

**POLA PENGGUNAAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT INAP
DI RSUD KARANGANYAR TAHUN 2015**



oleh:

**Rika Putri Jayanti
17141025B**

**PROGRAM STUDI D-III FARMASI
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2017**

**POLA PENGGUNAAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT INAP
DI RSUD KARANGANYAR TAHUN 2015**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam
menyelesaikan program pendidikan sebagai
Ahli Madya Farmasi
Program Studi D-III Farmasi pada Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi*



Oleh :

**Rika Putri Jayanti
17141025B**

**PROGRAM STUDI D-III FARMASI
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2017**

PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Berjudul

**“POLA PENGGUNANAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT
INAP DI RSUD KARANGANYAR TAHUN 2015”**

Oleh :

**Rika Putri Jayanti
17141025 B**

Dipertahankan Dihadapan Panitia Penguji Karya Tulis Ilmiah
Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
Pada tanggal : 19 Juni 2017

Mengetahui,
Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi
Dekan,

Pembimbing



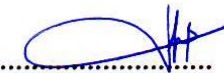
Sunarti, M.Sc., Apt



Prof. Dr. R. A. Oetari, SU., MM, M.Sc., Apt

Penguji :

1. Yane Dila Keswara., M.Sc., Apt

1.....

2. Mamik Ponco Rahayu, M.Si., Apt

2.....

3. Sunarti, M.Sc., Apt

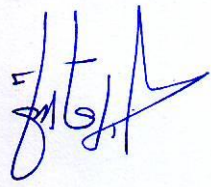
3.....

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila Karya Tulis Ilmiah ini merupakan jiplakan dari penelitian / karya ilmiah orang lain, maka saya siap menerima sanksi, baik secara akademis maupun hukum.

Surakarta, Juni 2017



Rika Putri Jayanti

HALAMAN PERSEMBAHAN

**Tragedi terbesar dalam kehidupan bukanlah sebuah kematian,
tetapi hidup tanpa tujuan.**

Karena itu,

Teruslah bermimpi untuk menggapai tujuan dan harapan,

Agar hidup lebih bermakna.

Kegagalan hanya terjadi bila kita menyerah

(Lessing)

Karya Tulis Ilmiah ini ku persembahkan untuk

1. Allah SWT, atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan, akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.
2. Ayah dan Mama tercinta yang slalu mendampingi, memberikan motivasi serta dorongan dan do'a, trimakasih atas segala kasih sayangnnya.
3. Adikku (Riko) yang kusayangi trimakasih atas dukungan dan bantuannya.
4. Seseorang terkasih yang slalu menemani, membantu, serta memberi semangat dan motivasi untukku.
5. Teman-teman semua yang memberikan semangat dalam menyelesaikan KTI ini thank you very much.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “POLA PENGGUNANAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD KARANGANYAR TAHUN 2015”.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Farmasi di Fakultas Universitas Setia Budi Surakarta. Penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan dukungan dari banyak pihak, maka kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Ir. Djoni Taringan selaku Rektor Universitas Setia Budi yang telah memberikan kesempatan dan segala fasilitas kepada penulis.
2. Prof. Dr. R.A. Oetari, SU., MM., M.Sc., Apt., selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.
3. Vivin Nopiyanti, M.Sc, Apt., selaku Ketua Program Studi D-III Farmasi Universitas Setia Budi.
4. Sunarti, M.Sc.,Apt selaku pembimbing yang telah berkenan mengorbankan waktunya dengan penuh kesabaran, keikhlasan memberi dorongan, bimbingan dan arahan kepada penulis selama penelitian dan penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Dosen penguji yang telah menguji naskah karya tulis ilmiah dan telah memberikan masukan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah.

6. Rumah sakit umum daerah Karanganyar yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan penelitian dan mengambil data sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Orang tua dan keluarga penulis tercinta, yang telah banyak membantu memberikan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan studi dan penelitian Karya Tulis Ilmiah.
8. Alcha Junio Firsttama selalu tulus memberikan motivasi dan do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Teman-teman dan sahabatku yang telah memberikan semangat dan membantu untuk menyelesaikan penelitian Karya Tulis Ilmiah.
10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa apa yang telah penulis dapatkan selama belajar sangatlah terbatas, sehingga dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tentunya masih ada kekurangan dan kekeliruan, maka kritik dan saran serta masukan yang bersifat membangun dari pembaca sangatlah diharapkan.

Akhir kata semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak pada umumnya, bagi penulis sendiri dan rekan-rekan mahasiswa Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.

Surakarta, Juni 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH	ii
PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
INTISARI	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Gastritis.....	5
1. Pengertian penyakit gastritis	5
2. Epidemiologi	5
3. Patofisiologi	6
4. Jenis Gastritis	6
4.1. Gastritis Akut.....	6
4.1.1. Gastritis Akut Erosif	7
4.1.2. Gastritis Akut Hemoragik	8
4.2. Gastritis Kronik	8
5. Penyebab	9
5.1. Komunikasi obat-obatan kimia digitalis.....	9
5.2. Konsumsi alkohol	10
5.3. Kondisi stress.....	10

5.4. Infeksi oleh bakteri	10
5.5. Terapi radiasi	10
5.6. Penggunaan antibiotik	10
5.7. Jamur dari spesies Candida.....	10
5.8. Terlambat makan sampai 2-3 jam	11
5.9. Makan pedas secara berlebihan	11
5.10. Usia.....	11
6. Manifestasi klinis	11
6.1. Manifestasi Gastritis Akut.....	12
6.2. Manifestasi Gastritis Kronis	12
7. Pengobatan	13
8. Obat-obat Gastritis	15
8.1. Antasida.....	15
8.2. Histamin 2 (H2) Blocker	15
8.3. Proton Pump Inhibitors (PPI).....	15
8.4. Antibiotik.....	15
B. Formularium Rumah Sakit	16
C. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Karanganyar	16
D. Landasan Teori	17
E. Keterangan Empiris	19
BAB III METODE PENELITIAN	20
A. Populasi dan Sampel.....	20
1. Populasi.....	20
2. Sampel.....	20
B. Variabel Penelitian.....	20
1. Identifikasi variabel utama.....	20
2. Klasifikasi variabel.....	21
3. Definisi operasional variabel	21
3.1. Gastritis.....	21
3.2. Pola Penggunaan Obat.....	21
3.3. Rumah Sakit.....	21
3.4. Rekam Medis.....	21
3.5. Kesesuaian.....	21
C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	22
D. Bahan dan Alat.....	22
E. Analisis Hasil.....	22
F. Jalannya Penelitian	22
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	25
A. Karakteristik Pasien	25
1 Jenis Kelamin.....	25
2 Usia	27
B. Obat Terapi Gastritis.....	28
1 Obat-obat terapi gastritis	28

2 Obat-obat Penunjang.....	29
C. Kesesuaian Penggunaan Obat.....	30
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	32
A. Kesimpulan	32
B. Saran	32
DAFTAR PUSTAKA	34
LAMPIRAN.....	36

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Skema penelitian	24

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Obat yang digunakan untuk penderita gastritis.....	14
Tabel 2. Persentase Jumlah Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015 Berdasarkan Jenis Kelamin.....	25
Tabel 3. Persentase Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015 Berdasarkan Usia	27
Tabel 4. Persentase penggunaan obat gastritis pada Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015.....	28
Tabel 5. Persentase Penggunaan Obat Penunjang Gastritis pada Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015	29
Tabel 6. Kesesuaian Penggunaan Obat pada Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar pada Tahun 2015 berdasarkan Formularium dan Guideline National Digestive Diseases Information Clearinghouse.	30

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Pengantar Universitas Setia Budi.....	37
Lampiran 2. Surat Pengantar Kesbangpol.....	37
Lampiran 3. Surat Pengambilan Data	39
Lampiran 4. Formularium RSUD Karanganyar.....	40
Lampiran 5. Guideline	42
Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian	48
Lampiran 7. Data Pasien Gastritis	49

INTISARI

JAYANTI, R.P., 2017, POLA PENGGUNAAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT KARANGANYAR TAHUN 2015, KARYA TULIS ILMIAH, FAKULTAS FARMASI, UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA.

Gastritis merupakan salah satu penyakit yang terjadi pada saluran cerna akibat infeksi pada dinding lambung. Di RSUD Karanganyar, gastritis termasuk dalam sepuluh besar penyakit terbanyak yang menyerang pasien rawat inap maupun rawat jalan selama 2015. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pola penggunaan obat gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar tahun 2015.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif non eksperimental dan pengambilan data secara retrospektif. Penelitian dilakukan dengan cara mengolah data sekunder penggunaan obat gastritis dengan mengamati laporan penggunaan obat gastritis pada pasien umur 17 sampai 80 tahun pada tahun 2015 di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar.

Hasil penelitian data dapat disimpulkan bahwa penggunaan obat gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar adalah Ranitidin, Omeprazole, Pantoprazole, dan Sukralfat. Pola penggunaan obat gastritis sudah sesuai dengan formularium rumah sakit RSUD Karanganyar dengan persentase 100%, dan 80% sesuai dengan guideline *National Digestive Diseases Information Clearinghouse*.

Kata kunci : Gastritis, Obat Gastritis, RSUD Karanganyar

ABSTRACT

JAYANTI, R.P., 2017, PATTERN OF DRUG USE IN PATIENTS GASTRITIS IN NURSING CARE INSTALATION OF KARANGANYAR GENERAL HOSPITAL IN 2015, SCIENTIFIC WRITING, FACULTY OF PHARMACEUTICALS, UNIVERSITY OF SETIA BUDI SURAKARTA.

Gastritis is one of the diseases that occur in the gastrointestinal tract due to infection of the stomach wall. In Karanganyar General Hospital, gastritis included to the top ten diseases inpatient and outpatient during 2015. The purpose of this research is to know the pattern of drug use in patients gastritis in nursing care of Karanganyar General Hospital in 2015.

This research uses non experimental descriptive method and retrospective retrieval data. The study was conducted by processing secondary data using gastritis drug with benefit report of gastritis drug use in patients aged 17 to 80 years in 2015 at nursing care Instalation of Karanganyar General Hospital.

The results of this research can be concluded that the use of gastritis drugs in Rana Hospital Installation Hospital Karanganyar is Ranitidin, Omeprazole, Pantoprazole, and Sukralfat. The pattern of gastritis drug use is in accordance with Karanganyar General Hospital Formulary with persentation 100%, and 80% in accordance with the guidelines of *National Digestive Information Clearinghouse*.

Keywords : Gastritis, gastritis drugs, Karanganyar General Hospital

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gastritis merupakan peradangan (inflamasi) dari mukosa lambung yang disebabkan oleh faktor iritasi dan infeksi (Saydam, 2011). Penyakit gastritis terjadi karena inflamasi pada lapisan lambung yang mengakibatkan terjadinya nyeri pada bagian perut (Cahyono, 2008).

Gastritis merupakan salah satu dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit Indonesia dengan jumlah 30.154 kasus menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2012. Angka kejadian gastritis pada beberapa daerah di Indonesia cukup tinggi dengan prevalensi 274.396 kasus dari 238.452.952 jiwa penduduk. Sedangkan di Jawa Tengah angka kejadian gastritis sebesar 79,6% (Riskedas, 2013)

Menurut hasil data rekapitulasi rekam medis RSUD Karanganyar tahun 2013, penderita gastritis menduduki peringkat pertama untuk penyakit rawat inap terbanyak dengan persentase 20,9%, disusul asfiksia sedang 16,8%, hipertensi dan *gastroenteritis* 11,4%, ISPA 9,9%, *febris* 6,9%, stroke 6,7%, *thypoid fever* 6,5%, ISK 4,9%, dan *bronchitis* 4,7% (Untung, 2013).

