentukan pilihan, apakah pasien cukup diberi obat saja, di "balon", atankah dilakukan "by-pass"

7. Pengobatan *Decompensatio Cordis*

Jantung adalah organ yang mensirkulasi darah teroksigenasi ke paru-paru untuk pertukaran gas yang berbentuk kerucut kebulat-bulatan yang terpotong bagian atasnya yang berfungsi sebagai pemompa darah. Ukuran jantung kira-kira sebesar kepalan tangan kanan. Jika alat ini berhenti bekerja beberapa menit saja, berakhirilah hidup ini. Karena otot jantung terbentuk dari serabut-serabut otot bersifat khusus ini dilengkapi jaringan syaraf yang secara teratur dan otomatis memberikan rangsangan berdenyut bagi otot jantung. Dengan denyutan ini, jantung memompa darah yang kaya akan oksigen dan zat makanan ke seluruh tubuh termasuk arteri koroner, serta darah yang kurang oksigen ke paru-paru untuk mengambil oksigen.

Decompensatio Cordis adalah suatu keadaan patofisiologis berupa kalainan fungsi jantung sehingga jantung tidak mampu memompa darah untuk memenuhi kebutuhan metabolisme jaringan dan atau kemampuannya hanya ada kalau disertai peninggian volume diastolic secara abnormal (Anonim, 2000).

Faktor predisposisi *Decompensatio Cordis* adalah penyakit yang menimbulkan penurunan fungsi ventrikel : (seperti penyakit arteri koroner, hipertensi, penyakit pembuluh darah, atau penyakit jantung congenital) dan keadaan membatasi pengisian ventrikel (stenosis mitral, kardiomiopati, atau penyakit pericardial). Faktor pencetus termasuk meningkatnya asupan garam, ketidakpetuhan menjalani pengobatan anti gagal jantung, infark miokard akut (mungkin yang tersembunyi), serangan hipertensi, aritmia akut, infeksi tau

demam, emboli paru, anemia, tirotoksikosis, kehamilan, dan endokarditis infektif (Anonim, 2000)

Aneka ragam obat untuk perawatan pasien penyakit jantung dipakai untuk merawat keadaan seperti kegagalan dan irama abnormal jantung, hipertensi atau untuk menghilangkan simtom seperti sakit dada, sesak nafas, atau palpitasi yaitu debaran jantung yang keras dan cepat dapat teratur atau tidak (Soeharto, 2001)

Karena sebagian besar penyakit jantung adalah kronis, pemberian obat umumnya berjangka panjang. Meskipun obat-obat tersebut berguna, tetapi mungkin juga memberikan efek samping. Reaksi terhadap suatu obat bisa juga bervariasi dari masing-masing orang yang menggunakan, sehingga dokter yang membuat resep obat bisa mengganti obat atau mengubah dosisnya supaya cocok dengan keadaan tertentu masing-masing pasien.

1. Jenis obat yang digunakan pada penyakit kardiovaskuler.

a. Obat antianginal

Seperti disebutkan, angina adalah ketidaknakan pada dada karena suplai oksigen yang tidak cukup ke otot jantung untuk memenuhi permintaan oksigen. Karena itu, perawatan angina bertujuan untuk mengurangi keperluan oksigen otot jantung maupun menambahkan aliran darah koroner. Tiga kelas utama obat anti-anginal yang tersedia adalah nitrat, *beta blocker* dan *channel blocker*.

1) Nitrat

Nitrat adalah obat vasodilator (pelebar pembuluh darah) yang merileksasikan dinding pembuluh darah. Pada waktu yang sama pelebaran

arteri koroner memperbaiki aliran darah ke otot jantung. Nitrat yang paling sering dipakai adalah Gliseril Trinitrat (GNT), juga disebut nitrogliserin (NTG), isosorbid dinitrat (ISDN), isosorbid mononitrat (ISMN).

2) Beta blockers

Beta blockers menghambat aksi adrenalin pada ujung-ujung syaraf yang mempengaruhi denyutan jantung dan kekuatan kontraksi. Oleh aksi ini maka dikurangi jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh jantung dan karena itu mengurangi keperluan oksigen otot jantung. *Beta blockers* adalah obat yang efektif untuk perawatan dan pencegahan hipertensi dan untuk kontrol aritmia jantung tertentu.

3) Calcium channel blockers

Obat macam ini mempunyai khasiat mengendurkan dinding arteri koroner, sehingga mencegah kekejangan koroner. Lagipula mereka berefek langsung pada sel-sel otot jantung yang menyebabkan sedikit berkurang dalam kemampuan kontraksi, dan karena itu mengurangi permintaan oksigen myocardial. Calcium channel blockers efektif pada perawatan dan pencegahan angina, dapat juga melebarkan arteri sekeliling sehingga mengurangi tekanan darah. Karena itu obat ini juga dipakai dalam perawatan hipertensi (Soeharto, 2001).

b. Diuretik

Diuretik menambah ekresi garam dan air kedalam urine, jadi mengurangi jumlah cairan dalam sirkulasi dan dengan demikian menurunkan tekanan darah. Diuretik efektif dalam perawatan kegagalan jantung. Contoh huatan

komersial adalah Chlortride, Lasix, Burinex, Aldacton, Dyazide dan Moduretic (Soeharto, 2001)

Sebagian besar diuretic menyebabkan pertambahan ekresin kalsium kedalam urine, sehingga bisa menyebabkan kehabisan kalsium tubuh. Kehilangan kalsium dapat dinetralkan dengan makan makanan yang kaya kalsium (buah- buahan seperti pisang, jeruk, tomat dan sayuran), atau dengan makan tambahan kalsium.

c. Digitalis

Obat-obat digitalis menambahkan kontraksi otot jantung, sehingga dapat memperbaiki kemampuan jantung yang melemah. Obat-obat tersebut juga digunakan sebagai obat antiaritmia karena memperlambat transisi impuls elektris. Obat digitalis dipakai dalam perawatan kegagalan jantung, sering dalam kombinasi dengan diuretic. Obat-obat itu juga efektif dalam pengendalian dan pencegahan aritmia jantung tertentu. Contoh obat jenis ini adalah Digoxin, Lanoxin dan Fargoxin (Soeharto, 2001).

d. Obat antiaritmia

Obat-obat antiaritmia dipakai pada perawatan dan pencegahan aritmia jantung. *Beta blocker* bekerja dengan menghambat aksi adrenalin terhadap reseptor beta (indra penerima rangsang) pada jantung. Ini mengakibatkan perlambatan denyut jantung. Digoxin memperlambat transmisi impuls elektris melalui node AV, jadi memperlambat kecepatan dimana ventrukel berdenyut (Soeharto, 2001).

e. Obat anti-Hipertensi

Pada waktu ini terdapat bermacam-macam obat anti hipertensi yang masing-masing memiliki mode aksi yang berbeda-beda. Tiga dari kelas obat tersebut yaitu *diurektif*, *beta blockers* dan *calcium channel blockers* sudah dibahas diatas. Tipe obat-obat anti hipertensi lainnya adalah yang bekerja secara sentral, vasolidator dan penghambat *Angiotensin Converting Enzim (ACE)*

1) *Centrally Acting Drugs* (obat-obatan yang bekerja secara sentral) bekerja dengan menghambat transmisi impuls didalam sistem syaraf otonomik. Dengan demikian ia menyebabkan pelebaran arteri sekeliling, sehingga menurunkan tekanan darah (Soeharto, 2001)

2) Vasolidator

Vasolidator menurunkan tekanan darah dengan merileksasikan otot halus arteri sekeliling yang menyebabkan mereka untuk melebar, menghasilkan reduksi tahanan terhadap aliran darah sehingga menurunkan tekanan darah (Soeharto, 2001).

3) Penghambat ACE

Angiotension II adalah zat yang terjadi secara alami yang menyebabkan naiknya tekanan darah melalui dua mekanisme konstriksi (penyempitan) arteri sekeliling dan retensi (penyimpanan) garam dan air. Penghambat ACE menurunkan tekanan darah dengan menghambat produksi angiotension II. Obat-obat tersebut sekarang dipakai bagi pasien dengan semua tingkat hipertensi, dari yang ringan sampai yang berat.

f. Antikoagulan

Antikoagulan (pengencer darah) bekerja mencegah pembentukan gumpalan darah didalam sistem sirkulasi, yaitu untuk mencegah pembentukan gumpalan darah dalam jantung dan pembuluh darah. Contoh buatan komersial adalah Walfarin (Soeharto, 2001).

Penting sekali untuk memakai antikoagulan benar-benar seperti diresepkan Aspirin sama sekali tidak boleh dimakan bersama *antikoagulan* (kecuali disuruh oleh dokter) karena bisa mengakibatkan meningkatnya kecenderungan akan pendarahan (Soeharto, 2001).

g Obat untuk menurunkan kolesterol

Obat-obat yang menurunkan kolesterol dibuat untuk mengurangi tingkat kolesterol darah yang dianggap terlalu tinggi dan yang berhubungan dengan naiknya resiko penyakit jantung koroner (Soeharto, 2001).

h Obat antiplatelet

Platelet adalah sel-sel darah yang kecil sekali, yang mempunyai fungsi penting dalam mekanisme penggumpalan darah. Bilamana pembuluh darah cidera, platelet yang melekat pada dinding pembuluh membentuk gumpalan ditempat yang rusak. Gumpalan itu menambal dinding yang rusak itu dan mencegah pendarahan lebih lanjut. Akan tetapi pada keadaan tertentu, pembentukan gumpalan darah bisa menyebabkan serius. Sebagai contoh, pada pasien dengan penyakit arteri koroner, terdapat kecenderungan yang meningkat dalam pembentukan gumpalan darah ditempat plak, sehingga

menimbulkan hambatan yang komplis dari arteri koroner dan mengakibatkan suatu infarksi miokardial atau serangan jantung (Soeharto, 2001)

Obat-obat antiplatelet mengurangi kelengketan platelet dan oleh sebab itu mengurangi kecenderungan untuk pembentukan gumpalan darah. Obat antiplatelet dibuat untuk mengurangi resiko serangan jantung pada pasien yang menderita *angina*, pasien yang sudah menderita serangan jantung, pasien yang sudah menjalani operasi "*by pass*", Mengurangi resiko penutupan okulasi (*by pass graft*) dan setelah angioplasty koroner untuk mengurangi resiko penggumpalan darah pada tempat yang dilebarkan. Contoh buatan komersial adalah Aspirin, Solprim, Cardiprin, Persantin dan Ticlid (Soeharto, 2001)

2. Pedoman pengobatan

Menurut kristinus dkk (2002) tujuan pelayanan kesehatan yang dilakukan dokter kepada pasien yang berobat adalah memberikan pelayanan yang optimal untuk kesembuhan dan kesejahteraan pasien. Dalam memberikan pelayanan seorang dokter pasti dihadapkan pada kondisi yang memerlukan upaya pengobatan yang merupakan segala tindakan medik untuk meringankan penderitaan pasien, tidak selalu terbatas pada pemberian obat, tetapi dapat berupa nasihat medis (Anonim, 2000)

Saat ini banyak sistem pelayanan kesehatan mengembangkan dan melaksanakan pedoman pelayanan termasuk pedoman pengobatan dalam berbagai tingkat pelayanan baik dinegara maju maupun negara berkembang. Unit-unit pelayanan kesehatan, baik ditingkat primer, sekunder maupun tersier

yang membutuhkan suatu pedoman pengobatan yang bertujuan untuk meningkatkan efektivitas, keamanan maupun *cost effectiveness* tindakan farmakoterapi yang diberikan (Anonim,2000 a).

Ketidakrasionalan penggunaan obat mempunyai dampak negatif yang dapat dialami oleh pasien sendiri atau populasi yang lebih luas dan mutu pelayanan pengobatan secara umum :

1. dampak terhadap mutu pengobatan dan pelayanan
2. biaya pelayanan pengobatan
3. kemungkinan terjadi efek samping dan efek lain yang tidak diharapkan
4. psikososial

Ketidakrasionalan oleh dokter sering memberikan pengaruh buruk bagi pasien misalnya : berupa kerugian waktu karena pengobatan dini yang seharusnya didapat oleh penderita menjadi tertunda (Kristinus,dkk,2002).

Menurut Quick (1982) pola penggunaan obat yang tidak rasional adalah :

1. *Extravagant prescribing*

- a.pemakaian obat yang lebih baru dan biasanya mahal padahal obat yang lebih murah, efektivitas dan keamanan sama
- b.terlalu herorientasi pada pengobatan gejala penyakit
- c.pemakaian obat paten berlebihan sementara masih tersedia obat generik yang lebih murah dengan kualitas dan manfaat sama.

2. *Over prescribing*, penulisan resep obat pada kondisi yang tidak efektif.

- a meresepkan obat yang tidak diperlukan
- b dosis yang terlalu besar

- c. pemakaian obat terlalu lama
 - d. jumlah obat yang diberikan melebihi jumlah yang diperlukan
3. *Incorrec prescribing*, penulisan resep obat untuk pengobatan yang salah pada suatu kondisi.
- a. diagnosis keliru
 - b. diagnosis tepat, pemilihan obat keliru
 - c. penulisan resep salah
 - d. tidak mempertimbangkan kondisi pasien dan factor lain.
4. *Multiple prescribing*, penggunaan lebih dari satu pengobatan untuk kondisi yang sama
5. *Under prescribing*, penggunaan obat dibawah dosis terapi .
- a. obat yang diperlukan tidak diresepkan
 - b. dosis yang tidak cukup
 - c. lama pengobatan kurang
- (Thalishah, 2003).

B. Keterangan Empiris

Penelitian ini dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang pola pengobatan meliputi umur dan jenis kelamin, variasi lama perawatan, keadaan pulang, terapi obat yang dipakai selama pengobatan, variasi jumlah obat, cara pemberian dan dosis yang digunakan selama perawatan *Decompensatio Cordis* di RSD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2003.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Batasan Variabel Operasional

1. Subyek pasien dewasa dan usia lanjut yang menjalani perawatan di instalasi rawat inap penyakit dalam RSD Panembahan Senopati Bantul adalah pasien dewasa (yang berusia antara 12-65 tahun) dan usia lanjut (>65 tahun) yang diagnosa utamanya *Decompensatio Cordis*.
2. Obyek atau tempat penelitian adalah Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul yang merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah di kabupaten Bantul.
3. Karakteristik pola pengobatan penyakit *Decompensatio Cordis* meliputi umur dan jenis kelamin, variasi lama perawatan, keadaan pulang, golongan obat, macam obat dan cara pemberian obat.
 - a. Umur yang dimaksud adalah dewasa (12-65 tahun) dan usia lanjut (>65 tahun), sedangkan jenis kelamin yang dimaksud adalah laki-laki dan perempuan.
 - b. Variasi lama perawatan adalah variasi jumlah hari dari mulai masuk hingga diperbolehkan pulang bagi tiap penderita
 - c. Keadaan pulang yang dimaksud adalah sembuh diijinkan, belum sembuh, pulang paksa dan meninggal (mati).

- d. Golongan obat adalah kelompok obat yang diberikan, misalnya diuretic, antibiotik
 - e. Macam obat adalah jenis obat yang digunakan, misalnya : Lasix
 - f. Cara pemberian obat adalah cara obat digunakan, misalnya peroral atau injeksi.
4. Populasi atau sasaran semua pasien usia dewasa dan lansia dengan diagnosa akhir *Decompensatio Cordis*
 5. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah kartu rekam medik pasien dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* tahun 2003.

Kartu rekam medik adalah berkas yang memberikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan serta pelayanan lain kepada pasien pada suatu sarana pelayanan kesehatan (PERMENKES RI No. 749A/1989)

B. Jalannya Penelitian

1. Survey

Tahap ini dimulai dari observasi lapangan ke unit rekam medik rumah sakit umum daerah Panembahan Senopati Bantul, untuk mengetahui jumlah pasien dewasa selama tahun 2003 dengan diagnosa akhir penyakit jantung *Decompensatio Cordis* (disebut populasi).

2. Pengambilan Data

Data yang diambil yaitu seluruh populasi yang terdiagnosa *Decompensatio Cordis* dengan atau tanpa penyakit penyerta. Pengambilan data dilakukan

secara retrospektif. Dilakukan penelusuran pada kartu rekam medik pasien dewasa dan lanjut usia di instalasi rawat inap penyakit dalam RSD Panembahan Senopati Bantul.

3.Data yang digunakan

Tahapan pengumpulan data dilakukan dengan mencatat data yang terekam pada kartu rekam medik pasien dewasa dan lanjut usia dengan diagnosa akhir penyakit jantung *Decompensatio Cordis*. Data-data tersebut antara lain: nomor rekam medik, umur dan jenis kelamin pasien, lamanya perawatan, diagnosa awal dan akhir, komplikasi penyakit lain, jenis obat yang diberikan, dosis obat yang diberikan, cara pemakaian dan jangka waktu pemakaian serta riwayat penyakit dan tes laboratorium sebagai penunjang.

