

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Bedah *Caesar*

1. Pengertian Bedah *Caesar*

Bedah *caesar* adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding rahim. Ada tiga teknik *sectio caesaria*, yaitu *transperitonealis*, *corporal* (klasik), dan *ekstraperitoneal* (Mansjoer, 2001).

Bedah *caesar* memiliki keuntungan dan kerugian. Keuntungannya adalah membuat persalinan menjadi lebih singkat, tidak ada kompresi jalan lahir, tidak ada sepsis dari jalan lahir, menurunkan resiko *rupture* (pendarahan uterus) setelah riwayat *section caesaria*. Kerugiannya adalah kemungkinan merusak kandung kemih dan usus, trombosit dan emboli, gangguan penyembuhan luka, kekhawatiran terjadinya *rupture* pada *sectio caesaria* berikutnya (Rabe, 2002).

2. Jenis Bedah *Caesar*

Ada beberapa jenis bedah *caesar* (*caesarean section*):

a. Bedah *Caesar* Klasik.

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan satu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi. Namun, jenis ini jarang dilakukan karena jenis ini lebih rentan terhadap komplikasi.

b. Irisan bagian bawah rahim.

Prosedur yang saat ini paling banyak digunakan meliputi sebuah irisan melintang tepat diatas ujung ginjal yang mengakibatkan pengeluaran darah yang lebih sedikit serta perbaikan yang lebih mudah.

c. Bedah *Caesar* mendadak atau darurat.

Bedah *Caesar* yang digunakan dalam keadaan darurat kandungan dan biasanya dilakukan dalam waktu 30 menit setelah keputusan pembedahan dilakukan.

d. *Caesar Histerektomi*.

Bedah *Caesar* yang dilanjutkan dengan pengangkatan rahim. Hal ini dapat dilakukan dalam kasus dimana ada pendarahan yang sulit tertangani atau ketika plasenta tidak dapat dipisahkan dari rahim.

e. *Ekstrapertoneal caesarean section* (porro cs).

Yaitu bedah *caesar* berulang pada seorang pasien yang pernah melakukan *caesar* sebelumnya. Biasanya dilakukan diatas bekas luka yang lama.

(Dewi dan Dodi, 2007).

3. Alasan-alasan kelahiran *Caesar*

Alasan-alasan untuk kelahiran *caesar* meliputi :

- a. Upaya melahirkan yang panjang atau kegagalan melanjutkan (*distrosi*)
- b. Kesulitan janin yang nyata
- c. Kesukaran yang nyata dipihak ibu
- d. Komplikasi-komplikasi (pre eklampsia, herpes aktif)
- e. Gangguan-gangguan, semisal ari-ari dibawah atau pecahnya saluran rahim
- f. Kelahiran kembar (kendati ini kontroversial)
- g. Kandungan abnormal (posisi janin sungsang atau melintang)
- h. Kegagalan induksi
- i. Kegagalan kelahiran dengan alat (dengan *forceps* atau *ventouse*)
- j. Bayi terlalu besar (*makrosomia*)
- k. Masalah-masalah plasenta (plasenta *previa*, plasental *abruption*/meluruk atau plasenta *accrete*/membesar)
- l. Pelvis (tulang selangkangan) yang rapat (terkontraksi)
- m. Pernah menjalani bedah *caesar*
- n. Pernah bermasalah dalam pemulihan *perineum* (dari kelahiran sebelumnya atau penyakit kronis)

(Dewi dan Dodi, 2007).

Komplikasi bedah *caesar* :

- a. Komplikasi pada ibu, yaitu infeksi *puerperal*, perdarahan, luka pada

kandung kencing, embolisme paru-paru, *rupture uteri*.

b. Komplikasi pada bayi yaitu kematian perinatal (Mansjoer, 2001).