Gastritis dapat mengganggu aktivitas sehari-hari, baik bagi remaja maupun orang dewasa. Gastritis merupakan gangguan kesehatan yang paling sering dijumpai di klinik, karena diagnosanya sering hanya berdasarkan gejala klinis bukan pemeriksaan histopatologi. Bahaya penyakit gastritis jika dibiarkan terus

menerus akan merusak fungsi lambung dan dapat meningkatkan risiko untuk terkena kanker lambung hingga menyebabkan kematian (Saydam, 2011).

Masa puncak penyakit gastritis berada pada usia 40 tahun ke atas. Dengan bertambahnya usia, mukosa gaster cenderung menjadi tipis sehingga dapat mengakibatkan infeksi *Helicobacter pylori* atau gangguan autoimun (Sujono Hadi, 2002).

Menurut Prince (2005) dua jenis gastritis yang umum terjadi adalah gastritis akut dan gastritis kronik. Gastritis akut merupakan suatu peradangan mukosa lambung dengan kerusakan erosi pada bagian superfisial. Penyebab umum dari gastritis akut adalah stres, konsumsi alkohol, obat-obatan dan zat-zat kimia yang masuk ke dalam lambung melalui makanan (Suyono, 2001). Gastritis akut dapat segera diatasi dengan meminum obat-obatan seperti Cimetidine, Sucralfate atau Omeprazole (Muttaqin (2011). Gastritis kronik merupakan suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang bersifat menahun. Penyebab umum dari gastritis kronis adalah infeksi *Helicobacter pylori*. Gastritis kronis dapat diatasi dengan memberantas *Helicobacter pylori* di dalam tubuh dengan meminum kombinasi dari obat-obatan seperti Omeprazole, Clarithromycin dan Amoxicillin (Muttaqin, 2011).

Secara garis besar, penyakit gastritis dapat terjadi karena stress, pengaruh obat-obatan, infeksi bakteri atau hilangnya sel-sel lapisan lambung yang biasa disebut gastritis autoimun. Kurangnya pengetahuan akan faktor-faktor penyebab terjadinya gastritis dan pola hidup yang salah meningkatkan peluang terjadinya gastritis (Suyono, 2001).

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka penyakit gastritis masih merupakan 10 besar penyakit tertinggi di RSUD Karanganyar serta jumlah penyakit gastritis setiap tahunnya meningkat, dan penyakit gastritis perlu mendapatkan perhatian serius karena bila dibiarkan terus menerus dapat merusak fungsi lambung dan dapat meningkatkan resiko terkena kanker lambung hingga menyebabkan kematian. Hal ini yang mendorong penulis melakukan penelitian tentang pola penggunaan obat pada pasien gastritis di RSUD Karanganyar pada tahun 2015.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimanakah pola penggunaan obat pada pasien gastritis di RSUD Karanganyar?
2. Bagaimanakah kesesuaian pemberian obat pada pasien gastritis terhadap guideline dan formularium rumah sakit di RSUD Karanganyar?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui :

1. Untuk mengetahui pola penggunaan obat gastritis di RSUD Karanganyar.
2. Untuk mengetahui kesesuaian pemberian obat gastritis terhadap guideline dan formularium rumah sakit di RSUD Karanganyar.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini yaitu sebagai :

1. Untuk meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan informasi penggunaan obat pada pasien gastritis pada pasien rawat inap di RSUD Karanganyar agar lebih efektif dan efisien.
2. Bermanfaat sebagai informasi bagi masyarakat dan pembaca tentang pengetahuan obat gastritis sesuai dengan formularium dan guideline.
3. Bagi peneliti, menambah wawasan dan informasi mengenai penggunaan obat gastritis pada pasien gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gastritis

1. Pengertian penyakit gastritis

Gastritis atau yang secara umum dikenal dengan istilah sakit “maag” atau sakit ulu hati ialah peradangan pada dinding lambung terutama pada selaput lendir lambung. Penyakit ini sering timbul secara mendadak, serta biasanya ditandai dengan rasa mual dan muntah, nyeri, perdarahan, rasa lemah, nafsu makan menurun, atau sakit kepala (Saydam, 2011).

Peradangan di mukosa lambung sering diakibatkan oleh ketidak teraturan diet, misalnya makan terlalu banyak dan cepat atau makan makanan yang terlalu berbumbu atau terinfeksi oleh penyakit serta penyebab lain seperti alkohol, aspirin, refluks empedu atau terapi radiasi (Brunner, 2000). Secara garis besar, gastritis dapat dibagi menjadi beberapa macam, yaitu berdasarkan pada manifestasi klinis, gambaran hispatologi yang khas, distribusi anatomi, dan kemungkinan patogenesis gastritis. Berdasarkan manifestasi klinis, gastritis dapat dibagi menjadi akut dan kronik (Suyono, 2001).

2. Epidemiologi

Gastritis merupakan salah satu penyakit yang banyak dijumpai di klinik atau ruangan penyakit dalam pada umumnya. Kejadian penyakit gastritis meningkat sejak 5 sampai 6 tahun ini dan menyerang laki-laki lebih banyak dari

pada wanita. Laki-laki lebih banyak mengalami gastritis karena kebiasaan mengonsumsi alkohol dan merokok.

Di negara berkembang prevalensi infeksi *Helicobacter Pylori* pada orang dewasa mendekati 90%, sedangkan pada anak-anak prevalensi infeksi *Helicobacter Pylori* lebih tinggi lagi. Hal ini menunjukkan pentingnya infeksi pada masa balita. Sedangkan di Indonesia, prevalensi infeksi kuman *Helicobacter Pylori* yang dinilai dengan urea breath test pada pasien dispepsi dewasa, menunjukkan tendensi menurun. Di negara maju prevalensi infeksi *Helicobacter Pylori* pada anak-anak sangat rendah. Diantara orang dewasa prevalensi infeksi *Helicobacter Pylori* lebih tinggi dari anak-anak tetapi lebih rendah dari pada di negara berkembang yakni 30% (Prince, 2005).

3. Patofisiologi

Terdapat gangguan keseimbangan faktor agresif dan faktor defensive yang berperan dalam menimbulkan lesi pada mukosa. Faktor agresif adalah asam lambung, pepsin, AINS, infeksi bakteri *Helicobacter Pylori*, bahan korosif yang meliputi asam dan basa kuat. Sedangkan faktor defensive yaitu mucus, bikarbonas mukosa, prostaglandin mikrosirkulasi. Dalam keadaan normal, faktor defensive dapat mengatasi faktor agresif sehingga tidak terjadi kerusakan atau kelainan patologi (Arif Mansjoer, 2001).

4. Jenis Gastritis

4.1. Gastritis Akut. Merupakan penyakit yang sering ditemukan, biasanya bersifat jinak dan sembuh sempurna. Gastritis akut terjadi akibat respons mukosa

lambung terhadap berbagai iritan lokal. Inflamasi akut mukosa lambung pada sebagian besar kasus merupakan penyakit yang ringan (Prince, 2005).

Bentuk terberat dari gastritis akut disebabkan oleh mencerna asam atau alkali kuat, yang dapat menyebabkan mukosa menjadi ganggren atau perforasi. Pembentukan jaringan parut dapat terjadi yang mengakibatkan obstruksi pylorus

Salah satu bentuk gastritis akut yang manifestasi klinisnya dapat berbentuk penyakit yang berat adalah gastritis erosif atau gastritis hemoragik. Disebut gastritis hemoragik karena pada penyakit ini akan dijumpai perdarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut (Suyono, 2001).

4.1.1. Gastritis Akut Erosif. Merupakan suatu peradangan permukaan mukosa lambung yang akut dengan kerusakan - kerusakan erosi. Disebut erosi apabila kerusakan yang terjadi tidak lebih dalam dari pada mukosa muskularis. Penyakit ini dijumpai di klinik, sehingga akibat efek samping dari pemakaian obat, sebagai penyulis penyakit-penyakit lain atau karena sebab yang tidak diketahui (Suyono, 2001).

Perjalanan penyakit biasanya ringan, walaupun demikian kadang-kadang dapat menyebabkan kedaruratan medis, yakni pendarahan saluran cerna bagian atas. Penderita gastritis akut erosif yang tidak mengalami pendarahan sering diagnosanya tidak mencapai.

Diagnosis dapat diperjelas dengan melakukan pemeriksaan khusus yang sering dirasakan tidak sesuai dengan keluhan penderita yang ringan saja.

Diagnosis gastritis akut erosif, ditegakkan dengan pemeriksaan endoskopis dan dilanjutkan dengan pemeriksaan histopatologi biopsi mukosa lambung (Suyono, 2001).

4.1.2. Gastritis Akut Hemoragik. Pada penyakit ini akan dijumpai pendarahan mukosa lambung dalam berbagai derajat dan terjadi erosi yang berarti hilangnya kontinuitas mukosa lambung pada beberapa tempat, menyertai inflamasi pada mukosa lambung tersebut. Penyebab utama gastritis akut hemorik; pertama diperkirakan karena minum alkohol atau obat lain yang menimbulkan iritasi pada mukosa gastrik secara berlebihan (aspirin atau NSAID lainnya). Meskipun pendarahan mungkin cukup berat, tapi pendarahan pada kebanyakan pasien akan berhenti sendiri secara spontan atau mortalitas cukup rendah. Kedua adalah stress gastritis yang dialami pasien di Rumah Sakit, stress gastritis dialami pasien yang mengalami trauma berat berkepanjangan, sepsi terus menerus atau penyakit berat lainnya (Suyono, 2001).

4.2. Gastritis Kronik. Merupakan infiltrasi sel-sel radang yang terjadi pada lamina propria dan daerah intra epithelial terutama terdiri atas sel-sel radang kronik, yaitu limfosit dan sel plasma. Asstritis kronis didefinisikan secara histologist sebagai peningkatan jumlah limfosit dan sel plasma pada mukosa lambung. Derajat paling ringan gastritis kronis adalah gastritis superficial kronis, yang mengenai bagian sub epitel di sekitar cekungan lambung. Kasus yang lebih parah juga mengenai kelenjar-kelenjar pada mukosa yang lebih dalam, hal ini biasanya berhubungan dengan atrofi kelenjar (gastritis atrofi kronis) dan metaplasia intestinal (Chandasoma, 2005).

Sebagian besar kasus gastritis kronis merupakan salah satu dari dua tipe, yaitu tipe A yang merupakan gastritis autoimun yang terutama mengenai tubuh dan berkaitan dengan anemia pernisiiosa; dan tipe B yang terutama meliputi antrum dan berkaitan dengan infeksi *Helicobacter pylori*. Terdapat beberapa kasus gastritis kronis yang tidak tergolong dalam kedua tipe tersebut dan penyebabnya tidak diketahui (Chandrasoma, 2005).

Gastritis kronis tipe B disebut juga sebagai gastritis antral karena umumnya mengenai daerah antrum lambung dan lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastritis kronis tipe A. Gastritis kronis B lebih sering terjadi pada penderita yang berusia tua. Bentuk gastritis ini memiliki sekresi asam yang normal dan tidak berkaitan dengan anemia pernisiiosa. Penyebab utama gastritis kronis tipe B adalah infeksi kronis oleh *Helicobacter pylori*. Faktor etiologi gastritis kronis lainnya adalah asupan alkohol yang berlebihan, merokok, dan refluks empedu kronis dengan kofaktor *Helicobacter pylori* (Prince, 2005).

