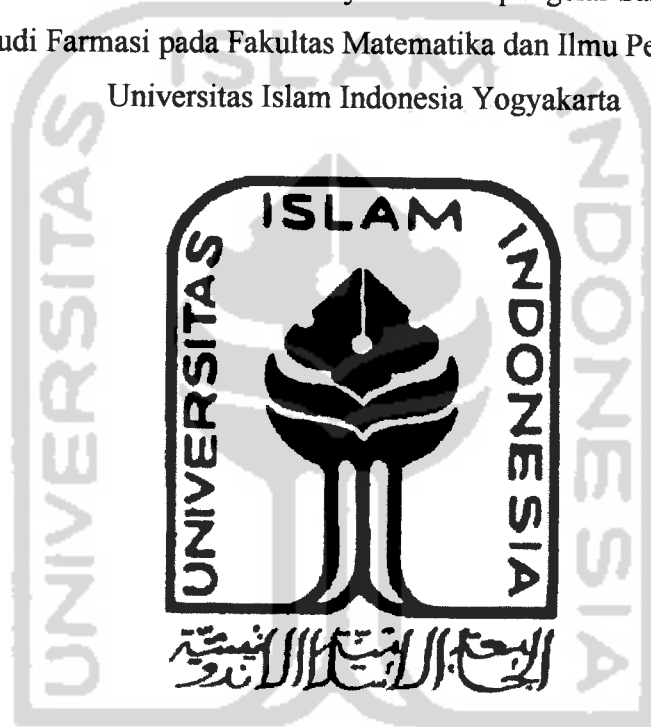


**POLA PENGGUNAAN OBAT PADA KELAINAN KEHAMILAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
TAHUN 2003**

**SKRIPSI**

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



Oleh :

**ERNA FITRIYANI**

**99613308**

**JURUSAN FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
2005**

**HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING**

**SKRIPSI**

**POLA PENGGUNAAN OBAT PADA KELAINAN KEHAMILAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

**TAHUN 2003**

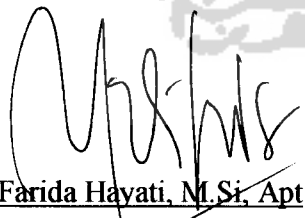
Yang diajukan oleh :

**ERNA FITRIYANI**

**99613308**

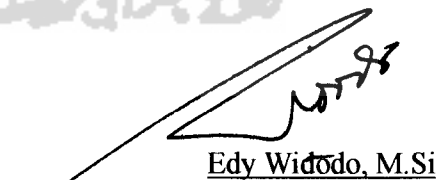
Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama,



Farida Hayati, M.Si, Apt

Pembimbing Pendamping,



Edy Widodo, M.Si

**HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI**

**SKRIPSI**

**POLA PENGGUNAAN OBAT PADA KELAINAN KEHAMILAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
TAHUN 2003**

Oleh :

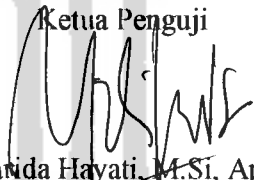
**ERNA FITRIYANI**

**99613308**

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

Tanggal : 11 Februari 2005

Ketua Penguji

  
Farida Hayati, M.Si, Apt

Anggota Penguji,

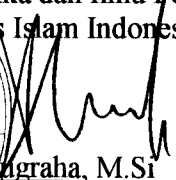
  
Edy Widodo, M.Si

Anggota Penguji,

  
dr. Rina Handayani, M.Kes

Mengetahui

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia

  
Ika Nugraha, M.Si



## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan disuatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Februari 2005

Penulis

ERNA FITRIYANI



## HALAMAN PERSEMBAHAN

*Maha Suci Allah yang menjadikan di langit gugusan-gugusan bintang  
dan Dia jadikan juga padanya matahari dan bulan yang bercahaya  
(Al Furqaan : 61)*

### **Dengan Rahmat serta Hidayah-Nya**

*Kupersembahkan untuk orang-orang tercinta dalam hidupku,*

#### **Bapak (Alm) dan Ibu**

*Yang selalu memberikan semangat serta dukungan tiada henti  
dengan limpahan kasih sayang dan do'a tiada batas akhir.  
Yang selalu mengingatkanku untuk selalu beribadah kepadaNya,  
Yang selalu mengingatkanku untuk selalu bersyukur kepadaNya,  
Yang selalu mengingatkanku untuk berlapang dada dalam  
menghadapi cobaan hidup,  
Yang selalu menanamkan kesabaran dalam diriku.*

#### **Kakak-kakakku**

*Mb' In, Mas Pram, Mb' Zully, Mas Agus  
Keponakan-keponakanku Si Adut (Alm), Si Gendut (A'ul),  
Si item manis (Inan)*

*Yang selalu memberikan keceriaan dalam hidupku  
Keutuhan dan kebersamaan kita adalah kebahagiaanku*

#### **Almamaterku**

*Semoga berarti diantara sejuta arti lainnya*

## HALAMAN MOTTO

*Janganlah terlalu kecewa dengan masalah hari ini hingga terlupa kebahagiaan hari esok, mungkin Allah telah menyediakan pembalasan untuk pengorbanan kita pada hari ini.*

*“Kegagalan bukanlah untuk ditangisi tetapi untuk diinsyafi, manakala kejayaan bukan untuk dimegahi tetapi untuk disyukuri”*

*Belajar melalui kesilafan untuk mencari kebenaran dan usahlah keterlaluan didalam segala hal, karena apa yang dijanjikan pada hari ini tidak sama dengan hari-hari yang mendatang.*

*Insan tidak dikaruniakan dengan penuh kesempurnaan, bukan semua yang dikejar itu dalam genggamannya, bukan semua yang buruk itu menjadi bahan buangan dan bukan semua kemanisan itu simbol kegemilangan.*

*Hidup ini umpama bahtera di tengah-tengah lautan, ribut dan taufan adalah rintangannya, gelora itu adalah air mata. Untuk itu, tempuhilah hidup ini dengan penuh ketabahan dan kesyukuran karena ada hikmah dibalik semua itu.*

*Jiwa akan menjadi tabah dan murni jika melalui kehidupan ini dengan tabah dan senantiasa memaafkan kesalahan orang lain.*

*Usahlah disesalkan pada kemarin yang pergi tapi sambutlah hari ini dan esok dengan penuh ketabahan serta meninggalkan kesan seribu makna yang abadi...*

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

*Assalamu'alaikum. Wr. Wb.*

Segala puja dan puji syukur "Alhamdulillah" kehadiran Allah SWT yang melimpahkan taufik, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul " **POLA PENGGUNAAN OBAT PADA KELAINAN KEHAMILAN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA TAHUN 2003** "

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan baik dalam hal penulisan, isi, maupun penyajian tugas akhir ini, yang semata-mata terjadi karena kekurangan dan keterbatasan ilmu pengetahuan penulis. Oleh karena ini penulis sangat mengharapkan adanya saran dan kritik yang bersifat membangun.

Dalam penyusunan tugas akhir ini tidak lepas dari bimbingan, dorongan, dan bantuan baik material maupun spiritual dari berbagai pihak. Untuk itu, perkenankanlah penulis menghaturkan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada :

1. Bapak Dr. Ir. Luthfi Hasan, MS selaku Rektor Universitas Islam Indonesia.
2. Bapak Jaka Nugraha, M.Si selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
3. Ibu Farida Hayati, M.Si, Apt selaku Dosen Pembimbing Pertama yang telah sabar memberikan semangat, arahan, bimbingan serta dukungan demi kesempurnaan skripsi ini.
4. Bapak Edy Widodo, M.Si selaku Dosen Pembimbing Kedua yang telah sabar memberikan semangat, arahan, bimbingan serta dukungan demi kesempurnaan skripsi ini.
5. Ibu dr. Rina Handayani, M.Kes selaku dosen penguji atas waktunya untuk menguji skripsi ini sehingga bisa menjadi tambahan pengetahuan dan pemahaman bagi penulis.

6. Ibu Ika Puspitasari, M.Si, Apt yang telah memberikan semangat, arahan, bimbingan serta dukungan sehingga menjadi tambahan pengetahuan dan pemahaman bagi penulis.
7. Bapak dr. H. Muhammad Iqbal, Sp.PD selaku Direktur Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang telah memberikan izin dan fasilitas dalam penelitian ini.
8. Segenap Karyawan Bagian Rekam Medik (Pak Anto, Pak Ridho, Mas Abu, Bu Bakti, Mbak Fitri dan karyawan lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu) yang telah mempersiapkan sarana dan prasarana sehingga penelitian ini dapat berjalan lancar.
9. Bapak (Alm), Ibu, kakak-kakakku dan seluruh keluarga yang selalu memberikan semangat, dukungan serta do'anya.
10. Teman-teman seperjuangan Farmasi UIL, Wahyu, Likah, Anik, Dina, Ria, Moniq, Kiki, Rista, TETAP SEMANGAT!
11. Keluarga besar kost "Glugu Kembar" Bapak Budi dan Ibu Dyah, Adik-adik (Afan, Yoga, Ukiq, Reihan), Ibu kita serta teman-teman kost (Ernawati, Ika, Demi, Diana, Astuti, Amel) "
12. Serta semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, semoga segala bantuan yang diberikan menjadi amal jariyah dan diterima oleh Allah SWT serta mendapatkan Hidayah serta Inayah-Nya. Amin.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, namun penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

***Wassalamu' alaikum. Wr. Wb.***

Yogyakarta, Februari 2005

Penulis

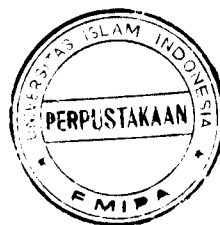
ERNA FITRIYANI



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	iii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
HALAMAN MOTTO .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
DAFTAR GAMBAR .....	xvi
INTISARI .....	xvii
ABSTRACT .....	xviii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
BAB II STUDI PUSTAKA .....	5
B. Tinjauan Pustaka .....	5
1. Definisi Kelainan Kehamilan .....	5
2. Klasifikasi Kelainan Kehamilan .....	5

3. Rumah Sakit .....	18
4. Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta.....	19
5. Standar Pelayanan Medik Kebidanan dan Penyakit	
Kandungan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah	
Yogyakarta .....	20
B. Keterangan Empiris .....	29
BAB III. METODE PENELITIAN .....	30
A. Batasan Variabel Operasional .....	30
B. Jalannya Penelitian .....	32
C. Analisis Hasil .....	34
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	35
A. Proses Penelusuran Data .....	35
B. Pola Penggunaan Obat Pada Kelainan Kehamilan .....	38
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN .....	76
A. Kesimpulan .....	76
B. Saran .....	77
DAFTAR PUSTAKA .....	78
LAMPIRAN .....	80



## DAFTAR TABEL

Tabel I.	Persentase dan jumlah pasien kasus kelainan kehamilan di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	36
Tabel II.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Abortus Insipten di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	38
Tabel III.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Abortus Insipten .....	40
Tabel IV.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Abortus Insipten .....	41
Tabel V.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Abortus Insipten .....	42
Tabel VI.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Abortus Inkomplitus di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	43
Tabel VII.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Abortus Inkomplitus .....	45
Tabel VIII.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Abortus Inkomplitus .....	48
Tabel IX.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Abortus Inkomplitus .....	49
Tabel X.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus <i>Missed Abortion</i> di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	50
Tabel XI.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus <i>Missed Abortion</i> .....	51
Tabel XII.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus <i>Missed Abortion</i> .....	52

Tabel XIII.	Rata-rata lama perawatan pada kasus <i>Missed Abortion</i> .....	53
Tabel XIV.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Mola Hidatidosa di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	54
Tabel XV.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Mola Hidatidosa .....	55
Tabel XVI.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Mola Hidatidosa .....	56
Tabel XVII.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Mola Hidatidosa .....	57
Tabel XVIII.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Pre-eklampsia di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	58
Tabel XIX.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Pre-eklampsia .....	60
Tabel XX.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Pre-eklampsia .....	62
Tabel XXI.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Pre-eklampsia .....	63
Tabel XXII.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Plasenta Previa di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	65
Tabel XXIII.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Plasenta Previa .....	67
Tabel XXIV.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Plasenta Previa .....	69
Tabel XXV.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Plasenta Previa .....	70

Tabel XXVI.	Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Solusio Plasenta di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	71
Tabel XXVII.	Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Solusio Plasenta .....	72
Tabel XXVIII.	Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Solusio Plasenta .....	74
Tabel XXIX.	Rata-rata lama perawatan pada kasus Solusio Plasenta .....	75



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I		
Tabel XXX.	Golongan dan macam obat yang digunakan pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	81
Lampiran II		
Tabel XXXI.	Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Abortus Insipien di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	82
Lampiran III		
Tabel XXXII.	Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Abortus Inkomplitus di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	83
Lampiran IV		
Tabel XXXIII.	Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa <i>Missed Abortion</i> di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	99
Lampiran V		
Tabel XXXIV.	Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Mola Hidatidosa di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	100
Lampiran VI		
Tabel XXXV.	Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Pre-eklampsia di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 .....	101

Lampiran VII

Tabel XXXVI. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa  
Plasenta Previa di instalasi rawat inap  
RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 ..... 103

Lampiran VIII

Tabel XXXVII. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa  
Solusio Plasenta di instalasi rawat inap  
RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 ..... 106



## DAFTAR GAMBAR

- Gambar I. Jalannya Penelitian ..... 32
- Gambar II. Diagram batang persentase pada kasus kelainan kehamilan  
di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah tahun 2003 .. 36





**POLA PENGGUNAAN OBAT PADA KELAINAN KEHAMILAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP  
RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
TAHUN 2003**

**INTISARI**

Telah dilakukan penelitian mengenai pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003. Kelainan kehamilan merupakan komplikasi atau gangguan yang terjadi dalam masa kehamilan baik pada kehamilan trimester pertama, trimester kedua maupun trimester ketiga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003 dan mengetahui kesesuaian pola penggunaan obat yang dilakukan dengan menggunakan buku standar pelayanan medik sebagai acuan dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI. Pengambilan data pada penelitian ini secara populasi. Penelitian ini bersifat *deskriptif non analitik* dengan metode pengumpulan data secara *retrospektif*. Bahan penelitian yang digunakan adalah kartu rekam medik. Kelainan kehamilan meliputi abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta. Pola penggunaan obatnya meliputi : kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat yang digunakan, jenis pemeriksaan penunjang, serta rata-rata lama perawatan. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan secara umum pola penggunaan obat kasus abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta sudah memenuhi standar pelayanan medik rumah sakit. Dari 7 kasus kelainan kehamilan, golongan obat yang sering digunakan adalah : antibiotik, oksitosikum, anestetik, antihipertensi, analgetik, multivitamin, elektrolit.

Kata kunci : Kelainan Kehamilan, Rekam Medik, Jenis Obat.

**PATTERN OF UTILIZING DRUG TO PREGNANCY DISORDER  
IN HOSPITAL TREATMENT INSTALATION  
PKU MUHAMMADIYAH GENERAL HOSTIPAL  
YOGYKARTA 2003**

**ABSTRACT**

Have been researched, pattern of utilizing drug to pregnancy disorder in hospital treatment installation, PKU Muhaamadiyah General Hospital Yogyakarta 2003. Pregnancy disorder is complicate or disturb illness that occurred during pregnancy in first trimester, second trimester, or third trimester. This research were aim to pattern of utilizing drug to pregnancy disorder in hospital treatment installation, PKU Muhammadiyah General Hospital Yogyakarta for 2003 periods and to know appropriateness pattern of utilizing drug that using medical standard service book as a guide, completed by medical obstetric standard service and ginechology according to IDI. Data gathering in this research by population. This research is non- analytic descriptively with data collecting method retrospectively. Research materials was using by medical record card. Pregnancy disorder consist of: abortus insipeien, abortus incomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eclampsia, placenta previa, sulutio placenta. Pattern of utilizing drug consist of: classes of drug combination, classes and types of drug that was using, kinds of supporting checkup, and average long time of treatment. Base on the result of this research be obtained conclusion generally pattern of utilizing drug cases of abortus insipien, incomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eclampsia, placenta previa, sulutio placenta was completely to point toward hospital medical service standard. From seven cases of pregnancy disorder, classes of drug that often utilized were: antibiotic, ocsitosicum, anesthetic, electrolit antihypertension and diureticum.

Key words: Pregnancy disorder, medical record, Drugs type.

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG MASALAH

Berdasarkan penelitian WHO, terdapat kematian ibu sebesar 500.000 jiwa per tahun dan kematian bayi khususnya *neonatus* sebesar 10.000.000 jiwa per tahun. Kematian maternal dan bayi tersebut terjadi terutama di negara berkembang sebesar 99 % (Manuaba, 1998).

Penyebab utama tingginya angka morbiditas dan mortalitas perinatal adalah masalah bayi berat lahir rendah. Bayi berat lahir rendah dapat dibedakan atas bayi lahir prematur dan bayi yang mengalami pertumbuhan intrauterina terhambat. Di negara maju sekitar 2/3 bayi berat lahir rendah disebabkan oleh prematuritas, sedangkan di negara berkembang sebagian besar disebabkan oleh pertumbuhan janin terhambat. Angka mortalitas perinatal akibat pertumbuhan janin terhambat meningkat 7-8 kali dibanding bayi berat lahir normal. Demikian juga terjadi peningkatan angka morbiditas akibat pertumbuhan janin terhambat terutama masalah perkembangan neurologik dan mental (Gunawan, 2000).

Wanita hamil harus mendapatkan perhatian susunan dietnya, terutama mengenai jumlah kalori dan protein yang berguna untuk pertumbuhan janin dan kesehatan ibu. Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, *partus prematurus*, perdarahan pasca persalinan dan lain sebagainya. Sedangkan makan yang berlebih dapat mengakibatkan komplikasi gemuk, *pre-eklampsia*, janin besar (Rustam, 1998).

Salah satu contoh sebuah realita dari sebagian kecil permasalahan yang dihadapi wanita hamil adalah anemia atau kekurangan zat besi pada kehamilan. Anemia pada kehamilan merupakan masalah nasional karena mencerminkan nilai kesejahteraan sosial ekonomi masyarakat, dan pengaruhnya sangat besar terhadap kualitas sumber daya manusia. Pada pengamatan lebih lanjut menunjukkan 70 % ibu hamil di Indonesia menderita anemia kekurangan gizi. Masalah yang akan timbul apabila ibu hamil mempunyai anemia, terutama pada janin yang dikandungnya yaitu dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (Manuaba, 1998).

Dalam sebuah penelitian di Inggris, sekitar 35% wanita minum obat sekurang-kurangnya sekali selama kehamilan, meskipun ada 6% yang minum obat selama trimester pertama. Penggunaan obat selama kehamilan telah banyak menurun sejak penelitian terakhir pada pertengahan 1960-an. Penggunaan total telah menurun dari sekitar 80% menjadi 35%, sementara persentase wanita yang minum obat atas kemauan sendiri telah menurun dari 64% menjadi 9%. Sebagian besar ini disebabkan oleh perhatian terus menerus yang diberikan oleh media massa terhadap obat yang menimbulkan cacat janin. Cacat yang terjadi pada bayi saat lahir sekitar 2% hingga 3% yang 25% bersifat genetik, dan 65% tidak diketahui etiologinya. Hanya 2% diperkirakan timbul berkaitan dengan terapi obat. Efek suatu obat tertentu pada janin yang sedang berkembang tergantung

pada beberapa segi, termasuk jenis obat yang dapat menimbulkan cacat janin (Rubin, 2000).

Pengawasan sebelum lahir (antenatal) terbukti mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam upaya meningkatkan kesehatan mental dan fisik kehamilan, untuk menghadapi persalinan. Dengan pengawasan kehamilan, dapat diketahui berbagai komplikasi ibu yang dapat mempengaruhi kehamilan atau komplikasi, sehingga segera dapat diatasi (Manuaba, 1998).

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan Rumah Sakit Islam tertua milik Yayasan Muhammadiyah Yogyakarta. Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta ini merupakan rumah sakit alternatif yang letaknya strategis yaitu di tengah-tengah kota dan dapat dijangkau oleh masyarakat luas, sehingga masyarakat dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan. Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga merupakan salah satu pilihan alternatif sarana untuk pengobatan berbagai macam penyakit diantaranya kelainan kehamilan yang mana menjadi pilihan bagi mahasiswa untuk melakukan penelitian dengan memperoleh data rekam medik.

Pada beberapa wanita ada kemungkinan mengalami penyimpangan dalam perjalanan kehamilannya. Kelainan kehamilan merupakan suatu komplikasi atau gangguan yang dapat terjadi dalam masa kehamilan, baik pada kehamilan trimester pertama, trimester kedua maupun trimester ketiga (Manuaba, 1998).

## **B. PERUMUSAN MASALAH**

1. Bagaimanakah pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2003 ?
2. Apakah pola penggunaan obat pada pasien yang mengalami kelainan kehamilan sudah sesuai standar pelayanan medik yang ditetapkan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI ?

## **C. TUJUAN PENELITIAN**

Penelitian ini bertujuan untuk :

1. Mengetahui pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2003.
2. Mengetahui kesesuaian pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan membandingkan standar pelayanan medik yang sudah ada di rumah sakit tersebut dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI.

## **BAB II**

### **STUDI PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN PUSTAKA**

##### **1. Definisi Kelainan Kehamilan**

Kelainan kehamilan merupakan komplikasi atau gangguan yang dapat terjadi dalam masa kehamilan, baik pada kehamilan trimester pertama, trimester kedua maupun kehamilan trimester ketiga (Manuaba, 1998).

##### **2. Klasifikasi Kelainan Kehamilan**

Macam-macam kelainan kehamilan ini meliputi : hiperemesis gravidarum, abortus, mola hidatidosa, kehamilan ektopik, pre-eklampsia dan eklampsia, persalinan preterm, kehamilan lewat waktu, plasenta previa, solusio plasenta, (Mansjoer, 1999).

###### **1) Hiperemesis Gravidarum**

Hiperemesis gravidarum yaitu mual dan muntah yang berlebihan yang sering dialami pada kehamilan trimester I, kurang lebih pada 6 minggu setelah haid terakhir selama 10 minggu. Sekitar 60 – 80 % primigravida dan 40 – 60 % *multigravida* mengalami mual dan muntah. Namun gejala ini menjadi lebih berat hanya pada 1 dari 1000 kehamilan (Mansjoer, 1999).

Penatalaksanaannya :

- (1) Pasien diisolasi dalam kamar yang tenang dan cerah dengan pertukaran udara yang baik. Kalori diberikan secara parenteral dengan glukosa 5% dalam cairan fisiologis sebanyak 2-3 liter sehari.

- (2) Diuresis selalu dikontrol untuk menjaga keseimbangan cairan.
- (3) Bila selama 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum bertambah baik, mencoba diberikan minuman dan makanan sedikit demi sedikit.
- (4) Sedatif yang diberikan adalah fenobarbital
- (5) Dianjurkan pemberian vitamin B<sub>1</sub> dan B<sub>6</sub> tambahan.
- (6) Pada keadaan lebih berat berikan antiemetik seperti metoklopramid, disiklomin hidroklorida, atau klorpromazin.
- (7) Berikan terapi psikologi untuk meyakinkan pasien (Mansjoer, 1999).

## 2) Abortus

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu dengan berat badan kurang dari 500 gram atau kurang dari 20 minggu (Mansjoer, 1999)

Pada kehamilan muda abortus tidak jarang didahului oleh kematian. Sebaliknya, pada kehamilan lebih lanjut biasanya janin dikeluarkan dalam keadaan masih hidup.

Hal-hal yang menyebabkan abortus dapat dibagi sebagai berikut :

1. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi
2. Kelainan pada plasenta
3. Penyakit ibu
4. Kelainan traktus genitalis

Berdasarkan keadaan janin yang dikeluarkan, abortus dibagi atas :

- a. Abortus imminens, yaitu perdarahan pervaginam pada kehamilan kurang dari 20 minggu tanpa ada tanda-tanda dilatasi serviks yang meningkat.



Diagnosis abortus imminens ditentukan karena pada wanita hamil terjadi perdarahan melalui *ostium uteri eksternum*, disertai mules sedikit atau tidak sama sekali, uterus membesar sebesar tuanya kehamilan, serviks belum membuka, dan tes kehamilan positif. Pada beberapa wanita hamil dapat terjadi perdarahan sedikit pada saat haid yang semestinya datang jika tidak terjadi pembuahan. Hal ini disebabkan oleh penembusan *villi korialis* ke dalam desidua, pada saat implantasi ovum. Perdarahan implantasi biasanya sedikit, warnanya merah, dan cepat berhenti, tidak disertai mules-mules (Wiknjastro, 1999).