B. Tatalaksana Terapi Pasien Pasca Bedah Caesar

Menurut National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) dalam guideline, prosedur bedah sesar adalah sebagai berikut:

1. Penilaian pra operasi, meliputi pengecekan haemoglobin, penggunaan kateter, peresepan antibiotic, profilaksis
2. Anestesi keperawatan, meliputi diskusi pemberian analgesic pasca bedah saesar, menawarkan antasid, antagonis reseptor H₂, atau inhibitor pompa proton, menawarkan antiemetic, menawarkan daerah anestesi, mengurangi risiko hipotensi dengan menggunakan intravena efedrin atau fenilefrin infuse; volume pre-loading dengan kristaloid atau koloid ; lateral angkat dari 15 derajat, Preoksigenasi, tekanan krikoid dan induksi cepat selama anestesi umum untuk keadaan darurat bedah saesar, latihan Unit Bersalin untuk intubasi gagal
3. Teknik pembedahan, meliputi penggunaan sarung tangan ganda pada wanita yang human immunodeficiency virus (HIV) positif, penggunaan sayatan perut melintang rendah, penggunaan perpanjangan tumpul sayatan rahim, penggunaan oksitosin, penggunaan traksi tali pusat terkendali untuk menghilangkan plasenta, penutupan sayatan dengan dua lapisan jahitan, pemeriksaan pH arteri umbilikalis, mempertimbangkan pilihan ibu pada suasana kelahiran dan memfasilitasi kulit-ke-kulit untuk ibu dan bayi
4. Pemantauan pasca operasi, termasuk pemantauan stabilitas kardiorespirasi, tingkat sedasi, dan kontrol nyeri
5. Resusitasi bayi baru lahir
6. Perawatan perempuan dan bayi setelah CS, termasuk dukungan untuk menyusui, suplemen analgesia, perawatan luka
7. Pemantauan pemulihan setelah CS, termasuk perawatan luka dan menjaga kewaspadaan untuk komplikasi
8. Diskusi implikasi bagi kelahiran normal yang selanjutnya.

Adapun perawatan dan pemantauan setelah bedah saesar adalah sebagai berikut:

1. Ibu melahirkan dengan bedah saesar membutuhkan perawatan yang intensif oleh petugas kesehatan yang professional.
2. Setelah dilakukan bedah saesar, diamati satu persatu oleh petugas terlatih sampai jalan nafas dan fungsi kerja jantung stabil dan mampu berkomunikasi.
3. Setelah pemulihan dari anestesi, dilakukan pengamatan frekuensi napas, denyut jantung, tekanan darah, nyeri, dan obat penenang. Hal ini dilakukan setiap setengah jam selama 2 jam sampai keadaan stabil. Jika pengamatan ini tidak stabil, pengamatan dilakukan lebih sering dan dianjurkan adanya tinjauan medis.
4. Bagi wanita yang memiliki opioid intratekal, harus ada pengamatan minimum per jam dari tingkat pernapasan, sedasi, dan skor nyeri selama minimal 12 jam untuk diamorfin dan 24 jam untuk morfin.
5. Bagi wanita yang memiliki opioid epidural atau pasien-dikendalikan analgesia dengan opioid, harus ada pemantauan rutin per jam tingkat pernapasan, sedasi, dan skor nyeri seluruh pengobatan dan setidaknya 2 jam setelah penghentian pengobatan
6. Menawarkan diamorfin (0,3-0,4 mg intratekal) untuk analgesia intra-dan pasca operasi karena dapat mengurangi kebutuhan tambahan analgesia setelah bedah saesar. Epidural diamorfin (2,5-5 mg) merupakan alternatif yang cocok.
7. Penggunaan analgesik opioid dapat diberikan setelah bedah saesar untuk mengurangi rasa sakit.
8. Pemberian obat analgesic bukan merupakan kontraindikasi, obat anti inflamasi non steroid dapat diberikan setelah bedah saesar sebagai tambahan, karena dapat mengurangi kebutuhan opioid.

Beberapa jenis obat yang digunakan pada pasien setelah bedah saesar adalah jens analgetik dan antibiotik.