Gastritis kronis tipe AB merupakan gastritis kronik yang distribusi anatominya menyebar keseluruh gastr. Penyebarannya kearah korpus tersebut cenderung meningkat dengan bertambahnya usia (Suyono, 2001).

5. Penyebab

Menurut Brunner & suddarth (2002). Penyebab timbulnya gastritis diantaranya :

5.1. Komunikasi obat-obatan kimia digitalis (Asetamenofen/Aspirin, steroid kortikosteroid). Asetamenofen dan kortikosteroid dapat mengakibatkan iritasi pada mukosa lambung. NSAIDS (Non Steroid Anti Inflamasi Drugs) dan

kortikosteroid menghambat sintesis prostaglandin, sehingga sekresi HCL meningkat dan menyebabkan suasana lambung menjadi sangat asam dan menimbulkan iritasi mukosa lambung.

5.2. Konsumsi alkohol dapat menyebabkan kerusakan mukosa lambung.

5.3. Kondisi stress atau tertekan (trauma, luka bakar, kemoterapi, dan kerusakan susunan saraf pusat) merangsang peningkatan produksi HCL lambung.

5.4. Infeksi oleh bakteri, seperti *Helicobacter pylory*, *Esobaricia Coli*, *Salmonella*, dan lain-lain. *Helicobacter pylory* dapat menyebabkan peradangan lapisan lambung yang kronis (gastritis) pada manusia. Infeksi *Helicobacter pylory* sering diketahui sebagai penyebab utama terjadinya ulkus peptikum dan penyebab terserang terjadinya gastritis.

5.5. Terapi radiasi, refluks empedu, zat-zat korosif (cuka dan lada) dapat menyebabkan kerusakan mukosa gaster dan menimbulkan edema serta pendarahan.

5.6. Penggunaan antibiotik, terutama untuk infeksi paru, perlu dicurigai turut mempengaruhi penularan kuman di komunitas, karena antibiotic tersebut mampu mengeradikasi infeksi *Helicobacter pylory*, walaupun persentase keberhasilan rendah.

5.7. Jamur dari spesies Candida, seperti *Histoplasma capsulatum* dapat menginfeksi mukosa gaster hanya pada pasien *immunocompromazed*. Pada pasien yang sistem imunnya baik, biasanya tidak dapat terinfeksi oleh jamur. Sama dengan jamur, mukosa lambung bukan tempat yang mudah terkena infeksi parasit.

5.8. Terlambat makan sampai 2-3 jam, maka asam lambung yang diproduksi semakin banyak dan berlebih sehingga dapat mengiritasi mukosa lambung serta menimbulkan rasa nyeri di sekitar epigastrium (Sediaoetama, 2004).

5.9. Makan pedas secara berlebihan, akan merangsang sistem pencernaan, terutama lambung dan usus kontraksi. Hal ini akan mengakibatkan rasa panas dan nyeri di ulu hati yang disertai dengan mual dan muntah. Gejala tersebut membuat penderita semakin berkurang nafsu makannya. Bila kebiasaan mengonsumsi makanan pedas $\geq 1x$ dalam 1 minggu selama minimal 6 bulan dibiarkan terus menerus dapat menyebabkan iritasi pada lambung yang disebut dengan gastritis (Sediaoetama, 2004).

5.10. Usia, juga memiliki resiko gastritis, karena dengan bertambahnya usia resiko terjadinya gastritis akan lebih tinggi. Hal ini menunjukkan dengan seiringnya bertambahnya usia mukosa gaster cenderung menjadi tipis sehingga lebih cenderung memiliki infeksi *Helicobakter pylory* atau gangguan autoimun dari pada orang yang lebih muda. Sebaliknya, jika mengenai usia muda biasanya lebih berhubungan dengan pola hidup yang tidak sehat (Soetjningsih, 2005).

6. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis dari gangguan ini cukup bervariasi, mulai dari keluhan ringan hingga muncul pendarahan pada saluran cerna pada bagian atas. Pada beberapa pasien, gangguan ini tidak menimbulkan gejala yang khas (Brunner & Suddarth, 2000). Manifestasi gastritis akut dan kronis hampir sama yaitu:

6.1. Manifestasi Gastritis Akut

Manifestasi gastritis akut sangat bervariasi, mulai dari sangat ringan asimtomatik sampai sangat berat yang dapat membawa kematian. Pada kasus yang sangat berat, gejala yang sangat mencolok adalah:

- a) Hematematis dan melena yang dapat berlangsung sangat hebat sampai terjadi ranjatan karena kehilangan darah.
- b) Pada sebagian besar kasus, gejala amat ringan bahkan asimtomatis. Keluhan-keluhan itu misalnya nyeri yang timbul pada ulu hati, biasanya ringan dan tidak dapat ditunjuk dengan tepat lokasinya.
- c) Kadang-kadang disertai dengan mual-mual dan muntah.
- d) Pada kasus yang amat ringan pendarahan bermanifestasi sebagai darah samar pada tinja dan secara fisik akan dijumpai tanda-tanda anemia defisiensi dengan etiologi yang tidak jelas.
- e) Pada pemeriksaan fisik biasanya tidak ditemukan kelainan kecuali mereka yang mengalami pendarahan yang hebat sehingga menimbulkan tanda dan gejala gangguan hemodinamik yang nyata seperti hipotensi, pucat, keringat dingin, takikardia sampai gangguan kesadaran.

6.2. Manifestasi Gastritis Kronis

Manifestasi gastritis kronis dan gejala – gejalanya adalah:

- a) Bervariasi dan tidak jelas
- b) Mengeluh nyeri ulu hati
- c) Perasaan penuh, anoreksia
- d) Nausea

7. Pengobatan

Penatalaksanaan medikal untuk gastritis akut adalah dengan menghilangkan etiologinya, diet lambung dengan posisi kecil dan sering. Obat-obatan ditunjukkan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis reseptor H₂ inhibitor pompa proton, dan antasida juga ditunjukkan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin (Suyono, 2001).

Pencegahan terhadap setiap pasien dengan resiko tinggi, pengobatan terhadap penyakit yang mendasari dan menghentikan obat yang dapat menjadi kuasa dan pengobatan suportif. Pencegahan dapat dilakukan dengan pemberian antasida dan antagonis H₂ sehingga mencapai pH lambung 4 atau lebih. Walaupun hasilnya masih menjadi perdebatan, tetapi pada umumnya tetap dianjurkan.

Pemberian antasida, antagonis H₂ dan sukralfat tetap dianjurkan walaupun efek teraupetiknya masih diragukan. Biasanya pendarahan akan segera berhenti bila keadaan si pasien membaik dan lesi mukosa akan segera normal kembali, pada sebagian pasien bisa mengancam jiwa. Tindakan-tindakan itu misalnya dengan endoskopiskleroterapi, embolisasi arteri gastrika kiri atau gastrektomi. Gastrektomi sebaiknya dilakukan hanya atas dasar absolute (Suyono, 2001).

Penatalaksanaan untuk gastritis kronis adalah ditandai oleh progresif epitel kelenjar disertai sel parietal dan *chief cell*. Dinding lambung menjadi tipis dan mukosa mempunyai permukaan yang rata. Pengobatan gastritis kronis bervariasi, tergantung pada penyakit yang dicurigai. Bila terdapat ulkus duodenum dapat

diberikan antibiotik untuk membatasi *Helicobacter Pylory*. Antibiotik dapat berupa tetrasiklin, motronidasol, klaritromisin, dan amoksisilin. Terkadang diperlukan lebih dari satu antibiotik untuk mendapatkan hasil pengobatan yang baik (Chandrasoma, 2005).

Namun demikian, lesi tidak selalu muncul dengan gastritis kronis alkohol dan obat yang diketahui mengiritasi lambung harus dihindari. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan pendarahan kronis), maka penyakit ini harus diobati, pada anemia pernisirosa harus diberi pengobatan vitamin B₁₂ dan terapi yang sesuai untuk mengobatinya. (Chandrasoma, 2005).

Tabel 1. Obat yang digunakan untuk penderita gastritis

Golongan	Nama Obat
Antasida	- Alka-seltzer - Maalox - Roloids
H₂RA	Famotidin - Pepcid AC Ranitidin - Zantac
PPI	Omeprazol - Prilosec - Zigerid Lanzoprazol - Provacid Rabcprazol - Aciphcx Esomeprazol - Nexium Dexlansoprazol - Kapidex
	Bismuth subsalisilat - Pepto-bismol
Antibiotik	Amoksisilin Klaritromisin

Sumber : National Digestive Diseases Information Clearinghouse.

8. Obat-obat Gastritis

Obat-obat gastritis memiliki fungsi yang berbeda-beda dan penggunaannya tergantung dari tujuan terapi. Uraian obat-obat gastritis yang dapat digunakan dalam terapi farmakologi sebagai berikut:

8.1. Antasida. Cara kerja Antasida yaitu menetralkan asam lambung. Efek samping dari Antasida yaitu diare dan konstipasi. Obat-obat yang tergolong dalam Antasida yaitu kombinasi *Magnesium hidroksida* dan *Aluminium hidroksida* (*Antacida doen*), *Alumina dan Magnesia* (*Maalax*), *Calcium carbonate dan Magnesia* (*Roloids*) (Jones dan Cash, 2010).

8.2. Histamin 2 (H₂) Blocker. Cara kerja *H₂ Blocker* adalah mengurangi asam lambung. Efek samping dari *H₂ Blocker* yaitu sakit kepala, mual dan sakit perut. Beberapa obat yang tergolong ke dalam *H₂ Blocker* yaitu *Famotidine* (*Papcid AC*), *Ranitidine* (*Zaantac 75*) dan *Cimetidine* (*Cimetidine*) (Jones dan Cash 2010).

8.3. Proton Pump Inhibitors (PPI). Cara kerja PPI adalah mengurangi produksi asam di lambung. PPI lebih efektif dalam mengurangi produksi asam lambung dari *H₂ Blocker*. Efek samping dari PPI adalah sakit kepala, mual, dan sakit perut. Beberapa obat yang tergolong dalam PPI yaitu *Omeprazole* (*Zegerid*), *Lansoprazole* (*Prevacid*), *Pantoprazole* (*Protonix*), *Rabeprazole* (*Aciphex*), *Esomeprazole* (*Nexium*), *Dexlansoprazole* (*Kapidex*) (Jones and Cash, 2010).

8.4. Antibiotik. Digunakan untuk memberantas infeksi *Helicobacter Pylori*, antibiotik yang digunakan dalam pemberantasan *Helicobacter Pylori* antara lain *Clarithromycin*, *Amoxicillin*, dan *Tetracycline* (Dipiro et al, 2008).

B. Formularium Rumah Sakit

Formularium rumah sakit merupakan daftar obat yang telah di sepakati staf medis, disusun oleh tim farmasi dan terapi yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Formularium rumah sakit disediakan minimal untuk kepentingan penulisan resep, pemberian obat dan penyedia obat di rumah sakit. Evaluasi terhadap formularium rumah sakit secara rutin dilakukan sesuai dengan kebijakan dan kebutuhan rumah sakit (Permenkes RI No.58 Tahun 2014).

