

**IDENTIFIKASI KEJADIAN *ADVERSE DRUG REACTIONS*
PADA PASIEN RAWAT INAP
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

SKRIPSI



**Disusun oleh:
WULAN APRILIANTI**

07613008

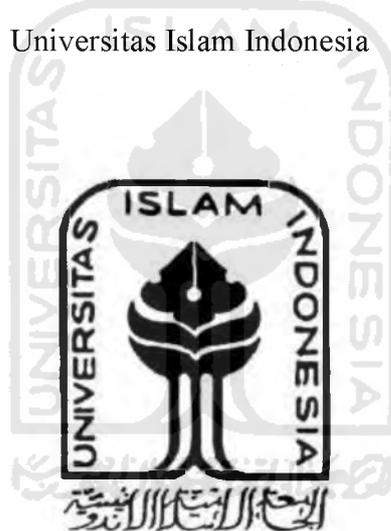
**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
JULI 2011**

**IDENTIFIKASI KEJADIAN *ADVERSE DRUG REACTIONS*
PADA PASIEN RAWAT INAP
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

SKRIPSI

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi
(S.Farm).

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia



Disusun oleh:

WULAN APRILIANTI

07613008

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
JULI 2011**

SKRIPSI

**IDENTIFIKASI KEJADIAN *ADVERSE DRUG REACTIONS*
PADA PASIEN RAWAT INAP
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

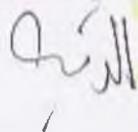
Yang diajukan oleh :

WULAN APRILIANTI

07613008

Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama



Saepudin, M.Si., Apt.

Pembimbing Pendamping



Nirna Atin Shintia, S.Si., Apt.

SKRIPSI

**IDENTIFIKASI KEJADIAN ADVERSE DRUG REACTIONS
PADA PASIEN RAWAT INAP
DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

Yang diajukan oleh :

WULAN APRILIANTI

07613008

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi Program Studi Farmasi
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia

Ketua Penguji : Suepudin, M.Si., Apt. (.....)

Anggota Penguji : 1. Nirna Atin Shintia, S.Si., Apt. (.....)

2. Dr. Tri Murti Andayani, Sp. FRS., Apt (.....)

3. Okti Ratna Mafruhah, M.Sc., Apt. (.....)

Mengetahui

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam
Universitas Islam Indonesia


Yandi Sukri, M.Si., Apt.

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb.

Puji syukur Alhamdulillah Rabbil'alamin kehadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “IDENTIFIKASI KEJADIAN *ADVERSE DRUG REACTIONS* PADA PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS NGENEMPLAK 1 SLEMAN YOGYAKARTA PERIODE FEBRUARI-MEI 2011”.

Skripsi ini diajukan untuk memenuhi syarat guna memperoleh gelar Sarjana Farmasi (S.Farm) Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam di Universitas Islam Indonesia Yogyakarta.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis tidak lepas dari bimbingan, dorongan serta bantuan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Yandi Syukri, M.Si., Apt. selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Islam Indonesia.
2. Bapak Muhammad Hatta Prabowo, M.Si., Apt. selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia.
3. Bapak Saepudin, M.Si., Apt. selaku pembimbing utama dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan ide-ide dasar, bimbingan, saran, motivasi serta masukan hingga terselesaikannya skripsi ini.
4. Ibu Nirma Atin Shintia, S.Farm., Apt. selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dan masukan hingga terselesaikannya skripsi ini.
5. Ibu Dra. Tri Murti Andayani, Sp.FRS., Apt. dan Ibu Okti Ratna Mafruhah, M. Sc., Apt. selaku dosen penguji yang telah banyak memberikan masukan dan saran dalam penyusunan hasil akhir skripsi ini.
6. Seluruh praktisi kesehatan Puskesmas Ngenemplak 1 Sleman Yogyakarta telah memberikan izin serta membantu jalannya penelitian ini.
7. My Beloved Family, Alm. Bapak, Mama, kakak dan adikku tercinta untuk cinta, kasih sayang, doa, serta semangat yang terus mengalir tiada henti.

8. Sahabat-sahabatku, Meirina Endah Hardiana, Kinan Riastuti, Asti Mayni Sari, Helminawati, Wiwik Dwi yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan bantuannya, semoga silaturahmi kita yang kita jalin dengan tali persahabatan akan terus berlanjut samapai kapanpun.
9. Seluruh civitas akademik Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia yang telah memberikan banyak bekal ilmu dan membantu penulis selama kuliah.
10. Seluruh pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu jalannya hingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan.

Hanya Allah yang mampu memberikan balasan yang mulia terhadap semua hamba-Nya. Penulis sadar bahwa skripsi ini jauh dari sempurna dan banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca dan semua pihak yang bersifat membangun sangat diharapkan. Semoga skripsi ini bermanfaat untuk masyarakat banyak pada umumnya dan perkembangan ilmu pengetahuan kefarmasian pada khususnya. Amin.

Wassalamualaikum Wr. Wb .

Yogyakarta, Juli 2011

Penulis,

Wulan Aprilianti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
INTISARI.....	xii
<i>ABSTRACT</i>	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
BAB II STUDI PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka.....	5
1. <i>Adverse Drug Reactions</i> (ADRs).....	5
a. Definisi.....	5
b. Klasifikasi	5
c. Epidemiologi.....	7
d. Faktor Risiko.....	8
2. Identifikasi ADRs	11
3. Penilaian Kausalitas ADRs	11
4. Puskesmas	16
B. Keterangan Empiris.....	17

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	18
B. Alat dan Bahan Penelitian.....	18
C. Tempat dan Waktu Penelitian	19
D. Populasi dan Sampel Penelitian	19
E. Batasan Operasional.....	20
F. Cara Pengumpulan dan Pengolahan Data	22
G. Analisis Hasil	23
H. Alur Penelitian	24

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Umum Hasil Penelitian.....	25
B. Karakteristik Pasien	25
1. Karakteristik demografi pasien	26
2. Karakteristik klinis pasien.....	28
C. Tingkat Pengetahuan Pasien terhadap Riwayat Pengobatan.....	35
D. Identifikasi Kejadian ADRs	37
1. ADRs sebagai penyebab pasien dirawat inap	38
2. ADRs selama pasien dirawat inap	41
E. Keterbatasan Penelitian.....	43

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	44
B. Saran.....	44

DAFTAR PUSTAKA	45
-----------------------------	-----------

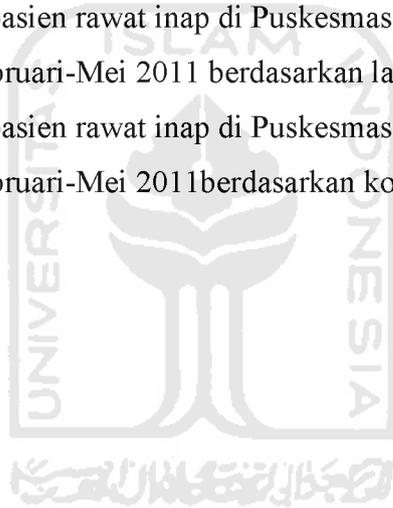
LAMPIRAN.....	46
----------------------	-----------

DAFTAR TABEL

Tabel I.	Perbandingan antara ADR reaksi tipe A dan tipe B.....	6
Tabel II.	Skala Naranjo	13
Tabel III.	Skala Penilaian WHO	14
Tabel IV	Pengukuran tingkat pengetahuan pasien	19
Tabel V.	Distribusi karakteristik demografi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman selama periode Februari-Mei 2011.....	25
Tabel VI.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman selama periode Februari-Mei 2011 berdasarkan riwayat alergi obat. ...	34
Tabel VII.	Tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sebelum rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman.....	35
Tabel VIII.	Hubungan usia dengan tingkat pengetahuan pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman	35
Tabel IX.	Hubungan pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman.....	36
Tabel X.	Kejadian ADRs penyebab rawat inap dan selama rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman	37
Tabel XI.	Deskripsi kejadian ADR penyebab rawat inap pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011	38
Tabel XII.	Deskripsi kejadian ADR selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman periode Februari-Mei 2011.....	40

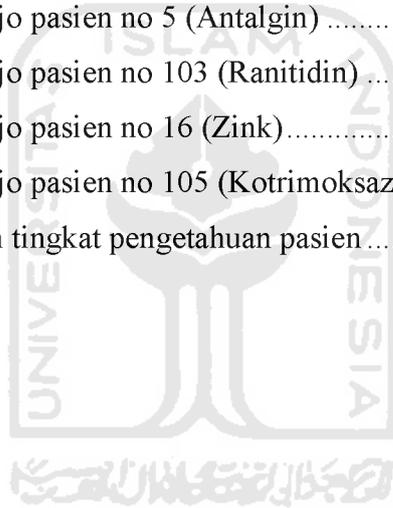
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak I Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan keluhan utama	28
Gambar 2.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak I Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan diagnosa awal	29
Gambar 3.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan diagnosa akhir	30
Gambar 4.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak I Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan riwayat penyakit sebelum rawat inap	31
Gambar 5.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak I Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan lama perawatan.....	32
Gambar 6.	Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak I Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan kondisi pasien saat pulang.....	33



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Data demografi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta Periode Februari-Mei 2011	46
Lampiran 2.	Data keadaan pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta Periode Februari-Mei 2011.....	53
Lampiran 3.	Hasil analisis <i>Chi-square</i>	91
Lampiran 4.	Skala Naranjo	96
Lampiran 5.	Surat persetujuan (<i>Informed Consent</i>)	97
Lampiran 6.	Surat izin penelitian.....	98
Lampiran 7.	Surat keterangan selesai melakukan penelitian.....	99
Lampiran 8.	Skor Naranjo pasien no 5 (Antalgin)	100
Lampiran 9.	Skor Naranjo pasien no 103 (Ranitidin)	101
Lampiran 10.	Skor Naranjo pasien no 16 (Zink).....	102
Lampiran 11.	Skor Naranjo pasien no 105 (Kotrimoksazol).....	103
Lampiran 12.	Pengukuran tingkat pengetahuan pasien.....	104



IDENTIFIKASI KEJADIAN *ADVERSE DRUG REACTIONS* PADA PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS NGENEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA PERIODE FEBRUARI-MEI 2011

INTISARI

Adverse Drug Reactions (ADRs) sering kali menyebabkan hambatan-hambatan dalam pelaksanaan layanan kefarmasian. ADRs didefinisikan sebagai suatu respon terhadap terapi obat yang berbahaya dan tidak diinginkan dari suatu obat yang terjadi pada dosis lazim yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, terapi penyakit, ataupun perbaikan fungsi fisiologis. Tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sangat penting karena dapat membantu dalam mengidentifikasi kejadian ADRs. ADRs telah diketahui sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas secara signifikan. Data tahun 2009 jumlah pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman yaitu 80 pasien/bulan. Tingginya jumlah pasien tersebut tidak menutup kemungkinan disebabkan karena ADRs dan pasien selama perawatan mengalami ADRs. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sebelum rawat inap, dan kejadian ADRs yang menjadi penyebab rawat inap pasien serta selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman. Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik deskriptif dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* (potong lintang) yang dilakukan secara prospektif, dengan mengumpulkan data pasien yang dirawat inap. Data diperoleh dari hasil wawancara kepada pasien dan atau keluarganya, serta hasil penelusuran rekam medik pasien selama periode Februari-Mei 2011. Obat yang dicurigai sebagai penyebab ADRs kemudian dianalisis dengan menggunakan algoritma Naranjo. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatannya sebagian besar (82,67%) masih dalam kategori kurang baik, dan diperoleh 1,9% kejadian ADRs yang menjadi penyebab pasien rawat inap, obat yang menjadi penyebab yaitu antalgin dan ranitidin dengan manifestasi klinis berupa mual, muntah, reaksi alergi. Kejadian ADRs selama pasien dirawat inap sebesar 1,9%, obat yang menjadi penyebab yaitu zink dan kotrimoksazol dengan manifestasi klinis berupa mual, muntah, reaksi alergi.

Kata kunci : *Adverse Drug Reactions* (ADRs) , Puskesmas Ngemplak 1, algoritma Naranjo, tingkat pengetahuan.

**IDENTIFICATION OF ADVERSE DRUG REACTIONS
IN HOSPITALIZED PATIENTS
AT NGEMPLAK 1 PRIMARY HEALTH CENTER
IN SLEMAN YOGYAKARTA
PERIOD FEBRUARY-MAY 2011**

ABSTRACT

Adverse Drug Reactions (ADRs) may induce obstacles in pharmaceutical services. ADRs is defined as response to a drug that are noxious and unintended. It occurs at doses which used in human for prophylaxis, diagnose, or therapy, or for modification of physiologic function. The knowledge level of patient in therapy is important because it is very usefull to identify ADRs and to know drugs that may cause ADRs. ADRs was known as the cause of morbidity and mortality significantly. Based on data in 2009 the number of patients hospitalized at Ngemplak 1 Primary Health Center was 80 patient/month. The high number of patients was not ruled out due to ADRs and ADRs during the treatment. The aim of this study is to learn and to know about understanding (knowledge) level of patients in therapy, to know about ADRS which cause hospitalized patient and patient during hospitalized in Ngemplak 1 Primary Health Center. This study was observational analitic descriptive which was use cross sectional study prospectively in collecting data of patients in Ngemplak 1 Primary Health Center. Data were collected from interviewing to the patients or patients's family and also studying of medical record in February-May 2011. Data which is suspected as the cause od ADRs was analyzed using Naranjo's Algorithms. The results are that level of understanding (knowledge) of patient was categorized as poor (82,67%), 1,9% ADRs which cause hospitalized, drug which cause ADRs are antalgin and ranitidine with clinical manifestation are nausea, vomiting, and allergic reaction and 1,9% ADRs during hospitalized, drug which cause ADRs are zinc and cotrimoxazole, with clinical manifestation are nausea, vomiting, and allergic reaction.

Keywords : Adverse Drug Reactions, Ngemplak 1 primary health center, Naranjo's Algorithms, the knowledge level of patient.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pelayanan kefarmasian pada saat ini telah bergeser orientasinya dari obat ke pasien yang mengacu kepada pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Kegiatan pelayanan kefarmasian yang semula hanya berfokus pada pengelolaan obat sebagai komoditi menjadi pelayanan yang komprehensif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien⁽¹⁾. Dalam melakukan pelayanan dan terapi obat kadang-kadang dijumpai permasalahan yang sering disebut dengan istilah DRPs (*Drug-Related Problems*). DRPs merupakan suatu permasalahan dalam terapi setiap individu yang bersifat aktual maupun potensial yang mengganggu hasil terapi yang diinginkan⁽²⁾. Dalam mengidentifikasi permasalahan pengobatan, tenaga kesehatan, khususnya apoteker, dan juga pasien memiliki peranan penting untuk mencapai terapi yang optimal. Salah satu peran pasien yang dapat mendukung keberhasilan terapi yaitu pengetahuan pasien mengenai riwayat pengobatan. Oleh karena itu, apoteker harus mengetahui bahwa pasien telah memahami dengan benar hal-hal yang terkait dengan pengobatannya.

Adverse Drug Reactions (ADRs) merupakan salah satu dari DRPs. ADRs sering kali menyebabkan hambatan-hambatan dalam pelaksanaan layanan kefarmasian. WHO mendefinisikan ADRs sebagai efek bahaya, tidak disengaja, atau tidak diinginkan dari suatu obat yang terjadi pada dosis yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, terapi, ataupun perbaikan fungsi fisiologis⁽³⁾. ADRs telah diketahui sebagai penyebab morbiditas dan mortalitas secara signifikan⁽⁴⁾. Morbiditas dan mortalitas yang disebabkan karena penggunaan obat merupakan masalah nyata yang sedang dihadapi dalam praktek farmasi klinis saat ini. Diperkirakan bahwa 41% pasien yang menggunakan obat-obat yang diresepkan pertama kali akan mengalami reaksi efek samping obat⁽²⁾. Pirmohamed dan koleganya memperkirakan bahwa di Inggris sekitar 6,5% pasien rawat inap di rumah sakit disebabkan ADRs⁽⁵⁾. Di Amerika Serikat, ADRs juga telah diketahui sebagai salah satu penyebab utama kematian. Oleh karena itu,

ADRs berdampak besar pada kesehatan masyarakat, mengurangi kualitas hidup pasien, dan meningkatkan beban biaya pasien⁽⁶⁾.

Lazarou *et al* menunjukkan bahwa total kejadian ADRs adalah 6,7%, dimana 4,7% menunjukkan kejadian ADRs pada saat masuk rumah sakit dan 2,1% terjadi setelah masuk rumah sakit⁽⁷⁾. Dalam sebuah artikel yang didasarkan pada 36 studi, diketahui prevalensi rawat inap pasien di rumah sakit karena ADRs berkisar antara 0,2-21,7%. Baru-baru ini penelaahan berdasarkan 39 studi prospektif dari rumah sakit di Amerika Serikat, keseluruhan kejadian ADRs yang serius adalah sekitar 6,7%, dan ADRs fatal sebesar 0,3%. Di Prancis 3,2% kejadian rawat inap pasien disebabkan ADRs⁽⁸⁾. Penelitian yang dilakukan oleh Carrasco Pilar *et al* di Spanyol hasilnya ditemukan sekitar 1,69% ADRs menyebabkan pasien dirawat inap di rumah sakit⁽⁹⁾. Di Indonesia belum banyak ditemukan penelitian mengenai identifikasi kejadian ADRs pada pasien rawat inap terutama di Puskesmas. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian tentang topik ini yang mengidentifikasi kejadian ADRs pada pasien rawat inap di Puskesmas.

Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan masyarakat primer atau yang paling mendasar sebelum mendapat perawatan di rumah sakit. Apabila pelayanan kesehatan di Puskesmas sudah baik maka akan mengurangi jumlah pasien untuk dirujuk ke rumah sakit. Di kabupaten Sleman terdapat 4 Puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap, salah satunya adalah Puskesmas Ngemplak 1, dengan jumlah pasien rawat inap pada tahun 2009 rata-rata sebanyak 80 pasien/bulan. Diantara pasien rawat inap di Puskesmas ini tidak menutup kemungkinan disebabkan oleh ADRs dan selama perawatan rawat inap mengalami ADRs. Oleh karena itu, peneliti melakukan penelitian identifikasi kejadian *adverse drug reactions* pada pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta.

B. Perumusan Masalah

1. Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan pasien yang menjalani rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta tentang obat yang digunakan sebelumnya?
2. Apakah ada kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta?
3. Apakah ada kejadian ADRs selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk:

1. Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan pasien yang menjalani rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta tentang obat yang digunakan sebelumnya.
2. Mengetahui kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta.
3. Mengetahui kejadian ADRs selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah:

1. Bagi Puskesmas, sebagai informasi yang dapat dijadikan acuan ataupun referensi mengenai ADRs dari suatu obat pada pasien rawat inap di Puskesmas sehingga *follow-up* dari hasil penelitian ini dapat membantu Puskesmas untuk mencegah terjadinya ADRs dan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada pasien.
2. Bagi Institusi Pendidikan Tinggi Farmasi, sebagai sumber informasi untuk penelitian-penelitian selanjutnya mengenai kejadian ADRs pada pasien rawat inap.
3. Bagi masyarakat, sebagai informasi sehingga diharapkan masyarakat dapat mengerti tentang bahaya ADRs dari suatu obat dan dapat berdampak pada sosial ekonomi.

4. Bagi peneliti, dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan mengenai kejadian ADRs pada pasien rawat inap di Puskesmas dan menambah pengalaman serta dapat mengaplikasikan ilmu yang selama ini diperoleh dari bangku perkuliahan.



BAB II STUDI PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. *Adverse Drug Reactions (ADRs)*

a. Definisi

ADRs didefinisikan oleh WHO sebagai efek bahaya, tidak disengaja, atau tidak diinginkan dari suatu obat yang terjadi pada dosis yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosis, terapi, ataupun perbaikan fungsi fisiologis⁽⁷⁾. Definisi ini tidak termasuk didalamnya kegagalan terapi, keracunan yang disengaja ataupun yang tak disengaja (contohnya overdosis) dan kecanduan obat. Selain itu, tidak termasuk juga di dalamnya kesalahan dalam jalur pemberian ataupun ketidakpatuhan pasien dengan penggunaan yang kurang ataupun lebih dari aturan yang dianjurkan⁽¹⁰⁾.

ADRs terjadi jika satu obat dapat menyebabkan satu atau lebih manifestasi merugikan atau jika dua atau lebih obat memiliki kontribusi pada satu manifestasi yang merugikan⁽¹¹⁾.

b. Klasifikasi

ADRs pada umumnya diklasifikasikan menjadi 2 tipe yaitu tipe A dan tipe B⁽⁴⁾. Reaksi tipe A (*augmented*) merupakan reaksi yang muncul secara berlebihan dimana reaksi ini terkait dengan dosis obat, sedangkan reaksi tipe B (*bizarre*) merupakan reaksi yang aneh dan tidak terkait sama sekali dengan dosis⁽³⁾.

1) Reaksi tipe A

Reaksi tipe A merupakan aksi farmakologis yang normal tetapi meningkat. Reaksi ini dapat diprediksi melalui pengetahuan tentang farmakologi obat dan tergantung dosis. Frekuensi terjadinya cukup sering, namun jarang sekali menimbulkan efek yang serius. Melalui pengurangan dosis biasanya sudah dapat menghilangkan ADRs⁽³⁾. Contohnya hipoglikemia dengan sulfonilurea dan hipotensi ortostatik

dengan obat antihertensi. Beberapa reaksi tipe A timbul dari efek farmakologi obat, seperti efek antikolinergik dengan antihistamin dan *tricyclic antidepressants*⁽⁴⁾.

2) Reaksi tipe B

Reaksi tipe B merupakan reaksi yang tidak terduga, tidak diharapkan dari efek farmakologi obat dan bersifat idiosinkranik. Reaksi ini berkaitan dengan sistem metabolisme obat dan sistem imun tubuh penderita. Reaksi ini lebih jarang terjadi dibandingkan reaksi tipe A, namun sering kali menimbulkan efek yang lebih serius dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Reaksi seperti ini sangat sulit untuk bisa diramalkan dan hanya terjadi pada individu yang rentan terhadap reaksi tersebut⁽³⁾. Reaksi ini sering disebabkan oleh mekanisme imunologi dan farmakogenetik. Reaksi imunologi contohnya syok anafilaksis dengan penicillin, anemia apalastik dengan kloramfenikol, hipertermia maligna dengan anestetik⁽⁴⁾.

Perbedaan utama antara Reaksi tipe A dan tipe B ditunjukkan dalam tabel I.

Tabel I. Perbandingan antara ADRs Reaksi tipe A dan Tipe B⁽⁴⁾

	Reaksi Tipe A	Reaksi tipe B
Prediksi dari efek farmakologi	Ya	Tidak
Tergantung dosis	Ya	Tidak
Insidensi	Tinggi	Rendah
Morbidity	Rendah	Rendah
Mortality	Rendah	Tinggi
Managenent	Penyesuaian dosis	Hentikan obat

Selain klasifikasi di atas, ADRs juga dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat keparahannya, antara lain:

1) Ringan (*Mild*)

Suatu ADRs dikategorikan ringan jika sekedar mengganggu kenyamanan pasien, melanjutkan pengobatan yang sebelumnya tanpa mengganti terapi.

2) Sedang (*Moderate*)

Terdapat pengantian terapi misalnya modifikasi dosis, penambahan obat, memerlukan terapi tambahan bahkan sampai masuk rumah sakit. Contohnya perdarahan karena pemakaian NSAID.

3) Parah (*Severe*)

ADRs yang terjadi sampai menimbulkan kecacatan dan mengancam jiwa pasien, memerlukan terapi yang spesifik untuk menangani ADRs ini, misalnya kelainan yang sifatnya sistemik seperti syok kardiogenik, syok anafilaksis, syok hipovolemik.

4) Letal

ADRs yang secara langsung maupun tidak langsung menyebabkan kematian pasien⁽¹²⁾.

c. Epidemiologi

Beberapa peneliti telah mempelajari kejadian ADRs dengan berbagai rancangan penelitian. Perkiraan insiden ADRs dalam studi ini sangat bervariasi dan hal ini mencerminkan perbedaan dalam metode yang digunakan untuk mendeteksi ADRs dan perbedaan dalam definisi dari ADRs⁽⁴⁾. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Alexapoulou (2007) mengenai kejadian ADRs yang dapat menyebabkan kejadian rawat inap pada pasien, dilaporkan sebanyak 12,8% kejadian rawat inap pasien disebabkan karena ADRs dengan berbagai manifestasi klinis yang beragam, namun manifestasi klinis yang sering muncul adalah hemoragi dengan angka 37,3% diikuti gangguan yang terjadi pada sistem renal dan metabolik. Dari penelitian ini dilaporkan obat yang paling besar menimbulkan kejadian ADRs adalah obat-obat antiinflamasi non-steroid (NSAID) diikuti dengan diuretik, aspirin, antikoagulan oral dan obat hipoglikemik oral⁽¹⁰⁾.