1. Analgetika

Atas dasar farmakologisnya, analgetika dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu:

a. Analgetika perifer (non-narkotik), yang terdiri dari obat-obat yang tidak bersifat narkotik dan tidak bekerja pada sentral. Analgetika antiradang termasuk kelompok ini. Secara kimiawi, analgetika perifer dapat dibagi dalam beberapa kelompok, yakni:

- 1) Paracetamol
- 2) Salicilat : asetosal, salisilamida dan benorilat
- 3) Penghambat prostaglandin (*NSAID's*) : ibuprofen
- 4) Derivat-antranilat : mefenaminat, glafenin
- 5) Derivat pirazolinon : propifenazon, isopropilaminofenazon, dan metamizol
- 6) Lainnya : benzidamin (tantum)

Penggunaan obat-obat ini mampu meringankan atau menghilangkan rasa nyeri tanpa mempengaruhi SSP (susunan saraf pusat) atau menurunkan kesadaran, juga tidak menimbulkan ketagihan. Kebanyakan zat ini juga berdaya antipiretik dan/atau antiradang. Oleh karena itu tidak hanya digunakan sebagai obat antinyeri, melainkan juga pada demam (infeksi virus atau kuman, selesma, pileka) dan peradangan seperti rematik dan encok. Obat-obat ini banyak diberikan untuk nyeri ringan sampai sedang, yang penyebabnya beraneka ragam, misalnya nyeri kepala, gigi, otot, atau sendi (rematik, encok), perut, nyeri haid (*dysmenorroe*), nyeri akibat benturan atau kecelakaan (*trauma*). Untuk kedua nyeri terakhir, *NSAID's* lebih layak. Pada nyeri lebih berat atau fraktur (patah tulang) kerjanya kurang ampuh (Tjay dan Raharja, 2007). Efek samping yang paling umum adalah gangguan lambung-usus (2, 3, 5), kerusakan darah (1, 2, 4, dan 5), kerusakan hati dan ginjal (1, 3) dan juga reaksi alergi kulit.

b. Analgetika narkotik khusus digunakan untuk menghalau rasa nyeri hebat, seperti pada *fraktura* (patah) dan kanker (Tjay dan Raharja, 2007). Analgetika narkotik, kini disebut juga *opioida* (=mirip *opiat*) adalah

obat-obat yang daya kerjanya meniru (*mimic*) *opioid endogen* dengan memperpanjang aktivasi dari reseptor-reseptor opioid (biasanya μ -reseptor). Zat ini bekerja terhadap opioid khas di SSP, hingga persepsi nyeri dan respon emosional terhadap nyeri berubah (dikurangi) (Tjay dan Raharja, 2007).

Obat analgetika opioid sangat berguna untuk meredakan atau menghilangkan rasa nyeri. Tetapi semua analgetika *opioid* menimbulkan *adiksi*, maka untuk mendapatkan suatu analgetika yang ideal masih tetap diteruskan dengan tujuan mendapatkan analgetika yang sama kuat dengan morfin tanpa bahaya *adiksi*. Golongan obat *opioid* dimaksudkan untuk (1) obat-obat yang berasal dari *opiun-morfin*; (2) senyawa semisintetik morfin; dan (3) senyawa sintetik yang berefek seperti morfin. Obat-obat yang mengantagonis efek obat disebut antagonis opioid, dan reseptor tempat terikatnya *opioid* di sel otak disebut *reseptor opioid* (Ganiswara, 1987).

Analgetika narkotik atas dasar cara kerjanya, obat-obat ini dibagi dalam 3 kelompok, yaitu:

- 1) Agonis opiat, yang dapat dibagi dalam:
 - a) *alkaloida candu*: morfin, kodein, heroin, nikomorfin
 - b) zat-zat *sintesis*: metadon dan derivatnya (dekstromoramida, propoksifen, besitramida), petidin dan derivatnya (fentani, sufentanil) dan tramadol.