Pengambilan data ini dimulai dari bulan Februari sampai Maret 2004. Setelah proses penelitian data di RSD Panembahan Senopati Bantul selesai maka dilanjutkan dengan pengolahan data yang dibagi dalam 2 tahap. Tahap I identifikasi yang dilakukan melalui tabel-tabel yang dibuat kemudian dibandingkan dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul. Tahap II adalah menjelaskan dan menyimpulkan hasil identifikasi.

C. Analisis Hasil

Data-data pola pengobatan penyakit *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan lanjut usia yang diperoleh dianalisis secara diskriptif non analitik dengan membandingkan terhadap standar pelayanan medis yang telah ada di



Rumah Sakit Daerah Panembahan Senopati Bantul untuk memperoleh informasi tentang :

1. jumlah total dan prosentase pasien *Decompensatio Cordis* pada tahun 2003.
2. rata-rata lama perawatan
3. prosentase keadaan pulang
4. rata-rata jumlah obat yang diberikan
5. prosentase cara pemberian obat
6. jenis tes laboratorium yang dilakukan pasien.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Diskripsi Umum Hasil Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di RSD Panembahan Senopati Bantul dengan cara mencatat nomor registrasi dibuku register untuk mencari kartu rekam medik pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis*. Penelitian dilakukan secara retrospektif terhadap pasien dewasa (12-65 tahun) dan lanjut usia (>65 tahun) penderita penyakit *Decompensatio Cordis* instalasi rawat inap penyakit dalam, selama bulan Januari sampai Desember 2003. Dari hasil penelitian yang dilakukan, diperoleh data-data yang mendukung parameter-parameter rasionalitas pengobatan. Data-data tersebut dianalisis sehingga pada akhirnya diperoleh hasil untuk suatu penarikan parameter berdasarkan kriteria umur dan jenis kelamin, variasi lama perawatan, keadaan pulang, terapi obat yang dipakai selama pengobatan, variasi jumlah obat, cara pemberian, dan dosis yang digunakan selama pengobatan berlangsung.

Dari kartu rekam medik yang digunakan sebagai bahan utama dalam perolehan data juga ada data pendukung yang diperoleh dari informasi hasil laboratorium pasien, keadaan fisik pasien selama perawatan atau saat masuk, dan yang lebih utama adalah kondisi pasien yang berusia lanjut dengan berbagai penyakit komplikasi yang menyertainya, ini sangat berpengaruh terhadap penyakit *Decompensatio Cordis* yang akan diteliti. Terutama hasil laboratorium yang diperlukan sebagai acuan untuk menentukan jenis perawatan *Decompensatio Cordis* yang diderita meliputi Urin Lengkap (UL), Hematokrit (HMT/HMP),

Kecepatan Enap Darah (KED), Gula Darah Puasa (GDL/GDN), Bakteri Tahan Asam (BTA), Darah Rutin (DR), Ureum Darah (UD), Gula Darah Sewaktu (GDS), Darah Lengkap (DL), Triglicerida (TG) dan kolesterol total dari tubuh pasien dibandingkan dengan kadar normal yang dikehendaki.

Analisis data-data yang diperoleh berkaitan erat dengan kondisi pasien penderita *Decompensatio Cordis* yaitu dalam hal keadaan fisik atau patologis pasien disamping *Decompensatio Cordis*, juga terhadap obat-obat yang diberikan untuk mengobati penyakit-penyakit lainnya di samping obat untuk *Decompensatio Cordis*.

Tabel I Persentase pengelompokan berdasarkan umur dan jenis kelamin dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.

NO	DIAGNOSA	UMUR				JUMLAH	%
		12 TH - 65 TH		> 65 TH			
		L	P	L	P		
1	DC	7	9	11	9	36	36
2	DC + IHD	4	2	-	8	14	14
3	DC + IHD + KP	1	-	2	2	5	5
4	DC + IHD + ISK	2	3	1	2	8	8
5	DC + RI	-	1	-	3	4	4
6	DC + RI + BP	3	2	6	3	14	14
7	DC + RI + ANEMIA	-	-	1	3	4	4
8	DC + ANEMIA	-	-	2	2	3	3
9	DC + HT	1	-	2	2	5	5
10	DC + DM	-	-	3	-	3	3
11	DC + DISPEPSI	-	-	-	2	2	2
12	DC + CH	-	2	-	-	2	2
	TOTAL	18	19	27	36	100	100

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Dari table I dapat dilihat hasil penelitian untuk pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja dengan *Decompensatio Cordis* yang disertai dengan penyakit lain. Dalam penelitian ini diperoleh 12 kasus dimana 1 kasus dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja dan 11 kasus disertai penyakit

lain. Dalam pengelompokan ini umur dibagi 2 kelompok yaitu dewasa (12- 65 tahun) dan usia lanjut (>65 tahun).

Pada kasus I yaitu pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* tanpa disertai komplikasi penyakit lain. Pada usia dewasa penderita laki-laki ada 7 orang, perempuan 9 orang kemudian untuk pasien usia lanjut penderita laki-lakinya ada 11 orang dan perempuan 9 orang. Pada kasus ini penderitanya paling banyak yaitu 36 orang (36%).

Pada kasus II yaitu pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dan komplikasinya IHD pada usia dewasa penderita laki-laki sebanyak 4 orang, perempuan 2 orang kemudian untuk pasien usia lanjut penderita laki-laki tidak ada namun, penderita perempuan lebih banyak yaitu 8 orang dengan jumlah total penderita pada kasus ini sebanyak 14 orang (14%).

Pada kasus III yaitu dengan komplikasi IHD dan KP. Dijumpai penderita dewasa untuk laki-laki 1 orang, kemudian untuk usia lanjut laki-laki 2 orang dan perempuan 2 orang. Jadi jumlah total pada penderita kasus ini sebanyak 5 orang (5%).

Pada kasus IV yaitu dengan komplikasi IHD dan ISK. Dijumpai penderita dewasa untuk laki-laki 2 orang, perempuan 3 orang kemudian untuk usia lanjut laki-laki 1 orang dan perempuan 2 orang. Jadi jumlah penderita pada kasus ini sebanyak 8 orang (8%).

Pada kasus V disertai dengan komplikasi RI. Usia dewasa hanya dijumpai penderita perempuan 1 orang dan pada usia lanjut hanya dijumpai juga pada perempuan sebanyak 3 orang. Jadi jumlah total kasus ini 4 orang (4%).

Pada kasus VI disertai dengan 2 komplikasi yaitu RI dan BP. Usia dewasa untuk laki-laki ada 3 orang, perempuan 2 orang dan untuk usia lanjut laki-lakinya 6 orang, dan perempuannya 3 orang. Jadi pada kasus ini jumlah total penderita ada 14 orang (14%).

Pada kasus VII disertai dengan 2 komplikasi yaitu RI dan anemia. Untuk usia dewasa tidak ditemukan adanya penderita hanya pada usia lanjut Untuk laki-laki 1 orang dan perempuan 3 orang. Jadi jumlah total penderita ada 4 orang (4%).

Pada kasus VIII hanya disertai 1 komplikasi yaitu anemia. Kebetulan pada usia dewasa tidak didapatkan penderita hanya pada usia lanjut untuk laki-lakinya 1 orang dan perempuannya 2 orang. Jadi jumlah total penderita pada kasus ini hanya 3 orang (3%).

Pada kasus IX disertai dengan adanya penyakit hipertensi. Untuk usia dewasa hanya ditemukan pada laki-laki 1 orang. Kemudian untuk usia lanjut laki-laki 2 orang, perempuan 2 orang, dengan jumlah total penderita 5 orang (5%).

Pada kasus X disertai dengan adanya penyakit diabetes melitus hanya dijumpai pada pasien laki-laki usia lanjut sebanyak 3 orang (3%).

Pada kasus XI disertai komplikasi penyakit dispepsia hanya dijumpai pada perempuan usia lanjut sebanyak 2 orang (2%).

Pada kasus XII disertai komplikasi CH hanya ditemukan pada perempuan usia dewasa 2 orang (2%).

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan paling banyak penderita pada diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja yaitu mencapai 36% dan penderita paling sedikit pada pasien dengan komplikasi Dispepsi dan CH dimana masing-

masing hanya mencapai 2%.Penderita *Decompensatio Cordis* kebanyakan diderita oleh perempuan yang telah berusia lanjut.

Tabel II. Pengelompokan berdasarkan Variasi lama perawatan dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.

NO	DIAGNOSA	UMUR		JUMLAH KASUS	LAMA PERAWATAN
		12 TH - 65 TH	> 65 TH		
1	DC	16	20	36	1 - 22 hari
2	DC + IHD	6	8	14	2 - 9 hari
3	DC + IHD + KP	1	4	5	4 - 11 hari
4	DC + IHD + ISK	5	3	8	2 - 10 hari
5	DC + RI	1	3	4	3 - 14 hari
6	DC + RI + BP	5	9	14	1 - 10 hari
7	DC + RI + ANEMIA	-	4	4	3 - 6 hari
8	DC + ANEMIA	-	3	3	5 - 14 hari
9	DC + HT	-	5	5	3 - 11 hari
10	DC + DM	-	3	3	3 - 6 hari
11	DC + DISPEPSI	-	2	2	3 - 5 hari
12	DC + CH	2	-	2	9 - 10 hari

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Lama perawatan untuk diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja dan yang disertai dengan komplikasi penyakit lain sangat bervariasi sebagaimana terlihat dalam tabel diatas. Lama perawatan dikelompokan berdasarkan umur yaitu dewasa dan usia lanjut. Namun lama perawatan tidak bergantung umur tapi bergantung pada tingkat keparahan penyakit dan komplikasinya serta kondisi fisik seseorang

Pada kasus I dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja dijumpai 16 kasus penderita dewasa dan 20 kasus lanjut usia, dengan total jumlah penderita dalam kasus ini sebanyak 36 orang. Dimana lama perawatannya

berkisar antara 1 sampai 22 hari. Dalam jangka tersebut keadaan pasien kebanyakan telah sembuh dan membaik.

Pada kasus II dengan komplikasi IHD (*Ischaemic Heart Disease*) jumlah penderita dewasa sebanyak 6 orang dan usia lanjut 8 orang dengan jumlah total pada kasus ini 14 orang. Pada kasus ini lama perawatan berkisar antara 2 sampai 9 hari.

Pada kasus III dengan komplikasi IHD (*Ischaemic Heart Disease*) dan KP (*Kor Pulmonale*), dimana jumlah penderita dewasa hanya 1 orang dan usia lanjut 4 orang. Sehingga jumlah total penderita pada kasus ini sebanyak 5 orang dengan waktu perawatan yang berkisar antara 4 sampai 11 hari.

Pada kasus IV dengan komplikasi IHD (*Ischaemic Heart Disease*) dan ISK (*Infeksi saluran Kemih*) didapatkan jumlah penderita dewasa 4 orang dan usia lanjut 3 orang sehingga jumlah penderita kasus ini sebanyak 8 orang. Lama perawatannya berkisar antara 2 sampai 10 hari.

Pada kasus V dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*). Pada pasien dewasa terdapat 1 orang dan usia lanjut 3 orang. Jadi, jumlah total penderita dalam kasus ini sebanyak 4 orang. Lama perawatan yang diperlukan berkisar antara 3 sampai 14 hari.

Pada kasus VI dengan 2 komplikasi yaitu RI (*Renal Insufisiensi*) dan BP (*Bronkopneumonia*). Dalam penelitian didapatkan 5 penderita dewasa dan 9 penderita yang telah berusia lanjut. Sehingga jumlah penderita ada 14 orang dengan lama perawatan berkisar antara 1 sampai 10 hari.

Pada kasus VII disertai dengan 2 komplikasi yaitu RI (*Renal Insufisiensi*) dan anemia. Dari penelitian hanya didapatkan 4 orang penderita yang telah berusia lanjut dengan lama perawatan berkisar antara 3 sampai 6 hari

Pada kasus VIII yang disertai dengan anemia didapatkan 3 penderita usia lanjut dengan lama perawatan berkisar antara 5 sampai 14 hari.

Pada kasus IX yang disertai dengan penyakit Hipertensi didapatkan 5 penderita yang telah berusia lanjut dengan lama perawatan berkisar antara 3 sampai 11 hari.

Pada kasus X disertai dengan penyakit Diabetes Melitus dan didapatkan 3 penderita yang telah berusia lanjut dengan lama perawatan berkisar antara 3 sampai 6 hari. Pada kasus XI yang disertai dengan penyakit Dispepsia didapatkan 2 penderita yang telah berusia lanjut. Lama perawatannya berkisar antara 3 sampai 5 hari.

Pada kasus XII yang disertai dengan penyakit CH (*Cirosis Hepatis*) didapatkan 2 penderita dewasa dengan lama perawatan antara 9 sampai 10 hari.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan lama perawatan untuk semua kasus antara 1 sampai 22 hari. Untuk penderita yang dirawat hanya 1 hari biasanya belum sembuh tapi keinginan pasien untuk pulang dan biasanya disebabkan pasien telah berusia lanjut sehingga diperkirakan kondisi fisiknya sulit untuk normal kembali

Tabel III. Prosentase pengelompokan berdasarkan distribusi keadaan pulang dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap pervakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.

No	Diagnosa	Kelompok Umur	Jml Kasus	Jumlah penderita dalam keadaan pulang							
				S I		B S		P P		Mati	
				Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	DC	12 - 65 th	16	13	81,25	3	18,75	-	-	-	-
		> 65 th	20	16	80	2	10	2	10	-	-
2	DC + IHD	12 - 65 th	6	5	83,3	1	16,6	-	-	-	-
		> 65 th	8	6	75	2	25	-	-	-	-
3	DC + IHD + KP	12 - 65 th	1	1	100	-	-	-	-	-	-
		> 65 th	4	3	75	-	-	-	-	1	25
4	DC + IHD + ISK	12 - 65 th	5	4	80	1	20	-	-	-	-
		> 65 th	3	3	100	-	-	-	-	-	-
5	DC + RI	12 - 65 th	1	-	-	1	100	-	-	-	-
		> 65 th	3	3	100	-	-	-	-	-	-
6	DC + RI + BP	12 - 65 th	5	3	60	2	40	-	-	-	-
		> 65 th	9	7	77,7	-	-	-	-	2	22,2
7	DC + RI + ANEMIA	> 65 th	4	3	75	1	25	-	-	-	-
8	DC + ANEMIA	> 65 th	3	2	66,6	1	33,5	-	-	-	-
9	DC + HT	> 65 th	5	3	60	2	40	-	-	-	-
10	DC + DM	> 65 th	3	3	100	-	-	-	-	-	-
11	DC + DISPEPSI	> 65 th	2	1	50	1	50	-	-	-	-
12	DC + CH	12 - 65 th	2	2	100	-	-	-	-	-	-
	RATA-RATA				80,22		34,44		10		23,6

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Dari tabel tersebut dapat dilihat keadaan akhir penderita saat pulang yang didasarkan pada kelompok umur dan jenis diagnosa serta prosentase keadaan pulang. Pada kasus I dimana penderita hanya terdiagnosa *Decompensatio Cordis* saja, untuk dewasa dengan keadaan pulang S.I ada 13 orang dimana prosentasenya mencapai 81,25%, B.S ada 3 orang dengan prosentase 18,75%, kemudian untuk penderita yang telah berusia lanjut S.I ada 16 orang dengan prosentase 80%, B.S 2 orang dengan prosentase 10% dan PP ada 2 orang atau 10%.

Pada kasus II yang disertai komplikasi IHD (*Ischaemic heart disease*), penderita dewasa dengan keadaan pulang SI ada 5 orang dengan prosentase 83%, B.S hanya 1 orang atau 16,6%, kemudian untuk penderita yang telah berusia

lanjut jumlah keadaan pulang S.I ada 6 orang atau 75% dan B.Snya 2 orang atau 25%.

Pada kasus III yang disertai 2 komplikasi yaitu IHD (*Ischaemic heart disease*) dan KP (*Kor pulmonale*) pada penderita dewasa dengan keadaan pulang S.I mencapai 100% dikarenakan jumlah pasien hanya 1 orang. Kemudian pada usia lanjut jumlah penderita yang S.I mencapai 3 orang atau 75% dan pasien yang mengalami kegagalan dalam penanganan (meninggal) ada 1 orang bisa dikatakan 25% dari jumlah semua penderita pada kasus ini.

Pada kasus IV yang disertai 2 komplikasi yaitu IHD (*Ischaemic heart disease*) dan ISK (*Infeksi saluran kemih*) didapatkan penderita dewasa dalam keadaan pulang S.I ada 4 orang atau 80% dan B.S 1 orang atau 20%. Akan tetapi untuk penderita yang berusia lanjut mencapai skor 100% untuk keadaan pulang S.I.

Pada kasus V dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) penderita dewasa hanya ditemukan dalam keadaan pulang B.S 1 orang atau 100% beitu juga penderita yang berusia lanjut mencapai 100% dengan keadaan pulang S.I.

