



**PEDOMAN PENYUSUNAN  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS DAN  
*CLINICAL PATHWAY* DALAM ASUHAN  
TERINTEGRASI SESUAI STANDAR  
AKREDITASI RUMAH SAKIT 2012**



EDISI I 2015

**TIM PENYUSUN**  
**PEDOMAN PENYUSUNAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS DAN**  
***CLINICAL PATHWAY* DALAM ASUHAN TERINTEGRASI SESUAI STANDAR**  
**AKREDITASI RUMAH SAKIT 2012**

**TIM PENGARAH**

1. Sutoto, DR. Dr. M. Kes
2. Sudigdo Sastroasmoro. Prof, DR, Dr, SpA (K)
3. Wasista Budiwaluyo, Dr. MHA

**KOORDINATOR**

Hanny Rono Sulistyono, DR. Dr. SpOG, (K) MM

**ANGGOTA**

1. Djoni Darmadjaja, Dr. SpB, MARS
2. Exsenveny Lalopua, Dr. M. Kes
3. Nico A. Lumenta, Dr, K. Nefro MM, MH. Kes
4. Rr. Tutik Sri Hariyati, DR. SKp, MARS
5. Santoso Soeroso, Dr. SpA,( K ) MARS
6. Zainal Abidin, Dr. Sp. THT

## TIM KONTRIBUTOR

No.	Nama	Jabatan	Profesi
1.	Idrus Alwi, Prof, DR, Dr, SpPD, K-KV, FINASIM, FACC, FESC, FAPSIC, FACP	Ketua Umum PAPDI	PAPDI
2.	R.Suhartono, Dr. SpB KBV	Ketua Umum IKABI	IKABI
3.	M. Kurniawan, Dr. Sp. S (K), M. Sc., FICA	Sekretaris Jenderal PP-PERDOSSI	PERDOSSI
4.	Santoso Soeroso, Dr. SpA,( K ) MARS	Pengurus Pusat IDAI	IDAI
5.	Andon Hestiantoro,Dr. SpOG (K)	Sekjen PB POGI	POGI
6.	Nurhidayatun, Ns, M. Kep, Sp. Kep An	Pengurus Pusat PPNI	PPNI
7.	Enny Mulyatsih, M. Kep., Sp. KMB	Departemen Pelayanan HIPMEBI Pusat	HIPMEBI
8.	Desrinah Harahap, M. Kep., Sp. Mat	Anggota Dep. Pelayanan DPP. PPNI	PPNI
9.	Masrial Mahyudin, Drs. Apt, MM	Koordinator Rujukan PP IAI	IAI
10.	Triyani Kresnawan, DCN, M.Kes, RD	Wakil Ketua Pembinaan Profesi Dietisien & Nutrisionis	PERSAGI

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas Karunia-Nya kami dapat menyelesaikan Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012. Salah satu tujuan penyusunan buku Pedoman ini untuk menjadi Pedoman Rumah Sakit dalam penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway*.

Panduan Praktik Klinis adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindari kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, standing order.

Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 ini sangatlah penting dalam melakukan kendali mutu dan kendali biaya dan ini dijelaskan dalam Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.

Buku ini disusun oleh Kelompok Kerja yang diberi tugas oleh Ketua Umum PERSI dengan Surat Keputusan No. 212/SK/PP.PERSI/IX/2015 Tentang Tim Penyusun *Clinical Pathway* Guideline and Hospital Based Costing Guidebook serta kerjasama antara Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dengan organisasi kesehatan dunia (WHO) dan para pakar dari profesi terkait serta dukungan dari berbagai pihak.

Buku ini terdiri atas 2 bagian. **Bagian pertama** mencakup aspek landasan hukum, pelbagai batasan dan uraian umum tentang PNPk (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) serta PPK (Panduan Praktik Klinis) dan turunan-turunannya. Selain itu, bagian ini juga memuat uraian yang berkaitan dengan PAK (Panduan Asuhan Keperawatan), PAG (Panduan Asuhan Gizi), dan PAKf (Panduan Asuhan Kefarmasian). Untuk aspek yang menyangkut PNPk dan PPK, kami terutama merujuk pada Buku Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Kedokteran yang disusun oleh KUK (Konsorsium Upaya Kesehatan) Ditjen BUK - Kemenkes RI yang ikut bertanggung jawab dalam pengembangan PNPk dan PPK.

**Bagian kedua** buku ini merupakan contoh-contoh Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf). Sesuai dengan pengertian PPK yang harus disusun oleh rumah sakit sesuai dengan fasilitas setempat, maka contoh-contoh yang ada dalam bagian kedua buku ini harus “diterjemahkan” sesuai dengan keadaan setempat dan siap untuk dilakukan revisi secara periodik.

Semoga buku ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan dokter, perawat, Nutrisisionis/Dietisien dan Apoteker sehingga memahami pentingnya penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* sebagai dasar dalam implementasi dari perundang-undangan yang berlaku.

Akhir kata kepada semua pihak yang terlibat dalam Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012, kami mengucapkan terima kasih.

Jakarta, November 2015

**Tim Penyusun**

**SAMBUTAN KETUA UMUM PERSI  
KUNTJORO ADI PURJANTO, Dr. M.Kes.**

Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) menyambut dengan rasa syukur kepada Tuhan yang Maha Esa atas keberhasilan tim penyusun dengan terbitnya Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012.

Buku pedoman ini sangatlah penting untuk Rumah Sakit menyusun panduan praktik klinis dan *Clinical Pathway* yang sesuai dengan sumber daya manusia, sarana dan prasarana di setiap rumah sakit masing-masing.

Selanjutnya Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) berharap semua Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan mutu dan mengendalikan biaya sesuai dengan clinical pathway yang telah disepakati di setiap Rumah Sakit.

Kepada organisasi kesehatan dunia (WHO) dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Organisasi Profesi kami ucapkan terima kasih atas bantuan baik moril maupun material sehingga terealisasinya Buku Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi sesuai Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2012

Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) mengucapkan terima kasih dan apresiasi atas kerja keras kepada tim penyusun yang melibatkan para pakar dari berbagai disiplin ilmu.

Jakarta, 30 November 2015

Kuntjoro Adi Purjanto, Dr. M. Kes

KETUA UMUM PERSI

**SAMBUTAN KETUA EKSEKUTIF KARS  
(SUTOTO, DR. Dr. M.Kes)**

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmatnya Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 selesai disusun sebagai acuan untuk kendali mutu dan kendali biaya di Rumah Sakit.

Rumah Sakit sebagai institusi tempat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tujuan penyembuhan penyakit serta terhindar dari kematian dan kecacatan dalam melaksanakan fungsinya rumah sakit harus meminimalkan risiko baik klinis maupun non klinis yang mungkin terjadi selama proses pelayanan kesehatan berlangsung sehingga terlaksananya pelayanan yang aman bagi pasien. Oleh karena itu keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam semua bentuk kegiatan di rumah sakit.

Untuk mencapai kondisi pelayanan yang efektif, efisien dan aman bagi pasien diperlukan penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway*. Dalam penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* diperlukan komitmen multidisiplin Rumah Sakit.

Dengan adanya Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012 mudah-mudahan akan lebih mempermudah penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit. Dalam rangka meningkatkan mutu Rumah Sakit dan kendali biaya serta memenuhi standar akreditasi Rumah Sakit versi 2012.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit mengucapkan terima kasih dan salut serta apresiasi kepada tim penyusun yang telah berhasil menyusun Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan *Clinical Pathway* Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012

Jakarta, 30 November 2015

**KETUA EKSEKUTIF KARS**

**SUTOTO, DR. Dr. M.Kes**

## **SAMBUTAN KETUA UMUM IDI**

Dalam menjamin mutu layanan dokter, Ikatan Dokter Indonesia sebagai organisasi profesi dokter diamanahkan oleh Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran untuk menyusun standar profesi. Penjabaran lebih lanjut mengenai standar profesi yaitu nilai-nilai profesi kedokteran yang dibatasi oleh kisi-kisi yang terdiri dari standar etik (kode etik), standar pendidikan, standar kompetensi, dan standar pelayanan.

Dari keempat komponen standar profesi, hanya standar pelayanan yang belum banyak diterbitkan oleh komponen IDI yang berdasarkan spesialisasi keilmuannya. Standar pelayanan ini yang kemudian diterjemahkan menjadi Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway. Untuk selanjutnya akan menjadi acuan dalam penerapan standar prosedur operasional di tingkat fasilitas pelayanan.

Mengingat lebih luas tentang penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), adanya Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway sangat diperlukan tidak hanya oleh dokter dan fasilitas kesehatannya, namun juga bagi pemangku kebijakan yang terlibat dalam pelaksanaan program tersebut. Ditambah lagi, hal ini sangat penting sebagai perlindungan hukum bagi anggota IDI karena telah menjalannya praktik kedokteran sesuai standar profesi.

Puji syukur ke hadirat Tuhan YME bahwa Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathway telah terbit. Atas nama Ikatan Dokter Indonesia, saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada tim penyusun dan seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan. Semoga keberadaan buku pedoman ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi perbaikan mutu layanan kepada masyarakat.

Jakarta, Desember 2015

**Prof. Dr. I. Oetama Marsis, Sp. OG(K)**

Ketua Umum Pengurus Besar

Ikatan Dokter Indonesia

NPA IDI. 7535

## DAFTAR ISI

Tim Penyusun Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan <i>Clinical Pathway</i> Dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai Standar Rumah Sakit 2012 .....	i
Tim Kontributor .....	ii
Kata Pengantar Tim Penyusun .....	iii
Sambutan Ketua Umum PERSI .....	v
Sambutan Ketua Eksekutif KARS .....	Vi
Sambutan ketua Umum IDI .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Singkatan dan Istilah .....	ix
Daftar Lampiran .....	xiv
<b>BAGIAN 1 Aspek Hukum dan Pengertian Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran dan Panduan Praktik Klinis</b>	
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>BAB II DASAR HUKUM .....</b>	<b>9</b>
<b>BAB III PANDUAN PRAKTIK KLINIS, PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN, PANDUAN ASUHAN GIZI DAN PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN .....</b>	<b>10</b>
1. Pengertian Umum .....	10
2. Tujuan .....	11
3. Penyusunan .....	11
4. Isi .....	12
5. Perangkat .....	21
6. Penerapan .....	21
7. Revisi .....	24
<b>BAB IV PENUNJANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS .....</b>	<b>25</b>
1. Alur klinis .....	25
2. Algoritme .....	33
3. Protokol .....	34
4. Prosedur .....	35
5. Standing Orders .....	35
<b>BAB V DISCLAIMER (PENYANGKALAN, WEWANTI) .....</b>	<b>36</b>
<b>BAGIAN 2 Contoh Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan, Panduan Asuhan Gizi, Panduan Asuhan Kefarmasian dan Clinical Pathway</b>	<b>37</b>

## DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

CP	: <i>Clinical Pathway</i> , Alur Klinis yang dibuat oleh multidisiplin terintegrasi pada kondisi klinis tertentu dikoordinasi oleh Komite Medis.
DPJP	: Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
IDNT	: <i>International Dietetics &amp; Nutrition Terminology</i>
NANDA Int	: <i>Nort American Nursing Diagnosis Association/ NANDA-Internasional Nursing Diagnosis Definition and Clasification</i>
NIC	: <i>Nursing Intervention Clasification</i> , komprehensif standar klasifikasi intervensi keperawatan baik intervensi mandiri maupun kolaborasi
NOC	: <i>Nursing Out Come</i> adalah komprehensif standar klasifikasi kriteria/tujuan keperawatan yang harus tercapai melalui intervensi keperawatan
PAG	: Panduan Asuhan Gizi
PAK	: Panduan Asuhan Keperawatan
PAKf	: Panduan Asuhan Kefarmasian
PAGT	: Proses Asuhan Gizi Terstandar
PNPK	: Panduan Nasional Praktik Kedokteran, dibuat oleh Kelompok pakar Profesi disahkan oleh Kementerian Kesehatan.
PPK	: Panduan Praktik Klinis, dibuat oleh kelompok staf medis dikoordinasi oleh komite medis disahkan oleh Direksi.
Algoritme	: Manajemen pasien yang direkomendasikan, dirancang untuk mengarahkan keputusan yang akan diambil.
Apoteker	: Tenaga farmasi yang bertanggungjawab terhadap pelayanan farmasi (managemen farmasi dan farmasi klinik) yang efektif, efisien, aman dan bermutu

- Asesmen Keperawatan : Serangkaian kegiatan sistematis untuk mengkaji bio psiko, sosial, spiritual dan budaya klien yang digunakan sebagai dasar penetapan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan.
- Asesmen Farmasi : Merupakan kegiatan penelaahan/pengkajian resep sesuai dengan persyaratannya (kelengkapan resep) serta mengidentifikasi obat-obat yang diterima/dibawa pasien baik obat yang dibawa dari luar rumah sakit maupun obat-obat yang diterima selama di rumah sakit atau obat yang akan dibawa pulang oleh pasien. Kegiatan ini dilakukan agar tidak terjadi duplikasi dan menjamin penggunaan obat secara rasional.
- Asesmen Gizi : Pengkajian gizi yang terdiri dari lima aspek yaitu Anamnesis riwayat gizi, data biokimia, pengukuran antropometri, pemeriksaan fisik/klinis dan riwayat personal.
- Asuhan Gizi : Serangkaian kegiatan yang terorganisir/terstruktur yang memungkinkan untuk mengidentifikasi kebutuhan zat gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Kegiatan asuhan gizi terdiri dari asesmen, diagnosis, intervensi, monitoring dan evaluasi.
- Asuhan Keperawatan : Rangkaian interaksi Perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya, terdiri kegiatan asesmen, penetapan diagnosis, merencanakan dan melaksanakan tindakan serta melaksanakan evaluasi
- Diagnosis Gizi : masalah gizi pasien/klien dimana Nutrisionis/Dietisien bertanggung jawab untuk memecahkan masalah secara mandiri, penulisan diagnosis gizi terstruktur dengan konsep PES yaitu Problem, Etiologi, dan Sign/Symptom.
- Diagnosis Keperawatan : *Clinical judgment* terhadap respon manusia akibat kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan yang terjadi seorang individu, keluarga, kelompok atau masyarakat.
- Discharge planning/DP* : Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh multidisiplin tim untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan merencanakan serta memfasilitasi kebutuhan akan perawatan dan keberlanjutan perawatan setelah pulang dari rumah sakit. DP didokumentasikan dalam dokumentasi DP

dilaksanakan oleh semua tim kesehatan yang merawat.

- Disclaimer* : Wewanti, penyangkalan, menghilangkan kesalahpahaman atau salah persepsi tentang arti kata “standar”, yang bagi sebagian orang dimaknai sebagai “sesuatu yang harus dilakukan tanpa kecuali”; menjaga autonomi dokter bahwa keputusan klinis merupakan wewenangnya sebagai pihak yang dipercaya oleh pasien untuk memberikan pertolongan medis.
- Drug Related Problem (DRP)* : Masalah terkait obat mulai dari ketersediaannya pada waktu yang dibutuhkan sampai dengan permasalahan ketidaksesuaian pengobatan dalam mencapai terapi yang sesungguhnya (Hepler, 2003)
1. Indikasi yang tidak ditangani (*untreated Indication*)
  2. Pilihan Obat yang Kurang Tepat (*Improper Drug Selection*)
  3. Penggunaan Obat Tanpa indikasi (*Drug Use Without Indication*)
  4. Dosis Terlalu Kecil (*Sub-Therapeutic Dosage*)
  5. Dosis Terlalu Besar (*Over Dosage*)
  6. Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (*Adverse Drug Reactions*)
  7. Interaksi Obat (*Drug Interactions*)
  8. Gagal Menerima Obat (*Failure to receive medication*)
- Edukasi terintegrasi : Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh multidisiplin untuk mengidentifikasi kebutuhan edukasi dan peningkatan pengetahuan, ketrampilan dan sikap dalam kesehatan. Edukasi terintegrasi didokumentasikan dalam catatan Edukasi terintegrasi
- Empat Belas Kebutuhan Dasar Manusia : Adalah serangkaian kebutuhan manusia yang harus dipenuhi perawat sesuai dengan asesmen keperawatan, meliputi:
1. Kebutuhan oksigenisasi
  2. Kebutuhan makan dan minum
  3. Kebutuhan eliminasi
  4. Kebutuhan mobilisasi
  5. Kebutuhan tidur dan istirahat
  6. Kebutuhan berpakaian
  7. Menjaga suhu tubuh.

8. Kebutuhan kebersihan diri.
9. Kebutuhan keamanan dan kenyamanan
10. Kebutuhan komunikasi dan emosi
11. Kebutuhan Beribadah sesuai dengan keyakinan.
12. Kebutuhan bekerja dan ADL
13. Kebutuhan Bermain atau terlibat dalam berbagai kegiatan rekreasi.
14. Kebutuhan belajar dan pengetahuan (kebutuhan dapat muncul keseluruhan atau sebagian sesuai asesmen)

Evaluasi terintegrasi	: Serangkaian kegiatan sistematis yang dilaksanakan oleh seluruh pemberi asuhan kepada pasien dan bertujuan untuk menilai kemajuan, perkembangan, membandingkan kondisi pasien sesuai tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan serta menyampaikan tindak lanjut dari asuhan kepada pasien. Evaluasi terintegrasi didokumentasikan dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT
Intervensi Gizi	: Perencanaan dan Implementasi untuk mengatasi masalah gizi perencanaan terdiri dari tujuan intervensi dan preskripsi diet implementasi terdiri dari pelaksanaan pemberian makanan, edukasi, konseling dan koordinasi pelayanan asuhan gizi dengan tenaga kesehatan lain
Konseling Gizi	: Serangkaian kegiatan proses komunikasi dua arah yang dilaksanakan oleh tenaga gizi untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap, dan perilaku pasien dalam mengenali dan mengatasi masalah gizi sehingga pasien dapat memutuskan apa yang akan dilakukan.
Monitoring dan Evaluasi	: Kegiatan yang dilakukan untuk mengetahui respon pasien terhadap intervensi yang diberikan dan tingkat keberhasilannya.
Multidisiplin	: Semua pihak yang terlibat dalam pelayanan seperti: Dokter, Perawat, Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien) dan Apoteker.
Pelaksana Verifikasi	: Petugas yang mengisi <i>Clinical Pathway</i> bisa Kepala Ruangan atau <i>Case Manager</i> setiap hari berdasarkan pengisian berkas Rekam Medis.
Perawat Penanggung Jawab	: Kepala kelompok Perawat yang melakukan Asuhan Keperawatan dapat Perawat Primer atau Ketua Tim

- Prosedur : Langkah demi langkah instruksi tentang cara melakukan tugas berdasarkan teknis dan teoritis pengetahuan
- Proses Asuhan Gizi : Suatu metoda pemecahan masalah yang sistematis, yaitu Nutrisisionis/Dietisien menggunakan cara berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi.
- Protokol : Rencana, atau serangkaian langkah, yang harus diikuti dalam studi, investigasi, atau intervensi seperti dalam pengelolaan kondisi pasien tertentu.
- Standing Order : Suatu set kolaborasi dokter dalam bentuk PELIMPAHAN WEWENANG SECARA mandat maupun delegasi dokter yang ditujukan kepada perawat atau profesional tenaga kesehatan lain untuk memberikan intervensi kepada pasien selama dokter tidak ada ditempat
- Tenaga Gizi : Setiap orang yang telah lulus pendidikan dibidang gizi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, tenaga gizi meliputi Nutrisisionis dan Dietisien. Persatuannya disebut PERSAGI.
- Varian : Hal-hal yang dikerjakan tidak sesuai Panduan Praktik Klinis karena sesuatu hal.