Cara kerja obat-obat ini sama dengan morfin, hanya berlainan mengenai potensi dan lama kerjanya, efek samping dan resiko akan kebiasaan dengan ketergantungan fisik.

- 2) Antagonis opiat, *nalokson*, *nalorfin*, *pentazosin* dan *buprenorfin* (*Temgesic*). Bila digunakan sebagai analgetikum, obat-obat ini dapat menduduki salah satu reseptor.
- 3) Campuran, *nalorfin*, *nalbufin* (*Nubain*). Zat-zat ini dengan kerja campuran juga mengikat pada *reseptor-opioid*, tetapi tidak atau hanya sedikit mengaktifasi daya kerjanya (Tjay dan Raharja, 2007).

Morfin dan opioda lainya menimbulkan sejumlah besar efek samping yang tidak diinginkan, yaitu:

- 1) Supresi SSP, misalnya *sedasi*, menekan pernapasan dan batuk, *miosis*, *hipothermia* dan perubahan suasana jiwa (*mood*). Akibat stimulasi langsung dari CTZ (*Chemo Trigger Zone*) timbul mual dan muntah. Pada dosis lebih tinggi mengakibatkan menurunnya aktifitas mental dan motoris.
- 2) Saluran napas: *bronchokonstriksi*, pernapasan menjadi lebih dangkal dan frekuensinya menurun.
- 3) Sistem sirkulasi: *vasodilatasi perifer*, pada dosis tinggi *hipotensi* dan *bradikardia*
- 4) Saluran cerna: *motilitas* berkurang (*obstipasi*), kontraksi *sfincter* kandung empedu (kolik batu empedu), sekresi pankreas, usus dan empedu berkurang.
- 5) Saluran urogenital: *retensi urin*, (karena naiknya tonus dari *sfincter* kandung kemih), motilitas uterus berkurang (waktu persalinan diperpanjang).
- 6) Histamin liberator: urtikaria dan gatal-gatal, karena menstimulasi pelepasan histamin.
- 7) Kebiasaan dengan resiko adiksi pada penggunaan lama. Bila terapi dihentikan dapat terjadi gejala *abstinensi*.

Obat-obat analgetika yang lazim digunakan pada pasien bedah caesar antara lain :

a. Asam Mefenamat

Indikasi: Nyeri ringan sampai sedang dan kondisi yang berhubungan; disminore dan menoragi.

Kontra indikasi: dikontraindikasikan terutama pada peradangan usus besar.

Interaksi : memberikan efek antagonis terhadap efek hipotensi nitrat.

Efek samping : mengantuk, diare, ruam kulit (hentikan pengobatan), trombositopenia, anemia hemolitik, kejang pada overdosis

Dosis : 500 mg tiga kali sehari sebaiknya setelah makan; selama tidak lebih dari tujuh hari (Anonim, 2008).

b. Paracetamol

Indikasi : nyeri ringan sampai sedang, pireksia.

Interaksi : terhadap anti koagulan, penggunaan paracetamol jangka panjang dapat meningkatkan efek anti koagulan kumarin; hipolipidemik: absorpsi paracetamol menurun karena kolestiramin; metoklopramid: absorpsi paracetamol meningkat karena metoklopramid; sitotoksik: paracetamol dapat menghambat metabolisme *busulvan intravena* (monitor selama 72 jam pemberian bersama paracetamol)

Efek samping : jarang terjadi efek samping, tetapi dilaporkan terjadi ruam kulit, kelainan darah (termasuk trombositopenia, leukopenia, neutropenia); hipotensi juga dilaporkan pada infusi; penting: kerusakan hati dan ginjal dengan frekuensi yang lebih kecil disebabkan oleh overdosis.

Dosis : oral 500 mg – 1000 mg setiap 4 – 6 jam hingga maksimum 4 gr per hari (Anonim, 2008).

c. Ibuprofen

Indikasi : nyeri ringan sampai sedang, antara lain nyeri pada penyakit gigi atau pencabutan gigi, nyeri pasca bedah, sakit kepala, gejala nyeri ringan sampai sedang pada gejala reumatik tulang, sendi dan non sendi, terkilir, menurunkan demam pada anak-anak.