Pada kasus VI dengan 2 komplikasi yaitu RI (*Renal Insufisiensi*) dan BP (*Bronkopneumonia*) didapatkan pasien dewasa dengan keadaan pulang S.I sebanyak 3 orang atau 60% dan B.S 2 orang atau 40%. Kemudian untuk usia lanjut S.I ada 7 orang bila dalam prosentase mencapai 77,7% dan 2 orang meninggal dengan prosentase 22,2%.

Pada kasus VII yang disertai komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) dan anemia hanya didapatkan penderita usia lanjut dengan keadaan pulang S.I 3 orang bila dinyatakan dalam prosentase 75% dan B.Snya 1 orang atau 25%.

Pada kasus VIII dengan komplikasi anemia hanya didapatkan pada penderita dengan usia lanjut yaitu keadaan pulang S.I 2 orang dengan prosentase 66,6% dan B.S 1 orang bila diprosentase 33,3%

Kemudian pada kasus IX yang disertai dengan komplikasi penyakit Hipertensi hanya didapat pada pasien usia lanjut dengan keadaan pulang S.I ada 3 orang (60%) dan B.S 2 orang atau bisa dikatakan 40% dari total penderita kasus ini.

Pada kasus X yang disertai dengan penyakit Diabetes Melitus hanya ditemukan pada pasien usia lanjut dengan keadaan pulang S.I mencapai 100%

Pada kasus XI dengan komplikasi penyakit dispepsia juga ditemui pada pasien usia lanjut dimana keadaan pulang S.I 50% dan B.S 50%

Pada kasus XII dengan komplikasi CH (*Cirosis Hepatis*) hanya didapatkan pada orang dewasa dengan jumlah keadaan pulang S.I mencapai 100%.

Dari uraian diatas dapat diambil kesimpulan bahwasannya pasien yang pulang dengan keadan SI dan mencapai 100% hanya pada kasus V,X dan XII. Kemudian untuk keadaan pulang B S yang mencapai 100% hanya pada kasus V. Kemudian untuk pasien yang meninggal hanya terjadi pada kasus III dan VI. Dari total prosentase keadaan pulang yang paling dominan adalah S.I kemudian B.S dan yang terakhir PP.

Tabel IV. Pengelompokan berdasarkan variasi jumlah obat dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan usia lanjut rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.

No	Diagnosa	Kel.Umur	Variasi Jumlah Obat	
			minimal	maksimal
1	DC	12 - 65 th	2	11
		> 65 th	1	11
2	DC + IHD	12 - 65 th	5	11
		> 65 th	3	10
3	DC + IHD + KP	12 - 65 th	7	-
		> 65 th	4	9
4	DC + IHD + ISK	12 - 65 th	5	10
		> 65 th	6	10
5	DC + RI	12 - 65 th	6	-
		> 65 th	8	10
6	DC + RI + BP	12 - 65 th	2	12
		> 65 th	2	11
7	DC + RI + ANEMIA	> 65 th	8	11
8	DC + ANEMIA	> 65 th	2	11
9	DC + HT	> 65 th	4	11
10	DC + DM	> 65 th	8	10
11	DC + DISPEPSIA	> 65 th	3	7
12	DC + CH	12 - 65 th	6	-

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Dari tabel diatas dapat diketahui rentang jumlah obat yang diberikan pada penderita berdasarkan kelompok umur dan jenis diagnosa. Pada kasus I dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja untuk dewasa jumlah obat yang diberikan antara 2 sampai 11 macam obat sedangkan untuk pasien usia lanjut jumlah obatnya berkisar antara 1 sampai 11 macam.

Pada kasus II dengan komplikasi IHD (*Ischaemic Heart Disease*) pemberian obat untuk pasien dewasa berkisar antara 5 sampai 11 macam obat, kemudian untuk pasien usia lanjut jumlah obat yang diberikan antara 3 sampai 10 macam.

Pada kasus III dengan 2 komplikasi yaitu IHD (*Ischaemic heart disease*) dan KP (*Kor Pulmonum*) dijumpai untuk pasien dewasa obatnya 7 macam dan untuk pasien dengan usia lanjut berkisar antara 4 sampai 9 macam



Pada kasus IV dengan 2 komplikasi yaitu IHD (*Ischaemic heart disease*) dan ISK (*Infeksi saluran Kemih*) didapatkan pada pasien usia dewasa jumlah obat yang diberikan antara 5 sampai 10 macam dan untuk usia lanjut 6 sampai 10 macam.

Pada kasus V dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) pada pasien dewasa didapatkan 6 macam obat dan pada pasien dengan usia lanjut antar 8 sampai 10 macam obat.

Pada kasus VI dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) dan BP (*Bronkopneumonia*) didapatkan pada pasien dewasa jumlah obat yang diberikan berkisar 2 sampai 12 macam. Sedangkan pada pasien usia lanjut berkisar antara 2 sampai 11 macam obat.

Pada kasus VII dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) dan anemia hanya didapatkan pada pasien usia lanjut dimana macam obat yang diberikan berkisar antara 8 sampai 11 macam.

Pada kasus VIII dengan komplikasi anemia saja hanya didapatkan pada pasien usia lanjut dengan jumlah obat yang diberikan sebanyak 2 sampai 11 macam obat.

Pada kasus IX dengan komplikasi penyakit hipertensi hanya didapatkan pada pasien dengan usia lanjut dengan pemberian obat berkisar antara 4 sampai 11 macam.

Pada kasus X dengan komplikasi penyakit Diabetes Melitus hanya dijumpai pada Pasien usia lanjut dengan pemberian obat berkisar antara 8 sampai 10 macam.

Pada kasus XI dengan komplikasi penyakit dispepsia kisaran obat yang diberikan pada pasien usia lanjut antara 3 sampai 7 macam obat.

Pada kasus XII dengan komplikasi penyakit CH (*Cirosis Hepatis*) hanya didapatkan pada usia dewasa dengan pemberian 6 macam obat.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwasannya rentang obat yang diberikan berkisar antara 1 sampai 11 macam obat. Macam-macam obat tersebut dapat bervariasi tergantung pada penyakit yang diderita oleh pasien tersebut. Obat-obat yang diberikan antara lain: Antihipertensi (Kaptopril), Antingina (ISDN), Diuretikum (Furosemid), Antibiotik (Ampisilin), Kortikosteroid (Dexametason) dan obat-obat metabolisme (Aspar K, KCl, NaCl).

Tabel V. Pengelompokan berdasarkan cara pemberian obat dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan lanjut usia rawat inap penyakit dalam di RSD Panembahan Senopati Bantul tahun 2003.

No	Diagnosa	Kel. Umur	Oral	%	Injeksi (iv/im)	%
1	DC	12 - 65 th	9	21,43	7	12,06
		> 65 th	8	19,04	12	2,68
2	DC + IHD	12 - 65 th	3	7,14	3	5,17
		> 65 th	3	7,14	5	8,62
3	DC + IHD + KP	12 - 65 th	-	-	1	1,72
		> 65 th	2	4,76	2	3,44
4	DC + IHD + ISK	12 - 65 th	1	2,38	4	6,89
		> 65 th	-	-	3	5,17
5	DC + RI	12 - 65 th	1	2,38	-	-
		> 65 th	2	4,76	1	1,72
6	DC + RI + BP	12 - 65 th	1	2,38	4	6,89
		> 65 th	3	7,14	6	10,34
7	DC + RI + ANEMIA	> 65 th	1	2,38	3	5,17
8	DC + ANEMIA	> 65 th	2	4,76	1	1,72
9	DC + HT	> 65 th	2	4,76	3	5,17
10	DC + DM	> 65 th	1	2,38	2	3,44
11	DC + DISPEPSI	> 65 th	1	2,38	1	1,72
12	DC + CH	12 - 65 th	2	4,76	-	-
TOTAL			42	99,97	58	99,92

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Dari tabel v dapat dilihat pemberian obat secara oral dan injeksi, dimana injeksi dapat melalui intra vena maupun intra muscular. Pemberian obat pada pasien berdasarkan kelompok umur dewasa dan lanjut usia dan prosentase cara pemberian serta diagnosa untuk masing- masing kasus.

Pada kasus I dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* saja untuk pasien dewasa didapatkan cara pemberian obat peroral 9 orang (21,43%) dan injeksi 7 orang (12,06%). Sedangkan pada lanjut usia peroral 8 orang (19,04%) dan injeksi 12 orang (20,68%).

Pada kasus II dengan komplikasi IHD (*Ischaemic Heart Disease*) didapatkan usia dewasa dengan pemberian oral dan injeksi masing-masing 3 orang (7,14%), sedangkan untuk pasien lanjut usia secara oral 3 orang (7,14%) dan injeksi 5 orang (8,62%).

Pada kasus III dengan komplikasi IHD (*Ischaemic heart disease*) dan KP (*Kor Pulmonale*) untuk pasien dewasa hanya didapatkan secara injeksi 1 orang (1,72%) tetapi untuk pasien lanjut usia didapatkan secara oral dan injeksi masing-masing 2 orang (untuk oral 4,76% sedangkan injeksi 3,44%).

Pada kasus IV dengan komplikasi IHD (*Ischaemic heart disease*) dan ISK (*Infeksi saluran Kemih*) didapatkan pemberian obat secara oral untuk pasien dewasa sebanyak 1 orang (2,38%) dan injeksi 4 orang (6,89%) tetapi untuk pasien usia lanjut hanya ditemukan pemberian obat secara injeksi 3 orang (5,17%).

Pada kasus V dengan komplikai RI (*Renal Insufisiensi*) hanya didapatkan 1 orang (2,38%) pasien dewasa dengan pemberian obat secara oral akan tetapi

untuk pasien usia lanjut didapatkan 2 orang (4,76%) secara oral dan 1 orang (1,72%) secara injeksi.

Pada kasus VI dengan 2 komplikasi yaitu RI (*Renal Insufisiensi*) dan BP (*Bronkopneumonia*) didapatkan 1 orang (2,38%) pasien dewasa dengan pemberian obat secara oral dan 4 orang (6,89%) secara injeksi. Sedangkan untuk pasien yang berusia lanjut pemberian obat secara oral oleh 3 orang (7,14%) dan 6 orang (10,34%) secara injeksi.

Pada kasus VII dengan komplikasi RI (*Renal Insufisiensi*) dan anemia hanya didapatkan pada pasien usia lanjut dimana pemberian obat secara oral 1 orang (2,38%) dan injeksi 3 orang (5,17%).

Pada kasus VIII dengan komplikasi anemia hanya didapatkan pada pasien usia lanjut dengan pemberian obat secara oral 2 orang (4,76%) dan injeksi 1 orang (1,72%).

Pada kasus IX dengan komplikasi penyakit Hipertensi hanya didapatkan pada pasien usia lanjut dengan pemberian obat secara oral 2 orang (4,76%) dan injeksi 3 orang (5,17%).

Pada kasus X dengan komplikasi penyakit Diabetes Melitus hanya didapatkan pada pasien lanjut usia dengan cara pemberian oral 1 orang (2,38%) dan injeksi 2 orang (3,44%).

Pada kasus XI dengan komplikasi penyakit dispepsia hanya didapat pada pasien yang lanjut usia yaitu dengan pemberian obat secara oral dan injeksi masing- masing 1 orang (untuk oral 2,38% sedangkan injeksi 3,44%).

Pada kasus XII dengan komplikasi CH (*Cirrosis Hepatis*) hanya didapat pada pasien dewasa dengan pemberian obat secara oral pada 2 orang pasien (4,76%)

Dari uraian diatas dapat disimpulkan cara pemberian obat tidak mutlak bergantung umur, akan tetapi bergantung keadaan fisik dari pasien. Kebanyakan pasien lanjut usia pemberian obat secara injeksi. Pemberian obat yang dilakukan secara oral saja hanya pada kasus V dewasa dan kasus XII dewasa. Sedangkan pemberian secara injeksi saja terjadi pada kasus III dewasa dan IV lanjut usia

Tabel VI. Hasil tes laboratorium pada diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dan penyakit lain yang menyertainya pada pasien dewasa dan lansia di RSD Panembahan Senopati Bantul bulan Januari-Desember 2003

No.	Dx	n	LABORATORIUM									
			OT	PT	U	K	DL	GDS	EKG	TG	KLT	Lain-lain
1	Dc	36	15	11	7	5	10	21	11	7	5	UL, IT, HMP, KED, BTA, AD, GDL, FT
2	Dc+ IHD	14	5	5	-	-	12	13	2	-	2	UL, FT
3	Dc+ IHD+ Kp	5	1	1	-	-	5	5	1	-	-	UL, KED
4	Dc+ IHD+ ISK	8	3	3	-	-	7	8	-	-	-	UL, Widal
5	Dc+ RI	4	4	4	-	-	2	4	-	-	-	DR
6	Dc+ RI+ BP	14	1	1	-	1	14	14	1	-	-	UL
7	Dc+ RI+ Ane	4	2	2	1	1	4	4	-	-	-	UL
8	Dc+ Anemia	3	-	-	-	-	3	2	-	-	-	
9	Dc+ HT	5	4	3	1	-	3	4	1	-	1	UL, KED
10	Dc+ DM	3	1	1	-	-	-	1	-	-	-	
11	Dc+ Dispepsia	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12	Dc+ CH	2	-	-	1	1	1	1	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

Dx : Jenis diagnosa

n : Jumlah pasien

OT : SGOT

PT : SGPT

U : Ureum

K : Kreatinin

EKG : Elektrokardiogram

KLT : Kolesterol

GDS : Gula darah sewaktu

DM : Diabetes melitus

UL : Urin lengkap

HMT/HMP : Hematokrit

KED : Kecepatan Enap Darah

BTA : Bakteri tahan asam

GDL/GDS : Gula darah puasa

DR : Darah rutin

UD : Ureum darah

TG : Trigliserida

GDS : Gula darah sewaktu

DL : Darah lengkap

Kasus III yang disertai penyakit IHD dan KP ada 5 orang penderita. Tes laboratorium yang dilakukan antara lain OT 1 orang, PT 1 orang, DL 5 orang, GDS 5 orang, dan FKG 1 orang. Tes laboratorium tersebut yang banyak dilakukan oleh penderita, tetapi ada juga tes yang jarang dilakukan seperti UL dan KED.

Kasus IV yang disertai penyakit IHD dan ISK ada 8 orang penderita. Tes laboratorium yang dilakukan antara lain OT 3 orang, PT 3 orang, DL 7 orang, dan GDS 8 orang. Tes tersebut banyak dilakukan oleh penderita tetapi ada juga tes yang jarang dilakukan seperti UL dan widal.

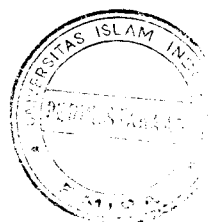
Kasus V yang disertai penyakit RI ada 4 orang penderita. Tes laboratorium yang dilakukan antara lain OT 4 orang, PT 4 orang, DL 2 orang, dan GDS 4 orang. Kemudian untuk tes laboratorium yang jarang dilakukan adalah DR.

Kasus VI yang disertai penyakit RI dan BP ada 14 orang penderita, dimana OT 1 orang, PT 1 orang, K 1 orang, DL 14 orang, GDS 14 orang, dan EKG 1 orang. Kemudian untuk tes yang jarang dilakukan penderita yaitu UL.

Kasus VII yang disertai RI dan anemia ada 4 orang penderita. Tes yang dilakukan antara lain OT 2 orang, PT 2 orang, U 1 orang, K 1 orang, DL 4 orang dan GDS 4 orang. Untuk tes yang jarang dilakukan penderita yaitu UL.

Kasus VIII yang disertai anemia ada 3 orang penderita. Tes yang dilakukan hanya 2 yaitu DL 3 orang dan GDS 2 orang.

Kasus IX yang disertai dengan hipertensi ada 5 orang penderita. Tes yang sering dilakukan pada penderita ini antara lain OT 4 orang, PT 3 orang, U 1 orang, DL 3 orang, GDS 4 orang, EKG 1 orang, dan KLT 1 orang. Untuk tes yang jarang dilakukan penderita ini adalah UL dan KED.



Kasus X yang disertai dengan DM ada 3 orang penderita. Tes yang dilakukan penderita antara lain OT 1 orang, PT 1 orang dan GDS 1 orang.

Kasus XI yang disertai dispepsia ada 2 orang penderita. Dalam kasus ini tidak ditemukan adanya tes laboratorium. Karena untuk penyakit dispepsia sesuai literature tidak ditemukan adanya tes laboratorium tertentu untuk mendukung diagnosa. Jadi cukup dengan diagnosa saja.

Kasus XII yang disertai dengan CH ada 2 orang penderita. Tes yang dilakukan antara lain U 1 orang, K 1 orang, DL 1 orang dan GDS 1 orang.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan tes laboratorium yang dilakukan ada yang tidak sesuai dengan penyakit yang diderita dan ada juga yang sebenarnya tes tersebut tidak diperlukan. Sebagai contoh pada kasus 1 sebenarnya EKG saja sudah cukup tanpa disertai tes laboratorium yang lain. Dari berbagai macam tes diatas masing-masing penderita tidak semua melakukan satu macam tes tetapi bisa 2 atau 3 macam tes yang berfungsi untuk lebih memantapkan diagnosa.