Penatalaksanaan pada abortus imminens :

- (1) Posisi pasien berbaring agar aliran darah ke uterus bertambah dan rangsang mekanik berkurang.
- (2) Periksa denyut nadi dan suhu badan dua kali sehari bila pasien tidak panas dan tiap empat jam bila pasien panas.
- (3) Tes kehamilan, jika hasil negatif berarti janin sudah mati. Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- (4) Berikan obat penenang, biasanya fenobarbital 3x30 mg.
- (5) Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.

Bersihkan vulva minimal dua kali sehari dengan cairan antiseptik untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat (Mansjoer, 1999).

- b. Abortus insipiens, yaitu terjadi apabila perdarahan diikuti dengan dilatasi serviks.

Penatalaksanaannya :

- (1) Apabila perdarahan tidak banyak, tunggu terjadi abortus spontan tanpa pertolongan selama 36 jam dengan diberikan morfin.
  - (2) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, yang biasanya disertai perdarahan, tangani dengan pengosongan uterus memakai kuret vakum, dilanjutkan dengan kerokan memakai kuret tajam. Suntikkan ergometrin 0,5 mg intramuskular.
  - (3) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, berikan infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% 500 ml.
  - (4) Apabila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal, lakukan pengeluaran plasenta secara manual (Mansjoer, 1999).
- c. Abortus inkomplitus, terjadi apabila sudah sebagian jaringan janin dikeluarkan dari uterus (Mansjoer, 1999).

Pengertian lain abortus inkomplitus adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Pada pemeriksaan vaginal, *kanalis servikalis* terbuka dan jaringan dapat diraba dalam *kavum uteri* atau kadang-kadang sudah menonjol dari *ostium uteri eksternum*. Perdarahan pada abortus inkomplitus dapat banyak sekali, sehingga menyebabkan syok dan perdarahan tidak akan berhenti sebelum sisa konsepsi dikeluarkan. Dalam penanganannya, apabila abortus inkomplitus disertai syok karena perdarahan, segera diberikan infus cairan NaCl fisiologi atau cairan Ringer yang disusul dengan tranfusi. Setelah syok diatasi, lakukan kerokan dengan kuret tajam. Pasca tindakan disuntikkan

intramuskulus ergometrin untuk mempertahankan kontraksi otot uterus (Wiknjosastro, 1999).

- d. Abortus komplitus, terjadi apabila seluruh jaringan sudah keluar dari uterus pada kehamilan kurang dari 20 minggu.

Apabila kondisi pasien baik, berikan ergometrin 3 x 1 tablet selama 3-5 hari.

Disamping itu, apabila pasien anemia perlu diberi sulfas ferosus atau tranfusi darah. Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.

- e. *Missed abortion*, yaitu kematian janin sebelum 20 minggu, tetapi tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

Penanganannya :

- (1) Bila kadar fibrinogen normal, segera keluarkan jaringan konsepsi dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam.
- (2) Bila kadar fibrinogen rendah, berikan fibrinogen kering atau segar sesaat sebelum atau ketika mengeluarkan konsepsi.
- (3) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, lakukan pembukaan serviks dengan gagang laminaria selama 12 jam lalu lakukan dilatasi serviks dengan dilatator Hegar. Kemudian hasil konsepsi diambil dengan cunam ovum lalu dengan kuret tajam. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, berikan dietilstilbestrol 3x5 mg lalu infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% sebanyak 500 ml mulai 20 tetes per menit dan naikkan dosis sampai ada kontraksi uterus. Oksitosin dapat diberikan sampai 100 IU dalam 8 jam. Bila tidak berhasil, ulangi infus oksitosin setelah pasien istirahat satu hari.

(4) Bila tinggi fundus uteri sampai 2 jari bawah pusat, keluarkan hasil konsepsi dengan menyuntikkan larutan garam 20% dalam kavum uteri melalui dinding perut (Mansjoer, 1999).

Diagnosis *missed abortion* biasanya tidak dapat ditentukan dalam satu kali pemeriksaan, melainkan memerlukan waktu pengamatan untuk menilai tanda-tanda tidak tumbuhnya tetapi mengecilnya uterus. *Missed abortion* biasanya didahului oleh tanda-tanda abortus imminens yang kemudian menghilang secara spontan atau setelah pengobatan (Anonim, 1991).

### 3) Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal dimana hampir seluruh *vili korialis* yang mengalami perubahan hidrofik (Mansjoer, 1999).

Dengan pengertian yang lain, mola hidatidosa atau kehamilan penyakit trofoblas adalah penyimpangan kehamilan dengan terjadi degenerasi hidrofik dari jonjot koreon, sehingga berupa buah anggur, yang mengandung banyak cairan dan hormon. Pada kehamilan penyakit trofoblas terjadi pembesaran perut yang lebih cepat tanpa terdapat janin dalam rahim, serta dapat terjadi perdarahan (Manuaba, 1998).

Penatalaksanaannya adalah :

- (1) Perbaiki keadaan umum.
- (2) Keluarkan jaringan mola dengan vakum kuretase dilanjutkan dengan kuret tajam. Lakukan kuretase kedua jika tinggi fundus uterus lebih dari 20 minggu sesudah hari ketujuh.

- (3) Untuk memperbaiki kontraksi, sebelumnya berikan uterotonik (20-40 unit oksitosin dalam 250 cc darah atau 50 unit oksitosin dalam 500 ml NaCl 0,9%). Bila tidak dapat dilakukan vakum kuretase, dapat diambil tindakan *histerotomi*.
- (4) *Histerotomi* perlu dipertimbangkan pada wanita yang telah cukup umur dan cukup anak. Batasan yang dipakai ialah umur 35 tahun dengan anak hidup tiga.
- (5) Terapi profilaksis dengan sitostatik metotreksat atau aktinomisin D pada kasus dengan resiko keganasan tinggi seperti umur tua.
- (6) Pemeriksaan ginekologi, radiologi, dan kadar beta hCG lanjutan untuk deteksi dini kaganasan. Terjadinya proses keganasan bisa berlangsung antara 7 hari sampai 3 tahun pasca mola, yang paling banyak dalam bulan pertama. Pemeriksaan kadar beta hCG tiap minggu sampai kadar menjadi negatif selama tiga minggu lalu tiap bulan selama 6 bulan. Pemeriksaan foto toraks tiap bulan sampai kadar beta hCG negatif.
- (7) Kontrasepsi, sebaiknya diberikan preparat progesteron selama 2 tahun (Mansjoer, 1999).

#### **4) Kehamilan Ektopik**

Kehamilan ektopik yaitu implantasi dan pertumbuhan hasil konsepsi di luar *endometrium kavum uteri* (Mansjoer, 1999).

Tanda-tanda dari kehamilan ektopik adalah sebagai berikut :

- a. Amenorea atau terlambat haid.
- b. Timbul gejala abdomen akut, dimana keadaan ini disebabkan perdarahan intra peritoneal yang mendadak serta terjadinya *hipovolemia* pada sirkulasi.
- c. Nyeri perut, terutama nyeri unilateral. Gejala ini spesifik untuk kehamilan tuba, tetapi nyeri bisa juga bilateral, di bawah perut, perut bagian atas atau seluruh perut. Keadaan ini timbul jika perdarahan peritoneum sudah mengiritasi diafragma.
- d. Perdarahan vagina atau spotting.  
Gejala perdarahan atau perdarahan bercak ini timbul hampir pada 75% kasus, yang timbul satu atau dua minggu setelah keterlambatan haid. Meskipun demikian riwayat keterlambatan haid biasanya tidak selalu dijumpai, yang spesifik biasanya adanya riwayat keterlambatan haid 6-8 minggu sebelum gejala sakit perut atau perdarahan vagina.
- e. Gejala tidak spesifik lainnya yaitu rasa mual, muntah dan rasa tegang pada mammae serta kadang-kadang gangguan *defekasi*.

Prinsip umum penatalaksanaannya adalah :

- (1) Segera dibawa ke rumah sakit.
- (2) Tranfusi darah dan pemberian cairan untuk mengoreksi anemia dan hipovolemia.
- (3) Operasi segera dilakukan setelah diagnosis dipastikan (Anonim, 1991).

## 5) Pre-eklampsia dan Eklampsia

Pre-eklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai *proteinuria* dan *edema* akibat kehamilan setelah usia 20 minggu atau segera setelah persalinan. Eklampsia adalah pre-eklampsia yang disertai kejang atau koma yang timbul bukan akibat kelainan *neurologi* (Mansjoer, 1999).

Penanganan untuk pre-eklampsia adalah pengobatan secara simtomatis karena etiologi pre-eklampsia, dan faktor-faktor apa dalam kehamilan yang menyebabkannya belum diketahui. Tujuan utama penanganan mencegah terjadinya pre-eklampsia berat dan eklampsia, melahirkan janin hidup, melahirkan janin dengan trauma sekecil-kecilnya. Pada dasarnya penanganan pre-eklampsia terdiri atas pengobatan medik dan penanganan obstetrik. Penanganan obstetrik bertujuan untuk melahirkan bayi secara optimal, yaitu sebelum janin mati dalam kandungan, akan tetapi sudah cukup matur untuk hidup di luar uterus. Setelah persalinan berakhir, jarang terjadi eklampsia, dan janin yang sudah matur lebih baik hidup di luar kandungan daripada dalam uterus. Waktu optimal tersebut tidak selalu dapat dicapai pada penanganan pre-eklampsia, terutama jika janin masih sangat prematur. Dalam hal ini diusahakan dalam tindakan medis untuk dapat menunggu selama mungkin, agar janin lebih matur.

Tujuan utama pengobatan eklampsia ialah menghentikan berulangnya serangan kejang dan mengakhiri kehamilan secepatnya dengan cara yang aman setelah keadaan ibu mengizinkan. Pengawasan dan perawatan yang intensif sangat penting bagi penanganan penderita eklampsia. Pada pengangkutan ke

rumah sakit diperlukan obat penenang yang cukup untuk menghindarkan timbulnya kejang. Penderita dalam hal ini dapat diberi diazepam 20 mg 1 M.

Obat-obat yang digunakan pada kasus eklampsia :

- (1) Sodium pentothal, berguna untuk menghentikan kejang yang diberikan secara intravena. Akan tetapi, obat ini mengandung bahaya yang tidak kecil. Mengingat hal ini, obat ini hanya dapat diberikan di rumah sakit dengan pengawasan yang sempurna dan tersedia untuk *intubasi* dan *resusitasi*. Dosis yang diberikan sebanyak 0,2-0,3 dan disuntikkan perlahan-perlahan.
- (2) Sulfas magnesicus, dapat mengurangi kepekaan saraf pusat pada hubungan neuromuskuler tanpa mempengaruhi bagian lain dari susunan saraf. Obat ini menyebabkan vasodilatasi, menurunkan tekanan darah, meningkatkan diuresis dan menambah aliran darah keuterus. Dosis inisial yang diberikan ialah 8 g dalam larutan 40% secara intramuskulus, selanjutnya tiap 6 jam 4 g, dengan syarat bahwa refleks patella masih positif, pernapasan 16 atau lebih per menit, diuresis harus melebihi 600 ml per hari.
- (3) Lytic cocktail, yang terdiri atas petidin 100 mg, klorpromazin 100 mg dan prometazin 50 mg dilarutkan dalam glukosa 5% 500 ml dan diberikan secara infus intravena. Jumlah tetesan disesuaikan dengan keadaan dan tensi penderita. Oleh karena itu, tensi dan nadi diukur tiap 5 menit dalam waktu setengah jam pertama dan apabila keadaan sudah stabil, pengukuran dapat dilakukan atau menurut keadaan penderita (Wiknjosastro, 1999).



## 6) Persalinan Preterm

Persalinan preterm adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan 20-37 minggu (Mansjoer, 1999).

Pemeriksaan Penunjang :

1. USG
2. Kardiotokografi : kesejahteraan janin, frekuensi dan kekuatan kontraksi.
3. Pemeriksaan vaginal berkala untuk mengetahui dilatasi atau pemendekan serviks.
4. Pemeriksaan surfaktan (*amniosentesis*).
5. Pemeriksaan bakteri vagina.
6. Pemeriksaan kultur urine.
7. Pemeriksaan gas dan pH darah janin.

Terapi yang dilakukan :

- a. Istirahat baring.
- b. Deteksi dan penanganan terhadap faktor resiko persalinan preterm.
- c. Pemberian obat tokolitik, seperti salbutamol, terbutalin, magnesium sulfat (Anonim, 1991).

## 7) Kehamilan Lewat Waktu

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melewati 42 minggu. Diagnosis usia kehamilan lebih dari 42 minggu didapatkan dari perhitungan usia kehamilan.

Pemeriksaan penunjangnya :

- a. USG untuk menilai usia kehamilan, derajat maturitas plasenta.
- b. KTG untuk menilai ada atau tidaknya gawat janin.
- c. Penilaian warna air ketuban.
- d. Pemeriksaan sitologi vagina.

Penatalaksanaannya, apabila keadaan janin baik, maka tunda pengakhiran kehamilan selama 1 minggu dengan menilai gerakan janin dan tes tanpa tekanan 3 hari kemudian. Apabila hasil positif, segera lakukan seksio sesarea. Induksi persalinan dilakukan (Mansjoer, 1999).

#### **8) Plasenta Previa**

Adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

Penatalaksanaannya harus dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas operasi. Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah total dengan menghadap ke kiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut. Pasang infus cairan NaCl fisiologi. Jika tidak memungkinkan, beri cairan peroral. Pantau tekanan darah dan frekuensi nadi pasien secara teratur tiap 15 menit untuk mendeteksi adanya hipotensi atau syok akibat perdarahan. Pantau pula BJJ dan pergerakan janin. Apabila terjadi renjatan, segera lakukan resusitasi cairan dan tranfusi darah. Apabila tidak teratasi, upayakan penyelamatan optimal. Bila teratasi, perhatikan usia kehamilan.

Penanganan di rumah sakit dilakukan berdasarkan usia kehamilan . Apabila terjadi renjatan usia gestasi kurang dari 37 minggu, taksiran berat janin kurang dari 2.500 g, maka :

- a. Bila perdarahan sedikit, rawat sampai usia kehamilan 37 minggu, kemudian melakukan mobilisasi bertahap. Beri kortikosteroid 12 mg intravena per hari selama 3 hari.
- b. Bila perdarahan berulang, lakukan PDMO (Pemeriksaan Dalam Meja Operasi). Bila ada kontraksi, tangani persalinan preterm.

Apabila tidak ada renjatan, usia gestasi 37 minggu atau lebih, taksiran berat janin 2.500 g atau lebih, lakukan pemeriksaan dalam meja operasi. Bila ternyata plasenta, lakukan persalinan perabdominal. Bila bukan, usahakan pervaginam (Mansjoer, 1999).

#### **9) Solusio Plasenta**

Adalah lepasnya plasenta dari *insersi* sebelum waktunya.

Penatalaksanaan harus dilakukan di rumah sakit dengan fasilitas operasi. Sebelum dirujuk, anjurkan pasien untuk tirah baring total dengan menghadap ke kiri, tidak melakukan senggama, menghindari peningkatan tekanan rongga perut (misalnya batuk, mencedan karena sulit buang air besar). Pasang infus cairan NaCl fisiologi. Apabila tidak memungkinkan, berikan cairan peroral (Mansjoer, 1999).

### 3. 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. Di samping itu, maka rumah sakit tertentu dapat dimanfaatkan bagi pendidikan tenaga kesehatan maupun penelitian.

Berdasarkan bentuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, maka dapat dibedakan antara rumah sakit umum dengan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan subspeialistis. Kalau suatu rumah sakit hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin tertentu, maka lembaga itu merupakan rumah sakit khusus.

Fungsi rumah sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medis serta penunjang medis. Rumah sakit merupakan pelayanan perawatan, rehabilitas dan pencegahan maupun peningkatan kesehatan. Fungsi rumah sakit yang lain adalah sebagai tempat penelitian dan pengembangan teknologi dalam bidang kesehatan, sehingga digunakan sebagai tempat pendidikan atau latihan tenaga medis maupun paramedis. Tugas rumah sakit adalah melaksanakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu

dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Soekanto, 1989).

#### **4. Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta satu-satunya rumah sakit Islam yang tertua di Indonesia. Pencetus ide pertama didirikannya Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah adalah K.H. Ahmad Dahlan, pada tanggal 15 Februari 1923, yang berdasarkan pada aqidah Muhammadiyah bagian PKU dalam artikel 4, alenia 6 yang berbunyi "Mengadakan rumah sakit untuk menolong orang-orang sakit yang terlantar dengan memberikan pengajaran agama Islam juga orang-orang yang datang berobat ditempat ini".

Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah semula mempunyai arti Penolong Kesejahteraan Oemat (P.K.O). Hal ini memberikan makna bahwa usahanya semula berorientasi semata-mata menolong orang miskin dengan jalan memberikan pelayanan sosial termasuk diantaranya masalah kesehatan. Waktu yang bergeser mengubah arti P.K.O menjadi P.K.U atau Pembina Kesejahteraan Umat, yang memberikan makna bahwa tidak hanya melayani orang miskin saja tetapi juga yang berstatus ekonomi cukup. Tujuan didirikannya Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah ini yaitu melaksanakan tugas Muhammadiyah dengan dakwah Islam melalui pertolongan kepada orang yang menderita sakit. Dan tugas para perawat adalah merawat para penderita menurut ketentuan yang sudah ada dan tidak menyimpang dari ajaran Islam (Anonim, 1973).

## **5. Standar Pelayanan Medis Kebidanan dan Penyakit Kandungan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

### **1) Abortus**

Diagnosis pemeriksaan penunjangnya:

- a. Pemeriksaan ginekologis
- b. Pemeriksaan laboratorium
- c. Pemeriksaan tambahan : USG, radiologi bila diperlukan.

Dalam penelitian ini, peneliti mengambil 3 kasus abortus yaitu :

#### **a. Abortus Insipien**

Penanganan :

- (1) Stimulasi dengan oksitosin 40 unit dalam 500 ml D5%.
- (2) Bila tidak lengkap, dilanjutkan dengan kuretase.
- (3) Pasca kuretase diberikan metilergometrin maleat 3 x 1 tablet selama 5 hari dan antibiotiknya selama 5 hari.

#### **b. Abortus Inkomplitus**

Penanganan :

- (1) Bila keadaan umum baik, tanpa perdarahan banyak, maka dilakukan kuretase.
- (2) Perdarahan banyak maka dilakukan kuretase segera sambil mengusahakan perbaikan keadaan umum.
- (3) Post kuretase diberikan metilergometrin maleat 3 x 1 tablet selama 5 hari dan antibiotika selama 5 hari.

**c. Missed Abortion**

Penanganan :

(1) Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, jumlah eritrosit, jumlah lekosit, waktu perdarahan, waktu pembekuan dan fibrinogen.

Pemeriksaan uji fem.

(2) Bila hemostatis normal :

Kehamilan kurang dari 12 minggu : diberikan estradiol benzoat 2 x 20 mg i.m selama 2 hari; dipasang laminaria 24 jam, dilanjutkan drip oksitosin. Jika gagal dapat dipertimbangkan pemakaian preparat prostaglantin E<sub>2</sub> (Nalador drip atau prostin E vaginal tablet).

(3) Bila hemostatis ada kelainan :

- a. Tranfusi darah segar sampai fibrinogen kurang dari 12 mg%.
- b. Atau berikan fibrinogen 4 gr i.v perinfus sampai fibrinogen kurang dari 200 mg%.
- c. Dilatasi dan kuretase dilakukan setelah hemostatis diperbaiki.

**2) Mola Hidatidosa**

Pemeriksaan penunjang :

- a. T<sub>3</sub> dan T<sub>4</sub> bila ada gejala tirotoksitosis
- b. Foto toraks
- c. Pemeriksaan hCG urine atau serum (secara radio imunologi)
- d. Ultrasonografi, terlihat gambaran badan salju atau gelembung mola
- e. Uji sonde menurut Hanifa, sonde masuk tanpa tahanan dan dapat diputar 360° dengan deviasi sonde kurang dari 10° biopsy acosta sison,

yaitu masukkan tang tampon ke dalam kavum uterus. Kedua pemeriksaan ini dapat dilakukan di poliklinik.

Penatalaksanaan :

Pada prinsipnya ada 2 hal :

(1) Evakuasi mola hidatidosa

Dilakukan setelah pemeriksaan persiapan selesai. Jika mola sudah keluar spontan dilakukan kuret atau kuret hisap. Jika kanalis servikalis belum terbuka dipasang laminaria dan 24 jam kemudian dilakukan kuretase hisap dilanjutkan dengan kuretase tumpul. Pemberian uterotonika yaitu infus oksitosin bila evakuasi sudah dimulai. Dalam 7-10 hari kemudian ulang dengan kuretase tajam.

(2) Pengawasan lanjut

**3) Pre-eklampsia**

Penanganan pre-eklampsia ringan :

1. Rawat jalan

- a. Banyak istirahat (berbaring atau tidur miring)
- b. Diet cukup protein dan vitamin, rendah karbohidrat, lemak dan garam
- c. Sedatif ringan : diazepam 3 x 2 mg atau luminal 3 x 30 mg selama 7 hari (kalau bisa istirahat)
- d. Pemeriksaan laboratorium :
  - (1) Darah, urin rutin
  - (2) Jumlah trombosit



- (3) Uji faal hati
- (4) Uji faal ginjal
- (5) Estriol dan HPL
- e. Kontrol tiap minggu

## 2. Rawat inap

- a. Dalam dua minggu rawat jalan tidak menunjukkan perubahan
- b. Kenaikan berat badan kurang dari 1 kg/minggu
- c. Timbul salah satu gejala pre-eklampsia berat

### Penanganan pre-eklampsia berat :

- (1) Penderita dirawat di ruang yang tenang, tidur miring ke kiri.
- (2) Diet, cukup protein, 100 mg/hari, dan kurang garam yakni sampai 0,5 gram/hari.
- (3) Infus dekstrosa 5% yang tiap literinya diselingi infus ringer laktat 60-125 ml/jam sebanyak 500 ml, jumlah cairan maksimum 1500 ml/hari, kalau tekanan osmotik plasma menurun, diberikan larutan koloid.
- (4) Magnesium Sulfat
  - a. Dosis awal : 4 gram larutan 20% intravena dengan kecepatan maksimal 1 gram/menit, yang segera masing-masing 10 ml di pantat kiri dan kanan.
  - b. Dosis pemeliharaan : 4 gram setiap 6 jam kemudian, catatan : syarat pemberian magnesium sulfat adalah :
    - (1) Refleks patella (+)
    - (2) Respirasi lebih dari 16 per menit

- (3) Produksi urine paling tidak 100 ml/4 jam terakhir
  - (4) Tersedia antidotum, yakni kalsium glukonat 10%
  - c. Pemberian magnesium sulfat dihentikan setelah 6 jam pasca persalinan.
- (5) Anti hipertensi

Diberikan bila tekanan sistolik  $\geq 180$  mmHg atau diastolik  $\geq 110$  mmHg

a. Hidralazin

- (1) 10 mg 4-6 jam sesuai respon.
- (2) 5 mg intravena, tunggu 5 menit, bila tidak ada respon ulangi 5 mg intravena sampai dosis total 25 mg.

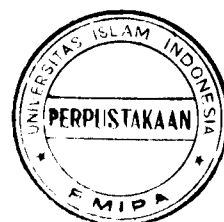
b. Klonidin

- (1) satu ampul (0,15 mg) dilarutkan dalam 9 ml Aqua for injection atau NaCl fisiologi disuntikkan intravena sebanyak 5 ml tunggu 5 menit.
- (2) Bila tekanan darah belum turun diulang sampai 4 kali dalam waktu 30 menit.
- (3) Bila tekanan darah sudah turun klonidin diberikan secara intramuskuler 3-4 jam sebanyak 0,15 mg.

(6) Diuretika

a. Indikasi

- 1) Edema paru-paru
- 2) Kegagalan jantung



b. Obat dan dosis

(7) Tindakan obstetrik

1. Konservatif : kehamilan dipertahankan, sehingga ditunggu sampai persalinan spontan.

2. Aktif

a. Indikasi : bila terdapat satu atau lebih keadaan di bawah ini:

1) Umur kehamilan  $\geq 37$  minggu

2) Terdapat gejala *implending eclampsia*

3) Kegagalan terapi konservatif medikamentosa :

Enam jam sejak pengobatan medicinal terjadi kenaikan tekanan darah dan tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan, dengan kriteria tekanan diastolik  $\geq 100$  mmHg dan indeks gestosis  $\geq 6$

4) Terdapat tanda-tanda gawat janin

5) Terdapat tanda-tanda IUGR yang kurang dari 10 persentil dari kurva normal

b. Cara terminasi kehamilan

Belum dalam persalinan :

(1) Induksi : setelah 30 menit terapi medisinal

(2) Seksio sesar bila :

a. Terdapat kontraindikasi terhadap oksitosin

b. Setelah 12 jam dalam induksi tidak masuk fase aktif

c. Primigravida lebih cenderung ke arah bedah sesar

Sudah dalam persalinan :

- (1) Kala I laten : seksio sesar
- (2) Kala I aktif : amniotomi bila 6 jam setelah amniotomi tidak tercapai pembukaan lengkap-seksio sesar.
- (3) Kala II : ekstraksi vakum, ekstraksi forsipal.