Kontra indikasi : dikontraindikasikan terutama pada peradangan usus besar.

Interaksi : memberikan efek antagonis terhadap efek hipotensi nitrat.

Efek samping : mengantuk, diare, ruam kulit (hentikan pengobatan), *trombositopenia, anemia hemolitik*, kejang pada overdosis

Dosis : sehari 3-4 kali, 200-250 mg sebaiknya diminum setelah makan (Anonim, 2008).

2. Antibiotika.

Pemberian antibiotic sesudah bedah sesar elektifk dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan (Prawirohardjo, 2006).

a. Definisi Antibiotika

Antibiotika adalah zat yang dihasilkan oleh suatu mikroba, terutama fungi, yang dapat menghambat atau dapat membasmi mikroba jenis lain. Banyak antibiotika dewasa ini dibuat secara semisintetik atau sintetik penuh. Namun dalam praktek sehari-hari antibiotik sintesik yang tidak diturunkan dari produk mikroba (misalnya sulfonamid dan kuinolon) juga sering digolongkan sebagai antibiotik. Antibiotik dapat dikatakan bukan merupakan obat penyembuh penyakit infeksi dalam arti yang sebenarnya. Antibiotika hanyalah menyingkatkan waktu yang diperlukan tubuh hospes untuk sembuh dari suatu penyakit infeksi (Ganiswara, 1995).

Berdasarkan pembuatannya antibiotika digolongkan 2 macam yaitu antibiotika semi sintesis dan sintesis. Antibiotika semisintesis yaitu apabila pada persemiaan (*culture substrate*) dibubuhi zat-zat pelopor teetentu, maka zat-zat ini diinkorporosi ke dalam antibiotikum dasarnya. Hasilnya dibuat lagi dengan jalan biosintesis tersebut, melainkan dengan sintesa kimiawi, misalnya kloramfenikol. Antibiotika digunakan untuk mengobati berbagai jenis infeksi akibat kuman atau untuk prefensi infeksi, misalnya pada pembedahan besar. Secara profilaksis juga diberikan pada pasien dengan sendi dan klep jantung buatan, juga sebelum cabut gigi (Tjay dan Raharja, 2002).

b. Penggolongan Antibiotika

Antibiotika dapat digolongkan berdasarkan aktivitas, cara kerja maupun struktur kimianya. Berdasarkan aktivitasnya, antibiotika dibagi menjadi dua golongan besar, yaitu (Ganiswara, 1995)

- 1) Antibiotik kerja spektrum luas (*broad spectrum*), yaitu agen yang dapat menghambat pertumbuhan dan mematikan bakteri gram positif maupun bakteri gram negatif. Golongan ini diharapkan dapat menghambat pertumbuhan dan mematikan sebagian besar

bakteri. Yang termasuk golongan ini adalah tetrasiklin dan derivatnya, kloramfenikol, ampicilin, sefalosporin, carbapenem dan lain-lain.

- 2) Antibiotika kerja sempit (*narrow spectrum*) adalah golongan ini hanya aktif terhadap beberapa bakteri saja. Yang termasuk golongan ini adalah penisilina, streptomisin, neomisin, basitrasin.

Penggolongan antibiotika berdasarkan gugus kimianya sebagai berikut:

- 1) Senyawa Beta-laktam dan Penghambat Sintesis Dinding Sel Lainnya. Mekanisme aksi penisilin dan antibiotika yang mempunyai struktur mirip dengan β -laktam adalah menghambat pertumbuhan bakteri melalui pengaruhnya terhadap sintesis dinding sel. Dinding sel ini tidak ditemukan pada sel-sel tubuh manusia dan hewan, antara lain: golongan penisilin, sefalosporin dan sefamisin serta betalaktam lainnya.
- 2) Kloramfenikol, Tetrasiklin, Makrolida, Clindamisin dan Streptogramin. Golongan agen ini berperan dalam penghambatan sintesis protein bakteri dengan cara mengikat dan mengganggu ribosom, antara lain: kloramfenikol, tetrasiklin, makrolida, klindamisin, streptogramin, oksazolidinon.
- 3) Aminoglikosida, antara lain: streptomisin, neomisin, kanamisin, amikasin, gentamisin, tobramisin, sisomicin, etilmicin, dan lain-lain.
- 4) Sulfonamida, Trimethoprim, dan Quinolones.