## DAFTAR LAMPIRAN

1.	PPK Apendisitis Acute .....	38
2.	PAK Apendisitis Acute .....	40
3.	PAG Apendisitis .....	42
4.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada Apendisitis .....	44
5.	Clinical Pathway Apendisitis Acuta RS Kelas B .....	46
6.	Clinical Pathway Apendisitis Acuta RS Kelas C .....	52
7.	PPK Benign Prostat Hyperplasia .....	58
8.	PAK Benign Prostat Hyperplasia .....	60
9.	Clinical Pathway Benign Prostat Hyperplasia (BPH) RS Kelas B .....	62
10.	Clinical Pathway Benign Prostat Hyperplasia (BPH) RS Kelas C .....	67
11.	PPK Fraktur Terbuka .....	72
12.	PAK Fraktur Long Bone .....	74
13.	Clinical Pathway Open Fraktur Long Bone RS Kelas B & C .....	76
14.	PPK Hernia Inguinalis .....	82
15.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada Hernia Inguinalis .....	84
16.	Clinical Pathway Hernia Inguinalis RS Kelas B & C .....	86
17.	PPK Total Knee Arthroplasty/Replacement .....	91
18.	PAK Total Knee Replacement .....	94
19.	Clinical Pathway Total Knee Arthroplasty/Replacement RS Kelas B & C .....	96
20.	PPK Demam Tipoid .....	102
21.	PAG Demam Thypoid .....	105
22.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada Demam Thypoid .....	107
23.	Clinical Pathway Demam Thypoid RS Kelas B .....	109
24.	PPK Diare Akut .....	115
25.	PAK Diare Akut .....	117
26.	PAG Diare Akut .....	120
27.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada Diare .....	122
28.	Clinical Pathway Diare akut Ringan - Sedang RS Kelas B & C .....	124

29.	PPK Kejang Demam .....	129
30.	PAK Kejang Demam Sederhana .....	132
31.	PAG Kejang Demam .....	135
32.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada Kejang Demam ...	137
33.	Clinical Pathway Kejang Demam Sederhana RS Kelas B & C .....	139
34.	PPK Dengue Haemorrhagic Fever .....	144
35.	PAK Demam Berdarah .....	146
36.	PAG Demam Berdarah .....	148
37.	PAKf Terkait Permasalahan Obat ( <i>Drug Related Problem</i> ) Pada DBD .....	150
38.	Clinical Pathway Demam Berdarah Grade 1 & 2 RS Kelas B & C .....	152
39.	PPK Pneumonia .....	157
40.	PAG Bronkopneumonia .....	162
41.	Clinical Pathway Pneumonia Komunitas RS Kelas B .....	165
42.	PPK Stroke Hemoragik .....	170
43.	PAG Stroke .....	173
44.	Clinical Pathway Stroke Hemorrhagic RS Kelas B & C .....	176
45.	PPK Stroke Iskemik .....	183
46.	Clinical Pathway Stroke Iskemik RS Kelas B & C .....	187
47.	PPK Perdarahan Subarachnoid .....	194
48.	Clinical Pathway Perdarahan Subarahnoid RS Kelas B & C .....	197
49.	PPK Plasenta Previa Pada Kehamilan Aterm .....	204
50.	PAK Placenta Previa Totalis .....	206
51.	PAG Placenta Previa Totalis Pada Kehamilan Aterm .....	209
52.	Clinical Pathway Plasenta Previa Totalis Pada Kehamilan Aterm RS Kelas B & C .....	211

## SURAT TUGAS

1. Surat Keputusan Pengurus Pusat PERSI (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	217
2. Surat Tugas Idrus Alwi, Prof, DR, Dr, SpPD, K-KV, FINASIM, FACC, FESC, FAPSIC, FACP (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	221
3. Surat Tugas R.Suhartono, Dr. SpB KBV (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	222
4. Surat Tugas M. Kurniawan, Dr. Sp. S (K), M. Sc., FICA (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	223
5. Surat Tugas Santoso Soeroso, Dr. SpA,( K ) MARS (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	224
6. Surat Tugas Andon Hestiantoro, Dr SpOG (K ) MARS (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	225
7. Surat Tugas Nurhidayatun, Ns., Sp. An (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	226
8. Surat Tugas Enny Mulyatsih, M. Kep., Sp. KMB (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	227
9. Surat Tugas Desrinah Harahap, M. Kep., Sp. Mat (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	228
10. Surat Tugas Masrial Mahyudin, Drs. Apt, MM (Disalin sesuai dengan aslinya)	229
11. Surat Tugas Triyani Kresnawan, DCN, M.Kes, RD (Disalin sesuai dengan aslinya) .....	230

# **Bagian I**

**Aspek Hukum dan Pengertian**

**Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran**

**dan**

**Panduan Praktik Klinis**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

Indonesia membuat suatu langkah besar dan mendasar dibidang kesehatan. Pada tanggal 1 januari 2014, Jaminan Sosial Nasional dibidang kesehatan atau yang kita kenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai. Sangat logis apabila langkah besar ini tak mungkin dimulai langsung dengan suatu kesempurnaan, karena itu akan membutuhkan proses yang panjang dan rumit melibatkan semua stake holdersnya. Masyarakat yang menggunakan dan instansi ujung tombak kesehatan harus terus memberikan masukan tentang kendala dilapangan, Kementerian Kesehatan harus sigap dalam merevisi berkesinambungan sistim didalam proses ini dan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) memperbaiki terus pelayanannya. Semoga kita bisa berjuang mengatasi masalah masalah dalam pelaksanaan JKN agar profesi kesehatan bisa bermanfaat bagi semua rakyat Indonesia, sesuai petuah sebagai berikut:

"Bukan kesulitan yang membuat kita takut, tapi ketakutan yang membuat kita sulit. Karena itu jangan pernah mencoba untuk menyerah & jangan pernah menyerah untuk mencoba. Maka jangan katakan pada Tuhan aku punya masalah, tetapi katakan pada masalah, aku punya Allah yang maha segalanya." (Ali bin Abi Thalib)

Agar supaya JKN ini dapat membuahkan manfaat yang optimal bagi masyarakat indonesia, maka haruslah ditingkatkan selalu Kendali Biaya dan Kendali Mutu. Semua pelaksanaan kesehatan harus dibuat standar pelayanan yang baku.

Kedua kendali ini haruslah ditingkatkan secara bersamaan, karena Kendali biaya yang baik atau ekonomis bila tidak disertai mutu pelayanan yang baik ataupun sebaliknya mutu pelayanan yang sangat baik tapi sangat mahal tentunya akan merugikan masyarakat dan negara. Beberapa piranti yang dapat digunakan untuk itu adalah PNPk, PPK dan *Clinical Pathway* untuk kendali mutu dan kendali biaya, untuk kendali biaya dapat digunakan *Hospital Based Costing*.

## **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran**

### **Pasal 44**

- 1) Dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran wajib mengikuti standar pelayanan kedokteran atau kedokteran gigi.
- 2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan
- 3) Standar pelayanan untuk dokter atau dokter gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diatur dengan Peraturan Menteri.

### **Pasal 50**

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak :

- a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- b. Memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- c. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- d. Menerima imbalan jasa.

### **Pasal 51**

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban :

- a. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;
- d. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

Standar pelayanan kesehatan itu dibuat secara berjenjang dan saling mempengaruhi. Di Pusat Kementerian Kesehatan akan menentukan PNPk (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) yang merupakan hasil pemikiran dari organisasi profesi. PNPk ini diperlukan apabila

1. Jumlah kasusnya banyak (*High Volume*)
2. Mempunyai risiko yang tinggi (*High Risk*)
3. Mempunyai kecenderungan penggunaan biaya yang tinggi (*High Cost*)
4. Memiliki variabilitas luas pelaksanaannya oleh para ahli walau kasusnya sama (Sudigdo Sastroasmoro SpA. konsorsium upaya kesehatan, ditjen BUK, KemKes 2015)

Keempat hal tersebut diatas akan menyebabkan variasi pendanaan yang luas dan mahal, oleh karena itu menjadi prioritas untuk dikendalikan.

Karakteristik dari PNPk adalah :

1. Sahih (*evidence based*, berbasiskan bukti penelitian klinis yang sahih)
2. *Reproducible*
3. *Cost Effective*
4. Representatif, dapat digunakan bahkan oleh multisenter
5. Dapat diterapkan dalam praktik
6. Fleksibel
7. Jelas
8. Direvisi secara berkala
9. Dapat digunakan untuk audit medis.

## **Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran**

### **Prinsip dasar**

#### **Pasal 3**

- 1) Standar pelayanan Kedokteran meliputi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan SPO.
- 2) PNPk sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan Standar Pelayanan Kedokteran yang bersifat nasional dan dibuat oleh organisasi profesi serta disahkan oleh Menteri.
- 3) SPO sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dibuat dan ditetapkan oleh pimpinan

fasilitas pelayanan kesehatan.

## **Standar Prosedur Operasional (SPO)**

### **Pasal 10**

- 1) Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib memprakarsai penyusunan SPO sesuai dengan jenis dan strata fasilitas pelayanan kesehatan yang dipimpinnya.
- 2) PNPk harus dijadikan acuan pada penyusunan SPO di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 3) SPO harus dijadikan panduan bagi seluruh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
- 4) SPO disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis (*Clinical Practice Guidelines*) yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (*Clinical Pathway*), algoritme, protokol, prosedur atau standing order.
- 5) Panduan Praktik Klinis sebagaimana dimaksud pada ayat (4) harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepastakaan.

### **Pasal 11**

SPO disusun oleh staf medis pada fasilitas pelayanan kesehatan yang dikoordinasi oleh Komite Medis dan ditetapkan oleh Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

### **Pasal 12**

SPO harus selalu ditinjau kembali dan diperbaharui sekurang-kurangnya 2 (dua) tahun sekali, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran atau kedokteran gigi

Dari ketentuan diatas maka dapat kita pelajari penyusunan standar pelayanan kesehatan kita, yaitu Pusat menentukan PNPk, didaerah diadopsi menjadi SPO atau PPK dan untuk membantu pelaksanaannya didaerah PPK ini dapat dibantu oleh *Clinical Pathway*, Standing orders, Algoritma, protokol ataupun prosedur. (PMK 1438 tahun 2010).

Saat ini untuk membantu Rumah Sakit mengembangkan sistim kendali pelayanan mereka, maka banyak pakar membuat pelatihan penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) ataupun *Clinical Pathway*. Tidak adanya suatu ketentuan yang baku, menyebabkan

pelatihan pelatihan tersebut berbeda-beda, sehingga semakin membingungkan bagi para penggunanya.

Untuk itu dibuatlah tim dari PERSI untuk menyusun suatu panduan yang komprehensif dan baku, agar memudahkan penggunaannya oleh pihak Rumah Sakit sebagai pelaku pelayanan. Program ini dikerjakan oleh PERSI perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia dengan pendanaan dari Badan Kesehatan Dunia WHO, serta melibatkan banyak pakar masing masing profesi yang terlibat yaitu IKABI, PAPDI, IDAI, PERDOSSI dibantu PPNI, IAI, PERSAGI Yang sangat dipentingkan pada penyusunan ini adalah pengintegrasian para Pemberi Pelayanan Asuhan (PPA) karena sistim pemberian asuhan terpusat pada pasien (*Patient Centered Care*) adalah pelayanan terintegrasi berorientasi pada kepentingan pasien dan tidak didominasi oleh satu profesi tertentu, seperti dulu dokter merupakan pelaksana asuhan tunggal. Mengapa harus demikian, karena profesi saat ini telah berkembang sangat pesat sehingga tak mungkin lagi dikuasai secara penuh ilmunya oleh para dokter. Tentunya hal ini akan berdampak sangat positif terhadap mutu pelayanan kesehatan. Beberapa *Clinical Pathway* masih dibuat dengan pola lama, jadi hanya medis (dokter) yang membuat dan mengatur atau terkadang profesi perawat dilibatkan secara terbatas.

Hasil kerja keras ini diserahkan kepada Kementrian Kesehatan sebagai regulator agar dapat disebar luaskan penggunaannya.

Beberapa hal yang harus mendapat perhatian khusus:

1. Beberapa contoh panduan penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* dibuat, untuk rumah sakit kelas B dan C, dengan pemikiran kemungkinan tenaga sumber dayanya terbatas dan sangat disibukkan oleh pelayanan. Contoh tersebut dapat diadopsi secara utuh apabila kondisinya sesuai. Harus dilakukan penyesuaian oleh tim Mutu Komite-komite di Rumah Sakit (Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Profesi lainnya) agar dapat diterapkan pelaksanaannya di Rumah Sakit tersebut.
2. Harus selalu dibuatkan Disclaimer (wewanti/ketidak patuhan pada prosedur) apabila oleh karena suatu sebab/kondisi tertentu prosedur tidak dipatuhi. Disclaimer dibuat oleh DPJP dan ditulis pada Rekam Medis.  
Kewajiban penulisan disclaimer ini sangat penting, karena akan dapat menghindarkan DPJP dari tuntutan hukum dikemudian hari dan dapat menjadi bahan evaluasi efektifitas *Clinical Pathway* yang telat dibuat (revisi).

## **PMK 1438/2010**

### **Kepatuhan Kepada Standar dan Penyangkalan**

#### **Pasal 13**

- 1) Dokter dan dokter gigi serta tenaga kesehatan lainnya di fasilitas pelayanan kesehatan harus mematuhi PNPK dan SPO sesuai dengan keputusan klinis yang diambilnya,
  - 2) Kepatuhan kepada PNPK dan SPO menjamin pemberian pelayanan kesehatan dengan upaya terbaik di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi tidak menjamin keberhasilan upaya atau kesembuhan pasien;
  - 3) Modifikasi terhadap PNPK dan SPO hanya dapat dilakukan atas dasar keadaan yang memaksa untuk kepentingan pasien, antara lain keadaan khusus pasien, kedaruratan, dan keterbatasan sumber daya.
  - 4) Modifikasi PNPK dan SPO sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus dicatat di dalam rekam medis.
- 
1. Formulir *Clinical Pathway* diisi oleh Case Manajer dan bukan oleh DPJP. Formulir *Clinical Pathway* bukan merupakan bagian dari Rekam Medis akan tetapi merupakan piranti pengendalian mutu oleh tim mutu para Komite Medik, Keperawatan dan Profesi Kesehatan lainnya di Rumah Sakit. Case Manajer ini dapat dijabat oleh dokter umum atau perawat senior yang bertugas memantau proses kepatuhan pada setiap kasus diruangan dan akan berkonsultasi dengan semua PPA apabila ditemukan masalah dalam penanganan kasus. Case Manajer memantau dengan mengisi cek list dalam *Clinical Pathway* dari awal sampai pasien pulang. Formulir *Clinical Pathway* yang sudah diisi dan selesai dikumpulkan di Komite Medik untuk ditelaah secara berkala.
  2. Semua PPK dan *Clinical Pathway* yang telah dibuat dan disahkan Rumah Sakit harus ada di masing masing unit pelayanan Rumah Sakit (untuk menjadi acuan).
  3. *Clinical Pathway* bukanlah piranti untuk kendali biaya walaupun bisa digunakan secara terbatas untuk menghitung biaya (unit cost), untuk kendali biaya digunakan *Hospital Based Costing* yang akan dibuat panduan penyusunannya secara terpisah.
  4. Semua instruksi dokter yang pelaksanaannya tidak dilakukan oleh dokter akan tetapi oleh perawat, dapat bersifat delegatif ataupun mandat. Keduanya harus ada

aturan tertulis tindakan apa saja yang bersifat mandat (tanggung jawab ada pada pelaksananya yaitu perawat), siapa yang memiliki kompetensi untuk melakukannya dan bagaimana prosedur pelaksanaannya. Contoh dari tindakan medis mandat yang dilakukan perawat adalah misalnya memberikan obat, memasang infus line dll. Apabila pelaksanaan tugas yang bersifat delegatif, dimana tanggung jawab tetap ada pada pemberi perintah (DPJP) maka harus dibuatkan *standing orders*. Hal ini sangat penting agar terhindar dari tuntutan apabila terjadi kasus yang tak diharapkan.

## **UU No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan**

### **Pasal 28**

Praktik Keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri atas:

- a. Praktik Keperawatan mandiri; dan
- b. Praktik Keperawatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

### **Pasal 32**

- 1) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) huruf e hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.
- 2) Pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan secara delegatif atau mandat.
- 3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.
- 4) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan.
- 5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.
- 6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

- 7) Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perawat berwenang:
  - a. Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis;
  - b. Melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat; dan
  - c. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program Pemerintah.
  
1. Sehubungan dengan pelimpahan kewenangan ini, syarat kompetensi harus ditentukan didalam Surat Penugasan Klinis (SPK) dengan Rincian Kewenangan Klinis (RKK) yang dibuat oleh Sub Komite Kredensial komite keperawatan (PMK 49/2013) dan disahkan oleh direktur. Artinya tidak semua perawat dapat diberikan kewenangan delegatif dari dokter akan tetapi hanya perawat yang kompeten dan sudah disahkan dan tercantum kompetensinya didalam Rincian Kewenangan Klinis (RKK)
2. Kepatuhan dan pelaksanaan semua prosedur pelayanan medis ini adalah untuk menjamin keselamatan pasien dan untuk menghindarkan tuntutan hukum bagi pelaksananya.

## **BAB II**

### **DASAR HUKUM**

1. Undang-Undang RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
3. Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
4. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
5. Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan
6. Peraturan Pemerintah No. 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 012 Tahun 2012 Tentang Akreditasi
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 17 Tahun 2013 Tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan dan Praktik Tenaga Gizi
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 49 Tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Farmasi Rumah Sakit

**BAB III**  
**PANDUAN PRAKTIK KLINIS, PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN,**  
**PANDUAN ASUHAN GIZI DAN PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN**

**1. Pengertian Umum**

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga integrated kolaborasi interprofesional maka praktik klinik juga diintegrasikan dengan praktik/asuhan keperawatan, asuhan gizi dan asuhan farmasi. Menjadi Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf).

Panduan Praktik Klinis adalah istilah teknis sebagai pengganti Standar Prosedur Operasional (SPO) dalam Undang-undang Praktik Kedokteran 2004 dan Undang-Undang Keperawatan yang merupakan istilah administratif. Penggantian ini perlu untuk menghindarkan kesalahpahaman yang mungkin terjadi, bahwa “standar” merupakan hal yang harus dilakukan pada semua keadaan. Jadi secara teknis Standar Prosedur Operasional (SPO) dibuat berupa Panduan Praktik Klinis (PPK) yang dapat berupa atau disertai dengan salah satu atau lebih: alur klinis (*Clinical Pathway*), protokol, prosedur, algoritme, standing order.

Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan lain Panduan Praktik Klinis (PPK) dapat sama/berbeda di RS yang beda:

- a. Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama, di rumah sakit tipe, A, B, C, D.
- b. Di RS tipe A, Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk PJB dari Dx sampai bedah, di RS tipe A yang lain hanya Dx lalu rujuk
- c. Di RS tipe B clinical pathway untuk stroke melibatkan bedah saraf, di RS B yang lain tidak
- d. Jadi Panduan Praktik Klinis (PPK) bersifat hospital specific.

## 2. Tujuan

- Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu bekerja sama dengan tim multidisiplin
- Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
- Memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal
- Menghindari terjadinya *medication eror* secara dini
- Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
- Memberikan tata laksana asuhan dengan biaya yang memadai

## 3. Penyusunan

Panduan Praktik Klinis, Panduan asuhan Keperawatan, Panduan Asuhan Gizi, Panduan Asuhan Kefarmasian seharusnya dibuat untuk semua jenis penyakit/kondisi klinis yang ditemukan dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya dapat dibuat secara bertahap, dengan mengedepankan misalnya 10 penyakit tersering yang ada di tiap bagian. Bila tersedia Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), maka Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf), Panduan Asuhan Gizi (PAG) dibuat dengan rujukan utama Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK). Namun karena Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK) hanya dibuat untuk sebagian kecil penyakit/kondisi klinis, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) dengan segala turunannya dibuat dengan memperhatikan fasilitas setempat dan merujuk pada:

- Pustaka mutakhir berupa artikel asli
- *Systematic review* atau meta-analisis
- PNPK dari negara lain
- *Nursing Care Plan Guide*
- *International Dietetic & Nutrition Terminology*
- Penuntun Diet Anak
- Penuntun Diet Edisi Baru Dewasa
- Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
- Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)
- Pedoman Pelayanan Farmasi Klinik

- Buku ajar
- Panduan dari organisasi profesi
- Petunjuk pelaksanaan program dari Kemenkes
- Kesepakatan para staf medis

Di rumah sakit umum Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) dibuat untuk penyakit-penyakit terbanyak untuk setiap departemen, sedangkan untuk rumah sakit tipe A dan tipe B yang memiliki pelayanan subdisiplin harus dibuat Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) untuk penyakit-penyakit terbanyak sesuai dengan divisi/subdisiplin masing-masing. Pembuatan Panduan Praktik klinis (PPK) dikoordinasi oleh Komite Medis, Pembuatan Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) dikoordinasi oleh Komite Keperawatan dan pembuatan Panduan Asuhan Gizi (PAG) dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) dikoordinasi oleh Komite Tenaga Kesehatan setempat dan berlaku setelah disahkan oleh Direksi.

#### **4. Isi**

##### **I. Format Panduan Praktik Klinis (PPK):**

1. Pengertian
2. Anamnesis
3. Pemeriksaan Fisik
4. Prosedur Diagnostik
5. Diagnosis Kerja
6. Diagnosis Banding
7. Pemeriksaan Penunjang
8. Tata Laksana
9. Edukasi (*Hospital Health Promotion*)
10. Prognosis
11. Tingkat Evidens\*
12. Tingkat Rekomendasi\*
13. Penelaah Kritis\*
14. Indikator

## 15. Kepustakaan

Catatan :

- \* Bila memungkinkan dan sesuai kemampuan rumah sakit dan diputuskan oleh Direktur RS atas rekomendasi Komite Medis dan atau Komisi HTA

### *Level of Evidence dan Peringkat Rekomendasi*

<b>LEVEL</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>REKOMENDASI</b>
I a.	Meta-analisis Randomized Clinical Controlled Trial	A
I b.	Minimal satu Randomized Clinical Controlled Trial	
II a.	Minimal satu non Randomized Clinical Controlled Trial	B
II b.	Studi kohort dan atau kasus kontrol	
III a.	Studi Cross - Sectional	C
III b.	Seri Kasus dan laporan kasus	
IV	Konsensus dan pendapat ahli	

Scottish Intercollegiate Guidelines Network; US Agency for Health Care Policy and Research

### Contoh Format Panduan Praktik Klinis (PPK)

<b>LOGO RS</b>	<b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</b>
<b>1. Pengertian (Definisi)</b>	
<b>2. Anamnesis</b>	
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	
<b>6. Diagnosis Banding</b>	
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	
<b>8. Tata Laksana</b>	
<b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b>	
<b>10. Prognosis</b>	
<b>11. Tingkat Evidens</b>	
<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	
<b>13. Penelaah Kritis</b>	
<b>14. Indikator</b>	
<b>15. Kepustakaan</b>	

## **II. Format Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) :**

1. Pengertian
2. Asesmen Keperawatan
3. Diagnosis Keperawatan
4. Kriteria Evaluasi/*Nursing Outcome*
5. Intervensi
6. Informasi & Edukasi/*Discharge Planning*
7. Evaluasi
8. Evidence based nursing practice\*
9. Penelaah Kritis
10. Kepustakaan

Catatan :

- \* Bila memungkinkan

## Contoh Format Panduan Asuhan Keperawatan (PAK)

<b>LOGO RS</b>		<b>PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)</b>
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	
4.	<b>Kriteria Evaluasi/<i>Nursing Outcome</i></b>	
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	
7.	<b>Evaluasi</b>	
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	
9.	<b>Kepustakaan</b>	

### **III. Format Panduan Asuhan Gizi (PAG) :**

1. Pengertian
2. Asesmen
  - a. Asesmen Antropometri
  - b. Asesmen Biokimia
  - c. Asesmen Klinis
  - d. Asesmen Riwayat Makan
  - e. Asesmen Riwayat Personal
3. Diagnosis
4. Intervensi
  - a. Perencanaan
  - b. Implementasi
  - c. Edukasi
  - d. Konseling Gizi
  - e. Koordinasi dengan Tenaga Kesehatan lain
5. Monitoring dan Evaluasi
6. Re Asesmen\*
7. Indikator/Outcome
8. Kepustakaan

Catatan :

- \* Tergantung hasil monitoring dan evaluasi

### Contoh Format Panduan Asuhan Gizi (PAG)

<b>LOGO RS</b>	<b>PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)</b>
<b>1. Pengertian</b>	
<b>2. Asesmen/Pengkajian :</b>	
<b>Antropometri</b>	
<b>Biokimia</b>	
<b>Klinis/Fisik</b>	
<b>Riwayat Makan</b>	
<b>Riwayat Personal</b>	
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b>	
a. <b>Perencanaan</b>	
b. <b>Implementasi</b>	
c. <b>Edukasi</b>	
d. <b>Konseling Gizi</b>	
e. <b>Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b>	
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	
<b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b>	
<b>7. Indikator/Outcome</b>	
<b>8. Kepustakaan</b>	

#### **IV. Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf)**

1. Pengertian
2. Asesmen Kefarmasian : Problem medik dikaitkan dengan farmakoterapi
3. Identifikasi *Drug Related Problem* :
  - a. Ada indikasi tidak ada terapi obat
  - b. Tidak ada indikasi ada terapi obat
  - c. Pemilihan obat tidak tepat
  - d. Dosis obat subterapeutik
  - e. Overdosis
  - f. Kegagalan terapi obat
  - g. Interaksi obat
  - h. Efek samping obat
4. Intervensi Farmasi:
  - a. Rekomendasi pemilihan obat
  - b. Rekomendasi cara pemberian obat
  - c. Rekomendasi dosis obat
  - d. Pemantauan terapi obat
  - e. Monitoring efek samping obat
  - f. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat
5. Monitoring & Evaluasi:
  - a. Efek terapi obat
  - b. Adverse Drug Reaction (ADR)
6. Edukasi & Informasi:
  - a. Kepatuhan minum obat
  - b. Efek samping obat
  - c. Cara menggunakan obat yang benar
  - d. Cara menyimpan obat yang benar
7. Penelaah Kritis : Apoteker Klinis
8. Indikator
9. Kepustakaan

### Contoh Format Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf)

<b>LOGO RS</b>	<b>PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)</b>
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>)</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	
<b>3. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	
<b>6. Edukasi dan Informasi</b>	
<b>7. Penelaah Kritis</b>	
<b>8. Indikator</b>	
<b>9. Kepustakaan</b>	

## 5. Perangkat

Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan, dapat dibuat ***Clinical Pathway*** (**Alur Klinis**), **algoritme**, **protokol**, **prosedur**, **maupun standing order**.