#### 4) Eklampsia

Penanganan eklampsia :

- (1) Prinsip pengobatan sama dengan pre-eklampsia berat, termasuk pemberian magnesium sulfat.
- (2) Bila masih terjadi kejang, berikan tambahan magnesium sulfat 2 gram larutan 2% dalam waktu 2 menit, bila masih kejang, berikan amobarbital sampai 250 mg intravena pelan.
- (3) Sebagai alternatif bisa diberikan diazepam 10 mg intravena sebelum terapi dengan magnesium sulfat.
- (4) Pemberian magnesium sulfat dihentikan setelah 24 jam persalinan, atau bila eklampsia timbul setelah persalinan magnesium sulfat diberikan sampai 24 jam setelah serangan kejang terakhir.
- (5) Persalinan diusahakan pervaginam, 4-8 jam setelah serangan kejang terakhir dan penderita sudah sadar.
- (6) Jika diperlukan tindakan bedah sesar, ini dikerjakan sekurang-kurangnya 12 jam setelah bebas kejang.
- (7) Tindakan lain disesuaikan dengan keadaan.

### 5) Plasenta Previa

Pemeriksaan penunjang :

1) Laboratorium

- a. Hemoglobin
- b. Hematokrit
- c. Trombosit
- d. Waktu pembekuan darah
- e. Waktu protrombin
- f. Waktu tromboplastin parsial
- g. Elektrolit plasma

2) Kardiotokografi : Laenak, dopler, untuk menilai status janin.

3) USG : menilai letak plasenta, usia gestasi, keadaan janin.

Penatalaksanaan :

Perdarahan sedikit , dirawat sampai 38 minggu, mobilisasi bertahap.

Perdarahan banyak :

- (1) Resusitasi janin
- (2) Atasi anemia (tranfusi darah)
- (3) PDMO : plasenta previa → partus perabdominalis

### 6) Solusio Plasenta

Penanganan :

1. Solusio plasenta ringan :

Ekspektatif bila ada perbaikan (perdarahan berhenti kontraksi uterus tidak ada, janin hidup).

- a. Tirah baring
  - b. Atasi anemia
  - c. USG dan CTG serial kalau memungkinkan
  - d. Tunggu persalinan spontan, aktif bila keadaan memburuk (perdarahan berlangsung terus, kontraksi uterus terus berlangsung) dapat mengancam janin atau ibu.
  - e. Partus pervaginam (amniotomi atau oksitosin infus). Bila perdarahan dan pelvic scor  $< 5$  atau persalinan masih lama  $> 6$  jam.
  - f. Seksio sesarea.
2. Solusio plasenta sedang atau berat :
- a. Resusitasi cairan
  - b. Atasi anemia (tranfusi darah)
  - c. Partus pervaginam bila diperkirakan dapat berlangsung dalam 6 jam (amniotomi dan infus oksitosin)

Partus perabdominal dipertimbangkan bila partus pervaginam tidak dapat berlangsung, dapat mengancam ibu atau janin (Anonim, 1998).

## B. KETERANGAN EMPIRIS

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah dengan membandingkan pada standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit tersebut dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI.



### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. BATASAN VARIABEL OPERASIONAL**

1. Populasi sasaran variabelnya adalah wanita-wanita hamil yang mengalami kelainan pada kehamilannya di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2003.
2. Batasan variabel dalam penelitian penggunaan obat pada kelainan kehamilan meliputi :
  - a. Kelainan kehamilan merupakan komplikasi atau gangguan yang dapat terjadi dalam masa kehamilan, baik pada kehamilan trimester pertama, trimester kedua maupun kehamilan trimester ketiga (Manuaba, 1998).
  - b. Macam-macam kelainan kehamilan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan yang ada dalam literatur menurut Mansjoer (1999) meliputi :
    - (1) Abortus Insiptien, yaitu terjadi apabila perdarahan diikuti dengan dilatasi serviks.
    - (2) Abortus Inkomplitus, yaitu terjadi apabila sudah sebagian jaringan janin dikeluarkan dari uterus.
    - (3) *Missed Abortion*, yaitu kematian janin sebelum 20 minggu, tetapi tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.



- (4) Mola Hidatidosa adalah kehamilan abnormal karena embrio tidak berkembang secara sempurna, melainkan menjadi patologis yang terjadi pada minggu-minggu pertama kehamilan.
- (5) Pre-eklampsia adalah timbulnya hipertensi disertai *proteinuria* dan *edema* akibat kehamilan setelah usia 20 minggu atau segera setelah persalinan.
- (6) Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal yaitu bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruhnya pembukaan jalan lahir.
- (7) Solusio Plasenta adalah plasenta dari insersi sebelum waktunya.
- c. Pola Penggunaan obat meliputi : Kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat yang digunakan, jenis pemeriksaan penunjang serta rata-rata lama perawatan.
- d. Pengambilan data secara populasi.
- e. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah kartu rekam medik pasien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2003 yang dapat dilihat di unit rekam medik rumah sakit tersebut.
- f. Metode pengumpulan data adalah metode retrospektif.
- g. Teknik analisis data secara deskriptif non analitik.

## B. JALANNYA PENELITIAN



Gambar I. Jalannya Penelitian

Jalannya penelitian pertama kali dimulai dengan survey langsung ke bagian diklat Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dengan tujuan untuk memohon ijin agar dapat melakukan penelitian tentang pola penggunaan obat yang diberikan pada pasien kelainan kehamilannya di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003.

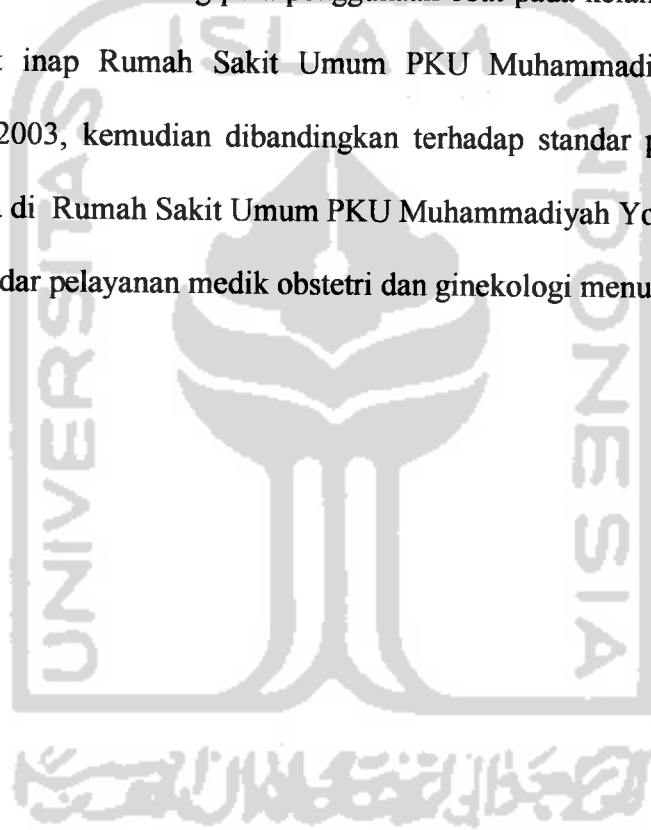
Setelah memperoleh ijin untuk penelitian, penulis kemudian melakukan survey ke bagian unit rekam medik mengenai jumlah pasien kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003. Peneliti mengambil data dengan populasi dan pengambilan datanya secara retrospektif. Kemudian pengumpulan datanya dilakukan dengan melihat kartu rekam medik dari pasien kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003. Pola Penggunaan obat meliputi : Kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat yang digunakan, jenis pemeriksaan penunjang serta rata-rata lama perawatan.

Pengumpulan data dilakukan secara bertahap, misalnya dalam 1 minggu peneliti diperbolehkan 2-3 kali mengumpulkan serta mencatat kartu rekam medik, dimana setiap kali pertemuan peneliti hanya diperbolehkan mengambil data sebanyak 10 sampai 20 kartu rekam medik. Dalam pengambilan data secara populasi, peneliti membutuhkan waktu kira-kira selama 2 bulan. Setelah semuanya data diperoleh, kemudian menganalisis data tersebut yang analisisnya bersifat deskriptif non analitik. Yang kemudian hasil-hasil tersebut dibandingkan kesesuaian dengan standar pelayanan medik Rumah Sakit Umum PKU

Muhammadiyah Yogyakarta dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI.

### C. ANALISIS HASIL

Hasil yang diperoleh dianalisis secara deskriptif non analitik untuk memperoleh gambaran tentang pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003, kemudian dibandingkan terhadap standar pelayanan medik yang sudah ada di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI.



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Deskripsi umum hasil penelitian pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003 akan disajikan dengan cara penelusuran serta pengolahan data. Dimana data yang diperoleh dikelompokkan berdasarkan jenis kelainan yang terdapat di RSU PKU Muhammadiyah tahun 2003 dan yang terdapat dalam literatur menurut Mansjoer 1999, meliputi : abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta. Dimana setiap kasus kelainan terdiri dari beberapa proses penelusuran pola penggunaan obat, meliputi : kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat, diagnosa laboratorium serta rata-rata lama perawatan yang kemudian dibandingkan dengan standar pelayanan medik yang digunakan di Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI. Keterbatasan data tentang aturan pemakaian obat dan dosis obat tidak dicantumkan, menyebabkan data penelitian ini tidak secara mendalam.

#### **A. Proses Penelusuran Data**

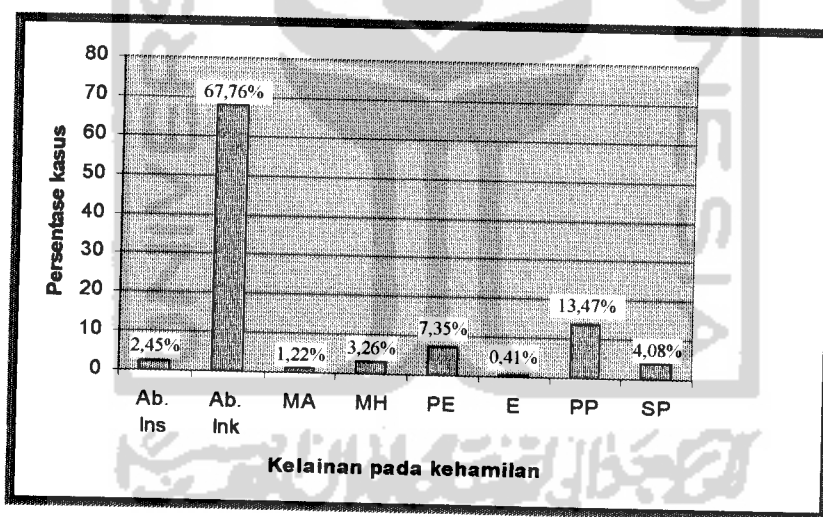
Pada penelitian ini, data yang diperoleh secara populasi utuh pada kasus kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003. Secara rincinya jumlah kasus kelainan pada kehamilan di instalasi rawat inap dapat di lihat pada tabel I.

**Tabel I. Persentase dan jumlah pasien kasus kelainan kehamilan di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003**

No	Jenis kelainan	Jumlah pasien	Persentase (%)
1	Abortus Insiptien	6	2,45
2	Abortus Inkomplitus	166	67,76
3	Missed Abortion	3	1,22
4	Mola Hidatidosa	8	3,26
5	Pre-eklampsia	18	7,35
6	Eklampsia	1	0,41
7	Plasenta Previa	33	13,47
8	Solusio Plasenta	10	4,08
	Jumlah	245	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

**Gambar II. Diagram batang persentase kasus kelainan kehamilan di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003**



Keterangan :

- Ab. Ins : Abortus Insiptien
- Ab. Ink : Abortus Inkomplitus
- MA : Mised Abortion
- MH : Mola Hidatidosa
- PE : Preeklampsia
- E : Eklampsia
- PP : Plasenta Previa
- SP : Solusio Plasenta

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa jumlah kasus kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003 ada 8 jenis kelainan kehamilan. Diantaranya adalah kasus abortus insipien, abortus inkomplitus, *missed abortion*, mola hidatidosa, pre-eklampsia, eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta. Jumlah total pasien dari 8 kasus kelainan kehamilan sebanyak 245 pasien.

Pada tabel I dan diagram batang sudah terlihat jelas gambaran tentang jumlah pasien kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003. Dari 8 kasus kelainan kehamilan tersebut, jumlah pasien terbanyak adalah kelainan jenis abortus inkomplitus sebanyak 166 pasien atau 67,76%. Kasus yang paling sedikit jumlah pasiennya adalah kelainan kehamilan jenis eklampsia. Dalam penelitian, kasus eklampsia tidak dibahas karena dapat menimbulkan bias pada kasus yang lain dipembahasannya, karena jumlah kasusnya hanya 1 pasien. Abortus inkomplitus atau keguguran tidak lengkap, yaitu terjadinya keguguran dengan dikeluarkannya sebagian hasil konsepsi. Perdarahan masih ada seperti darah menstruasi, dimana sebenarnya mulut rahim sudah tertutup. Penyebab keguguran ini sebagian besar tidak diketahui dan terjadi secara spontan. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan keguguran, diantaranya adalah faktor telur (ovum) yang kurang baik, faktor spermatozoa yang kurang sempurna, ketidaksuburan lapisan dalam rahim yang disebabkan oleh kekurangan gizi, kehamilan dengan jarak pendek, terdapatnya penyakit dalam rahim, aktivitas kegiatan fisik yang berlebihan.

Keguguran merupakan masalah kontroversi, apalagi dalam era gerakan kualitas sumber daya manusia. Adalah tidak mungkin dapat menurunkan jumlah penduduk tanpa melakukan gugur kandung. Menggugurkan merupakan metode KB yang paling tua di dunia, sama tuanya dengan umur manusia, yang dijamin modern mendapatkan tempat sebagai penunjang gerakan keluarga berencana.

Proses penelusuran data dilakukan dengan mengamati setiap kelainan kehamilan pada kartu rekam medik pasien. Dimana setiap kasus terdiri dari beberapa proses penelusuran, yaitu : kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat, pemeriksaan penunjang, rata-rata lama perawatan. Kemudian dibandingkan dengan standar pelayanan medik yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan dilengkapi standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi menurut IDI.

## **B. Pola Penggunaan Obat pada Kelainan Kehamilan**

Pola penggunaan obat kelainan kehamilan dapat dilihat melalui beberapa indikator seperti : kombinasi golongan obat, golongan dan macam obat, pemeriksaan penunjang serta rata-rata lama perawatan.

### **1. Pola Penggunaan Obat pada Abortus Insiptien**

**Tabel II. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Abortus Insiptien di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003**

<b>Kombinasi golongan obat</b>	<b>N</b>	<b>Persentase (%)</b>	<b>Standar pelayanan medik *</b>
AB, AG, ANST, OKS, ELT	3	50	Oksitosikum Antibiotik
AB, AG, ANST, OKS, HRN, ELT	1	16,67	
AB, AG, ANST, AE, OKS, ELT	1	16,67	
AB, AH, OKS, ELT	1	16,67	
Total	6	100	

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta



## Keterangan :

*	: Standar pelayanan medik rumah sakit		
N	: Jumlah pasien		
AB	: Antibiotik	AH	: Antihipertensi
AG	: Analgetik	HRN	: Hormon
ANST	: Anestetik	OKS	: Oksitosikum
AE	: Antiemetik	ELT	: Elektrolit

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa kelainan abortus insipien dengan jumlah 6 pasien, mendapatkan 4 pola kombinasi obat. Yang paling banyak digunakan adalah golongan antibiotik, analgetik, anestetik, oksitosikum, elektrolit sebanyak 3 pasien atau (50 %). Penggunaan obat ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan oksitosikum dan antibiotik. Sebagian besar pasien menggunakan antibiotik, karena pada penanganan pengeluaran hasil konsepsi dilakukan dengan kuretase yang diperoleh jaringan tanpa embrio, disusul dengan kerokan sampai bersih. Sehingga peranan antibiotik sangat penting untuk menghindari timbulnya infeksi, disamping itu juga dapat membasmi mikroba penyebab infeksi. Pada kasus ini, gejala rasa mules menjadi lebih sering dan kuat kemudian perdarahan bertambah, sehingga pasien perlu diberikan analgetik yaitu untuk meringankan dan mengurangi penderitaan atau rasa sakit. Kombinasi obat yang digunakan menurut tabel III di atas, yang dilihat pada setiap pola pemberiannya tidak dalam waktu sehari. Karena dicatat medik hanya dicantumkan pemberian obat selama pasien mengalami perawatan di rumah sakit tersebut.

**Tabel III. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Abortus Insipten**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Antibiotik	6	100	Amoksisilin, Klindamisin, Doksisisiklin, Sulbenisilin
2	Oksitosikum	6	100	Metilergometrin maleat, Oksitosin
3	Elektrolit	6	100	Asering, D5 %, SA, NaCl
4	Anestetik	5	83,33	Midazolam, Ketamin
5	Analgetik	5	83,33	Tramadol, Asam mefenamat
6	Antiemetik	1	16,67	Metoklopramid
7	Antihipertensi	1	16,67	Nifedipina
8	Hormon	1	16,67	Allilestrenol

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat  
 Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien abortus insipten}} \times 100 \%$

Golongan dan macam obat yang digunakan dihitung sesuai persentase pemakaian golongan obatnya selama perawatan dibagi dengan total kasus yang ada yang kemudian diperoleh deskripsi data penggunaan golongan obat. Hasil yang diperoleh bervariasi, hal ini dikarenakan banyak kasus yang menerima macam obat selama menjalani perawatan di rumah sakit tidak sama setiap harinya, karena setiap pasien mempunyai kondisi yang berbeda-beda.

Persentase yang paling besar (100 %) adalah penggunaan golongan antibiotik, oksitosikum, elektolit. Dimana antibiotik adalah obat yang dihasilkan oleh mikroorganisme yang dapat menghambat pertumbuhan atau dapat membunuh mikroorganisme lain. Disamping itu, peranan golongan antibiotik berfungsi untuk mengatasi timbulnya infeksi. Jenis antibiotik yang digunakan antara lain amoksisilin, klindamisin, doksisisiklin, sulbenisilin. Disamping itu ada oksitosikum yang fungsinya untuk merangsang timbulnya kontraksi uterus yang berada dalam kehamilan dimana digunakan untuk memulai persalinan. Karena

pada abortus insipien pasien mengalami banyak pendarahan, maka pemberian kombinasi metilergometrin maleat dan oksitosin ini dapat mencegah perdarahan paskapersalinan. Jenis elektrolit yang dipakai adalah asering, SA, D5 %, NaCl. Anestetik yang digunakan adalah midazolam dan ketamin sebagai anestetik lokal. Pemberian analgetik juga penting dalam proses kuretase yaitu untuk meringankan serta mengurangi rasa sakit. Disamping itu ada antiemetik, antihipertensi dan hormon yang masing-masing 16,67 %.

**Tabel IV. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Abortus Insipien**

Jenis pemeriksaan penunjang	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, SGOT, SGPT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg	1	16,67
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg	2	33,33
Hemoglobin, jumlah leukosit, jumlah trombosit, hematokrit, masa jendal, masa perdarahan, gula darah sewaktu	1	16,67
Tanpa pemeriksaan penunjang	2	33,33
Total	6	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta  
Keterangan : N = Jumlah pasien

Pada tabel di atas dengan jumlah 6 pasien mendapatkan 3 pola jenis pemeriksaan dan ada 2 pasien yang tidak melakukan pemeriksaan. 2 pasien yang melakukan pemeriksaan penunjang, jenis pemeriksaannya adalah masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, dan HBsAg. Pada standar pelayanan medik, pemeriksaan penunjangnya meliputi anamnesis, pemeriksaan ginekologis, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG, radiologi. Dari hasil penelitian yang diperoleh jenis pemeriksaan penunjangnya semua itu termasuk bagian dalam pemeriksaan laboratorium. Sehingga pemeriksaan penunjang

tersebut sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit tersebut.

**Tabel V. Rata-rata lama perawatan pada kasus Abortus Insipten**

<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
6 pasien	1 hari	0 *	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta  
 Keterangan : N = Jumlah pasien  
 \* = Tidak dirawat inap

Pada tabel V di atas dapat dilihat bahwa rata-rata lama perawatan kasus abortus insipien dengan jumlah 6 pasien adalah 1 hari. Menurut standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi IDI, untuk rata-rata lama perawatan pada kelainan abortus insipien setelah kuretase pasien tidak perlu dirawat, kecuali adanya komplikasi seperti perdarahan banyak yang menyebabkan anemia berat atau infeksi.

Secara garis besar hasil penelitian kelainan kehamilan pada kasus abortus insipien dapat diambil suatu kesimpulan tentang kesesuaian dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk golongan obat yang digunakan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan golongan obat oksitosikum dan antibiotik. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk rata-rata lama perawatan dari hasil penelitian 1 hari, hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI, dimana pasien tidak perlu dirawat inap, kecuali jika ada komplikasi.

## 2. Pola Penggunaan Obat pada Abortus Inkomplitus

**Tabel VI. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Abortus Inkomplitus di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003**

Kombinasi golongan obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *
AB, ANST, AE, AG, AAN, OKS, ELT	3	1,81	Oksitosikum Antibiotik
AB, ANST, AE, AG, OKS, ELT	28	16,88	
AB, ANST, AE, AAN, AAS, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AE, AAN, AT, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AE, AAN, OKS, ELT	2	1,20	
AB, ANST, AE, AIFM, OKS, ELT	4	2,42	
AB, ANST, AE, AAN, OKS, ELT	11	6,64	
AB, ANST, AE, MTV, OKS, ELT	2	1,20	
AB, ANST, AE, OKS, ELT	5	3,01	
AB, ANST, AG, HRN, MTV, OKS, ELT	2	1,20	
AB, ANST, AG, OKS, ELT	2	1,20	
AB, ANST, AG, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AG, MTV, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AG, OKS, ELT	31	18,68	
AB, ANST, AAN, OKS, MTV, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AIFM, AAN, HRN, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AIFM, AAN, OKS, ELT	1	0,60	
AB, ANST, AIFM, OKS, ELT	3	1,81	
AB, ANST, AAN, OKS, ELT	9	5,43	
AB, ANST, OKS, MTV, ELT	1	0,60	
AB, ANST, OKS, ELT	9	5,43	
AB, AE, AG, OKS, ELT	1	0,60	
AB, AE, AAN, AT, OKS, ELT	1	0,60	
AB, AE, AAN, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, AE, AAN, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, AE, AT, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, AE, OKS, ELT	22	13,25	
ANST, AG, AAN, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, HRN, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, HRN, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, AAS, OKS, ELT	1	0,60	
ANST, OKS, ELT	2	1,20	
ANST, OKS, ELT	13	7,84	
AE, OKS, ELT	1	0,60	
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta



## Keterangan :

*	: Standar pelayanan medik rumah sakit	AAN	: Antianemia
N	: Jumlah pasien	AIFM	: Antiinflamasi
AB	: Antibiotik	HRN	: Hormon
AG	: Analgetik	MTV	: Multivitamin
ANST	: Anestetik	OKS	: Oksitosikum
AE	: Antiemetik	ELT	: Elektrolit
AT	: Antitukak		
AAS	: Antiasma		

Pada tabel di atas dapat dilihat bahwa kelainan abortus inkomplitus dengan jumlah 166 pasien, dan 34 pola pengobatan dengan beberapa kombinasi obat. Yang paling banyak digunakan adalah golongan obat antibiotik, anestetik, analgetik, oksitosikum, elektrolit dengan jumlah 31 pasien atau (18,68 %); peringkat yang kedua adalah golongan antibiotik, anestetik, antiemetik, analgetik, oksitosikum, elektrolit dengan jumlah 28 pasien (16,88 %). Pengobatan tersebut sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit yaitu menggunakan golongan oksitosikum dan antibiotik. Terapi yang dilakukan adalah kuretase yang didapat jaringan sisa kehamilan tanpa embrio. Kuretase dilakukan sampai benar-benar bersih, karena dapat mengakibatkan infeksi.