Lazarou *et al* menunjukkan bahwa total kejadian ADRs serius adalah 6,7%, dimana 4,7% bertanggung jawab pada saat masuk rumah sakit dan 2,1% terjadi setelah masuk rumah sakit, dengan tingkat kematian keseluruhan 0,32%⁽⁵⁾. Sebuah studi terbaru di Swedia juga menunjukkan

bahwa ADRs sebagai penyebab yang paling umum mengakibatkan kematian. Penelitian lain yang diadakan di Australia, William menunjukkan bahwa kejadian ADRs sebesar 2-4% dari seluruh pasien yang di rawat inap di rumah sakit, dan sampai 30% untuk pasien > 75 tahun⁽¹³⁾. Banyak lansia yang dirawat di rumah sakit karena ADRs, hal ini merupakan bagian penting dari rawat inap sehingga dapat dihindari⁽¹⁴⁾.

Philip *et al* menemukan sebuah studi besar, dengan 108 studi utama yang melibatkan 412.000 pasien. Informasi dari Inggris dan Eropa, ADRs mempengaruhi sekitar 7% dari pasien rawat inap. Faktor yang terkait dengan peningkatan kejadian ADRs adalah bertambahnya usia (terutama lebih dari 70 tahun), peningkatan jumlah obat-obatan dan obat kelas khusus. Antibiotik, antikoagulan, digoksin, diuretik, agen hipoglikemik, dan NSAID bertanggung jawab atas antara 60% dan 70% dari semua ADRs yang menyebabkan rawat inap pasien di rumah sakit⁽¹⁵⁾.

Hasil studi di Harvard menunjukkan bahwa 3,7% dari 30.195 penerimaan pasien ke rumah sakit pada tahun 1984 mengalami ADRs selama tinggal di rumah sakit. Data lebih lanjut dari kelompok ini hasilnya 6% terjadi *Adverse Drug Event* (ADE) dan 5% potensial ADE antara 4031 pengobatan dan pasien yang menjalani bedah selama periode enam bulan, hasilnya adalah 1 % fatal, 12% mengancam jiwa, 30% serius, dan 57% signifikan. Kelas obat yang sering menyebabkan ADRs antara lain analgesik, antibiotik, sedatif, sitotoksik, obat kardiovaskular, antikoagulan, antipsikotik, antidiabetes dan elektrolit⁽⁴⁾.

d. Faktor Risiko

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya ADRs, yaitu antara lain:

1) Usia

Pasien usia lanjut lebih sering mengalami ADRs dibandingkan dengan yang lebih muda. Hal ini dimungkinkan antara lain karena pasien usia lanjut lebih sering mendapatkan terapi obat. Namun, hal ini bukan satu-satunya penyebab kejadian ADRs. Faktor lain yang

mempengaruhi terjadinya ADRs adalah perubahan farmakokinetik, yaitu absorpsi, distribusi, metabolisme, dan ekskresi obat. Faktor-faktor tersebut sangat tergantung pada kondisi organ-organ tubuh penderita. Neonatus, khususnya yang prematur, juga berisiko tinggi untuk mengalami ADRs. Pada tahap neonatus ini enzim-enzim yang terlibat dalam metabolisme dan distribusi obat masih belum berkembang sempurna. Oleh karena itu, obat-obat dengan indeks terapi sempit perlu digunakan dengan lebih berhati-hati. Obat-obat yang berbahaya bagi neonatus termasuk morfin, kloramfenikol, golongan barbiturat, dan sulfonamid⁽³⁾. Banyak studi yang menunjukkan korelasi positif antara umur dengan jumlah ADRs, tetapi ini merupakan masalah yang kompleks⁽⁴⁾.

2) Polifarmasi

Polifarmasi adalah faktor risiko yang diakui sebagai penyebab ADRs, terutama pada orang tua dan cenderung meningkat pada penggunaan dua atau lebih terapi dalam waktu yang sama untuk mengobati suatu penyakit. Hal ini terutama berlaku untuk penyakit yang biasanya ada pada orang tua, misalnya infark miokardium, gagal jantung dan diabetes tipe 2. Pasien yang memakai obat lebih dari satu, risiko ADRs semakin tinggi. Resep obat dengan beberapa terapi meningkatkan risiko interaksi obat⁽⁴⁾. Kejadian-kejadian ADRs tampaknya muncul secara eksponensial jika jumlah obat yang digunakan juga bertambah banyak. Peresepan (*prescribing*) semacam ini sering terjadi pada penderita lanjut usia atau penderita yang mengalami beberapa penyakit sekaligus. Kedua kelompok penderita ini sangat berisiko untuk mengalami ADRs tertentu⁽³⁾. Penelitian menunjukkan bahwa 5-15% pasien usia lanjut menderita klinis signifikan karena interaksi efek samping, dengan nomor pasien lanjut usia terkena interaksi obat-obat yang potensial diperkirakan antara 35 dan 60%⁽¹²⁾.

3) Jenis Kelamin

Beberapa studi telah menemukan bahwa wanita lebih berisiko mengalami ADRs daripada laki-laki. Alasan yang disarankan untuk ini termasuk perbedaan persepsi ADRs, farmakologi ADRs, perbedaan kinetika seperti volume distribusi mengarah ke gender terkait perbedaan dalam eksposur obat, polifarmasi dan perbedaan hormon antara laki-laki dan perempuan⁽⁶⁾. Namun belum ada penjelasan tentang mengapa hal ini bisa terjadi. Contoh dalam praktik dalam dilihat bahwa wanita lebih cenderung mengalami ADRs akibat digoksin, kaptopril, dan heparin. Di samping itu wanita lebih mudah mengalami kelainan sel darah (*blood dyscrasias*) bila menggunakan fenilbutazon dan kloramfenikol⁽³⁾.

4) Ras dan Polimorfisa Genetik

Perbedaan etnis dapat mempengaruhi penanganan obat dan membuat beberapa orang lebih berisiko ADRs. Faktor genetik yang sering menjadi penyebab risiko ADRs. Sebagai contoh, kekurangan *glucose-6-phosphate dehydrogenase* (G6PD) sering terjadi pada ras Afrika, timur tengah, dan asia tenggara⁽⁴⁾. Banyak ADRs yang semula diduga sebagai ADRs tipe B ternyata disebabkan faktor genetik. Perbedaan ras dan genetik mungkin dapat mempengaruhi proses pengobatan di dalam tubuh. Sebagai contoh, perbedaan secara genetik tampak dalam laju metabolisme pada banyak obat sehingga meskipun obat diberikan dengan dosis yang sama dalam mg/kg akan menghasilkan variasi kadar yang sangat besar dalam plasma pada pasien yang berbeda. Beberapa jenis ras juga akan mempunyai risiko untuk mengalami ADRs yang lebih besar dibanding dengan ras yang lain, misalnya orang Amerika (yang berasal dari Afrika) dan orang Mediteranean mempunyai risiko terjadinya hemolisis yang lebih tinggi bila menggunakan obat-obat golongan sulfo (misalnya dapson), 4-kuinolon (siprofloksasin, ofloksasin, asam nalidiksat), antimalaria (primakuin, kuinin) dan aspirin. Hal ini disebabkan lebih banyak

orang dari golongan ras tersebut mengalami defisiensi enzim *glukosa-6-fosfat dehidrogenase (G6PD)*⁽³⁾.

5). Kondisi penyakit yang diderita

Adanya penyakit lain yang menyertai dapat mempengaruhi respon obat dan munculnya ADRs secara bermakna melalui perubahan proses farmakokinetik atau kepekaan jaringan. Penderita yang mengalami gangguan fungsi ginjal dan hati akan mengalami risiko ADRs yang lebih tinggi dari obat-obat yang dieliminasi melalui rute ini. Keadaan hamil dan melahirkan sering kali juga mempengaruhi respon obat. Penyakit lain juga mempengaruhi penderita terhadap terjadinya ADRs, misalnya penderita yang positif terkena HIV atau AIDS yang menggunakan kotrimoksazol. Penderita yang berada dalam keadaan sakit kritis juga akan berbeda dalam menangani obat yang ada dalam tubuh⁽³⁾.

2. Identifikasi ADR

Hal yang perlu diperhatikan dalam mengidentifikasi ADRs adalah bahwa sering kali sulit untuk membuktikan suatu obat mempunyai hubungan penyebab dengan gejala yang dialami pasien. Sering kali ADRs tampak seperti penyakit yang lain dan banyak gejala yang terkait dengan ADRs muncul pada pasien yang sehat, namun adanya dugaan bahwa suatu obat menyebabkan ADRs telah cukup untuk melakukan suatu tindakan. Beberapa pasien mungkin dapat membedakan sendiri suatu ADRs dari gejala-gejala lain yang mereka alami. Namun di dalam mengidentifikasi apakah suatu gejala termasuk ADRs atau bukan merupakan keterampilan yang perlu dimiliki oleh farmasis⁽³⁾.

3. Penilaian Kausalitas ADRs

Penilaian kausalitas adalah metode yang menunjukkan hubungan antara obat dan reaksi yang mungkin terjadi. Saat ini terdapat berbagai kausalitas skala penilaian, sebagai atribut untuk menunjukkan peristiwa klinis terhadap obat pada pasien secara individu atau dalam bentuk laporan khusus, masing-

masing dengan kelebihan dan keterbatasan. Macam-macam penilaian skala kausalitas adalah sebagai berikut:

1) Skala Karch & Lasagna

Menggunakan 3 kategori kausalitas, yaitu:

A – *causality is highly probable*

B – *not adequate proof of causality*

0 – *data are not adequate to assess causality*

Ketiga kategori tersebut mengidentifikasi reaksi obat yang potensial, menilai kepastian hubungan antara obat dan ADRs serta mengevaluasi penyebab yang mendasari terjadinya ADRs. Diagnosis ADRs menggunakan metode ini memerlukan penilaian alternatif meliputi etiologi, waktu, dan pengalaman sebelumnya dengan obat yang bersangkutan, serta informasi mengenai *dechallenge* dan *rechallenge*. Keuntungan dari ini metode adalah mudah digunakan secara manual. Namun, algoritma ini tidak dapat mengidentifikasi ADRs baru atau kasus-kasus pertama dari ADR, karena membutuhkan deskripsi bibliografi sebelumnya dari *adverse event* serta kasus-kasus individu mungkin tidak cukup dinilai karena kasus diklasifikasikan sebagai 'kemungkinan' dapat dikategorikan sebagai 'pasti' oleh evaluator lain⁽¹⁵⁾.

2) Skala Kramer

Kramer *et al* lebih diperluas dari algoritma sebelumnya untuk mengembangkan satu set kriteria baru dengan aturan khusus untuk penilaian ADRs. Algoritma ini berlaku untuk satu manifestasi klinis yang terjadi setelah pemberian obat tersangka tunggal. Dalam kasus di mana beberapa obat yang terlibat, masing-masing dinilai secara terpisah. Algoritma ini berguna dalam kasus di mana lebih dari satu obat yang diduga penyebab ADRs. Dengan sedikit modifikasi, skala ini dapat digunakan untuk menilai interaksi obat. Salah satu keunggulan dari algoritma ini adalah transparansi⁽¹⁵⁾.

3) Skala Naranjo

Algoritma Naranjo adalah kuesioner yang dirancang oleh Naranjo *et al* untuk menentukan kemungkinan apakah ADRs (reaksi obat

merugikan) sebenarnya disebabkan oleh obat atau hasil dari faktor-faktor lain. Probabilitas diberikan melalui skor disebut pasti, kemungkinan, mungkin atau ragu. Algoritma Naranjo merupakan alat yang digunakan untuk penilaian kausalitas, menetapkan apakah efek yang tidak diharapkan merupakan ADRs atau bukan dan untuk menetapkan obat mana yang menjadi penyebab ADRs pada pasien. Algoritma ini digunakan ketika dicurigai ADRs yang dialami pasien disebabkan dari suatu obat. Skala Naranjo dapat dilihat pada tabel II berikut:

Tabel II. Skala Naranjo⁽¹⁶⁾

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	+1	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	+2	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun ketika obat diberikan setelah dihentikan atau dengan pemberian antagonis spesifik?	+1	0	0
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun ketika obat diberikan lagi?	+2	-1	0
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	+2	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	0
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	0
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	0
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	0
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	+1	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADRs

5-8 = kemungkinan ADRs

1-4 = mungkin ADRs

0 = ragu ADRs

4) Skala Penilaian WHO

Berikut ini adalah tabel skala penilaian ADRs menurut WHO.

Tabel III. Skala Penilaian ADRs menurut WHO⁽¹⁷⁾

No	Skala Penilaian	Definisi
1	Ketentuan (<i>Certain</i>)	Sebuah peristiwa klinis, termasuk kelainan laboratorium uji, terjadi dalam hubungan waktu yang masuk akal untuk cara pemberian obat, dan yang tidak dapat dijelaskan oleh penyakit bersamaan atau obat lain atau bahan kimia. Respon terhadap penarikan obat klinis harus masuk akal, harus <i>definitive</i> untuk farmakologi atau fenomenologis, menggunakan prosedur penarikan yang memuaskan jika perlu.
2	Mungkin/kemungkinan (<i>Probable/Likely</i>)	Sebuah peristiwa klinis, termasuk kelainan laboratorium uji, dengan urutan waktu yang wajar untuk pemberian obat, tidak mungkin disebabkan penyakit bersamaan atau obat lain atau bahan kimia, dan yang mengikuti respon klinis yang wajar atas penarikan. Informasi tidak diwajibkan untuk memenuhi cara ini, termasuk kelainan laboratorium uji, dengan urutan waktu yang wajar untuk pemberian obat, tidak mungkin disebabkan oleh penyakit bersamaan atau obat lain atau bahan kimia, dan yang mengikuti respon klinis yang wajar atas penarikan. Informasi tidak diwajibkan untuk memenuhi definisi ini.
3	Mungkin (<i>possible</i>)	Sebuah peristiwa klinis, termasuk kelainan laboratorium uji, dengan urutan waktu yang wajar untuk pemberian obat tersebut, tetapi yang juga dapat dijelaskan oleh penyakit bersamaan atau obat lain atau bahan kimia. Informasi tentang penarikan obat mungkin

		kurang atau tidak jelas.
4	Mungkin (<i>Unlikely</i>)	Sebuah peristiwa klinis, termasuk kelainan uji laboratorium, dengan hubungan temporal untuk pemberian obat yang membuat hubungan kausal tidak mungkin, dan dimana obat-obatan lainnya, bahan kimia atau penyakit yang mendasari penjelasan yang masuk akal.
5	Bersyarat (<i>Conditional/Unclassified</i>)	Sebuah peristiwa klinis, termasuk kelainan laboratorium uji, dilaporkan sebagai reaksi yang merugikan, tentang data penting untuk penilaian yang tepat atau data tambahan berada di bawah pemeriksaan.
6	<i>Unassessible/Unclassified</i>	Sebuah laporan menunjukkan reaksi yang merugikan yang tidak dapat dinilai karena informasi yang tidak mencukupi atau bertentangan, dan tidak dapat dilengkapi atau diverifikasi.

5) Skala Maria and Victorino

Skala ini untuk mendiagnosa obat yang menginduksi kerusakan hati yang berdasarkan pada 7 kriteria kausalitas. Probabilitas telah dinyatakan sebagai skor antara -6 dan 20 kemudian dibagi dalam 5 tingkat kausalitas⁽¹⁵⁾.

6) Skala Jone's

Sebuah versi modifikasi dari algoritma Jones untuk kasus ADRs mengakibatkan kematian diterbitkan oleh FDA. Penilaian kausalitas dengan menggunakan algoritma ini didasarkan pada empat prinsip dasar, yaitu kelayakan temporal, *dechallenge*, *rechallenge* dan faktor perancu. Walaupun demikian, algoritma ini memungkinkan untuk mendapat sejumlah informasi dari beberapa laporan kasus yang selanjutnya harus diklasifikasikan, hanya informasi dasar yang dibutuhkan untuk membuat penilaian hubungan sebab akibat. Kurangnya referensi untuk laporan

sebelumnya tentang obat atau peristiwa dan literatur yang relevan dalam penilaian ADRs adalah keterbatasan dari metode ini⁽¹⁵⁾.

7) Metode Bayesian

Metode Bayesian untuk penilaian kausalitas menggunakan temuan spesifik dalam kasus untuk mentransformasikan sebelumnya menjadi probabilitas posterior sebab-akibat obat. Dalam serangkaian rasio kemungkinan juga dihitung untuk setiap unsur yang relevan dalam kasus ini. Sebuah rasio kecenderungan (yaitu informasi kasus tertentu, seperti waktu atau *rechallenge* yang membantu untuk membedakan antara penyebab) adalah lebih lanjut dipecah menjadi komponen. Masing-masing komponen berlaku untuk kategori spesifik informasi kasus, dan hasil akhir diperoleh dengan mengalikan keluar berbagai istilah untuk mendapatkan probabilitas posterior sebab-akibat obat. Metode ini memungkinkan simultan menyebabkan beberapa penilaian. Ini adalah terbuka tanpa batas dengan jumlah kasus rincian yang dapat dinilai⁽¹⁵⁾.

Skala Naranjo dan skala WHO adalah skala yang paling umum digunakan. Algoritma Naranjo dapat digunakan untuk menilai perubahan status klinis yang berujung pada ADRs dan bukan dari faktor-faktor lain seperti perkembangan penyakit. Jawaban masing-masing dari sepuluh item penilaian dan masukkan nilai dari jawaban di kolom berlabel skor. Jumlah nilai dari sepuluh item untuk menentukan skor total, dan menerapkan aturan-aturan interpretasi yang muncul⁽¹⁷⁾.

4. Puskesmas

Kebijakan dasar Puskesmas yang dijelaskan dalam Kepmenkes 128/2004 menyatakan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan. Puskesmas merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Fungsi Puskesmas terus berkembang yang semula sebagai tempat untuk pengobatan penyakit dan luka-luka, kini berkembang kearah kesatuan upaya pelayanan untuk seluruh

masyarakat yang mencakup empat aspek *Kuratif* (pengobatan), *Preventif* (pencegahan), *Promotif* (peningkatan kesehatan), dan *Rehabilitatif* (pemulihan kesehatan). Prioritas yang harus dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*)⁽¹⁸⁾.

Puskesmas memiliki fungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama meliputi upaya kesehatan perorangan (UKP = *private goods*) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM = *public goods*). Secara nasional standar wilayah kerja Puskesmas adalah satu kecamatan. Apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu Puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar Puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah yaitu desa/ kelurahan atau dusun/ rukun warga (RW)⁽¹⁸⁾.

Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta merupakan salah satu puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap untuk pasien yang ada di Kabupaten Sleman Yogyakarta.

B. Keterangan Empiris

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa ADRs adalah salah satu penyebab morbiditas dan mortalitas pada pasien rawat inap di rumah sakit. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian mengenai identifikasi kejadian ADR pada pasien rawat inap, dimana hal ini sangat penting untuk selanjutnya dapat menghindari kejadian ADRs.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik deskriptif dengan menggunakan rancangan penelitian *cross sectional* (potong lintang) yang dilakukan secara prospektif, dengan mengumpulkan data pasien yang dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman, data diperoleh dari hasil wawancara pasien dan atau keluarganya yang bersedia menjadi responden, dan penelusuran rekam medik pasien selama periode Februari-Mei 2011.

B. Alat dan Bahan Penelitian

1. Alat

Alat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu:

a. Algoritma Naranjo

Algoritma Naranjo merupakan alat yang digunakan untuk penilaian kausalitas, menetapkan apakah efek yang tidak diharapkan merupakan ADRs atau bukan dan untuk menetapkan obat mana yang menjadi penyebab ADRs pada pasien. Algoritma ini digunakan ketika dicurigai ADRs yang dialami pasien disebabkan dari suatu obat.

Algoritma Naranjo akan menunjukkan skor setiap pasien dengan range skor 0-13. Skor Naranjo akan menginterpretasikan penilaian terhadap ADRs yang terjadi pada pasien. Semakin besar skor Naranjo yang didapat menunjukkan bahwa semakin besar kemungkinan penyebab ADRs adalah obat tersebut.

b. Pengukuran tingkat pengetahuan pasien

Alat yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan pasien tentang obat yang digunakan sebelumnya yaitu dengan menggunakan daftar pertanyaan yang ada dalam tabel IV berikut ini.

Tabel IV. Pengukuran tingkat pengetahuan pasien

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Pasien mengetahui nama obat yang digunakan sebelum dirawat inap	+1	0
2.	Pasien mengetahui indikasi dari obat tersebut	+1	0
3.	Pasien mengetahui aturan pakai dari obat tersebut	+1	0
4.	Pasien mengetahui ciri-ciri dari obat tersebut baik dari bentuk dan atau warnanya	+1	0

Keterangan:

Skor ≥ 3 : tingkat pengetahuan pasien dinyatakan baik.

Skor < 3 : tingkat pengetahuan pasien dinyatakan kurang baik.

2. Bahan

Bahan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu catatan rekam medik pasien rawat inap yang dijadikan responden.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta selama periode Februari sampai dengan Mei 2011.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi target dalam penelitian ini adalah semua pasien yang menjalani rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman. Populasi terjangkau adalah pasien yang menjalani rawat inap pada bulan Februari sampai dengan Mei 2011. Sampel merupakan sebagian dari populasi terjangkau yang menjadi sumber data sebenarnya dalam penelitian dengan menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan suatu teknik pengambilan sampel secara non-probabilitas dan responden yang dipilih sebagai sampel penelitian haruslah telah

memenuhi kriteria inklusi. Jumlah atau ukuran sampel (n) pasien diambil berdasarkan rumus:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

menggunakan ketepatan absolut. Untuk *simple random sampling* rumus yang digunakan.

Keterangan : n : besar sampel yang diperlukan

Z_{α} : deviat baku normal untuk α (1,96)

P : proporsi dalam populasi (asumsi 50 % = 0,50)

Q : 1-P (1-0,5)

d : tingkat ketepatan absolut yang di kehendaki (10 % = 0,1)

Perhitungan yang di dapat: $n = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times (1-0,5)}{0,1^2} = 97$

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut diperoleh jumlah pasien yang harus diambil minimal 97 pasien, sedangkan dalam penelitian ini sampel yang digunakan sebanyak 105 pasien.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua pasien yang menjalani rawat inap dengan usia ≥ 18 tahun dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan kesediaan menandatangani *informed consent*. Kriteria eksklusinya adalah pasien hamil, pasien pasca melahirkan, dan pasien kecelakaan.

E. Batasan Operasional

1. Pasien yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman selama periode Februari sampai dengan Mei 2011.
2. Karakteristik demografi pasien yang ditelusuri dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.
3. Karakteristik klinis pasien yang ditelusuri dalam penelitian ini meliputi keluhan utama, diagnosa awal, diagnosa akhir, riwayat penyakit sebelum

rawat inap, lama perawatan, kondisi pasien saat pulang, serta riwayat alergi obat.

4. Kejadian ADRs yang dimaksud yaitu kejadian ADRs yang menjadi penyebab pasien dirawat inap dan selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman selama periode Februari sampai dengan Mei 2011.
5. Pasien yang dikatakan mengalami ADRs adalah pasien yang mengalami efek yang tidak diharapkan dari penggunaan suatu obat. Efek tersebut meliputi:
 - a. Efek yang terjadi terkait efek farmakologi obat.
 - b. Efek yang tidak dapat diprediksikan/tidak terkait efek farmakologi obat.Keputusan untuk menetapkan bahwa pasien mengalami ADRs yaitu dianalisis dengan kuesioner Naranjo.
6. Jenis obat yang dapat menjadi penyebab ADRs adalah obat yang didapatkan dari hasil analisis kuesioner Naranjo. Obat ini dinyatakan berdasarkan atas jenis obatnya.
7. Manifestasi klinis adalah manifestasi klinis yang didasarkan pada data subjektif pasien yaitu berupa keluhan yang dirasakan pasien yang terkait dengan obat yang menyebabkan ADRs.
8. Riwayat pengobatan pasien adalah riwayat pengobatan yang telah dijalani oleh pasien sesuai dengan informasi hasil dari wawancara dengan pasien dan atau keluarganya, yaitu meliputi nama obat (termasuk obat non resep), dosis, bentuk sediaan, frekuensi penggunaan, indikasi dan lama penggunaan obat, serta riwayat alergi.
9. Tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatannya dibagi menjadi 2 kategori, yaitu:
 - a. Baik jika pasien mengetahui dan dapat menyebutkan dengan benar mengenai hal-hal terkait obat yang digunakan sebelumnya.
 - b. Kurang baik jika pasien hanya mampu menyebutkan ciri-ciri fisik dari obat tersebut baik dari bentuk sediaan dan atau warnanya, serta pasien yang tidak mengetahui sama sekali terhadap riwayat pengobatan yang telah dijalaninya.