Penyusunan dan revisi formularium rumah sakit dikembangkan berdasarkan pertimbangan terapeutik dan ekonomi dari penggunaan obat agar dihasilkan formularium rumah sakit yang dapat memenuhi pengobatan yang rasional. Formularium rumah sakit disusun mengacu pada formularium nasional (Permenkes RI No.58 Tahun 2014).

Kebijakan terkait dengan pengurangan atau penambahan obat dalam formularium rumah sakit disusun untuk meningkatkan kepatuhan terhadap formularium rumah sakit. Pertimbangan yang digunakan dalam menyusun kebijakan terkait pengurangan atau penambahan obat formularium rumah sakit yaitu indikasi penggunaan, efektifitas, resiko dan biaya (Permenkes RI No. 58 Tahun 2014).

C. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Karanganyar

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan pengertian rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat atau dapat menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan (Anonim 2013).

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari resiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksudkan, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan (Anonim, 2013).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Karanganyar termasuk rumah sakit kelas C yang dipimpin oleh seorang kepala yang disebut direktur. Mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013, RSUD Karanganyar termasuk dalam fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (RSUD Karanganyar, 2016).

D. Landasan Teori

Gastritis merupakan penyakit yang disebabkan oleh adanya asam lambung yang berlebihan atau meningkatnya asam lambung sehingga mengakibatkan

inflamasi atau peradangan dari mukosa lambung seperti teriris atau nyeri pada ulu hati. Gejala yang terjadi yaitu perut terasa perih dan mulas. Gastritis akut terjadi secara tiba-tiba, dalam waktu singkat, sedangkan gastritis kronis merupakan peradangan yang berlangsung dalam waktu lama, jika gastritis kronis tidak segera diobati akan berangsur lama tahunan bahkan seumur hidup (Saydam, 2011).

Menurut Padmavathi (2013) dan Guillermo (2011) gastritis dapat terjadi karena adanya beberapa fakto resiko seperti merokok, konsumsi alkohol, makanan pedas, obat-obatan, stress, dan infeksi bakteri *Helicobacter pylori*. Faktor tersebut akan mempengaruhi lapisan normal dari perut sehingga menghasilkan peradangan, iritasi lambung mukosa dan sekresi asam lambung berlebihan menyebabkan manifestasi seperti sakit perut, gangguan pencernaan, kehilangan nafsu makan, mual, muntah, nyeri di daerah epigastrium.

Obat–obatan yang ditujukan untuk mengatur sekresi asam lambung berupa antagonis reseptor H₂, *Proton Pump Inhibitors* (PPI), dan Antasida juga ditujukan sebagai sifoprotektor berupa sukralfat dan prostaglandin. Pemberian antasida, antagonis H₂ dan sukralfat tetap dianjurkan walaupun efek terapeutiknya masih diragukan. Biasanya pendarahan akan segera berhenti bila keadaan pasien membaik dan lesi mukosa akan segera normal kembali, pada sebagian pasien bias mengancam jiwa. Pasien gastritis kronis bila terdapat ulkus duodenum dapat diberikan antibiotik untuk membasmi *Helicobacter Pylory*. Antibiotik dapat berupa tetrasiklin, klaritomisin, dan amoksisilin. Terkadang diperlukan lebih dari satu antibiotik untuk mendapatkan hasil pengobatan yang baik. Bila terjadi anemia defisiensi besi (yang disebabkan pendarahan kronis), maka penyakit ini harus

diobati, pada anemia pernisiiosa harus diberi pengobatan vitamin B₁₂ dan terapi yang sesuai (Suyono, 2001).

E. Keterangan Empiris

Berdasarkan latar belakang dan landasan teori yang telah diuraikan, maka dapat diperoleh keterangan empirisnya yaitu:

1. Pola penggunaan obat gastritis pada pasien rawat inap RSUD Karanganyar pada tahun 2015 adalah golongan Antasida, H₂RA, PPI, dan Antibiotik.
2. Penggunaan obat gastritis pada pasien rawat inap RSUD Karanganyar tahun 2015 sudah sesuai terhadap formularium rumah sakit dan guideline.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan kita lakukan (Sabri & Hastono 2006). Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah data rekam medis pasien gastritis di instansi rawat inap Rumah Sakit Karanganyar pada tahun 2015.

2. Sampel

Sampel merupakan unit-unit yang diambil dari populasi dengan kriteria tertentu untuk mewakili populasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah obat yang digunakan oleh pasien gastritis rawat inap RSUD Karanganyar tahun 2015.

B. Variabel Penelitian

1. Identifikasi variabel utama

Variabel utama memuat segala sesuatu yang akan menjadi pokok pengamatan dalam sebuah penelitian. Identifikasi variabel utama memuat variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel utama dalam penelitian ini adalah penggunaan obat gastritis pada pasien rawat inap di RSUD Karanganyar.

2. Klasifikasi variabel

Variabel bebas merupakan variabel yang mempengaruhi terjadinya variabel tergantung. Variabel tergantung merupakan permasalahan utama dalam penelitian ini atau bisa disebut variabel yang dipengaruhi.

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah penggunaan obat gastritis. Variabel tergantung dari penelitian ini adalah pasien gastritis di rawat inap RSUD Karanganyar.

3. Definisi operasional variabel

Definisi operasional variabel memuat penjelasan mengenai hal-hal yang digunakan dalam proses penelitian. Berikut uraian definisi operasional variabel:

3.1. Gastritis. Gastritis adalah peradangan yang terjadi pada lapisan lambung.

3.2. Pola Penggunaan Obat. Pola penggunaan obat adalah penelitian penggunaan obat gastritis pada pasien rawat inap Rumah Sakit Karanganyar

3.3. Rumah Sakit. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat darurat di RSUD Karanganyar

3.4. Rekam Medis. Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan atau dokumen identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan pelayanan terhadap pasien.

3.5. Kesesuaian. Kesesuaian adalah kecocokan antara penggunaan obat terhadap Formularium Rumah Sakit, dan Guideline.

C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi yang dimasukkan dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien umur 17 – 80 tahun.
- b. Dirawat pada tahun 2015.

Kriteria eksklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Data-data yang tidak lengkap dan rusak.
- b. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri.
- c. Pasien yang meninggal sebelum diagnosa penyakit selesai.

D. Bahan dan Alat

Bahan yang digunakan pada penelitian ini adalah seluruh data rekam medis pasien gastritis umur 17 - 80 tahun di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar pengumpulan data untuk mencatat data-data yang diperlukan pada saat penelitian.

E. Analisis Hasil

Data yang diambil adalah nama pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin pasien, diagnose kasus pasien, jenis obat, aturan pakai, dan sediaan obat. Dan data tersebut kemudian diolah. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah metode diskriptif non eksperimental secara retrospektif.

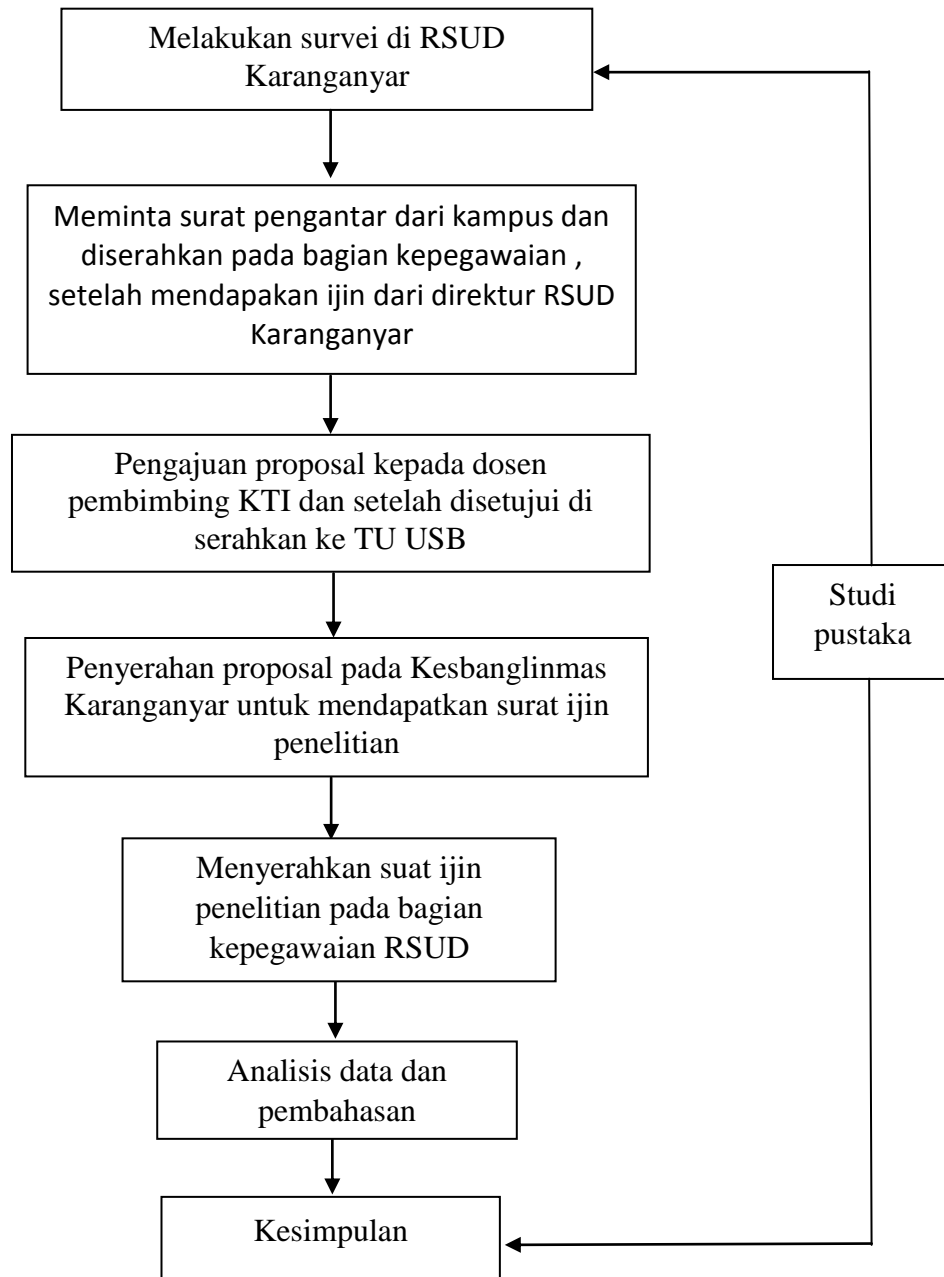
F. Jalannya Penelitian

Langkah awal dalam penelitian ini adalah melakukan survei di RSUD Karanganyar. langkah selanjutnya mengajukan permintaan surat pengantar

penelitian dari kampus melalui bagaian tata usaha (TU). Selang satu hari surat pengantar dari kampus keluar, langkah selanjutnya meminta ijin penelitian terhadap direktur dan menyerahkan surat pengantar pada bagian kepegawaian di RSUD Karanganyar. Langkah selanjutnya mengajukan proposal kepada dosen pembimbing Karya Tulis Ilmiah.