Sulfonamida, aktivitas antibiotika secara kompetitif menghambat sintesis dihidropteroat. Antibiotika golongan Sulfonamida, antara lain Sulfasitin, sulfisoksazole, sulfamethizole, sulfadiazine, sulfamethoksazole, sulfapiridin, sulfadoxine dan golongan pirimidin adalah trimethoprim. Trimethoprim dan kombinasi trimetoprim-sulfametoksazol menghambat bakteri melalui jalur asam dihidrofolat reduktase dan menghambat aktivitas reduktase asam dihidrofolik protozoa, sehingga menghasilkan efek sinergis. Fluoroquinolon adalah quinolones yang mempunyai mekanisme

menghambat sintesis DNA bakteri pada topoisomerase II (DNA girase) dan topoisomerase IV. Golongan obat ini adalah asam nalidiksik, asam oksolinat, sinoksasin, siprofloksasin, levofloksasin, slinafloksasin, enoksasin, gatifloksasin, lomefloksasin, moxifloksasin, norfloksasin, ofloksasin, sparfloksasin dan trovafloksasin dan lain-lain.

C. *Drugs Related Problems (DRPs)*

Drugs Related Problems (DRPs) didefinisikan sebagai peristiwa yang tidak diinginkan yang dialami oleh pasien yang melibatkan atau kemungkinan melibatkan terapi obat dan berpotensi bertentangan dengan hasil yang diinginkan pasien. *Drugs Related Problems (DRPs)* sering juga disebut *Drugs Therapy Problems* atau masalah-masalah yang berhubungan dengan obat. *Drugs Related Problems (DRPs)* terdiri dari aktual *DRPs*, yaitu masalah yang sedang terjadi berkaitan dengan terapi yang sedang diberikan pada penderita dan potensial *DRPs*, yaitu masalah yang diperkirakan akan terjadi berkaitan dengan terapi yang sedang diberikan pada penderita. (Cipolle, 1998).

Masalah-masalah dalam kajian *DRPs* dapat ditunjukkan oleh kemungkinan penyebab *DRPs* dibawah ini.

Tabel.1 Jenis-Jenis *DRPs* dan Penyebab Yang Mungkin Terjadi

<i>DRPs</i>	Kemungkinan kasus pada <i>DRPs</i>
Terapi obat tambahan (<i>need for additional drug therapy</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan kondisi terbaru membutuhkan terapi obat yang terbaru 2. Pasien yang kronik membutuhkan lanjutan terapi obat 3. Pasien dengan kondisi kesehatan yang membutuhkan kombinasi farmakoterapi untuk mencapai efek sinergis ataupun potensiensi. 4. Pasien dengan resiko pengembangan kondisi kesehatan baru dapat dicegah dengan penggunaan <i>prophylactic drug</i> atau <i>premedication</i>
Terapi obat yang tidak Perlu (<i>Unnecessary drug therapy</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang mendapatkan obat yang tidak tepat indikasi 2. Pasien yang toksik karena obat atau hasil pengobatan 3. Pengobatan pada pasien pengonsumsi obat, alkohol dan rokok 4. Pasien dalam kondisi pengobatan yang lebih baik diobati dengan <i>non drug therapy</i> 5. Pasien dengan <i>multiple drugs</i> untuk kondisi dimana