F. Cara Pengumpulan dan Pengolahan Data

Pengambilan dan pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara kepada pasien dan atau keluarganya, selain itu juga dengan menelusuri catatan rekam medik pasien.

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan serta tujuan tujuan yang ingin dicapai dari penelitian ini, maka jenis data yang diperlukan adalah sebagai berikut.

1. Karakteristik demografi pasien

Data demografi pasien meliputi identitas pasien, antara lain usia, jenis kelamin, riwayat pendidikan terakhir, serta pekerjaan. Data ini diperoleh dengan menelusuri catatan rekam medik pasien dan wawancara langsung kepada pasien dan atau keluarganya.

2. Karakteristik klinis pasien

Data ini meliputi keluhan utama, diagnosa awal, diagnosa akhir, riwayat penyakit sebelum rawat inap, lama perawatan, kondisi pasien saat pulang, serta riwayat alergi obat. Data ini diperoleh dengan menelusuri catatan rekam medik pasien dan wawancara langsung kepada pasien dan atau keluarganya.

3. Riwayat pengobatan

Data ini meliputi informasi mengenai terapi yang telah dijalani atau dilakukan pasien sebelum dirawat inap di puskesmas, seperti riwayat penggunaan obat-obatan. Data ini diperoleh dengan wawancara langsung kepada pasien dan atau keluarganya.

4. Pengobatan yang sedang dijalani

Data ini diperoleh dengan menelusuri catatan rekam medik pasien, meliputi nama obat, dosis, waktu dan cara pemberian obat serta durasi penggunaan obat.

5. Catatan kondisi pasien

Diperoleh dari catatan rekam medik, meliputi tanda-tanda vital pasien, hasil laboratorium, serta perkembangan kondisi pasien selama dirawat inap. Untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien secara subjektif dilakukan

wawancara meliputi keluhan-keluhan yang dirasakan sebelum dan selama pasien dirawat di Puskesmas.

6. Tingkat pengetahuan pasien

Tingkat pengetahuan pasien oleh peneliti dibagi menjadi 2 kategori, yaitu pasien dengan tingkatan pengetahuan baik dan kurang baik. Data ini diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien terkait penggunaan obat sebelum dirawat inap. Wawancara dilakukan kepada pasien yang memiliki riwayat penyakit dan atau memiliki riwayat pengobatan sebelum dirawat inap.

7. Kejadian ADRs

Diperoleh dari hasil wawancara dengan pasien dan atau keluarganya atas keluhan yang dicurigai muncul setelah pasien meminum obat, didukung data rekam medik dan selanjutnya dilakukan penilaian kausalitas menggunakan algoritma Naranjo, serta pendekatan secara deskriptif berdasarkan kajian literatur.

G. Analisis Hasil

Data yang diperoleh dianalisis dengan menggunakan pendekatan secara deskriptif berdasarkan kajian literatur.

1. Tingkat pengetahuan pasien

Tingkat pengetahuan pasien diperoleh dari hasil wawancara kepada pasien yang memiliki riwayat penyakit dan atau memiliki riwayat pengobatan sebelum dirawat inap. Faktor yang diduga memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan pasien yaitu usia dan pendidikan terakhir. Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan pasien dengan kedua faktor tersebut dianalisis menggunakan analisis statistik dengan metode *Chi Square* dengan taraf kepercayaan (CI) 95%.

2. Kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap dan selama rawat inap

a. Persentase kejadian ADRs

Dari hasil pengolahan data dilakukan analisis mengenai jumlah dan persentase kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap dan selama pasien

dirawat inap. Presentase terjadinya ADR dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$\frac{\sum \text{pasien yang mengalami ADR}}{\sum \text{pasien}} \times 100\%$$

b. Jenis-jenis obat yang dapat menjadi penyebab ADRs

Jenis obat yang dapat menjadi penyebab ADRs didapatkan dari hasil wawancara dengan pasien dan atau keluarganya, data rekam medik serta dari hasil analisis menggunakan algoritma Naranjo *et al.*

c. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis didasarkan pada data subjektif pasien yaitu berupa keluhan yang dirasakan pasien yang terkait dengan obat yang dicurigai menyebabkan ADRs. Data subjektif tersebut diperoleh berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan atau keluarga pasien.

H. Alur Penelitian

1. Studi pendahuluan untuk mencari beberapa informasi yang diperlukan sebelum pembuatan proposal.
2. Pembuatan proposal penelitian, hingga mendapatkan persetujuan dari dosen pembimbing I dan II.
3. Mengajukan pembuatan surat ijin kepada Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Islam Indonesia dan dilanjutkan pengurusan ijin kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Bapeda dan Kepala Puskesmas Ngemplak I Sleman, Yogyakarta berkaitan dengan penelitian yang akan dilakukan di puskesmas.
4. Pengambilan data dengan mewawancarai pasien dan menelusuti catatan rekam medik pasien.
5. Pengolahan data serta analisis data.
6. Pengambilan kesimpulan berdasarkan urutan-urutan tahap yang sebelumnya sebagai akhir dari penelitian yang telah dilakukan, serta pemberian saran sebagai upaya dalam peningkatan mutu baik bagi pihak puskesmas maupun peneliti.

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Umum Hasil Penelitian

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mengetahui kejadian ADRs pada pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman. Kejadian ADRs yang ditelusuri tersebut meliputi ADRs penyebab pasien dirawat inap dan selama pasien dirawat inap. Penelitian ini sebelumnya telah mendapatkan izin dari Bappeda Sleman Yogyakarta. Penelitian ini bersifat prospektif dengan pengumpulan data melalui wawancara kepada pasien dan atau keluarganya serta menelusuri rekam medik pasien. Wawancara dilakukan untuk menggali informasi terkait kondisi pasien sebelum dirawat inap, keadaan klinis pasien, riwayat pengobatan, serta perkembangan kondisi pasien selama dirawat inap. Penelusuran rekam medik yaitu mencatat kondisi pasien yang ada dalam rekam medik meliputi riwayat penyakit sekarang, tanda-tanda vital, obat yang digunakan selama pasien dirawat inap, hasil laboratoium, diagnosa awal, diagnosa akhir, serta kondisi perkembangan pasien selama menjalani rawat inap.

Pasien yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah pasien yang telah menyatakan bersedia diikutsertakan dalam penelitian ini yang dibuktikan dengan kesediaan untuk mengisi *informed consent*. Identifikasi kejadian ADR dilakukan melalui data subjektif yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan atau keluarganya berupa keluhan yang dicurigai muncul setelah pasien meminum obat, didukung data rekam medik pasien. Selanjutnya dilakukan penilaian kausalitas menggunakan algoritma Naranjo serta pendekatan secara deskriptif berdasarkan kajian literatur.

B. Karakteristik Pasien

Pasien rawat inap yang berhasil diwawancarai di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman berjumlah 138 pasien. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi penelitian sebanyak 105 pasien dan dilibatkan dalam penelitian, 31 pasien tidak dilibatkan karena usia <18 tahun, dan 2 pasien lain dengan kondisi sedang hamil.

1. Karakteristik demografi pasien

Data demografi pasien yang dikumpulkan dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, serta pekerjaan. Gambaran distribusi karakteristik demografi pasien tersaji dalam tabel V.

Tabel V. Distribusi karakteristik demografi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011

No	Keterangan	Jumlah	Persentase (%)
Usia (tahun)			
1.	a. ≤ 40	42	40,0
	b. > 40	63	60,0
Jenis Kelamin			
2.	a. Laki-laki	48	45,71
	b. Perempuan	57	54,29
Pendidikan Terakhir			
3.	a. \leq SMP	62	59,05
	b. $>$ SMP	43	40,95
Pekerjaan			
4.	a. Petani	41	39,05
	b. Swasta	23	21,90
	c. Ibu Rumah Tangga	21	20,00
	d. Buruh	5	4,76
	e. Lain-lain	14	13,33
	f. Tidak Bekerja	1	0,95

a. Usia

Berdasarkan karakteristik usia menunjukkan bahwa pasien rawat inap terbanyak adalah kelompok rentang usia >40 tahun. Hal ini kemungkinan disebabkan pada rentang usia tersebut merupakan kelompok usia dewasa penuh dan usia lanjut, dimana pertambahan usia akan menimbulkan beberapa perubahan baik secara fisik maupun mental. Perubahan itu akan mempengaruhi kondisi seseorang. Perubahan tersebut akan mengakibatkan terjadinya kemunduran biologis yang berpengaruh terhadap penurunan beberapa organ tubuh. Hal ini dapat menyebabkan kesehatannya mudah menurun, lebih mudah terserang penyakit. Pada penelitian yang dilakukan, tercatat usia tertua adalah 87 tahun dan usia termuda adalah 18 tahun.

Usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kejadian ADRs. Setiap usia memiliki potensi untuk mengalami ADRs, namun

menurut beberapa literatur menyatakan bahwa pasien usia lanjut dan anak-anak akan lebih sering mengalami ADRs⁽³⁾.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, persentase pasien perempuan yang dirawat inap lebih banyak dibandingkan dengan pasien laki-laki. Namun perbedaan jumlah antara laki-laki dan perempuan yang terlibat dalam penelitian ini tidak begitu jauh. Hal tersebut kemungkinan hanya disebabkan faktor pengambilan sampel yang dijadikan responden saat penelitian karena hanya pasien yang setuju untuk menjadi responden serta masuk dalam kriteria inklusilah yang dijadikan dalam responden penelitian ini.

Beberapa literatur menyebutkan bahwa jenis kelamin berpengaruh dalam terjadinya ADRs. Secara umum perempuan memiliki kecenderungan yang lebih besar untuk mengalami ADRs dibandingkan dengan laki-laki, namun belum ada penjelasan yang pasti mengenai hal ini⁽³⁾.

c. Pendidikan terakhir

Tingkat pendidikan terakhir pasien sangat beragam, mulai dari tidak sekolah sampai Strata 1. Berdasarkan data riwayat pendidikan terakhir terdapat nilai persentase tertinggi yaitu pasien dengan latar belakang pendidikan terakhir \leq SMP. Dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa latar belakang pendidikan pasien masih rendah. Hal ini dapat disebabkan karena faktor ekonomi, mayoritas pasien memiliki latar belakang ekonomi yang rendah sehingga mengakibatkan pasien tidak mampu untuk menanggung biaya pendidikan pada akhirnya pendidikan menjadi terabaikan. Tidak sedikit masyarakat terpaksa putus sekolah dan bahkan tidak mendapatkan kesempatan untuk duduk dibangku sekolah karena faktor biaya. Selain faktor ekonomi, karakteristik dari Puskesmas tersebut juga banyak dikunjungi oleh masyarakat dengan tingkat ekonomi menengah ke bawah dan hal ini berkorelasi pada banyaknya pasien dengan tingkat pendidikan rendah.

d. Pekerjaan

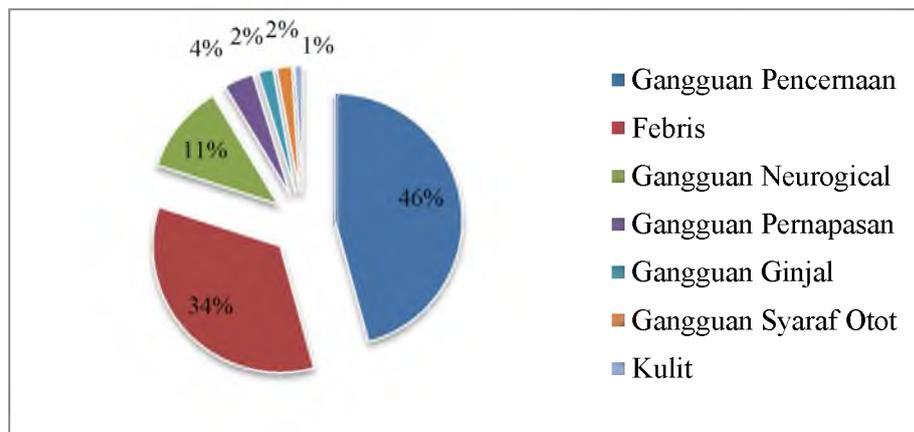
Mayoritas latar belakang pekerjaan pasien yaitu dalam bidang nonformal, seperti petani, ibu rumah tangga, buruh, pedagang. Berdasarkan data pekerjaan diperoleh nilai tertinggi yaitu bekerja sebagai petani. Diduga pekerjaan di bidang nonformal, khususnya petani memiliki faktor risiko yang cukup tinggi untuk mudah terserang penyakit, karena pekerjaannya lebih banyak menggunakan fisik, kondisi tempat bekerja yang kurang bersih, pola hidup pun kurang teratur (pola makan, pola hidup bersih), serta tingkat kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan masih kurang sehingga tidak sedikit masyarakat yang mengabaikan kesehatannya.

2. Karakteristik klinis pasien

Data klinis pasien meliputi keluhan utama, diagnosa awal, diagnosa akhir, riwayat penyakit sebelum rawat inap, lama perawatan, kondisi pasien saat pulang, serta riwayat alergi obat.

a. Keluhan utama

Sebagian besar pasien datang dengan memiliki keluhan lebih dari 1, namun tentunya pasien memiliki keluhan utama yang menjadi penyebab pasien dirawat inap. Dalam penelitian ini keluhan utamanya sangat beragam, antara lain gangguan pencernaan, gangguan *neurological*, gangguan pernapasan, gangguan ginjal, demam, gangguan syaraf otot, serta kulit. Tidak sedikit masyarakat lebih memilih mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mengobati keluhanannya di Puskesmas, karena Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan yang paling mendasar sebelum mendapat perawatan di rumah sakit, selain itu lokasinya strategis sehingga mudah dijangkau serta biaya pengobatan yang relatif lebih murah dibandingkan dengan di rumah sakit. Distribusi pasien berdasarkan keluhan utama dapat dilihat pada gambar 1.

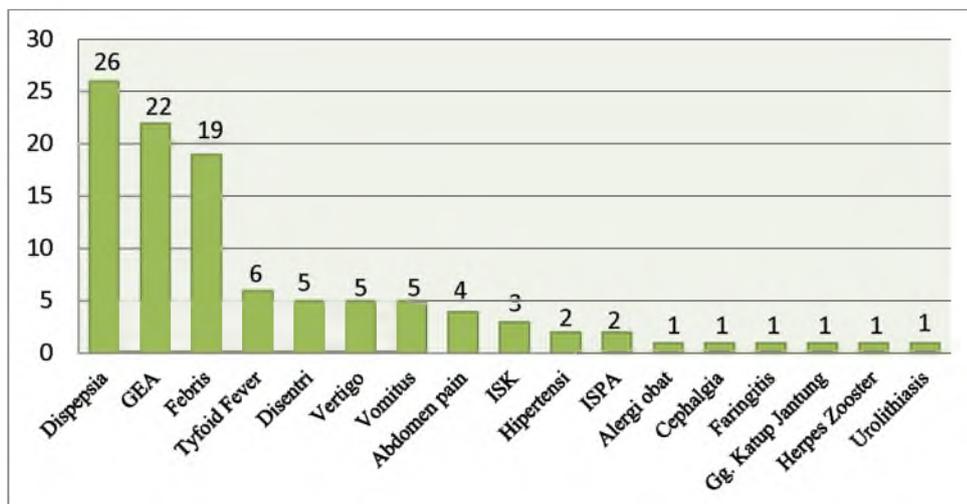


Gambar 1. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan keluhan utama.

Berdasarkan gambar 1 dapat diketahui bahwa gangguan pencernaan (46%) merupakan keluhan utama terbanyak yang menjadi penyebab pasien dirawat inap. Dalam penelitian ini sebagian besar gangguan pencernaan yang dirasakan pasien yaitu buang air besar cair >3 kali sehari, mual, muntah, serta nyeri perut. Keluhan yang dirasakan pasien ini kemungkinan disebabkan karena faktor makanan, pola makan yang tidak teratur, riwayat penyakit sebelum rawat inap yang mendukung munculnya keluhan tersebut, serta intensitas hujan yang cukup tinggi dinilai menjadi sebagai salah satu penyebab. Peralunya, dimusim hujan seperti saat ini, air sumur warga yang semula bersih menjadi agak keruh. Akibatnya, warga kesulitan mendapat air bersih.

b. Diagnosa awal

Tindakan medis pertama yang dilakukan kepada semua pasien rawat inap yaitu meliputi pemeriksaan fisik, tanda-tanda vital, keluhan yang dirasakan, dan untuk pasien tertentu dilakukan juga rontgen serta elektrokardiogram. Setelah itu dokter menetapkan diagnosa awal berdasarkan hasil pemeriksaan dan anamnesa keluhan pasien. Distribusi pasien berdasarkan diagnosa awal dapat dilihat pada gambar 2.



Gambar 2. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan diagnosa awal.

Berdasarkan gambar 2, diagnosa awal terbanyak yaitu dispepsia dan gastroenteritis akut yang lebih dikenal dengan istilah diare akut. Diagnosa awal sesuai dengan keluhan utama terbanyak yang dirasakan pasien yaitu gangguan pencernaan. Dispepsia adalah masalah umum dan sering ditemukan. Dispepsia merupakan gejala yang disebabkan terganggunya daya atau fungsi pencernaan, biasanya menunjukkan untuk rasa tidak nyaman pada epigastrium setelah makan⁽¹⁹⁾.

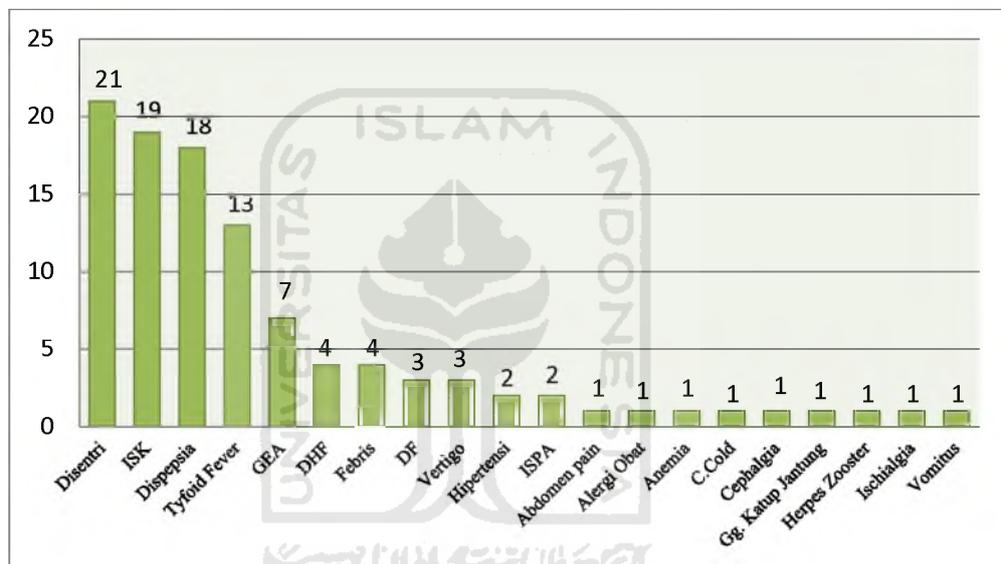
Dispepsia dikenal sebagai sakit perut atau gangguan pencernaan. Ini adalah kondisi medis yang ditandai oleh rasa sakit kronis atau berulang di perut bagian atas dan terasa penuh. Hal ini dapat disertai kembung, bersendawa, mual, atau mulas. Dispepsia adalah masalah umum, dan sering ditemukan karena penyakit gastroesophageal reflux (GERD) atau gastritis, tetapi sebagian kecil mungkin merupakan gejala pertama dari penyakit ulkus peptikum (tukak lambung dari lambung atau duodenum) dan kadang-kadang kanker⁽²⁰⁾. Berdasarkan profil kesehatan DI Yogyakarta tahun 2008 pada 10 besar kasus rawat jalan di RS tahun 2009 dispepsia berada pada urutan kelima⁽²¹⁾.

Diare akut adalah diare yang berlangsung kurang dari 14 hari dan terjadi secara mendadak⁽²²⁾. Diare akut merupakan masalah umum ditemukan di seluruh dunia. Di Amerika Serikat keluhan diare menempati peringkat ketiga dari daftar keluhan pasien pada ruang praktek dokter, sementara di beberapa

rumah sakit di Indonesia data menunjukkan diare akut karena infeksi terdapat peringkat pertama sampai dengan keempat pasien dewasa yang datang berobat ke rumah sakit⁽²³⁾. Dari laporan surveilan terpadu tahun 1989 jumlah kasus diare didapatkan 13,3 % di Puskesmas, di rumah sakit didapat 0,45% pada penderita rawat inap dan 0,05 % pasien rawat jalan⁽²⁴⁾.

c. Diagnosa akhir

Dokter menentukan diagnosa akhir setelah dilakukan bebarapa tes yang mendukung diagnosa dan sesuai dengan keluhan pasien. Distribusi pasien berdasarkan diagnosa akhir dapat dilihat pada gambar 3.



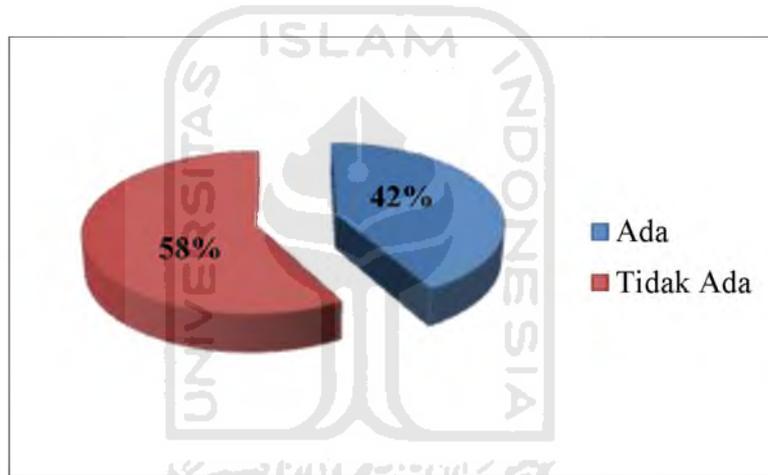
Gambar 3. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan diagnosa akhir

Berdasarkan gambar 3, disentri merupakan diagnosa akhir terbanyak. Disentri berasal dari bahasa Yunani, yaitu *dys* (=gangguan) dan *enteron* (=usus), yang berarti radang usus yang menimbulkan gejala meluas, tinja lendir bercampur darah. Gejala-gejala disentri antara lain buang air besar dengan tinja berdarah, diare encer dengan volume sedikit, buang air besar dengan tinja bercampur lender (mucus), serta nyeri saat buang air besar (tenesmus)⁽²⁴⁾. Disentri termasuk dalam diare kronik. Penderita diare di puskesmas di kabupaten/kota setiap tahun jumlahnya cukup tinggi, namun demikian hal ini belum dapat menggambarkan prevalensi keseluruhan dari

penyakit diare karena banyak dari kasus tersebut yang tidak terdata oleh sarana pelayanan kesehatan (pengobatan sendiri atau pengobatan di praktek swasta)⁽²⁵⁾. Kasus penyakit diare di provinsi D.I.Y pada tahun 2006 berjumlah 36.875 kasus, Sleman sebanyak 12.210 kasus⁽²⁶⁾.

d. Riwayat penyakit sebelum rawat inap

Riwayat penyakit pasien sangat penting untuk diketahui dan digali informasinya secara lengkap. Riwayat penyakit pasien sangat mempengaruhi kondisi kesehatannya saat ini. Terapi yang diberikan kepada pasien yang memiliki riwayat penyakit harus lebih hati-hati karena dikhawatirkan akan memperburuk riwayat penyakitnya tersebut dan atau kondisi penyakitnya saat ini. Distribusi pasien berdasarkan riwayat penyakit pasien dapat dilihat pada gambar 4.