Proposal yang telah disetujui kemudian diserahkan pada bagian TU. Proposal kemudian diserahkan pada Kesbanglinmas Karanganyar untuk mendapatkan surat ijin penelitian. Surat ijin penelitian kemudian diserahkan ke bagian kepegawaian RSUD Karanganyar. Penelitian dapat dilakukan di RSUD Karanganyar dalam waktu yang telah ditentukan setelah mendapatkan ijin. Penelitian dilakukan dengan mengambil data rekam medis pasien rawat inap gastritis di RSUD Karanganyar. Data kemudian dianalisis, dibahas dan dapat diambil kesimpulan.

Berikut merupakan skema tahap demi tahap jalanya penelitian:



Gambar 1. Skema penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Pasien

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kasus gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar tahun 2015 dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin dan umur pasien

1 Jenis Kelamin

Hasil pengambilan data menunjukkan terdapat 80 pasien gastritis yang terdiri dari 32 pasien berjenis kelamin laki-laki (40%) dan 48 pasien berjenis kelamin perempuan (60%). Terdapat selisih persentase perbedaan 20% antara jumlah pasien laki-laki dan perempuan. Tabel 2 menunjukkan persentase distribusi jenis kelamin pada kasus gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar pada tahun 2015:

Tabel 2. Persentase Jumlah Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015 Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	Persentase (%)
Laki-laki	32	40
Perempuan	48	60
Jumlah	80	100

Sumber: Data sekunder (yang telah diolah)

Berdasarkan tabel 2, dapat ditunjukkan bahwa jumlah pasien gastritis berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, dimana perempuan terkena gastritis sebanyak 60%, sedangkan laki-laki 40%. Hal ini sejalan dengan Megawati et al (2014) bahwa kejadian gastritis lebih tinggi dari

pada perempuan sebesar 78,9%. Berdasarkan uraian tersebut, hal ini berhubungan dengan pola makan yang tidak teratur pada perempuan. Berkaitan dengan faktor kesibukan, tidak memperhatikan makanan yang dikonsumsi, seperti mengonsumsi makanan yang instan, pedas dan asam dapat meningkatkan produksi asam lambung dan pada akhirnya kekuatan lambung menurun. Stres dapat juga dapat menimbulkan gejala fisik dan menyebabkan gangguan psikologis, dimana jika berlangsung dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan penyakit gastritis. Hal ini sejalan dengan penelitian Patricia (2013) bahwa stress mempunyai hubungan dengan kejadian gastritis karena dapat meningkatkan produksi asam lambung.

Gastritis yang terjadi pada pasien laki-laki disebabkan diantaranya karena konsumsi alkohol dan merokok. Konsumsi alkohol dalam jumlah sedikit akan merangsang produksi asam lambung berlebih, nafsu makan berkurang, dan mual, sedangkan mengonsumsi alkohol dalam jumlah besar dapat menurunkan mukosa lambung. Konsumsi alkohol merupakan faktor resiko terjadinya gastritis. Hal ini sejalan dengan penelitian Rahma *et al* (2012) menunjukkan bahwa responden yang mengonsumsi alkohol beresiko 1,86 kali menderita gastritis di bandingkan dengan yang tidak mengonsumsi alkohol. Rokok mengandung berbagai zat kimia, asap yang terkandung dalam rokok mengandung berbagai macam zat yang sangat reaktif terhadap lambung. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahma *et al* (2012) menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor resiko kejadian gastritis, hal ini ditunjukkan bahwa responden yang merokok 3,57 kali menderita gastritis dibandingkan dengan yang tidak merokok.

2 Usia

Berdasarkan data yang telah diolah diperoleh kelompok usia dari kelompok usia 17-25 tahun, 26-35 tahun, 36-45 tahun, 46-55 tahun, 56-65 tahun, dan 65-80 tahun.

Tabel 3. Persentase Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015 Berdasarkan Usia

Usia	Jumlah Pasien	Persentase (%)
17-25	11	13,75
26-35	9	11,25
36-45	18	22,5
46-55	15	18,75
56-65	12	15
65-80	15	18,75
Jumlah	80	100

Sumber: Data sekunder (yang telah diolah)

Pengelompokan pasien berdasarkan usia, bertujuan untuk mengetahui prevalensi kasus gastritis yang terjadi pada usia tertentu. Hasil penelitian pasien gastritis rawat inap di RSUD Karanganyar tahun 2015 pada tabel 3 menunjukkan bahwa jumlah pasien gastritis yang banyak terjadi pada kelompok usia 36-45 tahun yaitu sebanyak 22,5%. Hasil penelitian ini sejalan dengan Rizaq *et al* (2016) bahwa pada usia dewasa beresiko terkena gastritis karena adanya stress yang berhubungan dengan pekerjaan. Di Indonesia, ditemukan antara 6-15% dengan usia 20-50 tahun, terutama pada usia dewasa pertengahan sampai usia lanjut. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara usia dengan kejadian gastritis. Hal ini disebabkan karena penambahan usia berhubungan signifikan dengan perubahan sejumlah mekanisme pertahanan mukosa lambung (Nyoman Wibawa, 2004). Walaupun gastritis dapat menyerang segala usia tetapi mencapai puncaknya pada usia >40 tahun (Sujono Hadi, 2002).

B. Obat Terapi Gastritis

1 Obat-obat terapi gastritis

Obat gastritis merupakan obat utama yang digunakan dalam terapi pengobatan gastritis. Obat gastritis terdiri dari beberapa golongan yaitu *Antasida*, *H₂ Blocker*, *PPI* dan *PMD*. Tabel 4 menunjukkan presentase penggunaan obat gastritis pada Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015:

Tabel 4. Persentase penggunaan obat gastritis pada Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015.

Golongan Obat	Nama Obat	Jumlah (Pasien)	Persentase (%)
Antasida	Antasida	35	19,89
H₂ Blocker	Ranitidin	52	29,54
PPI	Omeprazole	47	26,70
	Pantoprazole	7	3,98
PMD	Sukralfat	35	19,89
	Jumlah	178	100

Sumber: Data sekunder (yang telah diolah)

Berdasarkan tabel 4, persentase penggunaan Ranitidin sebesar 29,54% menunjukkan bahwa penggunaan lebih tinggi dari pada Antasida, Omeprazole, Pantoprazole, Sukralfat. Jumlah Ranitidin lebih banyak dari Omeprazole dan Pantoprazole menunjukkan bahwa pemilihan obat didasarkan efek samping yang lebih rendah. Ranitidin merupakan obat golongan *H₂ Blocker* yang bekerja dengan cara mengurangi produksi asam pada lambung. Golongan obat yang mengurangi produksi asam lambung selain Ranitidin adalah *PPI*. Obat golongan *PPI* merupakan menghambat dengan praktis tuntas sekresi asam dengan jalan menghambat enzim *H⁺/K⁺-ATPase* secara selektif dalam sel-sel parietal dari pada golongan *H₂ Blocker*. Antasida merupakan basa lemah yang digunakan untuk mengikat secara kimiawi dan menetralkan asam lambung dan dapat mengurangi rasa nyeri di lambung dengan cepat. Sukralfat dapat membentuk

suatu kompleks protein pada permukaan tukak yang melindunginya terhadap HCl, pepsin dan empedu. Sukralfat juga dapat menetralkan asam, menahan kerja pepsin dan mengadropsi asam empedu (Tjay dan Rahardja, 2007).

2 Obat-obat Penunjang

Obat penunjang merupakan obat tambahan yang digunakan sebagai terapi pengobatan terhadap gejala-gejala lain yang timbul pada penderita gastritis maupun efek samping terapi penggunaan obat gastritis. Terdapat 4 golongan obat penunjang yang digunakan dalam terapi pengobatan gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar. Obat-obat penunjang terapi pengobatan gastritis ditunjukkan pada tabel 5:

Tabel 5. Persentase Penggunaan Obat Penunjang Gastritis pada Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar Tahun 2015

Golongan Obat	Nama Obat	Jumlah (Pasien)	Persentase (%)
Antiemetik	Domperidon	1	0,99
	Ondansetron	37	36,63
Analgesik	Paracetamol	7	6,93
	Metamizol	27	26,73
Antibiotik	Ceftriaxon	14	13,87
	Cefotaxim	11	10,89
	Cefoperazon	4	3,96
Jumlah		101	100

Sumber: data sekunder (yang telah diolah)

Berdasarkan tabel 5. Terdapat golongan penunjang untuk pasien gastritis yaitu antiemetik, analgesik, antibiotik. Golongan antiemetik terdiri dari Domperidon dan Ondansetron. Antiemetik adalah obat-obat yang mengatasi mual dan muntah, dimana mual sering diartikan sebagai keinginan untuk muntah, sedangkan muntah diartikan sebagai pengeluaran isi lambung melalui mulut. Mual muntah dapat ditemukan bila lambung mengalami iritasi, stimulasi (terlalu banyak makan), bila terjadi rangsangan pada CTZ (*ChemoTrigger Zone*) atau

efek penggunaan obat (Tjay dan Rahardja, 2007). Golongan analgesik terdiri dari Paracetamol dan Metamizol. Analgesik adalah obat-obat yang dapat mengurangi dan menghilangkan rasa sakit tanpa menghilangkan kesadaran, juga tidak menimbulkan ketagihan. Golongan antibiotik terdiri dari Ceftriaxon, Cefotaxim, dan Cefoperazon. Antibiotik adalah zat-zat kimia yang dihasilkan oleh fungi atau bakteri, yang memiliki khasiat mematikan atau menghambat pertumbuhan kuman, sedangkan toksisitasnya bagi manusia relatif kecil (Tjay dan Rahardja, 2007)

C. Kesesuaian Penggunaan Obat

Tabel 6. Kesesuaian Penggunaan Obat pada Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar pada Tahun 2015 berdasarkan Formularium dan Guideline National Digestive Diseases Information Clearinghouse.

Golongan Obat	Nama Obat	Formularium	Guideline
Antasida	Antasida	✓	✓
H₂ Blocker	Ranitidin	✓	✓
PPI	Omeprazole	✓	✓
	Pantoprazole	✓	✓
PMD	Sukralfat	✓	X
Total		100%	80%

Sumber: data sekunder (yang telah diolah)

✓ : Sesuai dengan Formularium dan Guideline

X : Tidak sesuai dengan Formularium dan Guideline

Berdasarkan tabel 6. Kesesuaian penggunaan obat pasien gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar pada tahun 2015, disesuaikan dengan formularium Rumah Sakit (FRS) dan Guideline *National Digestive Diseases Information Clearinghouse*. Penggunaan obat untuk pasien gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar tahun 2015 sudah sesuai dengan formularium rumah sakit (FRS) RSUD Karanganyar sebesar 100%. Sedangkan kesesuaian dengan Guideline *National Digestive Diseases Information Clearinghouse* sebesar

80%. Obat yang tidak sesuai dengan *Guideline National Digestive Diseases Information Clearinghouse* adalah Sukralfat. Dokter memilih sukralfat karena sukralfat dapat membentuk lapisan pelindung pada dinding duodenum sehingga dapat melindungi tukak dari asam lambung. Sukralfat akan mencegah kerusakan tidak bertambah parah dan dapat meredakan rasa sakit.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pola penggunaan obat gastritis pada pasien berumur 17 tahun sampai 80 tahun di Instalasi Rawat Inap di RSUD Karanganyar tahun 2015 yaitu Ranitidin, Omeprazole, Pantoprazole dan Sukralfat. Obat gastritis yang paling banyak digunakan adalah Ranitidin dengan persentase 29,54%.
2. Penggunaan obat pada pasien gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Karanganyar pada tahun 2015 sudah sesuai dengan Formularium Rumah Sakit (FRS), dan *Guideline National Digestive Diseases Information Clearinghouse* sebesar 80%.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian serta kesimpulan yang telah diperoleh, dapat disampaikan saran sebagai berikut:

1. Bagi RSUD Karanganyar

Diharapkan untuk terus meningkatkan pelayanan medis dengan tetap memperhatikan kesesuaian penggunaan antibiotik dengan formularium rumah sakit maupun guideline yang ada, agar mutu dan kinerja pelayanan pengobatan semakin efektif dan efisien.