Contoh:

- Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) disebutkan bahwa tata laksana stroke non-hemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan serta intervensi dari hari ke hari dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit stroke non-hemoragik sesuai untuk dibuat alur klinis (*Clinical Pathway*); sehingga perlu dibuat *Clinical Pathway* untuk stroke non-hemoragik.
- Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) disebutkan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah.
- Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) disebutkan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan punksi lumbal. Uraian pelaksanaan pungsi lumbal tidak dimuat dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) melainkan dalam prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.
- Dalam tata laksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rectal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat dalam bentuk kolaborasi dengan dokter, ini diatur dalam Undang-Undang Keperawatan dan “*standing order*”.

## 6. Penerapan

Panduan Praktik Klinis (termasuk ”turunan-turunannya”: *Clinical Pathway*, algoritme, protokol, prosedur, standing orders) merupakan panduan yang harus diterapkan **sesuai dengan keadaan pasien**. Oleh karenanya dikatakan bahwa **semua Panduan Praktik Klinis (PPK) bersifat rekomendasi atau advis**. Apa yang tertulis dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) tidak harus diterapkan pada semua pasien tanpa kecuali.

Berikut alasan mengapa Panduan Praktik Klinis (PPK) harus diterapkan dengan memperhatikan kondisi pasien secara individual.

- a. Panduan Praktik Klinis (PPK) **dibuat untuk 'average patients'**. Pasien dengan demam tifoid ada yang masih dapat bekerja seperti biasa, di sisi lain ada yang hampir meninggal. Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat bukan untuk kedua ekstrem tersebut, melainkan untuk pasien rata-rata demam tifoid: demam 5 hari atau lebih, lidah kotor, tidak mau makan minum, mengigau, dan seterusnya.
- b. Panduan Praktik Klinis (PPK) **dibuat untuk penyakit atau kondisi kesehatan tunggal**. Kembali pada pasien demam tifoid. Pada Panduan Praktik Klinis (PPK) demam tifoid seolah-olah pasien tersebut hanya menderita demam tifoid, dia tidak menderita hipertensi, tidak ada asma, tidak obes atau malnutrisi, tidak alergi kloramfenikol, dan seterusnya. Padahal dalam praktik seorang pasien datang dengan keluhan utama yang sesuai dengan demam tifoid, namun mungkin ia juga menderita diabetes, alergi kloramfenikol, hipertensi dan sebagainya. Contoh lain, seorang yang menderita kardiomiopati obstruktif menurut Panduan Praktik Klinis (PPK) harus diberikan propranolol; namun bila ternyata ia menderita asma berat, maka propranolol tidak boleh diberikan. Demikian pula pasien gonore yang harusnya diberikan penisilin namun tidak boleh diberikan karena ia alergi penisilin. Atau seorang anak yang menderita diare berdarah; menurut Panduan Praktik Klinis (PPK) misalnya harus diberikan ko-trimoksazol sebagai obat awal; namun bila ia menderita penyakit jantung bawaan biru dan memperoleh warfarin maka ko-trimoksazol tidak dapat diberikan.
- c. **Respons pasien terhadap prosedur diagnostik dan terapeutik sangat bervariasi**. Ada pasien yang disuntik penisilin jutaan unit tidak apa-apa, namun ada pasien lain yang baru disuntik beberapa unit sudah kolaps atau manifestasi anafilaksis lain. Hal yang sama juga terjadi pada prosedur diagnostik, misal penggunaan zat kontras untuk pemeriksaan pencitraan.
- d. Panduan Praktik Klinis (PPK) **dianggap valid pada saat dicetak**. Kemajuan teknologi kesehatan berlangsung amat cepat. Bila suatu obat yang semula dianggap efektif dan aman, namun setahun kemudian terbukti memiliki efek samping yang jarang namun fatal, misalnya disritmia berat, maka obat tersebut tidak boleh diberikan. Di lain sisi, bila ada obat lain yang lebih efektif, tersedia, dapat dijangkau, lebih aman, lebih sedikit efek sampingnya, maka obat tersebut harus diberikan sebagai pengganti obat yang ada dalam Panduan Praktik Klinis (PPK)

- e. **Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) modern mengharuskan kita mengakomodasi apa yang dikehendaki oleh keluarga dan pasien.** Sesuai dengan paradigma *evidence-based practice*, yakni dalam tata laksana pasien diperlukan kompetensi dokter, perawat, nutrisisionis/dietisien, Apoteker dan tenaga kesehatan lainnya, bukti ilmiah mutakhir, serta preferensi pasien (dan keluarga), maka *clinical decision making process* harus menyertakan persetujuan pasien. Bila menurut ilmu kedokteran ada obat atau prosedur yang sebaiknya diberikan, namun pasien atau keluarganya tidak setuju, maka dokter harus mematuhi kehendak pasien, tentunya setelah pasien diberikan penjelasan yang lengkap.

Demikian juga jika ada asuhan keperawatan yang akan diberikan namun pasien dan keluarga tidak setuju maka hak pasien dan keluarga akan dikedepankan setelah perawat memberikan edukasi pada pasien dan keluarga..

Asuhan Gizi diberikan setelah diketahui pasien nilai skrining gizi nya menunjukkan berisiko malnutrisi dan atau kondisi khusus (pasien dengan penyakit Diabetes, penyakit ginjal, kanker, penurunan imunitas, penyakit kronik lain nya, serta mempunyai masalah gizi dan memerlukan diet tertentu). Proses Asuhan Gizi harus dilaksanakan secara beruntun dari langkah asesmen, diagnosis, intervensi, dan monitoring evaluasi gizi, biasa disingkat menjadi ADIME. Langkah-langkah tersebut saling berkaitan satu dengan lain nya dan merupakan siklus yang berulang terus sampai tujuan tercapai. Apabila tujuan sudah tercapai akan tetapi timbul masalah baru, maka proses berulang kembali mulai asesmen gizi sampaimonev kembali sampai tujuan tercapai.

Orang yang paling berwenang menilai secara komprehensif keadaan pasien adalah Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang bertugas merawat dengan berkolaborasi dengan perawat, nutrisisionis/dietisien dan Apoteker. Tim dipimpin oleh *leader* yang akhirnya menentukan untuk memberikan atau tidak memberikan obat atau asuhan sesuai dengan yang tertulis dalam Panduan Praktik Klinis (PPK). **Dalam hal tertentu tidak melaksanakan apa yang ada dalam Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) maka dokter/perawat/nutrisionist dan Apoteker harus menuliskan alasannya dengan jelas dalam rekam medis, dan ia**

**harus siap untuk mempertanggungjawabkannya.** Bila ini tidak dilakukan maka dokter, perawat, nutrisisionis/dietisien dan Apoteker dianggap lalai melakukan kewajibannya kepada pasien.

## **7. Revisi**

Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan terkini untuk tata laksana pasien, karenanya harus selalu mengikuti kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, keperawatan, gizi, dan tenaga kesehatan lainnya. Untuk itu Panduan Praktik Klinis (PPK) secara periodik perlu dilakukan revisi, biasanya setiap 2 tahun. Idealnya meskipun tidak ada perbaikan, peninjauan tetap dilakukan setiap 2 tahun. Masukan untuk revisi diperoleh dari Panduan Nasional Praktik Kedokteran (PNPK), Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) yang baru (bila ada), pustaka mutakhir, serta pemantauan rutin apakah Panduan Praktik Klinis (PPK) selama ini dapat dan sudah dikerjakan dengan baik. Proses formal audit klinis dapat merupakan sumber yang berharga untuk revisi Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) namun bila audit klinis belum dilaksanakan, pemantauan rutin merupakan sumber yang penting pula.

Untuk menghemat anggaran, di rumah-rumah sakit yang sudah mempunyai ‘intranet’, Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Keperawatan (PAK), Panduan Asuhan Gizi (PAG), dan Panduan Asuhan Kefarmasian (PAKf) dan panduan lain dapat di-upload yang dapat diakses setiap saat oleh para dokter dan profesional lainnya, dan bila perlu dicetak.

## BAB IV

### PENUNJANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS

#### 1. Alur klinis (*Clinical Pathway*)

*Clinical Pathway* (alur klinis) memiliki banyak sinonim, di antaranya *care pathway, care map, integrated care pathways, multidisciplinary pathways of care, pathways of care, collaborative care pathways*. *Clinical Pathway* dibuat untuk memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu. *Clinical Pathway* memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. Pelayanan dalam *Clinical Pathway* bersifat multidisiplin sehingga semua pihak yang terlibat dalam pelayanan dokter/dokter gigi, perawat, fisioterapis, nutrisionis/dietisien, Apoteker, dll dapat menggunakan format yang sama. Kelebihan format ini adalah perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun outcome-nya. Oleh karena itu maka *Clinical Pathway* paling layak dibuat untuk penyakit atau kondisi klinis yang memerlukan pendekatan multidisiplin, dan perjalanan klinisnya dapat diprediksi (pada setidaknya 70% kasus). Bila dalam perjalanan klinis ditemukan hal-hal yang menyimpang, ini harus dicatat sebagai varian yang harus dinilai lebih lanjut.

Perjalanan klinis dan outcome penyakit yang dibuat dalam *Clinical Pathway* dapat tidak sesuai dengan harapan karena:

- memang sifat penyakit pada individu tertentu,
- terapi tidak diberikan sesuai dengan ketentuan,
- pasien tidak mentoleransi obat, atau
- terdapat ko-morbiditas.

Apapun yang terjadi harus dilakukan evaluasi dan dokter memberikan intervensi sesuai dengan keadaan pasien.

Pada umumnya di rumah sakit umum hanya 30% pasien dirawat dengan *Clinical Pathway*. Selebihnya pasien dirawat dengan prosedur biasa (*usual care*). *Clinical Pathway* hanya efektif dan efisien apabila dilaksanakan untuk penyakit atau kondisi kesehatan yang perjalanannya predictable, khususnya bila memerlukan perawatan multidisiplin.

Beberapa pertanyaan yang dapat muncul:

**a. Apakah *Clinical Pathway* perlu dibuat untuk semua penyakit?**

Jawabnya telah dijelaskan di atas, tidak. *Clinical Pathway* hanya untuk penyakit yang perjalanan klinisnya predictable dan memerlukan penanganan multidisiplin.

**b. Apakah *Clinical Pathway* dibuat untuk perincian biaya perawatan?**

Tidak. Panduan Praktik Klinis (PPK) dan semua perangkatnya, termasuk *Clinical Pathway*, harus patient oriented, bukan DGR (*diagnosis-related group*)-oriented, *length of stay oriented*, atau BPJS oriented. Bahwa setelah *Clinical Pathway* dibuat digunakan untuk keperluan penghitungan pembiayaan tentu hal tersebut sah-sah saja.

**c. Dapatkah penyakit lain dibuat *Clinical Pathway* sesuai dengan kondisi lokal?**

Ide pembuatan *Clinical Pathway* adalah membuat standarisasi pemeriksaan dan tata laksana pasien yang memiliki pola tertentu. Bila perjalanan klinis suatu penyakit sangat bervariasi, misalnya diare atau sepsis, tentu sulit untuk membuat 'standar' pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan hari demi hari. *Clinical Pathway* juga tidak efektif bila terdapat ko-morbiditas.

Namun demikian tidak tertutup kemungkinan untuk membuat *Clinical Pathway* bagi penyakit apa pun, dengan catatan:

- ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi yang jelas,
- bila pasien sudah dirawat dengan *Clinical Pathway* namun ternyata mengalami komplikasi atau terdapat ko-morbiditas, maka pasien tersebut harus dikeluarkan dari *Clinical Pathway* dan dirawat dengan perawatan biasa.

Keputusan untuk membuat *Clinical Pathway* pada kasus-kasus seperti ini dilakukan atas kesepakatan staf medis dengan mempertimbangkan efektivitas, sumber daya, dan waktu yang diperlukan.

**Format *Clinical Pathway***

*Clinical Pathway* adalah dokumen tertulis. Terdapat pelbagai jenis format *Clinical Pathway* yang tergantung pada jenis penyakit atau masalah serta kesepakatan para profesional. Namun pada umumnya format *Clinical Pathway* berupa tabel yang kolomnya merupakan waktu (hari, jam), sedangkan barisnya merupakan observasi/pemeriksaan/tindakan/intervensi yang diperlukan. Format *Clinical Pathway* dapat amat

rumit dan rinci (misalnya pemberian obat setiap 6 jam dengan dosis tertentu; bila ini melibatkan banyak obat maka menjadi amat rumit). Sebagian apa yang harus diisi dapat merupakan *check-list*, namun tetap harus diberikan ruang untuk menuliskan hal-hal yang perlu dicatat. Ruang yang tersedia untuk mencatat hal-hal yang diperlukan juga dapat amat terbatas, lebih-lebih format yang sama diisi oleh semua profesi yang terlibat dalam perawatan, karena sifat multidisiplin *Clinical Pathway*. Profesi yang terlibat berkontribusi memberikan asuhan yaitu asuhan medik, asuhan keperawatan, asuhan gizi serta asuhan kefarmasian.

Isi format *Clinical Pathway*, sebagai berikut:

**I. Judul Clinical Pathway**

**II. Identitas Pasien**

1. Nama Pasien
2. Jenis Kelamin
3. Tanggal Lahir
4. No. Rekam Medik
5. Diagnosa Masuk, Tanggal Masuk & Jam Masuk Rumah Sakit
6. Penyakit Utama
7. Penyakit Penyerta
8. Komplikasi
9. Tindakan
10. Berat Badan
11. Tinggi Badan
12. Tanggal & Jam Keluar Rumah Sakit
13. Lama Rawat
14. Rencana Rawat
15. Ruang Rawat/Kelas
16. Rujukan

### III. Isi *Clinical Pathway*

#### A. Baris

1. Asesmen awal
  - a. Asesmen Awal Medis
  - b. Asesmen Awal Keperawatan
2. Laboratorium
3. Radiologi/*imaging*
4. Konsultasi
5. Asesmen Lanjutan
  - a. Asesmen Medis
  - b. Asesmen Keperawatan
  - c. Asesmen Gizi
  - d. Asesmen Farmasi
6. Diagnosis
  - a. Diagnosis Medis
  - b. Diagnosis Keperawatan
  - c. Diagnosis Gizi
7. *Discharge Planning*
8. Edukasi Terintegrasi
  - a. Edukasi/Informasi Medis
  - b. Edukasi Gizi
  - c. Edukasi Keperawatan
  - d. Edukasi Farmasi
  - e. Pengisian Formulir Informasi dan Edukasi Terintegrasi
9. Terapi/Medikamentosa
  - a. Injeksi
  - b. Cairan Infus
  - c. Obat Oral
  - d. Obat anestesi.
10. Tata Laksana/Intervensi
  - a. Tata Laksana/Intervensi Medis
  - b. Tata Laksana/Intervensi Keperawatan
  - c. Tata Laksana/Intervensi Gizi
  - d. Tata Laksana/Intervensi Farmasi

11. Monitoring dan Evaluasi
  - a. Dokter DPJP
  - b. Keperawatan
  - c. Gizi
  - d. Farmasi
12. Mobilisasi/Rehabilitasi
  - a. Medis
  - b. Keperawatan
  - c. Fisioterapi
13. Outcome/Hasil
  - a. Medis
  - b. Keperawatan
  - c. Gizi
  - d. Farmasi
14. Kriteria Pulang
15. Rencana Pulang/Edukasi Pelayanan Lanjutan
16. Variant

**B. Kolom**

1. Kegiatan
2. Uraian Kegiatan
3. Hari Penyakit dan Hari Rawat (Hari/Jam)
4. Keterangan

**IV. Penanggung Jawab**

1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
2. Perawat Penanggung Jawab
3. Pelaksana Verivikasi

**V. Keterangan:**

- Arsir kotak : Wajib dilaksanakan,  
Arsir lurus : Boleh dilakukan/Boleh tidak dilakukan  
(√) : *Checklist*

**CLINICAL PATHWAY**  
**Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir	Tgl.Masuk		jam
Diagnosa Masuk RS	Tgl.Keluar		jam
Penyakit Utama	Kode ICD: Lama rawat		hari
Penyakit Penyerta	Kode ICD: Rencana Rawat		
Komplikasi	Kode ICD: R.Rawat/Klas		/
Tindakan	Kode ICD: Rujukan		Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance	Kode ICD: Z71.3		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
ASESMEN AWAL MEDIS									
ASESMEN AWAL KEPERAWATAN									
2. LABORATORIUM									
								Varian	
3. RADIOLOGI/ IMAGING									
4. KONSULTASI									
5. ASESMEN LANJUTAN									
a. ASESMEN MEDIS									
b. ASESMEN KEPERAWATAN									
c. ASESMEN GIZI									
d. ASESMEN FARMASI									
6. DIAGNOSIS									
a. DIAGNOSIS MEDIS									

b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN														
c. DIAGNOSIS GIZI														
7. DISCHARGE PLANNING														
8. EDUKASI TERINTEGRASI														
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS														
b. EDUKASI & KONSELING GIZI														
c. EDUKASI KEPERAWATAN														
d. EDUKASI FARMASI														
PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI														
9. TERAPI MEDIKA MENTOSA														
a. CAIRAN INFUS														
b. OBAT ORAL														
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)														
a. TLI MEDIS														
b. TLI KEPERAWATAN														
c. TLI GIZI														
d. TLI FARMASI														
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)														
a. DOKTER DPJP														
b. KEPERAWATAN														

c. GIZI	Monitoring asupan makan													
	Monitoring Antropometri													
	Monitoring Biokimia													
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi													
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat													
	Monitoring Efek Samping Obat													
	Pemantauan Terapi Obat													
12. MOBILISASI/ REHABILITASI														
a. MEDIS														
b. KEPERAWATAN														
c. FISIOTERAPI														
13. OUTCOME/HASIL														
a. MEDIS														
b. KEPERAWATAN														
c. GIZI														
d. FARMASI														
14. KRITERIA PULANG	Umum													
	Khusus													
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN														
VARIAN														

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

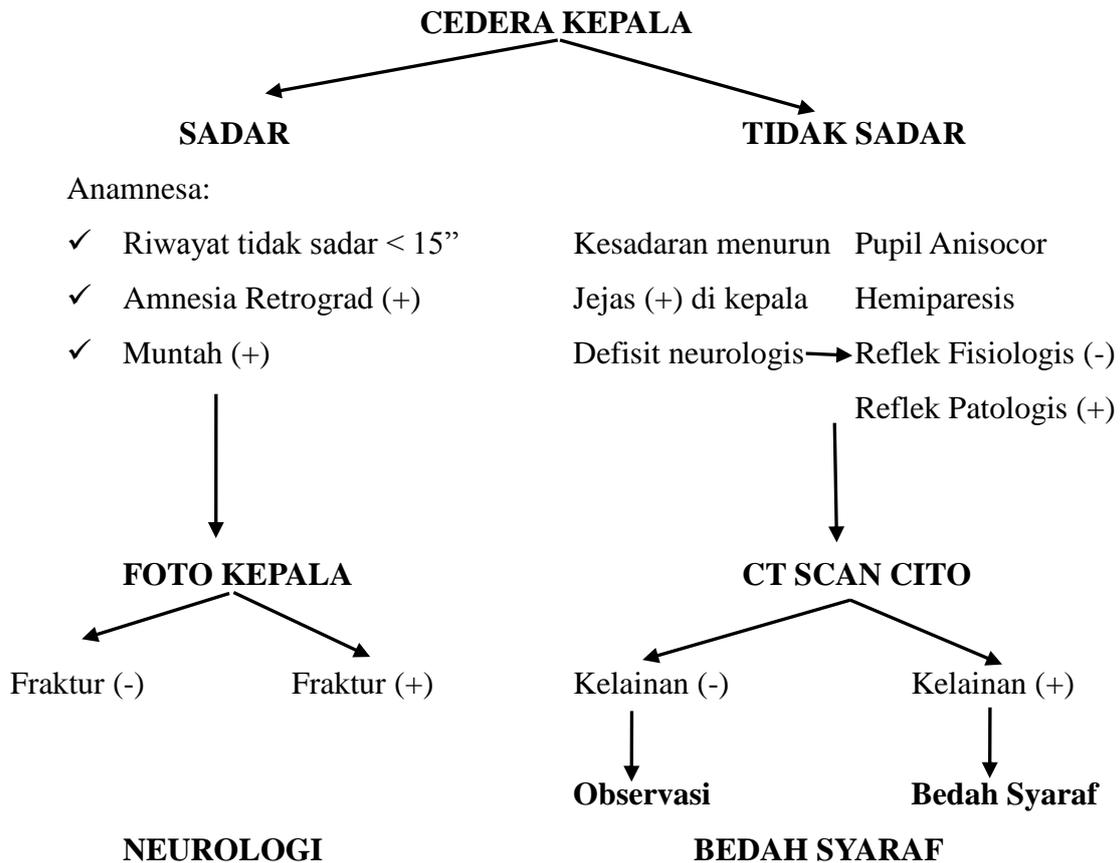
### **Cara pengisian *Clinical Pathway* :**

1. Rumah Sakit membuat *Clinical Pathway* sesuai dengan kebutuhan dan kondisi setempat
2. *Clinical Pathway* berlaku pada saat ditegakkan diagnosa
3. Catatan yang ada didalam Rekam Medis dimasukkan pada formulir *Clinical Pathway* dengan cara di checklist (√)
4. Catatan yang didalam Rekam Medis tetapi tidak terdapat didalam format formulir *Clinical Pathway* dicatat didalam varian
5. Yang mengisi *Clinical Pathway* adalah Pelaksana Verivikasi
6. Pelaksana Verivikasi adalah petugas yang diangkat bisa *Case Manager* atau Kepala Ruangan
7. Apabila pasien pulang *Clinical Pathway* diberikan kepada Komite Medis/Komite Mutu Rumah Sakit
8. Format dalam *Clinical Pathway* pada kolom kegiatan :
  - A. Judul *Clinical Pathway* Sudah Baku
  - B. Identitas Pasien Sudah Baku
  - C. Isi *Clinical Pathway*
    - 1) Kegiatan Sudah Baku
    - 2) Uraian Kegiatan: disesuaikan dengan PPK, PAK, PAG, PAKf serta tipe dan kondisi Rumah Sakit
    - 3) Hari penyakit dan Hari rawat sesuai dengan PPK
    - 4) Keterangan menguraikan Uraian kegiatan bila diperlukan.
    - 5) Variant Untuk kegiatan yang ada dalam rekam medik tapi tidak terdapat dalam format *Clinical Pathway*
    - 6) *Clinical pathway* ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, Perawat Penanggung Jawab dan Pelaksana Verivikasi.