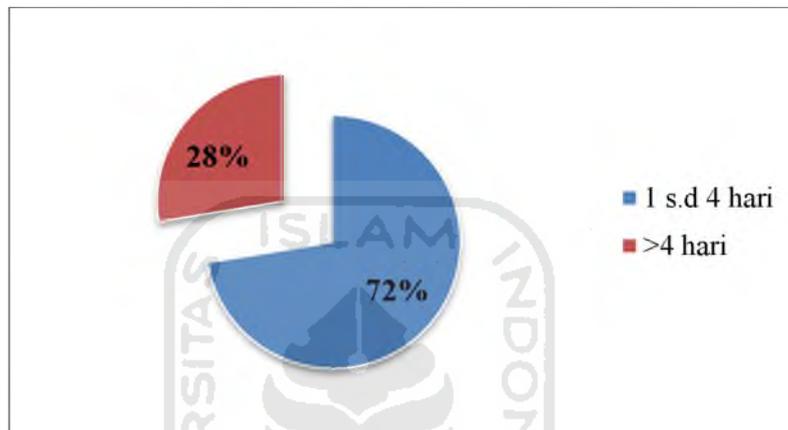
Gambar 4. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan riwayat penyakit sebelum rawat inap

Berdasarkan gambar 4 dapat diketahui bahwa pasien yang memiliki riwayat penyakit sebelum menjalani rawat inap cukup banyak (42%) dan berdasarkan hasil penelusuran rekam medik dan wawancara langsung dengan pasien, riwayat penyakit terbanyak dimiliki pasien adalah gastritis dan hipertensi.

Banyaknya riwayat penyakit pada pasien merupakan salah satu faktor resiko dari kejadian ADRs. Banyaknya pasien yang memiliki riwayat penyakit sangat berhubungan erat dengan faktor usia yang mana dengan adanya penambahan usia maka fungsi-fungsi organ yang lain juga akan semakin menurun sehingga mudah terserang penyakit.

e. Lama perawatan

Puskesmas merupakan tempat pelayanan kesehatan dasar. Pasien yang ditangani di Puskesmas biasanya pasien dengan penyakit yang tergolong penyakit ringan sampai sedang, tidak memerlukan alat khusus atau terapi khusus dalam penanganannya. Jika ada kondisi pasien yang tidak dapat ditangani di Puskesmas, pasien segera dirujuk ke rumah sakit. Lama perawatan pasien di Puskesmas biasanya tidak lebih dari 1 minggu. Distribusi pasien berdasarkan lama perawatan pasien dapat dilihat pada gambar 5.

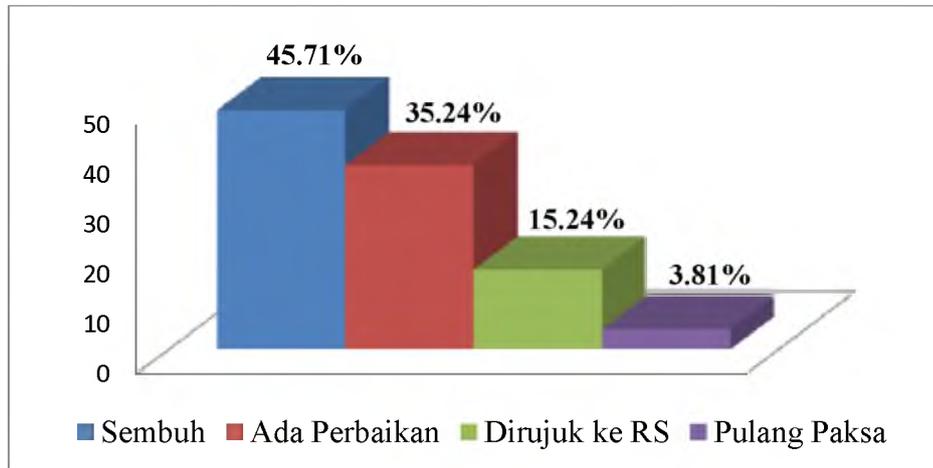


Gambar 5. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan lama perawatan

Berdasarkan data lama perawatan, pasien paling lama dirawat inap yaitu selama 8 hari. Rata-rata pasien rawat inap di puskesmas selama 3-4 hari. Jika pasien mengalami ADRs maka akan memperpanjang lama perawatan dan juga menambah biaya pengobatan yang harus ditanggung karena sangat mungkin memerlukan waktu tambahan untuk dirawat atau memerlukan tindakan tambahan untuk penanganan ADRs yang dialami.

f. Kondisi pasien saat pulang

Kondisi pasien saat pulang dari puskesmas dibagi menjadi 4 kondisi, yaitu sembuh, ada perbaikan, dirujuk ke rumah sakit, serta pulang paksa atau pulang atas permintaan sendiri. Distribusi pasien berdasarkan kondisi pasien saat pulang dapat dilihat pada gambar 6.



Gambar 6. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan kondisi pasien saat pulang

Dari data di atas bahwa mayoritas pasien pulang dalam kondisi sembuh dan ada perbaikan sehingga dapat dinyatakan pelayanan kesehatan rawat inap di Puskesmas cukup berhasil. Berdasarkan data di atas, kondisi pasien saat pulang terbanyak yaitu sembuh. Kesembuhan pasien merupakan tujuan utama dari setiap pelayanan kesehatan dan setiap instansi kesehatan selalu mengupayakan yang terbaik agar tujuan tersebut dapat terwujud. Selain sembuh pasien juga ada yang pulang dalam kondisi mengalami perbaikan dibandingkan sebelumnya. Tidak sedikit pasien yang telah merasa bahwa dirinya sudah sembuh namun dari pihak puskesmas masih menyatakan pasien belum sembuh total meminta agar diijinkan pulang dan melanjutkan terapi di rumah.

g. Riwayat Alergi Obat

Alergi obat merupakan suatu efek yang tidak dikehendaki dengan adanya keterlibatan mekanisme imunologi tubuh⁽²⁷⁾. Reaksi alergi ialah keadaan reaksi organisme yang berubah terhadap senyawa tertentu (alergen), yaitu organisme bereaksi lain terhadap bahan ini dibandingkan sebelumnya. Reaksi alergi sebagai efek samping obat berbeda dengan efek samping toksik, kebanyakan tidak bergantung kepada dosis dan tidak khas untuk bahan obat yang bersangkutan⁽²⁸⁾. Riwayat alergi obat merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian ADRs⁽⁴⁾. Data pasien terkait riwayat alergi obat dalam penelitian ini ditampilkan pada tabel VI.

Tabel VI. Distribusi pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1

Sleman Periode Februari-Mei 2011 berdasarkan riwayat alergi obat

Riwayat Alergi	Jumlah	Persentasi(%)
Ada	2	1,9
Tidak ada	103	98,1
Total	105	100

Riwayat alergi obat yang dialami pasien dalam penelitian ini yaitu alergi terhadap antalgin dan antibiotik (golongan tetrasiklin dan sulfonamid). Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien, riwayat alergi yang pernah dialami berupa gatal diseluruh tubuh, bengkak, nyeri otot, dan kemerahan di seluruh tubuh.

Informasi mengenai riwayat alergi obat sangat penting agar kejadian alergi tidak terulang kembali dikarenakan tidak sedikit orang mengetahui bahwa dirinya memiliki riwayat alergi terhadap suatu obat. Hal tersebut mungkin dikarenakan alergi yang biasanya dialami pasien merupakan alergi yang tergolong ringan sehingga pasien menganggap reaksi yang terjadi bukan reaksi alergi dari suatu obat, serta pasien yang memiliki riwayat alergi sering lupa bahkan tidak tahu nama obat yang menyebabkan alergi tersebut. Reaksi alergi termasuk ke dalam ADR tipe B, reaksi ini terjadi tanpa terkait dengan dosis, namun berkaitan dengan sistem metabolisme obat dan sistem imun tubuh pasien. Reaksi ini lebih jarang terjadi namun sering kali menimbulkan efek yang lebih serius dan bahkan dapat menyebabkan kematian⁽²⁾. Jika pasien mengalami reaksi alergi obat, sebaiknya pasien mencatat jenis obat yang menjadi penyebab alergi dan selalu memberitahu kepada dokter pada saat berobat bahwa dirinya memiliki riwayat alergi terhadap obat tersebut.

C. Tingkat Pengetahuan Pasien terhadap Riwayat Pengobatan

Tingkat pengetahuan pasien diperoleh dari hasil wawancara langsung dengan pasien yang memiliki riwayat pengobatan dan atau riwayat penyakit sebelum rawat inap. Pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sebelum

rawat inap merupakan hal yang penting karena dapat membantu dan memudahkan dalam mengidentifikasi kejadian ADRs.

Dari 105 pasien rawat inap, 75 pasien memiliki riwayat pengobatan sebelumnya. Dari 75 pasien tersebut memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda terhadap pengobatannya. Dalam penelitian ini, tingkat pengetahuan pasien dibedakan menjadi 2 kategori, yaitu baik dan kurang baik. Tingkat pengetahuan pasien disajikan pada tabel VII.

Tabel VII. Tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sebelum rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman

No	Tingkat Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Baik	13	17,33
2.	Kurang Baik	62	82,67
	Total	75	100

Berdasarkan tabel VII dapat dilihat bahwa tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat obat yang telah dijalankannya masih dalam kategori kurang baik. Faktor yang diduga memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan pasien yaitu usia dan pendidikan terakhir. Untuk mengetahui hubungan antara kedua faktor tersebut dengan tingkat pengetahuan pasien, dianalisis menggunakan analisis statistik dengan metode *Chi Square* dengan taraf kepercayaan (CI) 95% yang didukung dengan *software* SPSS seri 16 (*statistical package for social sciences*).

1. Hubungan usia dengan tingkat pengetahuan pasien

Usia merupakan salah satu faktor yang diduga memiliki hubungan dengan tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan sebelum rawat inap. Hubungan tingkat pengetahuan pasien dengan usia disajikan pada tabel VIII.

Tabel VIII. Hubungan usia dengan tingkat pengetahuan pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman

No	Pengetahuan	Usia	Jumlah	Persentase	Nilai Signifikansi
1.	Baik	≤ 40 thn	5	6,66%	0,926

	>40 thn	8	10,67%
2. Kurang Baik	≤ 40 thn	23	30,67%
	>40 thn	39	52%
Total		75	100%

Berdasarkan tabel VIII diperoleh nilai signifikansi $>0,05$, nilai tersebut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan tingkat pengetahuan pasien tentang riwayat pengobatan yang telah dijalannya sebelum pasien dirawat inap.

2. Hubungan pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan pasien

Menurut Nasution (2002), *Knowledge* (pengetahuan) dalam masyarakat dipengaruhi beberapa faktor antara lain sosial ekonomi, kultur (budaya agama), pendidikan, dan pengetahuan⁽²⁹⁾. Hubungan tingkat pengetahuan pasien dengan pendidikan terakhir disajikan dalam tabel IX.

Tabel IX. Hubungan pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan pasien rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman

No	Pengetahuan	Usia	Junlah	Persentase	Nilai Signifikansi
1.	Baik	≤ SMP	4	5,3%	0,013
		>SMP	9	12%	
2.	Kurang Baik	≤ SMP	42	56%	
		>SMP	20	26,7%	
Total			75	100%	

Berdasarkan pada Tabel IX, terlihat bahwa nilai signifikansi $<0,05$, oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan pasien terhadap riwayat pengobatan yang telah dijalannya sebelum pasien dirawat inap. Hal ini kemungkinan disebabkan semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan mudah menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal yang baru tersebut.

D. Kejadian *Adverse Drug Reactions* (ADRs)

Kejadian ADRs yang diidentifikasi dalam penelitian ini meliputi ADRs penyebab pasien dirawat inap dan selama pasien dirawat inap. Identifikasi kejadian ADRs ini bertujuan untuk mengetahui presentase kejadian ADRs, mengetahui obat yang menyebabkan ADRs, serta mengetahui manifestasi klinis yang muncul akibat adanya ADRs. Kejadian ADRs ditelusuri melalui wawancara kepada pasien dan atau keluarganya serta dari penelusuran rekam medik. Selanjutnya diidentifikasi berdasarkan penilaian kausalitas menggunakan algoritma Naranjo serta pendekatan secara deskriptif berdasarkan kajian literatur.

Dalam penelitian ini ditemukan kejadian ADRs yang menjadi penyebab rawat inap dan selama pasien dirawat inap. Kejadian ADR tersebut disajikan dalam tabel X.

Tabel X. Kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap dan selama rawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman

No	Kategori ADRs	Σ Pasien	Σ Pasien Total	Persentase (%)
1	Penyebab rawat inap	2	105	1,9
2.	Selama rawat inap	2	105	1,9

1. ADR sebagai penyebab pasien dirawat inap

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa ADRs merupakan salah satu penyebab dari kejadian rawat inap pasien di rumah sakit. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Alexapoulou (2007) dilaporkan sebanyak 12,8% kejadian rawat inap pasien disebabkan karena adanya ADRs⁽¹⁰⁾. Lazarou *et al* menunjukkan bahwa total kejadian ADRs serius adalah 6,7%, dimana 4,7% bertanggung jawab pada saat masuk rumah sakit⁽⁵⁾. Penelitian yang dilakukan oleh Pilar *et al* (2010) di Spanyol hasilnya ditemukan sekitar 1,69% ADRs menyebabkan pasien di rawat inap di rumah sakit⁽⁹⁾. Meskipun penelitian di Indonesia masih belum banyak ditemukan mengenai topik ini, hasil penelitian di luar negeri tersebut harus menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan di Indonesia karena ADRs merupakan salah satu dari *Drug Related Problems*. ADRs yang sifatnya serius

dapat menimbulkan risiko yang sangat fatal serta memerlukan perhatian khusus dari apoteker dan tenaga medis lain.

Pada penelitian ini ditemukan 2 kasus dari 105 kasus pasien (1,9%) yang mengalami kejadian ADRs sebagai penyebab pasien dirawat inap. Kejadian ADRs tersebut diuraikan dalam tabel XI.

Tabel XI. Deskripsi kejadian ADR penyebab rawat inap pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Periode Februari-Mei 2011

No.	Usia Pasien	Jenis Keluhan	Obat yang dicurigai	Skor Naranjo	Uraian
1.	50 th	Mual, muntah	Antalgin	6	Pasien mengalami sakit pinggang dan mendapat terapi injeksi antalgin, sekitar 2 jam kemudian pasien mual dan muntah. Pasien memiliki riwayat penyakit maag.
2.	70 th	Reaksi alergi	Ranitidin	6	Pasien mengalami mual muntah dan mendapat terapi salah satunya ranitidin, sekitar 2-3 jam kemudian pasien merasakan gatal-gatal di seluruh tubuh dan terjadi urticaria.

Kasus Pertama. Pasien tersebut pada pagi hari sebelum dirawat inap mengalami sakit pinggang dan mendapatkan terapi injeksi antalgin, sekitar 2 jam kemudian pasien mual dan muntah, pada siang harinya pasien dirawat inap.

Antalgin adalah salah satu obat penghilang rasa sakit (analgetik) turunan NSAID, atau *Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs*. NSAID secara luas telah

digunakan untuk pengobatan. Di UK lebih dari 20 juta peresepan telah digunakan untuk pengobatan. Efek potensial dari NSAID berupa gangguan GI dan beberapa gangguan ini adalah kejadian terbanyak dalam kejadian ADRs⁽⁴⁾. Terdapat dua reaksi efek samping yang utama dari penggunaan OAINS, yaitu efek pada gastrointestinal dan efek pada ginjal. Efek samping yang terjadi tergantung oleh dosis dari penggunaan OAINS, dan pada beberapa kasus dapat mengakibatkan pendarahan gastrointestinal bagian atas. Diperkirakan 10-20% pasien mengalami dispepsia, dan efek samping pada gastrointestinal dilaporkan di 103.000 rumah sakit 16.500 kematian terjadi tiap tahun di Amerika Serikat, serta sekitar 40% pasien masuk UGD⁽³⁰⁾. ADRs dari NSAID yaitu perdarahan, nyeri perut, dispepsia, dan komplikasi serius GI misalnya ulkus atau perdarahan yang menyebabkan pasien untuk dirawat inap. ADRs lainnya yaitu kerusakan mukosa lambung, hasil dari penghambatan prostaglandin⁽⁴⁾. Pasien pertama ini memiliki riwayat maag, penggunaan antalgin ini memicu kekambuhan maagnya, karena akan meningkatkan asam lambung dan memiliki ADRs *gastric toxicity* dan efek toksik yang berat tidak dapat dicegah melalui pemberian parenteral.

Kejadian yang dicurigari ADRs ini selanjutnya dinilai menggunakan algoritma Naranjo yang akan menunjukkan skor setiap pasien dengan range skor 0-13. Skor naranjo akan menginterpretasikan penilaian terhadap ADRs yang terjadi pada pasien. Semakin besar skor naranjo yang didapat menunjukkan bahwa semakin besar kemungkinan penyebab ADRs adalah obat tersebut. Hasil dari pengisian kuesioner tersebut didapatkan skor 6. Skor tersebut menunjukkan “kemungkinan” menyebabkan ADRs. ADRs ini termasuk dalam ADRs tipe A, reaksi ini dapat diprediksi melalui pengetahuan tentang farmakologi obat dan tergantung dosis.

Kasus kedua. Pasien tersebut sehari sebelum dirawat inap mengalami mual muntah dan mendapatkan terapi parasetamol, antasida, vitamin B6, serta ranitidin. Setelah meminum obat tersebut reaksi yang terjadi yaitu pasien merasa gatal-gatal diseluruh tubuh dan kulit tampak kemerahan (*urticaria*). Reaksi tersebut muncul sekitar 2-3 jam setelah minum obat dan pasien langsung dibawa ke Puskesmas untuk dirawat inap. Obat yang dicurigai yang menjadi penyebab reaksi tersebut adalah ranitidin karena sebelumnya pasien sudah terbiasa mendapatkan terapi

parasetamol dan antasid, serta berdasarkan kajian literatur dari keempat obat tersebut yang paling mungkin menyebabkan reaksi alergi adalah ranitidin. Dari hasil penelitian Rethnam (2007) ranitidin dapat menyebabkan reaksi anafilaksis meskipun masih jarang terjadi, hal tersebut harus menjadi perhatian⁽³¹⁾.

Hasil dari pengisian kuesioner tersebut didapatkan skor 6. Skor tersebut menunjukkan “*probable*” atau kemungkinan ADRs. Beberapa literatur menyebutkan ADRs dari ranitidin yaitu aritmia, vaskulitis, pusing, halusinasi, sakit kepala, pusing, mengantuk, vertigo, *eritema multiforme*, kemerahan, pankreatitis, anemia *haemolitic acquired*, agranulositosis, anemia aplastik, granulositopenia, leukopenia, trombositopenia, pansitopenia, gagal hati, anafilaksis, reaksi hipersensitivitas⁽³²⁾.

Penelitian terhadap alergi obat sudah sering kali dilakukan. Beberapa penelitian mengungkapkan reaksi yang tidak diinginkan pada penggunaan obat terjadi sekitar dua persen dari sejumlah pasien yang mengonsumsi obat. Reaksi alergi obat ini biasanya ringan, tetapi ada juga yang sampai mengancam nyawa. Alergi obat memiliki banyak perbedaan pada masing-masing orang. Misalnya pada penderita udem laring (sebab), syok anafilaktik, serta sindrom Stevens-Johnson⁽³¹⁾.

Dari kedua kasus di atas hasil skor Naranjo yang didapatkan kurang maksimal karena ada beberapa pertanyaan yang tidak bisa dijawab secara pasti karena tidak dilakukan dalam penelitian ini.

2. ADR selama pasien dirawat inap

Selain ADR menjadi penyebab pasien dirawat inap, ADR pun dapat terjadi selama pasien dirawat inap. Dalam penelitian ini ditemukan 2 kasus dari 105 kasus yang ada, dan didapatkan persentase sebesar 1,9%. Deskripsi mengenai kejadian ADRs tersebut dikemukakan dalam tabel XII.

Tabel XII. Deskripsi kejadian ADR selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman periode Februari-Mei 2011

No.	Usia Pasien	Jenis Keluhan	Obat yang dicurigai	Skor Naranjo	Uraian
1.	80 th	Muntah	Zink	9	Pasien mengalami

					diare dan diberi terapi zink. Sebelumnya pasien tidak memiliki keluhan mual maupun muntah.
2.	31 th	Reaksi alergi	Kotrimoksazol	9	Kotrimoksazole digunakan sebanyak 2 kali, reaksi yang muncul wajah terasa panas, mual, muntah, mulut terasa kering, ADR tersebut muncul setiap setelah minum obat.

Kasus pertama. Pasien mengalami diare, sebelumnya tidak ada keluhan mual dan muntah. Saat dirawat inap pasien mendapatkan terapi zink, setelah meminum obat tersebut pasien merasa mual dan muntah.

Menurut literatur zink seperti obat umum mempunyai efek samping yakni muntah. Namun jika pemberian sesuai usia seperti dosis yang dianjurkan tidak menyebabkan muntah. Zink biasanya digunakan untuk pasien anak-anak. Zink yang dilarutkan dengan baik akan menyamarkan rasa metalik dari zink. Jika anak muntah ketika diberikan zink, berikan kembali setengah jam kemudian dengan potongan yang lebih kecil sampai sesuai dosis⁽³³⁾. Pada kasus ini pasien berusia 80 tahun, jadi pemberian zink pada pasien dewasa kurang tepat.

Kasus kedua. Pasien mengalami ISK dan mendapatkan terapi salah satunya adalah kotrimoksazol. Manifestasi klinis yang terjadi setelah meminum obat itu yaitu panas di daerah wajah terutama bagian pipi, mual, muntah, mulut terasa kering. Reaksi ini muncul sekitar 1jam setelah pasien meminum obat tersebut. Obat ini digunakan secara tunggal, tidak bersamaan dengan terapi lain. Pasien menggunakan obat ini sebanyak 2 kali, dan setiap meminum obat reaksi yang sama muncul kembali. Penggunaan obat pun segera dihentikan.

Antibiotik adalah salah satu penyebab alergi yang paling umum dalam studi epidemiologi pada usia anak-anak dan dewasa. Di antara berbagai kelas

antibiotik, beta laktam (penisilin dan sefalosporin), kuinolon dan kotrimoksazol adalah beberapa penyebab reaksi alergi⁽³⁴⁾. Menurut penelitian Demoly (2001) dari 51 studi obat dilaporkan reaksi alergi yang disebabkan oleh kotrimoksazol yaitu 3,4%⁽³¹⁾.

Beberapa literatur menyebutkan bahwa ADR dari kotrimoksazol adalah mual, muntah, ruam (termasuk *Steven-Jhonson Syndrome*, nekrolisis epidermal toksik, fotosensitivitas), gangguan darah, kerusakan hati, anemia megatoblastik. Menurut literatur *adverse efect* kotrimoksazol yang sering muncul yaitu gastrointestinal (mual, muntah, anoreksia), reaksi kulit (*rash, urticaria*). Kedua reaksi tersebut dilaporkan terjadi pada lebih kurang 3,5% pasien. Kejadian dan keparahan reaksi ini umumnya tergantung dosis, penanganan biasanya dengan penurunan dosis. Reaksi hipersensitivitas dan hematologi dapat menyebabkan ADRs serius, dilaporkan terjadi <0,5%. Dari semua kasus di atas hasil skor Naranjo yang didapatkan adalah 9. Skor tersebut menunjukkan “definite” atau pasti ADRs.

Dari semua kasus kejadian ADRs manifestasi klinis yang dialami pasien yaitu mual, muntah, dan reaksi alergi. Reaksi alergi hal salah satu yang penting untuk diperhatikan karena kejadiannya jarang namun dapat membahayakan. Kejadian alergi obat <10% dari semua ADR, terjadi pada 1-2% dari seluruh pasien rawat jalan dan 3-5% dari pasien rawat inap⁽³⁵⁾. Menurut literatur lain reaksi obat hipersensitifitas mempengaruhi hingga 20% dari pasien rawat inap dan 7% dari pasien rawat jalan⁽³⁶⁾. Oleh karena itu, perlu dilakukan edukasi kepada pasien, jika mengalami reaksi alergi obat, sebaiknya pasien mencatat jenis obat yang menjadi penyebab alergi dan selalu memberitahu kepada dokter pada saat berobat bahwa dirinya memiliki riwayat alergi terhadap obat tersebut.

E. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini yaitu tidak semua pasien diwawancarai setiap hari. Hal tersebut dikarenakan peneliti tidak datang ke Puskesmas setiap hari, sehingga menyebabkan informasi yang langsung didapatkan dari pasien terbatas. Selain itu, beberapa pasien langsung mendapat terapi obat untuk setiap keluhan

tambahan yang dirasakan pasien, tanpa dilakukan identifikasi terlebih dahulu keluhan tersebut disebabkan karena obat atau merupakan perkembangan penyakit pasien. Hal-hal menghambat untuk dapat mengidentifikasi kejadian ADRs selama pasien dirawat inap, karena sulit membuktikan suatu obat mempunyai hubungan penyebab dengan gejala yang dialami pasien. Diharapkan penelitian yang lebih lanjut dapat melakukan pemantauan pada pasien setiap hari dengan dilakukan wawancara setiap hari.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan pasien terhadap pengobatan sebelum rawat inap sebagian besar masuk dalam kategori kurang baik (82,76%). Terdapat hubungan antara pendidikan terakhir dengan tingkat pengetahuan pasien, sedangkan dengan usia tidak ada hubungan.
2. Terdapat 1,9% kejadian ADRs sebagai penyebab rawat inap pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta. Obat yang menjadi penyebab yaitu antalgin dan ranitidin. Manifestasi klinis berupa mual, muntah dan reaksi alergi.
3. Terdapat 1,9% kejadian ADRs selama pasien dirawat inap di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta. Obat yang menjadi penyebab yaitu zink, dan kotrimoksazol. Manifestasi klinis berupa mual, muntah dan reaksi alergi.

B. Saran

1. Saran bagi Puskesmas Ngemplak 1 Sleman
 - a. Diharapkan apoteker di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman dapat memantau kejadian reaksi obat yang tidak dikehendaki.
 - b. Diharapkan Puskesmas Ngemplak 1 Sleman dapat mendokumentasikan setiap kejadian reaksi obat yang tidak dikehendaki.
2. Saran bagi peneliti lain
 - a. Sehubungan jumlah pasien anak-anak rawat inap cukup tinggi maka diperlukan penelitian terkait reaksi obat yang tidak dikehendaki pada populasi pasien anak-anak.
 - b. Diperlukan penelitian tingkat pengetahuan orang tua terhadap pengobatan yang dijalani anaknya.
 - c. Diperlukan penelitian tingkat pengetahuan pasien terhadap keberhasilan terapi.

DAFTAR PUSTAKA

- (1) Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek*, <http://tunggulpharmacist.files.wordpress.com/2010/03/pedoman-standar-pelayanan-farmasi-di-apotek.pdf> (Diakses 24 Desember 2010).
- (2) Foppe, 2005, *Drug-Related Problems: A Cornerstone for Pharmaceutical Care*, <http://www.mcppnet.org/publications/ISSUE10-2.pdf> (Diakses 24 Desember 2010).
- (3) Aslam, M., Tan, C.K., dan Prayitno, A., 2003, *Farmasi Klinis Menuju Pengobatan Rasional dan Penghargaan Pilihan Pasien*, PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- (4) Lee, A., 2001, *Adverse Drug Reaction*, Pharmaceutical Press, London.
- (5) Pirmohamed M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, et al., Adverse Drug Reactions as a cause of Admission to Hospital: Prospective Analysis of 18 820 Patients, 2004, *BMJ*, 329: 15–19.
- (6) Patel H., Bell D., Molokhia M., S. Janakan, dan M. Azeem, Trends in Hospital Admissions for Adverse Drug Reactions in England: Analysis of National Hospital Episode Statistics 1998–2005, *British Medicine Center Clinical Pharmacology*, 2007, 7:9.
- (7) Lazarou J., Pomeranz B.H., dan Corey P.N., Incidence of Adverse Drug Reactions in Hospitalized Patients: A Meta-Analysis of Prospective Studies, *JAMA*, 1998, 279: 1200-5.
- (8) Ghazi, S.B., D. Mojtaba, S. Peryman, Manesh A.A., dan A. Hamed, Drug Reactions: As a Cause for Admissions to a Children's Hospital, *Iran Journals Pediatri*, 2007, 17:1.
- (9) Carrasco, P., Lopes, A., Hernandez V., G. Angel, dan J. Rodrigo, Trends of Adverse Drug Reactions Related-Hospitalizations in Spain (2001-2006), *BMC*, 2010, 10:287.
- (10) Alexopoulou, Alexandra, Adverse Drug Reaction as a cause of Hospital Admissions: A 6-Month Experience in a Single Center in Greece, *European Journal of Internal Medicine*, 2008, 19:505–510.
- (11) Chan, M., Nicklanson, F., Vial, J.H., Adverse Drug Events as a cause of Hospital Admission in The Elderly, *Internal Medicine Journal*, 2001, 31:199–205.
- (12) Anonim, 2002, *Common Terminology for Adverse Event (CTCAE)*, National Cancer Institute, USA.

- (13) B.R. William, E.R. Elizabeth, J.S. Semple, dan J.A. Robert, Adverse Drug Events and Medication Errors in Australia, *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:1.
- (14) Beijer H.J.M., Blaey C.J., Hospitalization caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies, *Pharmacy World & Science*, 2002, 24:2.
- (15) Wiffen P, Gill M, Edwards J, Moore A., Adverse drug reactions in hospital patients. A systematic review of the prospective and retrospective studies, *Bandolier Extra*, 2002, 1–16.
- (16) Naranjo, CA., Busto, U., Sellers, M., Sandor, P., Ruiz, I., Robert, EA., Janecek, E., Domecq, C., Greenblatt, DJ., 1981, A Method for Estimating the Probability of Adverse Drug Reactions, *Clin. Pharmacol. Ther*, 30; 239-45.
- (17) Agbabiaka, T.B., Savović, J., dan Ernst, E., 2008, *Methods for Causality Assessment of Adverse Drug Reactions A Systematic Review*, University of Exeter and Plymouth, UK.
- (18) Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*, <http://tunggulpharmacist.files.wordpress.com/2010/03/pedoman-pelayanan-farmasi-di-puskesmas.pdf> (Diakses 24 Desember 2010).
- (19) Aronson, J., Ferner, R., New Approach to Classifying Adverse Drug Reaction, *British Medical Journal*, 2003, 327(7425):1222-5.
- (20) Dorland, 2002, *Kamus Kedokteran Dorland Edisi 29*, diterjemahkan oleh dr. Andi Setiawan, EGC, Jakarta.
- (21) Anonim, 2000, *Kapita Selekta Edisi II*, Media Aesculapius FK UI, Jakarta.
- (22) Anonim, 2008, *Profil Kesehatan Profinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2008*, Dinkes Provinsi DIY, Yogyakarta.
- (23) Thielman NM, Guerrant RL., Acute Infectious Diarrhea, *N Engl J Med*, 2004, 350:1: 38-47.
- (24) Procop GW, Cockerill F., Enteritis Caused by Escherichia coli & Shigella & Salmonella Species. In: Wilson WR, Drew WL, Henry NK, et al, Editors. Current Diagnosis and Treatment in Infectious Disease, New York: *Lange Medical Books*, 2003. 584 – 66.
- (25) Anonim, 2008, *Disentri*, <http://id.wikipedia.org/wiki/Disentri> (Diakses tanggal 20 Juni 2011).

- (26) Anonim, 2009, *Profil Kesehatan Profinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2009*, Dinkes Provinsi DIY, Yogyakarta.
- (27) Anonim, 2007, *Profil Kesehatan Profinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2007*, Dinkes Provinsi DIY, Yogyakarta.
- (28) Dipiro, J., Talbert, R., Yee, G., Matzke, G., Wells, B., Posey, L., 2008, *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*, Seven Edition, Mc. Graw-Hill Medical Publishing, New York.
- (29) Mutschler E., 2008, *Dinamika Obat Farmakologi dan Toksikologi Edisi V*, ITB, Bandung.
- (30) Anonim, 2008, *Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug*, http://en.wikipedia.org/wiki/Non-steroidal_anti-inflammatory_drug (diakses tanggal 20 Juni 2010)
- (31) Anonim, 2008, *Informatorium Obat Nasional Indonesia 2008*, BPOM RI, Jakarta.
- (32) Rethnam, U., dan Sheeja R., Anaphylactic reaction associated with Ranitidine in a patient with acute pancreatitis: a case report, *Journal of Medical Case Reports*, 2007, 1:75.
- (33) Demoly, Pascal dan Jean, Bousquet, Epidemiology of drug allergy, *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*, 2001, Volume 1 - Issue 4 - pp 305-310.
- (34) Fontaine, Olivier, Evidence for the Safety and Efficacy of Zinc Supplementation in the Management of Diarrhea, *Dept. Of Child and Adolescent Health and Development WHO*, 2008, 10:1.
- (35) Yu Bernard, dan Tong Hor, Update on the Management of Antibiotic Allergy, *Allergy Asthma Immunology Reseach*, 2010, 2(2):77-86.
- (36) Thong, Bernard, 2007, *Drug Allergies*, [http://World Allergy Organization Allergic Diseases Resource Center.htm](http://WorldAllergyOrganization.org/AllergicDiseasesResourceCenter.htm) (Diakses 4 Juli 2011).
- (37) Demoly, P., Viola, M., Gomes, ER., dan Romano, A., *Epidemiology and Cause of Drug Hypersensitivity*, 2007, 2-17.

**Lampiran 1. DATA PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS NGEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

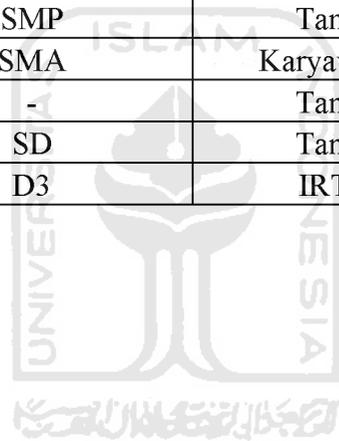
No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Perawatan	Kondisi Pulang
1	P1	37 th	L	SMA	Swasta	5 hari	Sembuh
2	P2	60 th	P	SD	Tani	6 hari	Sembuh
3	P3	29 th	P	SMA	Swasta	3 hari	Sembuh
4	P4	51 th	L	SMP	Tani	4 hari	Sembuh
5	P5	50 th	P	SMP	IRT	3 hari	Sembuh
6	P6	57 th	L	SD	Tani	3 hari	Sembuh
7	P7	24 th	L	SMA	Swasta	6 hari	Sembuh
8	P8	49 th	L	SI	PNS	3 hari	Sembuh
9	P9	35 th	P	SMP	Swasta	6 hari	Sembuh
10	P10	72 th	L	SMP	Tani	6 hari	Ada Perbaikan
11	P11	83 th	P	SD	Tani	4 hari	Sembuh
12	P12	35 th	L	SMA	Tani	4 hari	Sembuh
13	P13	22 th	P	SMA	Swasta	4 hari	Sembuh
14	P14	46 th	L	SMP	Tani	4 hari	Sembuh
15	P15	20 th	P	SMP	Tidak Bekerja	2 hari	Dirujuk ke RS
16	P16	80 th	L	SD	Tani	4 hari	Pulang paksa
17	P17	27 th	P	SMA	IRT	4 hari	Ada perbaikan
18	P18	54 th	L	SMP	Buruh	2 hari	Ada Perbaikan
19	P19	73 th	L	SD	Tani	3 hari	Ada perbaikan
20	P20	37 th	P	SMA	Swasta	6 hari	Sembuh
21	P21	60 th	L	SMP	Tani	4 hari	Ada perbaikan

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Perawatan	Kondisi Pulang
22	P22	34 th	P	SMA	IRT	3 hari	Sembuh
23	P23	70 th	P	SMP	Tani	4 hari	Dirujuk ke RS
24	P24	60 th	P	SMP	Tani	2 hari	Sembuh
25	P25	26 th	P	SMA	IRT	8 hari	Ada Perbaikan
26	P26	72 th	L	SMA	Pensiunan	5 hari	Sembuh
27	P27	35 th	P	SMP	IRT	3 hari	Sembuh
28	P28	43 th	P	SMA	IRT	3 hari	Ada Perbaikan
29	P29	85 th	P	SD	IRT	3 hari	Ada Perbaikan
30	P30	45 th	P	SMP	Swasta	3 hari	Sembuh
31	P31	43 th	P	SMA	Karyawan	5 hari	Sembuh
32	P32	30 th	P	SD	Tani	3 hari	Ada Perbaikan
33	P33	78 th	L	SMP	Tani	6 hari	Ada Perbaikan
34	P34	23 th	L	SMA	Karyawam	7 hari	Ada Perbaikan
35	P35	60 th	L	SMP	Tani	3 hari	Ada Perbaikan
36	P36	68 th	L	SD	Tani	5 hari	Ada Perbaikan
37	P37	58 th	P	SD	IRT	7 hari	Ada Perbaikan
38	P38	23 th	P	SMA	Karyawan	5 hari	Ada Perbaikan
39	P39	58 th	P	SD	Pedagang	3 hari	Ada Perbaikan
40	P40	21 th	L	SMA	Mahasiswa	2 hari	Pulang paksa
41	P41	85 th	P	SMP	Tani	6 hari	Ada Perbaikan
42	P42	22 th	P	SMA	Karyawan	4 hari	Dirujuk ke RS
43	P43	55 th	P	SMA	IRT	2 hari	Dirujuk keRS
44	P44	62 th	L	SD	Tani	3 hari	Ada Perbaikan
45	P45	50 th	L	SMP	Tani	2 hari	Dirujuk keRS

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Perawatan	Kondisi Pulang
46	P46	29 th	L	SMA	Pegawai Swasta	6 hari	Ada Perbaikan
47	P47	75 th	P	SD	IRT	3 hari	Sembuh
48	P48	31 th	P	SMA	IRT	3 hari	Sembuh
49	P49	51 th	L	SMP	Tani	3 hari	Sembuh
50	P50	39 th	L	SMP	Tani	4 hari	Sembuh
51	P51	72 th	L	SMP	Tani	5 hari	Dirujuk ke RS
52	P52	27 th	P	SMA	Karyawan Swasta	3 hari	Dirujuk ke RS
53	P53	21 th	P	SMA	Karyawan Swasta	2 hari	Dirujuk ke RS
54	P54	32 th	P	SMP	Dagang	3 hari	Dirujuk ke RS
55	P55	50 th	L	SMA	Tani	7 hari	Sembuh
56	P56	53 th	P	SD	Dagang	3 hari	Dirujuk ke RS
57	P57	60 th	L	SMP	Tani	2 hari	Dirujuk ke RS
58	P58	30 th	P	SMA	IRT	5 hari	Sembuh
59	P59	40 th	P	SMA	Karyawan Swasta	5 hari	Sembuh
60	P60	52 th	P	SD	Tani	4 hari	Sembuh
61	P61	54 th	P	SMP	IRT	2 hari	Dirujuk ke RS
62	P62	43 th	P	S1	PNS	5 hari	Sembuh
63	P63	53 th	P	SMA	Karyawan Swasta	4 hari	Sembuh
64	P64	45 th	L	SMP	Tani	4 hari	Ada Perbaikan
65	P65	67 th	P	SMP	IRT	3 hari	Sembuh
66	P66	54 th	L	STM	Karyawan Swasta	4 hari	Pulang paksa
67	P67	44 th	L	SMP	Tani	4 hari	Sembuh
68	P68	19 th	L	SMA	Pelajar	2 hari	Dirujuk ke RS
69	P69	35 th	P	SMA	Karyawan Swasta	2 hari	Sembuh

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Perawatan	Kondisi Pulang
70	P70	39 th	P	SMEA	Karyawan Swasta	3 hari	Dirujuk ke RS
71	P71	60 th	P	SMP	Tani	2 hari	Ada Perbaikan
72	P72	20 th	P	D1	Asper	7 hari	Ada Perbaikan
73	P73	60 th	L	SMP	Buruh	4 hari	Ada Perbaikan
74	P74	40 th	P	SMP	IRT	4 hari	Ada Perbaikan
75	P75	68 th	P	SMP	IRT	4 hari	Sembuh
76	P76	54 th	L	SMP	Tani	7 hari	Ada Perbaikan
77	P77	40 th	P	SD	Tani	3 hari	Ada Perbaikan
78	P78	39 th	L	SMA	Kepala Dusun	7 hari	Sembuh
79	P79	63 th	L	SD	Pensiunan	3 hari	Ada Perbaikan
80	P80	30 th	L	SD	Karyawan	6 hari	Ada Perbaikan
81	P81	41 th	L	SMP	Tani	3 hari	Pulang paksa
82	P82	55 th	P	SD	Tani	3 hari	Sembuh
83	P83	24 th	L	SMA	Mahasiswa	7 hari	Sembuh
84	P84	38 th	L	SMA	Buruh	4 hari	Ada Perbaikan
85	P85	54 th	P	SD	Tani	3 hari	Ada Perbaikan
86	P86	24 th	L	SMA	Swasta	3 hari	Sembuh
87	P87	55 th	P	SD	Tani	7 hari	Sembuh
88	P88	65 th	P	SD	Tani	2 hari	Ada Perbaikan
89	P89	58 th	P	SD	IRT	4 hari	Ada Perbaikan
90	P90	25 th	L	SMP	Buruh	4 hari	Sembuh
91	P91	18 th	L	SMP	Pelajar	3 hari	Sembuh
92	P92	41 th	P	SMA	IRT	3 hari	Sembuh
93	P93	65 th	L	SD	Buruh	3 hari	Sembuh

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Lama Perawatan	Kondisi Pulang
94	P94	81 th	L	SD	Tani	3 hari	Sembuh
95	P95	45 th	L	S1	PNS	4 hari	Sembuh
96	P96	87 th	L	SMP	Tani	4 hari	Dirujuk ke RS
97	P97	42 th	P	SMA	IRT	5 hari	Sembuh
98	P98	80 th	L	-	Tani	4 hari	Ada Perbaikan
99	P99	19 th	P	SMK	Swasta	4 hari	Ada Perbaikan
100	P100	29 th	P	D3	IRT	2 hari	Sembuh
101	P101	57 th	L	SMP	Tani	3 hari	Dirujuk ke RS
102	P102	21 th	L	SMA	Karyawan	3 hari	Ada perbaikan
103	P103	78 th	P	-	Tani	2 hari	Dirujuk ke RS
104	P104	70th	P	SD	Tani	2 hari	Sembuh
105	P105	31 th	P	D3	IRT	5 hari	Ada perbaikan



**Lampiran 2. DATA KEADAAN PASIEN RAWAT INAP DI PUSKESMAS NGENEMPLAK I SLEMAN YOGYAKARTA
PERIODE FEBRUARI-MEI 2011**

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
1	P1 37 th	Demam ≥ 2 mgg naik turun, mual pusing, perut sakit. sebelumnya pasien sudah berobat namun keluhan tetap Sama	Widal: TyH 1/80 TyO 1/80 PAH (-) PBH 1/80 Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 0-1 epitel 0-2 Ca Oksalat 20-22	Masuk: TD 120/80 RR 20 t: 36.7 N : 84 Keluar: TD 120/80 RR 20 t: 36.5 N : 84	Awal : Febris susp, TF dd ISK Akhir: Febris dd Tyfoid Fever Dispepsia Psikoso- matis Urolithiasis	-	Parasetamol 3x1 Vitamin B6 3x1 Vitamin C 3x1 (Obat-obat tsb mulai digunakan tgl 29/1/11 dan digunakan sampai habis sampai tgl 1/2/11) --> terakhir digunakan 5 hari yang lalu	-	Paracetamol (prm)3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit b6 3x1 Nephrolit 2x1 Infus RL 16-20tpm	5 hari 5 hari 5 hari 4 hari (hari k2-k5) 5 hari	hasil lab yg me- nunjukan px uroli- thiasis pada hari kedua
2	P2 60 th	Perut sakit, mual, muntah3x, pusing px sudah berobat sebelumnya.	Darah Rutin: AL 10100/ μ l Hb 12.1 g/dl Urinalisa: eritrosit 0-2 leukosit 20-22 epitel 2-4	Masuk: TD:170/100 RR: 20 t: 36.4 N: 84 Keluar: TD:150/90 RR: 20 t: 36.3 N: 80	Awal: HT st 2 Dispepsia Akhir: HT st 2 Dispepsia ISK (terdiag- nosa pada hari ke2)	Maag HT	Timovit 3x1 (metoklopramid hidroklorida) Dolo-Licobion3x1 (Vitamin B1 atau Thiamine hydrochloride) Captopril 2x25mg (Obat-obat tsb ter- akhir digunakan 3 hari yang lalu & digunakan habis).	-	Paracetamol (prm)3x1 Captopril 2x12,5mg 2x25 mg HCT 1x1 (1-0-0) Cotrimoxazole 2x2 Amoxicilin 3x1 Timovit 3x1 Vit b6 3x1 Dolo-Licobion 3x1 Infus RL 16-20tpm Antasid	6 hari 2 hari (hari k1-k2) 4 hari (hari k3-k6) 6 hari 5 hari (hari k2-k6) 2xpakai(hari k1-k2) 2 hari (hari k1-k2) 4 hari (hari k3-k6) 2xpakai(hari k1-k2) 6 hari 4 hari(hari k3-k6)	Dosis kurang efek- tif jadi dinaikan efektif u/ Isk kurang efektif u/ ISK mual berkurang
3	P3 29 th	Muntah >7x, panas, pusing. Pasien sudah Berobat sebelumnya.	Sblm Ranap test Widal (+) Saat ranap:	Masuk: TD:110/70 RR: 20	Awal: Tyfoid Fever ISK	-	Paracetamol 3x1 Antasid 3x1 Hemafort 1x1	-	Cotrimoxazole 2x2 Paracetamol (prm)3x1 Hemafort 1x1	3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			AL 10.1 Hb 13.8 AE 5 HMT 41.8 AT 252 Urin: eritrosit 0-2 leukosit 15-20 epitel ++	t: 36.5 N: 80 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36.4 N: 80	Akhir: Tyfoid Fever ISK		Kloramfenikol 4x2 (Obat-obat tsb dgunakan terakhir 1 hari yll , baru diminum 2 hari)		Antasid (ac)3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 2 hari (hari k1-k2)	
4	P4 51 th	BAB cair >10x, ledir (+), darah (+), mual, perut sakit, muntah, sulit tidur. Px sudah berobat Sebelumnya	Darah Rutin: AL 5300/ μ l Hb 13.6 AE 4.67 HMT 43.4 AT 147.121 Urin & Widal: dbn Feses: eritrosit 0-2 leukosit 0-1	Masuk: TD:100/70 RR: 23 t: 38 N: 100 Keluar: TD:110/80 RR: 20 t: 36.4 N: 80	Awal: GEA disentri Tyfoid Fever Akhir: disentri Dispepsia Insomnia Febris	Koles- terol (6 tahun)	Paracetamol 3x1 kembung (tab ijo) Oralit Antibiotik(blet pth) diare(blet pth kecil) digunakan terakhir 1 hari yll, sudah 3 hr Mersikol (gemfibrozil) > terapi lanjutan	-	Paracetamol (prn)3x1 Metronidazole 3x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit 3x1 (prn) Mersikol 2x1 Vertivarm 3x1 Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Diazepam(prn)1x2mg Infus RL 16-20tpm	4 hari 2 hari (hari k1-k2) 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 2 hari (hari k3-k4) 2 hari (hari k3-k4) 2 hari (hari k3-k4) 3 hari (hari k1-k3)	kurang efektif jika insomnia
5	P5 50 th	Sebelum ranap pada pagi harinya (5.30) px mengeluhkan sakit pinggang lalu brobat k dokter dberi injeksi. Px merasa enak, lemas tapi jam 7 sakit lagi, px merasa	Widal: TyH (-) TyO (-) PAH 1/80 PBH 1/80	Masuk: TD:130/80 RR: 20 t: 36 N: 73 Keluar: TD:120/80 RR: 20	Awal: dispepsia Vomitus Tyfoid Fever Akhir: Dispepsia	Maag	Tolak Angin 2x	-	Paracetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		mual, muntah setiap minum, pusing.		t: 36.5 N: 80							
6	P6 55 th	BAB cair >7x dr pagi sampai siang, lendir/darah (-), mual, pusing. Px sudah berobat Sebelumnya	Darah Rutin: AL 3600/ μ l AT 124000/ μ l Feses: Eritrosit 0-1 Leukosit 0-1 Urin: Eritrosit 0-1 Leukosit 0-1 Epitel 0-1 Ca Oksalat 0-1	Masuk: TD:130/80 RR: 16 t: 38 N: 83 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36.1 N: 80	Awal: GEA Akhir: disentri	Maag	Antangin 2x pakai pink agak bsar 1x putih kecil 1x abu-abu kecil 1x (ke3 obat tsb baru 1 x pakai)	-	Paracetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Oralit 3x1 (prn) Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
7	P7 24 th	Panas \pm 1mgg, perut sakit, perih, mual Px sudah berobat Sebelumnya	Darah Rutin: PLT 133.000/ μ l WBC 10400 Tes Widal TyA negatif TyO +1/160 PAH negatif PBH +1/160	Masuk: TD:110/60 RR: 20 t: 38 N: 84 Keluar: TD:100/70 RR: 18 t: 36.4 N: 84	Awal: Obs. Febris Akhir: Tyfoid Fever dispepsia	-	Promag Paramex (Obat-obat tsb digunakan sblm px mengeluhkan gejala TF) \pm 9 hari yang lalu. tab biru tab orange tab kuning (digunakan terakhir 2 hari yll, habis)	-	Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Paracetamol (prn)3x1 GG 3x1 Kloramfenikol 4x500 Infus RL 16-20tpm	5 hari 5 hari 5 hari 1 hari (Hari ke-1) 2 hari(hari k4-k5) 5 hari	batuk sdh sembuh
8	P8 49 th	Panas, batuk, pilek, pusing sejak 3 hari yang lalu.	Urinalisa eritrosit 1-2 leukosit 2-4 epitel +	Masuk: TD:130/90 RR: 20 t: 37.2	Awal: DKA: Febris DM: DF DB: ISPA	-	Paracetamol 3x1 digunakan terakhir pagi sebelum ranap dan sudah	-	Paracetamol (prn)3x1 Trolit 2x1 sacet CTM 3x1 GG 3x1	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			Darah rutin: PLT 135000/ μ l	N: 80 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36 N: 84	Akhir: Febris h4 dd DF, ISPA		digunakan 2 hari		Infus RL 16-20tpm	3 hari	
9	P9 35 th	Panas, pusing, mual sejak 5 hari yang lalu	Urinalisa eritrosit 0-1 leukosit 1-3 epitel 1-2 Darah rutin: PLT 136000/ μ l Widal TyH 1/160 TyO (negatif) PAH (negatif) PBH (negatif)	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 37.8 N: 80 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: Febris Akhir: Tyfoid Fever (terdiagnosa pada hari k4)	Maag (5 tahun)	Gunaceta 3x1 (PCT 650mg) Hufamag Plus 3x1 (Al-hidroksida gel kering 300mg, Mg-hidroksida 300 mg, simetikon 25 mg)2Cth pc Antiemetik (tab kecil biru) digunakan 1 hari yll, diminum 3 hari	-	Paracetamol (prn)3x1 Metoklopramid 3x1 Vit B6 3x1 Infus RL 16-20tpm Kloramfenikol 4x500mg	6 hari 6 hari 5 hari(hari k2-k6) 6 hari 3 hari(hari k4-k6)	U/ terapi TF
10	P10 72 th	BAB cair tak terhi- tung, lendir dan darah (+), bau busuk, panas, mual, perut sakit.	Urinalisa Protein +1	Masuk: TD: 110/70 RR: 22 t: 39 N: 84 Keluar: TD: 120/80 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: GEA Dispepsia Akhir: Disentri		(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Oralit 3x1 (prn) Cotrimoxazole 2x2 Zink 1x1 Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	6 hari 5 hari (hari k2-k6) 6 hari 6 hari 6 hari 6 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
11	P11 83 th	Pusing, perut sakit, BAK terasa sakit, perih, mual sebelumnya sudah periksa di BPU	Urinalisa eritrosit 0-2 leukosit 13-15 epitel 1-2	Masuk: TD:180/90 RR: 20 t: 36.5 N: 80 Keluar: TD:150/90 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: dispepsia HT stage 2 Akhir: HT dispepsia ISK	HT	Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb	-	Paracetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Amoxicilin 3x1 Captopril 2x25mg HCT 1x1 (1-0-0) Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 1x pakai 4 hari 4 hari 3 hari(h ke2-ke4) 4 hari	u/ ISK, ISK t'diagnosa hari ke-2
12	P12 35 th	Px terjatuh dari kursi, sadar (+), pusing (+) riwayat HT (+), sebelumnya sudah periksa.	-	Masuk: TD:150/90 RR: 20 t: 36.3 N: 80 Keluar: TD:150/90 RR: 18 t: 36.2 N: 84	Awal: HT stage 2 Akhir: Hipertensi Cephalgia	HT Maag (7 bulan)	Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Captopril2x12,5mg Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari	
13	P13 22 th	Pingsan, pusing, perut sakit, mual, batuk,pilek,BAB cair 8x, panas sejak kemarin.	Urinalisa eritrosit 3-5 leukosit 5-7 epitel + Feses Rutin sisa tumbuhan + sisa lemak + eritrosit 0-1 leukosit 0-1	Masuk: TD:110/60 RR: 20 t: 38 N: 84 Keluar: TD:100/70 RR: 20 t: 36.3 N:80	Awal: Feb ec ISPA Feb ec GEA Akhir: Disentri ISK Dispepsia	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Oralit 3x1 (prn) Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari(hari k2-k4) 4 hari	u/ ISK, ISK t'diagnosa hari ke-2