Meskipun tidak ada keterangan apakah pemberian obat secara bersamaan atau berjarak waktu. Kombinasi beberapa jenis obat dalam terapi mutlak memerlukan pertimbangan untuk mencapai pengobatan yang rasional. Penggunaan obat kombinasi (ganda atau lebih) dapat menimbulkan interaksi obat, sehingga memerlukan kontrol yang lebih cermat.

Ada interaksi obat yang terjadi antara anestetik dan antiasma yang akan mengakibatkan resiko aritmia. Hal ini disebabkan kerja antiasma (terbutalin) tergantung pada peningkatan denyut nadi serta perubahan tekanan darah. Sehingga penggunaan secara bersama dapat menimbulkan resiko aritmia. Ada

interaksi yang dapat terjadi yaitu antara antibiotik dan antiasma dimana akan mengakibatkan antagonisme efek saluran cerna yaitu rasa mual, muntah metabolik karena obat atau sesudah operasi dan rasa panas pada saluran pencernaan.

**Tabel VII. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Abortus Inkomplitus**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Oksitosikum	166	100	Metilergometrin maleat, Oksitosin
2	Elektrolit	166	100	Asering, NaCl, SA, D5 %, RL
3	Anestetik	162	97,59	Prokain, Midazolam, Ketamin, Petidin
4	Antibiotik	122	73,49	Amoksisilin, Seftriakson, Sefradin, Klindamisin, Sulbenisilin
5	Antiemetik	85	51,20	Metoklopramida
6	Analgetik	70	42,17	Asetaminofen, Asam mefenamat, Tramadol, Metampiron
7	Antianemia	34	20,48	Asam folat
8	Antiinflamasi	9	5,42	Ketoprofen
9	Multivitamin	7	4,22	Multivitamin
10	Hormon	5	3,01	Allilestrenol
11	Antitukak	3	1,81	Ranitidin, Misoprostol
12	Antiasma	2	1,20	Terbutalin sulfat, Deksametason

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien abortus inkomplitus}} \times 100 \%$

Pada kasus kelainan abortus inkomplitus persentase golongan yang banyak digunakan adalah golongan oksitosikum. Pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal dalam uterus ini, pada pemeriksaan vaginalis, *kanalis servikalis* terbuka dan jaringan dapat diraba dalam *kavum uteri* atau kadang-kadang menonjol dari *ostium uteri eksternum*. Bahkan perdarahan dapat banyak sekali, sehingga dapat

menyebabkan syok dan perdarahan itu tidak akan berhenti sebelum sisa hasil konsepsi belum dikeluarkan. Perdarahan yang terjadi dapat dihentikan dengan pemberian ergometrin maleat dan oksitosin intramuskular dalam dosis yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Biasanya obat ini disuntikkan sebelum melakukan proses kuretase. Pada kehamilan muda, kombinasi keduanya lebih efektif daripada masing-masing obat sendiri. Disamping itu ada golongan elektrolit yaitu untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh, sebagai sumber energi untuk mengatasi keadaan dehidrasi dan kekurangan garam. Jenis elektrolit yang diberikan adalah NaCl, Ringer Laktat, SA, D5 %, dan asering.

Obat-obat golongan anestesi memiliki peranan yang penting dalam meredakan rasa nyeri untuk jangka waktu yang singkat. Anestetik yang dipakai dalam kasus ini adalah prokain, midazolam, ketamin dan petidin. Antibiotik yang digunakan pada kasus ini sebesar 73,49 % fungsinya untuk membasmi mikroba penyebab infeksi. Jenis antibiotik yang dipakai adalah amoksisilin, seftriakson, sefradin, klindamisin, sulbenisilin. Dalam kasus abortus inkomplitus jenis antiemetiknya adalah metoklopramid dengan cara kerja berkisar selama beberapa menit sesudah penyuntikan, dan dalam waktu satu jam setelah pemberian peroral. Obat ini dieliminasi agak cepat dari dalam tubuh, sehingga memerlukan pemberian yang sering. Karena itu, metoklopramid bekerja paling efektif jika diberi lewat infus secara kontinue. Pada penanganan abortus inkomplitus dilakukan kuretase, sehingga golongan analgetik juga berperan dalam kasus ini yaitu untuk meringankan dan mengurangi rasa sakit tanpa menghilangkan kesadaran. Perdarahan yang terjadi pada kasus abortus inkomplitus sangat banyak,



sehingga perlu diberikan obat antianemia untuk menghindari terjadinya kekurangan darah. Obat antianemia yang digunakan adalah jenis asam folat yang berperan menurunkan resiko *NTDs (Neural Tube Defects atau penutupan tabung saraf)*, menurunkan penyakit kardiovaskular atau stroke. Multivitamin disini sebagai suatu bentuk terapi suportif yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan dan memperbaiki keadaan umum pasien serta untuk mencegah kekurangan gizi. Timbulnya kasus abortus kemungkinan disebabkan karena kekurangan hormon progesteron. Oleh karena itu, pada kasus abortus inkomplitus diperlukan pemberian hormon, dimana yang digunakan adalah allilestrenol, yaitu bagian dari hormon yang dihasilkan oleh wanita atau disebut dengan hormon progesteron. Hormon yang digunakan pada kasus ini yaitu agar daya gestagennya kuat atau daya pemeliharaan kehamilan yang kuat dan spesifik, sehingga khusus digunakan untuk mencegah abortus, dimana disebabkan oleh produksi progesteron yang rendah.

Tujuan terapi antitukak lambung yaitu untuk meringankan atau menghilangkan gejala, mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi asam lambung. Penggunaan antitukak pada kasus ini sebesar 1,81 %. Golongan obat antiasma yang diperlukan untuk kasus ini sebesar 1,20 %. Sangat penting untuk diingat bahwa asma harus terkontrol dengan baik saat kehamilan, agar tidak mempengaruhi kehamilan, persalinan, atau fetus.

**Tabel VIII. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Abortus Inkomplitus**

Jenis pemeriksaan penunjang	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, USG	6	3,61
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, USG	66	39,76
Masa jendal, masa perdarahan, gula darah sewaktu	1	0,60
Hemoglobin, jumlah leukosit, jumlah trombosit, hematokrit, masa jendal, masa perdarahan	3	1,81
Hemoglobin, golongan darah, gula darah sewaktu, USG	4	2,41
Golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, USG	3	1,81
Golongan darah, gula darah sewaktu	3	1,81
Lab darah, USG	7	4,22
Lab darah, HBsAg	5	3,01
USG, HBsAg	1	0,60
USG	11	6,63
Hemoglobin	4	2,41
Lab darah	25	15,06
Tanpa pemeriksaan penunjang	27	16,26
Total	166	100

Sumber : Rekam medik RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Pada tabel diatas dapat dilihat untuk pemeriksaan penunjang yang paling besar dilakukan pada kasus ini meliputi masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu dan USG dengan jumlah 66 pasien (39,76 %) dari 166 pasien kasus abortus inkomplitus. Dalam hal ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah, yaitu anamnesis, pemeriksaan ginekologis, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan USG. Dalam anamnesis penderita perlu diberi kesempatan untuk mengutarakan keluhan-keluhan secara spontan, baru kemudian ditanyakan gejala-gejala tertentu yang menuju kearah kemungkinan diagnosa. Untuk pemeriksaan ginekologis ini pasien diperiksa dengan berbaring atau disebut dengan letak

litotomi yaitu pasien berbaring di atas sambil lututnya diletakkan pada penyangga dan tungkai dalam fleksi santai, sehingga penderita berbaring dengan posisi mengangkang. Pada hasil penelitian ini, pemeriksaan penunjang untuk masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu termasuk dalam pemeriksaan laboratorium. Dan untuk pemeriksaan tambahannya adalah pemeriksaan USG ini untuk menentukan implantasi plasenta, usia kehamilan, profil biofisik, letak dan persentasi janin. Pada penelitian, peneliti tidak terlalu membahas lebih dalam mengenai pemeriksaan penunjang, karena tujuan penelitian hanya ke penggunaan obatnya saja. Ini merupakan suatu gambaran dalam pemeriksaan kehamilan apalagi kehamilan yang mempunyai kelainan, pemeriksaan penunjang penting untuk dilakukan karena untuk memperjelas diagnosa yang kemudian dapat melakukan penanganan yang lebih lanjut.

**Tabel IX. Rata-rata lama perawatan pada kasus Abortus Inkomplitus**

<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
166 pasien	1 hari	0 *	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

\* = Tidak dirawat inap

Rata-rata lama perawatan dalam penelitian pada kasus abortus inkomplitus adalah 1 hari. Dalam standar pelayanan medik menurut IDI disebutkan bahwa untuk kelainan ini, pasca kuretase pasien tidak perlu dirawat, kecuali jika ada komplikasi. Pada umumnya setelah tindakan kuretase pasien abortus dapat segera pulang, Kecuali jika ada komplikasi seperti perdarahan banyak yang menyebabkan anemia berat atau infeksi.

Secara garis besar hasil penelitian kelainan kehamilan pada kasus abortus inkomplitus dapat diambil suatu kesimpulan tentang kesesuaian dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk golongan obat yang digunakan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan golongan obat oksitosikum dan antibiotik. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan sebagian besar sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk rata-rata lama perawatan dari hasil penelitian 1 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI dimana pada kasus ini pasien tidak perlu dirawat inap, kecuali jika ada komplikasi.

### 3. Pola Penggunaan Obat pada *Missed Abortion*

**Tabel X. Persentase kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus *Missed Abortion* di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003**

Kombinasi golongan obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *
AB, ANST, AAN, OKS, ELT	1	33,33	Oksitosikum
AB, AG, ANST, OKS, MTV, ELT	1	33,33	Hormon
ANST, OKS, AE, ELT	1	33,33	
Total	3	99,99	

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

\* : Standar pelayanan medik rumah sakit

N : Jumlah pasien

AB : Antibiotik

AG : Analgetik

ANST : Anestetik

AAN : Antianemia

AE : Antiemetik

MTV : Multivitamin

OKS : Oksitosikum

ELT : Elektrolit

Dari hasil penelitian, terapi yang dilakukan pada kasus missed abortion adalah kuretase yang didapat hasil jaringan pada plasenta. Golongan obat yang digunakan pada saat kuretase adalah anestetik, oksitosikum. Pada tabel diatas dapat dilihat bahwa ada 3 pola penggunaan obat dengan beberapa kombinasi

Penggunaan kombinasi obat pada hasil penelitian tidak dalam waktu sehari, karena pada catatan medik hanya dicantumkan penggunaan obat selama perawatan. Interaksi yang dapat terjadi pada kasus ini adalah anestetik dan oksitosikum yang akan mengakibatkan efek oksitosin diturunkan oleh anestetik. Dimana efek oksitosin ini dapat merangsang kontraksi uterus yang akan memacu persalinan. Sehingga penggunaan oksitosin bersama anestetik akan menyebabkan kontraksi uterus tidak terjadi sehingga persalinan tidak terpacu. Dari hasil penelitian penggunaan obatnya sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit tersebut adalah oksitosikum dan hormon. Karena sebagian besar pasien menggunakan golongan oksitosikum. Hormon dalam standar pelayanan medik rumah sakit untuk terapi pengganti hormon, dimana hormon yang digunakan dalam standar pelayanan medik adalah hormon yang dihasilkan oleh wanita yaitu estrogen jenis estradiol.

**Tabel XI. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus *Missed Abortion***

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Anestetik	3	100	Midazolam, Ketamin
2	Oksitosikum	3	100	Metilergometrin maleat, Oksitosin
3	Elektrolit	3	100	Asering, D5 %
4	Antibiotik	2	66,67	Amoksisilin
5	Analgetik	1	33,33	Asam mefenamat
6	Antiemetik	1	33,33	Metoklopramid
7	Antianemia	1	33,33	Asam folat
8	Multivitamin	1	33,33	Multivitamin

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien missed abortion}} \times 100 \%$

Pada kasus ini sebagian besar pasien menggunakan golongan anestetik yaitu midazolam dan ketamin. Obat-obat tersebut termasuk anestetik intravena, selain itu dapat diberikan dalam sediaan suppositoria secara rektal, tetapi resorpsinya kurang teratur. Obat-obat ini terutama digunakan untuk mendahului (induksi) anestetik total. Obat-obat oksitosik banyak digunakan untuk induksi serta penguatan persalinan, pencegahan serta penanganan perdarahan postpartum. Jenis oksitosikum yang digunakan adalah metilergometrin dan oksitosin. Persentase penggunaan elektrolit sebesar 100 % yaitu untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh dan sebagai sumber energi (D5 %). Disamping itu penting untuk mengatasi keadaan dehidrasi dan kekurangan garam. Pada penanganan kasus ini dilakukan kuretase, dimana perlakuannya harus secara hati-hati karena jaringan telah mengeras. Sehingga peranan antibiotik pada kasus ini sangat penting, yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi. Persentase penggunaan antibiotik pada kasus ini sebesar 66,67 %. Jenis antibiotik yang digunakan adalah amoksisilin. Obat ini memiliki sifat absorpsi lebih baik apabila diberikan per oral dan menghasilkan kadar lebih tinggi dalam plasma dan jaringan. Disamping itu ada golongan analgetik, antiemetik, antianemia dan multivitamin yang masing-masing penggunaannya pada kasus missed abortion sebesar 33,33 %.

**Tabel XII. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus *Missed Abortion***

Jenis pemeriksaan penunjang	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, USG	1	33,33
USG	2	66,67
Total	3	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Pada tabel di atas untuk jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus *Missed Abortion* adalah masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, USG dengan jumlah 1 pasien (33,33 %); pemeriksaan USG dengan jumlah 2 pasien (66,67 %). Standar pelayanan medik yang digunakan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium meliputi hemoglobin, jumlah eritrosit, jumlah leukosit, waktu perdarahan, waktu pembekuan dan fibrinogen. Sehingga dalam hal ini, pemeriksaan penunjang dari hasil penelitian sudah sesuai dengan standar pelayanan medik.

**Tabel XIII. Rata-rata lama perawatan pada kasus *Missed Abortion***

N	Rata-rata lama perawatan (hari)	Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)	Kesesuaian
3 pasien	1 hari	0 *	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

\* = Tidak dirawat inap

Dari hasil penelitian rata-rata lama perawatan untuk kasus *missed abortion* selama 1 hari dengan jumlah 3 pasien. Dalam standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi IDI disebutkan bahwa untuk kasus ini pada umumnya setelah kuretase pasien dapat segera pulang, kecuali jika ada komplikasi seperti perdarahan banyak yang dapat menyebabkan anemia.

Secara garis besar hasil penelitian kelainan kehamilan pada kasus abortus inkomplitus dapat diambil suatu kesimpulan tentang kesesuaian dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk golongan obat yang digunakan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan golongan obat oksitosikum dan antibiotik. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan sebagian besar sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk rata-rata

lama perawatan dari hasil penelitian 1 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI, karena pada kasus ini pasien tidak perlu dirawat inap kecuali jika ada komplikasi.

#### 4. Pola Penggunaan Obat pada Mola Hidatidosa

**Tabel XIV. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Mola Hidatidosa di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003**

Kombinasi golongan obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *
AB, ANST, AE, OKS, MTV, ELT	1	12,50	Oksitosikum
AB, ANST, AE, OKS, ELT	1	12,50	
AB, ANST, AE, AIFM, OKS, ELT	1	12,50	
AB, ANST, AE, AAN, AT, OKS, MTV, ELT	1	12,50	
AB, AG, ANST, AE, OKS, ELT	1	12,50	
AB, AG, ANST, OKS, ELT	3	37,50	
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

\* : Standar pelayanan medik rumah sakit

N : Jumlah pasien

AB : Antibiotik

AG : Analgetik

ANST : Anestetik

AE : Antiemetik

AAN : Antianemia

AT : Antitukak

AIFM : Antiinflamasi

OKS : Oksitosikum

MTV : Multivitamin

ELT : Elektrolit

Dari hasil penelitian, terapi yang dilakukan adalah dilatasi yang dilanjutkan kuretase dengan sendok kuret tumpul, kemudian diperoleh hasil jaringan mola (sebagian patologi anatomi) dengan memantau perdarahan.

Pada tabel di atas dapat dilihat untuk kasus mola hidatidosa dengan jumlah 8 pasien, yang mempunyai 6 pola jenis pengobatan dengan beberapa kombinasi. 3 pasien (37,50 %) menggunakan kombinasi golongan antibiotik, analgetik, anestetik, oksitosikum, elektrolit. 5 pasien (12,50 %) yang lain mendapatkan



kombinasi obat yang berbeda-beda. Salah satu diantaranya adalah kombinasi antibiotik, analgetik, anestetik, antiemetik, oksitosikum dan elektrolit. Disini dapat dilihat ada interaksi yang terjadi antara antibiotik dan antiemetik yang akan mengakibatkan antagonisme efek saluran cerna. Dimana efek saluran cerna yang akan timbul adalah mual, muntah karena obat atau sesudah operasi, dan rasa panas pada saluran cerna. Dari hasil penelitian penggunaan obat sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah yaitu memakai oksitosikum.

**Tabel XV. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Mola Hidatidosa**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Antibiotik	8	100	Amoksisilin, Klindamisin, Sulbenisilin, Seftriakson
2	Anestetik	8	100	Midazolam, Ketamin, Diazepam
3	Oksitosikum	8	100	Metilergometrin maleat, Oksitosin
4	Elektrolit	8	100	Asering, Ringer Laktat, SA, D5 %
5	Antiemetik	5	62,50	Metoklopramid, Domperidon
6	Analgetik	4	50	Tramadol, Asam mefenamat
7	Multivitamin	2	25	Multivitamin
8	Antianemia	1	12,50	Asam folat
9	Antiinflamasi	1	12,50	Ketoprofen
10	Antitukak	1	12,50	Aluminium hidroksida

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien mola hidatidosa}} \times 100 \%$

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa semua pasien (100 %) mendapatkan antibiotik, anestetik, oksitosikum, elektrolit. Peran antibiotik pada kasus ini adalah untuk membasmi mikroba penyebab infeksi. Karena dalam penanganan kasus ini dilakukan kuretase, sehingga kemungkinan timbul infeksi. Golongan anestetik pada kasus mola hidatidosa menjadi sarana untuk memberikan

efek basal sedasi pada tindakan diagnostik atau bedah. Oksitosikum adalah obat untuk merangsang kontraksi uterus sehingga digunakan untuk memulai persalinan. Dalam penanganan kasus ini, pasien kemungkinan mengalami kondisi tubuh yang sangat lemah bahkan tidak stabil, sehingga pasien membutuhkan elektrolit untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh, sebagai sumber energi (terutama pemberian D5%) serta dapat mengatasi keadaan pasien yang kemungkinan mengalami dehidrasi dan kekurangan garam.

**Tabel XVI. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Mola Hidatidosa**

Jenis pemeriksaan penunjang	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, USG	7	87,50
USG	1	12,50
Total	8	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian dapat dilihat untuk pemeriksaan penunjang yang paling besar persentasenya (87,50 %) adalah masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg dan USG. Hal ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan pada rumah sakit yaitu T3 dan T4 (jika ada gejala tirotoksikosis), foto toraks, pemeriksaan hCG urin atau serum, USG. Dalam pemeriksaan penunjang disini dikatakan sesuai karena semua pasien mendapatkan pemeriksaan USG. Bukan berarti pasien mendapatkan semua jenis pemeriksaan penunjang yang terdapat dalam standar pelayanan medik. Karena dalam standar pelayanan medik ini adalah sebagai penunjang pemeriksaan untuk diagnosa yang kemudian akan mendapatkan penanganan yang lebih khusus.

**Tabel XVII. Rata-rata lama perawatan pada kasus Mola Hidatidosa**

<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
8 pasien	1 hari	3-5 hari	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian rata-rata lama perawatan kasus mola hidatidosa dengan jumlah 8 pasien yaitu selama 1 hari. Dalam standar pelayanan medik menurut IDI lama perawatan 3-5 hari post evakuasi.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa golongan obat yang digunakan pada kasus mola hidatidosa sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit dan standar pelayanan medik obstetri dan ginekologi IDI yaitu menggunakan obat golongan oksitosikum. Untuk pemeriksaan penunjangnya telah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Sedangkan untuk rata-rata lama perawatan dari hasil penelitian 1 hari, tetapi dalam standar pelayanan medik IDI 3-5 hari, hal ini tidak sesuai.

## 5. Pola Penggunaan Obat pada Pre-eklampsia

**Tabel XVIII. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Pre-eklampsia di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003**

Kombinasi golongan obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *
AB, AG, ANST, MTV, OKS, ELT	2	11,11	Elektrolit MgSO <sub>4</sub> Antihipertensi Diuretika
AB, AG, AH, OKS	1	5,56	
AB, AG, MTV, OKS, ELT	1	5,56	
AB, AG, AAN, AIFM, MTV, OKS, ELT	2	11,11	
AB, AG, AAN, AH, ELT	1	5,56	
AB, AG, ANST, AH, OKS, ELT	4	22,22	
AB, AG, OKS	1	5,56	
AB, AAN, OKS	2	11,11	
AB, AAN, AIFM, MTV, ELT	1	5,56	
AB, AAN, AH, MTV, OKS, ELT	1	5,56	
AB, AAN, AAS, OKS, ELT	1	5,56	
AB, DRTK, MTV, ELT	1	5,56	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

\* : Standar pelayanan medik rumah sakit

N	: Jumlah kasus	AIFM	: Antiinflamasi
AB	: Antibiotik	AH	: Antihipertensi
AG	: Analgetik	DRTK	: Diuretika
ANST	: Anestetik	OKS	: Oksitosikum
AAN	: Antianemia	MTV	: Multivitamin
AAS	: Antiasma	ELT	: Elektrolit

Dari hasil penelitian, terapi yang dilakukan pada kasus pre-eklampsia meliputi :

- 1) Prosedur operasi rutin
- 2) Dalam standar narkosis dilakukan irisan differensial 2 cm atas operasi sepanjang 10 cm
- 3) Irisan diperdalam lapis demi lapis sampai dengan peritoneum parietale, setelah peritoneum perietal dibuka, tampak uterus gravidus

- 4) Plica vesicouterina digunting semi linear
- 5) SBR diiris semi linear, diperdalam secara tumpul
- 6) Bayi dikeluarkan perabdominal
- 7) Plasenta dilahirkan perabdominal, lengkap
- 8) Bloody agle diklem, perdarahan dirawat
- 9) SBR dijahit lapis continue, kontrol perdarahan
- 10) Reperitonease viscorale, kontrol perdarahan
- 11) Reperitonease parietale, kontrol perdarahan
- 12) Perut ditutup lapis demi lapis
- 13) Operasi selesai

Pada tabel di atas dapat dilihat untuk kasus pre-eklampsia dengan jumlah 18 pasien mendapatkan 12 pola jenis pengobatan dengan beberapa kombinasi golongan obat. Di dalam catatan medik tidak dicantumkan secara lengkap pemakaian obatnya, sehingga dari hasil penelitian pada tabel di atas yaitu penggunaan obat selama pasien mengalami perawatan. Kombinasi obat dari hasil penelitian yang paling banyak digunakan adalah golongan antibiotik, analgetik, anestetik, antihipertensi, oksitosikum, elektrolit dengan jumlah 4 pasien (22,22%). Dalam hal ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Dari hasil penelitian kasus pre-eklampsia, pasien tidak mendapatkan terapi magnesium sulfat. Ini karena kemungkinan pasien tidak mengalami kejang, sehingga tidak memerlukan pemberian magnesium sulfat. Pada dasarnya tujuan penatalaksanaannya adalah mencegah konvulsi, pengendalian hipertensi yang berat dan tindakan melahirkan janin serta plasenta. Pengendalian tekanan darah

akan melindungi ibu terhadap komplikasi hipertensi pada otak tetapi tidak mempengaruhi proses penyakit yang melandasi pre-eklampsia.

**Tabel XIX. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Pre-eklampsia**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Antibiotik	18	100	Amoksisilin, Klindamisin, Sulbenisilin, Seftriakson
2	Oksitosikum	15	83,33	Metilergometrin maleat, Oksitosin
3	Elektrolit	14	77,78	Asering, RL, KaEn MG-3, D5%
4	Analgetik	12	66,67	Tramadol, Asam mefenamat, Asam asetil salisilat
5	Multivitamin	8	44,44	Multivitamin
6	Antianemia	8	44,44	Asam folat
7	Antihipertensi	7	38,89	Nifedipin, Klonidin HCl
8	Anestetik	6	33,33	Diazepam, Midazolam, Bupivakain HCl
9	Antiinflamasi	3	16,67	Ketoprofen
10	Antiasma	1	5,56	Deksametason
11	Diuretikum	1	5,56	Furosemid

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien pre-eklampsia}} \times 100\%$

Dari hasil penelitian sebagian besar pasien menggunakan golongan antibiotik yaitu untuk membunuh mikroba penyebab infeksi. Antibiotik yang digunakan pada kasus ini adalah amoksisilin, klindamisin, sulbenisilin dan seftriakson. Penggunaan oksitosikum dalam kasus pre-eklampsia dengan persentase 83,33 % meliputi metilergometrin maleat dan oksitosin. Dimana golongan oksitosikum disini sebagai obat perangsang timbulnya kontraksi uterus yang digunakan untuk memulai persalinan. Otot uterus dirangsang secara langsung tanpa bergantung pada penyarafan.