Dari 12 kasus yang terjadi selama tahun 2003 pada pasien dewasa (12-65 tahun) dan lanjut usia (>65 tahun) yang menderita penyakit *Decompensatio Cordis*, diperoleh data bahwa ada 10 jenis kelainan yang terjadi yaitu *Ischaemic Hearth Disease* (IHD), *Kor Pulmomum* (KP), *Infeksi Saluran Kemih* (ISK), *Renal Insufisiensi* (RI), *Bronkopneumonia* (BP), *anemia*, *Hipertensi* (HT), *Diabetes Melitus* (DM), *Dispepsai* dan *Cirosis Hepatis* (CH) yang masing-masing merupakan penyakit komplikasi pada diagnosa *Decompensatio Cordis*.

B. Pembahasan Pengobatan Decompensatio Cordis dan Penyakit Penyerta.

1. Decompensatio Cordis

Tabel VII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat									Jumlah pasien
		Fur	Spi	Asp	Dia	Dig	Kap	Ase	Am	Sip	
1	DC	ampl 100cc		+	+	2x0.25		2x100			36
			4x50				2x6.25		3-4x100	2x500	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan:

No.K	= Nomor Kasus	Dig	= Digoksin
DC	= Decompensatio Cordis	Kap	= Kaptopril
Fur	= Furosemid	Ase	= Asetosal
Spi	= Spironolakton	Am	= Aminopilin
Asp	= Aspar K	Sip	= Siprofloksasin
Dia	= Diazepam	ampl	= Ampul
+	= Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya		

Untuk satuan dosis masing- masing obat dalam (mg).

Pemberian furosemid (amp 100cc) dan spironolakton (4x50mg) yang merupakan diuretik kuat untuk pengobatan hipertensi. Oleh karena itu pasien diberi asupan K-L-aspartat atau KCl yang merupakan obat metabolisme golongan mineral sebagai sumber garam kalium untuk mengatasi kehilangan kalium tersebut.

Pemberian garam kalium selain untuk menanggulangi efek hipokalemi yang mungkin timbul juga untuk mengatasi kemungkinan hipokalemi akibat diuretic kuat yang diberikan.

Pemberian diazepam yang merupakan obat psikofarmaka merupakan pemakaian jangka pendek karena berkhasiat menenangkan pasien dan

kemungkinan terjadi aritmia akibat *Decompensatio Cordis* akibat jantung iskemik.

Digoksin diberikan dengan dosis 2X0,25 mg/hari Adanya digoxin tersebut sebagai inotropik positif dari glikosida jantung berguna untuk memperkuat kontraksi dan memperlambat otot jantung.

Pemberian kaptopril dengan dosis (2x6,25mg) sebagai antihipertensi jika diberikan bersama diuretik akan menambah efek hipotensif, meningkatkan efek resiko hipotensif. Kaptopril diberikan dengan maksud mengurangi tekanan darah yang diderita pasien yaitu 220/110 karena pasien masih berusia dewasa..

Aminopilin sebagai bronkodilator dan siprofloksasin merupakan golongan antibiotik diberikan pada pasien *Decompensatio Cordis* tidak tepat karena pasien tidak terdiagnosa asma maupun infeksi.

Asetosal sebagai antiplatelet untuk mengobati keadaan *Decompensatio Cordis* akibat penyakit jantung iskemik diharapkan dapat membantu gangguan fungsi jantung tersebut melalui perannya dalam mengurangi trombus koroner maupun vena.

Pada penelitian kasus ini dijumpai pemberian obat tanpa adanya diagnosa pasien menderita kelainan yang berhubungan dengan agen terapi yang diberikan atau untuk mengantisipasi kemungkin lain yang dapat timbul berdasarkan pengalaman empiris. Keadaan seperti ini dapat menimbulkan sebuah pernyataan terjadi persepsian berlebih yaitu pada kasus pemberian antibiotik yang seharusnya tidak diperlukan karena pasien tidak terinfeksi. Ditemukan juga suatu kasus dimana terjadi pemberian agen terapi obat dari golongan yang sama diikuti oleh

kelas terapi obat yang sama pula sehingga dapat menimbulkan dosis berlebih bahkan 2 kali lipat dosis seharusnya, dari keadaan seperti ini diambil kesimpulan terjadi peresepan ganda yang perlu diperhatikan lebih lanjut

2. Decompensatio Cordis dan Ischaemic Heart Disease (IHD).

Tabel VIII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan ischaemic hearth disease pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat							Jumlah pasien
		Dig	Fur	Asp	Kap	ISDN	Sip	Ase	
2	DC	2x0.25	+	3x1		3x1		+	14
	IHD	-	-	-	-	+	-	+	
					3x12.5		2x500		

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

- + = obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya
 No.K = Nomor Kasus Asp = Aspar K
 DC = Decompensatio Cordis Kap = Kaptopril
 IHD = Ischaemic Heard Disease ISDN = Isosorbid Dinitrat
 Dig = Digoksin Ase = Asetosal
 Fur = Furosemid Sip = Siprofloksasin
 Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg)

Dari tabel terlihat bahwa pasien dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* mendapatkan heherana macam obat sesuai dengan diagnosa yang ada. *Decompensatio Cordis* yang terjadi pada pasien ini disebabkan oleh IHD (*Ischaemic Heart Disease*). Oleh karena itu penyebab ini harus diatasi terlebih dahulu sebelum penyakit utamanya diatasi. Hal ini sesuai dengan dasar pengobatan untuk *Decompensatio Cordis*.

Untuk IHD diatasi dengan pemberian asetosal dan isosorbid dinitrat dengan dosis 3x1. ISDN adalah golongan nitrat organic yang merupakan agen

utama pada pengobatan angina. Obat- obat golongan nitrat organik bekerja dengan cara menimbulkan relaksasi otot polos, termasuk arteri dan vena (Setiawati, 1995).

Menurut literature, pemberian asetosal jangka panjang pada pasien unstabil angina juga efektif dalam mengurangi insiden infark miokard. Jadi kedua obat ini memang obat pilihan untuk penyakit *Ischaemic heard disease* (Winter, 1995).

Selain faktor penyebab diterapi, penyakit utamanya pun mendapatkan terapi, hanya saja pemberian obat untuk penyakit utamanya diberikan bersamaan dengan obat untuk faktor penyebab. Untuk mengatasi *Decompensatio Cordis* pasien diterapi dengan digoksin, furosemid, aspar K, kaptopril dan ISDN.

Digoksin yang diberikan dengan dosis $2 \times 0,25 \text{mg}$ berguna untuk memperkuat kontraksi dan memperlambat frekuensi jantung, sementara furosemid diberikan untuk mengurangi retensi air dan garam dalam tubuh. Furosemid merupakan diuretika poten yang digunakan sebagai *symptomless agent*. Sedangkan aspar K diberikan dengan dosis 3×1 untuk menyeimbangkan kehilangan kalium dalam tubuh karena adanya furosemid. Pemberian kaptopril untuk mengatasi tekanan darah yang tinggi yaitu 200/110.

Interaksi obat yang terjadi berupa interaksi antara obat-obat yang diresepkan untuk kemungkinan IHD dengan obat- obat yang diresepkan untuk *Decompensatio Cordis*. Seperti asetosal dan furosemid mengakibatkan penurunan efek diuretik dan penurunan efek antihipertensi.

Pada hasil penelitian ini didapatkan pemberian obat yang tidak sesuai dengan diagnosa pasien untuk perbaikan kondisi atau pengobatan penyakit yang

diderita, seperti pemberian siprofloksasin sebagai antibiotik pada pasien yang tidak terdiagnosa adanya infeksi.

3. DC, IHD dan Kor Pulmonale (KP)

Tabel IX. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis*, *ischaemic hearth disease* dan *kor pulmonale* pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat							Jumlah pasien
		Dig	Asp	Fur	ISDN	Ase	Teo	Amino	
3	DC	2x0.25	3x1	1x1/2	-	-	-	-	5
	IHD	-	-	-	3x1/2	-	-	-	
	KP	-	-	-	-	+	+	3-4x100	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+ = obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya
 No.K = Nomor Kasus Fur = Furosemid
 DC = Decompensatio Cordis ISDN = Isosorbid dinitrat
 IHD = Ischaemic Heart Disease Ase = Asetosal
 Dig = Digoksin Teo = Teofilin
 Asp = Aspar K Amino = Aminopilin
 Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg).

Dari tabel diatas dapat dilihat pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dengan komplikasi IHD dan KP sebanyak 5 orang. Pasien mendapatkan 7 macam terapi obat yang masing-masing mempunyai mekanisme kerja yang berbeda sesuai dengan penyakit yang diderita.

Digoksin (diberikan dengan dosis 2x0.25mg) termasuk glikosida jantung yang merupakan terapi utama untuk penderita *Decompensatio Cordis*. Selain pasien diberi glikosida juga mendapatkan aspar K dengan dosis 3x1 yang merupakan obat metabolisme golongan mineral. Aspar K tersebut diberikan

untuk mengganti adanya kalium yang hilang akibat pemberian furosemid yang termasuk diuretik kuat.

Pemberian ISDN mempunyai dua fungsi yaitu sebagai antihipertensi dan sebagai antingina. Namun pada pengobatan ini dimaksudkan untuk mengobati *ischaemic heard disease*. Untuk mengobati IHD ini juga dibantu obat golongan antiplatelet yaitu asetosal. Interaksi antara asetosal dengan furosemid yaitu dapat menurunkan efek diuretik secara umum dan antihipertensi

Kemudian untuk pengobatan *kor pulmonale* diberikan teofilin dan aminopilin yang mana keduanya termasuk bronkodilator dan anti asma. Teofilin dan aminopilin diberikan pada hari yang berbeda. Pengobatan tersebut tidak sesuai dengan literatur karena isinya aminopilin juga teofilin walaupun diberikan pada hari yang berbeda karena fungsinya sama.

Kor pulmonale merupakan suatu keadaan dimana timbul hipertrofi dan dilatasi ventrikel kanan tanpa atau dengan gagal jantung kanan, timbul akibat penyakit yang menyerang struktur atau fungsi paru-paru atau pembuluh darahnya. Penyakit-penyakit yang menyebabkan *kor pulmonale* adalah penyakit yang secara primer menyerang pembuluh darah paru-paru, seperti emboli paru-paru berulang dan penyakit yang mengganggu aliran darah paru-paru akibat penyakit pernapasan obstruktif atau restriktif.

Penanganan *kor pulmonale* ditunjukkan untuk memperbaiki hipoksia alveolar (dan vasokonstriksi paru-paru yang diakibatkannya) dengan pemberian oksigen konsentrasi rendah dengan hati-hati. Pemakaian oksigen yang terus menerus dapat

menurunkan hipertensi pulmonari, polisitemia, dan takipnea, memperbaiki keadaan umum, dan mengurangi mortalitas (Kersten, 1989).

Bronkodilator dan antibiotik membantu meredakan obstruksi aliran udara pada pasien-pasien PPOM. Pembatasan cairan yang masuk dan diuretic mengurangi tanda- tanda yang timbul akibat gagal ventrikel kanan. Terapi antikoagulansia jangka panjang diperlukan jika terdapat emboli paru-paru berulang.

4.DC, IHD dan Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Tabel X. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan *ischaemic hearth disease* dan infeksi saluran kemih pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat							Jumlah pasien
		Amp	Sip	Ase	ISDN	Dig	Fur	Asp	
4	DC	-	-	-	-	2x0,125	1x1	1x1	8
	IHD	-	-	+	3x1	-	-	-	
	ISK	3-4x100	2x500	-	-	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

- + = Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya
 - No.K = Nomor Kasus
 - DC = Decompensatio Cordis
 - IHD = Ischaemic Heard Disease
 - ISK = Infeksi Saluran Kemih
 - Amp = Ampicilin
 - Sip = Siprofloksasi
 - Ase = Asetosal
 - ISDN = Isosorbid Dinitrat
 - Dig = Digoksin
 - Fur = Furosemid
 - Asp = Aspar K
- Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg).

Untuk diagnosa ini pasien mendapatkan ampicilin parenteral. Pemilihan ampicilin ini sudah tepat, sebab ampicilin merupakan obat pilihan pertama untuk infeksi saluran kemih. Infeksi saluran kemih yang timbul pada pasien ini dapat merupakan komplikasi dari DC dan IHD yang diderita pasien. Ampicilin merupakan antibiotik spektrum luas turunan penicillin. Pada kasus ini dipilih

antibiotik spektrum luas sebab penyebab infeksi adalah E. coli. Bakteri E. coli ini merupakan penyebab infeksi saluran kemih yang paling sering pada wanita.

Siprofloksasin sebagai antibiotik diberikan pada pasien ini tidak sesuai dengan literature karena pasien tidak terdiagnosa adanya infeksi.

5. DC dan Renal Insufisiensi (RI)

Tabel XI. . Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan renal insufisiensi pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.Kasus	Diagnosa	Nama Obat					Jumlah pasien
		CaCO ₃	Asam folat	Digoksin	Lasix	Aspar K	
5	DC	-	-	2x0,125	1x1	1x1	4
	RI	+	+	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+ = Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya

DC = Decompensatio Cordis

RI = Renal Insufisiensi

Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg).

Dari tabel diatas dapat dilihat ada 4 penderita dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dengan komplikasi RI. Dari keempat pasien tersebut masing-masing mendapatkan obat yang interaksinya saling mendukung. Pada pengobatan *Decompensatio Cordis* pasien diberi terapi digoksin yang mana merupakan glikosida jantung dan merupakan terapi utama untuk pengobatan DC. Selain mendapat glikosida juga mendapatkan diuretik yaitu berupa furosemid. yang mana untuk menjaga keseimbangan kalium yang keluar akibat adanya furosemid diberi asupan Aspar K yang merupakan obat metabolisme golongan mineral. Dari uraian terapi diatas sudah tepat dan sesuai dengan literature.

Diagnosis renal insufisiensi ini diperkuat berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium yang ditandai dengan adanya kenaikan kadar ureum dan kreatinin. Untuk diagnosa ini pasien mendapatkan CaCO_3 dan asam folat setelah diagnosis ini ditegakkan. Hal tersebut sudah sesuai dengan pengobatan renal insufisiensi

6. DC, RI dan Bronkopneumonia (BP)

Tabel XII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis*, renal insufisiensi dan bronkopneumonia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No. K	Diagnosa	Nama Obat							Jumlah pasien
		Amino	Sip	Ambr	Far	Dig	Fur	Asp	
6	DC	-	-	-	-	2x0.125	1x1	1x1	14
	RI	-	-	-	-	-	-	-	
	BP	4x100		3x1/hr	2x1/hr	-	-	-	
			2x500						

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

No.K = Nomor Kasus

DC = Decompensatio Cordis

RI = Renal Insuf

BP = Bronkopneumonia

Amino = Aminopilin

Sip = Siprofloksasin

Untuk masing-masing obat satuan dosis dalam (mg).

Ambr = Ambrokal

Far = Farmasal

Dig = Digoksin

Fur = Furosemid

Asp = Aspar K

Bronkopneumonia adalah peradangan dari parenkim paru-paru yang dapat disebabkan oleh bermacam-macam sebab seperti bakteri, virus dan parasit yang biasanya mengenai paru bagian bawah. Bronkopneumonia secara anatomis diklasifikasikan sebagai pneumonia lobaris, pneumonia segmentalis dan pneumonia lobularis.

Tabel XII memperlihatkan jenis obat yang diresepkan untuk pasien dengan bronkopneumonia. Disini terlihat ada 14 orang pasien yang mempunyai diagnosa

ini. Pasien mendapatkan bronkodilator aminopilin dengan dosis 4X100mg. Selain antibiotik juga mendapatkan mukolitik yaitu ambroksal dengan dosis 3X1/ hari yang diberikan untuk mengatasi gejala pneumonia yang berupa batuk berdahak. Batuk yang terjadi awalnya memang batuk kering namun selanjutnya disertai dengan dahak. Antiplatelet juga diberikan pada pasien ini yaitu asetosal dengan dosis 2X1/ hari.

Pemilihan jenis antibiotika pada pasien dengan diagnosa bronkopneumonia ini tidak tepat. Sehingga dapat dikatakan pada kasus ini terjadi peresepan berlebih yaitu pemberian siprofloksasin tanpa adanya diagnosa infeksi. Selain pasien terdiagnosa bronkopneumonia juga terdiagnosa renal insufisiensi.

7. DC, RI dan Anemia

Tabel XIII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis*, renal insufisiensi dan anemia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.Kasus	Diagnosa	Nama Obat					Jumlah pasien
		Digoksin	Furosemid	Aspar K	Asam folat	CaCO ₃	
7	DC	3x0.25	1-3x1	1-3x1	-	-	4
	RI	-	-	-	-	+	
	Anemia	-	-	-	+	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+ = Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya

DC = Decompensatio Cordis

RI = Renal Insufisiensi

Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg).