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
14	P14 46 th	Pusing, panas, mual, batuk selama ± 1 minggu Px sudah berobat sebelumnya	Urinalisa epitel 0-1 eritrosit dbn leukosit dbn Ca Okslt 45-50 Widal TyH 1/80 TyO (-) PAH (-) PBH 1/160	Masuk: TD:120/80 RR: 22 t: 38.2 N: 86 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.1 N: 84	Awal: Febri H7 dispepsia Akhir: Tyfoid Fever ISPA urolithiasis	-	Antasid Paracetamol metoklopramid Obat sudah habis digunakan terakhir 1 hari yang lalu.	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Kloramfenikol 4x500mg Nefrolit 2x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari(hari k2-k4) 3 hari(hari k2-k4) 3 hari(hari k1-k3)	U/ terapi TF u/ urolithiasis
15	P15 20 th	Mual,muntah tiap makan/minum perut perih sudah 4 hari	-	Masuk: TD:110/70 RR: 20 t: 36 N: 88 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36.5 N: 84	Awal: Dispepsia Gg. Katup Jantung Akhir: Gg. Katup Jantung	Gg. Katup Jantung Spindik- tus TB selesai pengo- batan.	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Metoklopramid 3x1 Ranitidine 3x1 Antasid (ac) 3x1 RL+metolon	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	
16	P16 80 th	Panas h-3,BAB cair 1x, muntah 1x	Darah rutin: AL 14500/µl Feses Rutin eritrosit +1 leukosit +1	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 39 N: 88 Keluar: TD:130/80 RR:18 t: 36.5,N:80	Awal: Feb H-3 dgn leukosit- osis Akhir: Disentri	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit ad libidum Ranitidine 3x1 Zink 1x1 Infus RL 16-20tpm Amoxicilin Cotrimoxazole	4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (hari k2-k4) 2 hari (hari ke3-k4) 2 hari (hari ke3-k4) 4 hari 2 hari (hari ke1-k2) 2 hari (hari ke3-k4)	kurang efektif

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
17	P17 27 th	Demam 2 hari,pusing, batuk berdahak kekuningan, nyeri saat menelan Px sudah berobat Sebelumnya	-	Masuk: TD:100/70 RR: 22 t: 38.5 N: 88 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: obs. Feb h-2 e.c. faringitis akut dd DF Akhir: Feb h-5 dd C.cold, cough	Maag	Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb	-	Infus RL 16-20tpm Paracetamol (prn)3x1 GG 3x1 OBH Syr 3x1C	4 hari 4 hari 2 hari (hari k1-k2) 2 hari (hari k3-k4)	kurang efektif
18	P18 54 th	Panas sudah 2 hari, pusing, batuk, mual		Keluar: TD:150/100 RR: 20 t: 36.2 N: 80 Keluar: TD: 150/100 RR: 20 t: 36.1 N: 80	Awal: Febris h2 Akhir: ISK		- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 GG 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	
19	P19 73 th	BAB cair 5x l/d (+), Mual,muntah tiap makan/minum, perut sakit, pusing Px sudah berobat sebelumnya	Urinalisa eritrosit 1-2 leukosit 10-14 epitel 0-1 Feses Rutin sisa lemak + emgiritrosit + leukosit ++	Masuk: TD:140/90 RR: 20 t: 36.3 N: 80 Keluar: TD:150/80 RR: 20 t: 36.6,N:84	Awal DM: disentri DB: HT Akhir: Disentri Hipertensi		Antasid tab putih kecil tab putih besar (Obat-obat tsb baru digunakan 3x terakhir 1 hari yll)	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit ad libidum Infus RL 16-20tpm Cotrimoxazole 2x2 Metronidazole 3x500 Captopril 2x25mg	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 1 hari(hari k3) 2 hari (hari k2-k3)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
20	P20 37 th	Panas,batuk,sesak, mual,pusing BAK \geq 15x	Urinalisa eritrosit 1-2 leukosit + epitel 3-5 KGDS 105 Darah rutin: AL 3.1 Hb 13.1 AE 4.85 HCT 40% AT 129	Masuk: TD:120/80 RR: 24 t: 37 N: 88 Keluar: TD:110/80 RR: 20 t: 36.8 N: 80	Awal: Feb H3 susp bronkhitis Akhir: ISK suspect bronkhitis Vertigo	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn)3x1 GG 3x1 Vit B6 3x1 Salbutamol 3x2mg Cotrimoxazole 2x2 OBH Syr 3x1C Benacol DMP 3x1C Dimenhidrinat 3x1 Infus RL 16-20tpm	6 hari 2 hari(hari k1-k2) 4 hari(hari k1-k4) 6 hari 5 hari(hari k2-k6) 2 hari(hari k2-k3) 3 hari(hari k4-6) 2 hari(hari k5-k6) 4 hari (hari k1-k4)	kurang efektif kurang efektif
21	P21 60 th	pusing, buyer (+) sudah 3 hari	KGDS Sewaktu 206 Puasa 149 2JPP 326	Masuk: TD:150/100 RR: 24 t: 36 N: 80 Keluar: TD:160/100 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: DM, HT st 1 Cephalgia Akhir: HT st 1 DM tipe 2	DM HT (2 bulan)	Glibenklamid3x1/2 Tensi 3x1 (digunakan sudah 2 bulan) kuning blt pjg tab putih tab merah obat pusing (baru digunakan 2x, terakhir kmrin)	-	HCT 1x1 Metoklopramid 3x1 Paracetamol (prn)3x1 Gibenklamid 1/2-0-0 Metformin 2x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 2 hari(Hari k3-k4) 2 hari(Hari k3-k4) 4 hari	
22	P22 34 th	Panas sejak kemarin, mual, perut sakit, lemas,BAB cair muntah setiap makan/minum.	Urinalisa eritrosit dbn leukosit dbn epitel 2-4 kristal (+)	Masuk: TD:175/100 RR: 20 t: 36.5 N: 80 Keluar: TD:120/80 RR: 20	Awal: GEA Vomitus Hipertensi Akhir: GEA dispepsia HT st 2	HT (3tahun)	Awal px menggu- nakan amlodipin kaptopril 2x1/2 Pd saat merapi meletus pembuluh mata pecah, dari mata keluar darah dan TD tinggi	-	Paracetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Oralit ad libidum Captopril 2x25mg 2x12.5 mg HCT 1-0-0 1/2-0-0	3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k1-k2) 2 hari(hari k1-k2) 1 hari (hari k3) 2 hari(hari k1-k2) 1 hari (hari k3)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				t: 36 N: 84	Urolithiasis		terapi diganti nifedipin 1x1		Nefrolit 2x1 Infus RL 16-20tpm Nifedipine	2 hari(hari k2-k3) 2 hari(hari k1-k2) 1x saat di IGD	
23	P23 70 th	Perut kanan atas sakit sudah 2 hari	Hb 9.4 g/dl HCT 29.7%	Masuk: TD:160/90 RR: 21 t: 36.9 N: 84 Keluar: TD:140/90 RR: 20 t: 36.2 N: 84	Awal: Abd. Pain Hipertensi Akhir: Hipertensi dispepsia Anemia Ischialgia	Asam urat (4 tahun) HT (4 tahun)	Captopril 1/2-0-1/2 HCT 1-0-0 obat tsb digunakn jika keluhan kam- buh kembali	-	Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Antalgin 3x1 Paracetamol (prm)3x1 Captopril 2x12.5mg HCT 1-0-0 Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 1 hari (hari ke-1) 3 hari(hari ke2-k4) 4 hari 4 hari 2 hari (hari k3-k4) 4 hari	
24	P24 60 th	Panas h-4,mual, pusing,nyeri ulu hati	Darah Rutin: AL 9 AE 4.6 Hb 12.6 HMT 39.1 AT 156 Urinalisa eritrosit 1-2 leukosit 1-2 epitel +	Masuk: TD:120/70 RR: 20 t: 37.4 N: 84 Keluar: TD:115/70 RR: 20 t: 36.4 N: 84	Awal: obs febris h-4 dispepsia susp DHF Akhir: Obs Febris susp c.cold dispepsia ISK	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prm)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 OBH Syr 3x1C CTM 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 1 hari (hari ke2) 2 hari	
25	P25 26 th	Panas,pusing,mual, muntah sejak 3 hr yll, Px sudah berobat	Urinalisa Keruh protein +1 eritrosit + Leukosit ++ epitel +	Masuk: TD:120/70 RR: 22 t: 38.9 N: 84 Keluar:	Awal: Febris H-3 Vomitus ISK Akhir: ISK dg	-	- Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan	-	Cotrimoxazole 2x2 Paracetamol (prm)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Ciprofloxacin2x500mg	3 hari(hari k1-k3) 7 hari 7 hari 7 hari 5 hari(hari k1-k5) 4 hari(hari k4-kk7)	mual b'kurang