Kontraksi uterus dipengaruhi oleh sejumlah faktor fisiologi dan uterus, obat-obat golongan oksitosik tertentu digunakan dalam penatalaksanaan medis persalinan khususnya untuk meningkatkan kontraktilitas uterus. Dalam periode setelah melahirkan untuk mengeluarkan plasenta, untuk mengurangi hilangnya darah, biasanya pemberian oksitosin diberikan bersama metilergometrin.

Pemberian elektrolit bertujuan untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh dan sebagai sumber energi (terutama pemberian D5 %). Penggunaan elektrolit pada kasus ini sebesar 77,78 %. Jenis analgetik yang digunakan adalah tramadol, asam mefenamat, asam asetil salisilat yaitu untuk meringankan dan mengurangi rasa sakit. Pada kasus ini, pemberian multivitamin sangat penting yaitu sebagai bentuk terapi suportif yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan dan memperbaiki keadaan pasien, disamping itu untuk mencegah kekurangan gizi pada pasien. Penggunaan golongan antianemia sebesar 44,44 % yaitu asam folat.

Dalam menangani kasus pre-eklampsia menitik beratkan pada hipertensinya atau yang digunakan dalam kasus adalah jenis obat nifedipin. Dimana nifedipin ini formulasi kerjanya pendek, sehingga tidak dianjurkan untuk pengobatan jangka panjang hipertensi karena akan menimbulkan variasi tekanan darah yang besar sehingga mengurangi manfaatnya untuk mencegah timbulnya komplikasi. Selain itu ada obat antihipertensi yang digunakan pada kasus ini adalah klonidin. Perlu diingat bahwa, penghentian klonidin hidroklorida ini harus dilakukan secara bertahap karena hal ini untuk menghindari timbulnya krisis hipertensif.

Golongan obat yang lain adalah anestetik dengan persentase 33,33 % yang bertujuan untuk menghilangkan sakit selama persalinan kala II. Golongan antiinflamasi sebesar 16,67 %; kemudian untuk golongan antiasma dan diuretikum yang masing-masing 5,56 %.

Dalam standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit, untuk penanganan kasus pre-eklampsia ini menggunakan golongan diuretika begitu juga terdapat dalam hasil penelitian, ada literatur yang mendukung batasan penggunaan golongan diuretika ini. Dimana preparat diuretikum ini akan mengurangi volume darah yang beredar, dengan demikian dapat membahayakan aliran darah plasenta serta pertumbuhan janin. Oleh karena itu, golongan diuretika ini dapat digunakan jika pre-eklampsia mengalami edema paru atau gagal ginjal (Jordan, 2003).

**Tabel XX. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Pre-eklampsia**

Jenis pemeriksaan penunjang	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, SGPT, SGOT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg, protein urin	11	61,11
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg, protein urin	2	11,11
Masa jendal, masa perdarahan, gula darah sewaktu, HBsAg	2	11,11
Hemoglobin, masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg	1	5,56
Hemoglobin, Jumlah leukosit, jumlah trombosit, SGPT, SGOT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin	1	5,56
Hemoglobin	1	5,56
Total	18	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian diperoleh jumlah pemeriksaan yang banyak dilakukan dengan jumlah persentase 61,11 % adalah pemeriksaan masa jendal, masa



perdarahan, golongan darah, SGPT, SGOT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg, protein urin. Dalam pemeriksaan penunjang sudah sesuai dengan standar pelayanan medik, dimana standar pelayanan mediknya adalah laboratorium pemeriksaan protein urin, pemeriksaan darah, pemeriksaan HPL (Human Plasenta Lactogen) dan estriol.

Di dalam literatur lain menyebutkan untuk kadar HPL atau laktogen plasenta manusia dalam plasma dan urin menunjukkan besarnya plasenta dan kadar yang cenderung tinggi pada ibu dengan diabetes mellitus. Walaupun ada hubungan nyata antara kadar HPL dan beratnya plasenta, kadar HPL dalam urin tidak banyak pengaruhnya pada kehamilan. Disamping itu ada jenis pemeriksaan estriol, dimana estriol pada ibu berasal dari plasenta dan sebagian lagi dari kelenjar adrenal janin. Kadar estriol dalam urin juga dipengaruhi oleh fungsi ekskresi dan volume urin wanita hamil. Estriol dalam urin menunjukkan hubungan erat dengan kecepatan pertumbuhan janin (Widmann, 1995).

**Tabel XXI. Rata-rata lama perawatan pada kasus Pre-eklampsia**

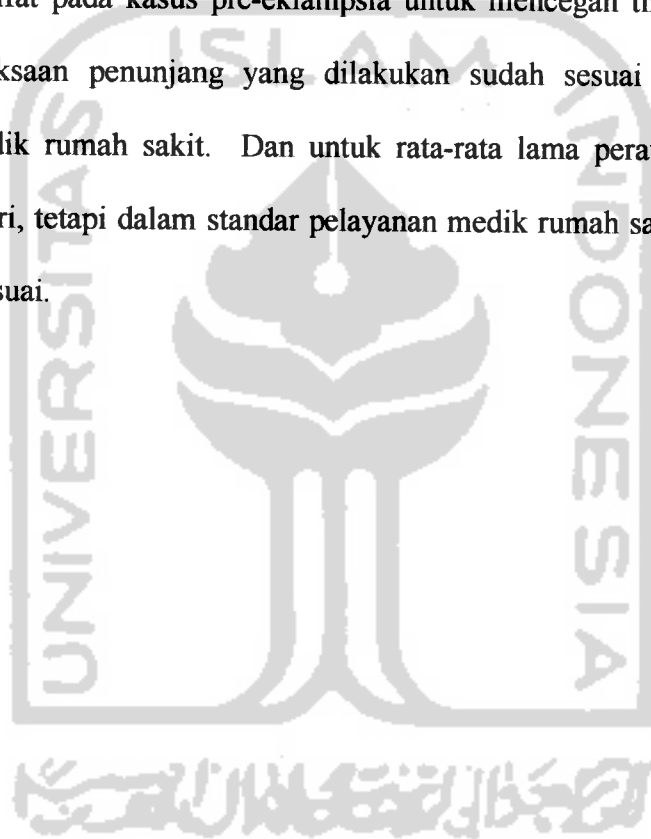
<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
18 pasien	3 hari	5 hari	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian kasus pre-eklampsia dengan jumlah 18 pasien mempunyai rata-rata lama perawatan 3 hari, hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI. Dalam standar pelayanan medik IDI disebutkan untuk rata-rata lama perawatan selama 5 hari dengan masa pemulihan 6 minggu.

Dari hasil penelitian dapat diambil kesimpulan, yang pertama dilihat dari penggunaan obatnya sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan obat golongan oksitosikum,  $MgSO_4$ , antihipertensi, diuretika. Dari hasil penelitian yang diperoleh pasien tidak mendapatkan pengobatan  $MgSO_4$ , karena kemungkinan pasien tidak mengalami serangan kejang dimana magnesium sulfat pada kasus pre-eklampsia untuk mencegah timbulnya kejang. Untuk pemeriksaan penunjang yang dilakukan sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Dan untuk rata-rata lama perawatan dari hasil penelitian 3 hari, tetapi dalam standar pelayanan medik rumah sakit IDI 3-5 hari, hal ini tidak sesuai.



## 6. Pola Penggunaan Obat pada Plasenta Previa

**Tabel XXII. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Plasenta Previa di instalasi rawat inap RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003**

Kombinasi golongan obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *	
AB, AG, ANST, AIFM, AT, MTV, OKS, ELT	1	3,03	Oksitosikum	
AB, AG, ANST, AIFM, AAN, MTV, OKS, ELT	1	3,03		
AB, AG, ANST, AAS, MTV, OKS, ELT	1	3,03		
AB, AG, ANST, AAN, MTV, OKS, ELT	1	3,03		
AB, AG, ANST, MTV, OKS, ELT	1	3,03		
AB, AG, ANST, AT, MTV, OKS, ELT	1	3,03		
AB, AG, AIFM, AAN, MTV, ELT	3	9,09		
AB, AG, AIFM, AH, MTV, ELT	1	3,03		
AB, AG, AIFM, AAS, MTV, ELT	2	6,06		
AB, AG, MTV, OKS, ELT	10	30,30		
AB, AG, AAN, MTV, OKS, ELT	2	6,06		
AB, AG, AH, MTV, ELT	1	3,03		
AB, AG, AAS, MTV, OD, ELT	1	3,03		
AB, AG, AAN, MTV, ELT	3	9,09		
AB, AG, AE, MTV, OSK, ELT	1	3,03		
AB, AIFM, OSK, ELT	1	3,03		
AB, AIFM, AAS, MTV, ELT	1	3,03		
AB, AAS, AH, MTV, OSK	1	3,03		
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>		

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

\* : Standar pelayanan medik rumah sakit

N : Jumlah pasien

AB : Antibiotik

AG : Analgetik

ANST : Anestetik

AAN : Antianemia

AIFM : Antiinflamasi

AH : Antihipertensi

AE : Antiemetik

AT : Antitukak

AAS : Antiasma

OD : Obat darah

OKS : Oksitosikum

MTV : Multivitamin

ELT : Elektrolit

Terapi yang dilakukan dalam penanganan kasus plasenta previa adalah :

- 1) Dinding perut dibuka irisan median
- 2) SBR dibuka semi linear
- 3) Janin dilahirkan, plasenta dikeluarkan
- 4) Uterus dan dinding perut ditutup lapis demi lapis

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa kasus plasenta previa dengan jumlah 33 pasien mendapatkan 18 pola pengobatan dengan beberapa kombinasi golongan obat selama pasien dirawat inap di rumah sakit. Dimana kombinasi obat yang digunakan menurut tabel di atas pola penggunaannya tidak dalam waktu sehari. Karena di dalam catatan medik hanya dicantumkan penggunaan obat selama pasien mengalami perawatan di rumah sakit tersebut. Dari hasil penelitian diperoleh persentase yang paling besar dalam penggunaan pola pemberian kombinasi golongan obat adalah golongan antibiotik, analgetik, multivitamin, oksitosikum, elektrolit dengan persentase 30,30 %. Dalam hal ini telah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit yaitu memakai golongan oksitosikum. Dari 33 jumlah pasien kasus plasenta previa ini, ada 6 pola penggunaan kombinasi obat yang menimbulkan suatu interaksi obat. Dimana disini adalah penggunaan kombinasi anestetik dengan oksitosikum yang akan mengakibatkan efek dari oksitosikum dapat diturunkan oleh anestetik. Karena efek dari golongan oksitosikum itu sendiri adalah golongan obat yang dapat merangsang kontraksi uterus yang dapat memacu persalinan. Sehingga penggunaan oksitosik bersama dengan anestetik akan menyebabkan kontraksi uterus tidak terjadi dan proses persalinan tidak terpacu.

**Tabel XXIII. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Plasenta Previa**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Antibiotik	33	100	Amoksisilin, Seftriakson, Sefiksim, Sefotaksim, Seftadine, Klindamisin, Sulbenisilin
2	Elektrolit	32	96,97	RL, D5 %, Asering, KaEn MG3, NaCl
3	Multivitamin	32	96,97	Multivitamin
4	Analgetik	30	90,91	Tramadol, Asam mefenamat, Asetaminofen
5	Oksitosikum	21	63,64	Metilergometrin maleat, Oksitosin
6	Antianemia	10	30,30	Asam folat
7	Antiinflamasi	10	30,30	Ketoprofen, Tenoksikam
8	Anestetik	6	18,18	Midazolam, Ketamin
9	Antiasma	6	18,18	Deksametason
10	Antihipertensi	3	9,09	Nifedipin, Klonidin HCl
11	Antitukak	2	6,06	Ranitidin
12	Antiemetik	1	3,03	Metoklopramid
13	Obat darah	1	3,03	Polipeptida, Kalium, Natrium, Kalsium Klorida

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien plasenta previa}} \times 100\%$

Peranan antibiotik dalam kasus ini sangat penting yaitu untuk mambasmi mikroba penyebab terjadinya infeksi. Dari hasil penelitian, dengan persentase 100 % pasien memakai golongan antibiotik. Penggunaan elektrolit dan multivitamin yang masing-masing mempunyai persentase sebesar 96,97 %. Pemberian elektrolit dengan tujuan untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh, sebagai sumber energi serta penting untuk mengatasi keadaan dehidrasi dan kekurangan garam. Sedangkan pemberian multivitamin ini merupakan bentuk terapi suportif yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, memperbaiki keadaan umum pasien serta dapat mencegah kekurangan gizi. Untuk

meringankan serta mengurangi penderitaan atau rasa sakit setelah persalinan adalah analgetik. Jenis analgetik yang digunakan pada kasus ini meliputi tramadol, asam mefenamat, asetaminofen. Kontraktilitas uterus dipengaruhi oleh sejumlah faktor fisiologi dan farmakologi. Golongan obat yang dapat merangsang kontraksi uterus dimana untuk memulai persalinan adalah oksitosikum. Penggunaan oksitosikum dalam penelitian sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan rumah sakit. Pada kasus plasenta previa ini, darah yang dikeluarkan pada waktu persalinan sangat banyak, sehingga untuk mengatasi timbulnya anemia pada pasien maka diberikan terapi golongan obat antianemia. Persentase antiinflamasi sebesar 30,30 % yang bertujuan untuk meringankan serta mengurangi rasa nyeri setelah persalinan. Anestetik dan antiasma yang digunakan pada kasus ini dengan masing-masing persentase 18,18 %. Dimana fungsi anestetik untuk menghilangkan sakit selama persalinan kala II. Golongan obat antihipertensi yang digunakan mempunyai persentase 9,09 %. Penggunaan antitukak dalam kelainan ini mempunyai persentase 6,06 % yaitu jenisnya ranitidin. Antiemetik yang digunakan dalam kasus ini adalah metoklopramid hidroklorida yang berfungsi untuk merangsang pengosongan lambung dan transit usus halus serta dapat meningkatkan kekuatan kontraksi. Diare merupakan efek samping metoklopramid yang sudah diketahui. Obat darah yang digunakan sebesar 3,03 % dengan jenis obatnya yaitu Polipeptida, Kalium, Natrium, Kalsium klorida.

**Tabel XXIV. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Plasenta Previa**

Jenis pemeriksaan	N	Persentase (%)
Golongan darah, masa jendal, masa perdarahan, SGOT, SGPT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg, USG	6	18,18
Hemoglobin, masa jendal, masa perdarahan, gula darah sewaktu, HBsAg	5	15,15
Hemoglobin, masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, USG	20	60,61
Gula darah sewaktu, HBsAg	1	3,03
Hemoglobin	1	3,03
Total	33	100

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian diperoleh jenis pemeriksaan penunjang kasus plasenta previa dengan persentase terbesar (60,61 %) adalah hemoglobin, masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu dan USG. Dalam standar pelayanan medik jenis pemeriksaan penunjangnya adalah laboratorium meliputi hemoglobin, hematokrit, trombosit, waktu pembekuan darah, waktu protrombin, waktu tromboplastin parsial, elektrolit plasma; kardiokografi; USG digunakan untuk menilai letak plasenta, usia gestasi dan keadaan janin. Didalam membandingkan antara hasil penelitian dengan standar pelayanan medik pemeriksaan penunjang, kesesuaian maupun ketidaksesuaian dalam hal ini tidak semua harus sama persis antara hasil penelitian dengan standar pelayanan medik. Dalam standar pelayanan medik itu sebagai pegangan ataupun gambaran, karena keadaan setiap pasien berbeda-beda dan mengalami perlakuan yang berbeda pula. Jadi dari hasil penelitian sudah sesuai dengan standar pelayanan medik. Salah satu diantaranya adalah pemeriksaan laboratorium (hemoglobin), pemeriksaan USG hal ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Didalam

penelitian ini, peneliti tidak membahas secara mendalam tentang pemeriksaan penunjangnya, karena tujuan dari penelitian hanya menitikberatkan pada penggunaan obatnya.

**Tabel XXV. Rata-rata lama perawatan pada kasus Plasenta Previa**

<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
33 pasien	5 hari	7 hari	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian tabel di atas dapat diketahui bahwa untuk kasus plasenta previa dengan jumlah 33 pasien memiliki rata-rata lama perawatan selama 5 hari. Dalam standar pelayanan medik IDI untuk lama perawatannya selama 7 hari, hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik menurut IDI.

Dari hasil beberapa proses penelusuran pola pengobatan pada kasus plasenta previa di atas, dapat diambil kesimpulan. Diantaranya dapat dilihat dari penggunaan obatnya sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit yaitu menggunakan obat golongan oksitosikum. Dari hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada dasarnya sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit. Untuk rata-rata lama perawatan dari penelitian adalah selama 5 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan IDI yaitu lama perawatannya selama 7 hari dengan masa pemulihan 6 minggu.



## 7. Pola Penggunaan Obat pada Solusio Plasenta

**Tabel XXVI. Persentase jumlah kombinasi golongan obat yang digunakan pada kasus Solusio Plasenta di instalasi rawat inap RSUD Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003**

Kombinasi jenis obat	N	Persentase (%)	Standar pelayanan medik *
AB, AG, AT, OKS, MTV, ELT	2	20	Oksitosikum
AB, AG, AAN, OKS, MTV, ELT	1	10	
AB, AG, AIFM, AAN, MTV, OKS, ELT	1	10	
AB, AG, ANST, AH, MTV, ELT	1	10	
AB, AG, AIFM, AAN, DRTK, MTV, ELT	1	10	
AB, AG, OKS, MTV, ELT	1	10	
AB, AG, MTV, OKS, ELT	2	20	
AB, OKS, MTV, ELT	1	10	
Total	10	100	

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

\* : Standar pelayanan medik rumah sakit

N : Jumlah pasien

AB : Antibiotik

AG : Analgetik

ANST : Anestetik

AIFM : Antinflamasi

AH : Antihipertensi

AAN : Antianemia

AT : Antitukak

DRTK : Diuretika

OKS : Oksitosikum

MTV : Multivitamin

ELT : Elektrolit

Terapi yang dilakukan dalam penanganan kasus plasenta previa adalah :

- 1) Dinding perut dibuka irisan median
- 2) SBR dibuka semi linear
- 3) Janin dilahirkan, plasenta dikeluarkan
- 4) Uterus dan dinding perut ditutup lapis demi lapis

Dari hasil penelitian kasus solusio plasenta dengan jumlah 10 pasien mendapatkan 8 jenis pola pengobatan dengan beberapa kombinasi golongan obat. Dalam hal ini tidak ada interaksi obat yang terjadi. Penggunaan obat tersebut tidak dalam satu waktu, melainkan penggunaannya selama pasien mengalami perawatan di rumah sakit. Karena di dalam catatan medik hanya dicantumkan

pemberian kombinasi obat selama pasien mengalami perawatan di rumah sakit tersebut. Penggunaan obat pada kasus ini sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan oleh rumah sakit.

**Tabel XXVII. Persentase golongan dan macam obat yang digunakan pada kasus Solusio Plasenta**

No	Golongan obat	n	Persentase (%)	Macam obat
1	Antibiotik	10	100	Amoksisilin, Klindamisin, Sefotaksim, Na-Sefmetazol, Seftriakson, Sulbenisilin
2	Elektrolit	10	100	Asering, RL, NaCl, Ka-En MG3,D5 %
3	Multivitamin	10	100	Multivitamin
4	Analgetik	9	90	Tramadol, Asam mefenamat, Asetaminofen
5	Oksitosikum	8	80	Metilergometrin maleat, Oksitosin
6	Antianemia	3	30	Asam folat
7	Antiinflamasi	2	20	Ketoprofen
8	Antitukak	2	20	Ranitidin
9	Anestetik	1	10	Diazepam
10	Antihipertensi	1	10	Klonidin hidroklorida
11	Diuretikum	1	10	Furosemid

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : n = Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat

Persentase (%) =  $\frac{\text{Jumlah kasus yang menerima suatu golongan obat}}{\text{Jumlah pasien solusio plasenta}} \times 100 \%$

Dari hasil penelitian penggunaan golongan antibiotik, elektrolit, multivitamin mempunyai persentase yang sama besar yaitu 100 %. Pemberian antibiotik untuk membunuh mikroba penyebab infeksi. Pada kasus ini fungsi pemberian elektrolit yaitu untuk menjaga keseimbangan ion di dalam tubuh, sebagai sumber energi (terutama pemberian D5 %), selain itu penting untuk mengatasi keadaan dehidrasi dan kekurangan garam. Bentuk terapi suportif yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan dan untuk mencegah kekurangan gizi pasien pada kasus ini adalah pemberian multivitamin. Tujuan pemberian

golongan analgetik untuk meringankan dan mengurangi rasa sakit setelah persalinan.

Kontraktilitas uterus dipengaruhi oleh sejumlah faktor fisiologi dan farmakologi. Sementara banyak obat bekerja dengan mempengaruhi otot polos uterus, obat-obat golongan oksitosik yang digunakan penatalaksanaan medis persalinan khususnya untuk meningkatkan kontraktilitas uterus. Obat-obat golongan oksitosik banyak digunakan untuk induksi serta penguatan persalinan, pengendalian perdarahan.

Pemberian obat golongan antianemia sangat penting yaitu untuk mencegah timbulnya anemia atau kurang darah, karena kemungkinan pada proses persalinan pasien mengalami pengeluaran darah banyak.

Pada kasus ini, ada 2 pasien yang menggunakan obat golongan antitukak yaitu ranitidin. Dimana obat jenis ranitidin ini banyak digunakan sebelum dilakukan anestesi obstetri. Penggunaan obat tersebut bertujuan untuk meminimalkan kerusakan paru yang disebabkan oleh aspirasi isi lambung.

Anestetik yang digunakan pada kasus ini adalah diazepam yang relatif sulit larut dalam air dan sediaan yang menggunakan pelarut organik dalam formulanya menimbulkan sakit pada injeksi intravena dan diikuti dengan trombosis vena yang tinggi insidensnya (yang dapat timbul tanpa terdeteksi sampai seminggu setelah penyuntikan). Disamping itu, obat ini juga menimbulkan nyeri pada injeksi intramuskuler dan penyerapan dari tempat injeksi tidak teratur. Diazepam digunakan untuk menghasilkan sedasi ringan dengan amnesia. Pada kasus ini digunakan obat golongan antihipertensi jenis klonidin

hidroklorida yaitu untuk mengobati hipertensi. Pemakaian jenis klonidin hidroklorida mempunyai kerugian karena penghentian pengobatan secara tiba-tiba dapat menyebabkan krisis hipertensif.

**Tabel XXVIII. Jumlah dan persentase pemeriksaan penunjang pada kasus Solusio Plasenta**

Jenis pemeriksaan	N	Persentase (%)
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, SGPT, SGOT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg	2	20
Masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg	8	80
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan : N = Jumlah pasien

Dari hasil penelitian diperoleh jenis pemeriksaan penunjang diantaranya masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, gula darah sewaktu, HBsAg dengan jumlah 8 pasien (80 %). Dan masa jendal, masa perdarahan, golongan darah, SGPT, SGOT, gula darah sewaktu, ureum, kreatinin, HBsAg dengan jumlah 2 pasien (20 %). Dalam standar pelayanan medik jenis pemeriksaan penunjangnya meliputi laboratorium : hemoglobin, hematokrit, trombosit, waktu pembekuan darah, waktu protrombin, waktu tromboplastin parsial, elektrolit plasma; pemeriksaan kardiokografi yaitu untuk menilai status janin; dan pemeriksaan USG. Jenis pemeriksaan penunjang dari hasil penelitian tidak sesuai dengan standar pelayanan medik di rumah sakit tersebut. Pemeriksaan USG pada kasus ini sangat penting, karena untuk menentukan implantasi plasenta, usia kehamilan, letak dan presentasi janin.

**Tabel XXIX. Rata-rata lama perawatan pada kasus Solusio Plasenta**

<b>N</b>	<b>Rata-rata lama perawatan (hari)</b>	<b>Lama perawatan dalam standar pelayanan medik IDI (hari)</b>	<b>Kesesuaian</b>
10 pasien	4 hari	7 hari	Tidak sesuai

Sumber : Rekam medik RSUD Muhammadiyah Yogyakarta

Dari hasil penelitian kasus solusio plasenta dengan jumlah 10 pasien mempunyai rata-rata lama perawatan 4 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI dimana lama perawatannya selama 7 hari.