## **2. Algoritme**

Algoritme merupakan format tertulis berupa *flowchart* dari pohon pengambilan keputusan. Dengan format ini dapat dilihat secara cepat apa yang harus dilakukan pada situasi tertentu. Algoritme merupakan panduan yang efektif dalam beberapa keadaan klinis tertentu misalnya di **ruang gawat darurat** atau **Instalasi Gawat Darurat**. Bila staf dihadapkan pada situasi yang darurat, dengan menggunakan algoritme ia dapat melakukan tindakan yang cepat untuk memberikan pertolongan.

## CONTOH FORMAT ALGORITME PENANGANAN CEDERA KEPALA



### 3. Protokol

Protokol merupakan panduan tata laksana untuk kondisi atau situasi tertentu yang cukup kompleks. Misalnya dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) disebutkan bila pasien mengalami atau terancam mengalami gagal napas dengan kriteria tertentu perlu dilakukan pemasangan ventilasi mekanik. Untuk ini diperlukan panduan berupa protokol, bagaimana melakukan pemasangan ventilasi mekanik, dari pemasangan endotracheal tube, mengatur konsentrasi oksigen, kecepatan pernapasan, bagaimana pemantauannya, apa yang harus diperhatikan, pemeriksaan berkala apa yang harus dilakukan, dan seterusnya. Dalam protokol harus termasuk siapa yang dapat melaksanakan, komplikasi yang mungkin timbul dan cara pencegahan atau mengatasinya, kapan suatu intervensi harus dihentikan, dan seterusnya.

#### 4. **Prosedur**

Prosedur merupakan uraian langkah-demi-langkah untuk melaksanakan tugas teknis tertentu. Prosedur dapat dilakukan oleh perawat (misalnya cara memotong dan mengikat talipusat bayi baru lahir, merawat luka, *suctioning*, pemasangan pipa nasogastrik), atau oleh dokter (misalnya pungsi lumbal atau biopsi sumsum tulang).

#### 5. ***Standing orders***

*Standing orders* adalah suatu kegiatan kolaborasi yang terdiri dari tindakan delegasi atau mandat dokter kepada perawat yang telah diatur dalam Undang-Undang Keperawatan. *Standing orders* dapat diberikan oleh dokter pada pasien tertentu, atau secara umum dengan persetujuan Komite Medis. Contoh: perawatan pasca bedah tertentu, pemberian antipiretik untuk demam, pemberian anti kejang per rektal untuk pasien kejang, defibrilasi untuk aritmia tertentu. Contoh lain yaitu order pemberian diet.

## BAB V

### ***DISCLAIMER (PENYANGKALAN, WEWANTI)***

#### ***Disclaimer (Penyangkalan, Wewanti)***

Sejalan dengan uraian dalam bab terdahulu, dalam setiap dokumen tertulis Panduan Praktik Klinis (PPK) serta perangkat implementasinya mutlak harus dituliskan *disclaimer* (wewanti, penyangkalan). Hal ini amat diperlukan untuk:

- 1) Menghilangkan kesalahpahaman atau salah persepsi tentang arti kata “standar”, yang bagi sebagian orang dimaknai sebagai “sesuatu yang harus dilakukan tanpa kecuali”
- 2) Menjaga autonomi dokter bahwa keputusan klinis merupakan wewenangnya sebagai pihak yang dipercaya oleh pasien untuk memberikan pertolongan medis, asuhan keperawatan, asuhan gizi, dan asuhan kefarmasian.

Dalam *disclaimer* (yang harus dicantumkan pada setiap dokumen PPK) harus tercakup butir-butir yang telah dikemukakan di atas, sebagai berikut:

- Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat untuk *average patients*
  - Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat untuk penyakit/kondisi patologis tunggal
  - Reaksi individual terhadap prosedur diagnosis dan terapi bervariasi
  - Panduan Praktik Klinis (PPK) dianggap valid pada saat dicetak
  - Praktik kedokteran modern, asuhan keperawatan, asuhan gizi, dan asuhan kefarmasian harus lebih mengakomodasi preferensi pasien dan keluarganya
- Disclaimer harus dicantumkan di bagian depan setiap buku Panduan Praktik Klinis (PPK). Di luar negeri seringkali disclaimer mencakup banyak hal lain yang rinci, misalnya pernyataan:
- Panduan Praktik Klinis (PPK) berisi panduan praktis, tidak berisi uraian lengkap tentang penyakit/kondisi
  - Panduan Praktik Klinis (PPK) bukan merupakan hal terbaik untuk semua pasien
  - Panduan Praktik Klinis (PPK) bukan merupakan *standard of medical care*
  - Penyusun tidak menjamin akurasi informasi yang ada dalam Panduan Praktik Klinis (PPK)
  - Penyusun tidak bertanggung jawab terhadap hasil apa pun akibat penggunaan Panduan Praktik Klinis (PPK)
  - Bila dokter ragu disarankan melakukan konsultasi

## **Bagian II**

### **Beberapa contoh**

**Panduan Praktik Klinis, Panduan Asuhan  
Keperawatan, Panduan Asuhan Gizi,  
Panduan Asuhan Kefarmasian  
& Clinical Pathway**

<b>LOGO RS</b>	<b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</b>
<b>APENDISITIS AKUT</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Penyumbatan dan peradangan akut pada usus buntu dengan jangka waktu kurang dari 2 minggu
<b>2. Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri perut kanan bawah</li> <li>2. Mual</li> <li>3. Anoreksi</li> <li>4. Bisa disertai dengan demam</li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri tekan McBurney</li> <li>2. Rovsing sign (+)</li> <li>3. Psoas sign (+)</li> <li>4. Blumberg sign (+)</li> <li>5. Obturator sign (+)</li> <li>6. Colok dubur : nyeri jam 9-11</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memenuhi kriteria anamnesis (No 1)</li> <li>2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik No 1</li> </ol>
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Apendisitis akut
<b>6. Diagnosis Banding</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urolitiasis dekstra</li> <li>2. UTI dekstra</li> <li>3. Adneksitis</li> <li>4. Kista ovarium terpuntir</li> </ol>
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Darah rutin, masa perdarahan, masa pembekuan</li> <li>2. Ureum kreatinin</li> <li>3. GDS</li> <li>4. HbsAg</li> <li>5. Tes kehamilan (kalau perlu)</li> <li>6. USG abdomen</li> </ol>
<b>8. Tata Laksana :</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Tindakan Operatif Laparoskopik</b></li> <li>b. <b>Tindakan operatif open app</b></li> <li>c. <b>Terapi Konservatif</b></li> <li>d. <b>Lama perawatan</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apendektomi perlaparoskopik</li> <li>2. Open appendektomi</li> <li>3. Hanya kalau ada kontra indikasi mutlak</li> <li>4. 3 hari</li> </ol>
<b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan diagnosa, diagnosa banding, pemeriksaan penunjang</li> <li>2. Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi</li> <li>3. Penjelasan alternatif tindakan</li> <li>4. Penjelasan perkiraan lama rawat</li> </ol>

<b>10. Prognosis</b>	Advitam : dubia <b>adbonam</b> Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b> Ad Fungsionam : dubia <b>adbonam</b>
<b>11. Tingkat Evidens</b>	I untuk Tindakan no 1 & no 2
<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	B
<b>13. Penelaah Kritis</b>	1. SMF Bedah Umum 2. SMF Bedah Digestif
<b>14. Indikator</b>	1. Keluhan berkurang 2. Lama hari rawat : 3 hari 3. Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO) 4. Kesesuaian dengan hasil PA
<b>15. Kepustakaan</b>	1. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsuhidayat 2. Principal of Surgery, Schwartz's 3. Konsensus Nasional Ikabi

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
APENDISITIS AKUT		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis akut
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Mual</li> <li>3. Muntah</li> <li>4. ADL</li> <li>5. Pengkajian lain:bio, psiko, sosial, spiritual, budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri akut (00132)</li> <li>2. Hipertermia (00007)</li> <li>3. Mual (00134)</li> <li>4. Risiko intoleransi aktivitas (00094)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Hemodinamik stabil</li> <li>3. Tidak terjadi perdarahan</li> <li>4. Nyeri terkontrol</li> <li>5. Tidak ada mual dan muntah</li> <li>6. Tidak ada tanda infeksi</li> <li>7. Mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen nyeri: relaksasi, distraksi (1400)</li> <li>2. Bantu pemenuhan Activity Daily Living(1800)</li> <li>3. Manajemen mual (1450)</li> <li>4. Persiapan Operasi : edukasi pra operasi, persiapan fisik: mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.(309)</li> <li>5. Observasi tanda-tanda vital (6680)</li> <li>6. Kolaborasi pemasangan infus (4190)</li> <li>7. Kolaborasi pemberian obat (2314)</li> <li>8. Perawatan luka</li> </ol>
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara menurunkan nyeri</li> <li>2. Perawatan luka</li> <li>3. Pengontrolan infeksi</li> <li>4. Mobilisasi bertahap</li> <li>5. Perawatan luka</li> <li>6. Aktivitas di rumah</li> </ol>
7.	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan

8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>3. Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM, and Bucher, L.(2014).<i>Medical surgical Nursing</i>. Mosby: Elsevier</li> <li>4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>5. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>APPENDISITIS</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien appendisitis yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas
<b>2. Asesmen/Pengkajian:</b>  <b>Antropometri</b>	Melanjutkan hasil skrining perawat terkait risiko malnutrisi dan atau kondisi khusus.  Data berat badan, tinggi badan, Indeks Masa Tubuh dan atau lingkar lengan atas
<b>Biokimia</b>	Mengkaji data laboratorium terkait gizi seperti HB, Hematokrit, Leukosit, dll (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Mengkaji data nyeri perut, mual, anoreksia
<b>Riwayat Makan</b>	Mengkaji riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan sebelum masuk Rumah Sakit (kualitatif dan kuantitatif)
<b>Riwayat Personal</b>	Mengkaji riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental, serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Prediksi sub optimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI-1.4)
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b> <b>a. Perencanaan</b>	<p>Tujuan :</p> <p>Memberikan kebutuhan dasar</p> <p>Mengganti kehilangan protein, glikogen, zat besi, dan zat gizi lain nya</p> <p>Memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit dan cairan</p> <p>Preskripsi Diet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebutuhan Energi 40-45 kkal/kgBB. Pada pasien dengan status gizi baik sesuai dengan kebutuhan energi normal ditambah faktor stres sebesar 15% dari Metabolisme Basal.</li> <li>- Protein 1,5-2,0 g/kgBB (Bagi pasien dengan status gizi kurang). Sedangkan dengan status gizi baik atau kegemukan diberikan protein normal 0,8-1 g/kgBB. (pra bedah).</li> <li>- Selama pemulihan kondisi diberikan tinggi energi protein Lemak 15-25% dari energi total</li> </ul> <p>Karbohidrat cukup, sisa dari protein dan lemak untuk menghindari hipermetabolisme</p> <p>Cukup vitamin dan mineral</p> <p>Diberikan bertahap disesuaikan dengan kemampuan pasien</p>

<p><b>b. Implementasi Pemberian Makanan</b></p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p><b>d. Konseling Gizi</b></p> <p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<p>untuk menerimanya</p> <p>Jenis Diet diberikan bertahap sesuai kemampuan dan kondisi pasien dimulai dari Diet Makanan Cair Jernih 30 ml/jam bisa kombinasi dengan Makanan Parenteral, Diet Makanan Cair Kental, Lunak</p> <p>Mudah dicerna porsi kecil sering</p> <p>Pemberian Energi dan Protein bertahap disesuaikan dengan kemampuan mengkonsumsi</p> <p>Cukup cairan</p> <p>Bentuk makanan mulai cair atau sesuai daya terima. bubur susu, bubur saring, biskuit susu, makanan lunak, makanan biasa. Jalur makanan. (<i>oral/enteral</i>) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi</p> <p>Pelaksanaan pemberian makan sesuai dengan preskripsi diet dengan bentuk cair/saring/lunak/biasa</p> <p>Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga dan penunggu pasien (<i>care giver</i>)</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<p>Mengetahui respon pasien terhadap intervensi yaitu monitor hasil positif maupun negative dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>2. Hasil biokimia terkait gizi</li> <li>3. Fisik Klinis terkait gizi, demam, tidak nafsu makan, mual</li> <li>4. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Melihat kembali kondisi pasien setelah kunjungan awal jika diperlukan. Jika ada masalah gizi dianjurkan kontrol kembali/re asesmen di rawat jalan.</p>
<p><b>7. Indikator (Target yang akan dicapai/Outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq</math> 80% dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi Optimal</li> <li>3. Tidak ada mual, anoreksia</li> <li>4. Peningkatan Pengetahuan Gizi seimbang</li> </ol>
<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Edisi 3 Tahun 2006. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 2013</li> <li>3. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>) APPENDISITIS</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>3. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat-obat yang harus dihentikan sebelum operasi (Aspirin, anti platelet, antikoagulan, NSAID, ACEI, ARB)</li> <li>2. Pemilihan antibiotik profilaksis yang kurang tepat</li> <li>3. Kegagalan terapi infeksi luka operasi (ILO)</li> <li>4. Pemilihan anti emetic, analgesik</li> <li>5. Potensi interaksi obat</li> <li>6. Dosis obat</li> <li>7. Potensi Efek samping obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi obat-obat yang dihentikan sebelum operasi</li> <li>2. Rekomendasi pemilihan antibiotik profilaksis</li> <li>3. Pemantauan terapi obat</li> <li>4. Monitoring efek samping obat</li> <li>5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring &amp; Evaluasi</b>	<p>Monitoring Post Operasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV : Temperatur, nadi, BP untuk menilai efektif ILO</li> <li>2. KK : inflamasi pada daerah insisi, nyeri, mual</li> <li>3. Lab : leukosit</li> </ol>
<b>6. Edukasi &amp; Informasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan pemakaian obat anti koagulan, anti platelet, aspirin, minimal 7 hari sebelum operasi</li> <li>2. Hentikan pemakaian obat ACE inhibitor dan ARB 24 jam sebelum operasi</li> </ol>
<b>7. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik

<b>8. Indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efektifitas terapi ILO</li> <li>2. Nyeri teratasi</li> <li>3. Mual muntah teratasi</li> </ol>
<b>9. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Widyati, Dr. M. Clin. Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada <i>Pharmaceutical Care</i>, Brilian Internasional. 2014</li> <li>2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No. 58. Kemenkes RI.2015</li> <li>3. Dipro, Pharmacotherapy Handbook 9<sup>th</sup>, 2015</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
APENDISITIS ACUTA  
Rumah Sakit Kelas B**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis								Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.								Dilanjutkan dengan asesmen bio, psiko-sosial- spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, WBC, TROMBOCYT, CT, BT, PTA , APTT								
									Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	THORAX AP								> 40 Tahun
	USG								
4. KONSULTASI	Penyakit Dalam								
	Paru/ Cardiologi								
	Anestesi								
5. ASESMEN LANJUTAN									
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP								Visite harian/Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan								Atas indikasi/Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab								Dilakukan dalam 3 Shift

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal.asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Apendicitis acute										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00132): Nyeri Akut										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
	b. Kode (00007): Hipertermia										
	c. Kode (00134): Mual										
	d. Kode (00094): Risiko Intoleran Aktifitas										
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/ operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Informasi tentang aktivitas yang dapat dilakukan sesuai dengan tingkat kondisi pasien										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Terapi yang diberikan meliputi kegunaan obat, dosis dan efek samping										
	Diet yang dapat dikonsumsi selama pemulihan kondisi yaitu diet lunak yang tidak merangsang dan tinggi energi protein										
	Anjurkan untuk istirahat										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra dan pasca bedah. Makan cair, saring lunak/makan biasa TETP setelah operasi bertahap										Edukasi gizi bersamaan dengan kunjungan awal

c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Kemampuan melakukan ADL secara mandiri											Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Manajemen nyeri											
	c. Tanda-tanda infeksi											
	d. Diet selama perawatan											
	e. Teknik meredakan mual											
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat											Meningkatkan kepatuhan pasien minum/ menggunakan obat
	Konseling Obat											
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi											DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPI MEDIKA MENTOSA												
a. INJEKSI	Parasetamol 10-15 mg/KgBB/ intravena											Profilaksis
	Ceftriaxone 1 gr											
b. CAIRAN INFUS	RL											Varian
c. OBAT ORAL	Parasetamol 10-15 mg/Kg BB/kali /oral											Varian
10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)												
a. TLI MEDIS	Apendictomi laparoskopik/open											Tergantung fasilitas & indikasi
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri											Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (6040): Terapi Relaksasi											
	c. Kode NIC (3740): Pengobatan Demam											
	d. Kode NIC (4120): Manajemen Cairan											
	e. Kode NIC (6540): Kontrol Infeksi											
	f. Kode NIC (2380): Manajemen Pengobatan											
	g. Kode NIC (6680): Monitoring tanda-tanda vital											
	h. Kode NIC (1450): Manajemen Mual											
	i. Kode NIC (0180): Manajemen energi											
	j. Kode NIC (1800): Self Care Assistance											
	k. Kode NIC (4190): Pemasangan Infus											
l. Kode NIC (2314): Medikasi IV												

	m. Kode NIC (309): Persiapan Operasi : edukasi, persiapan fisik : mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.										
	n. Kode NIC (3360): Perawatan Luka										
c. TLI GIZI	Bertahap Diet cair, saring, lunak/makan biasa Tinggi Energi dan Tinggi Protein (TETP) selama pemulihan										Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP										Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)											
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan										
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring penurunan skala nyeri pasien										Mengacu pada NOC
	b. Monitoring implementasi mandiri teknik relaksasi untuk menurunkan nyeri										
	c. Monitoring tanda-tanda vital pasien										
	d. Monitoring status hidrasi pasien meliputi <i>balance</i> cairan, terapi intravena dan tanda-tanda dehidrasi										
	e. Monitoring tindakan pencegahan infeksi yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarga selama perawatan										
	f. Monitoring pemberian obat antipiretik										
	g. Monitoring frekuensi mual pasien										
	h. Monitoring implementasi pasien dalam mengurangi mual										
	i. Monitoring kondisi kelemahan, ketidaknyamanan yang dialami oleh pasien										
	j. Membantu pasien dalam melakukan ADL										
	k. Monitoring pelaksanaan ADL yang dilakukan pasien dengan bantuan keluarga atau mandiri										
c. GIZI	Monitoring asupan makan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri										
	Monitoring Biokimia										
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi										

d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi. Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil monitoring
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu Sebagian/mandiri									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Demam Hilang									Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
	Nyeri abdomen hilang/berkurang									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (1605): Kontrol Nyeri									
	b. Kode NOC (2101): Effect Distructive Nyeri									
	c. Kode NOC (2102): Level Nyeri									
	d. Kode NOC (0800): Thermoregulation									
	e. Kode NOC (0602): Hydration									
	f. Kode NOC (0703): Saverity Infeksi									
	g. Kode NOC (2301): Respon Pengobatan									
	h. Kode NOC (0802): Tanda-tanda vital									
	i. Kode NOC (1618): Kontrol Mual dan Muntah									
	j. Kode NOC (2106): Effect Distructive Mual dan Muntah									
k. Kode NOC (0002): Konservasi Energi										
l. Kode NOC (0300): ADL										
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi optimal
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Tanda Vital Normal									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Sesuai NOC									Varian
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan / Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									