2. Bagi Peneliti selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian yang sama dengan melakukan penelitian di tempat yang berbeda, sehingga bias digunakan sebagai pembanding untuk studi dan penelitian-penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- [FKM UI] Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. 2008. *Kebijakan Standar Pelayanan Medik dan Diagnosis Related Group (DRG), Kelayakan penerapan di Indonesia*. Jakarta: FKPM UI.
- [NIDDK] National Digestive Diseases Information Clearinghouse. 2008. *Gastritis*. United States of America: NIDDK.
- Anonim, 2013. *Pengertian Rumah Sakit Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI*. <http://smartplusconsulting.com/2013/09/pengertian-rumah-sakit-menurut-keputusan-menteri-kesehatan-ri/>, diakses desember 2016].
- Brunner dan Suddart. 2000. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Cahyono, S. 2008. *Gaya hidup dan penyakit modern*. Yogyakarta: Kanisius.
- Chandrasoma, Parakrama. 2005. *Ringkasan Patologi Anatomi Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Data Rekapitulasi Rekam Medis RSUD Karanganyar, 2013.
- Depkes RI. 2008. *Profil PP&PL*. (Online) (http://www.pppl.depkes.go.id/asset/download/PROFIL_PP&PL_2008.pdf, [diakses 23 Desember 2016].
- Dinkes Provinsi Jateng, 2009, *Data Penyakit Gastritis Tahun 2008-2009 Di Jawa Tengah*, Semarang: UKR Dinkes Propinsi Jawa Tengah.
- Dipiro, J.T. *et al.* 2008. *Pharmacotherapy: A Pathophysiological approach Seventh Edition*. Mc Graq Hill Company.
- Jones dan Cash. 2010. *Gastritis*, <http://www.digestive.niddk.nih.gov/>, [diakses Desember 2016].
- Kurnia, Rahmi Gustin. 2012. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gastritis pada Pasien yang Berobat Jalan di Puskesmas Gulai Bancah Kota Bukit Tinggi Tahun 2011*. Artikel penelitian.
- Mansjoer, A. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi III*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Marcellus Simadibrata K, *Penyebab dan Diagnosa Pendarahan Saluran Cerna Bagian Atas*, Ethical Digest No. 78 Agustus 2010.

- Megawati A, Nosi H. 2014. *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Gasstritis pada Pasien yang Di Rawat RSUD Labuang Baji Makasar*. ISSN 2302-1721.
- Mutaqqin A. 2011. *Gangguan Gastrointestinal Medika Bedah*. Jakarta: Salemba Medika
- Misnadiarly. (2009). *Mengenal penyakit organ cerna*. Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Osiana T, *ed al.* 2011. *Hubungan antara pola makan dengan kejadian gastritis pada mahasiswa semester II Stikes Wira Husada Yogyakarta 2011*. Jogjakarta.
- Patmavathin GV, *ed al.* 2013. *Knowledge and factor influencing on gastritis among distant modelearners of various universities at selected study centers around Bangalore city with a view of providing a pamphlet*. SJAMS
- Pratiwi, Wahyu. 2013. *Hubungan Pola Makan dengan Gastritis pada Remaja di Pondok Pesantren Daar El-Qolam Gintung, Jayanti, Tangerang*. [Skripsi]. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Syarif Hidayatullah.
- Prince, Sylvia A., Lorraine McCarty Wilson. 2005. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Rahma M, Ansar J, Rismayanti. 2012. *Faktor Resiko Kejadian Gastritis Di Wilayah Kerja Puskesmas Kampili Kabupaten Gowa*.
- Rizqah, Nur'aini, Noviyanto, Fajrin. 2016. *Evaluasi Penggunaan Obat Tukak Peptik pada Pasien Tukak Peptik (Peptic Ulcer Disease) di Rumah Sakit Bhayangkara Brimob Tahun 2015*.
- Rondanu A, Wullur A, Lolo WA. 2014. *Kajian penatalaksanaan Terapi pada Pasien Gastritis di Instalasi Rawat Inap RSUD Prof. dr. R.D Kondu Manado Tahun 2013*. Jurnal Ilmiah – UNSRAT Vol. 3 No. 3.
- RSUD Kabupaten Karanganyar. 2016. *Profil RSUD Kabupaten Karanganyar*. <http://rsudkaranganyar.com/index.php/profile/46-profile>. [diakses 1 Juni 2017].
- Sarbi dan Hastono. 2006. *Statistik Kesehatan*. Jakarta : PT. Raja Grafindo Perdasa.

- Saydam. 2011. *Memahami Berbagai Penyakit (Penyakit Pernapasan dan Gangguan Pencernaan)*. Bandung : Alfabeta.
- Sembor P, Lintong P, Kairupan C. 2013. *Gambaran Hispatologik Mukosa Lambung Tikus Putih (Rattus norvegicus) yang Diinduksi Kebisisngan dan Diberikan Ranitidin*. Volume 1. Nomer 2.
- Sujono Hadi, 2002, *Gastroenterologi*, Bandung: P. T. ALUMNI.
- Suyono, Slamet. 2001. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbitan
- Tan. H.T., dan Rahardja K. 2013. *Obat-obat Penting edisi VI*. Hal. ... Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Triyono, U. 2013. “*Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Tn. M dengan Gastritis di Ruang Mawar I RSUD Karangnyar*”. Karya Tulis Ilmiah. Sekolah Tinggi Kusuma Husada. Surakarta.
- Wahyuni, T.. 2013. *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Tn. B dengan Gastritis di Ruang Mawar I Rumah Sakit Umum Daerah Karanganyar*. KTI. Surakarta : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada.

**L
A
M
P
I
R
A
N**

Lampiran 1. Surat Pengantar Universitas Setia Budi



Surakarta, 23 Nopember 2016

Nomor : 1003/C6-04/23.11.2016
Hal : Ijin Penelitian Pengambilan Data
Kepada : Yth. Kepala Kesbangpol Karanganyar
Di Karanganyar

Diberitahukan dengan hormat, bahwa dalam rangkaian kurikulum pada Program Studi D3 di Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi, mahasiswa tingkat akhir wajib mengadakan penelitian guna menunjang penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI). Sehubungan dengan hal tersebut, maka kami mengajukan permohonan kiranya mahasiswa kami diberikan ijin Penelitian untuk melakukan Pengambilan Data sebagai penunjang penelitian tersebut diatas, dengan prosedur mengikuti kebijaksanaan yang ada bagi mahasiswa kami :

Nama : RIKA PUTRI JAYANTI
Nim : 17141025B
Judul : POLA PENGGUNAAN OBAT GASTRITIS PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD KARANGANYAR

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Prof. Dr. K.A. Oetari, S.U, M.M., M.Sc., Apt

Jl. Let. Jend. Sutoyo – Solo 57127 Telp. 0271-852518, Fax. 0271-853275

Homepage : www.setiabudi.ac.id, e-mail : usbsolo@yahoo.com

Lampiran 2. Surat Pengantar Kesbangpol.



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Alamat : Jln. Lawu No. 85 Karanganyar Telp. (0271) 495038 Fax (0271) 494835
 Website : E-mail : Kesbangpol@karanganyarkab.go.id Kode Pos 57716

REKOMENDASI PENELITIAN
 NOMOR : 070 / 710 / 11 / 2016

- I. Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tanggal 21 Januari 2014 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- II. Memperhatikan : Surat dari Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Nomor : 1003/C6-04/23.11.2016 tanggal 23 Nopember 2016 Perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data.
- III. Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Karanganyar tidak keberatan atas pelaksanaan suatu kegiatan ilmiah dan pengabdian kepada masyarakat dalam wilayah Kabupaten Karanganyar yang dilakukan oleh :
1. N a m a / N I M : RIKA PUTRI JAYANTI / 17141025B
 2. Alamat : Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
 3. Pekerjaan : Mahasiswa
 4. Maksud dan tujuan : Permohonan Ijin Pengambilan Data dalam rangka menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul: *"Pola Penggunaan Obat Gastritis Pada Pasien Rawat Inap di RSUD Karanganyar"*.
 5. L o k a s i : RSUD Kabupaten Karanganyar
 6. Jangka waktu : 23 November s.d 7 Desember 2016
 7. Peserta : -
 8. Penanggungjawab : Prof. Dr.R.A. Oetari, S.U, MM., M.Sc., Apt
- Dengan Ketentuan sebagai berikut :
- a. Pelaksanaan kegiatan dimaksud tidak dilaksanakan untuk tujuan lain yang dapat berakibat melakukan tindakan pelanggaran terhadap peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 - b. Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut, maka terlebih dahulu melapor kepada penguasa Pemerintah Desa/Kalurahan setempat.
 - c. Mentaati segala ketentuan dan peraturan-peraturan yang berlaku juga petunjuk-petunjuk dari pejabat pemerintah yang berwenang dan tidak menimbulkan distorsi/gejolak masyarakat.
 - d. Setelah melaksanakan kegiatan dimaksud supaya menyerahkan hasilnya kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Karanganyar.
 - e. Apabila masa berlaku surat ijin ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai perpanjangan waktu harus diajukan kepada instansi pemohon
- IV. Surat Rekomendasi Penelitian akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang Surat Rekomendasi Penelitian ini tidak mentaati/mengindahkan ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Dikeluarkan di : Karanganyar.
 Pada Tanggal : 23 Nopember 2016

An. **KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK**
KABUPATEN KARANGANYAR
 Kabid Kewaspadaan Daerah dan Ketahanan Masyarakat

EKO BUDI HARYANTO, SH, M.Hum
 Pembina Tk. I
 NIP. 19601224 198803 1 005

TEMBUSAN :

1. Bupati Karanganyar (sebagai laporan).
2. Kepala Bappeda Kabupaten Karanganyar.

Lampiran 3. Surat Pengambilan Data

PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
Jl. Laksda Yos Sudarso, Telp. 496025 / 496673 Karanganyar

LEMBAR - DISPOSISI

Surat dari : UNIVERSITAS SETIA BUDI SURABAYA Diterima tanggal : 21 November 2016
Tgl. Surat : 3 November 2016 Nomor Agenda : 074/2780
No. Surat : 977/06-04/3-11.2016 Diteruskan kepada :

Disposisi : Direktur RSUD
hms diklat
4

<p>Disposisi : Ka TU</p> <p><i>URG</i> <i>Tin diklat</i> <i>d 22</i> <i>11/16</i></p>	<p>Disposisi : Ka Bidang</p> <p style="text-align: center;">KETUA TIM DIKLAT RSUD KAB. KARANGANYAR</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i> <u>MULYONO ACUNG PRIHATIYANTO, Sp.PD</u> NIP. 19761069 200312 1 001</p>
<p>Disposisi : Ka Sub Bag</p> <p><i>1702 dari</i> <i>Sim Dislas</i></p> <p style="text-align: center;"><i>17</i> <i>11</i></p>	<p>Disposisi : Ka Seksi</p>