	<p>hanya <i>single drug therapy</i> dapat digunakan</p> <p>6. Pasien dengan terapi obat untuk penyembuhan dapat menghindari reaksi yang merugikan dengan pengobatan lainnya</p>
Obat tidak tepat (<i>Wrong drug</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dimana obatnya tidak efektif 2. Pasien alergi 3. Pasien penerima obat yang paling tidak efektif untuk indikasi pengobatan 4. Pasien dengan faktor resiko pada kontraindikasi penggunaan obat 5. Pasien menerima obat efektif tetapi <i>least costly</i> 6. Pasien menerima obat efektif tetapi tidak aman 7. Pasien yang terkena infeksi resisten terhadap obat yang diberikan
Dosis terlalu rendah (<i>Inadequate dosage</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menjadi sulit disembuhkan dengan terapi obat yang digunakan 2. Pasien menerima kombinasi produk yang tidak perlu dimana <i>single drug</i> dapat memberikan pengobatan yang tepat 3. Pasien alergi 4. Dosis yang digunakan terlalu rendah untuk menimbulkan respon 5. Konsentrasi obat dalam serum pasien di bawah range terapeutik yang diharapkan 6. Waktu prophylaksis (<i>presurgical</i>) antibiotik diberikan terlalu cepat 7. Dosis dan fleksibilitas tidak cukup untuk pasien 8. Terapi obat berubah sebelum terapeutic percobaan cukup untuk pasien 9. Pemberian obat terlalu cepat
Reaksi obat yang Merugikan (<i>Adverse drug reaction</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan faktor resiko yang berbahaya bila obat digunakan 2. Ketersediaan dari obat dapat menyebabkan interaksi dengan obat lain atau makanan pasien 3. Efek dari obat dapat diubah oleh substansi makanan pasien 4. Efek dari obat diubah enzim inhibitor atau induktor dari obat lain 5. Efek dari obat diubah dengan pemindahan obat dari <i>bindingsite</i> oleh obat lain 6. Hasil laboratorium dapat berubah karena gangguan obat lain
Dosis terlalu tinggi (<i>Over dosage</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dosis terlalu tinggi 2. Konsentrasi obat dalam serum pasien di atas <i>therapeutic range</i> obat yang diharapkan 3. Dosis obat meningkat terlalu cepat 4. Obat, dosis, rute, perubahan formulasi yang tidak tepat 5. Dosis dan interval flexibility tidak tepat
Ketidakpatuhan pasien (<i>Uncompliance</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak menerima aturan pemakaian obat yang tepat (penulisan, obat, pemberian, pemakaian) 2. Pasien tidak menuruti (ketaatan) rekomendasi yang diberikan untuk pengobatan 3. Pasien tidak mengambil obat yang diresepkan karena harganya mahal 4. Pasien tidak mengambil beberapa obat yang diresepkan karena kurang mengerti 5. Pasien tidak mengambil beberapa obat yang diresepkan secara konsisten karena merasa sudah sehat

(Cipolle *et al.*, 1998)

Suatu terapi obat dapat dikatakan tidak tepat atau salah apabila pasien tidak memperoleh atau kemungkinan besar tidak akan memperoleh *outcome* terapi yang diharapkan. Apabila seorang pasien menerima suatu obat, dan terdapat alternatif terapi obat yang lain, sedangkan alternatif tersebut mempunyai kemungkinan lebih besar untuk menghasilkan *outcome* terapi yang diharapkan, maka dapat dikatakan bahwa pasien menerima obat yang tidak tepat. Namun demikian secara aktual pasien memperoleh *outcome* yang diharapkan dari terapi obat yang diterimanya, hal ini tidak termasuk *DRP* (Cipolle *et al.*, 1998).