VARIAN										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY  
APENDISITIS ACUTA  
Rumah Sakit Kelas C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	Jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	Jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	Hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
<b>1. ASESMEN AWAL</b>									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis								Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.								Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, WBC, TROMBOCYT, CT, BT								
									Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	THORAX AP								
4. KONSULTASI	PENYAKIT DALAM								
	ANESTHESI								
<b>5. ASESMEN LANJUTAN</b>									
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP								Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan								Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab								Dilakukan dalam 3 Shift

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Apendicitis acuta										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00132): Nyeri Akut										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
	b. Kode (00007): Hipertermia										
	c. Kode (00134): Mual										
	d. Kode (00094): Risiko Intoleran Aktifitas										
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/ operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Informasi tentang aktivitas yang dapat dilakukan sesuai dengan tingkat kondisi pasien										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Terapi yang diberikan meliputi kegunaan obat, dosis dan efek samping										
	Diet yang dapat dikonsumsi selama pemulihan kondisi yaitu diet lunak yang tidak merangsang dan tinggi karbohidrat dan protein										
	Anjurkan untuk istirahat										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra dan pasca bedah. Makan cair, saring, lunak, biasa secara bertahap setelah operasi										Edukasi gizi dapat dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau hari ke 2

c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Kemampuan melakukan ADL secara mandiri											Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Manajemen nyeri											
	c. Tanda-tanda infeksi											
	d. Diet selama perawatan											
	e. Teknik meredakan mual											
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat											Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat											
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi											DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA												
a. INJEKSI	Parasetamol 10-15 mg/Kg BB/ intravena											Profilaksis
	Ceftriaxone 1 gr											
b. CAIRAN INFUS	RL											Varian
c. OBAT ORAL	Parasetamol 10-15 mg/Kg BB/kali /oral											Varian
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)												
a. TLI MEDIS	Appendectomy (Open)											
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (1400): manajemen Nyeri											Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (6040): Terapi Relaksasi											
	c. Kode NIC (3740) Pengobatan Demam											
	d. Kode NIC (4120): Manajemen Cairan											
	e. Kode NIC (6540): Kontrol Infeksi											
	f. Kode NIC (2380): Manajemen Pengobatan											
	g. Kode NIC (6680): Monitoring tanda-tanda vital											
	h. Kode NIC (1450): Manajemen Mual											
	i. Kode NIC (0180): Manajemen Energi											
	j. Kode NIC (1800): Self Care Assistance											
	k. Kode NIC (4190): Pemasangan Infus											
l. Kode NIC (2314): Medikasi IV												

	m. Kode NIC (309): Persiapan Operasi: edukasi, persiapan fisik : mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.										
	n. Kode NIC (3360): Perawatan luka										
c. TLI GIZI	Diet cair/saring/lunak/biasa secara bertahap. Diet Tinggi Energi dan Tinggi Protein (TETP) selama pemulihan										Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP										Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)											
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan										
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring penurunan skala nyeri pasien										Mengacu pada NOC
	b. Monitoring implementasi mandiri teknik relaksasi untuk menurunkan nyeri										
	c. Monitoring tanda-tanda vital pasien										
	d. Monitoring status hidrasi pasien meliputi <i>balance</i> cairan, terapi intravena dan tanda-tanda dehidrasi										
	e. Monitoring tindakan pencegahan infeksi yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarga selama perawatan										
	f. Monitoring pemberian obat antipiretik										
	g. Monitoring frekuensi mual pasien										
	h. Monitoring implementasi pasien dalam mengurangi mual										
	i. Monitoring kondisi kelemahan, ketidaknyamanan yang dialami oleh pasien										
	j. Membantu pasien dalam melakukan ADL										
	k. Monitoring pelaksanaan ADL yang dilakukan pasien dengan bantuan keluarga atau mandiri										
c. GIZI	Monitoring asupan makan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri										
	Monitoring Biokimia										
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi										

d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi. Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring.
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu sebagian/mandiri									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Demam Hilang									Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
	Nyeri abdomen hilang /berkurang									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (1605): Kontrol Nyeri									
	b. Kode NOC (2101): Effect Distructive Nyeri									
	c. Kode NOC (2102): Level Nyeri									
	d. Kode NOC (0800): Thermoregulation									
	e. Kode NOC (0602): Hydration									
	f. Kode NOC (0703): Saverity Infeksi									
	g. Kode NOC (2301): Respon Pengobatan									
	h. Kode NOC (0802): Tanda-tanda vital									
	i. Kode NOC (1618): Kontrol Mual dan Muntah									
	j. Kode NOC (2106): Effect Distructive Mual dan Muntah									
k. Kode NOC (0002): Konservasi Energi										
l. Kode NOC (0300): ADL										
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	Optimalisasi Status Gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Tanda Vital Normal									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Sesuai NOC									
										Varian
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan /Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									

VARIAN										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>BENIGN PROSTAT HYPERPLASIA (BPH)</b>	
<b>1. Pengertian (Definisi)</b>	Pembesaran kelenjar prostat jinak yang terjadi pada laki-laki usia > 40 tahun
<b>2. Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pancaran urin melemah</li> <li>2. Rasa tidak puas saat miksi</li> <li>3. Kalau mau miksi harus menunggu lama</li> <li>4. Nokturia</li> <li>5. Urgency</li> <li>6. Urin menetes setelah berkemih</li> <li>7. Waktu miksi memanjang</li> <li>8. Retensio urine</li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	R.T : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostat laterolateral &gt; 2,5 cm,</li> <li>2. Sulcus medianus datar/cembung,</li> <li>3. Poleatas tidak teraba</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memenuhi kriteria anamnesis No 1</li> <li>2. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik No 1</li> </ol>
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Benign Prostat Hyperplasia (BPH)
<b>6. Diagnosis Banding</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prostatitis</li> <li>2. Batubuli- buli</li> <li>3. Keganasan prostat</li> <li>4. Infeksi Traktus Urinarius</li> <li>5. Striktur Urethra</li> <li>6. Batu uretra proksimal/prosterior</li> </ol>
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Darah rutin</li> <li>2. Urine rutin</li> <li>3. Kultur Urine</li> <li>4. Ureum kreatinin</li> <li>5. GDS</li> <li>6. PSA (&lt; 5 ng/ml)</li> <li>7. IVP (jika ada curiga obstruksi uropathy)</li> <li>8. USG abdomen</li> </ol>
<b>8. Tata Laksana Tindakan Operatif</b>	Bila ada komplikasi (retensio urine berkurang, ISK, batu sal-kemih, Skor IPSS > 19) <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Open Prostatectomy</li> <li>2. TUR-Prostat</li> </ol> Anti biotic profilaksis 1 jam sebelum operasi atau 24 jam post operasi (Chephalosporin III) Jika Skor IPSS < 8, atau 8-19 belum ada

<b>Terapi Konservatif</b>	komplikasi/kontraindikasi mutlak : pemberian terapi medikamentosa ( $\alpha$ blocker atau 5 $\alpha$ reductase inhibitor selama 6 bulan), selanjutnya diobservasi ulang
<b>Lama perawatan</b>	1. Open 5 hari post op 2. TUR-P 3 hari post op
<b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b>	1. Penjelasan diagnosa, diagnosa banding, pemeriksaan penunjang 2. Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi (Incontinensis urin) 3. Penjelasan alternatif tindakan 4. Penjelasan perkiraan lama rawat
<b>10. Prognosis</b>	Advitam : dubia <b>adbonam</b> Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b> Ad Functionam : dubia <b>adbonam</b>
<b>11. Tingkat Evidens</b>	
<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	B
<b>13. Penelaah Kritis</b>	SMF BedahUmum
<b>14. Indikator (outcome)</b>	1. BAK spontan dan lancar, hematuri < 5 hari 2. Lama hari rawat : 5 hari (open), 3. Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO) 4. Kesesuaian dengan hasil PA
<b>15. Kepustakaan</b>	1. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsuhidayat 2. Principal of Surgery, Schwartz's 3. Konsensus IAU 4. Champbell Urology

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
BENIGNA PROSTAT HYPERPLASIA		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Benigna Prostat Hyperplasia
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Mual</li> <li>3. Luka</li> <li>4. Pola eliminasi/miksi</li> <li>5. Aktivitas</li> <li>6. Pengkajian bio, psiko, sosial, spiritual dan budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan/ketidakmampuan eliminasi urin (00016)</li> <li>2. Nyeri akut (00132)</li> <li>3. Kerusakan integritas kulit (00044)</li> <li>4. Cemas (00146)</li> <li>5. Risiko perlambatan luka operasi (00246)</li> <li>6. Risiko perdarahan (00206)</li> <li>7. Risiko intoleransi aktivitas (00094)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Hemodinamik stabil</li> <li>3. Kebutuhan eliminasi urin terpenuhi</li> <li>4. Tidak terjadi perdarahan</li> <li>5. Tidak ada tanda infeksi</li> <li>6. Mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen nyeri: relaksasi, distraksi (1400)</li> <li>2. Bantu pemenuhan Activity Daily Living(1800)</li> <li>3. Persiapan Operasi : edukasi pra operasi, persiapan fisik : mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian,</li> <li>5. pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.(309)</li> <li>6. Observasi tanda-tanda vital (6680)</li> <li>7. Kolaborasi pemasangan infus (4190)</li> <li>8. Kolaborasi pemberian obat IV (2314)</li> <li>9. Perawatan luka (3360)</li> <li>10. Kolaborasi pemasangan dan perawatan kateter (0850)</li> <li>11. Bladder training (0870)</li> </ol>
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara menurunkan nyeri</li> <li>2. Perawatan luka</li> <li>3. Pengontrolan infeksi</li> <li>4. Mobilisasi bertahap</li> <li>5. Aktifitas seksual</li> </ol>

7	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>3. Lewis, S.L., Dirksen, S.R., Heitkemper, M.M., and Bucher, L.(2014).<i>Medical surgical Nursing</i>. Mosby: Elsevier</li> <li>4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>5. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
BENIGN PROSTAT HYPERPLASIA  
Rumah Sakit Kelas B**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah rutin									
	Urine lengkap									
	PSA (Prostatik Spesific Antigen)									Atas indikasi Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	BNO-IVP : Filling Deffect									Dilakukan di RJ
	USG Transrectal									Dilakukan di RJ
4. KONSULTASI										
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift, 14 kebutuhan dasar tetap dilaksanakan sesuai kondisi pasien

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Benign Prostat Hyperplasia (BPH)										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00016): Ketidakmampuan Eliminasi Urine										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada NANDA 2015 - 2017
	b. Kode (00132): Nyeri Akut										
	c. Kode (00206): Risiko Perdarahan										
	d. Kode (00246): Risiko Perlambatan Penyembuhan Luka Operasi										
	e. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Melaksanakan ADL										
	f. Kode (00173): Risiko Cemas										
	g. Kode (000161): Kesiapan Meningkatkan Pengetahuan										
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi asupan zat gizi sub optimal berkaitan dengan rencana terapi medis (operasi TURP) ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan (NI. 4)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan pasien dirumah										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Kebutuhan perawatan suportif										
	Kebutuhan pasien Post Op										
	Aktivitas setelah pulang dari RS										
	Kebutuhan konseling seksual										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										

b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra dan pasca bedah (jika operasi) Tinggi Energi Tinggi Protein selama pemulihan										Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
	Gizi seimbang jika tidak ada tindakan operasi										
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Persiapan operasi, cara menurunkan nyeri, menurunkan kecemasan, latihan mobilisasi pasca operasi, perawatan luka, blader training										Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat										Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat										
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi										DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA											
a. INJEKSI	Ceftriaxone 1 x 2 gr/iv										
	Ketorolac 3 x 30 mg/iv										
b. CAIRAN INFUS	RL										Varian
c. OBAT ORAL	Asam Mafenamat 500 mg 3 x 1										
	Cefixime 2 x 200 mg										Dilanjutkan sebagai Obat pulang
											Varian
10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)											
a. TLI MEDIS	Prostatectomy, TUR - P										
	Lepas drain										Jika produksi < 20 cc / hari
	Lepas kateter uretra										
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC: TTV (baseline)/4 jam										Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (4190): pasang IV line dengan cairan RL										
	c. Kode NIC (309): Persiapan operasi; edukasi, persiapan fisik: mandi, penyiapan organ enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan										
	d. Kode NIC (379): Edukasi persiapan operasi										
	e. Kode NIC (431): terapi relaksasi										

	f. Kode NIC (309): Check list pra bedah										
	g. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri										
	h. Kode NIC (3360): Perawatan Luka										
	i. Kode NIC (0590): Manajemen Eliminasi Urine										
	j. Kode NIC (0580): Katerisasi										
	k. Kode NIC (0570): Bladder Training										
	l. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi										
	m. Kode NIC (2314): Medikasi IV										
	n. Kode NIC (2304): Medication : Oral										
c. TLI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi Diet Makan cair/saring/lunak atau biasa. Bertahap pasca bedah, diet Tinggi Energi Tinggi Protein selama pemulihan										Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis pasien secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP										Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)											
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan										Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Monitoring TTV										Mengacu pada NOC
	Monitoring Eliminasi Urin										
	Monitoring Perdarahan										
	Monitoring Nyeri										
	Monitoring Luka										
	Monitoring ADL										
c. GIZI	Monitoring asupan makan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan.  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri										
	Monitoring Biokimia										
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi										
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat										Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
	Pemantauan Terapi Obat										
12. MOBILISASI/ REHABILITASI											
a. MEDIS	Konseling pasien pulang										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu sebagian										
c. FISIOTERAPI											

13. OUTCOME/HASIL									
a. MEDIS	Urine jernih, miksi spontan								
	Klinis batas normal								
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (1605): Nyeri Terkontrol								
	b. Kode NOC (2101): Efek Pembedahan Tidak Memburuk								
	c. Kode NOC (2102): Level Nyeri Berkurang								
	d. Kode NOC : Level Cemas Berkurang								
	e. Kode NOC: Dapat Mengontrol Kecemasan								
	f. Kode NOC (1102): Penyembuhan Luka								
	g. Kode NOC (0703): Tidak Terjadi Nyeri								
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80 %								
	Optimalisasi Status Gizi								
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi								
	Obat rasional								
14. KRITERIA PULANG	Umum								
	Spesifik (miksi tanpa kateter)								
	Khusus : sesuai NOC								
15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan								
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien								
	Surat pengantar control								
VARIAN									

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY  
BENIGN PROSTAT HYPERPLASIA  
Rumah Sakit Kelas C**

		<b>No. RM:</b>	
Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
<b>1. ASESMEN AWAL</b>										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah rutin									Atas indikasi
	Urine lengkap									
	PSA (Prostatik Spesific Antigen)									Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	BNO-IVP :									Dilakukan di RJ
	USG Transrectal									Dilakukan di RJ
4. KONSULTASI										
<b>5. ASESMEN LANJUTAN</b>										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/ dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift, 14 kebutuhan dasar tetap dilaksanakan sesuai kondisi pasien

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Benign Prostat Hyperplasia ( BPH)										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00016): Ketidakmampuan Eliminasi Urine										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada NANDA 2015 - 2017
	b. Kode (00132): Nyeri Akut										
	c. Kode (00206): Risiko Perdarahan										
	d. Kode (00246): Risiko Perlambatan Penyembuhan Luka Operasi										
	e. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Melaksanakan ADL										
	f. Kode (00173): Risiko Cemas										
	g. Kode (000161): Kesiapan Meningkatkan Pengetahuan										
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi asupan zat gizi sub optimal berkaitan dengan rencana terapi medis (operasi TURP) ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan (NI. 4)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan pasien dirumah										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Kebutuhan perawatan suportif										
	Kebutuhan pasien Post Op										
	Aktivitas setelah pulang dari RS										
	Kebutuhan konseling seksual										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										

b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra dan pasca bedah (jika operasi)										Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
	Gizi seimbang jika tidak ada tindakan operasi										
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Persiapan operasi, cara menurunkan nyeri, menurunkan kecemasan, latihan mobilisasi pasca operasi, perawatan luka, blader training										Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat										Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat										
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi										DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA											
a. INJEKSI	Ceftriaxone 1 x 2 gr/iv										Varian
	Ketorolac 3 x 30 mg/iv										
b. CAIRAN INFUS	RL										Varian
c. OBAT ORAL	Asam Mafenamat 500 mg 3 x 1										Dilanjutkan sebagai Obat pulang
	Cefixime 2 x 200 mg										
10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)											
a. TLI MEDIS	Open Prostatectomy										Jika produksi < 20 cc / hari
	Lepas Cystostomy drain										
	Lepas kateter uretra										
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC: TTV (baseline)/ 4 jam										Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (4190): Pasang IV Line Dengan Cairan RL										
	c. Kode NIC (309): Persiapan operasi; edukasi, persiapan fisik: mandi, penyiapan organ enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan										
	d. Kode NIC (379): Edukasi Persiapan Operasi										
	e. Kode NIC (431): Terapi Relaksasi										
	f. Kode NIC (309): Check List Pra Bedah										
	g. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri										
	h. Kode NIC (3360): Perawatan Luka										

	i. Kode NIC (0590): Manajemen Eliminasi Urin									
	j. Kode NIC (0580): Katerisasi									
	k. Kode NIC (0570): Bladder Training									
	l. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi									
	m. Kode NIC (2314): Medikasi IV									
	n. Kode NIC (2304): Medication : Oral									
c. TLI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis pasien secara bertahap
	Diet Makan cair/saring/lunak atau biasa bertahap pasca bedah. Diet Tinggi Energi Tinggi Protein selama pemulihan									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Monitoring TTV									Mengacu pada NOC
	Monitoring Eliminasi urin									
	Monitoring Perdarahan									
	Monitoring Nyeri									
	Monitoring Luka									
	Monitoring ADL									
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan.
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat									
		Pemantauan Terapi Obat								
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS	Konseling pasien pulang									Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN										
c. FISIOTERAPI										

13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Urine jernih, miksi spontan									
	Klinis batas normal									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (1605): Nyeri terkontrol									Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
	b. Kode NOC (2101): Efek Pembedahan Tidak Memburuk									
	c. Kode NOC (2102): Level Nyeri Berkurang									
	d. Kode NOC: Level Cemas Berkurang									
	e. Kode NOC: Dapat Mengontrol Kecemasan									
	f. Kode NOC (1102): Penyembuhan Luka									
	g. Kode NOC (0703): Tidak Terjadi Nyeri									
c. GIZI	Asupan makan $\geq 80\%$									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Optimalisasi Status Gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Umum									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Spesifik (miksi tanpa kateter)									
	Khusus : sesuai NOC									
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan / Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									
VARIAN										

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verivikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>FRAKTUR TERBUKA</b>	
<b>1. Pengertian (Definisi)</b>	Terjadinya fraktur yang disertai dengan terdapatnya luka sehingga terjadi hubungan antara daerah fraktur dengan udara luar. Luka dapat terjadi akibat trauma dari luar atau dari dalam.
<b>2. Anamnesis</b>	Riwayat terjadinya fraktur
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya deformitas</li> <li>2. Hilangnya fungsi (fungsiolaesa)</li> <li>3. Lihat ukuran tulang dan bandingkan kedua sisi</li> <li>4. Apakah terdapat nyeri tekan, nyeri bila digerakan</li> <li>5. Adanya krepitasi</li> <li>6. Seberapa jauh gangguan fungsi yang terjadi</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnesa sesuai dengan kriteria penyakit</li> <li>2. Pemeriksaan fisik sesuai dengan kriteria penyakit</li> <li>3. Pemeriksaan penunjang yang mendukung</li> </ol>
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Fraktur terbuka
<b>6. Diagnosis Banding</b>	Dislokasi + luka
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Foto rontgen minimal 2 proyeksi ( AP dan Lateral, Aksial, Tangensial )</li> <li>2. Darah rutin, masa perdarahan, masa pembekuan</li> <li>3. Ureum kreatinin</li> <li>4. GDS</li> <li>5. HbsAg</li> <li>6. EKG ( Kalau perlu )</li> </ol>
<b>8. Tatalaksana</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antibiotika profilaksis sefalosporin generasi 1 untuk fraktur terbuka tipe 1 dan 2, + aminoglikosida untuk fraktur tipe 3A,+ aminoglikosida + penisilin untuk fraktur tipe 3B dan 3C</li> <li>2. Tetanus profilaksis</li> <li>3. Debridemen dan dilanjutkan dengan pemasangan fiksasi interna atau eksterna</li> <li>4. Fiksasi interna untuk kasus fraktur terbuka tipe 1 dan 2</li> <li>5. Fiksasi eksterna untuk kasus fraktur terbuka tipe 3</li> </ol>
<b>9. Penyulit</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dini : perdarahan, cedera saraf atau organ lain</li> <li>2. Lanjut : infeksi, kaku sendi, atrofi otot</li> </ol>

<b>10. Edukasi</b> <i>(Hospital Health Promotion)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan diagnosa, diagnosa banding, pemeriksaan penunjang</li> <li>2. Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi</li> <li>3. Penjelasan alternative tindakan</li> <li>4. Penjelasan perkiraan lama rawat</li> <li>5. Informed consent</li> </ol>
<b>11. Indikator Medis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan berkurang</li> <li>2. Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO)</li> </ol>
<b>12. Lama Perawatan</b>	3 hari apabila tidak ada komplikasi
<b>13. Prognosis</b>	Ad vitam : dubia (sesuai tipe fraktur terbuka) Ad sanationam : dubia (sesuai tipe fraktur terbuka) Ad fungsionam : dubia (sesuai tipe fraktur terbuka)
<b>14. Penelaah Kritis</b>	SMF Bedah Orthopaedi
<b>15. Konsultasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bila ada cedera lain yang menyertai, bedah vaskuler, bedah digestif dan lain-lain</li> <li>2. bila diperlukan untuk toleransi operasi seperti penyakit dalam, neurologi dan lain-lain</li> </ol>
<b>16. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standar Pelayanan Medis Perhimpunan Dokter Orthopaedi dan Traumatologi Indonesia, Edisi II, Jakarta 2008</li> <li>2. Sjamsuhidajat R. Dan De Jong W., Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi Revisi, EGC, Jakarta 1997</li> <li>3. Mansjoer A. dkk, Kapita Selekta Kedokteran, Edisi III, Media Aesculapius, Jakarta 2000</li> </ol>