Dari tabel diatas dapat dilihat penderita dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dengan komplikasi renal insufisiensi dan anemia ada 4

Dari tabel VI dapat dilihat hasil tes laboratorium untuk pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dan penyakit yang menyertainya.

Kasus I dengan diagnosa *Decompensatio Cordis* saja ada 36 penderita, Dimana masing-masing penderita melakukan berbagai macam tes dilaboratorium yang berfungsi untuk mendukung hasil diagnosa. Tes yang dilakukan antara lain OT ada 15 orang, PT 11 orang, U 7 orang, K 5 orang, DI. 10 orang, GDS 21 orang, EKG 11 orang, TG 7 orang dan KLT 5 orang. Disini penderita tidak melakukan semua macam tes namun ada yang dilakukan dan ada yang tidak dilakukan. Hasil tes tersebut diatas termasuk sering dilakukan oleh penderita tetapi ada tes yang hanya dilakukan oleh satu atau dua orang saja seperti UI, IT, HMP, KED, BTA, AD, GDL dan FT. Sebenarnya untuk diagnosa *Decompensatio Cordis* hanya dilaakukan tes laboratorium EKG saja tetapi, disini semua tes dilakukan mungkin dengan tujuan untuk lebih mantap dalam menegakan diagnosa penderita. Tes laboratorium yang banyak dilakukan pada kasus ini adalah GDS. Sebenarnya tes-tes selain EKG kurang diperlukan jadi dapat disimpulkan tes laboratorium yang dilakukan kurang efektif dan efisien.

Kasus II yang disertai penyakit IHD ada 14 orang penderita, dimana tes laboratorium yang dilakukan mencakup OT ada 5 orang, PT 5 orang, DI. 12 orang, GDS 13 orang, EKG 2 orang dan KLT 5 orang Tes laboratorium tersebut banyak dilakukan oleh semua penderita namun, ada tes yang jaraang dilakukan seperti UL dan FT yang hanya dijumpai pada 1 atau 2 orang saja. Tes laboratorium untuk kasus ini paling banyak dilakukan adalah GDS.

orang. Dimana masing-masing mendapatkan terapi obat yang interaksinya saling mendukung untuk mengobati penyakit utama dan penyakit penyertanya.

Kemudian untuk pengobatan renal insufisiensinya diberi terapi CaCO_3 sedangkan untuk anemianya diberi asam folat. Pengobatan pada penyakit ini sudah tepat.

8. DC dan Anemia

Tabel XIV. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan anemia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No. Kasus	Diagnosa	Nama Obat			Jumlah pasien
		Digoksin	Furosemid	Aspar K	
8	DC	2x0.25	3x1	3x1	3
	Anemia	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

+ = obat yang diberikan pada diagnosa tersebut.
Satuan untuk masing-masing obat dalam (mg).

Dari tabel diatas ada tiga pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dan disertai anemia. Pasien tersebut masing-masing mendapatkan tiga macam terapi obat yang mana interaksi obat tersebut saling mendukung

Pada literature disebutkan bahwa pemakaian digitalis dapat dibenarkan pada pasien *Decompensatio Cordis* dengan anemia. Dari preparat digitalis (digoksin) merupakan yang paling efektif karena dapat menurunkan tekanan pada atrium kiri, dan meninggikan curah jantung

Adanya furosemid sebagai diuretic kuat lebih bermanfaat untuk pasien decompensasi jantung dengan anemia. Untuk mengantisipasi timbulnya penyakit ini pasien dianjurkan untuk istirahat. Jadi pemberian aspar K yang ditujukan untuk

menyeimbangkan kalium yang hilang akibat adanya furosemid sudah tepat karena, akan menambah garam dalam darah.

9. DC dan Hipertensi

Tabel XV. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan hipertensi pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat									Jumlah pasien
		Nife	Kap	ISDN	Doksa	Tiazid	Infus	Dig	Fur	Asp	
9	DC	-	-	+	-	-	-	+	+	+	5
	HT	+	+		+	+	NaCl RL	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+	= Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya.	Doksa	= Doksasosin
No.K	= Nomor Kasus	RL	= Ringer Laktat
DC	= Decompensatio Cordis	Dig	= Digoksin
HT	= Hipertensi	Fur	= Furosemid
Nife	= Nifedipin	Asp	= Aspar K
Kap	= Kaptopril		
ISDN	= Isosorbid Dinitrat		

Pada prinsipnya, pengobatan hipertensi dilakukan secara bertahap. Tahap awal adalah modifikasi pola hidup, dengan antihipertensi ditambahkan di atasnya. Sebagai antihipertensi tahap pertama, baik *JNC-V* (1992) maupun *WHO ISH* (1993) merekomendasikan monoterapi dengan salah satu dari 5 golongan obat berikut: diuretika, β bloker, ACE Inhibitor, Ca-antagonis dan α bloker (termasuk α , β beta bloker). (Setiawati, 1995).

Adapun jenis antihipertensi yang diresepkan adalah nifedipin (Ca-antagonis), kaptopril (ACE Inhibitor), ISDN (vasodilator koroner), doksasosin (α bloker), tiazid (β bloker) dimana jenis antihipertensi ini diberikan pada

hari yang berlainan. Pemilihan nifedipin dan kaptopril sebagai antihipertensi tahap pertama sudah tepat sebab selain merupakan antihipertensi yang direkomendasikan oleh *WHO* dan *JNC-V* dan dianjurkan untuk pasien lansia yang tekanan darahnya sangat tinggi seperti pada kasus ini tekanan darah pasien 220/120 dimana tekanan darah ini melebihi tekanan darah normal yaitu 120/90. Kedua antihipertensi ini tidak banyak menimbulkan efek samping yang mengganggu dan tidak menimbulkan toleransi pada pemberian jangka panjang sehingga dapat digunakan sebagai monoterapi. (Setiawati, 1995).

Antihipertensi Ca-antagonis (nifedipin) bekerja pada jantung dan otot polos vaskuler. Obat ini menghambat kontraksi otot polos dan otot jantung melalui penghambatan ion Ca^{2+} yang masuk ke dalam sel (Setiawati, 1995).

Dari hasil penelitian ada pasien yang mendapatkan dua macam antihipertensi selama pasien dirawat, keduanya diberikan secara bergantian sebagai terapi tunggal. Pada saat awal terapi pasien mendapatkan nifedipin, lalu setelah beberapa hari antihipertensi diganti. Penggantian ini dapat disebabkan karena timbulnya efek samping yang tidak menyenangkan atau karena tidak adanya respon (respon kecil).

Untuk pasien lanjut usia dengan *decompensatio cordis* yang dianjurkan adalah digitalis, diuretik dan KCl. Pemberian antihipertensi pada penderita usia lanjut harus hati-hati, karena itu pilihan antihipertensi harus dilakukan secara individual berdasarkan adanya kondisi penyerta.

Dalam penelitian ini didapatkan pasien dengan antihipertensi kombinasi, pemilihan jenis antihipertensi disini sudah tepat. Ketiga antihipertensi ini yaitu

nifedipin, kaptopril dan diuretik yaitu furosemid mempunyai cara kerja yang berbeda, dan kombinasi ketiganya memberikan hasil yang baik (efek aditif atau sinergistik).

Kombinasi antihipertensi dengan cara kerja yang berbeda menyebabkan tekanan darah sasaran dapat dicapai dengan menggunakan dosis yang lebih kecil untuk masing- masing antihipertensi sehingga mengurangi kemungkinan timbulnya efek samping yang kejadiannya bergantung pada dosis (Setiawati,1995).

Pada penelitian ini ditemukan pasien dengan diagnosa hipertensi mendapat infus NaCl dan infus ringer laktat yang banyak mengandung ion natrium dan kalium. Prinsip pengobatan hipertensi dimana harus dilakukan modifikasi pola hidup yang diantaranya adalah dengan mengurangi asupan natrium dan mempertahankan asupan kalium yang adekuat, selain itu pemberian infus tersebut dapat mengurangi efek antihipertensi.

10. DC dan Diabetes Melitus (DM)

Tabel XVI. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan diabetes melitus pada pasien dewasa a dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat							Jumlah pasien
		Gliben	Gliku	RI	Mono	Dig	Fur	Asp	
10	DC	-	-	-	-	+	+	+	3
	DM	+	+	+	+	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+	= Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya	RI	= Reguler Insulin
No K	= Nomor Kasus	Mono	= Monotard
DC	= Decompensatio Cordis	Dig	= Digoksin
DM	= Diabetes Melitus	Fur	= Furosemid
Gliben	= Glibenklamid	Asp	= Aspar K
Gliku	= Glikuidon		

Diabetes mellitus (DM) adalah sindroma klinis heterogen ditandai peninggian kadar glukosa darah (hiperglikemia) kronik akibat defisiensi insulin, relatif atau absolute (WHO, 1985; Unger & Foter, 1992).

Kerangka utama penatalaksanaan diabetes mellitus adalah perencanaan makan, olah raga atau aktivitas dan bila perlu obat antidiabetes (antidiabetika). Antidiabetika hanya merupakan salah satu sarana yang teerkadang digunakan dalam penatalaksanaan diabetes mellitus (Donatus, 1995).

Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan obat untuk pasien dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dengan komplikasi diabetes melitus sudah tepat, akan tetapi pemilihan jenis antidiabetik pada beberapa pasien masih terlihat belum tepat.

Untuk pasien yang pertama kali akan mendapatkan insulin, sebaiknya selalu dimulai dengan insulin yang kerjanya cepat dan dosis mulai dari yang rendah, kemudian perlahan-lahan dinaikan. Bila sudah terkontrol dengan dosis tertentu, baru dipertimbangkan untuk menggantinya dengan preparat-preparat yang kerjanya lebih lambat (NPH atau Monotard) (Anonim, 1982).

Adapun antidiabetika oral yang sering digunakan sebagai terapi tunggal dalam penelitian ini adalah dari golongan sulfonilurea. Sulfonilurea memang relatif lebih aman dan kejadian efek samping yang berupa asidosis laktat lebih kecil dibandingkan dengan golongan biguanida. Adapun jenis sulfonilurea yang diresepkan antara lain glibenklamida dan gliquidon. Kedua obat ini kerjanya sangat kuat sehingga diberikan pada hari yang berbeda. Walaupun diberikan pada

hari yang berbeda namun kerja kedua obat ini sama jadi dapat disimpulkan pemberian obat kurang tepat.

Pada umumnya terapi dengan sulfonilurea dimulai dari obat yang mempunyai resiko hipoglikemia kecil, aksi pendek sampai yang mempunyai resiko hipoglikemia besar aksi lama (Tjay, 1991).

Berdasarkan literature untuk pasien lanjut usia dianjurkan menggunakan preparat yang waktu paruhnya singkat seperti tolbutamida dan glikuidon (Anonim, 1999).

Dari uraian literature diatas dapat disimpulkan penggunaan obat glibenklamid dan glikuidon tidak tepat karena kedua obat ini merupakan obat yang mempunyai resiko hipoglikemia besar padahal dalam literature pengobatan atau terapi dengan sulfonilurea dimulai dari obat yang mempunyai resiko hipoglikemia kecil.

11. DC dan Dispepsi

Tabel XVII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan dispepsia pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat					Jumlah pasien
		Sip	Ant	Dig	Fur	Asp	
11	DC	-	-	+	+	+	2
	Dispepsi		+	-	-	-	
		+					

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

+ = Obat diberikan tanpa disertai dosisnya

No.K = Nomor Kasus

DC = *Decompensatio Cordis*

Dig = Digoksin

Fur = Furosemida

Ant = Antasida

Sip = Siprofloksasin

Asp = Aspar K

Dari tabel diatas dapat dilihat ada 2 penderita dengan diagnosa utama *Decompensatio Cordis* dengan komplikasi dispepsia yang mana masing-masing pasien mendapatkan 7 macam terapi obat.

Untuk pengobatan dispepsia diberi obat antasida.. Antasida bekerja lama dalam lambung, sehingga sebagian besar tujuan pemberian obat tercapai. Manfaat sediaan campuran dengan sediaan tunggal belum jelas benar. Kapasitas penetralan campuran mungkin belum sama, selain itu kompleks obat tersebut tidak menunjukkan manfaat khusus.

Dari hasil penelitian ini dapat dikatakan adanya persepsan berlebih yaitu pada pemberian siprofloksasin sebagai antibiotik karena pasien tidak terdiagnosa adanya infeksi.

12. DC dan Cirosis Hepatic (CH)

Tabel XVIII. Jenis obat yang digunakan untuk *Decompensatio Cordis* dan cirosis hepatic pada pasien dewasa dan lansia selama bulan Januari-Desember 2003 di RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.K	Diagnosa	Nama Obat					Jumlah pasien
		Spironolakton	Infus	Digoksin	Furosemid	Aspar K	
12	DC	-	-	+	+	+	2
	CH	+	maltosa	-	-	-	

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

Keterangan :

- + = Obat diberikan tanpa dituliskan dosisnya
- No.K = Nomor Kasus
- DC = Decompensatio Cordis
- CH = Cirosis Hepatis

Tabel XVIII menunjukkan jenis obat yang diresepkan pada pasien dengan diagnosa cirosis hepatic. Penatalaksanaan cirosis hepatic pada penelitian ini



belum tepat. Spironolakton merupakan diuretic yang diberikan untuk mengobati gejala asites dan edema.

Tabel XIX. Prosentase tepat dan tidak tepatnya pola pengobatan pada 12 kasus pasien *Decompensatio Cordis* dan penyakit yang menyertainya dengan standar pelayanan medik RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2003 di Instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul.

No.	Jenis Kasus	Pola pengobatan	
		Tepat	Tidak tepat
1	DC	-	+
2	DC+IHD	-	+
3	DC+IHD+KP	+	-
4	DC+IHD+ISK	-	+
5	DC+RI	+	-
6	DC+RI+BP	-	+
7	DC+RI+ Anemia	+	-
8	DC+Anemia	+	-
9	DC+HT	+	-
10	DC+DM	-	+
11	DC+Dispepsia	-	+
12	DC+CH	+	-
	TOTAL	50%	50%

Sumber : Bagian Rekam Medik RSD Panembahan Senopati Bantul

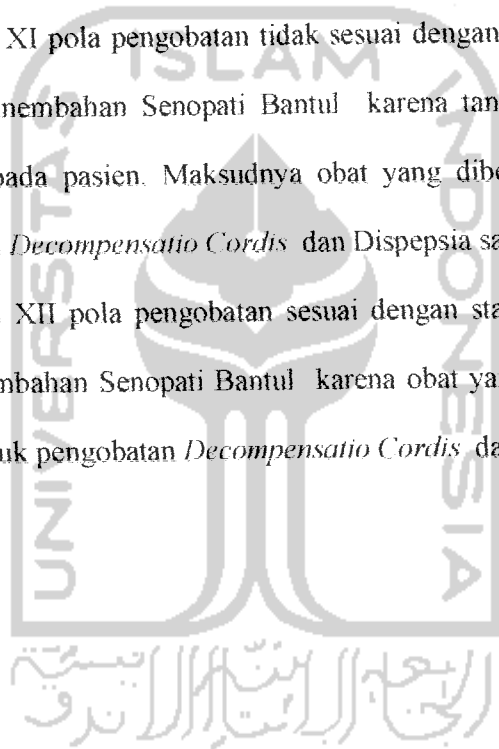
Dari tabel XIX dapat dilihat :

1. Pada pasien diagnosa *Decompensatio Cordis* saja pola pengobatan yang dilakukan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* saja.
2. Pada kasus II pola pengobatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan *Ischemic Heart Disease* saja.
3. Pada kasus III pola pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai

dengan diagnosa pasien *Decompensatio Cordis, Ischemic Heart Disease* dan *Kor Pulmonale*.

4. Pada kasus IV pola pengobatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis, Ischemic Heart Disease* dan Infeksi Saluran Kemih saja.
5. Pada kasus V pola pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai dengan diagnosa pasien *Decompensatio Cordis* dan *Renal Insufisiensi*.
6. Pada kasus VI pola pengobatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis, Renal Insufisiensi* dan *Bronkopneumonia* saja.
7. Pada kasus VII pola pengobatan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai dengan pengobatan *Decompensatio Cordis, Renal Insufisiensi* dan anemia.
8. Pada kasus VIII pola pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan anemia.

9. Pada kasus IX pola pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan Hipertensi .
10. Pada kasus X pola pengobatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan Diabetes mellitus saja.
11. Pada kasus XI pola pengobatan tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena tanpa adanya diagnosa obat diberikan pada pasien. Maksudnya obat yang diberikan tidak hanya untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan Dispepsia saja.
12. Pada kasus XII pola pengobatan sesuai dengan standar pelayanan medik di RSD Panembahan Senopati Bantul karena obat yang diberikan sudah sesuai dengan untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* dan *Cirosis Hepatic* .