Berdasarkan beberapa proses penelusuran pola pengobatan kasus solusio plasenta di atas, dapat diambil kesimpulan. Diantaranya dilihat dari penggunaan obatnya sudah sesuai dengan standar pelayanan medik yang digunakan oleh rumah sakit yaitu menggunakan obat golongan oksitosikum untuk pemeriksaan penunjang yang dilakukan tidak sesuai. Sedangkan untuk rata-rata lama perawatan dari hasil penelitian adalah 4 hari. Hal ini tidak sesuai dengan standar pelayanan medik IDI dengan lama perawatan selama 7 hari.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disimpulkan secara umum pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta selama tahun 2003 sebagai berikut :

1. Golongan obat yang selalu dipakai pada setiap kelainan kehamilan meliputi :
  - a. Abortus Insiptien : antibiotik, oksitosikum, elektrolit
  - b. Abortus Inkomplitus : oksitosikum, elektrolit
  - c. Missed Abortion : anestetik, oksitosikum, elektrolit
  - d. Mola Hidatidosa : antibiotik, anestetik, oksitosikum, elektrolit
  - e. Pre-eklampsia : antibiotik
  - f. Plasenta Previa : antibiotik
  - g. Solusio Plasenta : antibiotik, elektrolit, multivitamin
2. a. Ditinjau dari segi penggunaan obatnya untuk kasus abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta sudah sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit.
- b. Ditinjau dari segi jenis pemeriksaan penunjangnya untuk kasus abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia dan plasenta previa sudah sesuai dengan standar pelayanan

medik rumah sakit. Tetapi untuk kasus solusio plasenta belum sesuai dengan standar pelayanan medik rumah sakit.

- c. Ditinjau dari segi rata-rata lama perawatan untuk kasus abortus insipien, abortus inkomplitus, missed abortion, mola hidatidosa, pre-eklampsia, plasenta previa, solusio plasenta tidak sesuai dengan standar pelayanan medik menurut IDI. Dikarenakan pada standar pelayanan medik Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah tidak diketahui lama perawatan pasien yang menjalani rawat inap, sehingga peneliti menggunakan standar pelayanan medik menurut IDI sebagai pelengkap.

## **B. SARAN**

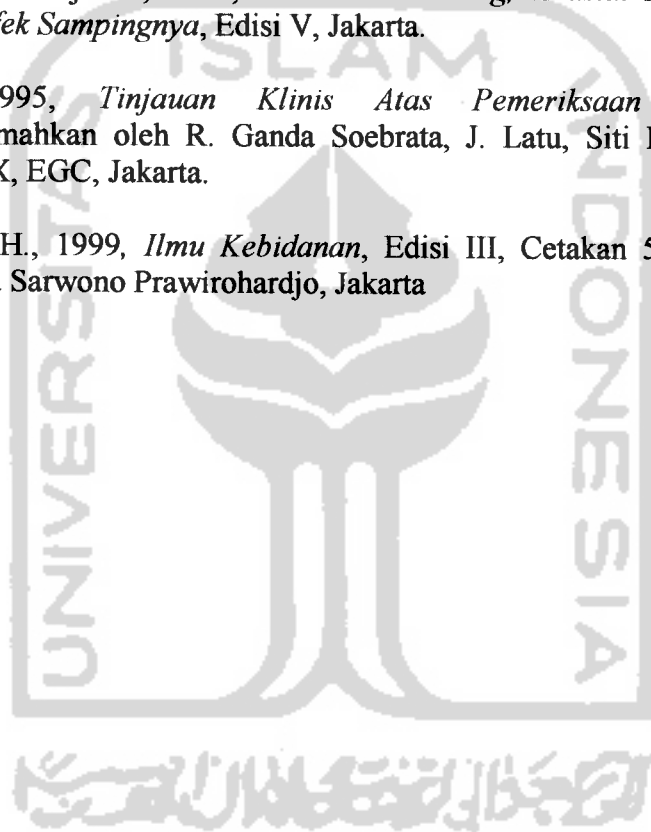
1. Perlunya perbaikan data yang dilaporkan oleh rekam medik, sehingga membantu dalam penelitian, disamping memaksimalkan fungsi rekam medik sebagai sumber informasi tentang berbagai hal yang berhubungan dengan kesehatan pasien.
2. Diharapkan kepada para dokter maupun paramedis agar dapat meningkatkan kedisiplinannya dalam mengisi kartu rekam medik pasien seperti pemberian dosis serta jalur pemberian.
3. Penelitian ini dapat dilanjutkan pada pasien rawat jalan sehingga dapat dibandingkan antara pola penggunaan obat pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap dan rawat jalan serta meneliti lebih jauh tentang kerasionalan obat terhadap terapi yang digunakan, meliputi ketepatan indikasi, ketepatan obat, ketepatan dosis dan interaksi obat.

## DAFTAR PUSTAKA

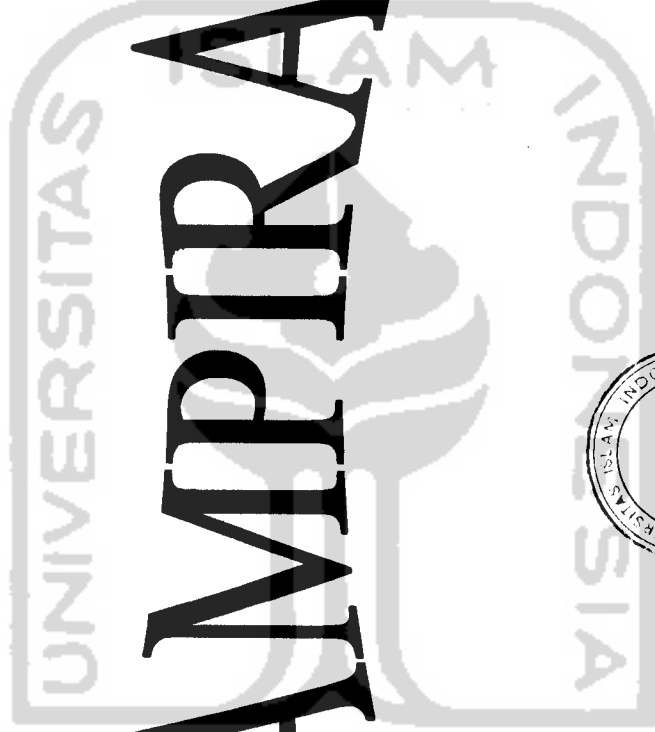
- Anonim, 1973, *Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Yogyakarta.
- Anonim, 1998, *Standar Pelayanan Medik Kebidanan dan Penyakit Kandungan RSU PKU Muhammadiyah*, Yogyakarta.
- Anonim, 1991, *Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi IDI*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Anonim b, 2000, *Formularium Rumah Sakit Dr. Sardjito*, Yogyakarta.
- Anonim, 2000, *Informatorium Obat Nasional Indonesia*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pengawasan Obat dan Makanan.
- Anonim, 2003, *Informasi Spesialite Obat Indonesia*, Volume XXXVIII, Ikatan Sarjana Farmasi Indonesia.
- Anonim, 2003, *Berkala Ilmu Kedokteran*, Jilid XXIV, Fakultas Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Anonim, 2000, *Bagian Obstetri dan Ginekologi*, Fakultas Kedokteran Unhas, Makasar.
- Gunawan, A., 2000, Peranan Ultrasonografi Dalam Mendiagnosa Pertumbuhan Janin Terhambat, *J Med Nus*, Volume XXI, Fakultas Kedokteran Unhas, Makasar.
- Harkness, R., 1989, *Interaksi Obat*, diterjemahkan oleh Goeswin Agoes dan Mathilda B. Widiyanto, Penerbit ITB, Bandung.
- Mansjoer, A., 1999, *Kapita Selekta Kedokteran*, Edisi III, Cetakan 1, Jakarta : Media Aesculapius.
- Manuaba, 1998, *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*, Edisi I, Arcan, Jakarta.
- Manuaba, I. G. B., 1998, *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan*, EGC, Jakarta.
- Prawirohardjo, S., 1976, *Ilmu Kebidanan*, Edisi I, Bina Pustaka, Jakarta



- Rubin, P., *Peresapan Untuk Ibu Hamil*, Edisi II, Hipokrates, Jakarta.
- Rustam, M., 1998, *Sinopsis Obstetri : Obstetri Fisiologi dan Obstetri Patologi*, Jilid I, Cetakan 1, EGC, Jakarta.
- Soekanto, S., 1989, *Aspek Hukum Kesehatan*, Jakarta : Penerbit INDHILL.CO.
- Sue, J., 2003, *Farmakologi Kebidanan*, diterjemahkan oleh Andry Hartono, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Tjay T. H., Rahardja K., 2002, *Obat-Obat Penting, Khasiat Penggunaan dan Efek-Efek Sampingnya*, Edisi V, Jakarta.
- Widmann, 1995, *Tinjauan Klinis Atas Pemeriksaan Laboratorium*, diterjemahkan oleh R. Ganda Soebrata, J. Latu, Siti Boedina Kresno, Edisi IX, EGC, Jakarta.
- Wiknjosastro, H., 1999, *Ilmu Kebidanan*, Edisi III, Cetakan 5, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta



# LAMPIRAN



Lampiran I

Tabel XXX. Golongan dan macam obat yang digunakan pada kelainan kehamilan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

No	Golongan Obat	Macam-macam obat
1	Antibiotik	Amoksisilin, Sulbenisilin, Seftriakson, Sefiksim, Sefotaksim, Sefradin, Doksisisiklin, Klindamisin, Na-Sefmetazol
2	Analgetik	Asam Asetil Salisilat, Metampiron, Tramadol, Asam Mefenamat, Asetaminofen, Ketamin
3	Anestetik	Prokain, Diazepam, Midazolam, Ketamin, Bupivakaina, Petidin
4	Antiemetik	Metoklopramid, Domperidon
5	Antihipertensi	Nifedipira, Klonidin
6	Adrenergika	Epinefria, Efedrin
7	Antitukak	Aluminium Hidroksida, Ranitidin, Misoprostol
8	Diuretika	Furosemida
9	Antiinflamasi	Tenoksikam, Ketoprofen
10	Antiasma	Terbutalin Sulfat, Deksametason
11	Antianemia	Asam Folat
12	Obat darah	Polipeptida, Kalium, Natrium, Kalsium Klorida
13	Hormon	Allilestrenol
14	Multivitamin	Multivitamin
15	Oksitosikum	Metilengometrin Maleat, Oksitosin
16	Elektrolit	NaCl, RL, KaEn MG3, SA, D 5%, Asering, Expafusin

Sumber : Rekam medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran II

Tabel XXXI. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Abortus Insipien di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

NK	LP (hari)	AB	AG	ANST	AE	AH	OKS	HRN	ELT
1	1	-Sulbenisilin -Klindamisin	-Tramadol	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat -Oksitosin		-D 5% -SA
2	2	-Sulbenisilin -Klindamisin -Doksisisiklin	-Tramadol	-Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Allilestrenol	-Asering, NaCl -D 5% -SA
3	1	-Sulbenisilin -Klindamisin	-Tramadol	-Midazolam -Ketamin	-Metoklopramid		-Metilergometrin maleat		-Asering -D 5%
4	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamamat	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin Maleat		-Asering -SA
5	1	-Klindamisin				-Nifedipina	-Metilergometrin maleat -Oksitosin		-Asering
6	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III

Tabel XXXII. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Abortus Inkomplitus di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	HRN	OKS	MTV	ELT
1	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metierygometrin maleat	-Folamil	-SA
2	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metierygometrin maleat		-SA
3	1	-Amoksisilin			-Ketamin	-Ketoprofen	-Asam folat	-Alilistrenol	-Metierygometrin maleat		-SA
4	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metierygometrin maleat		-SA
5	1	-Sulbenisilin			-Midazolam -Ketamin				-Metierygometrin maleat		-SA
6	1				-Midazolam -Ketamin				-Metierygometrin maleat		-SA
7	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metierygometrin maleat		-SA
8	1	-Amoksisilin -Sulbenisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metierygometrin maleat		-SA, D 5%
9	3	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Alilistrenol	-Metierygometrin maleat	-Nerviton E	-SA
10	1	-Sulbenisilin			-Ketamin				-Metierygometrin maleat		-SA, D 5%
11	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen			-Metierygometrin maleat		-SA, NaCl

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	HRN	OKS	MTV	ELT
12	1	-Klindamisin			-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
13	1	-Amoksisilin	-Metampiron	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, RL
14	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
15	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
16	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
17	1	-Sulbenisilin			-Ketamin			-Alililestrenol	-Metilergometrin maleat	-Obimin AF	-SA
18	2				-Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
19	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
20	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
21	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	AAS	OKS	MTV	ELT
22	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
23	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
24	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
25	1	-Sulbemisilin			-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
26	1	-Klindamisin -Sulbemisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
27	1	-Amoksisilin	-Tramadol						-Metilergometrin maleat		-NaCl
28	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
29	1	-Klindamisin -Sulbemisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
30	1	-Klindamisin -Sulbemisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
31	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
32	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-NaCl
33	2	-Amoksisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering RL
34	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen			-Metilergometrin maleat Oksitosin		-SA, Asering

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	AAS	OKS	MTV	ELT
35	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
36	1				-Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
37	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
38	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, NaCl
39	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
40	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering NaCl
41	1				-Ketamin			-Terbutalin	-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
42	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	HRN	OKS	MTV	ELT
43	1	-Amoksisilin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
44	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
45	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
46	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
47	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
48	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
49	1				-Midazolam -Ketamin			-Alliestrenol	-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
50	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen			-Metilergometrin maleat		-SA
51	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen			-Metilergometrin maleat		-SA
52	1				-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
53	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
54	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AIFM	AAN	HRN	OKS	MTV	ELT
55	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA
56	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen			-Metilergometrin maleat		-SA
57	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
58	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat		-Metilergometrin maleat		-SA, Asering
59	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat		-Ketamin -Midazolam				-Metilergometrin maleat	-Obimin AF	-SA
60	1	-Sulbenisilin			-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA, D 5%
61	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AINF	AAN	OKS	ELT
62	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
63	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA
64	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, D 5%, SA
65	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
66	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
67	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen	-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-SA
68	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen		-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA
69	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin -Prokain			-Metilergometrin maleat	-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AINF	AAN	OKS	ELT
70	1	-Sulbenisilin			-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA
71	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
72	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
73	1	-Sulbenisilin			-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
74	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
75	3	-Sefradin -Sulbenisilin -Seftriakson			-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
76	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
77	1	-Amoksisilin			-Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
78	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Ketoprofen		-Metilergometrin	-Asering, SA
79	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin -Prokain			-Metilergometrin -Oksitesin	-Asering -D 5% -SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	HRN	AAN	OKS	MTV	ELT
80	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
81	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
82	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat		-D 5%, SA
83	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-D 5%, SA
84	1				-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat		-D 5%, SA
85	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
86	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
87	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
88	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
89	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
90	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin	-Allilestrenol		-Metilergometrin maleat	-Nervitone-E	-SA
91	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
92	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
93	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
94	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
95	1	-Amoksisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXIII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	HRN	AAN	OKS	ELT
96	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA
97	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
98	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
99	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
100	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	HRN	AAN	OKS	ELT
101	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-D 5%, SA
102	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
103	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
104	1	-Klindamisin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
105	1		-Tramadol		-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
106	2	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
107	2	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
108	2			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
109	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-Asering, SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AAS	AAN	OKS	ELT
110	4	-Sefradin -Seftriakson	-Tramadol -Metampiron	-Metoklopramid				-Metilergometrin maleat	-Asering, D5 %
111	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
112	3	-Amoksisilin -Seftriakson	-Asam mefenamot	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin -Oksitosin	- D 5%, SA
113	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
114	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
115	1	-Klindamisin -Sulbanisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
116	1	-Klindamisin -Sulbanisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
117	2	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat Oktosin	- NaCl, SA
118	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
119	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta





Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AAS	AAN	OKS	ELT
120	2				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
121	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	- Asering, SA
122	3	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		- Asam folat	-Metilergometrin maleat	- NaCl, RL
123	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	- Asering, SA
124	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	- Asering, SA
125	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	- NaCl, SA
126	1	-Amoksisilin -Sulbenisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	- NaCl, Asering

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AAS	AAN	OKS	ELT
127	2	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-SA
128	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
129	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat		-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
130	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
131	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Deksametason	-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
132	3	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-NaCl, SA
133	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
134	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
135	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
136	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
137	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AT	AAN	OKS	ELT
138	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
139	1	-Amoksisilin -Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Misoprostol	-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
140	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, D 5%
141	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
142	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
143	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
144	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
145	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-D 5%
146	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering
147	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
148	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
149	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
150	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-SA
151	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA
152	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Asering, SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran III. Tabel XXXII (lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AE	ANST	AT	AAN	OKS	MTV	ELT
153	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA
154	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
155	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
156	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
157	1	-Sulbenisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-D 5%, SA
158	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-D 5%, SA
159	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin	-Ranitidin		-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
160	1	-Amoksisilin	-Metampiron	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
161	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
162	1			-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-NaCl, SA
163	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid		-Ranitidin	-Asam folat	-Metilergometrin maleat		-Asering, SA
164	1	-Amoksisilin		-Metoklopramid	-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat	-Becom-C	-Asering, SA
165	1	-Sulbenisilin			-Midazolam -Ketamin		-Asam folat	-Metilergometrin maleat	-Obimin AF	-Asering, SA
166	1				-Midazolam -Ketamin			-Metilergometrin maleat		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran IV

Tabel XXXIII. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa *Missed Abortion* di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

NK	LP(hari)	AB	AE	AG	ANST	AAN	OKS	MTV	ELT
1	1	-Amoksisilin			-Midazolam -Ketamin	-Asam	-Metilergometrin maleat		
2	1	-Amoksisilin	-Asam		-Ketamin -Midazolam		-Metilergometrin maleat	-Obimin AF	- Asering
3	1		-Metoklopramid		-Midazolam -Ketamin		-Metilergometrin maleat		-D5%

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Lampiran V  
Tabel XXXIV. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Mola Hidatidosa di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum  
PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

NK	LP (hari)	AB	AG	ANST	AE	AAN	AINF	OKS	MTV	ELT
1	1	-Amoksisilin		-Midazolam -Ketamin	-Metoklopramid			-Metilergometrin maleat	-Becom C	-Asering -SA
2	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Ketamin	-Metoklopramid			-Oksitosin -Metilergometrin maleat		-Asering
3	1	-Sulbenisilin		-Midazolam -Ketamin	-Metoklopramid			-Metilergometrin maleat		-Asering -SA
4	1	-Amoksisilin		-Midazolam -Ketamin	-Metoklopramid		-Ketoprofen	-Oksitosin -Metilergometrin maleat		-Asering -SA
5	1	-Amoksisilin	-Asam mefenamat	-Midazolam -Ketamin	-Metoklopramid			-Metilergometrin maleat		-D 5%
6	1	-Klindamisin	-Tramadol	-Midazolam -Ketamin				-Oksitosin -Metilergometrin maleat		-D 5%
7	4	-Amoksisilin -Seftriakson		-Diazepam -Midazolam	-Metoklopramid -Dompendon	-Asam folat		-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-Nevramin	-RL, D 5%
8	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol	-Ketamin -Midazolam -Ketamin				-Metilergometrin maleat -Oksitosin		-SA

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah



NK	LP (hari)	AB	AG	ANST	AAN	AAS	AIFM	AH	UKIK	MI V	UAS	ELI
11	3				-Asam folat	-Deksametason				-Santa-e, Bio ATP		-D 5%
12	7	-Klindamisin	-Tramadol					-Nifedipina		-Theragran-M -Alinamin-F		-D 5% -Asering, -RL
13	4	-Seftriakson							-Furosemid	-Alinamin-F		
14	5	-Amoksisilin			-Asam folat		-Ketoprofen			-Alinamin-F		-KaEn MG-3
15	1	-Amoksisilin			-Asam folat			-Nifedipina		-Vit. K -Alinamin-F, Vit C	-Metilergometrin maleat	-Asering -KaEn MG-3
16	4			-Midazolam -Ketamin -Bupivakain HCl								-Asering -Expafusin
17	3	-Amoksisilin			-Asam folat	-Deksametason					-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-D 5%
18	1	-Amoksisilin			-Asam folat						-Oksitosin -Metilergometrin maleat	

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Lampiran VII

Tabel XXXVI. Penggunaan obat pada pasien dengan diagnosa Plasenta Previa di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003

NK	LP (hari)	AB	AG	AINF	ANST	AAN	AE	AAS	DRTK	AT	MTV	OKS	ELT
1	5	-Klindamisin -Seftriakson -Amoksisilin	-Tramadol	-Tenoksikam	-Ketamin		-Metoklopramid		-Furosemid	-Ranitidin	-Alinamin-F	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-RL, NaCl
2	6	-Seftriakson -Amoksisilin	-Tramadol	-Tenoksikam	-Midazolam	-Asam folat					-Alinamin-F	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-KaEn-MG3 -Asering
3	5	-Amoksisilin	-Tramadol	-Tenoksikam		-Asam folat					-Alinamin-F		-KaEn-MG3
4	3	-Sefksim -Seftriakson	-Asam mefenamat			-Asam folat					-Alinamin-F -Farbion-5000		-KaEn-MG3
5	3	-Amoksisilin	-Tramadol				-Metoklopramid				-Obimin AF	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-KaEn-MG3
6	4	-Seftriakson -Klindamisin	-Tramadol								-Alinamin-F -Becom-C	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-Asering -KaEn-MG3
7	6	-Sulbenisilin -Amoksisilin	-Tramadol	-Midazolam				-Deksametason			-Alinamin-F -Alinamin-F	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-Asering -KaEn-MG3
8	3	-Klindamisin -Amoksisilin -Sefotaksim	-Tramadol -Asam mefenamat	-Midazolam -Ketamin		-Asam folat					-Alinamin-F	-Oksitosin	-Asering Expafusin -KaEn-MG3 -Asering
9	4	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Tramadol								-Theragran-M -Alinamin-F		-KaEn-MG3 -Asering
10	4	-Amoksisilin -Sulbenisilin -Seftriakson	-Tramadol -Asam mefenamat								-Alinamin-F	-Metilergometrin maleat	-Asering
11	4	-Klindamisin	-Tramadol								-Theragran-M		-KaEn Asering

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran VII. Tabel XXXVI (Lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AINF	ANST	AAN	AE	AAS	DRTK	AT	MTV	OKS	ELT
12	5	-Amoksisilin -Sulbenisilin	-Tramadol -Asam mefenamat -Asetaminofen		-Midazolam						-Becefort -Alinamin-F	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-KaEn, MG3
13	5	-Klindamisin -Sefotaksim	-Tramadol		-Midazolam					-Ranitidin	-Theragran-M -Alinamin-F	-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-KaEn-MG3 -D 5%
14	1	-Klindamisin -Sulbenisilin	-Asam mefenamat -Tramadol								-Becefort -Alinamin-F		-KaEn-MG3
15	5	-Sefradin -Seftriakson -Sulbenisilin	-Tramadol								-Theragran-M -Alinamin-F		-Asering
16	5	-Klindamisin -Seftriakson -Sulbenisilin	-Tramadol								Theragran-M -Alinamin-F		-KaEn-MG3 -Asering
17	5	-Amoksisilin -Seftriakson	-Tramadol -Asam mefenamat			-Asam folat					-Alinamin-F	-Metilergometrin maleat	-KaEn-MG3 -Asering
18	5	-Amoksisilin	-Tramadol	-Ketoprofen		-Asam folat					-Alinamin-F		-KaEn-MG3

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Lampiran VII. Tabel XXXVI (Lanjutan)