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
FRAKTUR LONG BONE		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Fraktur Long Bone
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Luka</li> <li>3. Fraktur</li> <li>4. Perdarahan</li> <li>5. Aktivitas dan mobilitas</li> <li>6. Pengkajian bio, psiko, sosial, spiritual, budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mobilisasi fisik (00085)</li> <li>2. Nyeri akut (00132)</li> <li>3. Kerusakan integritas kulit (00044)</li> <li>4. Cemas (00146)</li> <li>5. Risiko perlambatan luka operasi (00246)</li> <li>6. Risiko perdarahan (00206)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Hemodinamik stabil</li> <li>3. Tidak terjadi perdarahan</li> <li>4. Tidak ada tanda infeksi</li> <li>5. Nyeri terkontrol</li> <li>6. Mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari</li> <li>7. Kemampuan mobilisasi dengan alat bantu</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen nyeri: relaksasi, distraksi (1400)</li> <li>2. Bantu pemenuhan Activity Daily Living (1800)</li> <li>3. Persiapan Operasi: edukasi pra operasi, persiapan fisik : mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan. (309)</li> <li>4. Observasi tanda-tanda vital (6680)</li> <li>5. Kolaborasi pemasangan infus (4190)</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat IV (2314)</li> <li>7. Perawatan luka (3360)</li> <li>8. Kolaborasi pemasangan dan perawatan kateter (0850)</li> <li>9. Bladder training (0870)</li> <li>10. Latihan ROM dan mobilisasi (0221)</li> </ol>
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara menurunkan nyeri</li> <li>2. Perawatan luka</li> <li>3. Pengontrolan infeksi</li> <li>Latihan mobilisasi</li> </ol>

7	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>3. Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM, and Bucher, L.(2014).<i>Medical surgical Nursing</i>. Mosby: Elsvier</li> <li>4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>5. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
OPEN FRAKTUR LONG BONE  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis								Pasien masuk via RJ
	Tim IPD								
	Tim Anestesi								
	Tim Rehabilitasi Medik								
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.								Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah rutin, BT/CT, LFT, RFT, GDP - 2PP								Dilakukan dihari ke 2 Post OP yaitu HB, SE dan albumin
	HbsAg, anti HIV								
									Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	THORAX AP								
	Xray Sketal								
	EKG								Usia > 40 tahun
4. KONSULTASI	Program Rehab Medik								Untuk exercise pasca op ks dengan fisioterapi

5. ASESMEN LANJUTAN						
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP					Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan					Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab					Dilakukan dalam 3 Shift, 14 kebutuhan dasar tetap dilaksanakan sesuai kondisi pasien
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)					Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep					Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil telaah dan rekonsiliasi Obat
	Rekonsiliasi Obat					
6. DIAGNOSIS						
a. DIAGNOSIS MEDIS	Open Fraktur Long Bone					
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00132): Nyeri Akut					Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada NANDA 2015 - 2017
	b. Kode (00046): Kerusakan Integritas Kulit					
	c. Kode (00085): Ketidakmampuan Mobilisasi Fisik					
	d. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Aktivitas Sehari-Hari					
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah /operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)					Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Kebutuhan zat gizikalsium yang meningkat berkaitan dengan fraktur/patah tulang ditandai dengan dibutuhkan kalsium tinggi untuk metabolisme/ pengobatan (NI-5.1)					
7. DISCHARGE PLANNING	Jadwal kontrol Post Op					Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi Kebutuhan di rumah					
	Identifikasi Alat pendukung Mobilisasi					

	Program rehab medik (Exercise)										
	Informasi pemberian obat dirumah										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet gizi seimbang, tinggi kalsium dan vitamin D										Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5.
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Persiapan Operasi										Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	Cara menurunkan nyeri										
	Menurunkan kecemasan										
	Latihan mobilisasi pasca operasi										
	Perawatan luka										
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat										Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat										
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi										DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA											
a. INJEKSI	Grade 1: antibiotik cefriaxone 1 x 2 gr										
	Grade 2 & 3 : antibiotik cefazolin 3 x 2 gr + gentamicine 2 x 80 mg										
	Ranitidine 2 x 50 mg/iv										
	Analgesik : ketorolac 3 x 30 mg/iv per 8 jam										
b. CAIRAN INFUS	RL 1000 cc - 1500 cc/ 24 jam										
											Varian
c. OBAT ORAL	Analgesik oral : meloxicam 2 x 15 mg. PO/PC/pagi & malam										
											Varian
d. OBAT PULANG	Ranitidine 2 x 150 mg. Ac (pagi & malam)										
	Cefixime 2 x 200 mg										
	NSAID meloxicam 2 x 15 mg										
	Roborantia : Calcium & vit D 2 x 1										

10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS	Grade 1 & 2 : Debridement + ORIF									Ditetapkan pre op
	Grade 3 : Debridement + ORIF									
	Pemasangan kateter urine									
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (413): TTV (Baseline)/4 jam									Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairan RL									
	c. Kode NIC: persiapan Operasi/ debridement + ORIF/OREF: edukasi, persiapan fisik: mandi, penyipan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan									
	d. Kode NIC (379): Edukasi Persiapan Operasi									
	e. Kode NIC (309): Check List Pra Bedah									
	f. Kode NIC (431): Terapi Relaksasi									
	g. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri									
	h. Kode NIC (3360): Perawatan Luka									
	i. Kode NIC (0580): Katerisasi dan Perawatan									
	j. Kode NIC (0570): Bladdertraining									
	k. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi ROM									
	l. Kode NIC (1805): Pemenuhan ADL									
	m. Kode NIC (2314): Medikasi IV									
	n. Kode NIC (2304): Medication : Oral									
c. TLI GIZI	Diet cair/saring/lunak/biasa bertahap sesuai kondisi pasien, gizi seimbang tinggi kalsium dan vitamin D									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									
b. KEPERAWATAN	Monitoring TTV									Mengacu pada NOC
	Monitoring Perdarahan									
	Monitoring Nyeri									
	Monitoring Luka									
	Monitoring kemampuan Mobilisasi									
	Monitoring ADL									

c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan.  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS	Program post op hari 2 sampai hari pulang									Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu sebagian/mandiri									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Nyeri luka operasi terkontrol dalam 3 hari									
	Mobilisasi bertahap dengan pendamping									
	Xray acceptable									
	Luka operasi baik									
	Tidak ada nyeri									
	Stabil									
	Mobilisasi mandiri dengan support									
ROM dalam batas normal										
b. KEPERAWATAN	TTV stabil									Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	Luka tidak ada tanda infeksi									
	Luka menuju proses perbaikan									
	Nyeri tidak terjadi									
	Kemampuan mobilisasi									
	Terpenuhinya ADL									
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Status Gizi Optimal									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Kualitas hidup pasien meningkat
	Obat rasional									

14. KRITERIA PULANG										Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujuka/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>HERNIA INGUINALIS</b>	
<b>1. Pengertian (Definisi)</b>	Penonjolan isi perut dari rongga yang normal melalui anulus inguinalis internus yang terletak disebelah lateral vasa epigastrika inferior, menyusuri kanalis inguinalis dan keluar ke rongga perut melalui anulus inguinalis eksternus.
<b>2. Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adanya penonjolan diselangkangan atau kemaluan sering dikatakan turun bero/burut/kelingsir</li> <li>b. Benjolan bisa mengecil atau menghilang pada waktu tidur dan dapat timbul kembali jika menangis, mengejan, mengangkat beban berat atau bila posisi berdiri</li> <li>c. Bila terjadi komplikasi tidak ditemukan nyeri.</li> </ul>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan fisik abdomen dan inguinalis, terlihat adanya benjolan di area inguinalis/kemaluan/skrotum.</li> <li>b. Jika tidak ditemukan pada keadaan berdiri pasien diminta mengejan maka akan tampak benjolan dan bila sudah tampak diperiksa apakah benjolan dapat dimasukkan kembali</li> <li>c. Pada auskultasi benjolan dapat didengarkan bunyi usus</li> <li>d. Pada palpasi kadang muncul nyeri tekan</li> </ul>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	Adanya benjolan di area inguinal atau kemaluan
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Hernia Inguinalis
<b>6. Diagnosis Banding</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hidrokel</li> <li>b. Limfadenopati Inguinal</li> <li>c. Testis Ektopik</li> <li>d. Lipoma</li> <li>e. Orkitis</li> </ul>
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	USG Skrotal dan Inguinal
<b>8. Tatalaksana</b>	Pembedahan Herniotomi dan Herniorafi Pembiusan dengan Regional anastesi Lama perawatan 2 hari Antibiotik Profilaksis, Analgetik
<b>9. Edukasi (<i>Hospital Health Promotion</i>)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Edukasi Komplikasi Hernia Inguinalis</li> <li>b. Edukasi Tindakan Herniotomi dan Herniorafi</li> <li>c. Edukasi Perawatan Luka pasca tindakan</li> </ul>
<b>10. Prognosis</b>	Ad vitam : Bonam Ad sanationam : Bonam Ad fungsionam : Bonam
<b>11. Tingkat Evidens</b>	II

<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	B
<b>13. Penelaah Kritis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SMF Bedah Umum</li> <li>2. SMF Bedah Digestif</li> </ol>
<b>14. Indikator Medis</b>	80% pasien yang dirawat dengan Hernia inguinalis pulang sembuh
<b>15. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapita selekta kedokteran jilid 2 edisi 3 Editor : Arif M, Suporaita, Wahyu IW, Wiwiek S . 2000; 313-7</li> <li>2. Nyhus LM, Bombeck CT, Klein MS. Hernia IN: Sabiston DC. Texbook Of Surgery 14th ed. Philadelphia: WB Sauders Company; 1991:958-65</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>) HERNIA INGUINALIS</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>3. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat-obat yang harus dihentikan sebelum operasi (Aspirin, anti platelet, antikoagulan, NSAID, ACEI, ARB)</li> <li>2. Pemilihan antibiotik profilaksis yang kurang tepat</li> <li>3. Kegagalan terapi infeksi luka operasi (ILO)</li> <li>4. Pemilihan anti emetic, analgesik</li> <li>5. Potensi interaksi obat</li> <li>6. Dosis obat</li> <li>7. Potensi Efek samping obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi obat-obat yang dihentikan sebelum operasi</li> <li>2. Rekomendasi pemilihan antibiotik profilaksis</li> <li>3. Pemantauan terapi obat</li> <li>4. Monitoring efek samping obat</li> <li>5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring &amp; Evaluasi</b>	<p>Monitoring Post Operasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV : Temperatur, nadi, BP untuk menilai efektif ILO</li> <li>2. KK : inflamasi pada daerah insisi, nyeri, mual</li> <li>3. Lab : leukosit</li> </ol>
<b>6. Edukasi &amp; Informasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan pemakaian obat anti koagulan, anti platelet, aspirin, minimal 7 hari sebelum operasi</li> <li>2. Hentikan pemakaian obat ACE inhibitor dan ARB 24 jam sebelum operasi</li> </ol>
<b>7. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik
<b>8. Indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efektifitas terapi ILO</li> <li>2. Nyeri teratasi</li> <li>3. Mual muntah teratasi</li> </ol>

**9. Kepustakaan**

1. Widyati, Dr. M. Clin. Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada *Pharmaceutical Care*, Brilian Internasional. 2014
2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No.58. Kemenkes RI.2015
3. Dipiro, Pharmacotherapy Handbook 9<sup>th</sup>, 2015

**CLINICAL PATHWAY  
HERNIA INGUINALIS  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah lengkap									
	Masa perdarahan									
	Masa pembekuan									
	Gula darah sewaktu									
	Elektrolit									
	fungsi ginjal (ureum/creatinin)									
3. RADIOLOGI/ IMAGING	THORAX AP									Usia > 40 tahun
	EKG									
4. KONSULTASI	Dokter Anestesi									
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)											Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep											Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi
	Rekonsiliasi Obat											
6. DIAGNOSIS												
a. DIAGNOSIS MEDIS	Hernia Inguinalis											
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00132): Nyeri Akut											Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
	b. Kode (00133): Nyeri Kronis											
	c. Kode (00146): Ansietas											
	d. Kode (00044): Kerusakan Integritas Jaringan											
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/ operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)											Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Informasi tentang aktivitas yang dapat dilakukan sesuai dengan tingkat kondisi pasien											Program pendidikan pasien dan keluarga
	Terapi yang diberikan meliputi kegunaan obat, dosis dan efek samping											
	Menjelaskan gejala kekambuhan penyakit dan hal yang dilakukan untuk mengatasi gejala yang muncul											
	Diet yang dapat dikonsumsi selama pemulihan kondisi yaitu diet lunak yang tidak merangsang dan tinggi energi serta protein											
8. EDUKASI TERINTEGRASI												
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis											Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi											
	Informed Consent											
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra dan pasca bedah. Diet cair, saring, lunak, biasa bertahap. Tinggi Energi dan Tinggi Protein selama pemulihan											Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau ke 2

c. EDUKASI KEPERAWATAN	Tanda-tanda infeksi										Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	Diet selama perawatan										
	379 Edukasi persiapan operasi										
d.EDUKASI FARMASI	Informasi Obat										Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat										
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi										DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA											
a. INJEKSI	Cefriaxone 1 gr IV/24 jam										
	Ketorolak tid										
	Ondancetron bid										
b. CAIRAN INFUS	RL, Nacl, Dextrose 5 %										Varian
c. OBAT ORAL	Cefadroksil 500 mg 3 x 1 tab = 12										Obat Pulang
	Roboransia 1 x 1 tab = 6										Obat Pulang
	Ranitidine 2 x 1 tab = 6										Obat Pulang
	Paracetamol 500 mg 3 x 1 tab = 10										Obat pulang
d. OBAT ANESTESI	Midazolam, IV : 0,1 - 0,4 mg/kg										Tergantung pilihan GA/ RA
	Gas Anestesi (N <sub>2</sub> O, Sevo, Iso Flu)										
	Bupivacain 0,5 % hiperbarik 12,5 mg										
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)											
a. TLI MEDIS	Herniotomi										
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri										Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (6040): Terapi Relaksasi										
	c. Kode NIC (5820): Reduksi Ansity										
	d. Kode NIC (3660): Perawatan Luka										
	e. Kode NIC (6540): Control Infeksi										
	f. Kode NIC (4190): Pemasangan Infus										
	g. Kode NIC (2314): Kolaborasi Obat IV										
	h. Kode NIC (309): Persiapan Operasi: edukasi, persiapan fisik: mandi, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.										
	i. Kode NIC (2304): Kolaborasi obat oral										

c. TLI GIZI	Diet cair/saring/lunak/biasa secara bertahap pasca bedah. Diet TETP (Tinggi Energi Tinggi Protein) selama pemulihan											Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP											Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)												
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan											
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring penurunan skala nyeri pasien											Mengacu pada NOC
	b. Monitoring implementasi mandiri teknik relaksasi untuk menurunkan nyeri											
	c. Monitoring tanda-tanda kecemasan yang dialami oleh pasien											
	d. Evaluasi pemahaman pasien tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan											
	e. Monitoring ekspresi <i>non verbal</i> pasien (pasien menunjukkan ekspresi lebih tenang dan pasien mengungkapkan lebih aman/nyaman)											
	f. Monitoring implementasi mandiri terapi relaksasi untuk menurunkan kecemasan											
	g. Monitoring luka											
	h. Monitoring tanda tanda infeksi											
c. GIZI	Monitoring asupan makan											Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri											
	Monitoring Biokimia											
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi											
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat											Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat											
	Pemantauan Terapi Obat											
12. MOBILISASI/ REHABILITASI												
a. MEDIS												Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu sebagian/mandiri											
c. FISIOTERAPI												

13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Nyeri daerah operasi (-)									
	Luka operasi kering dan bersih									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (1605): Control Nyeri									Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
	b. Kode NOC (2101): Effect Destructive									
	c. Kode NOC (2102): Level Nyeri									
	d. Kode NOC (1211): level ansietas									
	e. Kode NOC (1402): Ansity Self Control									
	f. Kode NOC (1102): penyembuhan Luka									
	g. Kode NOC (0703): Severity Infeksi									
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Optimalisasi Status Gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG										Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/Surat Rujukan/Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verivikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

<b>LOGO RS</b>	<b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</b>
<b>TOTAL KNEE ARTHROPLASTY/REPLACEMENT</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Suatu prosedur Operasi Rekonstruksi yang dibuat untuk mengembalikan atau mempertahankan gerakan sendi yang mengalami sakit dan kerusakan kronik (Degenerative Joint Disease) dengan melakukan perbaikan/penggantian pada satu atau kedua permukaan sendinya.
<b>2. Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri dan kekakuan sendi lutut yang hebat yang mengganggu aktivitas sehari-hari</li> <li>2. Nyeri hebat pada waktu berjalan</li> <li>3. Deformitas pada valgus/varus pada lutut</li> <li>4. Kontraktur sendi lutut</li> <li>5. ROM (Ruang Gerak) sendi berkurang</li> <li>6. Kelemahan dan nyeri otot paha</li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deformitas pada varus/vagus pada lutut</li> <li>2. Kelemahan Otot</li> <li>3. ROM sendi berkurang</li> <li>4. Valgus/Varus instability</li> <li>5. Nyeri gerak sendi hebat</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri hebat dan Kekakuan pada sendi lutut yang menganggu aktivitas berjalan sehari-hari.</li> <li>2. Memenuhi kriteria radiologi : Modified Alback's Classification : Standing Xray Grade 3-5</li> </ol>
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Severe Osteoarthritis</li> <li>2. Severe Rheumatoid Arthritis</li> <li>3. Severe Post Traumatic Athritis</li> </ol>
<b>6. Diagnosis Banding</b>	-tidak ada-
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standing Xray AP/Lat dan Skyline view 30 derajat (true size) , Thorax AP</li> <li>2. Darah rutin,</li> <li>3. Masa perdarahan, masa pembekuan</li> <li>4. Liver function test</li> <li>5. Renal Fuction test</li> <li>6. GDS</li> <li>7. Urinalisa</li> <li>8. Echocardiografi dan EKG</li> <li>9. CT Scan/MRI (untuk metode Patient Spesific Instrument/PSI)</li> </ol>

<p><b>8. Tata Laksana</b></p> <p><b>Tindakan Operatif</b></p> <p><b>Lama perawatan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antibiotik profilaksis pre-Op dilanjutkan hingga 24 jam post Op (rekomendasi : Cefazolin/Cefuroxime/Vancomycin)</li> <li>2. Analgetik dan NSAID pre-post op (rekomendasi : Paracetamol infusion, Cox-2 inhibitor)</li> <li>3. PPI atau H2 Receptor (rekomendasi : Omeprazole/Pantoprazole/Ranitidine)</li> <li>4. Anti Deep Vein Trombosis (DVT) oral (rekomendasi : Rivaroxaban -Xarelto®) 1x1tab selama 12 hari.</li> <li>5. Rehabilitasi medic paska operasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Operasi dengan bius regional atau general</li> <li>2. Total Knee Arthroplasty dengan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Manual TKR atau</li> <li>b. Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS) atau</li> <li>c. Patient Spesific Instrument (PSI)</li> </ol> </li> </ol> <p>4-7 hari</p>
<p><b>9. Edukasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan Sebelum MRS (rencana rawat, biaya, prosedur, masa dan tindakan pemulihan dan latihan, manajemen nyeri, risiko dan komplikasi)</li> <li>2. Penjelasan program rehabilitasi medic Pre-Post Op</li> <li>3. Penjelasan program pemulangan pasien (Discharge Planning)</li> </ol>
<p><b>10. Prognosis</b></p>	<p>Ad vitam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Fungsionam : dubia <b>adbonam</b></p>
<p><b>11. Tingkat Evidens</b></p>	<p>I</p>
<p><b>12. Tingkat Rekomendasi</b></p>	<p>A</p>
<p><b>13. Penelaah Kritis</b></p>	<p>SMF Bedah Ortopedi</p>
<p><b>14. Indikator (outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator jangka pendek : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Keluhan nyeri luka operasi terkontrol selama 1 minggu</li> <li>✓ Mobilisasi dengan support bertahap, dengan pendampingan dan mandiri.</li> <li>✓ Xray paska operasi baik (acceptable)</li> <li>✓ Luka Paska operasi baik (Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi/ILO)</li> </ul> </li> <li>2. Indikator Jangka Panjang : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tidak ada keluhan nyeri</li> <li>✓ Stabil saat berjalan</li> </ul> </li> </ol>

	✓ ROM baik
<b>15. Kepustakaan</b>	National Institute of Health (NIH) Consensus 2003 on Total knee Arthroplasty

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
TOTAL KNEE REPLACEMENT		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan Total Knee Replacement
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Luka</li> <li>3. Fraktur</li> <li>4. Perdarahan</li> <li>5. Aktivitas dan mobilitas</li> <li>6. Pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dan budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketidakmampuan mobilisasi fisik (00085)</li> <li>2. Nyeri akut (00132)</li> <li>3. Kerusakan integritas kulit (00044)</li> <li>4. Cemas (00146)</li> <li>5. Risiko perlambatan luka operasi (00246)</li> <li>6. Risiko perdarahan (00206)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Hemodinamik stabil</li> <li>3. Nyeri terkontrol</li> <li>4. Tidak terjadi perdarahan</li> <li>5. Tidak ada tanda infeksi</li> <li>6. Mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari</li> <li>7. Kemampuan mobilisasi dengan alat bantu</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen nyeri: relaksasi, distraksi (1400)</li> <li>2. Bantu pemenuhan Activity Daily Living(1800)</li> <li>3. Persiapan Operasi: edukasi pra operasi, persiapan fisik: mandi, persiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.(309)</li> <li>4. Observasi tanda-tanda vital (6680)</li> <li>5. Kolaborasi pemasangan infus (4190)</li> <li>6. Kolaborasi pemberian obat IV (2314)</li> <li>7. Perawatan luka (3360)</li> <li>8. Kolaborasi pemasangan dan perawatan kateter (0850)</li> <li>9. Bladder training (0870)</li> <li>10. Latihan ROM dan mobilisasi (0221)</li> </ol>
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara menurunkan nyeri</li> <li>2. Perawatan luka</li> <li>3. Pengontrolan infeksi</li> <li>4. Latihan mobilisasi</li> </ol>
7.	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan

8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>3. Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM, and Bucher, L.(2014).<i>Medical surgical Nursing</i>. Mosby: Elsevier</li> <li>4. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>5. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY**  
**TOTAL KNEE REPLACEMENT/ATRHROPLASTY**  
**Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir	Tgl.Masuk		jam
Diagnosa Masuk RS	Tgl.Keluar		jam
Penyakit Utama	Kode ICD: Lama rawat		hari
Penyakit Penyerta	Kode ICD: Rencana Rawat		
Komplikasi	Kode ICD: R.Rawat/Klas		/
Tindakan	Kode ICD: Rujukan		Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance	Kode ICD: Z71.3		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Tim Ortopedi								Pasien masuk via RJ
	Tim Anestesi								
	Tim IPD/Hemato/Nephro/Hepato/Endokrin								
	Tim Kardiologi								
	Tim Rehabilitasi Medik								
	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.								Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah rutin, BT/CT, LFT, RFT, GDP-2PP								
	Urinalisa								
	SE dan Albumin								Varian
3. RADIOLOGI/IMAGING	Thoraks foto AP								
	CT Scan/MRI								
	Standing Xray AP/ Lat - skyline view								

	EKG											
	Echocardiografi											
4. KONSULTASI	Program Rehabilitasi Medik											
	Konsultan Kardiologi											
5. ASESMEN LANJUTAN												
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP Utama											Visite harian/ Follow up
	Dokter DPJP Pendamping											Visite harian/ Follow up
	Konsultasi dengan dokter spesialis lain											Atas Indikasi
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab											Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)											Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep											Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi Obat
	Rekonsiliasi Obat											
6. DIAGNOSIS												
a. DIAGNOSIS MEDIS	Total Knee Replacement											
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00132): Nyeri Akut											Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada NANDA 2015 - 2017
	b. Kode (00046): Kerusakan Integritas Kulit											
	c. Kode (00085): Ketidakmampuan Mobilisasi Fisik											
	d. Kode (00094) Risiko Ketidakmampuan Aktivitas Sehari-Hari											
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/operasi ditandai dengan asupan energi lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)											Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidakcukup asupan makanan per oral berkaitan dengan tidak naafsu makan ditandai dengan asupan energi dan protein kurang dari kebutuhan (NI - 2.1)											
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan											Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan di rumah											
	Hand Hygiene											

8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet pra bedah dan post bedah									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau hari ke 4 atau 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Persiapan Operasi									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Cara Menurunkan nyeri									
	c. Menurunkan Kecemasan									
	d. Latihan mobilisasi pasca operasi									
	e. Perawatan Luka									
d.EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Cefazolin 2gr/iv profilaksis 30 menit sebelum incisi 1gr/8 jam (total 3x pemberian)									
	PPI/H2R : Omeprazole 2 x 1 gr/iv atau Pantoprazole 2 x 4gr /iv atau Ranitidine 2 x 5 mg/iv									
	Analgesik : Paracetamol 3 x 1gr/iv per 8 jam									
b. CAIRAN INFUS	RL 500 cc- 1000 cc/24 jam									Varian
c. OBAT ORAL	PPI/H2R Oral : Omeprazol 2 x 40mg/ Pantoprazole 2 x 20mg/ Ranitidine 2 x 150mg. Ac (pagi dan malam)									Obat pulang
	Analgesik Oral : zaldiar/Ultrazet 2 x 1 tablet. po/pc atau pagi dan malam									
	NSAID COX - 2 inhibitor: Celebrex 1 x 200 mg. po/pc atau Arcoxia 1 x 120 po/pc (siang)									
	Anti DVT : Xarelto 1 x 10mg dimulai 12 jam post OP selama 12 hari									

10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)									
a. TLI MEDIS	TKR dengan Manual/CAOS/PSI								
	Pemasangan Drain								
	Pemasangan Kateter								
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (413): TTV (Baseline)/4jam								
	b. Kode NIC (4190): Pasang IV Line Dengan Cairan RL								
	c. Kode NIC (309): Persiapan : edukasi, persiapan fisik : mandiri, penyiapan organ, enema, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.								
	d. Kode NIC (379): Edukasi Persiapan Operasi								
	e. Kode NIC (309): Check List Pra Bedah								
	f. Kode NIC (431): Terapi Relaksasi								
	g. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri								
	h. Kode NIC (3360): Perawatan Luka								
	i. Kode NIC (0580): Katerisasi dan Perawatan								
	j. Kode NIC (0570): Bladder Training								
	k. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi : ROM								
	l. Kode NIC (1805): Pemenuhan ADL								
	m. Kode NIC (2314): Medikasi IV								
	n. Kode NIC (2304): Administering Oral								
c. TLI GIZI	Diet cair, saring, makan lunak/biasa								Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)									
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan								Monitor Perkembangan Pasien
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring TTV								Mengacu pada NOC
	b. Monitoring Hemodinamik								
	c. Monitoring Nyeri								
	d. Monitoring Luka								
	e. Monitoring Perdarahan								
	f. Monitoring Kemampuan Mobilisasi								
	g. Monitoring Pemenuhan ADL								

c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau 5 kecuali asupan makanan.  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS	Program post op hari 2-7									Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi dibantu dan latihan bertahap									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS JANGKA PENDEK	Nyeri luka operasi terkontrol dalam 3 hari									Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	Mobilisasi bertahap dengan pendamping									
	Xray Acceptable									
	Luka operasi baik									
	Tidak ada nyeri									
MEDIS JANGKA PANJANG	Stabil									
	Mobilisasi mandiri dengan support									
	ROM dengan batas normal									
b. KEPERAWATAN	a. TTV normal									
	b. Hemodinamik Normal									
	c. Tidak ada tanda infeksi diluka									
	d. Perbaikan luka									
	e. Level nyeri berangsur menurun									
	f. Kemampuan mobilisasi meningkat									
	g. ADL terpenuhi									
c. GIZI	Asupan makan $\geq 80\%$									Status Gizi dinilai berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Optimalisasi status gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Kualitas hidup pasien meningkat
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Umum									Status pasien/tanda vital sesuai dengan PPK
	Khusus									

15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan / Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									
VARIAN										

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS		PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
DEMAM TIFOID		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Demam Tifoid merupakan penyakit sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi kuman <i>Salmonella typhi</i> atau <i>Salmonella paratyphi</i> .
2.	<b>Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Prolonged fever</i> (38,8°-40,5°C)</li> <li>2. Sakit kepala</li> <li>3. Menggigil</li> <li>4. Batuk</li> <li>5. Berkeringat</li> <li>6. Myalgia</li> <li>7. Malaise</li> <li>8. Arthralgia</li> <li>9. Gejala gastrointestinal: anoreksia, nyeri abdomen, mual, muntah, diare, konstipasi.</li> </ol>
3.	<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu badan meningkat.</li> <li>2. Bradikardi relative (peningkatan suhu 1°C tidak diikuti peningkatan denyut nadi 8x/menit)</li> <li>3. Lidah yang berselaput (kotor di tengah, tepi dan ujung merah serta tremor)</li> <li>4. Hepatomegali</li> <li>5. Splenomegaly</li> <li>6. Meteorismus</li> <li>7. Gangguan mental: somnolen, stupor, koma, delirium atau psikosis.</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu badan meningkat.</li> <li>2. Gejala gastrointestinal: anoreksia, nyeri abdomen, mual, muntah, diare, konstipasi.</li> <li>3. Bradikardi relative</li> <li>4. Lidah yang berselaput</li> <li>5. Uji Widal</li> </ol> <p>Kriteria rawat inap:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan muntah persisten</li> <li>2. Diare hebat hingga muncul tanda dehidrasi</li> <li>3. Distensi abdomen</li> </ol>
5.	<b>Diagnosis Kerja</b>	Demam Tifoid
6.	<b>Diagnosis Banding</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam dengue</li> <li>2. Malaria</li> <li>3. Enteritis bacterial</li> </ol>

7.	<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<p>Laboratorium</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Darah perifer lengkap sering: leukopenia, anemia dan trombositopenia.</li> <li>2. Uji Widal: bila kenaikan 4 kali titer antibody O dan H pada specimen yang diambil pada jarak 2 minggu</li> <li>3. Kultur darah, feses dan urin</li> <li>4. Uji TUBEX</li> <li>5. <i>Typhidot</i></li> <li>6. Dipstick</li> <li>7. <i>Enzyme linked immunosorbent assay</i> (ELISA)</li> </ol>
8.	<b>Tata Laksana</b>	<p>Trilogi penatalaksanaan Demam Tifoid, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diet (pemberian makanan padat dini, menghindari sementara sayuran yang berserat)</li> <li>2. Terapi penunjang (simptomatik)</li> <li>3. Pemberian antimikroba</li> </ol> <p>Pemberian antimikroba pilihan utama:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kloramfenikol 4x500 mg (50-70 mg/KgBB) 14-21 hari atau sampai dengan 7 hari bebas demam.</li> </ol> <p>Alternatif lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiamfenikol 4x500 mg</li> <li>2. Kotrimoksazol 2x960 mg selama 2 minggu</li> <li>3. Ampisilin dan amoksisillin 50-150 mg/Kg BB selama 2 minggu</li> <li>4. Sefalosporin generasi III: seftriakson 3-4 gram dalam dekstroza 100 cc selama ½ jam per-infus sekali sehari, selama 3-5 hari</li> <li>5. Sefotaksim 2-3x1 gram, Sefoperazon 2x1 gram</li> <li>6. Fluorokuinolon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Norfloksasin 2x400 mg/hari selama 14 hari</li> <li>• Siprofloksasin 2x500 mg/hari (15 mg/KgBB) selama 5-7 hari</li> <li>• Ofloksasin 2x400 mg/hari (15 mg/KgBB) selama 5-7 hari</li> <li>• Perfloksasin 400 mg/hari selama 7 hari</li> <li>• Fleroksasin 400 mg/hari selama 7 hari</li> </ul> </li> </ol>
9.	<b>Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi mengenai kebersihan air, makanan, dan sanitasi</li> <li>2. Vaksinasi</li> </ol>
10.	<b>Prognosis</b>	<p>Jika tidak diobati, angka kematian pada demam tifoid 10-20%, sedangkan pada kasus yang diobati angka mortalitas tifoid sekitar 2%. Kebanyakan kasus kematian berhubungan dengan malnutrisi, balita, dan lansia. Pasien usia lanjut atau pasien debil prognosisnya lebih buruk. Bila terjadi komplikasi, maka prognosis semakin buruk. Relaps terjadi pada 25% kasus.</p>

11.	<b>Tingkat Evidens</b>	
12.	<b>Tingkat Rekomendasi</b>	
13.	<b>Penelaah Kritis</b>	
14.	<b>Indikator (Outcome)</b>	
15.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peters CJ. Infections Caused by Arthropod and Rodent Borne viruses, In: Longo Fauci Kasper, Harrison's Principles of Internal Medicine 17<sup>th</sup> edition. United States of America. McGraw Hill. 2008</li> <li>2. Widodo D. demam Tifoid. Buku Ajar penyakit Dalam. Edisi 5. Jakarta. Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam; 2797-2805.</li> <li>3. Parry Christopher M, Hien Trans tinh. Typhoid fever. N Engl J Med 2002; 347: 1770-1782</li> <li>4. Herath. Early Diagnosis of Typhoid Fever by the detection on Salivary IgA. J Clin Pathol 2003: 56: 694-698</li> <li>5. Alwi I, Salim S, Hidayat R, Kurniawan J, Tahapary D, editors. Panduan Praktik Klinis Penatalaksanaan di Bidang ilmu Penyakit Dalam. Indonesia. Interna Publishing. 2015. P892-898.</li> <li>6. Background document: The diagnosis, and prevention of typhoid fever. Communicable Disease Surveillance and Response vaccines and Biologicals. World Health Organization. 2003</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>DEMAM TIFOID</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien tifoid yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas.
<b>2. Asesmen/Pengkajian : Antropometri</b>	Melanjutkan hasil Skrining perawat. Melihat data berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas, Lingkar Kepala (pada bayi)
<b>Biokimia</b>	Melihat data HB, Hematokrit, Leukosit, Albumin, data laboratorium lain terkait gizi (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Anoreksia, demam, mual, diare, perasaan tidak enak di perut, lidah kotor
<b>Riwayat Makan</b>	Riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan termasuk jajan diluar, bentuk makanan, rata2 asupan sebelum masuk Rumah Sakit, dll.
<b>Riwayat Personal</b>	Riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Asupan makan kurang berkaitan dengan gangguan pola makan tidak napsu makan ditandai dengan tidak dapat makan makanan Rumah Sakit hanya dapat menghabiskan ½ porsi makanan (NI - 2.1) Diagnosis Gizi lain dapat pula timbul tergantung kondisi pasien.
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b> <b>a. Perencanaan</b>  <b>b. Implementasi</b>  <b>c. Edukasi</b> <b>d. Konseling Gizi</b>	Tujuan : 1. Memenuhi kebutuhan zat gizi 2. Mempertahankan status gizi optimal 3. Memberikan makanan dan minuman secukupnya agar tidak memberatkan saluran cerna  Syarat Diet Lambung : 1. Mudah dicerna porsi kecil sering 2. Energi dan Protein cukup disesuaikan dengan kemampuan pasien 3. Lemak rendah bertahap dinaikan, Rendah Serat 4. Cukup cairan 5. Bentuk makanan dapat dikombinasi dengan cair atau sesuai daya terima. bubur susu, bubur saring, biskuit susu, makanan lunak (oral/enteral/parenteral/kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi 6. Tidak mengandung bumbu2 yang merangsang (cabe, merica, cuka,dll)  Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga

<p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<p>pasien dan penunggu pasien (<i>Care Giver</i>) mengenai diet lambung</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, apoteker dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>b. Hasil biokimia terkait gizi</li> <li>c. Fisik Klinis terkait dengan Gizi, demam, tidak nafsu makan, mual</li> <li>d. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Kontrol ulang untuk konseling gizi melihat keberhasilan intervensi (terapi gizi) dan kepatuhan diet 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit</p>
<p><b>7. Indikator/Outcome</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi berdasarkan antropometri Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB), Indek Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U)</li> </ol>
<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Anak Edisi ke 3 Tahun 2014. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 2013</li> <li>3. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>) DEMAM TIFOID</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Demam Tifoid adalah demam 7 hari atau lebih dengan minimal satu dari gejala/tanda terkait tifoid (diare, mual/muntah, nyeri perut, anoreksia, konstipasi, perut kembung, lidah kotor, hepatomegali atau splenomegali) dan lboratorium berupa tes tubex $\geq 4$ atau titer widal Salmonella typhi O $\geq 1/320$ , tanpa disertai dengan kesadaran menurun, kejang, perdarahan usus berupa melena atau perforasi usus, syok atau koma.
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>3. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemilihan antibiotik empiris dan definitif</li> <li>2. Dosis dan lama pemberian antibiotik</li> <li>3. Cara pemberian antibiotik</li> <li>4. Kegagalan terapi obat</li> <li>5. Efek samping obat</li> <li>6. Interaksi Obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi pemilihan antibiotik</li> <li>2. Pemantauan terapi antibiotik</li> <li>3. Monitoring efek samping obat</li> <li>4. Memberikan rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	Suhu
<b>6. Edukasi dan Informasi</b>	1. Cara dan durasi pemberian antibiotic
<b>7. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik
<b>8. Indikator</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu turun</li> <li>- TTV : Normal</li> </ul>

<p>9. <b>Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Widyati, Dr. M. Clin. Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada <i>Pharmaceutical Care</i>, Brilian Internasional. 2014</li> <li>2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No. 58. Kemenkes RI. 2015</li> <li>3. Pusponegoro dkk Neurologi IDAI, Konsesus Penatalaksanaan Kejang Demam. Badan Penerbit IDAI</li> <li>4. Kemenkes, Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Pasien Pediatri. Kemenkes RI. 2011</li> <li>5. <i>American Society of Hospital Pharmacist. ASHP Guidelines on a Standardized Method for Pharmaceutical Care.</i> 1996</li> <li>6. <i>WHO. Background document : The diagnosis, treatment and prevention of typhoid fever.</i> 2007</li> </ol>
------------------------------	---

**CLINICAL PATHWAY  
DEMAM TIFOID  
Rumah Sakit Kelas B**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya pemeriksaan fisik, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge Planning									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	DPL									
	Fungsi Hati : SGOT/SGPT									
	Albumin									
	Ureum/Creatinin									
	GDS/Elektrolit									
	Widal, Ig M Salmonella									
	Kultur Darah Gall									
	NS 1 atau Dengue Blot, Malaria Mikroskopik dan ICT, IgM Leptospira									
									Varian	

3. RADIOLOGI/ IMAGING	USG Abdomen										
4. KONSULTASI											
5. ASESMEN LANJUTAN											
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP										Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan										Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	TTV dan Status nutrisi: nafsu makan, mual, muntah, diare, konstipasi										Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Demam Tifoid (Non Komplikata)										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00007): Hipertermia										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis NANDA. Int
	b. Kode (00002): Ketidakseimbangan nutrisi: Kurang Dari Kebutuhan Tubuh										
c. DIAGNOSIS GIZI	Peningkatan kebutuhan zat gizi energi berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan untuk menjaga suhu tubuh ditandai dengan asupan tidak adekuat, demam (NI - 1.1)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan di rumah										
	Hand Hygiene										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										

b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet lambung bentuk saring atau lambung									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Konseling nutrisi/pola makan									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	Pola istirahat									
	Pola hidup sehat									
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien

#### 9. TERAPIMEDIKA MENTOSA

a. INJEKSI	Cefalosporin generasi 3: Ceftriaxone 1 x 3-4 gr selama 3 - 5 hari atau Cefotaxime 2 - 3 x1 gr atau Cefoperasome 2 - 3 x 1gr									
										Varian
b. CAIRAN INFUS	NaCl 0.9 500 cc bersama dengan pemberian antibiotik									
										Varian
c. OBAT ORAL	Kloramfenicol 4 x 500 mg s/d 7 hari bebas demam									
	Tiamfenicol 4 x 500 mg atau Contrimoxazol 2 x 960 mg selama 2 minggu atau Ampicilin/Amoxicilin 50 - 150 mg/kg BB selama 2 minggu atau Flouroquinolon: Ciprofloxacin 2 x 400 mg selama 7 hari atau Levofloxacin 1 x 500 mg selama 7 hari									
	Simptomatik: Antipiretik Paracetamol bila demam									
										Varian
d. RECTAL										

#### 10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)

a. TLI MEDIS										
b. TLI KEPERAWATAN	Kode NIC (3740): <i>Fever Treatment</i>									Mengacu pada NIC
	Kode NIC (4120): <i>Fluid Management</i>									
	Kode NIC (6540): <i>Infection Control</i>									
	Kode NIC (2380): <i>Medication Management</i>									

	Kode NIC (6680): <i>Vital Sign Monitoring</i>									
	Kode NIC (1120): <i>Nutrition Therapy</i>									
	Kode NIC (5246): <i>Nutritional Counseling</i>									
	Kode NIC (1160): <i>Nutritional Monitoring</i>									
c. TLI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/gizi									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis, secara bertahap
	Diet Makanan Lunak atau Makanan Saring (Diet Lambung)									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Monitoring tanda-tanda vital pasien									Mengacu pada NOC
	Monitoring status hidrasi pasien meliputi <i>balance</i> cairan, terapi intravena dan tanda-tanda dehidrasi									
	Monitoring tindakan pencegahan infeksi yang harus dilakukan oleh pasien dan keluarga selama perawatan									
	Monitoring pemberian obat antipiretik									
	Monitoring status nutrisi pasien dan nilai <i>balance intake</i> dan <i>outtake</i>									
	Diet yang diberikan tepat dan tidak ada gejala kontipasi atau diare									
	Monitoring tanda-tanda kurang nutrisi									
Monitoring hasil laboratorium yang meliputi nilai albumin, protein total, hemoglobin, imfosit dan elektrolit										
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4atau ke 5 kecuali asupan makanan
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									Mengacu pada IDNT (Internasional Dietetic & Nutrition Terminology)
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai

12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi bertahap dari miring kiri dan kanan, duduk bersandar di tempat tidur, duduk berjantai, berdiri dan berjalan									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Tegaknya diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik									
	Didapatkan diagnosis definitif salmonella typhi atau salmonella paratyphi dari pemeriksaan penunjang									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (0800): Thermoregulation									Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
	b. Kode NOC (0602): Hydration									
	c. Kode NOC (0703): Infection Saverity									
	d. Kode NOC (2301): Medication Responses									
	e. Kode NOC (0802): Vital Signs									
	f. Kode NOC (1004): Nutritional Status									
	g. Kode NOC (1005): Nutritional Status: biochemical measures									
	h. Kode NOC (1007): Nutritional energy									
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	Optimalisasi status gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Umum: Hemodinamik stabil, Intake baik									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Khusus: Demam turun, kesadaran baik, tidak ada komplikasi									
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verivikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**DIARE AKUT**