Lampiran 4. Formularium RSUD Karanganyar

Page 1

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR
NOMOR 445 / 51.31 TAHUN 2015
TENTANG
PENETAPAN FORMULARIUM OBAT RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH KABUPATEN KARANGANYAR

DAFTAR OBAT

NO	KELAS TERAPI, NAMA GENERIK	NAMA DAGANG	DOSIS	SEDIAPAN	KETERANGAN
1 OBAT SALURAN CERNA					
1.1 ANTASIDA DAN ANTIULKUS					
1.	Antasida DOEN	Antasida	200 mg	tablet	E.cat
		Antasida	200 mg	sirup	E.cat
2.	Antasida + simeticon	Gestamag	400 mg	sirup	
		Magtral Forte	400 mg	sirup	
3.	Cimetidine	Cimetidine	200 mg	tablet	
4.	Ranitidin	Ranitidin	150 mg	tablet	E.cat
		Ranitidin	25 mg / ml	injeksi	E.cat
		Rantin	150 mg	tablet	
		Acran	50 mg	injeksi	
		Ulceranin	50 mg	injeksi	
5.	Sukrafat	Ulsidex	500 mg	tablet	E.cat
		Ulsafat	500 mg/5ml	sirup	E.cat
		Nucral	500 mg/5ml	sirup	
		Ulsicral	500 mg/5ml	sirup	
6.	Omeprazol	Omeprazol	20 mg	kapsul	E.cat
		Omeprazol	40 mg / 10 ml	injeksi	E.cat
		Zolacap	20 mg	tablet	
		Norsec	20 mg	tablet	
		Gastrofer	40 mg / 10 ml	injeksi	
		Rocer	40 mg / 10 ml	injeksi	
7.	Lansoprazol	Lansoprazol	30 mg	kapsul	E.cat
		Prosogan	30 mg	injeksi	E.cat
		Lanpracid	30 mg	tablet	
		Lasgan	30 mg	tablet	
8.	Pantoprazol	Pantoprazol	40 mg	injeksi	OGB
		Pantozol	40 mg	injeksi	
		Panso	40 mg	injeksi	
		Pantozol	20mg	tablet	

	9. Rebamipide	Rebamipide	100 mg	tablet	
1.2 ANTIEMETIK	<i>obat cacing.</i>				
	1. Dimenhidrinat	Dimenhidrinat	50 mg	tablet	
	2. Klorpromazin	Klorpromazin	25 mg	tablet	E.cat
		Klorpromazin	100 mg	tablet	E.cat
		Klorpromazin	25 mg/ ml	injeksi	E.cat
	3. Metoklopramid	Metoklopramid	5 mg	tablet	E.cat
		Metoklopramid	10 mg	tablet	E.cat
		Lexapram	5mg / 5 ml	syrup	E.cat
		Gavistal	10 ml	drop	E.cat
		Metoklopramid	5 mg / ml	injeksi	E.cat
		Piralen	10 mg	injeksi	
	4. Ondansetron	Ondansetron	4 mg	tablet	E.cat
		Ondansetron	8 mg	tablet	OGB
		Ondansetron	4 mg / 2ml	injeksi	E.cat
		Invomit	4 mg	tablet	
		Fudanton	4 mg	tablet	
		Ondane	4 mg	injeksi	
		Cedantron	4 mg	injeksi	
	5 Granisetron	Granisetron	1 mg/ml	injeksi	OGB
		Opigran	1 mg/ml	injeksi	
		Granon	1 mg/ml	injeksi	
	6 Domperidon	Domperidon	10 mg	tablet	E.cat
		Domperidon	5 mg/5ml	sirup	E.cat
		Domperidon	5 mg/ml	drop	E.cat
		Vomitas	10 mg	tablet	
1.3 ANTISPASMODIK					
	1 Atropin sulfat	Atropin sulfat	0,5 mg	tab	E.cat
		Atropin sulfat	0,25 mg / ml	injeksi	E.cat
	2 Hiosin N butilbromid	Hiosin Butilbromid	10 mg	tablet	E.cat
		Hiosin Butilbromid	20 mg / ml	injeksi	E.cat
		Scopamin	10 mg	tablet	
		Stomica	10 mg	tablet	
	3 Hiosin N butilbromid + par	Citas plus	10 mg, 500 mg	tablet	
	4 Paparevin	Paparevin	40mg	tablet	
	5 Flavoksat	unispas	200 mg	tablet	
	7 Klordiazepoksid + Klidiniur	Librax	5 mg, 2,5 mg	tablet	

Lampiran 5. Guideline

Gastritis

National Digestive Diseases Information Clearinghouse



U.S. Department
of Health and
Human Services

NATIONAL
INSTITUTES
OF HEALTH

NIDDK
NATIONAL INSTITUTE OF
DIAGNOSTIC AND
LABORATORY SERVICES

What is gastritis?

Gastritis is a condition in which the stomach lining—known as the mucosa—is inflamed. The stomach lining contains special cells that produce acid and enzymes, which help break down food for digestion, and mucus, which protects the stomach lining from acid. When the stomach lining is inflamed, it produces less acid, enzymes, and mucus.

Gastritis may be acute or chronic. Sudden, severe inflammation of the stomach lining is called acute gastritis. Inflammation that lasts for a long time is called chronic gastritis. If chronic gastritis is not treated, it may last for years or even a lifetime.

Erosive gastritis is a type of gastritis that often does not cause significant inflammation but can wear away the stomach lining. Erosive gastritis can cause bleeding, erosions, or ulcers. Erosive gastritis may be acute or chronic.

The relationship between gastritis and symptoms is not clear. The term gastritis refers specifically to abnormal inflammation in the stomach lining. People who have gastritis may experience pain or discomfort in the upper abdomen, but many people with gastritis do not have any symptoms.

The term gastritis is sometimes mistakenly used to describe any symptoms of pain or discomfort in the upper abdomen. Many diseases and disorders can cause these symptoms. Most people who have upper abdominal symptoms do not have gastritis.

What causes gastritis?

Helicobacter pylori (*H. pylori*) infection causes most cases of chronic nonerosive gastritis. *H. pylori* are bacteria that infect the stomach lining. *H. pylori* are primarily transmitted from person to person. In areas with poor sanitation, *H. pylori* may be transmitted through contaminated food or water.

In industrialized countries like the United States, 20 to 50 percent of the population may be infected with *H. pylori*.¹ Rates of *H. pylori* infection are higher in areas with poor sanitation and higher population density. Infection rates may be higher than 80 percent in some developing countries.¹

¹Lee Y, Liou J, Wu M, Wu C, Lin J. Review: eradication of *Helicobacter pylori* to prevent gastroduodenal diseases: hitting more than one bird with the same stone. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*. 2008;1(2):111–120.

The most common cause of erosive gastritis—acute and chronic—is prolonged use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) such as aspirin and ibuprofen. Other agents that can cause erosive gastritis include alcohol, cocaine, and radiation.

Traumatic injuries, critical illness, severe burns, and major surgery can also cause acute erosive gastritis. This type of gastritis is called stress gastritis.

Less common causes of erosive and nonerosive gastritis include

- autoimmune disorders in which the immune system attacks healthy cells in the stomach lining
- some digestive diseases and disorders, such as Crohn's disease and pernicious anemia
- viruses, parasites, fungi, and bacteria other than *H. pylori*

What are the symptoms of gastritis?

Many people with gastritis do not have any symptoms, but some people experience symptoms such as

- upper abdominal discomfort or pain
- nausea
- vomiting

These symptoms are also called dyspepsia.

Erosive gastritis may cause ulcers or erosions in the stomach lining that can bleed. Signs of bleeding in the stomach include

- blood in vomit
- black, tarry stools
- red blood in the stool

What are the complications of gastritis?

Most forms of chronic nonspecific gastritis do not cause symptoms. However, chronic gastritis is a risk factor for peptic ulcer disease, gastric polyps, and benign and malignant gastric tumors. Some people with chronic *H. pylori* gastritis or autoimmune gastritis develop atrophic gastritis. Atrophic gastritis destroys the cells in the stomach lining that produce digestive acids and enzymes. Atrophic gastritis can lead to two types of cancer: gastric cancer and gastric mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma.

How is gastritis diagnosed?

The most common diagnostic test for gastritis is endoscopy with a biopsy of the stomach. The doctor will usually give the patient medicine to reduce discomfort and anxiety before beginning the endoscopy procedure. The doctor then inserts an endoscope, a thin tube with a tiny camera on the end, through the patient's mouth or nose and into the stomach. The doctor uses the endoscope to examine the lining of the esophagus, stomach, and first portion of the small intestine. If necessary, the doctor will use the endoscope to perform a biopsy, which involves collecting tiny samples of tissue for examination with a microscope.

Other tests used to identify the cause of gastritis or any complications include the following:

- **Upper gastrointestinal (GI) series.** The patient swallows barium, a liquid contrast material that makes the digestive tract visible in an x ray. X-ray images may show changes in the stomach lining, such as erosions or ulcers.
- **Blood test.** The doctor may check for anemia, a condition in which the blood's iron-rich substance, hemoglobin, is diminished. Anemia may be a sign of chronic bleeding in the stomach.
- **Stool test.** This test checks for the presence of blood in the stool, another sign of bleeding in the stomach.
- **Tests for *H. pylori* infection.** The doctor may test a patient's breath, blood, or stool for signs of infection. *H. pylori* infection can also be confirmed with biopsies taken from the stomach during endoscopy.

How is gastritis treated?

Medications that reduce the amount of acid in the stomach can relieve symptoms that may accompany gastritis and promote healing of the stomach lining. These medications include

- antacids, such as aspirin, sodium bicarbonate, and citric acid (Alka-Seltzer); alumina and magnesia (Maalox); and calcium carbonate and magnesia (Rolaids). Antacids relieve mild heartburn or dyspepsia by neutralizing acid in the stomach. These drugs may produce side effects such as diarrhea or constipation.
- histamine 2 (H₂) blockers, such as famotidine (Pepcid AC) and ranitidine (Zantac 75). H₂ blockers decrease acid production. They are available both over the counter and by prescription.
- proton pump inhibitors (PPIs), such as omeprazole (Prilosec, Zegerid), lansoprazole (Prevacid), pantoprazole (Protonix), rabeprazole (Aciphex), esomeprazole (Nexium), and dexlansoprazole (Kapidex). All of these drugs are available by prescription, and some are also available over the counter. PPIs decrease acid production more effectively than H₂ blockers.

Depending on the cause of the gastritis, additional measures or treatments may be needed. For example, if gastritis is caused by prolonged use of NSAIDs, a doctor may advise a person to stop taking NSAIDs, reduce the dose of NSAIDs, or switch to another class of medications for pain. PPIs may be used to prevent stress gastritis in critically ill patients.

Treating *H. pylori* infections is important, even if a person is not experiencing symptoms from the infection. Untreated *H. pylori* gastritis may lead to cancer or the development of ulcers in the stomach or small intestine. The most common treatment is a triple therapy that combines a PPI and two antibiotics—usually amoxicillin and clarithromycin—to kill the bacteria. Treatment may also include bismuth subsalicylate (Pepto-Bismol) to help kill bacteria.

After treatment, the doctor may use a breath or stool test to make sure the *H. pylori* infection is gone. Curing the infection can be expected to cure the gastritis and decrease the risk of other gastrointestinal diseases associated with gastritis, such as peptic ulcer disease, gastric cancer, and MALT lymphoma.