NK	LP (hari)	AB	AG	AAN	AINF	AH	DRTK	OKS	OD	MTV	AAS	ELT
19	6	- Amoksisilin	- Tramadol	- Asam folat	- Ketoprofen		- Furosemid			- Alinamin-F	- Deksametason	- KaEn-MG3
20	5	- Klindamisin - Sulbenisilin	- Tramadol			- Klonidin HCl				- Theragran-M - Alinamin-F		- Asering, NaCl
21	4	- Klindamisin - Sulbenisilin	- Tramadol						- Haemaccel	- Theragran-M - Alinamin-F	- Deksametason	- Asering - NaCl
22	5	- Klindamisin - Sulbenisilin - Sefotaksim	- Tramadol							- Theragran-M - Alinamin-F		- KaEn-MG3 - Asering
23	4	- Amoksisilin - Sefotaksim - Seftriakson	- Tramadol - Asam mefenamat	- Asam folat						- Alinamin-F - Farbion-5000		- Asering - RL, D 5%
24	6	- Klindamisin - Sulbenisilin	- Tramadol							- Theragran-M - Alinamin-F		- KaEn-MG3
25	5	- Amoksisilin - Sulbenisilin	- Tramadol - Metampiron		- Ketoprofen	- Nifedipina				- Alinamin-F		- KaEn-MG3
26	1	- Amoksisilin - Seftriakson - Sulbenisilin	- Tramadol - Asetaminofen		- Ketoprofen		- Furosemid			- Alinamin-F	- Deksametason	- Asering
27	5	- Amoksisilin - Seftriakson - Sulbenisilin	- Tramadol - Asam mefenamat	- asam folat				- Metilergometrin maleat		- Alinamin-F		- Asering
28	7	- Amoksisilin - Sulbenisilin				- Klonidin HCl	- Furosemid	- Metilergometrin maleat		- Becorn-C	- Deksametason	
29	5	- Amoksisilin - Seftriakson			- Ketoprofen			- Metilergometrin maleat				- KaEn-MG3, Asering, - Asering
30	5	- Klindamisin - Sulbenisilin	- Tramadol							- Theragran-M - Alinamin-F		- Asering
31	5	- Amoksisilin - Seftriakson			- Ketoprofen					- Alinamin-F	- Deksametason	- KaEn-MG3,
32	5	- Amoksisilin	- Tramadol	- Asam folat	- Ketoprofen					- Alinamin-F		- KaEn-MG3
33	1	- Amoksisilin - Seftriakson	- Tramadol - Asam mefenamat	- Asam folat						- Alinamin-F		- KaEn-MG3

Tabel XXXVII. Pengguguran...  
Yogyakarta tahun 2003

NK	LP	AB	AG	AINF	ANST	AAN	AH	AT	DRTK	OKS	MTV	ELT
1	3	- Amoksisilin - Sefotaksim	- Tramadol - Asam mefenamat							-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-Obimin AF -Alinamin-F	-RL
2	4	- Amoksisilin - Sefotaksim	- Tramadol - Asam mefenamat			-Asam folat				-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-Alinamin-F	-KaEn MG-3
3	4	- Amoksisilin - Sefotaksim - Seftriakson -Na-Sefmetazol								-Metilergometrin maleat -Oksitosin	-Obimin AF -Alinamin-F	-Asering
4	5	- Amoksisilin	- Tramadol			-Asam folat					-Alinamin-F	-KaEn MG-3
5	5	- Amoksisilin - Seftriakson	- Tramadol - Asam mefenamat	-Ketoprofen	-Diazepam		-Klonidin HCl	-Ranitidin		-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-Obimin AF -Alinamin-F	-Asering -NaCl
6	5	- Sulbenisilin - Klindamisin	- Tramadol								-theragran M -Alinamin-F	-KaEn MG-3 -D 5%
7	1	- Amoksisilin	- Tramadol - Asam mefenamat	-Ketoprofen		-Asam folat			-Furosemid		-Alinamin-F	-Asering -NaCl
8	7	- Amoksisilin - Sefotaksim	- Asam mefenamat								-Alinamin-F	-Asering
9	4	- Amoksisilin - Seftriakson	- Tramadol							-Oksitosin -Metilergometrin maleat	-Obimin AF -Alinamin-F	-Asering -KaEn MG-3
10	4	- Amoksisilin	- Tramadol								-Obimin AF -Alinamin-F	-KaEn MG-3

Sumber : Rekam Medik RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Keterangan :

- NK : Nomor Kasus
- LP : Lama Perawatan (hari)
- AB : Antibiotik
- AG : Analgetik
- ANST : Anestetik
- AE : Antiemetik
- AH : Antihipertermisi
- AT : Antitukak
- DRTK : Diuretikum
- OD : Obat Darah
- HRN : Hormon
- MTV : Multivitamin
- OKS : Oksitosikum
- ELT : Elektrolit
- AIFM : Antiinflamasi
- AINT : Antinfektikum
- AAS : Antiasma
- AAN : Antianemia

- Banyak istirahat (berbaring/tidur miring)
- Diet cukup protein dan vitamin, rendah karbohidrat, lemak dan garam.
- Sedatif ringan : diazepam 3x2 mg atau luminal 3x30 mg selama 7 hari (kalau tidak bisa istirahat)
- Pemeriksaan laboratorium :
  - = Darah, urin rutin
  - = Jumlah trombosit
  - = Uji faal ginjal
  - = Estriol dan HPL
- Kontrol tiap minggu
- b. Rawat inap
  - Dalam dua minggu rawat jalan tidak menunjukkan perubahan
  - Kenaikan berat badan  $\geq 1$  kg/minggu
  - Timbul salah satu gejala preeklampsia berat

**PENANGANAN PREEKLAMPSIA BERAT**

1. Pendekatan rawat di ruang yang tenang, suhu miring ke kiri.
2. Diet, cukup protein, 100 mg/hari, dan kurang garam yakni sampai 0,5 gram/hari.
3. Infus dekrosa 5% yang tiap literanya diselingi infus laktat 60-125 ml/jam sebanyak 500 ml, jumlah cairan maksimum 1500 ml/hari, kalau tekanan osmotik plasma menurun, berikan larutan koloid.
4. Magnesium sulfat
  - a. Dosis awal: 4 gram larutan 20% intravena dengan kecepatan maksimal 1 gram/menit, yang segera diikuti 8 gram larutan 40% (20 ml) masing-masing 10 ml di pantat kiri dan kanan.
    - Dosis pemeliharaan: 4 gram setiap 6 jam kemudian
    - Catatan : syarat pemberian magnesium sulfat adalah:
      - Refleks patela (+)
      - Resorasi  $\geq 16$  per menit
      - Produksi urine paling tidak 100 ml m<sup>4</sup> jam terakhir
      - Tersedia antibiogram, yakni kalsium glukonat 10 %.
  - b. Pemberian magnesium sulfat dihentikan setelah 6 jam pasca persalinan.

- a. Hidralazin
  - 10 mg 4-6 jam sesuai respon
  - 5 mg intravena, tunggu 5 menit, bila tidak ada respon ulangi 5 mg intravena sampai dosis total 25 mg.
- b. Klonidin
  - satu ampul (0,15 mg) dilarutkan dalam 9 ml Aqua for injection atau NaCl fisiologi disuntikkan intravena sebanyak 5 ml tunggu 5 menit.
  - Bila tekanan darah belum turun diulang sampai 4 kali dalam waktu 30 menit.
  - Bila tekanan darah sudah turun klonidin diberikan secara intra muskuler 3-4 jam sebanyak 0,15 mg.

**6. Diuretika**

- a. Indikasi
  - edema paru-paru
  - kegagalan jantung
- b. Obat dan dosis

**7. Tindakan obstetrik**

- a. Konservatif: kehamilan dipertahankan, sehingga ditunggu sampai persalinan spontan.
- b. Aktif
  - Indikasi: bila terdapat satu atau lebih keadaan di bawah ini :
    - = Umur kehamilan  $\geq 37$  minggu
    - = Terdapat gejala *impending eclampsia*
    - = Kegagalan terapi konservatif medikamentosa:
      - enam jam sejak pengobatan medisional terjadi kenaikan tekanan darah.
      - tidak terdapat perbaikan setelah 48 jam perawatan, dengan kriteria, tekanan diastolik  $\geq 100$  mmHg dan indeks gestosis  $\geq 0$ .
    - = Terdapat tanda-tanda gawat janin
    - = Terdapat tanda-tanda IUGR yang kurang dari 10 persenti dari kurva normal.
    - = Terdapat HELLP syndrome.
  - Cara terminasi kehamilan:
    - = Belum dalam persalinan



4. URAIAN JUDUL BAB

- Terdapat kontraindikasi terhadap oksitosin
- Setelah 12 jam dalam induksi tidak masuk fase aktif
- Primigravida lebih cenderung ke arah bedah sesar = Sudah dalam persalinan

Kala I laten : seksio sesar

Kala I aktif : amniotomi bila enam jam setelah amniotomi tidak tercapai pembukaan lengkap - seksio sesar.

Kala II : Ekstraksi vakum : Ekstraksi forspai

### PENANGANAN EKLAMPSIA

- Prinsip pengobatan sama dengan preklampsia berat, termasuk pemberian magnesium sulfat
- Bila masih terjadi kejang, berikan tambahan magnesium sulfat 2 gram larutan 2% dalam waktu 2 menit, bila masih kejang, berikan amobarbital sampai 250 mg intravena pelan. Sebagai alternatif bisa diberikan diazepam 10 mg intravena sebelum terapi dengan magnesium sulfat
- Pemberian magnesium sulfat dihentikan setelah 24 jam peralihan, atau bila eklampsia timbul setelah persalinan magnesium sulfat diberikan sampai 24 jam setelah serangan kejang terakhir.
- Persalinan diusahakan pervaginam, 4-8 jam setelah serangan kejang terakhir dan penderita sudah sadar.
- Bila diperlukan tindakan bedah sesar, ini dikerjakan sekurang-kurangnya 12 jam setelah bebas kejang.
- tindakan lain disesuaikan keadaan.

Pada penderita-penderita dengan gangguan kesadaran maka pengakhiran persalinan adalah didasarkan pada kondisi ibu sebagai berikut

- Skor dari tanda vital antara lain:

a. Tekanan darah :	
diastolik	sistolik
berat 110-50	200-100
sedang 90-110	140-200
ringan 50-90	100-140

e. Tingkat kesadaran: menurut Glasgow Coma Scale (GCS) nilai

- = eye opening E) 4) spontaneous  
3) to speech  
2) to pain  
1) nil

verbal response (V) 5) oriented

- 4) confused conversation  
3) inappropriate words  
2) incomprehensible sounds  
1) nil

Best motor response (M) 6) obeys

- 5) localised  
4) withdraws  
3) abnormal flexion  
2) extension  
1) nil

2. Dan 5 parameter (vital sign) tersebut maka didapatkan skor total sebagai berikut

- Skor total 10 atau lebih, saat yang optimal untuk mengakhiri persalinan/tindakan persalinan.
- Skor total 9 atau kurang, dipertimbangkan untuk mengakhiri persalinan dengan catatan bahwa penderita dalam keadaan "darurat".

Kapan penderita boleh dipulangkan ?

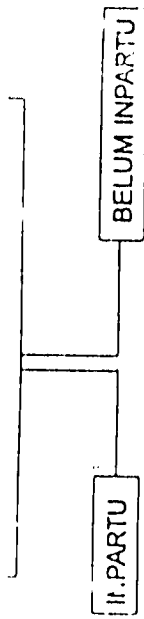
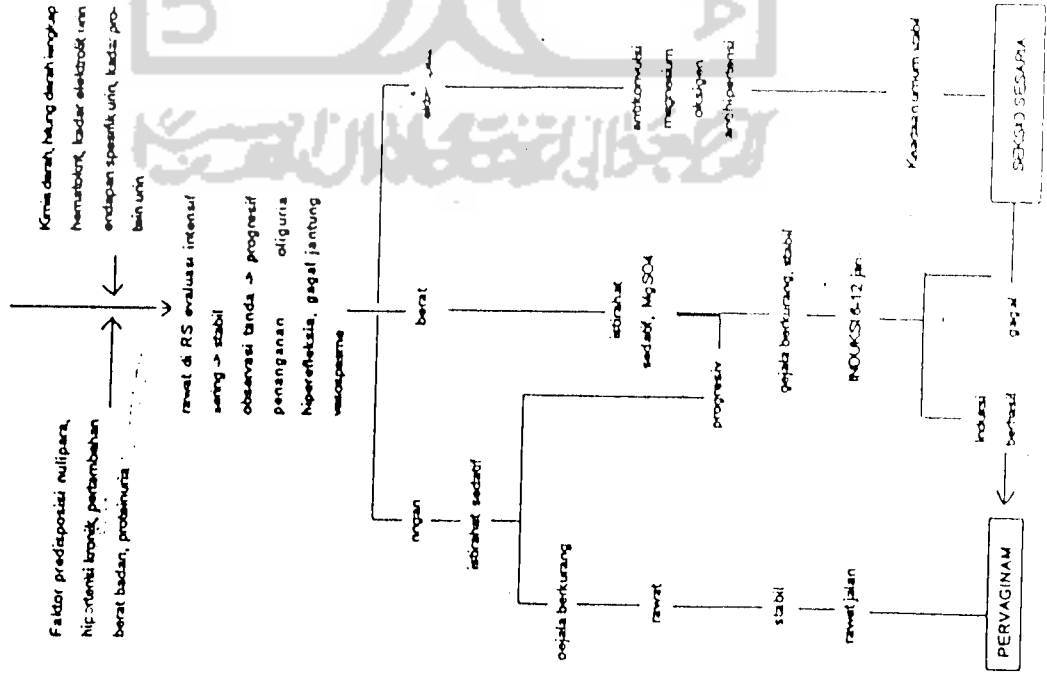
- bila perawatan obstetrik sudah selesai dan tidak didapatkan kelainan.
- Evaluasi terhadap jantung, ginjal, mata dan lain-lain, sudah memungkinkan untuk dirawat secara rawat jalan.

Sarana :

- Kamar bersalin/kamar tindakan
- Alat-alat untuk forsep dan vakum
- Persiapan resusitasi janin
- Sarana untuk operasi bila diperlukan tindakan operasi sarana untuk anestesi.

- Ahli anak
- Asisten
- Paramedis

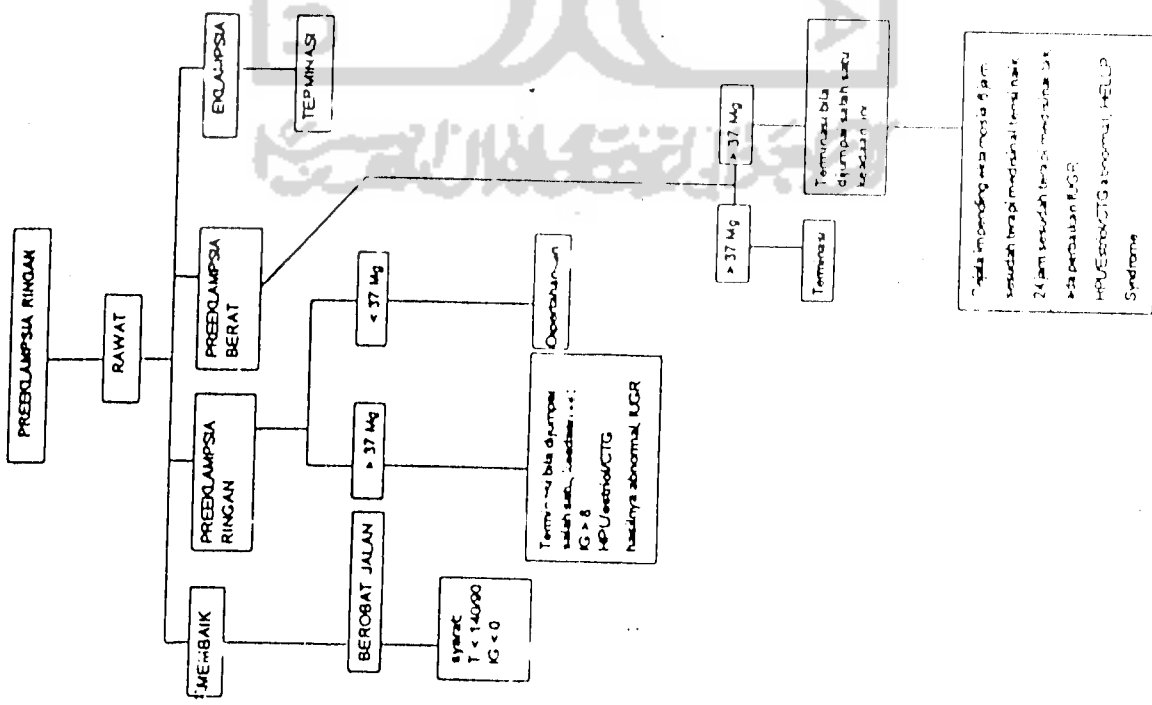
### SUSPEK PIH



1. fase laten :
    - amniotomi, oksitosin drip (bishop score > 8)
  2. fase aktif :
    - amniotomi saja
    - 6 jam post amniotomi belum terjadi pembukaan lengkap bedah sesar.
1. Induksi persalinan: oksitosin drip + amniotomi
  2. - SC. bila syarat oksitosin drip tidak terpenuhi - 12 jam sesudah oksitosin drip pembukaan belum mencapai fase aktif.

### INDEKS GESTOSIS

	0	1	2	3
Edema setinggi bedrest	none	tibial	edema umum	-
Proteinuria (esbach)	< 0,5 gr/l	> 0,5- < 2gr/l	> 2 - < 5 gr/l	> 5 gr/l
Sistole	< 140	> 140 - < 160	> 160 - < 170	> 170
Diastole	< 90	> 90 - 100	> 100 - < 110	> 110



**Batasan**  
 Perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 22 minggu atau lebih

**Kriteria diagnosis**

**Anamnesis :**  
 - Perdarahan pervaginam pada usia kehamilan 22 minggu atau lebih  
 - Timbulnya perdarahan pervaginam secara spontan tanpa melakukan aktivitas atau akibat trauma pada abdomen  
 - Disertai nyeri atau tanpa nyeri akibat kontraksi  
 - Beberapa faktor predisposisi :

- = Riwayat solusio plasenta
- = Perokok
- = Hipertensi
- = Multiparitas

**Pemeriksaan**

**Fisik umum:** keadaan tensi, nadi dan pemafasan  
 - Periksa luar: bagian terawah janin belum/sudah masuk PAP, apakah ada kelainan letak atau tidak.  
 - Inspektio : apakah perdarahan berasal dari ostium uteri atau dari kelainan serviks dan vagina.  
 - Perabaan formiks: hanya dikerjakan pada presentasi kepala  
 - PDMO (Periksa Dalam di Meja Operasi): bila akan mengakhiri kehamilan/persalinan  
 - USG.

**Diagnosis banding**

**Solusio Plasenta :**  
 Terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada fundus uteri/ korpus uteri sebelum janin lahir.  
 a. Ringan :  
 Perdarahan kurang dari 100-200 cc, uterus tidak tegang, belum ada tanda renjatan, pelepasan plasenta kurang dari 1/6 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma lebih dari 250 mg%



plasenta 1/4 sampai 2/3 bagian permukaan, kadar fibrinogen plasma 120-250 mg%

c. Berat :

Uterus tegang dan berkontraksi tetanik, terdapat tanda renjatan, biasanya janin telah mati, pelepasan plasenta bisa terjadi pada lebih dari 2/3 bagian permukaan atau keseluruhan bagian permukaan.

### Plasenta previa

Batasan: plasenta yang letaknya tidak normal sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir.

### Vasa previa

Batasan: tali pusat berinsersi pada selaput ketuban dimana pembuluh darahnya berjalan diantara lapisan amnion dan korion melalui pembukaan serviks.

### Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

- Hemoglobin
- Hematokrit
- Trombosit
- Waktu pembekuan darah
- Waktu protrombin
- Waktu trombolastin parsial
- Elektrolit plasma

Kardiotografi : Laenek, dopler, untuk menilai status janin

USG : Menilai letak plasenta, usia gestasi, keadaan janin.

### Konsultasi

- Spesialis anak
- Spesialis anestesi
- Spesialis penyakit dalam

### Terapi

Medik dan bedah

a. Tidak terdapat renjatan :

Usia gestasi kurang dari <36 minggu/TBU (Taksiran Berat Janin) kurang dari 2500 g.

### b. Terdapat terdapat renjatan

Usia ges asi 37 minggu atau lebih/TBC (taksiran Berat Janin) 2500 gr atau lebih.

### Solusio plasenta:

Ringan/sedang/berat: partus perabdominalis bila persalinan pervaginam diperkirakan berlangsung lama.

### plasenta previa:

PDMO: - Plasenta previa -> partus perabdominalis -> bedah sesar.

- Bukan plasenta previa -> partus pervagina.

### Vasa previa:

Janin mati: partus pervaginam

Janin hidup: partus perabdominal

c. terdapat renjatan.

### Solusio plasenta:

Atasi: renjatan, resusitasi cairan dan tranfusi darah. Bila renjatan tidak teratasi, upayakan tindakan penyelamatan yang optimal.

Bila renjatan dapat diatasi: pertimbangkan untuk partus perabdominalis bila janin masih hidup atau bila persalinan pervagina diperkirakan berlangsung lama.

### Plasenta previa:

Atasi: renjatan, resusitasi dengan cairan dan tranfusi darah, bila tidak teratasi, upayakan tindakan penyelamatan optimal. Bila teratasi: partus pervaginam.

### Perawatan rumah sakit

Pasien perlu segera dirawat

### Penyulit

Karena penyakit ;

Pada ibu :

- Renjatan

uterus tidak ada, janin hidup).

- Tirah baring
- Atasi anemia
- USG dan CTG serial kalau memungkinkan.
- Tunggu persalinan spontan
- Aktif bila keadaan memburuk (perdarahan berlangsung terus, kontraksi uterus terus berlangsung, dapat mengancam ibu/janin).
- Partus pervaginam (amniotomi/oksitosin iufus).  
Bila perdarahan dar; petvik scor < 5, atau persalinan masih lama > 6 jam).
- Sesio Sesar

**Sedang/berat :**

- Resusitasi cairan
- Atasi anemia (transfusi darah)
- Partus pervaginam bila diperkirakan dapat berlangsung dalam 6 jam (amniotomi dan infus oksitosin).
- Partus perabdominal dipertimbangkan bila partus pervagina tak dapat berlangsung, dapat mengancam ibu/janin.

**Plasenta previa :**

Perdarahan sedikit, dirawat sampai 30 minggu, mobilisasi bertahap. Bila ada kontraksi: lihat penanganan persalinan preterm.

**Perdarahan banyak :**

- Resusitasi janin
- Atasi anemia (transfusi darah)
- PDMO: Plasenta previa : partus perabdominalis
- Bukan plasenta previa: partus pervaginam (amniotomi, oksitosin drip).

**Vasa previa :**

- Test APT positif (terdapat darah janin)
- Dapat diraba pembuluh darah janin melalui pembungkuan serviks.

- Atonia uteri/uterus couvelana
  - Perdarahan pada implantansi uterus disegmen bawah
- Pada jinin :**
- Asfiksia
  - BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)
  - RDS (*Respiratory Distress Syndrome*)

Karena tindakan/terapi

- Pada ibu :**
- Reaksi transfusi
  - Kelebihan cairan :
    - renjatan
    - infeksi

**Pada janin:**

- asfiksia
- infeksi.

**Informed consent**

Diperlukan secara tertulis saat pasien masuk rumah sakit

**Lama perawatan (tanpa komplikasi)**

7 hari.

**Masa pemulihan**

6 minggu setelah tindakan/melahirkan.

**Outcome**

Komplikasi : diharapkan minimal/tidak ada  
Kesembuhan : diharapkan sempurna.

**Patologi anatomi**

Tidak ada yang khusus.