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian ini maka dapat disimpulkan bahwa :
 - a. Pasien *Decompensatio Cordis* dan penyakit yang menyertainya berdasarkan umur dan jenis kelamin kebanyakan diderita oleh pasien perempuan usia lanjut (>65 tahun) dengan prosentase 36%.
 - b. Variasi jumlah obat antara 1- 12 macam untuk setiap resep.
 - c. Cara pemberian obat secara peroral 99,97% sedangkan parenteral 99,92%.
 - d. Untuk pengobatan *Decompensatio Cordis* menggunakan digitalis contohnya digoksin, dan diuretic contohnya furosemid.
2.
 - a. Lama perawatan berkisar antara 1- 22 hari.
 - b. Jenis tes laboratorium yang dilakukan antara 1- 8 macam
 - c. Distribusi keadaan pulang meliputi SI 80,77%, BS 34,44%, dan PP 10% sedangkan pasien yang meninggal 23,6%.
3. Pola pengobatan penyakit *Decompensatio Cordis* dan penyakit yang menyertainya pada pasien dewasa dan lanjut usia di instalasi rawat inap RSD Panembahan Senopati Bantul 50% tepat dengan standar pelayanan medik RSUP Dr. Sardjito dan 50% tidak tepat dengan standar pelayanan medik RSUP Dr. Sardjito.



B. Saran

1. Perlu penelitian lebih lanjut mengenai kerasionalan, misalnya dalam hal ketepatan indikasi dan ketepatan penderita.
2. Perlu adanya penelitian lebih lanjut mengenai penggunaan obat bagi penderita *Decompensatio Cordis* demi mewujudkan adanya standar pelayanan medik yang lebih lengkap.
3. Polifarmasi pada lansia dengan keterbatasan fisiologik dalam metabolisme obat menyebabkan rawan terhadap efek samping, interaksi dan keracunan obat. Oleh karena itu perlu pertimbangan yang matang dalam penulisan resep dan penggunaan obat.
4. Perlu kerjasama yang baik antara dokter dan apoteker untuk mencegah terjadinya pengobatan yang tidak rasional melalui beberapa usaha diantaranya dengan melakukan MESO (*Monitoring Efek Samping Obat*).

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 1982, *Kapita Selekta Kedokteran*, Junadi,P., Soemasto, A.S., Amelz, H., (Eds.), Edisi 2, Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Anonim, 1998, *Standar Pelayanan Medis RSD Panembahan Senopati Bantul*, Edisi 1, Medika Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta, 47.
- Anonim, 1999, *Kapita Selekta Kedokteran*, Mansjoer, A., Triyanti, K., Savitri, R., Wardhani, W.I., Setiowulan, W.,(Eds.), Edisi 3, Jilid I, Media Aesculapius, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.
- Anonim, 2000 a, *Informatorium Obat Nasional Indonesia 2000*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Anonim, 2000 b, *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi III jilid 2, Medika Aesculapius Fakultas Kedokteran UI, Jakarta
- Anonim, 2000 c, *Standar Pelayanan Medis RSUP Dr. Sardjito*, Edisi 2, Medika Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta, 87-89.
- Anonim, 2001, *ISO Indonesia*, Edisi Farmakoterapi, ISFI, Jakarta.
- Azwar, A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi III, Binapura Aksara, Jakarta, 15-16.
- Barads, F., *Mencegah Serangan Jantung dan Menekan Kolesterol*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Gitawati, R., Sukosediaty, N., Sampurno, O.D., Lastari, P., 1996, Jenis Informasi yang Dapat diperoleh dari Rekam Medik di Beberapa Rumah Sakit Umum Pemerintah, *Cermin Dunia Kedokteran*, **Nomor 112**, 49-53.
- Hardiman,A., 2001, *Definisi peran Rumah Sakit dalam paradigma sehat*, Fatmawati Journal Healt.
- Harrison, 2000, *Prinsi-prinsip Ilmu Penyakit Dalam*, diterjemahkan oleh Ahmad Ashadie, EGC, Jakarta.
- Husadha, Y., 1997, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, jilid I, edisi III, EGC, Jakarta.

- Hull, A., 1996, *Penyakit Jantung, Hypertensi dan Nutrisi*, cetakan ke-2, penerjemah Wendra Ali, Bumi Aksara, Jakarta
- Jamal, S., Hestining, P., Raharni, 2000, Karakteristik Lansia yang dirawat di Rumah Sakit Kelas a dan B, *Buletin Penelitian Kesehatan*, **Volume 28, Nomor 1**, 369-375
- Margatan, A., 1996, *Mewaspada Penyakit Jantung, Serangan Penyakit Jantung Koroner. Kelainan Jantung Bawaan. Sakit Jantung Anak. Jantung Usia Lanjut*, cetakan ke-2, CV. Aneka Solo Jakarta.
- Massoud, N., 1984. Pharmacokinetic Consideration in Geriatric Patients in Bennet, I. Z., Massoud, N., Gambertoglio, J.G., (Eds.), *Pharmacokinetic Basic for Drug Treatment*, Raven Press, New York, 283-305.
- Mustofa, 1995, Pemakaian Obat Pada Usia Lanjut, *Buletin ISFI Yogyakarta*, **Volume 2, Nomor 2**, 1-13.
- Nawawi, H., 1995, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, cetakan ke-7, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Kristinus, Danu, S.S., Pabandari, Y.s., 2002, *Pengetahuan Penggunaan Obat Rasional Mahasiswa Tingkat Sarjana dan Profesi di Fakultas Kedokteran Unisula Semarang*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.
- Pathak, D.S., Menlhold, J.M, ana Fisher, D.J., 1980, *Research Design Sampling Technifues*, Am. J. Hosp Phar.
- Partodimulyo, S., 2001, Prospek Rumah Sakit Lansia di Indonesia dalam Naskah Lengkap “ *Seminar Successful Aging (Tua Berguna) 2001*”, Jogja Aging Center, UGM, Yogyakarta,91-96.
- Quick,J.D., Hume, M.L., Rannkin, J.R., 1997, *Managing Drug Supplay. Revised and Expanded*, Kumarin Press West Harfford
- Semla, T.P., Beizer, J.L., Higbee, M.D., 2002, *Geriatric Dosage Handbook*, 7th Edition, Lexi-comp. Inc, Hudson, Ohio.
- Soeparman, 1989, *Ilmu Penyakit Dalam*, jilid I, Edisi ke-2, Penerbit Balai penerbit FKUI, Jakarta.
- Setiawati, A., Suyatna, F.D., 1995, Antiangina dalam Ganiswara, S.G.,(Ed), *Farmakologi dan Terapi*, Edisi 4, Fakultas Kedokteran UI, Jakarta.

- Santosa, N. I., 1993, *Proses Keperawatan Pada Pasien dengan Gangguan Sistem Kardiovaskuler*, Depkes RI, Jakarta.
- Santoso, B., 1995, *Efek Samping Obat*, edisi ke-2, Depkes RI, Jakarta.
- Sitepoe, M., 1993, *Kolesterol Fobia Keterkaitanya dengan Penyakit Jantung*, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeharto, I., 2001, *Penyakit Jantung Koroner*, cetakan ke-2, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeharto, I., 2002, *Kolesterol dan Lemak Jahat Kolesterol dan Lemak Baik dan Proses Terjadinya Serangan Jantung dan Stroke*, cetakan ke-2, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Soeharto, I., 2002, *Kolesterol dan Lemak Jahat Kolesterol dan Lemak Baik dan Proses Terjadinya Serangan Jantung dan Stroke*, cetakan ke-2, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Sri Suryawati, 1995, Farmakokinetika dan Interaksi Obat dalam Sri Suryawati, (Eds.), *Efek Samping Obat*, edisi 2, Pusat Studi Farmakologi Klinik dan Kebijakan Obat UGM, Yogyakarta, 245-270.
- Thalisah, 2003, Pola penggunaan obat pada penderita hepatitis akut di Instalasi rawat inap RS Sardjito tahun 2001-2002, *skripsi*, hal 22-23.
- Tjay, T. H., dan Raharja, K., 1978, *Obat-Obat Penting Khasiat Penggunaan dan Efek Samping*, edisi ke-5, cetakan ke-2, Depkes RI, Jakarta, 548-571.
- Wattimena, J.R., 1991, *Farmakodinami dan Terapi Antibiotik*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Lampiran 1. Berbagai Penyakit dan obat-obat yang digunakan pada penyakit DC dan penyakit yang menyertainya

No	Penyakit	Obat
1	Decompensasio cordis	Furosemide Digoxin KCl
2	IHD	ISDN Asetosal
3	Kor pulmonale	Asetosal Teofilin
4	Infeksi Saluran Kemih	Ampisilin Siprofloksasin
5	Renal insufisiensi	CaCO ₃
6	Bronkopneumonia	Aminopilin Siprofloksasin Ambrokol Farnasal
7	Anemia	Asam folat
8	Hipertensi	Nifedipin Kaptopril Doksosin Tiasid
9	Diabetes Melitus	Glibenklamid Glikuidon Reguler insulin Monotard
10	Dispepsia	Siprofloksasin Antasida
11	Cirosis hepatic	Spironolakton

Lampiran 2. Obat-obat yang digunakan selama perawatan pasien Decompensatio Cordis

	Jenis Obat	Kandungan Nama Generik	Nama Dagang
1	Antihipertensi a. Ca - Antagonis b. ACE - Inhibitor c. Vasodilator Koroner d. Anti aritmia e. Alpha Bloker f. Beta Bloker	Nifedipin Kaptopril Isosorbid dinitrat Lidokain Doksazozin Tiazid	Difedipine Kaptopril Isosorbide Dinitrat Lidocaine - -
2	Inotropik positif Glikosida jantung	digoksin	
3	Antiangina	ISDN Nifedipin	ISDN Nifedipine
4	Diuretikum	Furosemid Spironolakton	Lasix Farsix Carpiaton
5	Antibiotik	Ampisilin Siprofloksasin Gentamisin	
6	Kortikosteroid	Prednisolon Dexametazon	
7	Antiplatelet	Asetosal	Farmasal Aspilet Aspirin
8	Obat metabolisme a. mineral b. Elektrolit	K-L- Aspartat KCl NaCl	Aspar K KSR
9	Pengganti plasma	Dextrosa	
10	Antitukak	Aluminium hidroksida	Antasida
11	Antituberculosis	Rifampisin Isoniazid	Rifadin dan rimactane INH
12	Psikofarmaka	Diazepam	Valisanbe.diazepam Valium Validek
13	Mukolitik	Ambrokol Bromheksin	Ambroxol Farmavon
14	Antiasma dan bronkodilator	Teofilin Salbutamol Aminopilin	Ventolin
15	Syok dan hipotensi	Epinefrin Dexametason	

Lampiran 3. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC pada pasien dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					Lain-lain	
							Anti HIT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM		Anti asma
1	206121	40	DC, renal		4	SI		Farsin [®] 1amp 100cc Carpiaton [®] 4X50mg	Cyproflor [®] 4X1/2	NaCl [®] 100ml 4	Aminopilin [®] 3X1/2 Salbutamol [®] 3X1/2		
2	228130	37	DC, HIT		3	BS		Captopril [®] 2X0,25mg Nifedipin [®] 3X1	Lasin [®] 1X1	Int' NaCl [®] I	Salbutamol [®] 3X1/2 Aminopilin [®] amp I		
3	228469	32	DC		6	SI		Digoxin [®] 2X1	Furosemid [®] Carpiaton [®]	Aspar K [®] 2X1 D 5% II		Antazid [®]	
4	228350	16	DC, sesak nafas		1	SI		Digoxin [®] 2X1/2			Salbutamol [®] 3X1/2		
5	219250	50	DC		7	SI		Captopril [®] 3X12,5mg	Lasin [®] 1X1	Aspar K [®] 2X1			
6	126434	54	DC, IHD		6	SI		Captopril [®] 3X1 ISDN [®] 3X1	Farsin [®] 1X1	Aspar K [®] 1X1			Guaramirin [®] 1X1 Cefotaxim [®] 2X1
7	217730	60	DC, syok kardiografi		2	SI		Digoxin [®] 2X1/2	Lasin [®] 3X1	Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X2mg Aminopilin [®] 4X100mg		

Lampiran 3. Lanjutan

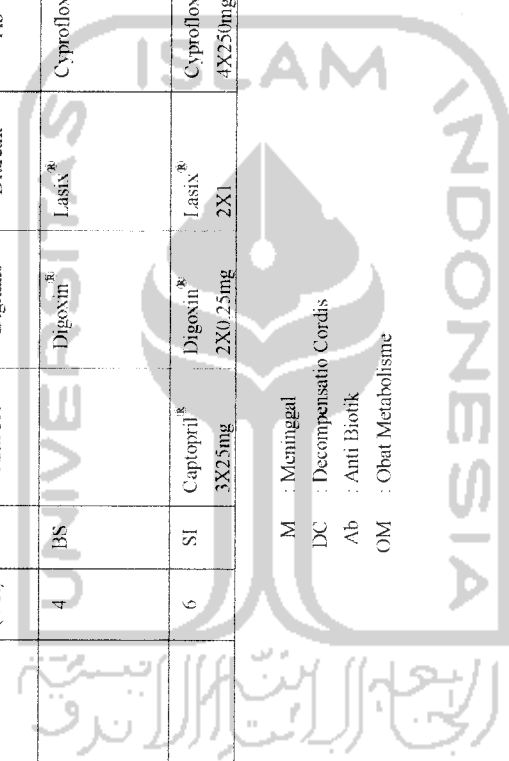
No. urut	No. medical record	Umar (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	DC DEWASA 12-65 TAHUN							
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain- lain	
8	227353	64	DC, sesak nafas		8	SI				Cyproflor [®] 4X250mg			Sammol [®] 3X1 Acitrac [®] 3X1/2	
9	227186	60	DC		3	BS	Captopril [®] 3X25mg ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 2X0,25mg	Lasix [®] 2X1	Cyproflor [®] 4X250mg	Aspar K [®] 2X1			
10	217221	60	DC		5	SI		Digoxin [®] 2X1	Furosemid [®] 3X2	Cyproflor [®] 4X1/2	Aspar K [®] 3X1	Aminopilin [®] 4X100mg	Dulcolax [®] Arealion [®] 2X1	
11	200847	60	DC, IHD, BP		9	SI		Digoxin [®] 2X1/2	Carpation [®] 2X50mg Carpation [®] 3X1/2	Cyproflor [®] 4X1/2	NaCl [®]	Salbutamol [®] 4X1/2	Antasid [®] 4X1/2 Anvomen [®] 3X1	
12	224201	62	DC		6	SI	Captopril [®] 2X6,25mg ISDN [®] 3X250mg		Fursix [®]	Cyproflor [®] 2X500mg	Aspar K [®] Dextro [®]		Farmasal [®] 2X1	
13	169088	58	DC, RI		2	SI	Captopril [®] 2X6,25mg	Digoxin [®]		Cyproflor [®] 2X500mg				Farmasal [®] 2X1

Lampiran 3. Lanjutan

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	DC DEWASA 12-65 TAHUN					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
14	176284	65	DC nafas		4	BS	Digoxin [®]	Lasix [®]	Cyproflor [®]	Aspar K [®] 2X1 RL	Salbutamol [®]	
15	192168	38	DC		6	SI	Captopril [®] 3X25mg	Digoxin [®] 2X0.25mg	Lasix [®] 2X1	Cyproflor [®] 4X250mg	Aspar K [®] 2X1	

SI : Sembuh Membaik Dijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti Biotik
 OM : Obat Metabolisme



Lampiran 4. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC pada pasien Lansia

No. urut	No medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat								
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain		
1	190749	84	DC		4	SI	Captopril [®] 2X6,25mg ISDN [®] 3X1	Digoxin [®] 2X1/2	Lasin [®] 2X1		Aspar K [®] 2X1				
2	187598	75	DC, sesak		3	SI	Digoxin [®] 2X1/2	Digoxin [®] 3X1	Lasin [®] 3X1		Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X1/2			
3	219340	70	DC, asma		4	SI	Captopril [®] 2X6,25mg	Digoxin [®] 2X0,25mg	Lasin [®] 2X1		Aspar K [®] 2X1	Salbutamol [®] 3X1/2			
4	218036	75	DC		1	SI	Digoxin [®] 3X1/2	Digoxin [®] 3X1/2							
5	209519	81	DC, asma		3	SI	Digoxin [®] 2X1/2	Digoxin [®] 2X1/2	Lasin [®] 2X1		Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X2mg Aminopilin [®] 3X1/2			
6	220788	75	DC, sesak		4	SI	Digoxin [®] 2X1	Digoxin [®] 2X1			NaCl [®] 100cc	Salbutamol [®] 2X1			inlus set mikro
7	222205	75	DC		7	SI	ISDN [®] 3X1/2		Furosemid [®] 2X1		KCl [®] 3X1				
8	223960	80	DC		6	SI		Digoxin [®] 2X1	Farsin [®] 2X1 Carpiaton [®] 2X1/2		Aspar K [®] 2X1 NaCl [®]	Aminopilin [®] 4X1/2 Salbutamol [®] 4X1/2			Antasida [®]