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			Darah Rutin: Hb 10.3 g/dl HCT 31,6%	TD:110/70 RR: 20 t: 36.8 N: 84	Vomitus susp GEA Anemia Ringan		dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb		RL+metolon Hemafort 1x1	7 hari 2 hari(hari k6-k7)	
26	P26 72 th	Panas,batuk,pilek, perut sakit, mual ± 1 minggu Px sudah berobat	Darah Rutin: AL 11000/µl HCT 35%	Masuk: TD:130/80 RR: 20 t: 37.5 N: 80 Keluar: TD:125/80 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: Feb H7 dd TF ISPA Akhir: ISPA	-	- Px tidak mengetahui obat yang digunakan sebelumnya.	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 CTM 3x1 GG 3x1 Amoxicilin 3x500mg Infus RL 16-20tpm	4 hari 3 hari(hari k1-k3) 4 hari 4 hari 2 hari(hari k3-k4) 4 hari	
27	P27 35 th	Panas,mual,muntah, perut sakit ±5 hari	Darah Rutin: AL 3100/mmk Hb 10.8g/dl	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 37 N: 80 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36.2 N: 88	Awal: Dispepsia Akhir: Dispepsia Anemia Ringan	-	Parasetamol Antasid Tab putih kecil blt	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Ranitidine 2x1 Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
28	P28 43 th	Demam sudah 2 hr pusing, mual, pinggang kiri nyeri, BAK tidak lancar, mata tampak kuning	Urinalisa: Eritrosit + Leukosit ++ Epitel + SGOT 102,9	Masuk: TD: 130/80 RR: 20 t: 37.5 N: 89	Awal: Febris dispepsia icterik Akhir:	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			SGPT 70.8 HbsAg 0,39 Darah rutin: Hb 14 AL 16100	Keluar: TD: 110/80 RR: 18 t: 36.7 N: 84	ISK dispepsia obs icteric						
29	P29 85 th	Pegal di pinggang, lemes,pusing, gatal seluruh tubuh, perut sakit, tidk mau makan dan minum sejak 1 mngg yang lalu	Urinalisa eritrosit 0-2 leukosit 15-17 epitel +	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 36.8 N: 80 Keluar: TD:100/70 RR: 20 t: 36.3 N: 80	Awal: Cephalgia Anoreksia pd geriatri Urticaria Akhir Cephalgia Anoreksia pd geriatri Urticaria	Hemor- rhoid	- Px sebelumnya menggunakan ramuan jamu kunir+telur	Telur	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 CTM 3x1 Ranitidine 2x1 Amoxicilin 3x500mg Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k2-k3) 2 hari(hari k2-k3) 3 hari	
30	P30 45 th	Pusing cekot-cekot, mual, muntah.	Urinalisa Keruh eritrosit 1-2 leukosit 30-33 epitel +	Masuk: TD:140/70 RR: 20 t: 36 N: 80 Keluar: TD:120/70 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal: Vomitus Cephalgia Akhir: ISK	ISK	Procol (asetaminofen, PPA HCL, klorfeniramin maleat) digunakan 2 hari yang lalu	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Metoklopramid 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k2-k3) 3 hari	
31	P31 42 th	Demam 4 hari,lemas tidak mau makan. perut sakit. Sudah berobat.	Widal: TyH 1/320 TyO1/80 PAH 1/80	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 36.5	Awal: TF Akhir:	Maag	Paracetamol Antasid Amoxicilin Obat tsb diguna-		Paracetamol (prm) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 CTM 3x1	5 hari 5 hari 5 hari 3 hari(hari ke3-k5)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			PBH 1/320	N: 82 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36.7 N: 82	TF suspect. morbili		kan sampai habis 1 hari yang lalu		Kloramfenikol 4x500mg Vit. A 1x1 Bedak Salicyl 2xue Infus RL16-20tpm	5 hari 2 hari(hari k3-k4) 3 hari(hari ke3-k5) 4 hari(hari k1-k4)	
32	P32 30 th	Semalm BAB cair 3x, muntah 5x, mual, lemas.	-	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 36.5 N: 84 Keluar: TD:120/80 RR: 22 t: 36.7 N: 84	Awal: GEA dg vomitus Dispepsia Akhir: GEA dg Vomitus	Maag	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Ranitidine 2x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit ad libidum Domperidon 3x1 Paracetamol (pm) 3x1 RL+metolon Zink 1x1	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hr (hari k2-k3) 3 hari 1 hari (hari k1)	
33	P33 78 th	Diare 3hari,l/d (+), perut sakit,mual (-) demam.	Darah Rutin: Hb 11.9 AL 14000 HMT 38 Urinalisa eritrosit + leukosit ++ epitel + Feses Rutin eritrosit 1-2 leukosit +	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 37 N: 80 Keluar: TD:110/70 RR: 24 t: 36.9 N: 80	Awal: GEA Dispepsia Akhir: Disentri Dispepsia Anemia	-	Diapet (ekstrak)	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Oralit ad libidum Cotrimoxazole 2x2 Zink 1x1 Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	6 hari 6 hari 6 hari 6 hari 5 hari(hari k2-k6) 3 hari(hari k4-k6) 3 hari(hari k4-k6) 6 hari	
34	P34 23 th	Panas 5 hari, pusing, muntah(-), mual (+)	Darah Rutin: AT 136000	Masuk: TD:120/70	Awal: Febris	-	Paracetamol Antasid	-	Paracetamol (pm) 3x1 Vit B6 3x1	6 hari(hari k1-k6) 7 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			AL 3200 Urinalisa eritrosit 1-2 leukosit 2-3 epitel 0-1	RR: 20 t: 38.3 N: 80 Keluar: TD:110/70 RR: 2 t: 36.6 N: 80	Akhir: Feb. dd DF		Vitamin		Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	7 hari 6 hari(hari k1-k6)	
35	P35 60 th	Pusing sejak pagi, mual, muntah 2x	KGDS 185 Hb 12.7 Leukosit 3800 Urinalisa Glukosa +1 epitel 0-1	Masuk: TD:210/100 RR: 20 t: 36.6 N: 80 Keluar: TD: 170/90 RR: 22 t: 36.5 N: 85	Awal: Hipertensi Berrat Dispepsia Akhir: HT st 2 DM Dispepsia C. cold	HT DM	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Captopril 2x25mg HCT 1-0-0 Infus RL 16-20tpm Efedrin 3x1 CTM 3x1 Glibenklamid 1x1 Metformin 2x1 Nifedipine sublingual	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari (hari k2-k3) 1 hari (hari k1) 1 hari (hari k1) 1 hari (hari k1) 1x	
36	P36 68 th	Keringat dingin sejak pagi, pusing, mual demam sejak 2 hari yang lalu, nyeri ulu hati. Px sudah berobat	Hb 11.4 Leukosit 12400 HMT 35%	Masuk: TD:90/70 RR: 22 t: 36.2 N: 76 Keluar: TD: 100/70 RR: 20 t: 36.1 N: 80	Awal: Febris H2 dg leukositosis Dispepsia susp anemia Akhir: Febris H2 dg leukositosis Dispepsia susp anemia	-	Triocid (Al-hidroksida, Mg-hidroksid, simetikon) Metoklopramid Kedua obat tsb baru digunakan 1x hari kemarin.	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Amoxicilin 3x500mg Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	1 hari (hari k1) 5 hari 5 hari 5 hari 2 hari (hari k4-k5) 5 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
37	P37 58 th	Muntah sudah 4 hari >10x/hari, pusing, buyar, diare >2x l/d (-) perut sakit	Feses Rutin eritrosit 0-2 leukosit 2-4 Urinalisa Keruh eritrosit 1-2 Leukosit 14-16 epitel 2-4	Masuk: TD:100/80 RR: 20 t: 37.3 N: 80 Keluar: TD:100/70 RR: 20 t: 36.6 N: 80	Awal: Obs. Vomits dd dispepsia, GEA, ISK Akhir: GEA m'baik ISK m'baik Dispepsia susp.Vertigo	Asma	- Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb	-	Paracetamol (prn) 3x1 Oralit ad libidum Metoklopramid 3x1 Amoxicilin 3x500mg OBH 3x1C Ciprofloxacin 2x500mg Omeprazole 1x1 Gastucid 3x1C Ranitidine 2x1 Dimenhidrinat 3x1 RL+metalon	7 hari 6 hari(hari k1-k6) 3 hari(hari k1-k3) 3 hari(hari k1-k3) 5 hari(hari k3-k7) 4 hari(hari k4-k7) 1 hari(hari ke-7) 7 hari 7 hari 3 hari(hari k5-k7) 7 hari	
38	P38 23 th	Diare >20x, l/d (+), muntah (+) Perut mulas.	Feses Rutin eritrosit + leukosit + Urinalisa Keruh eritrosit 0-1 Leukosit 0-2 epitel 10-12 granula 0-1 protein +1 Darah Rutin: Hb 11.8 AL 5100 HMT 36%	Masuk: TD:120/80 RR: 22 t: 36.4 N: 80 Keluar: TD: 110/7 RR: 19 t: 36.7 N: 82	Awal: susp.Disentri vomitus Akhir: Disentri Vomitus	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn) 3x1 Oralit ad libidum Metoklopramid 3x1 Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infua RL 16-20tpm	5 hari 5 hari 2 hari (hari k1-k2) 5 hari 5 hari 5 hari	mual b'kurang
39	P39 58 th	Pusing, perut sakit terasa melilit	Urinalisa Keruh eritrosit 0-1 leukosit 1-2	Masuk: TD:190/100 RR: 20 t: 36.3	Awal: Abd. pain HT Akhir:	HT (1 tahun)	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya, obat	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			epitel + bakteri + Darah Rutin: Hb 13.5 AL 10300 HMT 42	N: 84 Keluar: TD:150/90 RR: 20 t: 36.3 N: 78	HT Dispepsia		antihipertensi tidak rutin dikonsumsi, minum jika kambuh saja)		Captopril 2x25mg Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari	
40	P40 21 th	Panas,mual,pusing, perut sakit Px sudah berobat tp keluhan tidak berkurang.	Darah Rutin: AT 80.000/µl AL 3600/µl	Masuk: TD:140/90 RR: 22 t: 39.1 N: 80 Keluar: TD: 130/80 RR: 20 t: 38.5 N: 88	Awal: Febris H4 Akhir: Febris susp DHF	-	- Px dan keluarga tidak mengetahui riwayat obat yang sebelumnya digunakan dan lupa untuk menyebutkan bentuk sediaan obat tsb	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	
41	P41 85 th	Pusing, cengeng, mual, muntah, batuk. berdahak.	Urinalisa eritrosit + leukosit ++ epitel + Darah Rutin: AE 3.91 Hb 10.7 HCT 34.6%	Masuk: TD:190/100 RR: 20 t: 36.5 N: 80 Keluar: TD: 150/90 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: Hipertensi Dispepsia Akhir: Hipertensi Dispepsia ISK Anemia	HT ISK (5 tahun) Maag (3 tahun)	tab bulet besr ptih Antasid kuning kecil tab bulet besr ptih Sudah habis dalam 2 hari (terakhir 6 hari yang lalu)	-	Paracetamol (prn)3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Captopril 2x25 mg HCT 1-0-0 GG 3x1 Hemafort 1x1 Nifedipine Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	6 hari 6 hari 6 hari 6 hari 6 hari 6 hari 5 hari (hari k2-k6) 1x (hari k3) 5 hari (hari k2-k6) 6 hari	
42	P42 22 th	Panas H4, kembung, pusing berputar, mual, batuk.	Darah Rutin: AT 104.000/µl AL 2300/µl	Masuk: TD:110/70 RR: 24	Awal: Febris h4 Dispepsia	Maag	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat	-	Paracetamol (prn)3x1 Vit B6 3x1 Dimenhidrinat 3x1	4 hari 4 hari 3 hari (hari k2-k4)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				t: 40.4 N: 100 Keluar: TD: 100/70 RR: 22 t: 36.7 N: 84	susp vertigo Akhir: DF		sebelumnya).		Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari	
43	P43 55 th	BAB cair 3x, l/d(-), kekuningan, bau busuk (-) perut nyeri, pusing berputar bila duduk,	-	Masuk: TD:180/100 RR: 22 t: 36.8 N: 86 Keluar: TD:170/110 RR: 20 t: 37 N: 84	Awal HT st II Cephalgia GEA Akhir: HT st II Cephalgia GEA	Maag RPK: Ibu + HT	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Ranitidine 2x1 Captopril2x25mg HCT 1/2-0-0 Antasid (ac) 3x1 Zink 1x1 Oralit ad libidum RL tab P.C	2 hari 1 hari (hari ke-1) 2 hari 2 hari 1 hari (hari ke2) 1 hari (hari ke-2) 2 hari 1x	
44	P44 62 th	panas, 8 hari yll, perut sakit, mual(-), pusing (+)	-	Masuk: TD:155/100 RR: 24 t: 36 N: 64 Keluar: TD: 100/70 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal FebH8 dd TF HT st 1 dispepsia Akhir: HT terkon- trol dispepsia Febris	-	Paracetamol Klorampenicol Antasid Obat penenang Digunakan sudah 5 hari sbebelum ranap	Tetra- siklin Gol. sulfa	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 HCT 1-0-0 HCT 1/2-0-0 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 1 hari (hari k-1) 2 hari (hari k2-k3) 3 hari	
45	P45 50 th	Demam 4 hari, mual, muntah, keringat	Darah Rutin: AT: 103000	Masuk: TD:130/90	Awal Febris H4	Maag	- (Tidak ada riwayat	-	Paracetamol (prm) 3x1 Vit B6 3x1	2 hari 2 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		dingin, nyeri ulu hati, BAB cair 1x, pusing, perut sakit.	Hb 14.2 HCT 44%	RR: 20 t: 39 N: 96 Keluar: TD:130/90 RR: 20 t: 38.5 N: 92	Dispepsia Psikosoma- tis Akhir: Feb dd DHF Dispepsia Psikosoma- tis		penggunaan obat sebelumnya).		Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari	
46	P46 29 th	Panas 2hari,pusing, perut dan pinggang kanan sakit, mual, muntah 2x/hari	-	Masuk: TD:110/70 RR: 24 t: 38.5 N: 86 Keluar: TD:110/70 RR: 22 t: 37 N: 82	Awal: Febris.H2 susp. ISK dd urolithiasis Akhir: Feb, vomitus	-	Antangin Cair Bodrex Kedua obat tsb baru digunakan 1x	-	Paracetamol (pm) 3x1 Metoklopramid 3x1 Domperidone Infus RL 16-20tpm	6 hari 4hari (hari k1-k4) 2 hari(hari k5-k6) 6 hari	kurang efektif
47	P47 75 th	BAB cair 6 hari,10x/hr l/d (-), ulu hati terkadang perih, mual & muntah (-), pusing.	Feses Rutin: Tidak ada Urinalisa Eritrosit 1-3 Leukosit 7-12 epitel +	Masuk: TD:120/70 RR: 22 t: 36.8 N: 72 Keluar: TD:130/70 RR: 24 t: 36.8 N: 80	Awal: DM:GEA susp, amoe- biosis dispepsia Akhir: Amebiosis Dispepsia	-	-	-	Paracetamol Zink Oralit Metronidazole Ranitidine RL	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
48	P48 31 th	Panas ±5 hari, lemes, perut kadang2 perih, dan muntah (-) mual, pusing.	-	Masuk: TD:100/60 RR: 20 t: 36 N: 80 Keluar: TD: 110/80 RR: 22 t: 36 N: 82	Awal: obs febris h5 dispepsia Akhir: Febris Dispepsia	-	Paracetamol Antasid tab kecil putih tab kecil kuning Obat-obat tsb baru digunakan 2x	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
49	P49 51 th	BAB cair sejak 1 mngu yang lalu, sehari >6x/hari, lendir (+), darah (+), perut nyeri melilit	Feses Rutin: Sisa Daging + eritrosit 0-1	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 35.7 N: 64 Keluar: TD:110/70 RR: 21 t: 36.3 N: 80	Awal: Disentri Akhir: Disentri	-	Diapet (2x hari k1) Paracetamol Antasid Vit. B6 Oralit Antibiotik, tab besar putih 2x2 sudah digunakan selama 4 hari	-	Paracetamol (prn) 3x1 Zink 1x1 Oralit ad libidum Ciprofloxasin 2x500mg Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
50	P50 39 th	mual dan muntah setiap ma/mi, pusing, Px sudah berobat	-	Masuk: TD:120/90 RR: 20 t: 36.8 N: 80 Keluar: TD:140/80 RR: 20 t: 36.5, N:80	Awal: Feb. h5 dg vmitus dd TF dispepsia Akhir: Febris H7 Dispepsia	Urolithiasis	- Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
51	P51 72 th	BAB cair $\geq 5x$,perut panas jika mau BAK, mual (+), muntah (-), batuk (+)	Urinalisa Eritrosit 1-3 Leukosit 2-6 epitel ++ Feses Rutin: Eritrosit 0-2 Leukosit 1-2	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 36.6 N: 82 Keluar: TD: 100/60 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal: GEA susp.ISK dispepsia bronkhitis Akhir: Disentri Kronis	-	Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit ad libidum GG 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	5 hari 5 hari 2 hari (hari k1-k2) 5 hari 2 hari (hari k1-k2) 5 hari 5 hari	sudah tdk batuk
52	P52 27 th	Demam 7 hr,lemes,pusing nyeri perut.	Urinalisa Eritrosit 2-4 Leukosit 2-4 epitel +	Masuk: TD:120/90 RR: 20 t: 37 N: 94 Keluar: TD:100/70 RR: 22 t: 38.8 N: 88	Awal: Febris H7 dd TF dispepsia Akhir: Febris H9 dd ISK,TF Limfademits dd Serafuloderma Dispepsia	-	Paracetamol Antasid tab kuning kecil kaplet warna pink digunakan selama 5 hari	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm Cotrimoxazole 2x2	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k2-k3)	
53	P53 21 th	Panas, pusing, mual, muntah, muka bengkak, rash sebelumnya ganti Kosmetik	-	Masuk: TD:110/80 RR: 20 t: 39.5 N: 80 Keluar: TD:110/70 RR: 22 t: 39.5,N:88	Awal: Febris H2 dd susp. morbili Akhir: DB Drug/cosmetic eruption ISK	-	Paracetamol CTM Ampisilin	-	Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit A 1x1 Infus RL 16-20tpm Prednison	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 1 hari(hari k2)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
54	P54 32 th	pusing berputar, mual, perut sakit, Lemas	Darah Rutin: AT 28000 Hb 13.9 HCT 43%	Masuk: TD:90/60 RR: 22 t: 35.5 N: 76 Keluar: TD: 120/80 RR: 20 t: 36.2 N: 84	Awal: Vertigo Akhir: DB Vertigo	Maag HT	bulet putih besar bulet kuning kecil oren lnjong kcl coklat-> dikunyah Digunakan 2 hari putih besar bulat putih lonjong putih besar bulat Tonikum bayer vatigon digunakan 1x		Paracetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
55	P55 50 th	mual dan muntah pusing,lemah,nyeri ulu hati, batuk ber- dahak.	Widal: TyH (-) TyO 1/80 PAH (-) PBH (-)	Masuk: TD:110/70 RR: 24 t: 38.4 N: 80 Keluar: TD:100/60 RR: 21 t: 36.5 N: 80	Awal: Febris H7 Dispepsia dg vomitus Caugh Cephalgia Akhir: TF, dispepsia	-	Panadol Paracetamol GG Vitamin Amoxicilin Habis dalam 3 hari (kemarin)		Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Ranitidine 2x1 Kloramfenikol 4x0,5g Hemafort 2x1 RL + metalon	7 hari 7 hari 7 hari 3 hari (hari k5-k7) 3 hari (hari k5-k7) 1 hari 7 hari	u/ terapi TF
56	P56 53 th	sesek, batuk,pusing, nyeri ulu hati, pasca erupsi merapi sering deg-degan	Hb 7,69 g/dl	Masuk: TD:110/80 RR: 20 t: 36.3 N: 68 Keluar: TD: 100/70 RR: 20	Awal: Dispepsia Psikosomtis Cough Akhir: Anemia sedang Psikosomtis	Maag	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 OBH 3x1C Infus RL 16-20 tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				t: 36.3 N: 80							
57	P57 60 th	perut sakit, mual dan muntah setiap ma/mi		Masuk: TD:140/80 RR: 20 t: 36 N: 80 Keluar: TD: 180/90 RR: 20 t: 37 N: 80	Awal: Dispepsia susp. ISK HT st 1 Akhir: Dispepsia ISK HT st 1	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramide 3x1 Captopril 2x25mg Cotrimoxazole 2x2 Vetivorm 3x1 Infus RL 16-20 tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	
58	P58 30 th	BAB cair >5x, muntah 5x, mual, pusing, muncul bintik-bintik kemerahan di seluruh tubuh.	Urinalisa: eritrosit ++ Leukosit 2-4 epitel + bakteri + Fese Rutin sisa tumbuhan + eritrosit 0-1 leukosit 0-2	Masuk: TD:120/80 RR: 22 t: 36 N: 84 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.5 N: 84	Awal: GEA Akhir: susp morbili Disentri ISK	-	CTM (2 hari) Pamol (2 hari) Amoxicilin (1 hari) GG (1 hari) obt radang tab putih kecil (1 hari) Pamol (1 hari)	-	Paracetamol (prm) 3x1 Metoklopramide 3x1 Vitamin A 1x1 Oralit ad libidum GG 3x1 Cotrimoxazole 2x2 CTM 3x1 Salisil Talk 2 ddue Infus RL 16-20 tpm	5 hari 4 hari (hari k1-k4) 4 hari (hari k1-k4) 4 hari (hari k1-k4) 4 hari (hari k2-k5) 4 hari (hari k2-k5) 4 hari (hari k2-k5) 4 hari (hari k2-k5) 5 hari	mual b'kurang
59	P59 40 th	demam 2 hari, pusing, buyer, mual, muntah persendian nyeri, nafsu makan turun.	Urinalisa: eritrosit 2-4 leukosit 13-15 epitel +	Masuk: TD:110/70 RR: 26 t: 40.4 N: 118 Keluar: TD: 110/70	Awal: Febris H2 Akhir: ISK	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (prm) 3x1 Metoklopramide 3x1 Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20 tpm	5 hari 4 hari(hari k1-k4) 4 hari(hari k1-k4) 4 hari(hari k2-k5) 4 hari(hari k1-k4)	mual b'kurang

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				RR: 20 t: 36.5 N: 80							
60	P60 52 th	BAB cair tak terhitung sejak semalam, muntah 9x, mual, pusing, perut sakit, melilit.	Urinalisa: eritrosit 1-2 leukosit 1-3 epitel 0-1 kristal + keruh Feses Rutin: sisa lemak + eritrosit 1-2 leukosit 0-1	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 37.5 N: 84 Keluar: TD:120/70 RR: 20 t: 36.3 N: 80	Awal: Dispepsia Urolithiasis Akhir: Dispepsia Urolithiasis	Maag (2,5 th)	Tetrasiklin HCL Loperamid HCL tab kuning kecil tab pink kecil Obat-obat tsb digunakan 2x terakhir 1 hari yang lalu.	-	Paracetamol (prm) 3x1 Metoklopramide 3x1 Vit B6 3x1 Ranitidine 2x1 Oralit ad libidum Nefrolit 2x1 Antasid (ac) 3x1 Infus RL 16-20 tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari	
61	P61 54 th	muntah >5x sejak semalam, mual, perut sakit, tidak mau makan sejak 2 hari yang lalu.	-	Masuk: TD:110/70 RR: 22 t: 36.3 N: 82 Keluar: TD: 90/60 RR: 20 t: 37 N: 79	Awal: Dispepsia dg vomitus Akhir: Dispepsia dg vomitus Febris h2 jaundice e/c susp hepatitis		Bodrek Promag digunakan tadi pagi 1x	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramide 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	
62	P62 43 th	BAB cair ±6x sejak semalam, lendir (+), darah (-),kecoklatan, perut sakit, perih.	Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 1-2 epitel + keruh Feses Rutin:	Masuk: TD:110/70 RR: 20 t: 39.2 N: 116 Keluar:	Awal: GEA Febris h1 Akhir: Dispepsia Disentri	Maag (5 tahun)	Parasetamol Antasid Vitamin obat tsb digunakn 3 hari, paginya mengguna	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Oralit ad libidum Metoklopramide 3x1 Cotrimoxazole 2x2	5 hari 5 hari 5 hari 2 hari (hari k1-k2) 2 hari (hari2-k3) 2 hari 9hari k4-k5)	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			eritrosit ++ leukosit +	TD: 100/70 RR: 20 t: 36 N: 80			kan obat yang sama 1x, malam rabu diare cair, mual muntah		Infus RL 16-20tpm	4 hari (hari k1-k4)	
63	P63 53th	BAB cair ±8x, l/d (-), muntah (-), pusing, mulas.	Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 2-4 epitel ++ Feses Rutin: eritrosit 1-2 leukosit 1-2 Sisa tumbuhan +	Masuk: TD:160/110 RR: 16 t: 37.6 N: 81 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal: GEA,HT Akhir: GEA,HT, Febris	asam urat (5 tahun) HT	Klonidin2x0.15mg Tab.ptih Injong bsr Tab. Pth kecil bndr tab hijau besar tab. Putih bundar	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Oralit ad libidum Captopril 2x25mg HCT 1-0-0 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 2 hari (hari k3-k4) 4 hari	
64	P64 45 th	panas ±6hari, mual, nafsu makan turun, pusing	Widal: TyH (-) TyO 1/60 PAH (-) PBH 1/60 Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 1-2 epitel 1-2 Feses Rutin: eritrosit 0-1 leukosit 0-1 Sisa tumbuhan+	Masuk: TD:100/70 RR: 26 t: 38 N: 84 Keluar: TD: 90/70 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: Febris H6 Vomitus Akhir: susp. TF		tab kning bndr bsr tab kecil putih tab Injong kcl knng tab putih besar 2x2 (digunakan 5 hari yll, selama 2 hari) sakatonik 3x1 (digunakan 1 hari) Obat diare hijau kecil lonjong bntk2 wrn-wrni putih kecil bulat lonjong putih besar diminum 2 hari Oralit	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Metoklopramide 3x1 Ranitidine 2x1 Zink 1x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (harik2-k4) 1 x (hari k2) 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
							antasid Parasetamol Zink				
65	P65 50 th	BAB cair ±4x, mual, muntah 1x, pusing	KGDS 186 Urinalisa: eritrosit 0-2 leukosit 15-20 epitel + Protein +1 Glukosa +2 Kristal - bakteri ++	Masuk: TD:120/80 RR: 21 t: 36.4 N: 82 Keluar: TD: 130/80 RR: 20 t: 36.3 N: 80	Awal: GEA Dispepsia DM Akhir: GEA HT DM	DM (5 tahun) Maag HT	Loperamid HCL Tab. Pink lnjng kecil tab hijau blat sdng tab kuning kecil tab knng lnjng bsr (digunakan 1x, pagi hari) Glibenklamid Metformin (sudah 5 tahun)	-	Zink 1x1 Oralit ad libidum Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Captopril 2x25mg HCT 1-0-0 Glibenklamid Infus RL 16-20tpm	3 hari 2 hari(hari k1-k2) 3 hari 2 hari(hari k1-k2) 3 hari 2 hari(hari k2-k3) 2 hari(hari k2-k3) 3 hari 3 hari	
66	P66 54 th	demam sejak 2 hari yang lalu, pusing, mual	Darah Rutin: AT 88000/µl	Masuk: TD:120/80 RR: 21 t: 36.4 N: 82 Keluar: TD: 100/70 RR: 20 t: 39.3 N: 82	Awal: Febris Akhir: Febris susp DHF	Maag	Parasetamol INZA Digunakan selama 2 hari	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari	
67	P67 44 th	nyeri perut hilang timbul 1 mgg yang ll hingga kemarin BAB cair >5x/hari, hari ini sudah tidak BAB cair tapi ma/mi turun,	Urinalisa: eritrosit 1-2 leukosit 2-4 epitel +	Masuk: TD:130/80 RR: 20 t: 36.5 N: 80 Keluar:	Awal: GEA Akhir: GEA, Dispepsia	-	tab putih pnjg bsar pink kecil bulat obat maag obat tidur-> kunng lnjng kecil diguanakn 1 hari,	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Ranitidine 2x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		pusing.		TD: 120/80 RR: 20 t: 36 N: 80			3 hari yang lalau.				
68	P68 19 th	demam sejak 3 hari yang lalu,mual.	Darah Rutin: AL 3000/ μ l AT 129000/ μ l	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 36.5 N: 84 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: Obs febris h3 dg trombo-sitopenia Akhir: DHF	-	Ampisilin Parasetamol Antasid sudah habis dlm 3-4 hari, terakhir kemarin	-	Paracetamol (prm) 3x1 Vit B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari	
69	P69 35 th	pusing sejak kemarin berputar, pingsan 1x, mual,	-	Masuk: TD: 140/90 RR: 20 t: 36 N: 81 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: Vertigo Akhir: Vertigo	-	Decolgen Panadol baru digunakan 1x pada hari kemarin	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Dimenhidrinat 3x1	2 hari 2 hari 2 hari	
70	P70 39 th	Mual, muntah \geq 5x, perut terasa penuh menekan ke ulu hati selama 1 mgg	-	Masuk: TD:110/70 RR: 21 t: - N: 84	Awal: Dispepsia dg vomitus Akhir: Dispepsia	-	Vitonal AB 2x1 ->bungkus warna ungu Parasetamol Antasid		Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Metoklopramide 3x1 Vit B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				Keluar: TD: 105/70 RR: 20 t: 36.6 N: 80			tab knng bndr bsar > anti emetik obat batuk kering dan flu (diminum 2 hari)				
71	P71 60 th	BAB cair dan muntah tak terhitung, mual, perut mulas.	Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 7-10 epitel + Feses Rutin: eritrosit + leukosit ++	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 36.5 N: 76 Keluar: TD: 110/80 RR: 26 t: 37.5 N: 84	Awal: GEA dg vomitus susp disentri susp amoebi- osis Akhir: Disentri ISK Asma	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paracetamol (pm) 3x1 Metoklopramide 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm Nebulizer (ventolin+flioxhae)	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 2 hari 1 hari (hari ke 2)	
72	P72 20 th	Demam 7 hari, mual, pusing, demam terutama pada malam hari	Widal: TyH 1/160 TyO 1/160 PAH (-) PBH 1/160 Darah Rutin: AT 125000/ μ l	Masuk: TD:120/80 RR: 22 t: 37.5 N: 78 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.3 N: 80	Awal: Febris dg nausea dg trombo- sitopenia susp TF Akhir: Tyfoid Fever	-	Parasetamol CTM Tab putih kecil putih lonjong (digunakan 2x) 1 hari kemarin	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Kloramfenikol 4x0,5g Ciprofloksasin 2x0,5g Infus RL 16-20tpm	7 hari 7 hari 7 hari 5 hari (hari k1-k5) 2 hari (hari k6-k7) 6 hari (hari k1-k6)	kurang efektif
73	P73 60 th	nyeri perut sejak 3 hari yang lalu, mual, BAB cair 3x/hari,	Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 0-1	Masuk: TD:180/100 RR: 16	Awal: GEA dg dispe sia, HT st II	HT	- Px tidak dapat menyebutkan	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1	4 hari 4 hari 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		lendir(-), darah (-)	epite; + Feses Rutin: eritrosit 0-1 leukosit 0-1	t: 35.7 N: 75 Keluar: TD: 130/80 RR: 20 t: 36 N: 80	susp TF Akhir: Disentri ISK HT st 2		obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.		Ranitidine 2x1 HCT 1-0-0 Captopril 2x25mg Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (hari k2-k4) 4 hari	
74	P74 40 th	pusing,berputar,mual, perut sakit sejak 6 hari yang lalu, hari ini muntah2	Urinalisa: Eritrosit + Leukosit + Epitel + Ca Oksalat 4-6	Masuk: TD:130/80 RR: 23 t: 36.7 N: 88 Keluar: TD: 120/80 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: Vertigo Dispepsia Akhir: Vertigo Dispepsia Urolithiasis ISK	-	- Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Dimenhidrinat 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Nefrolit 2x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 2 hari(hari k3-k4) 2 hari(hari k3-k4) 4 hari	
75	P75 68 th	BAB cair >20x/hari, tiap minum langsung BAB. L/D (-), bau busuk (-)	Urinalisa: eritrosit 0-2 leukosit + epitel + bakteri + Feses Rutin: eritrosit + leukosit +	Masuk: TD:120/80 RR: 21 t: 36.3 N: 82 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: GEA Dispepsia Akhir: Disentri ISK	Infeksi Kandung Kemih (1 tahun) Maag	Parasetamol Antasid Ranitidine digunakan pagi hari baru 1 x	-	Antasid (ac) 3x1 Ranitidin 2x1 Metoklopramid 3x1 Vitamin B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Oralit ad libidum Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (hari k2-k4) 4 hari 4 hari	
76	P76 54 th	Panas sudah 7 hari, pusing berputar,	Urinalisa: eritrosit 0-2	Masuk: TD:110/70	Awal: Febris	-	-	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1	7 hari 7 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		mual, muntah	leukosit 3-5 epitel 3-5 Feses Rutin: eritrosit 0-1 leukosit 0-1 Sisa tumbuhan +	RR: 20 t: 38.2 N: 84 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.3 N: 82	Vertigo Akhir: ISK vomitus Dispepsia		Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.		Vit B6 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Ciprofloksasin 2x0,5g Infus RL 16-20tpm	7 hari 5 hari (hari k3-k7) 1 hari (hari k7) 7 hari	
77	P77 40 th	Perut sakit (+), mual (-), muntah (-)	-	Masuk: TD: 110/70 RR: 22 t: 36.6 N: 80 Keluar: TD: 110/70 RR: 20 t: 36.6 N: 80	Awal: GEA Akhir: GEA ISK		Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.		Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Oralit ad libidum Cotrimoxazole 2x2	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
78	P78 39 th	Demam 3 hari yang lalu, muntah 6x, pusing	Urinalisa: Eritrosit 0-1 Leukosit 10-12 Epitel 2-4	Masuk: TD:100/70 RR: 20 t: 38 N: 80 Keluar: TD:110/80 RR: 20 t: 36.3 N: 78	Awal: Febris Vomitus Akhir: ISK	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prm) 3x1 Vitamin B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Metoklopramid 3x1 Danalgin Infus RL 16-20tpm	5 hari (hari k1-k5) 5 hari (hari k1-k5) 6 hari 4 hari (hari k3-k6) 1 hari (hari k6) 1 hari (hari k6) 6 hari	panas berkurang u/ ISK