Faktor-faktor yang menentukan ketepatan pemilihan terapi di antaranya kondisi medis pasien, keparahan penyakit, penyakit infeksi dan organisme penyebab, usia dan status kesehatan pasien termasuk fungsi ginjal dan hepar, fungsi kardiovaskuler, fungsi neurologis, fungsi kognitif dan fungsi imun. Sebagai contoh, pasien hipertensi dengan riwayat asma kronis yang diberi terapi propranolol dikatakan menerima obat yang salah karena propranolol bersifat bronkhokonstriktif. Pasien yang mempunyai riwayat alergi atau kontraindikasi terhadap obat juga dikategorikan sebagai *DRPs* walaupun obat tersebut telah terbukti efektif untuk mengobati penyakitnya. Semua terapi harus spesifik untuk pasien tidak hanya bersifat spesifik untuk penyakit (Cipolle *et al.*, 1998).

Jadi suatu regimen terapi dikatakan “salah” apabila (Cipolle *et al.*, 1998):

1. Bentuk sediaan yang dipilih tidak tepat
2. Ada kontraindikasi
3. Obat tidak diindikasikan untuk kondisi pasien
4. Ada obat lain yang lebih efektif

D. Tinjauan Rumah Bersalin

Rumah bersalin merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan medik dasar khususnya yang berkaitan dengan pelayanan kebidanan bagi wanita hamil, bersalin, dan masa nifas fisiologis

termasuk pelayanan keluarga berencana serta perawatan bayi baru lahir, yang dilakukan oleh dokter dan atau bidan dibawah pengawasan dan tanggung jawab dokter serta dilaksanakan secara terpadu dan menyeluruh serta komprehensif, yang meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap dan menjalankan fungsi rujukan (Depkes, 2007).

Rumah bersalin berperan serta aktif dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat terutama dalam kesehatan ibu dan bayi, agar perorangan, keluarga dan masyarakat memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan diharapkan berperilaku hidup bersih dan sehat. Rumah bersalin juga sebagai mitra pemerintah dalam menyelenggarakan program kesehatan (Depkes, 2007).

Fungsi Rumah Bersalin adalah untuk memberikan pelayanan Kebidanan dan pelayanan Keluarga Berencana.

Pelayanan kebidanan meliputi:

1. Pelayanan kebidanan kepada ibu (diberikan sejak masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara (periode interval)
2. Pelayanan kebidanan kepada bayi baru lahir (diberikan sejak masa bayi baru lahir dan masa bayi)
3. Pelayanan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal (ditujukan untuk penyelamatan jiwa)

Pelayanan Keluarga Berencana meliputi:

1. Memberikan obat dan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim, alat kontrasepsi bawah kulit dan kondom awal dan ulangan
2. Memberikan penyuluhan atau konseling pemakaian alat kontrasepsi
3. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim
4. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi bawah kulit tanpa penyulit
5. Memberikan konseling untuk pelayanan kebidanan, keluarga berencana dan kesehatan masyarakat.

E. Pengertian Rumah Bersalin Daerah (RBD) Panti Nugroho

Rumah Bersalin Daerah Panti Nugroho merupakan unit pelaksana teknis dinas atau unsur pelaksana operasional dinas yang mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas di bidang pelayanan kesehatan (Perbup Purbalingga Nomor 63 Tahun 2008). Berdasar Peraturan Bupati Purbalingga nomor 63 tahun 2008 tentang pembentukan organisasi dan tata kerja UPTD RBD Panti Nugroho pada Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga, tugas pokok RBD Panti Nugroho adalah melakukan kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat di bidang gizi, rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat, farmasi, bedah sentral dan pemeliharaan sarana dan kesehatan lingkungan.

RBD Panti Nugroho menyelenggarakan fungsi:

1. Penyelenggaraan asuhan gizi, konseling dan konsultasi gizi;
2. Penyelenggaraan kegiatan rawat jalan;
3. Penyelenggaraan rawat inap;
4. Penyelenggaraan kegiatan farmasi;
5. Penyelenggaraan kegiatan bedah sentral;
6. Penyelenggaraan kegiatan pemeliharaan sarana dan kesehatan lingkungan
7. Pelaksanaan urusan ketatausahaan UPTD BD-PN;
8. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

(Perbup Purbalingga Nomor 63 Tahun 2008).