Lampiran 4. Lanjutan

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	DC LANSIA > 65 TAHUN					Jenis obat			
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain		
9	183718	69	DC, S,ok,BP		10	SI	Captopril [®] 2X1/2 ISDN [®] 3X5mg	Digoxin [®] 2X1/2	Fasix [®] 1X1/2	Cyproflax [®] 2X500mg Aminop [®] 4x100mg	Aspar K [®] 1X1	Salbutamol [®] 3X2mg	INH [®] 1X1 Farmasal [®] 2x1/hr		
10	235500	70	DC, asma		7	SI		Digoxin [®] 2X1/2	Furosemid [®] 1X1	Furosemid [®]	Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 3X1/2 Aminopilin [®] 2X1/2			
11	211115	65	DC, nafas lemah, HT		3	PP	Captopril [®] 2X1 ISDN [®] 2X1	Digoxin [®] 2X1/2	Furosemid [®] 2X1	Furosemid [®]	Aspar K [®] 2X1	Salbutamol [®] 3X1	Infus NaCl [®]		
12	218959	70	DC		22	BS			Furosemid [®] 1X1	Furosemid [®]	KCl [®] 1X1		Terface [®] 1X1 Kalrex [®] 2X1		
13	228586	70	DC, sesak nafas, sakit perut		4	SI	Captopril [®] 2X1	Digoxin [®] 2X1/2	Furosemid [®] 2X1	Cyproflax [®] 2X1	Aspar K [®] 2X1				
14	218611	70	DC, sesak nafas		4	SI	Captopril [®] 3X200mg	Digoxin [®] 2X1	Furosemid [®]	Cyproflax [®] 200mg	Aspar K [®] KCl		Farmasal [®]		

Lampiran 4. Lanjutkan

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	DC LANSIA > 65 TAHUN					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
15	230727	70	DC, IHD, anemia		7	SI		Lasix [®] 3X1 Carpiton [®] 4X1/2	Cyproflor [®] 2X1	Aspar K [®] 3X1		Convulsan [®] 2X1 Parascamol [®] 3X1
16	232127	69	DC, sesak Nafas, BP		10	SI	Digoxin [®] 2X1/2	Furosemid [®] 1X1	Cyproflor [®] 4X1/2		Aminopilin [®] 4X1/2 Salbutamol [®] 4X1 Mukosulfan [®]	
17	120092	68	DC		5	PP	Captopril [®]	Lasix [®]	Cyproflor [®] 2X500mg	Aspar K [®] 3X1		
18	230735	70	DC, IHD, anemia		10	SI	Captopril [®]	Farsin [®] 1X1 Carpiton [®]		Aspar K [®] 1X1		
19	229997	60	DC, HT, BP		3	BS	Captopril [®] 3X0,25mg		Cyproflor [®] 2X1			Imodium [®] 3X1 Plantazid [®] 4X1
20	215767	80	DC, sesak napas		5	SI	Captopril [®] 2X6,25mg	Lasix [®]		Aspar K [®]	Salbutamol [®]	

SI : Sembuh Membek Dijnkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

Lampiran 5. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	DC+IHD DEWASA 12-65 TAHUN					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
1	219131	43	DC, sesak nafas	IHD	4	SI		Digoxin [®] 1X1	Furosemid [®]	Aspar K [®] 1X1		Plarasio [®] 3X,5% Aspilet [®] 2X1 Inlus D5, S4 III
2	206924	50	DC, syok	IHD	5	SI	Captopril [®] 1X2,5mg ISDN [®] 2X5mg	Digoxin [®] 3X1	Furosemid [®] Carpaton [®] 4X1/2			Aspliat [®] 2X1 Primforan [®] 3X1
3	229068	55	DC, IHD	IHD	7	BS	Captopril [®] 3X0,25mg	Digoxin [®] 2X0,25mg	Cyproflor [®] 4X250mg	Aspar K [®] 2X1	Amimoplin [®] 1mg	Mokusulfan [®] 3X1
4	169088	58	DC, IHD	IHD		SI						Parasctamol [®] 3X500mg
5	222705	61	DC, sesak nafas	IHD	9	SI	ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®]	Farsin [®]	Aspar K [®]		Argin [®]
6	226652	60	DC	IHD	7	SI	Captopril [®] 3X12,5mg ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®]	Furosemid [®] 1X1	Cyproflor [®] Aspar K [®] 1X1		

SI : Sembuh Membek Drijkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 IHD : Ischemic Heart Disease

DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

Lampiran 6. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IFD) pada pasien Lansia

No. urut	No medical record	Umrur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain- lain
1	157884	55	DC, HT, IHD	IHD	2	SI	Captopril [®] 3X1	Digoxin [®] 2X1	Lasix [®] 3X1	Cyproflon [®] 4X250mg	Aspar K [®] 3X1	Aspilet [®] 2X1	
2	218287	80	DC, sesak nafas		3	SI	Tiazid [®] 3X1 Captopril [®] 3X12,5mg	Digoxin [®] 2X1	Lasix [®] 3X1	Cyproflon [®] 4X250mg	Aspar K [®] 2X1		
3	221209	70	DC, sesak nafas	IHD	2	SI	ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 3X1/2	Farsix [®] 3X1	Cyproflon [®]	Aspar K [®] 3X1	Aminoptilin [®] 3X1/2 Salbutamol [®] 2X1/2	Diazepam [®] 2X1 makosulvan [®]
4	223685	78	DC	IHD	6	BS	Captopril [®] 3X1 ISDN [®] 3X30mg		Furosemid [®] 1X1		Aspar K [®] 3X1		
5	200569	65	DC, IHD, BP	IHD	2	BS			Farsix [®] 1X1		Aspar K [®] 1X1	Aminoptilin [®] 4X1/2 Salbutamol [®] 4X1/2	
6	222882	80	DC, IHD, HT	IHD	8	SI	Captopril [®] 3X12,5mg Nifedipin [®] 3X5mg Tiazid [®] 1X1/2		Farsix [®] 1X1		Aspar K [®] 1X1	Aminoptilin [®]	

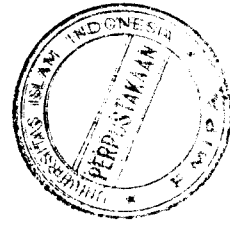
Lampiran 7. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, KP pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti IIT	Digitalis	Djuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain- lain
1	227471	61	DC, anemia	IHD, KP	5	SI		Digoxin [®] 2X1/2			NaCl [®] 100ml	Salbutamol [®] 4X1/2 Aminopilin [®] 4X1/2	Antazid [®] 4X1 Plantazid [®] 3X1

SI : Sembuh Membaik Dijanjikan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease
 KP : Kor Pulmonale



Lampiran 8. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, KP pada pasien Lansia

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						Lain- lain		
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma			
1	220442	83	DC, sesak nafas	IHD, KP	4	SI	Captopril [®] 2X6,25mg		Farsix [®] 1X1			Aspar K [®] 1X1			
2	218852	65	DC, anemia	IHD, KP	7	SI	ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 2X1/2	Farsix [®] 3X1	Cyprollon [®] 4X1/2		Aspar K [®] 3X1 KCI [®]			
3	228741	70	DC, sesak nafas	IHD, KP	5	SI			Lasix [®]	Cyprollon [®] 4X1/2		Aspar K [®] 1X1	Salbutamol [®] 4X1/2 Aminopitin [®] 4X1/2	Sisterol [®] 3X1 Mukostulfan [®] 4X1	
4	102488	76	DC, ISK	IHD, KP	11	M	ISDN [®] 3X1/2		Farsix [®] 1X1	Cyprollon [®] 2X500mg Ampicilin [®]		Aspar K [®] 1X1		Kaltrolen [®] 2X500mg Alganax [®] 2X1	

SI : Sembuh Membaik Dijtinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik

OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease

KP : Kor Pulmonale

ISK : Infeksi Saluran Kemih

Lampiran 9. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, ISK pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat								
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain		
1	227291	40	DC, DM	IHD, ISK	10	BS	Captopril [®] 3X250mg	Digoxin [®] 2X0.125mg	Fasix [®] 1X1	Cyproflax [®] 4X250mg	Aspar K [®] 1X1 NaCl 0,9%				
2	228139	55	DC, hepato megal	IHD, ISK	9	SI		Fasix [®] 1X1/2	Cyproflax [®] 4X1/2	Int' NaCl [®]		Antiazid [®] 4X1 Lipasil [®] 4X1			
3	234015	60	DC, HT, muntah	IHD, ISK	2	SI	Captopril [®] 3X12mg		Fasix [®] 1X1/2	Cyproflax [®] 4X1/2 Cyproflax [®] 2X1	Aspar K [®] 1X1	Salbutamol [®] 3X1 Aminopilin [®] 3X200mg	Valisante [®] 2X5mg Mukosulfan [®] 3X1		
4	209736	55	DC	IHD, ISK	9	SI									
5	220798	60	DC, renitis,	IHD, ISK	5	SI	Captopril [®] 2X1/4 ISDN [®] 3X1	Digoxin [®] 2X1	Fasix [®]		Aspar K [®] 2X1 Dextro [®]		Diazepam [®] Librav [®] 2X1		

SI : Sembuh Membaik Dijinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik

OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease

ISK : Infeksi Saluran Kemih

Lampiran 10. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, IHD, ISK pada pasien Lansia

No. urut	No medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti HT	Digitalis	Ditretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain
1	223739	84	DC, sesak nafas, hapatomegali	IHD, ISK	6	SI	Digoxin [®]	Digoxin [®]	Farsin [®]	Amox [®]	Aspar K [®]		
2	225974	81	DC, HT	IHD, ISK	7	SI	Captopril [®] 3X0,125mg ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®]	Lasin [®]		Aspar K [®]		
3	198526	69	DC, HT	IHD, ISK	8	SI	Captopril [®] 200mg ISDN [®]	Digoxin [®]	Furosemid [®]	Cyproflon [®]	Aspar K [®]	Salbutamol [®]	

SI : Sembuh Membaik Dirjukan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti Biotik

OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease

HT : Hipertensi

RI : Renal Insufisiensi

Lampiran 11. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti HT	Digitalis	Ditretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain
1	217240	25	DC, syok Kardiografi	RI	3	BS	Tiazid [*] 3X1	Digoxin [*] 1X1	Lasix [*] 4X1 Carpiaton [*] 4X1/2	Cyproflor [*] 4X1/2	Aspar K [*] 4X1		

SI : Sembuh Membaik Dijinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Putang Paksa

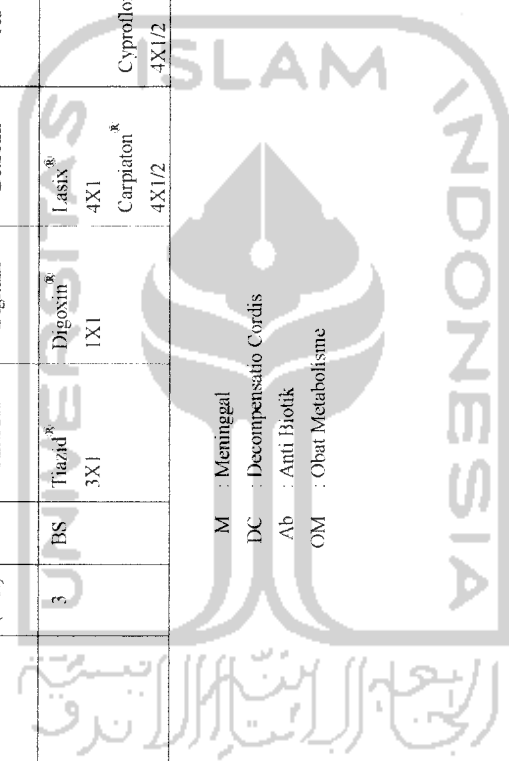
M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti Biotik

OM : Obat Metabolisme

RI : Renal Insufisiensi



Lampiran 12. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI pada pasien Lansia

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					
							Anti HT	Digitalis	Ditretik	Ab	OM	Anti asma
1	219894	67	DC, IHD	RI	8	SI			Cyproflor [®] 4X1/2		Aminopilin [®] 4X1/2 Salbutamol [®] 4X1/4	GG [®] 3X1/2 Arecation [®] 2X1 Chivomen [®] 3X1 Hepasil [®] 4X1 Arginin [®]
2	214433	76	DC, IHD	RI	14	SI	Captopril [®] 2X1 ISDN [®] 3X1	Digoxin [®]	Furosemid [®] Carpiaton [®] 4X1/2	Cyproflor [®] 4X1/2	Aspar K [®] 1X1	
3	214231	80	DC, IHD	RI	10	SI	Captopril [®] 2X1	Digoxin [®]	Lasix [®]		Aspar K [®] 1X1	

SI : Sembuh Membaik Dijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa
 M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti Biotik
 OM : Obat Metabolisme
 RI : Renal Insufisiensi
 IHD : Ischemic Heart Disease

Lampiran 13. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, BP pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
1	227918	40	DC, sesak nafas, anemia	RI, BP	6	BS	Digoxin [®] 2X0,25 mg	Lasix [®] 2X1		Aspar K [®] 2X1	Salbutamol [®] 3X1/2	
2	220159	48	DC	RI, BP	1	SI		Lasix [®] 100cc3amp		Aspar K [®] 3X1		
3	188862	55	DC, asma	RI, BP	10	SI	ISDN [®] 3X1/2			NaCl II RL II		Mukosulfan [®] 4X1 Nemogen [®] 3X1 Neurogen [®] 3X1
4	237024	62	DC, ISK RI	RI, BP	7	SI	Captopril [®] 2X0,25mg ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 2X0,25 mg Farsin [®] Carpiaton [®]	Cyproflorox [®] 4X1/2	Aspar K [®] 4x1 tablet KCl [®] 3X1	Salbutamol [®] 3X1/2 Aminopilin [®]	GG [®] 3X1 Antazid [®] 3X1
5	223946	63	DC, IHD	RI, BP	8	BS	Captopril [®] 3X12,5mg ISDN [®] 3X500mg	Lasix [®] IX1 Carpiaton [®]		Aspar K [®]		Farmasal [®] 2X1/2

SI : Sembuh Membaik Dijrnkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti Biotik

OM : Obat Metabolisme

RI : Renal Insufisiensi

IHD : Ischemic Heart Disease

ISK : Infeksi Saluran Kemih

BP : Bronkopneumonia

Lampiran 14. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, BP pada pasien Lansia

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat								
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain- lain		
1	219023	65	DC	RI, BP	2	SI								Salbutamol [®] 3X1/2 Aminopilin [®]	Kalmoxilsa [®] 3X1 GG [®] 3X1
2	224572	75	DC	RI, BP	5	SI		Digoxin [®] 2X0.25mg	Lasix [®] 1X1	Cyproflor [®] 4X250mg	Aspar K [®] 2X1			Aminopilin [®] Salbutamol [®]	Mukosulfan [®] 3X1 Samol [®] 3X1
3	138447	80	DC, febris, BP	BP, RI	1	M	ISDN [®] 3X1			Cyproflor [®] 2X500mg					Ambrokal [®] 3X1
4	236628	78	DC, sesak nafas	BP, RI	2	M		Digoxin [®] 1X0.25mg	Furosemid [®] 1X1						Garamirin [®] Ambrokal [®] 3X1 Sisterol [®] 3X1/2
5	228617	75	DC, anemia sesak	RI, BP	6	SI	Captopril [®]	Digoxin [®]	Lasix [®]	Cyproflor [®]	Aspar K [®]			Salbutamol [®]	Farnasal [®] 3X1
6	218410	65	DC	BP, RI	7	SI	Captopril [®] ISDN [®] 3X1		Farsix [®]	Cyproflor [®] 2X500mg	Aspar K [®]			Salbutamol [®]	Farnasal [®]

Lampiran 14. Lanjutan

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain
7	193880	77	DC, DM, cardiomegali	RI, BP	7	SI	Captopril [*] 3X200mg	Digoxin [*] 1X1/2	Farsin [*] 1X1		Aspar K [*] 1X1		Capiflox [*] 4X250mg Metimic [*] 2X100mg
8	231708	50	DC, IHD, asma	RI, BP	8	SI	ISDN [*] 3X1		Cyproflor [*] 2X500mg		Aminopilin [*]		Farmasal [*] 2X1 Lamelin [*] 1X1 Kalmetasin [*] 2X1
9	231718	76	DC, IHD, asma	RI, BP	5	SI	Captopril [*] 3X200mg	Digoxin [*] 1X1/2	Farsin [*] 1X1		Aspar K [*] 1X1		

SI : Sembuh Membank Drijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

RI : Renal Insufisiensi
 IHD : Ischemic Heart Disease
 BP : Bronkopneumonia

Lampiran 15. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, RI, ANEMIA pada pasien Lansia