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
79	P79 63th	Panas, pusing sudah 10 hari, mual dan muntah tidak ada.	-	Masuk: TD: 90/60 RR: 20 t: 37.5 N: 76 Keluar: TD: 100/70 RR: 20 t: 36 N: 89	Awal: Febris Akhir: Febris	-	Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.	-	Paracetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
80	P80 30 th	Pusing brputar 2 hr, mual, muntah, perut sakit, lutut nyeri	Urinalisa: Keruh Protein +1 Eritrosit 0-2 Leukosit 13-15 Epitel 2-4	Masuk: TD:90/70 RR: 20 t: 36.9 N: 84 Keluar: TD: 90/60 RR: 20 t: 37 N: 80	Awal: Feb dd ISK Vertigo Gout Akhir: ISK dg prote- inurea Vertigo Gout	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Dimenhidrinat 3x1 Alupurinol 1-0-0 Cotrimoxazole 2x2 Mertigo 3x1 Infus RL 16-20tpm	6 hari 6 hari 3 hari (hari k1-k3) 6 hari 6 hari 3 hari (hari k4-k6) 6 hari	mual b'kurang
81	P81 41 th	Demam 3 hari,pusing, mual, muntah 1x, menggigil,batuk, sesak nafas.	Urinalisa: Keruh Eritrosit + Leukosit + Epitel +	Masuk: TD: 120/80 RR: 22 t: 39.1 N: 100 Keluar: TD: 120/80 RR: 20 t: 36.8,N:80	Awal: Febris Vomitus Dispepsia Akhir: Dispepsia ISK	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 GG 3x1 Salbutamol 3x2mg Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 1 hari (hari k1) 1 hari (hari k3) 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
82	P82 55 th	Perut sakit (+), BAB cair 3x	Feses Rutin: eritrosit + leukosit +	Masuk: TD: 110/60 RR: 20 t: 36.2 N: 80 Keluar: TD: 120/70 RR: 20 t: 36.6 N: 82	Awal: GEA Akhir: Disentri	Maag HT 3 th	Ranitidin Metronidazole Trianta (Al-hidrokside gel, magnesium hidrokside, simeticon) ANtiHT(bulat putih kecil)	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vertivorm 3x1 Oralit ad libidum Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
83	P83 24 th	Panas ±6hari,pusing, mual,mengigil	-	Masuk: TD:120/70 RR: 22 t: 39.1 N: 96 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36.8 N: 80	Awal: Febris Akhir: Febris Dispepsia	-	Px tidak dapat menyebutkan obat yang telah digunakan, baik dari bentuk obat.	-	Parasetamol (prn) 3x1 Vitamin B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Amoxicilin 3x500mg Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	7 hari 7 hari 5 hari (hari k3-k7) 4 hari (hari k4-k7) 4 hari (hari k4-k7) 1 hari (hari ke 7) 7 hari	
84	P84 38 th	Panas sudah 4 hari, pusing, batuk, pilek, mual, muntah 10x, lemas	Urinalisa: Keruh Eritrosit 0-2 Leukosit 1-2 Epitel + Kristal amorf ++ Widal: TyH & Ty O 1/80	Masuk: TD:110/80 RR: 22 t: 39.1 N: 96 Keluar: TD:120/80 RR: 20	Awal: Febris Vomitus Akhir: TF Urolithiasis		(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Metoklopramid 3x1 Nefrolit 2x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (hari k2-k4) 3 hari (hari k2-k4) 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			PAH 1/80 PBH 1/320	t: 36.8 N: 80							
85	P85 54 th	Muntah sejak malam >5x/hari, tidak bisa tidur.		Masuk: TD:140/80 RR: 22 t: 37 N: 80 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36.8 N: 80	Awal: DM Vomitus Akhir: DM Vomitus	DM	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Metoklopramid 3x1 Glibenklamid 1-0-0 Hemafort 1x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	
86	P86 24 th	BAB cair >10x, muntah setiap makan/minum, sejak kemrin BAB Lendir/darah (-) warna hitam,	Feses Rutin: Eritrosit 0-2 Leukosit 2-4	Masuk: TD:120/70 RR: 22 t: 39.1 N: 96 Keluar: TD:110/70 RR: 20 t: 36.8 N: 79	Awal: GEA Vomitus Akhir: GEA Vomitus Disentri	-	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Paesetamol (prm) 3x1 Metoklopramid 3x1 Oralit ad libidum Ciprofloksasin 2x0,5g Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 1 hari (hari k2) 2 hari	
87	P87 55 th	Demam 2 minggu kadang btuk brdahak lemas, pusing, sakit perut.	Widal: TyH (-) TyO (-) PAH 1/80 PBH 1/160	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 38.6 N: 94	Awal: Febris e.c. TF Dispepsia Cough	-	- Px lupa akan obat yang sebelumnya digunakan, dan juga lupa untuk menyebutkan	-	Parasetamol (prm) 3x1 GG 3x1 Antasid (ac) 3x1 Ranitidine 2x1 Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	7 hari 7 hari 7 hari 7 hari 7 hari 7 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				Keluar: TD: 120/80 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Akhir: Tyfoid Fever Dispepsia Cough		bentuknya.				
88	P88 65 th	BAB cair sudah 3 hr, perut sakit, mual.	Urinalisa: eritrosit 0-1 leukosit 10-13 epitel 3-5 Feses Rutin: eritrosit 0-1 leukosit 13-15 Darah Rutin: Hb 9,8 g/dl	Masuk: TD:130/80 RR: 20 t: 36 N: 80 Keluar: TD: 160/70 RR: 20 t: 36.5 N: 78	Awal: GEA e.c disentri Anemia ISK Akhir: Disentri Anemia ISK	Maag	Obat diare (tab putih kecil blt) Mual (tab. Warna hijau) Paracetamol Obat sudah habis dlm 3-4 hari, terak- hir kemarin.	-	Paracetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Oralit ad libidum Hemafort 1x1 Ciprofloksasin 2x0,5g Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 1 hari (hari ke1) 2 hari 2 hari 2 hari	
89	P89 58 th	agak sesek, nyeri perut jika berbaring, batuk berdahak, panas 4 hari	-	Masuk: TD:120/80 RR: 27 t: 37 N: 128 Keluar: TD: 130/90 RR: 20 t: 36 N: 82	Awal: Dipsnea dd asma bronkhial HT trkontrol Obs. Abd. Pain Akhir: Bronkhitis Asmatis HT terkontrol Abd. Pain	Asma HT	-	-	Paracetamol (pm) 3x1 GG 3x1 Salbutamol 3x4mg HCT 1-0-0 Amoxicilin 3x500mg Infus RL 16-20tpm O2 pm Captopril 1/2-0-1/2	3 hari 3 hari 3 hari 2 hari (hari k2-k3) 2 hari (hari k2-k3) 3 hari 2 hari(hari k1-k2) 2 hari (hari k2-k3)	
90	P90 25 th	muntah, pusing, muter, herpes 3 hari	-	Masuk: TD:110/80 RR: 22 t: 37.2	Awal: Herpes Zooster	-	salep hidrokortison tab orange kecil tab kuning besar	-	Acyclovir5x800mg Acyclovir salf 2dd ue Parasetamol (pm) 3x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

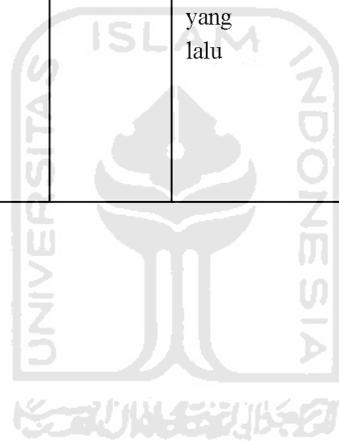
No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
				N: 84 Keluar: TD: 110/80 RR: 20 t: 36 N: 81	Akhir: Herpes Zooster						
91	P91 18 th	muntah >10x, mual,pusing.	Urinalisa: eritrosit 0-2 leukosit 10-25 epitel 1-2	Masuk: TD:110/70 RR: 18 t: 36.5 N: 84 Keluar: TD: 110/80 RR: 20 t: 36 N: 82	Awal: Vomitus Akhir: Vomitus e.c ISK	-	(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Metoklopramide 3x1 Vit B6 3x1 Parasetamol (pm) 3x1 Cotrimoxazole 2x2 RL+metolon Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k2-k3) 1 hari(hari ke 1) 2 hari(hari k2-k3)	
92	P92 41 th	Sakit perut pada ulu hati ± 2minggu, muntah sehari >4x, mual, lemas	Darah Rutin: AL 20.000	Masuk: TD:120/80 RR: 20 t: 36 N: 82 Keluar: TD:120/80 RR: 20 t: 36 N: 82	Awal: Abd. Pain Vomitus Akhir: Dispepsia dg vomitus	-	ijo mda blat bsr ijo tua bulat kecil putih bulat besar	-	Parasetamol (pm) 3x1 Metoklopramide 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1 Ranitidine 2x1 Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari(hari k2-k3) 2 hari (hari k1-k2)	
93	P93 65 th	Kepala pusing buyer, berputar, muntah 3x, mual.	Urinalisa: Eritrosit + Leukosit 4-6	Masuk: TD:170/100 RR: 22	Awal: Vertigo Vomitus	HT Maag	orange lonjong kcl putih lonjong kecil kuning lonjong kcl	-	Parasetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vit B6 3x1	3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			Epitel 1-3 Kristal Ca Oksalat 0-1	t: 36.5 N: 84 Keluar: TD:120/80 RR: 22 t: 36.3 N: 78	HT st II Akhir: Vertigo HT Urolithiasis		Majasu 2x2 GSM 2x1		Nefrolit 2x1 Captopril 1/2-0-1/2 Dimenhidrinat 3x1 Infus RL 16-20tpm	1 hari (hari ke3) 2 hari (hari k2-k3) 2 hari (hari k2-k3) 2 hari (hari k1-k2)	
94	P94 81 th	Pusing berputar, kadang-kadang batuk mual	-	Masuk: TD:150/100 RR: 23 t: 36.5 N: 84 Keluar: TD: 110/80 RR: 20 t: 36 N: 80	Awal: Vertigo HT Akhir: Vertigo HT	HT	AntiHT (bulat kecil ptih) bulat kecil hijau bulat besar putih sudah habis,,	Antal- gin Oska- don	Mertigo 3x1 Dimenhidrinat 3x1 Ranitidine 2x1 Captopril 1/2-0-1/2 Infus RL 16-20tpm	3 hari 1x (hari ke1) 3 hari 3 hari 3 hari	
95	P95 45 th	BAB cair (+), muntah 10x, perut nyeri	Urinalisa: Protein (±) eritrosit 1-3 leukosit 0-2 epitel 0-2 Feses Rutin: eritrosit + leukosit +	Masuk: TD:170/100 RR: 24 t: 38.3 N: 84 Keluar: TD:130/80 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal: GEA dd disentri HT st II Akhir: Disentri HT Vomitus	HT	- (Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prm) 3x1 Oralit ad libidum Captopril 2x25mg Metoklopramid 3x1 Cotrimoxazole 2x2 Zink 1x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 4 hari 4 hari 3 hari (harik2-k4) 2 hari (hari k3-k4) 3 hari (hari k1-k4)	
96	P96 87 th	tidak mau ma/mi, perut terasa penuh,	HASIL LAB GA ADA	Masuk: TD:170/100	Awal: Anoreksia pd	-	-	-	Parasetamol (prm) 3x1 Ranitidine 2x1	4 hari 4 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
		demam		RR: 24 t: 38.3 N: 84 Keluar: TD:130/80 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Lansia susp dispepsia Akhir: Dispepsia dg RBBB Urolithiasis dg leukositosis DM				Dexanta (antasid) 3x1 Amoxicilin 3x500mg Glibenklamid 1-0-0 Nefrolit 2x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 3 hari (hari k2-k4) 3 hari (hari k2-k4) 3 hari (hari k2-k4) 4 hari	
97	P97 42 th	Panas 2 hari batuk, pusing mual.	-	Masuk: TD:120/70 RR: 20 t: 38.6 N: 80 Keluar: TD:120/70 RR: 20 t: 35.6 N: 80	Awal: Febris h2 Akhir: Febris dg Cough		(Tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumnya).	-	Parasetamol (prn) 3x1 Vit B6 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Infus RL 16-20tpm	4 hari 4 hari 2 hari (hari k3-k4) 4 hari 4 hari	
98	P98 80 th	Perut sakit ±10 hari, mual, muntah. Px sudah periksa	-	Masuk: TD:160/80 RR: 20 t: 36 N: 62 Keluar: TD:130/80 RR: 20 t: 36.5 N: 80	Awal: Dispepsia Vomitus Akhir: HT Dispepsia dg vomitus	HT	-	-	Parasetamol (prn) 3x1 Metoklopramid 3x1 Antasid (ac) 3x1 Captopril 2x12.5mg Infus RL 16-20tpm	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 3 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
102	P102 21 th	Demam ± 5 hari, pusing, mual, perut sakit	Urinalisa: Eritrosit 6-8 Leukosit + Epitel +	Masuk: TD:130/80 RR: 20 t: 37.3 N: 82 Keluar: TD:110/80 RR: 18 t: 37.5 N: 82	Awal: Febris Vomitus Akhir: ISK dg vomitus	-	-	-	Parasetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Metoklopramid 3x1 Infus RL 16-20tpm Cotrimoxazole 2x2	3 hari 3 hari 3 hari 3 hari 2 hari (hari k2-k3)	
103	P103 70 th	Gatal-gatal di badan setelah minum obat antasid, ranitidine, Vitamin B6, Pamol mual, muntah, BAB cair 4x		Masuk: TD:150/80 RR: 18 t: 37.3 N: 82 Keluar: TD:110/60 RR: 20 t: 36.1 N: 80	Awal: GEA dg vomitus HT Febris Akhir: alergi obat GEA dg vomitus,HT susp alergi	HT Maag	Parasetamol Antasid Vitamin B6 Ranitidie Baru diminum 1x	-	Parasetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Dexametason 3x1 Captopril 2x1 2 x 1/2 Metoklopramid 3x1 Oralit ad libidum Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 1 hari (hari ke1) 1 hari (hari ke2) 1 hari (hari ke1) 1 hari (hari ke1) 2 hari	
104	P104 78 th	Demam >1 minggu, pusing, mual, perut sakit, nyeri menelan BAK sedikit 1x/hari, warna seperti teh, BAB susah dalam 2 minggu hanya 1x dan keras, sakit saat BAB.	Urinalisa Keruh Protein (+) Eritrosit 12-14 Leukosit 6-8 Epitel + Darah Rutin: AT 145000 HMT 26 %	Masuk: TD: 140/70 RR: 22 t: 38.7 N: 88 Keluar: TD:140/70 RR: 20 t: 38.2	Awal: Febris >1mgg dd TF Akhir: Febris >1mgg dd TF HT susp CRF	HT (1/2 bln)	ijo bunder kecil kuning pajang bsr kuning kcil bunder Promag	-	Parasetamol (pm) 3x1 Antasid (ac) 3x1 Vitamin B6 3x1 Infus RL 16-20tpm	2 hari 2 hari 2 hari 2 hari	

No	Nama	Keluhan Utama	Hasil Lab	TTV	Diagnosa	RPD	Riwayat Obat	Alergi	Obat Selama Ranap	Keterangan	Catatan
			Widal TyH&PAH (-) TyO 1/80 PBH 1/160	N: 80							
105	P105 31 th	Panas sejak kemarin batuk, pilek, perut sakit, mual, muntah, pusing.	Darah Rutin: Hb 11.6 g/dl HCT 37.4% Urinalisa Eritrosit 15-17 Leukosit + Epitel +	Masuk: TD:110/70 RR: 20 t: 38.6 N:88 Keluar: TD:90/60 RR: 20 t: 36.2 N: 80	Awal: Vomitus Febris Akhir: ISK Dispepsia	ISK 3 tahun	Kuning kecil kuning besar orange kecil sudah diminum 4x terakhir 1 hari yang lalu	-	Paracetamol (prn) 3x1 Antasid (ac) 3x1 GG 3x1 Metoklopramid 3x1 Amoxicilin 3x500mg Cotrimoxazole 2x2 Infus RL 16-20tpm	5 hari 5 hari 5 hari 5 hari 2 hari (hari k4-k5) 2 hari (hari k2-k3) 5 hari	muncul alergi



Lampiran 4. Algoritma Naranjo

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	+1	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	+2	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun setelah dihentikan atau ketika obat diberikan dengan pemberian antagonis spesifik?	+1	0	0
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki muncul kembali ketika obat diberikan lagi?	+2	-1	0
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	+2	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	0
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	0
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	0
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	0
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	+1	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADR

5-8 = kemungkinan ADR

1-4 = mungkin ADR

0 = ragu ADR

Lampiran 5. Surat Persetujuan (*Informed Consent*)

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat rumah :

No. HP/telepon :

Memberikan persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Saya mengerti bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk mengidentifikasi kejadian *Adverse Drug Reactions* sebagai penyebab kejadian rawat inap pasien di Puskesmas Ngeplak 1 Sleman.

Saya telah diberitahu oleh peneliti, bahwa wawancara ini bersifat sukarela dan hanya dipergunakan untuk keperluan penelitian. Oleh karena itu, dengan secara sukarela saya ikut berperan dalam penelitian ini.

Yogyakarta,.....2011

Responden

()

Lampiran 6. Surat izin penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
(BAPPEDA)

Alamat : Jl. Parasanya No. 1 Beran, Tridadi, Sleman 55511
Telp. & Fax. (0274) 868800 e-mail : bappeda@slemankah.go.id

SURAT IZIN

Nomor : 07.0 / Bappeda / 0267 2011

TENTANG PENELITIAN

KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

- Dasar : Keputusan Bupati Sleman Nomor: 55/Kep.KDH/A/2003 tentang Izin Kuliah Kerja Nyata, Praktek Kerja Lapangan dan Penelitian.
- Menunjuk : Surat dari Dekan Fak. MIPA Universitas Islam Indonesia Yogyakarta Nomor: 52/Dek' 70-S.TA/Bag.TA/I/2011 Tanggal: 31 Januari 2011. Hal: Permohonan Ijin Penelitian

MENGIZINKAN :

Kepada
Nama : WULAN APRILIANTI
No. Mts/NIM/NIP/NIK : 07613008
Program/Tingkat : S1
Instansi/Perguruan Tinggi : UII
Alamat Instansi/Perguruan Tinggi : Jl. Kaliurang Km. 14,5 Yogyakarta
Alamat Rumah : Jalan Kaliurang Km. 13,8 gang Mawar No. 29 B Sleman
No. Telp/HP : 085729658627
Untuk : Mengadakan penelitian dengan judul:
"IDENTIFIKASI KEJADIAN ADVERSE DRUG REACTION SEBAGAI PENYEBAB KEJADIAN RAWAT INAP PASIEN DI PUSKESMAS NGEMPLAK 1 SLEMAN YOGYAKARTA"

Lokasi : Puskesmas Ngemplak 1 Sleman
Waktu : Selama 3 (tiga) bulan mulai tanggal: 1 Februari 2011 s/d 1 Mei 2011

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Wajib melapor diri kepada pejabat pemerintah setempat (Camat/ Lurah Desa) atau kepala instansi untuk mendapat petunjuk seperlunya.
2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku.
3. Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Bappeda
4. Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan
5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas.

Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, diharapkan pejabat pemerintah/ non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.

Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.

Tembusan Kepada Yth:

1. Bupati Sleman (sebagai laporan)
2. Ka. Badan Kesbanglinmas & PB Kab. Sleman
3. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Sleman
4. Ka. Bid Soshud Bappeda Kab. Sleman
5. Camat Kec. Ngemplak
6. Ka. Puskesmas Ngemplak 1 Sleman
7. Dekan Fak. MIPA-UII Yk.
8. Peringgal.

Dikeluarkan di : Sleman
Pada Tanggal : 1 Februari 2011.
A.n. Kepala BAPPEDA Kab. Sleman
Ka. Bidang Pengendalian & Evaluasi
n.b.

Ka. Sub Bid. Litbang

SRI NURHIDAYAH, S.Si, MT
Penata Tk. I III/d
NIP. 19670501 198602 2 002

Lampiran 7. Surat keterangan selesai melakukan penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS NGEPLAK 1
Alamat: Korowon Bismomartani Ngemplak Sleman Telp. 0274 7115038

SURAT KETERANGAN

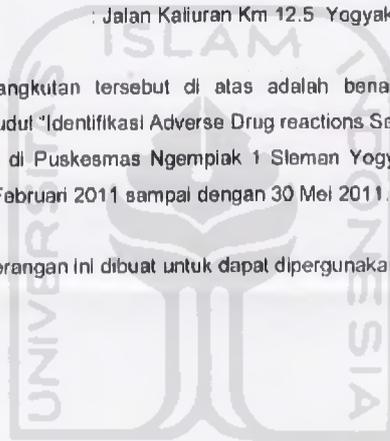
Nomor : 070/ *R.216*

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPT Puskesmas Ngemplak 1, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Wulan Aprilianti
NIM : 07613008
Institusi Pendidikan : Universitas Islam Indonesia
Alamat : Jalan Kaliuran Km 12.5 Yogyakarta

bahwa yang bersangkutan tersebut di atas adalah benar-benar telah melakukan penelitian dengan judul "Identifikasi Adverse Drug reactions Sebagai Penyebab Kejadian Rawat Inap Pasien di Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta Periode Januari – Mei 2011" mulai 7 Februari 2011 sampai dengan 30 Mei 2011.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Sleman, 30 Mei 2011



Lampiran 8. Skor Naranjo pasien 5 (Antalgin)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	(+1)	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	(+2)	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun setelah dihentikan atau ketika obat diberikan dengan pemberian antagonis spesifik?	+1	0	(0)
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki muncul kembali ketika obat diberikan lagi?	+2	-1	(0)
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	(+2)	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	(0)
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	(0)
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	(0)
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	(0)
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	(+1)	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADR

5-8 = kemungkinan ADR

1-4 = mungkin ADR

0 = ragu ADR

Lampiran 9. Skor Naranjo pasien 103 (Ranitidin)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	(+1)	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	(+2)	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun setelah dihentikan atau ketika obat diberikan dengan pemberian antagonis spesifik?	+1	0	(0)
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki muncul kembali ketika obat diberikan lagi?	+2	-1	(0)
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	(+2)	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	(0)
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	(0)
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	(0)
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	(0)
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	(+1)	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADR

5-8 = kemungkinan ADR

1-4 = mungkin ADR

0 = ragu ADR

Lampiran 10. Skor Naranjo pasien 16 (Zink)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	(+1)	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	(+2)	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun setelah dihentikan atau ketika obat diberikan dengan pemberian antagonis spesifik?	(+1)	0	0
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki muncul kembali ketika obat diberikan lagi?	(+2)	-1	0
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	(+2)	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	(0)
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	(0)
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	(0)
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	(0)
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	(+1)	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADR

5-8 = kemungkinan ADR

1-4 = mungkin ADR

0 = ragu ADR

Lampiran 11. Skor Naranjo pasien 105 (Kotrimoksazol)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak	Tidak Tahu
1.	Apakah terdapat laporan sebelumnya terkait reaksi seperti ini?	(+1)	0	0
2.	Apakah kejadian yang tidak dikehendaki muncul setelah obat diberikan?	(+2)	-1	0
3.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki menurun setelah dihentikan atau ketika obat diberikan dengan pemberian antagonis spesifik?	(+1)	0	0
4.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki muncul kembali ketika obat diberikan lagi?	(+2)	-1	0
5.	Apakah ada penyebab lain selain obat yang menyebabkan reaksi obat yang tidak dikehendaki itu terjadi?	-1	(+2)	0
6.	Apakah reaksi muncul kembali ketika diberikan placebo (obat lain)?	-1	+1	(0)
7.	Apakah obat yang terdeteksi dalam darah atau cairan lain dalam konsentrasi yang dapat menimbulkan efek toksik?	+1	0	(0)
8.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki semakin parah ketika dosis dinaikkan atau keparahan berkurang ketika dosis diturunkan?	+1	0	(0)
9.	Apakah pasien mengalami reaksi serupa pada penggunaan obat yang serupa pada paparan sebelumnya?	+1	0	(0)
10.	Apakah reaksi obat yang tidak dikehendaki didukung oleh adanya bukti objektif?	(+1)	0	0

Skor :

> 9 = pasti ADR

5-8 = kemungkinan ADR

1-4 = mungkin ADR

0 = ragu ADR

Lampiran 12. Pengukuran tingkat pengetahuan pasien

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Pasien mengetahui nama obat yang digunakan sebelum dirawat inap	+1	0
2.	Pasien mengetahui indikasi dari obat tersebut	+1	0
3.	Pasien mengetahui aturan pakai dari obat tersebut	+1	0
4.	Pasien mengetahui ciri-ciri dari obat tersebut baik dari bentuk dan atau warnanya	+1	0

Keterangan:

Skor ≥ 3 : tingkat pengetahuan pasien dinyatakan baik.

Skor < 3 : tingkat pengetahuan pasien dinyatakan kurang baik.