Points to Remember

- Gastritis is a condition in which the stomach lining is inflamed.
- The term gastritis refers specifically to abnormal inflammation in the stomach lining. However, gastritis is sometimes mistakenly used to describe any symptoms of pain or discomfort in the upper abdomen. Most people who have upper abdominal symptoms do not have gastritis.
- The most common causes of gastritis are *H. pylori* infections and prolonged use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).
- Many people with gastritis have no symptoms. Those who do have symptoms may experience dyspepsia—upper abdominal discomfort or pain, nausea, or vomiting.
- Treating *H. pylori* infection is important, even if a person is not experiencing symptoms. Left untreated, *H. pylori* infection may lead to peptic ulcer disease or cancer.

Hope through Research

The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) sponsors research to improve treatment for people with digestive disorders, including gastritis. Researchers are studying the relationship between *H. pylori* infections and gastric cancer.

Participants in clinical trials can play a more active role in their own health care, gain access to new research treatments before they are widely available, and help others by contributing to medical research. For information about current studies, visit www.ClinicalTrials.gov.

For More Information

American College of Gastroenterology

P.O. Box 342260
Bethesda, MD 20827-2260
Phone: 301-263-9000
Internet: www.acg.gi.org

American Gastroenterological Association

4930 Del Ray Avenue
Bethesda, MD 20814
Phone: 301-654-2055
Fax: 301-654-5920
Email: member@gastro.org
Internet: www.gastro.org

Acknowledgments

Publications produced by the Clearinghouse are carefully reviewed by both NIDDK scientists and outside experts. This publication was reviewed by Lindsay Jones, M.D., and Brooks D. Cash, M.D., F.A.C.P., F.A.C.G., National Naval Medical Center.

You may also find additional information about this topic by visiting MedlinePlus at www.medlineplus.gov.

This publication may contain information about medications. When prepared, this publication included the most current information available. For updates or for questions about any medications, contact the U.S. Food and Drug Administration toll-free at 1-888-INFO-FDA (1-888-463-6332) or visit www.fda.gov. Consult your doctor for more information.

The U.S. Government does not endorse or favor any specific commercial product or company. Trade, proprietary, or company names appearing in this document are used only because they are considered necessary in the context of the information provided. If a product is not mentioned, the omission does not mean or imply that the product is unsatisfactory.

National Digestive Diseases Information Clearinghouse

2 Information Way
Bethesda, MD 20892-3570
Phone: 1-800-891-5389
TTY: 1-866-569-1162
Fax: 703-738-4929
Email: nddic@info.niddk.nih.gov
Internet: www.digestive.niddk.nih.gov

The National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC) is a service of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). The NIDDK is part of the National Institutes of Health of the U.S. Department of Health and Human Services. Established in 1980, the Clearinghouse provides information about digestive diseases to people with digestive disorders and to their families, health care professionals, and the public. The NDDIC answers inquiries, develops and distributes publications, and works closely with professional and patient organizations and Government agencies to coordinate resources about digestive diseases.

This publication is not copyrighted. The Clearinghouse encourages users of this publication to duplicate and distribute as many copies as desired.

This publication is available at
www.digestive.niddk.nih.gov.



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH
AND HUMAN SERVICES
National Institutes of Health

NIH Publication No. 10-4764
January 2010

Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN KARANGANYAR

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Alamat : Jl. Laksda Yos Sudarso Karanganyar Telepon (0271) 495025, 495118
 Fax (0271) 495673 Website : www.karanganyar.go.id,
 E-mail : RsudKabKaranganyar@gmail.com Kode Pos 57716

SURAT KETERANGAN

NOMOR : 445/3246 .25/VI/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. MARIYADI
 NIP : 19610914.199003.1.006
 Pangkat/Gol. R : Pembina Tk. I (IV/b)
 Jabatan : Direktur
 Instansi : RSUD Kab. Karanganyar

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : Rika Putri Jayanti
 NIM : 17141025B
 Program Studi : D III Fakultas Farmasi
 Universitas Setia Budi
 Judul KTI : Pola Penggunaan Obat Gastritis Pada Pasien Rawat Inap
 di RSUD Karanganyar .

Telah melaksanakan pengambilan data, guna menunjang penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) , di Bagian Rekam Medik dan IGD di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar pada tanggal : 1 Mei 2017 s/d 1 Juni 2017

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Karanganyar, 9 Juni 2017

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN KARANGANYAR

dr. MARIYADI
 Pembina Tk.I
 NIP. 19610914.199003.1.006

Lampiran 7. Data Pasien Gastritis

No	No. Rekam Medis	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Obat	Sediaan (mg) & Aturan Pakai	Kesesuaian	
							Formularium	Guideline
1	329501	Sugiyanto	L	42	Omeprazole inj Ranitidin inj	2 x 40 (I.V) 2x 25 (I.V)	√ √	√ √
2	201503	Melyana Wulaningtyas	P	18	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
3	255104	Darmini	P	37	Omeprazole tab Sukralfat syr	2 x 20 (P.O) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ √
4	317307	Jinem Parnah	P	63	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
5	318008	Tardi	L	41	Ranitidin inj Sukralfat syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 500 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ - √
6	132614	Ken Dewi	P	30	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
7	339115	Sutarmi	P	34	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
8	311117	Putut Kus Darwanto	L	51	Omeprazole tab Sukralfat syr	2 x 20 (P.O) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
9	331619	Sri Rohmani	P	41	Ranitidin inj Lansoprazol inj	2x 25 (I.V) 2 x 30 (P.O)	√ √	√ √

10	226721	Sumiyati	P	49	Ranitidin inj Pantoprazole inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √	√ √ -
11	200624	Suparmi	P	41	Ranitidin inj Antacid syr Pantoprazole inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √ √	√ √ √ -
12	318623	Natiyem	P	45	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ √ √
13	189727	Suni	P	54	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
14	188327	Hanepsa Putri	P	17	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
15	326628	Slamet	L	78	Ranitidin inj Antacid syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
16	330028	Karunia Rochmawati	P	19	Ranitidin inj Sukralfat syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 500 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ - √
17	252529	Sugiyem	P	73	Ranitidin inj Antacid syr Pantoprazole inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √ √	√ √ √ -

18	321430	Barmi	P	61	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
19	248931	Rustiana	P	19	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
					Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
20	242631	Kromo Giyo	L	67	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
21	332235	Suwari	L	50	Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
					Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
22	130135	Iis Nurhayati	P	39	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
23	127742	Sri Sukarni	P	73	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
24	329542	Jamiyem	P	73	Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
					Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
25	300044	Harjo Mujiyem	P	60	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
26	332445	Warso Wardi	L	59	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
27	332545	Pramesti Dyah	P	20	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
28	268745	Tarwih	P	51	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
29	339348	Nur Hanantya	P	33	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
30	170550	Sukardi	L	37	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
31	195151	Warsono	L	21	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√

32	276856	Pariman	L	34	Ranitidin inj Omeprazole inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √	√ √ -
33	401556	Bambang	L	61	Ranitidin inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
34	334556	Joko Purnomo	L	27	Omeprazole inj Sukralfat syr Pantoprazole inj	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ - √
35	255756	Siti Maysaroh	P	37	Omeprazole inj Sukralfat syr Pantoprazole inj	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ - √
36	306057	Juminem	P	59	Ranitidin inj Sukralfat syr Antacid syr	2x 25 (I.V) 3 x 500 (P.O) 3 x 200 (P.O)	√ √ √	√ - √
37	331459	Saliyem	P	76	Omeprazole inj Antacid syr Sukralfat syr Pantoprazole inj	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O) 3 x 500 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √ √	√ √ - √
38	312359	Kasimin	L	35	Omeprazole inj Antacid syr Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O) 3 x 500 (P.O)	√ √ √	√ √ -
39	204660	Nanik Indrayani	P	40	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -

40	234860	Hariyanto Gandhi	L	34	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
41	334161	Daryatmi	P	39	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √ √	√ √ √ -
42	330363	Wiryanto	L	74	Ranitidin inj Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 2 x 40 (I.V)	√ √	√ √
43	284363	Sukiyem	P	67	Ranitidin inj Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 2 x 40 (I.V)	√ √	√ √
44	336463	Sulasmi	P	61	Omeprazole inj Pantoprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √ √	√ √ -
45	325965	Siti Khotijah	P	68	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ √ √
46	334165	Erwan Setyawan	L	35	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
47	329867	Tukiman	L	60	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
48	147868	Sularno	L	51	Pantoprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
49	328969	Indan	P	18	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
50	331369	Purnami	P	43	Ranitidin inj Lansoprazol inj	2x 25 (I.V) 2 x 30 (P.O)	√ √	√ √

					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	
51	221770	Dimin	L	60	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
52	201070	Suto Rejo	L	79	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
53	329972	Komariahsari	P	20	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
54	273072	Sugiyo	L	59	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
55	273072	Iqbal Audiyo	L	19	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
56	260772	Kayatun	P	50	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
57	331074	Sukardi	L	75	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
58	331776	Jumadi	L	36	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√
59	347676	Wuri Wiranti	P	37	Omeprazole inj	2 x 40 (I.V)	√	√
					Sukralfat syr	3 x 500 (P.O)	√	-
					Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
60	189180	Sukiyam	P	44	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
61	228281	Prastiyamto	L	18	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
					Antacid syr	3 x 200 (P.O)	√	√

62	278082	Warjito	L	58	Omeprazole inj Sukralfat syr Antacid syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O) 3 x 200 (P.O)	√ √ √	√ - √
63	297182	Sugiyem	P	79	Ranitidin inj Sukralfat syr Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 500 (P.O) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √ √	√ - √ √
64	138383	Somo Pawiro	L	76	Omeprazole inj Antacid syr	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
65	339483	Wiji	P	51	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ √ √
66	310783	Nurhayati	P	51	Omeprazole inj Sukralfat syr	2 x 40 (I.V) 3 x 500 (P.O)	√ √	√ -
67	331884	Edi Purnomo	L	27	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
68	328786	Sumarni	P	49	Omeprazole inj Antacid syr	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
69	313786	Tri Prasetyowati	P	20	Ranitidin inj Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 2 x 40 (I.V)	√ √	√ √
70	211390	Susbakdini	P	50	Ranitidin inj Antacid syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
71	326790	Wahyu	L	44	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ √ √

72	329191	Sularni	P	54	Omeprazole inj Antacid syr	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
73	329991	Sumiyem	P	55	Ranitidin inj Antacid syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
74	329291	Semi	P	79	Ranitidin inj Antacid syr Sukralfat syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 3 x 500 (P.O)	√ √ √	√ √ -
75	331891	Daryanto	L	41	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
76	339494	Citro Dikromo	L	70	Ranitidin inj	2x 25 (I.V)	√	√
77	331896	Kadiyem	P	50	Ranitidin inj Antacid syr	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √
78	327397	Bandiyah	P	51	Ranitidin inj Antacid syr Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 2 x 40 (I.V)	√ √ √	√ √ √
79	345099	Mariyanti	P	41	Ranitidin inj Antacid syr Pantoprazole inj Omeprazole inj	2x 25 (I.V) 3 x 200 (P.O) 3 x 40 (I.V) 2 x 40 (I.V)	√ √ √ √	√ √ √ √
80	310299	Slamet Abdul	L	64	Omeprazole inj Antacid syr	2 x 40 (I.V) 3 x 200 (P.O)	√ √	√ √