No.	No medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat						
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma	Lain- lain
1	238619	72	DC, sesak nafas	RI, anemia	6	SI	Captopril [®] ISDN [®]	Digoxin [®] 2X1/2	Lasix [®] 4X1 Caripaton [®] 4X1	Cyproflor [®] 4X1/2	Aspar K [®] 4X1	Salbutamol [®] 4X1/2	Devametason [®]
2	238403	70	DC, KP Dispepsia	RI, anemia	3	SI		Digoxin [®] 2X0,25mg	Caripaton [®] 4X1	Cyproflor [®] 4X1/2	Aspar K [®] 4X1 Infus asering [®] 20-30ttis	Aminopiin [®]	Furbion [®] 2X lamp Cedantrol [®] 3X lamp
3	101650	84	DC, GDS, mual	RI, anemia	3	SI	Captopril [®] 3X25mg	Digoxin [®] 2X0,25mg	Furosemid [®] 1X1	Cyproflor [®] 4X 250mg	Aspar K [®] 2X1		Mukosulfan [®] 3X1
4	193142	65	DC, sesak nafas, anemia, muntah	RI, anemia,	5	BS	Captopril [®] Tiazid [®] 4X1/2	Digoxin [®] 2X1/2	Lasix [®] 3X1 Caripaton [®] 4X1/2		Aspar K [®] 3X1 Inf NaCl [®] II KN3B [®] II	Salbutamol [®] 4X1/2	Lasgan [®] 1X1 Fimimetin [®] 2X1

SI : Sembuh Membank Dijinkan
BS : Belum Sembuh
PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
DC : Decompensatio Cordis
Ab : Anti biotik
OM : Obat Metabolisme

RI : Renal Insufisiensi
IHD : Ischemic Heart Disease
KP : Kor Pulmonale

SI : Sembuh Membaik Dijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

HT : Hipertensi

Lampiran 16. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, ANEMIA pada pasien Lansia

No. urut	No medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					Anti asma	Lain- lain	
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM			
DC+ANEMIA LANSIA > 65 TAHUN														
1	215943	75	DC	Anemia	5	SI				Cyproflon [®] 4X1/2			Acfolon [®] 2X1	
2	170694	84	DC	Anemia	2	SI		Digoxin [®] 1X1/2	Fursin [®]	Cyproflon [®]	Aspar K [®] 2X1 NaCl [®] III	Salbutamol [®] 4X1/2	Sistonol [®] 3X1 Fimineton [®] 1X1 Nepasil [®] 3X1 Arealton [®] 2X1 Capiflox [®] 4X1/2	
3	228642	65	DC, sesak nafas, pusing	Anemia	6	BS	Captopril [®] 3X1 ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 2X0,25mg	Lasix [®] 1X1/2	Cyproflon [®] 4X1/2	Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X1/2	Parasetamol [®] 3X1 Mukosulfan [®] 3X1	

SI : Sembuh Membaik Dijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

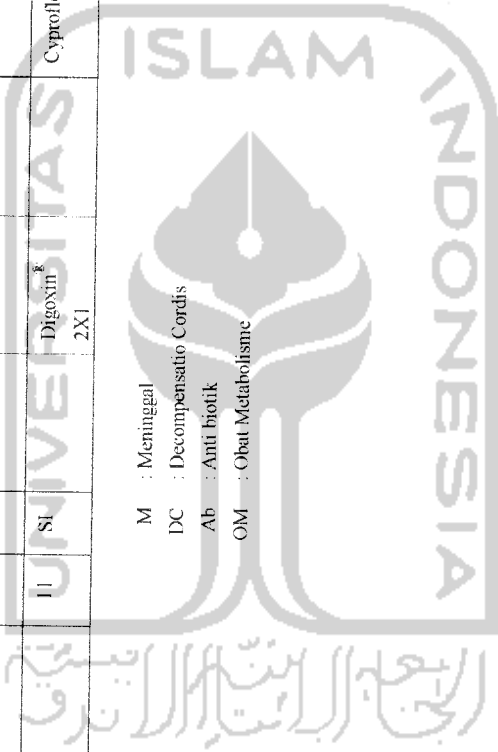
Lampiran 17. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, HT pada pasien Dewasa

DC+HT DEWASA 12-65 TAHUN											
No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat				Lain-lain
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	
1	113274	64	DC	HT	11	SI	Digoxin ^K 2XI	Cyproflax ^B		Salbutamol ^K 3XI	

SI : Sembuh Membank Dijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 OM : Obat Metabolisme

HT : Hipertensi



Lampiran 18. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, HT pada pasien Lansia

No. urut	No medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat							
							Anti HT	Digitalis	Ditretik	Ab	OM	Anti asma	Lain-lain	
1	119234	69	DC	HT	10	SI	Captopril [®] 3X12,5mg	Furosemid [®] 1X1	Aspar K [®] 2X1	Farmasal [®] 2X1				
2	227297	90	DC	HT	3	SI	Captopril [®] 3X250mg	Digoxin [®] 2X0,25mg	Farsin [®] 1X1amp Lasix [®] 1X1	Aspar K [®] 1mg	Farmasal [®] 2X1 Doksasosin [®]			
3	196000	74	DC	HT	4	BS	Captopril [®] 3X0,25mg ISDN [®] 3X1/2	Digoxin [®] 1X1/2	Farsin [®] 3X1	Aspar K [®] 1X1 D 5%	Aminopilin [®] 2X0,25mg			
4	217073	70	DC	HT	4	BS		Digoxin [®] 2X1/2	Lasix [®] 3X1	Cyprolox [®] 4X1/2	Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X2	Prinperan [®] 3X1	

SI : Sembuh Membaik Dijinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik

OM : Obat Metabolisme

HT : Hipertensi

Lampiran 19: Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, DM pada pasien Lansia

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
1	233698	70	DC, sesak nafas	DM	6	SI	Captopril [®] 2X1/2	Digoxin [®] 2X1/2	Furosemid [®] 1X1	Aspar K [®] 2X1	Aminopilin [®] 3X1/2	Glibenklamid [®] Glikuidon [®] Reguler Insulin [®] Monotard [®]
2	101650	84	DC	DM	3	SI	Captopril [®] 2X1/2	Furosemid [®]	Furosemid [®]	Aspar K [®] 3X1	Salbutamol [®] 4X2	
3	190749	84	DC	DM	5	SI	Captopril [®] 2X6,25mg	Digoxin [®]	Lasis [®] 2X1 amp	Aspar K [®] 1X1	Salbutamol [®]	Farmasal [®] 2X1 Monotard [®] Glibenklamid [®] Glikuidon [®] Reguler Insulin [®]

SI : Sembuh Membaik Dijinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik

OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease

BP : Bronkopneumonia

RI : Renal Insufisiensi

Lampiran 20. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, dispepsia pada pasien Lansia

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Scheab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					
							Anti HI	Digitalis	Ditretik	Ab	OM	Anti asma
1	215510	70	DC	Dispepsia	4	SI	Digoxin [®] 2XJ	Furosemid [®]		Aspar K [®]		
2	229716	65	DC, IHD	Dispepsia	3	PP	ISDN [®] Digoxin [®]	Furosemid [®]		NaCl [®] Aspar K [®]	Salbutamol [®] 4X1/2	

SI : Sembuh Membauk Dijinkan

BS : Belum Sembuh

PP : Pulang Paksa

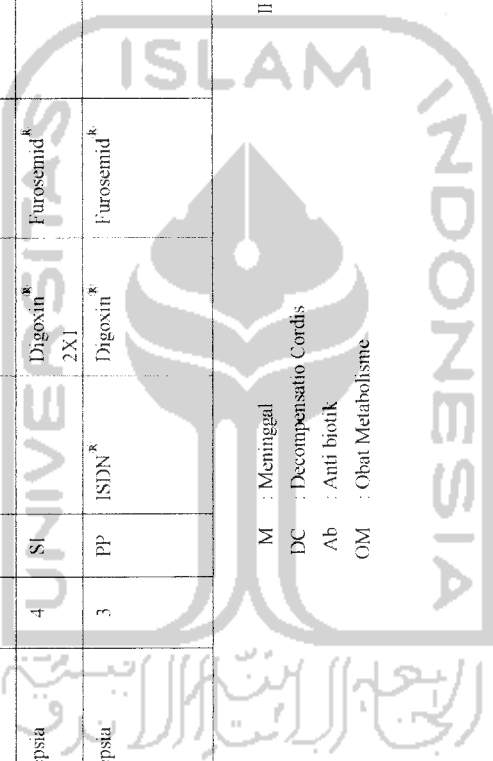
M : Meninggal

DC : Decompensatio Cordis

Ab : Anti biotik

OM : Obat Metabolisme

IHD : Ischemic Heart Disease



Kriteria perbaikan/pulang

Tekanan darah: naik, perfusi jaringan baik, urine output naik, kesadaran membaik.

9. GAGAL JANTUNG

Definisi

Merupakan gambaran kegagalan jantung untuk memberikan aliran darah yang dibutuhkan, dengan sendirinya nutrisi dan oksigen untuk proses metabolisme jaringan.

Kriteria

- a. Kerusakan miokard secara langsung :
 1. penyakit jantung koroner;
 2. keadaan kekurangan vitamin (beri-beri);
 3. miokarditis;
 4. kardiomiopati
- b. Proload yang tinggi:
 1. atrial septal defect;
 2. ventrikular septal defect;
 3. aortic regurgitation;
 4. mitral regurgitation;
 5. patent ductus arteriosus.Afterload yang tinggi:
 1. aortic stenosis;
 2. systemic hipertension;
 3. pulmonic stenosis;
 4. coarctation of the ventricle
- c. Keterbatasan pengisian ventrikel:
 1. mitral stenosis;
 2. constrictive pericarditis;
 3. restrictive cardiomyopathies;

Pemeriksaan

Pemeriksaan Fisik diagnostik, rekaman elektrokardiografi: foto thoraks, pemeriksaan pulmonary disease, infeksi paru.
Edema akibat penyakit ginjal dan hepar.

Pengelolaan

Gagal jantung derajat ringan

1. digoxin, dosis dikurangi pada gangguan fungsi ginjal.
2. diet, rendah garam.
3. aktivitas, dikurangi sesuai dengan kemampuan.

Gagal jantung derajat sedang

1. digoxin dengan loading dose dan dosis pemeliharaan.
2. diet, tanpa garam.
3. aktivitas, pembatasan aktivitas dengan istirahat secukupnya

Gagal jantung derajat berat

Seperti pada gagal jantung sedang, hanya pasien perlu opname, obat vasodilator.



UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

JURUSAN : STATISTIKA, ILMU KIMIA, FARMASI

Jalan Kaliurang Km. 14, Yogyakarta, 55584, Telepon 895920, 896439, Faksimil 896439; Kotak Pos 75

Nomor : 227 /Dek/20/Bag.AAS/II/2004
Lamp : -
Hal : Surat Pengantar

11 Pebruari 2004

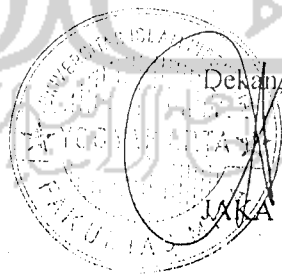
Kepada Yth :
Direktur Rumah Sakit Umum Panembahan Senapati
Di
Bantul

Bersama ini kami pimpinan Fakultas MIPA Universitas Islam Indonesia Jogjakarta Menyampaikan Permohonan Ijin bagi mahasiswa kami dibawah ini untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka menyelesaikan tugas akhir, atas nama :

Nama : IKA RATNA OCTAVIA
No. Mhs. : 00613224
Jurusan : Farmasi
Dosen Pembimbing : Ika Puspitasari, M.Si., Apt

Tempat Penelitian : RSU Panembahan Senapati Bantul
Judul TA : Pola Penggunaan Jantung Demokordis Di RSD
Panembahan Senapati Bantul.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Dekan

IKA NUGRAHA, M.Si



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Jl. Robert Wolter Monginsidi No. 1 - Telp. (0274) 367533, Fax. (0274) 367796

SURAT KETERANGAN / IZIN

Nomor : 070 / 118

- mbaca Surat : Fbk. Matematika & IPA UII Yogyakarta Nomor :292/DEK/20/Dep.AAS/II/2004
Tanggal 11 Februari 2004 Hal : Surat Pengantar
- ingat : 1. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 9 Tahun 1983 tentang Pedoman Pendataan Sumber dan Potensi Daerah
2. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 1983 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Penelitian dan Pengembangan di lingkungan Departemen Dalam Negeri.
3. Keputusan Kepala Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 33/KPTS/1986 tentang Tata Laksana Pemberian Izin bagi setiap Instansi Pemerintah maupun Non Pemerintah yang melakukan pendataan/ Penelitian.
- izinkan kepada :
ma : Ika Ratna Octavia No. Mhs/NIM:00613224 Mhs : UII Yk
dul : POLA PENGGUNAAN JANTUNG DI RSUD PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL.
- okasi : RSUD Panembahan Senopati Bantul
vaktu : Mulai pada tanggal : 12-02-2004 s/d 12-05-2004
- Dengan ketentuan :
1. Terlebih dahulu menemui / melapor diri kepada Pejabat Pemerintah Setempat (Dinas / Instansi / Camat setempat) untuk mendapat petunjuk seperlunya.
 2. Wajib menjaga Tata Tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku setempat.
 3. Wajib memberi laporan hasil penelitian kepada Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta (C/q Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Istimewa Yogyakarta) dengan tembusan disampaikan kepada Bupati Bantul lewat Bappeda.
 4. Izin ini tidak disalah gunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah dan hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah.
 5. Surat izin ini dapat diajukan lagi untuk mendapatkan perpanjangan bila diperlukan.
 6. Surat izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan tersebut diatas.

Kemudian diharap para Pejabat Pemerintah Setempat dapat memberi bantuan seperlunya.

Dikeluarkan di : Bantul

Pada tanggal : 12 Februari 2004

An. BUPATI BANTUL

KEPALA BAPPEDA KAB. BANTUL

ub. Sekretaris,

Drg. Sudjono

010 162 494

Tembusan dikirim kepada Yth. :

1. Bp. Bupati Bantul
2. Muspida Kab. Bantul
3. Ka. Kantor Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kab. Bantul
4. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Bantul
5. Dir RSUD Panembahan Senopati Bantul
6. Yang bersangkutan
7. Portinggal





RUMAH SAKIT DAERAH PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL

Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Bantul, Yogyakarta 55714
☎ 0274 (367381) Fax. 0274 (367506)

Nomor : 070/ 339
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth,
Koordinator I Tim Diklit
(drg. Risanti Arga Murni)
di RSD Panembahan Senopati Bantul

Berdasarkan surat dari BAPPEDA Kabupaten Bantul nomor 070/118 tertanggal 12 Februari 2004 perihal tersebut pada pokok surat.

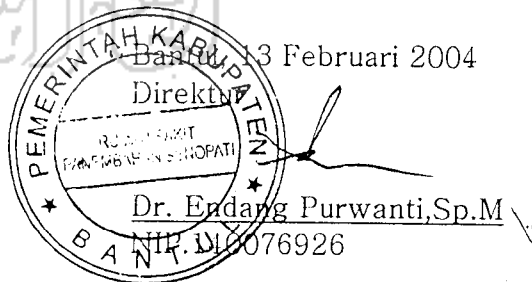
Dengan ini diberitahukan bahwa, pihak kita tidak keberatan / mengijinkan kepada :

Nama : Ika Ratna Octavia
NIM : 00613224
Mahasiswa : FMIPA UII Yogyakarta
Judul : Pola Pengobatan Penyakit Jantung Dekomkordis di RSD Panembahan Senopati Bantul

Untuk melaksanakan penelitian di RSD Panembahan Senopati Bantul mulai tanggal 12 Februari s/d 12 Mei 2004

Demikian pemberitahuan kami ,atas kerja samanya yang baik diucapkan terima kasih.

Bantul, 13 Februari 2004



Tembusan dikirim kepada yth :

1. Ka. RR. Bougenville
2. Ka. RR. Cempaka
3. Ka. RR. Melati
4. Kaurs. RM
- ⑤ Ybs
6. Pertiinggal

Lampiran 21. Diagnosa dan jenis obat yang digunakan selama perawatan DC, CH pada pasien Dewasa

No. urut	No. medical record	Umur (th)	Sebab	Komplikasi	LP (hari)	KP	Jenis obat					
							Anti HT	Digitalis	Diuretik	Ab	OM	Anti asma
1	220461	52	DC, perut sakit	CH	9	SI		Furosemid [®] 1X1		Aspar K [®] 1X1/2		Renadnac [®] 2X1 Hepasil [®] 1X1
2	228569	49	DC, sesak nafas	CH	10	SI	ISDN [®]	Carpiaton [®] 1X1	Amox [®]			

SI : Sembuh Membaik diijinkan
 BS : Belum Sembuh
 PP : Pulang Paksa
 OM : Obat Metabolisme

M : Meninggal
 DC : Decompensatio Cordis
 Ab : Anti biotik
 CH : Cirosis Hepatitis