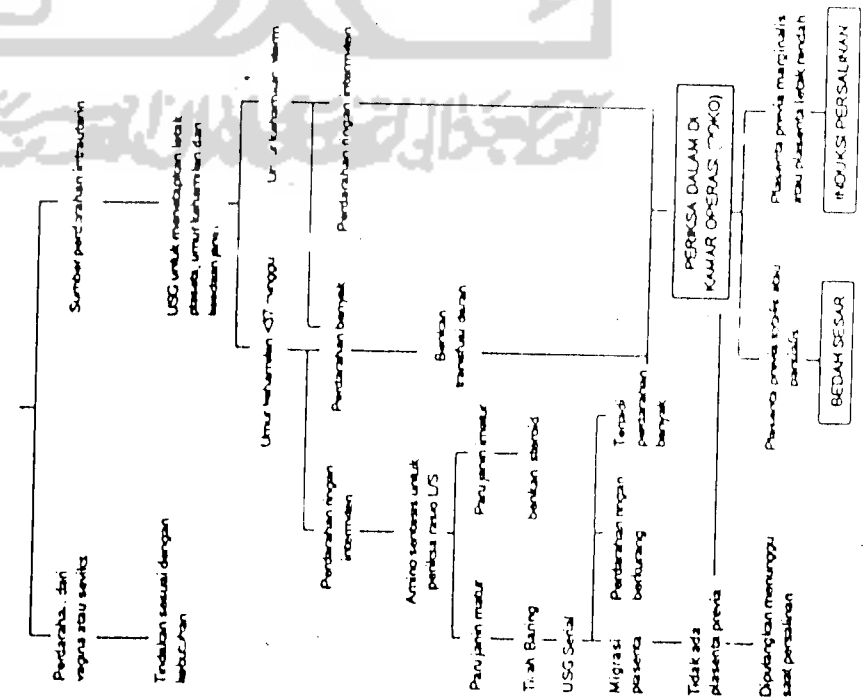
**Otopsi/nisalah rapat**

Tidak ada yang khusus

Penderitaan per Vaginam tanpa kontrolasi uterus peristaltik  
Tanda vital  
Nadi

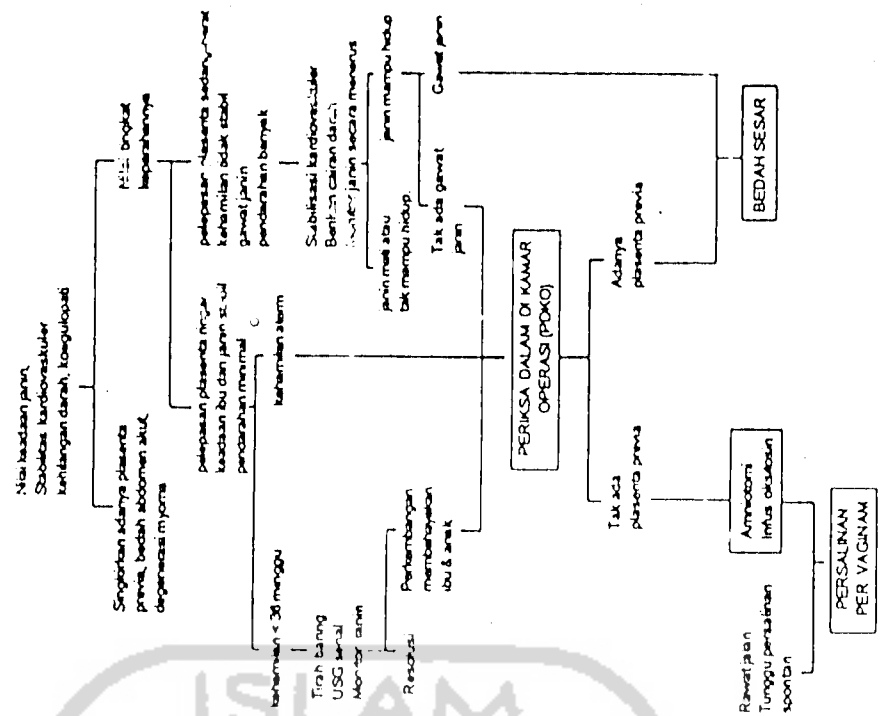
Penderita disfungsi polipongan dalam & Cross Match  
USG  
Rasio US Cairan amnion

Diperhatikan di RS  
Nisi keadaan kardiovaskuler  
Tentukan sumber perdarahan  
Inspeksi secara hati-hati  
Hindari pemertiksaan digital



Temuan adanya labor resiko yang meliputi:  
Hipertensi ulteri  
Myri bekuan uterus  
Terbuka umur kandungan  
Hipertensi dalam kandungan  
Trauma abdomen

Periksa darah rutin  
Periksa koagulasi  
Hematokrit, sental  
Ureum, USG, CVP



## Definisi

Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum berat janin mencapai 500 gram atau umur kehamilan kurang dari 22 minggu.

## Klasifikasi

- Abortus imminens
- Abortus insipiens
- Abortus kompletus
- Abortus inkompletus
- Abortus infeksius/abortus septik
- Missed abortion
- Abortus terapeutikus

## Diagnosis

- Anamnesis
- Pemeriksaan ginekologis
- Pemeriksaan laboratorium
- Pemeriksaan tambahan : ultrasonografi, radiologi, bila diperlukan.

## Penanganan

- Abortus imminens
  - Istirahat total sampai 2-3 hari bebas perdarahan.
  - Tokolitik : papaverin 3 x 40 mg/hari sampai bebas rasa mulas/perdarahan atau lsoksuprin 3 x 10 mg tablet selama 5 hari.
  - Sedativa : kuminal 2 x 30 mg sampai 2-3 hari bebas perdarahan atau diazepam 3 x 2 mg tablet, selama 5 hari diberikan berdasarkan hasil rekomendasi.
  - Gestanon diberikan berdasarkan hasil rekomendasi.
  - Bila dalam 3-5 hari perawatan perdarahan tidak berkurang atau bahkan bertambah, tentukan kembali diagnosis.
- Abortus insipiens
  - Stimulasi dengan oksitosin 10 unit dalam 50u ml D5%.
  - Bila tidak lengkap lanjutkan dengan kuretase.
  - Pasca kuretase diberikan metilergometrin maleat 3 x 1 tablet selama 5 hari dan antibiotik selama 5 hari.

- Kontrol 1 minggu kemudian
- 1. Abortus inkompletus
  - Bila keadaan umum baik, tanpa perdarahan banyak → kuretase terencana.
  - Perdarahan banyak → kuretase segera sambil mengusahakan perbaikan keadaan umum.
  - Post kuretase diberikan metilergometrin dan antibiotika, dosis seperti b point 3.

## e. Abortus infeksius/abortus septik

- Terapi suportif tergantung keadaan umum pasien
- Kultur dan tes sensitivitas sebelum antibiotika (masif) diberikan.
- Antibiotika standar : Ampicilin 3 x 1 gram i.v./hari selama 3-5 hari, Gentamisin 2 x 80 mg i.m ; Metronidazol 2 x 1 gr rektal supositoria, ditambah : hidrokortison 16 mg i.v.
- Kuretase dilakukan bila temperatur tubuh telah normal kembali.
- Bila dalam 7 hari temperatur tidak turun, kuretase ietep dilakukan untuk menghilangkan sumber infeksi.

## f. Missed abortion

Definisi : apabila janin yang telah mati tertahan di dalam rahim selama 2 bulan atau lebih.

Penanganan :

- Pemeriksaan laboratorium : hemoglobin, jumlah eritrosit, jumlah leukosit, waktu perdarahan, waktu pembekuan dan fibrinogen. Pemeriksaan uji fern.

- Bila hemostasis normal :

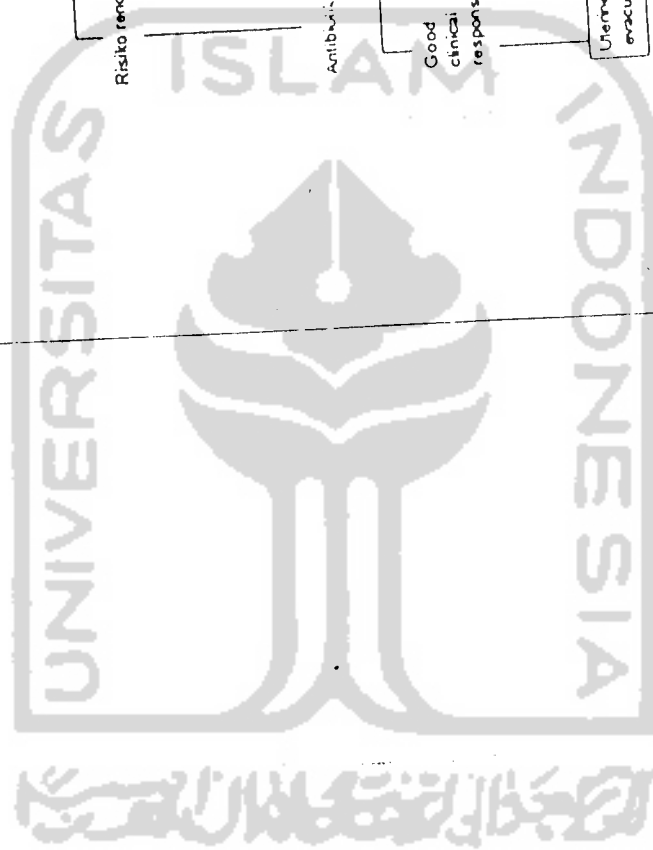
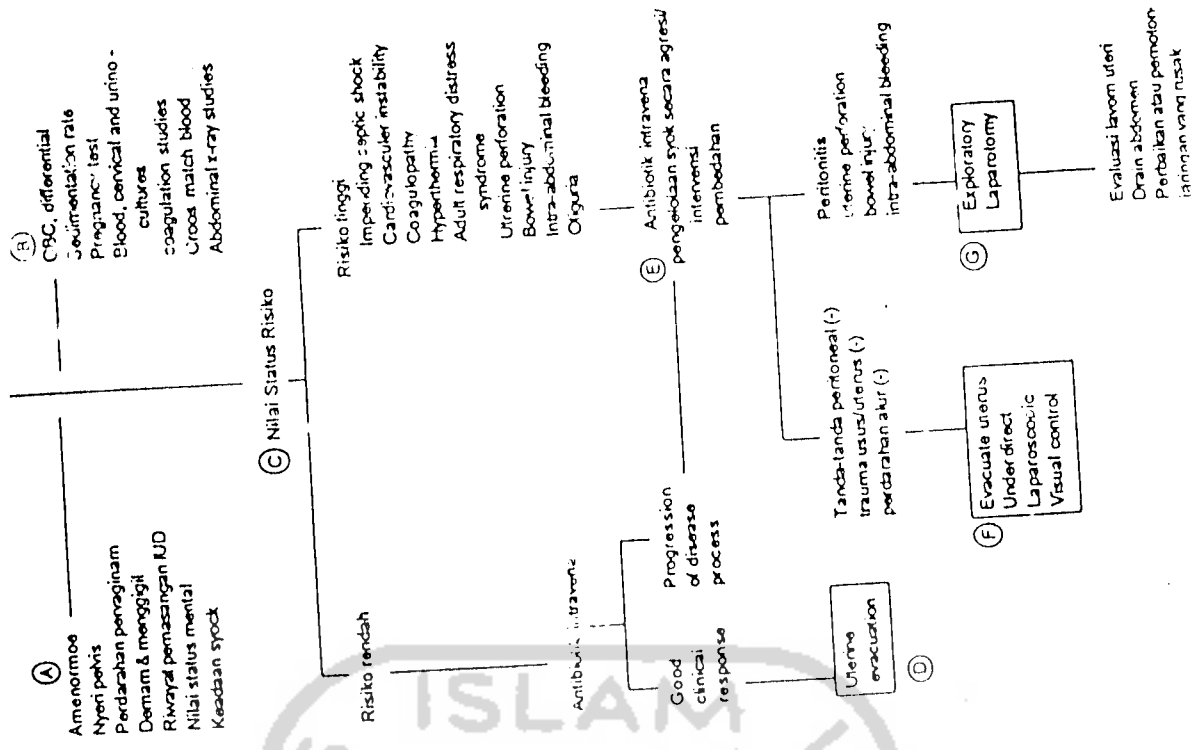
- kehamilan < 12 minggu : diberikan estradol benzoat 2 x 20 mg i.m. selama 2 hari ; dipasang lamina 24 jam, dilanjutkan drip oksitosin. bila gagal dapat diperimbangkan pemakaian prepat prostaglandin E2 (Mylador drips atau prostin E vaginal tablet).

- Bila hemostasis ada kelainan :

- transfusi darah segar sampai fibrinogen > 120 mg%
- atau berikan fibrinogen 4 gr i.v penitus sampai fibrinogen > 200 mg%
- dilatasi dan kuretase dilakukan setelah hemostasis diperbaiki.

• borus terapeutikus

- didikasi :
  - Virusium kordis derajat III dan IV
  - Glomerulonefritis kronik
  - Karsinoma serviks invasif
  - Karsinoma payudara stadium IV
  - Infeksi virus rubella
  - Kolitis ulserativa yang berat
  - Gangguan psikiatrik yang berat



## PERVAGINAM

A. Setiap wanita hamil yang mengalami demam, kram perut, dan perdarahan pervaginam patut dicurigai suatu abortus spontan, ada kemungkinan pasien mencoba memasukkan alat ke dalam cavum uteri, terutama pada abortus provokatus. Kehamilan dengan IUD *insitu* mempunyai risiko untuk terjadinya abortus.

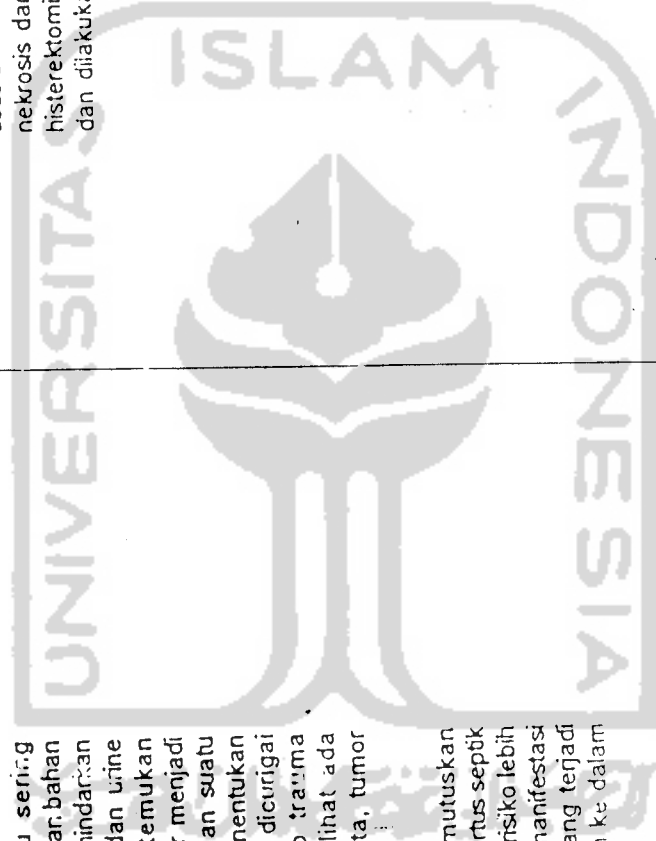
B. Informasi awal yang sangat membantu sering diperlukan dengan pemeriksaan pewarnaan gram dengan bahan tusukan dari negatif yang intraseluler membantu mengidentifikasi jenis pembedahan. Diperlukan serviks, darah dan urine kultur sebelum pemberian antibiotik. Sering ditemukan kombinasi kuman aerob dengan anaerob. Hasil kultur menjadi acuan sekali bila diketahui adanya resistensi dengan suatu obat. Pemeriksaan foto abdomen perlu untuk menentukan adanya ileus, pemeriksaan ini dilakukan apabila dicurigai adanya trauma saluran pencernaan oleh sebab trauma abdomen. USG seringkali membantu untuk melihat ada tidaknya produk kehamilan intrauterin, sisa plasenta, tumor nekrosis atau kumpulan darah atau pus.

C. Tentukan status risiko pasien untuk memutuskan pengelolaan antara yang konservatif atau intensif. Abortus septik yang terjadi pada pertengahan trimester mempunyai risiko lebih besar daripada trimester pertama, walaupun dengan manifestasi klinis yang minimal, oleh sebab itu abortus septik yang terjadi pada pertengahan perjalanan kehamilan dimasukkan ke dalam kategori "high risk".

D. Pasien dengan risiko tinggi harus dikelola secara agresif. Evakuasi uterus dilakukan apabila tidak ada tanda-tanda inguan peritoneal atau kecungahan adanya trauma uterus atau usus. Bila uterus besar dan waktu cukup, dilakukan mulasi dengan prostaglandin atau oksitocin. Intervensi secara operatif biasa diperlukan pada keadaan tertentu, bagaimanapun tergantung pada keadaan pasien.

dilakukan, juga berguna sebagai kontrol pada karies uteri. Uterus telah mengalami perforasi, khususnya jika tidak ada perdarahan aktif.

G. Laparotomi dilakukan dalam menentukan luasnya infeksi abdomen, trauma, atau perdarahan bila gambaran klinik jelas memerlukan intervensi tersebut. Perdarahan dan perforasi usus dikelola dengan penjahitan atau bila perforasi besar dengan nekrosis dan myometrium atau adanya mikro abses dilakukan histerektomi. Trauma usus harus segera diperbaiki atau dipotong dan dilakukan drainase pada infeksi rongga peritoneum.



### Batasan

Adalah: suatu neoplasma jinak dari trofoblas, dimar terjadi kegagalan pembentukan plasenta atau fetus, dengan terjadinya vili yang menggelembung sehingga menyerup bentuk seperti buah anggur.

### Patofisiologi

- Suatu agensis yang lengkap atau degenerasi dini dari siste vaskularisasi hasil konsepsi pada kehamilan minggu ke III
- Adanya sirkulasi yang terus menerus tanpa adanya fet menyebabkan sel trofoblas memproduksi cairan.
- Adanya keainan pada kromatin seks

Gambaran patologi yang dijumpai: Degenerasi hidros dari villi berkurang, ya/hilangnya pembuluh darah pada villi d proliferasi dari sel-sel trofoblas.

### Kriteria diagnostik

a. gambaran klinik :

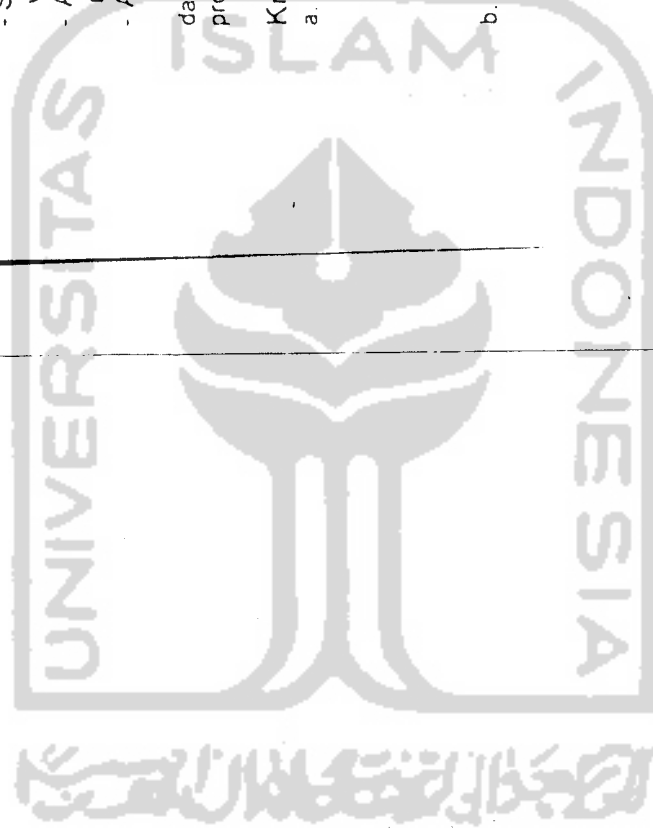
- Perdarahan pervaginam/gelembung mola
- Gejala toksemia pada trimester I-II
- Hiperemesis gravidarum
- Tirotoksikosis
- Emboh paru

b. Pemeriksaan fisik :

- Abortus
- Kehamilan
- Kehamilan ganda
- Kehamilan dengan mioma

### Pemeriksaan penunjang

- T3 dan T4 bila ada gejala tirotoksikosis
- Foto toraks
- Pemeriksaan hCG urine atau serum (secara radio immunologi)
- Ultrasonografi, terlihat gambaran badij salju/gelembung m
- Uji sonde menurut Hanifa, sonde masuk tanpa tahanan ( dapat diputar 360° dengan deviasi sonde kurang dari 10° bic acosta sison, yaitu masukkan tang tampon kedalam kav uterus. Kedua pemeriksaan ini dapat dilakukan di polikli

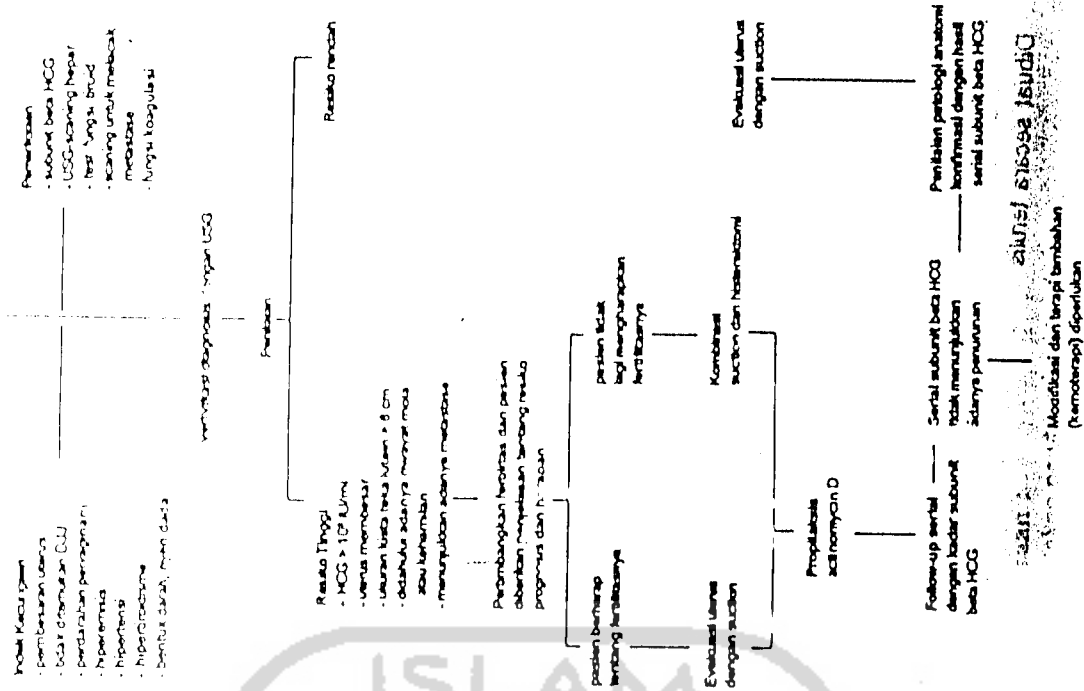


- Pada prinsipnya ada 4 hal .
- Evakuasi mola hidatodosa
  - Pengawasan lanjut

### Evakuasi

- Dilakukan setelah pemeriksaan persiapan selesai
- Bila mola sudah keluar spontan dilakukan kuret atau kuret hisap. Bila kanvas servikalis belum terbuka dipasang laminaria dan 24 jam kemudian dilakukan kuretase hisap dilanjutkan dengan kuretase tumpul.

Pemberian uterotonika: infus oksitosin bila evakuasi sudah dimulai. Dalam 7-10 hari kemudian kuretase ulang dengan kuretase tajam.





**RUMAH SAKIT UMUM PKU MUHAMMADIYAH**

Jln. KH. Achmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55142

Telp. (0271) 247111 - 247112

Fax (0271) 247113

Telepon Gg. (0271) 247114

E-mail : [rsu@pkumuh.com](mailto:rsu@pkumuh.com)

Website : [www.pkumuh.com](http://www.pkumuh.com)



Surat Nomor : 1425/H/9 Maret 2004 M

: 554 /E.IV/Pl.24.2/III/04

: -

: Ijin Penelitian.

Yth :

Fakultas MIPA UII

Jl. Sekeloa Timur Km 14

Makassar

Wassalamu'alaikum wr wb.

Merujuk dan memperhatikan surat Saudara Nomor : 393/Dek/20/Bag.AAS/II/2004 tanggal 16 Februari 2004  
yang memohonkan Ijin Penelitian bagi mahasiswa.

: Erna Fitriyani

: 99613308

Penelitian : " Pola Pengobatan Kelainan Pada kehamilan Di Instalasi Rawat Inap  
Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2003 "

Sehubungan dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat mengabulkan permohonan  
Ijin Penelitian dengan ketentuan :

Sebelum melaksanakan Penelitian kepada yang bersangkutan diminta untuk menghadap  
Kepala Instalasi Diklat (Irma Risdiana,S.Si,Apt).

Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp.75.000,-(Tujuh Puluh Lima Ribu  
Rupiah) dan diselesaikan sebelum penelitian.

Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RSU PKU Muh Yk.

Bersedia mengganti barang/alat yang dirusakkan selama menjalankan penelitian.

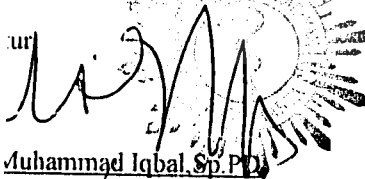
Setelah selesai sanggup untuk menyerahkan hasilnya kepada RSU PKU Muh Yk.

Menyerahkan pasfoto 3x4 sebanyak 2 lembar untuk tanda pengenal.

Demikian surat ini kami sampaikan untuk menjadikan maklum.

Wassalamu'alaikum wr wb.

Surat

  
Muhammad Iqbal, Sp.PD

753.483/8

Disampaikan kepada :

Dir. Penunjang Medis RSU PKU Muh Yk.

Dir. Umum dan Keuangan RSU PKU Muh Yk

Instalasi Diklat RSU PKU Muh Yk. (Irma Risdiana, S.Si, Apt)

Sie Perbendaharaan RSU PKU Muh Yk

/ Supriyanto

Peneliti yang bersangkutan (Erna Fitriyani).