<p><b>1. Pengertian</b></p>	<p>Diare akut adalah buang air besar lebih dari 3 kali dalam 24 jam dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 1 minggu. Menurut Riset kesehatan Dasar 2007, diare merupakan penyebab kematian pada 42% bayi dan 25,2% anak usia 1 – 4 tahun</p>
<p><b>2. Anamnesis</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lama berlangsungnya diare, frekuensi diare sehari, warna feses, adakah lendir atau lendir darah dalam feses</li> <li>2. Adakah muntah, rasa haus, rewel, anak lemah, kesadaran menurun, kapan buang air kecil terakhir, demam, sesak nafas, kejang, perut kembung</li> <li>3. Jumlah cairan yang masuk selama diare</li> <li>4. Jenis makanan dan minuman yang dimakan/minum selama diare</li> <li>5. Apakah mengkonsumsi makanan minuman yang tidak biasa</li> <li>6. Apakah terdapat penderita diare disekitarnya</li> <li>7. Bagaimana dengan sumber air minum</li> </ol>
<p><b>3. Pemeriksaan Fisik</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum, tanda vital dan kesadaran :  <b>Tanda Utama :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ gelisah, rewel, lemah/ letargi/ coma, tampak haus, turgor kurang atau buruk</li> </ul> <b>Tanda tambahan :</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mulut bibir lidah kering, mata dan UUB cekung, keluar air mata</li> </ul> </li> <li>2. Nafas cepat dan dalam (nafas Kuszmaull) tanda asidosis metabolik</li> <li>3. Kejang karena gangguan keseimbangan elektrolit (hipo atau hipernatremia), kembung (hipokalemia)</li> <li>4. Berat Badan</li> <li>5. Penilaian derajat dehidrasi</li> </ol>
<p><b>4. Kriteria Diagnosis</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Diare akut tanpa dehidrasi</b> : Tidak ditemukan tanda utama maupun tambahan, kehilangan cairan tubuh &lt; 5%BB. KU baik sadar, UUB tak cekung, mukosa mulut dan bibir basah, turgor baik atau cukup, bising usus normal, akral hangat</li> <li>2. <b>Diare akut dengan dehidrasi ringan /sedang</b> : Kehilangan cairan 5-10% BB, terdapat 2 tanda utama ditambah 2 atau lebih tanda tambahan. KU gelisah atau cengeng. Turgor kurang, akral masih hangat</li> <li>3. <b>Diare akut dengan dehidrasi berat</b> : kehilangan cairan &gt;10% BB, terdapat 2 tanda utama ditambah 2 atau lebih tanda tambahan. KU letargi atau koma, UUB sangat cekung, mata sangat cekung, mukosa mulut dan bibir</li> </ol>

	kering. Turgor sangat kurang akral dingin.
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Diare akut dengan atau tanpa dehidrasi
<b>6. Diagnosis Banding</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keracunan makanan</li> <li>2. Disentri baksiler</li> <li>3. Disentri amuba</li> </ol>
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan feses lengkap</li> <li>2. Analisis elektrolit</li> <li>3. Analisis gas darah bila perlu pada dehidrasi berat dengan asidosis</li> </ol>
<b>8. Tata Laksana</b>	Terlampir dalam protocol
<b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi hygiene lingkungan : jamban yg bersih, selalu memasak makanan dan minuman dan hygiene pribadi : cuci tangan sebelum makan atau memberikan makanan</li> <li>2. Edukasi : ASI tetap diberikan, makanan sapihan, imunisasi rotavirus bila ada dan masih dalam usia &lt; 6 bulan, imunisasi campak</li> </ol>
<b>10. Prognosis</b>	Baik jika tidak dalam dehidrasi berat dan buruk jika terlambat mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan
<b>11. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pudjadi AH dkk (Eds) : Pedoman Pelayanan Medis. jilid 1 , Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta 2010 : 58 - 62</li> <li>2. Hegar, B dalam Gunardi ,H dkk (Eds) : Kumpulan Tips Pediatri. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta 2010 : 64-69</li> </ol>

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
DIARE AKUT PADA ANAK		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan diare akut pada anak
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pola BAB, frekwensi, jumlah, warna, bau, konsistensi</li> <li>2. Adanya muntah</li> <li>3. Demam</li> <li>4. TTV</li> <li>5. Intake dan output</li> <li>6. Tanda dehidrasi</li> <li>7. Nyeri</li> <li>8. Pengkajian bio, psikososial, spiritual dan budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diare (00013)</li> <li>2. Risiko ketidakseimbangan volume cairan (00025)</li> <li>3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit (00195)</li> <li>4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan (00002)</li> <li>5. Nyeri akut (00132)</li> <li>6. Risiko kerusakan integritas kulit (00047)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Tidak ada kejang</li> <li>3. Intake cairan adekuat</li> <li>4. Tidak ada nyeri</li> <li>5. Tidak terjadi penurunan kesadaran</li> <li>6. BAB: frekwensi, warna, bau, konsistensi</li> <li>7. Tidak ada kerusakan integritas kulit</li> </ol>

5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen cairan dan elektrolit       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hitung intake dan output cairan</li> <li>b. Observasi jumlah, warna, konsentrasi, Berat Jenis urine, dan elektrolit</li> <li>c. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)</li> <li>d. Observasi capillary Refill</li> <li>e. Berikan cairan oral sesuai kebutuhan</li> <li>f. Berikan larutan gula garam/oralit bila perlu</li> <li>g. Kolaborasi pemberian cairan intravena</li> </ol> </li> <li>2. Manajemen nyeri Lakukan tehnik relaksasi, distraksi, guided imagery</li> <li>3. <b>Manajemen Nutrisi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. kaji berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan atas</li> <li>b. kaji kebiasaan makanan, dan kaji adanya alergi makanan</li> <li>c. Kaji keluhan mual dan muntah yang dialami pasien.</li> <li>d. kaji kebutuhan nutrisi dan kalori</li> <li>e. Berikan makanan dalam porsi kecil dan frekuensi sering.</li> <li>f. Pertahankan pemberian ASI pada bayi</li> <li>g. Catat jumlah/porsi makanan yang dihabiskan oleh pasien setiap hari</li> <li>h. kolaborasi pemberian nutrisi sesuai dengan kebutuhan kalori dan jenis makanan.</li> </ol> </li> <li>4. <b>Perawatan Perianal</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. kolaborasi pemberian antiemetik</li> <li>b. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>c. Monitor adanya kemerahan pada kulit disekitar anal</li> <li>d. Oleskan minyak kelapa/baby oil pada kulit disekitar anal</li> <li>e. Bersihkan daerah anal dengan air, hindari penggunaan tisu basah</li> </ol> </li> <li>5. Bantu pemenuhan <i>Activity Daily Living</i></li> <li>6. Intervensi kolaborasi: pemasangan infus dan medikasi</li> <li>7. Monitoring dan evaluasi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>b. Observasi frekwensi, karakteristik dan volume diare</li> <li>c. Observasi tanda-tanda dehidrasi</li> <li>d. Observasi intake dan output cairan</li> <li>e. Observasi skala, frekwensi dan insensitas nyeri</li> <li>f. Observasi integritas kulit perianal</li> </ol> </li> </ol>
----	-------------------------------	---

6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan asupan cairan</li> <li>2. Cara kompres</li> <li>3. Pencegahan diare: Hand hygiene</li> <li>4. Pemberian larutan gula garam/oralit</li> <li>5. Menjaga kebersihan makanan dan peralatan makan</li> <li>6. Penggunaan sumber air bersih</li> <li>7. Minum obat teratur</li> <li>8. Mengenali tanda bahaya umum dan tanda dehidrasi</li> </ol>
7	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. James, S.R., Nelson, K.A., &amp; Ashwill, J.W. (2013) <i>Nursing Care of Children Principles &amp; Practice (4th edition)</i>. St. Louis : Elsevier Saunders.</li> <li>3. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>4. Hockenberry, J.M. &amp; Wilson, D. (2009). <i>Wong's Nursing Care of Infants and Children. (8th edition)</i>. Canada :Mosby Company</li> <li>5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>6. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>DIARE AKUT</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien diare akut yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas.
<b>2. Asesmen/Pengkajian Antropometri</b>	Melanjutkan hasil Skrining perawat. Melihat data berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas, Lingkar Kepala
<b>Biokimia</b>	Melihat data HB, Hematokrit, Leukosit, elektrolit, hasil analisis feses, Albumin, data laboratorium lain terkait gizi (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Anoreksia, mual, muntah, sakit perut, diare, konstipasi, demam, malabsorpsi
<b>Riwayat Makan</b>	Riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan makan sebelum masuk RS
<b>Riwayat Personal</b>	Riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Asupan makan per oral kurang berkaitan dengan kesulitan makan (tidak nafsu makan, mual, sakit perut) ditandai dengan asupan makanan 50% dari kebutuhan (NI-2.1) Kekurangan asupan kalium berkaitan dengan muntah, diare tidak dapat mencukupi kebutuhan kalium ditandai dengan kalium $\leq 3$ (NI-5.10.1)
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b> <b>a. Perencanaan</b>  <b>b. Implementasi</b>	Tujuan : 1. Memenuhi kebutuhan zat gizi tanpa memperberat saluran cerna. 2. Mencegah dan mengurangi risiko dehidrasi 3. ASI tetap diberikan  Prinsip Diet : 1. Energi dan protein sesuai kebutuhan berat badan ideal dan sesuai tinggi badan aktual 2. Protein 10-15% total energi, Lemak 25-30%, KH 50-60% 3. Cukup Vitamin dan mineral serta cairan 4. Bila Hipokalemia diberikan makanan tinggi kalium, suplemen Zn diberikan minimal 14 hari 5. Diberikan dalam porsi kecil tapi sering 6 x makan sehari

<p><b>c. Edukasi</b></p> <p><b>d. Konseling Gizi</b></p> <p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<p>6. Bentuk makanan sesuai toleransi per oral makanan lembek, lumat, bubur susu, buah, biskuit susu (oral/enteral/parenteral/kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi</p> <p>Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga pasien dan penunggu pasien (<i>Care Giver</i>) mengenai asupan cairan dan elektrolit, bentuk makanan baik jumlah, jadwal dan jenis makanan yang dianjurkan diusahakan secepatnya kembali ke makanan semula.</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>2. Hasil biokimia terkait gizi. Kalium, leukosit, HB, Albumin, feses</li> <li>3. Fisik Klinis terkait dengan Gizi, demam, muntah, tidak nafsu makan</li> <li>4. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Kontrol ulang untuk konseling gizi melihat keberhasilan intervensi (terapi gizi) dan kepatuhan diet 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit</p>
<p><b>7. Indikator/Outcome</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi Normal berdasarkan antropometri Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB), Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U)</li> <li>3. Balance cairan dan elektrolit sesuai/normal</li> <li>4. Tidak ada mual. Muntah, ada nafsu makan</li> </ol>
<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Anak Edisi ke 3 Tahun 2014. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>) DIARE</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Diare adalah buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dengan frekuensi lebih sering dari biasanya (tiga kali atau lebih) dalam sehari.
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>4. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemilihan cairan elektrolit</li> <li>2. Dosis dan lama pemberian zink</li> <li>3. Cara pemberian elektrolit dan zink</li> <li>4. Dosis obat</li> <li>5. Kegagalan terapi obat</li> <li>6. Efek samping obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi pemilihan cairan elektrolit</li> <li>2. Pemantauan terapi cairan dan obat</li> <li>3. Monitoring efek samping obat</li> <li>4. Memberikan rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TTV</li> <li>2. Tanda-tanda dehidrasi</li> <li>3. Elektrolit darah</li> </ol>
<b>7. Edukasi dan Informasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara dan durasi pemberian zink</li> <li>2. Cara pemberian oralit</li> </ol>
<b>10. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik
<b>11. Indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi diare turun</li> <li>2. TTV : Normal</li> <li>3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi</li> </ol>
<b>12. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Widyati, Dr. M. Clin. Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada <i>Pharmaceutical Care</i>, Brilian Internasional. 2014</li> <li>2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No. 58. Kemenkes RI. 2015</li> <li>3. Puspongoro dkk Neurologi IDAI, Konesus Penatalaksanaan Kejang Demam. Badan Penerbit IDAI</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>4. Kemenkes, Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Pasien Pediatri. Kemenkes RI. 2011</li><li>5. <i>American Society of Hospital Pharmacist. ASHP Guidelines on a Standardized Method for Pharmaceutical Care.</i> 1996</li></ol>
--	---

**CLINICAL PATHWAY  
DIARE AKUT RINGAN - SEDANG  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir	Tgl.Masuk	jam	
Diagnosa Masuk RS	Tgl.Keluar	jam	
Penyakit Utama	Kode ICD: Lama rawat		hari
Penyakit Penyerta	Kode ICD: Rencana Rawat		
Komplikasi	Kode ICD: R.Rawat/Klas		/
Tindakan	Kode ICD: Rujukan		Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance	Kode ICD: Z71.3		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko-sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, LEUKO, Elektrolit									Varian
	Tinja Macroscopic & Microscopic									
3. RADIOLOGI/IMAGING										
4. KONSULTASI										
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift, 14 kebutuhan dasar tetap dilaksanakan sesuai kondisi pasien

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)											Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen Gizi dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep											Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat											
6. DIAGNOSIS												
a. DIAGNOSIS MEDIS	Diare Akut Ringan - Sedang											
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00013) : Diare											Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. sesuai dengan NANDA. Int
	b. Kode (00025): Risiko Ketidakseimbangan volume Cairan											
	c. Kode (00195): Risiko ketidakseimbangan Elektrolit											
	d. Kode (00002): Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh											
	e. Kode (000132): Nyeri akut											
	f. Kode (00047): Risiko Kerusakan Integritas Kulit											
c. DIAGNOSIS GIZI	Peningkatan kebutuhan cairan berkaitan dengan diare ditandai dengan estimasi asupan cairan kurang dari kebutuhan (NI - 3.1)											Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidak cukupnya asupan mineral berkaitan dengan pengeluaran yang tinggi (diare) ditandai dengan estimasi asupan kurang dari kebutuhan, malabsorpsi (NI - 5.10.1)											
	Tidak cukup asupan makanan per oral berkaitan dengan tidak nafsu makan ditandai dengan asupan energi dan protein kurang dari kebutuhan (NI - 2.1)											
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan											Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan di rumah											
	Hand Hygiene											
	Kualitas hidup sehat											

8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diberikan oralit, ekstra minum termasuk ASI bila masih menyusui. Pemberian makanan bertahap kembali ke makanan semula, frekuensi 6 kali (porsi kecil sering) sesuai kemampuan									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4/hari ke 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Hand Hygiene									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Menjaga kebersihan makanan dan peralatan makanan									
	c. Cara perawatan perianal									
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPI MEDIKA MENTOSA										
a. CAIRAN INFUS	RL									Varian
										(Amuba +) Obat pulang
b. OBAT ORAL	Metronidazol 10 Mg/kg									Varian
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS										
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (2080): Manajemen Cairan & Elektrolit									Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri									
	c. Kode NIC (0460): Manajemen Diare									
	d. Kode NIC (1100): Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi (Termasuk ASI)									
	e. Kode NIC (1750): Perawatan Perianal									
	f. Kode NIC (1805): Pemenuhan ADL									
	g. Kode NIC (4190): Kolaborasi Pemasangan Infus									
	h. Kode NIC (2300): Kolaborasi pemberian Obat									

c. TLI GIZI	Rehidrasi cairan oralit, Diet makanan cair/lumat, tim saring, lunak, biasa, secara bertahap. Anak dengan ASI tetap diberikan									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis anak
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (413): Monitoring tanda vital									Mengacu pada NOC
	b. Kode NOC (2080): Monitoring Intake & Output Cairan									
	c. Kode NOC (0460): Monitoring Frekuensi Karakteristik Diare									
	d. Kode NOC (2080): Monitoring Tanda Rehidrasi									
	e. Kode NOC (1750): Monitoring Integritas Kulit Perianal									
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makan.  Mengacu pada IDNT (International Dietetics Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN										
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Dehidrasi Teratasi									
	BAB Kurang dari 3X Sehari dengan Ampas+									
b. KEPERAWATAN	Tanda Vital Dalam Batas Normal									Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	Indek Output Seimbang									
	Integritas Kulit Perianal Baik									

c. GIZI	Memenuhi kebutuhan zat gizi tanpa memperberat saluran cerna. Mencegah dan mengurangi risiko dehidrasi asupan makan $\geq 80\%$										Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	Status gizi optimal										
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi										Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional										
14. KRITERIA PULANG	Umum										Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Khusus										
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan										Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan / Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien										
	Surat pengantar kontrol										
VARIAN											

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verivikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>KEJANG DEMAM</b>	
<p><b>1. Pengertian</b></p>	<p><b>Kejang demam</b> adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (diatas 38 C Rektal) tanpa adanya infeksi susunan saraf pusat, gangguan elektrolit atau metabolik lainnya. Kejang yang terjadi pada bayi dibawah umur 1 bulan tidak termasuk dalam kejang demam.</p> <p><b>Kejang demam sederhana</b> adalah kejang yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit bersifat kejang umum dan tidak berulang dalam 24 jam.</p> <p><b>Kejang demam kompleks</b> adalah kejang berlangsung lebih 15 menit bersifat fokal atau parsial satu sisi atau kejang umum yang didahului kejang fokal dan berulang dalam 24 jam.</p>
<p><b>2. Anamnesis</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya kejang, jenis kejang, lama kejang dan kesadaran, interval kejang dan keadaan anak pasca kejang</li> <li>2. Suhu tubuh saat kejang, sebelum kejang</li> <li>3. Adanya infeksi diluar SSP seperti ISPA, ISK, OMA</li> <li>4. Riwayat tumbuh kembang, riwayat kejang demam dan epilepsy dalam keluarga</li> <li>5. Singkirkan sebab kejang yang lain misal diare dan muntah yang menyebabkan gangguan elektrolit, sesak nafas yang dapat menimbulkan hipoksemia, asupan makanan dan susu kurang yang dapat menimbulkan hipoglikemia</li> </ol>
<p><b>3. Pemeriksaan Fisik</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh (rectal)</li> <li>2. Kesadaran (Glasgow Coma Scale)</li> <li>3. Tanda rangsang meningeal : kaku kuduk, Brudzinsky I dan II, Kernig sign, Laseque sign</li> <li>4. Pemeriksaan nervus cranial</li> <li>5. Tanda peningkatan tekanan intracranial, UUB menonjol, papil edema</li> <li>6. Tanda infeksi diluar SSP : ISPA, SK, OMA</li> <li>7. Pemeriksaan neurologi lain : tonus, motorik, reflex fisiologis dan patologis</li> <li>8. Pemeriksaan Darah lengkap, elektrolit, gula darah sewaktu, urinalisis, kultur darah , urin dan feses bila dibutuhkan</li> </ol>
<p><b>4. Kriteria Diagnosis</b></p>	<p>Kriteria Klinis Sesuai definisi Kejang Demam</p>
<p><b>5. Diagnosis Kerja</b></p>	<p>Kejang demam sederhana atau kejang demam kompleks</p>

<p><b>6. Diagnosis Banding</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningitis</li> <li>2. Ensefalitis</li> <li>3. Gangguan keseimbangan elektrolit</li> <li>4. Generalized Epilepsy with Febrile Seizure+</li> <li>5. Severe Myoclonic Epilepsy in Infancy</li> <li>6. Febrile status epilepticus</li> </ol>
<p><b>7. Pemeriksaan Penunjang</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan Darah lengkap, elektrolit darah, gula darah sewaktu, urinalisis, kultur darah , urin dan feses <b>tidak diperlukan pada kejang demam sederhana</b> . Peringkat bukti ilmiah B</li> <li>2. Lumbal pungsi : tidak perlu dilakukan pada kejang demam sederhana jika tidak ada tanda meningitis atau riwayat meningitis atau tanda infeksi intracranial. Peringkat bukti ilmiah B</li> <li>3. EEG: tidak dianjurkan pada kejang demam sederhana tetapi perlu pada kejang demam kompleks . Peringkat bukti ilmiah B</li> </ol>
<p><b>8. Tata Laksana</b></p>	<p>Medikamentosa :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antipiretik : Parasetamol 10-15 mg /kgBB oral atau drip diberikan setiap 4 jam maksimal 5 kali sehari. Ibuprofen 5 -10 mg/kgBB diberikan 3-4 kali sehari</li> <li>2. Anti kejang : diazepam oral 0.3 mg/kgBB setiap 8 jam atau diazepam rectal 0.5 mg/kgBB setiap 8 jam pada saat suhu &gt; 38.5 C</li> <li>3. Pengobatan rumatan jangka panjang diberikan dengan fenobarbital 3-4 mg/kgBB/hari dibagi 1-2 dosis atau asam valproat 15-20 mg/kg BB/hari dibagi 2-3 dosis diberikan selama satu tahun bebas kejang kemudian dihentikan bertahap 1-2 bulan Pengobatan rumatan diberikan jika terdapat keadan sbb : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kejang &gt;15 menit</li> <li>b. Kelainan neurologis nyata sebelum/sesudah kejang seperti paresis, palsi serebral, retardasi mental, hidrosefalus</li> <li>c. Kejang fokal</li> <li>d. Kejang berulang lebih dari 2 kali dlm 24 jam</li> <li>e. Kejang demam pada usia &lt; 12 bulan</li> <li>f. Kejang demam berulang &gt; 4 kali setahun</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi kemungkinan berulangnya kejang demam</li> <li>2. Edukasi faktor risiko terjadinya epilepsi</li> <li>3. Edukasi tanda dini kejang demam</li> </ol>

<p><b>10. Prognosis</b></p>	<p>Kejang demam sederhana prognosisnya baik. Pada 482 anak kejang demam sederhana yang dipantau selama 1 – 5 th tidak ditemukan kematian, disabilitas intelektual maupun kecacatan. Risiko epilepsi pada kejang demam sederhana hanya 1-2%. Sebanyak 30 - 35% akan mengalami kejang demam kembali. Risiko meningkat jika kejang pertama terjadi pada umur kurang dari 1 tahun, ada riwayat kejang demam pada saudara kandung, kejang demam terjadi pada demam yang tidak begitu tinggi, interval waktu antara demam dan kejang pendek dan adanya perkembangan yang abnormal sebelum kejang.</p> <p>Kejang demam kompleks : Risiko terjadinya epilepsi dikemudian hari adalah 5 – 10% terutama jika kejang demam fokal, lama dan ada riwayat epilepsi dalam keluarga.</p>
<p><b>11. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pudjiadi, AH dkk : Pedoman Pelayanan Medis. jilid 1, Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta 2010: 150-153</li> <li>2. Widodo, DP: Konsensus Tata Laksana Kejang Demam dalam Gunardi, H dkk (Eds) Kumpulan Tips Pediatri. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta 2010 : 193-203</li> <li>3. Puspongoro, H: Kejang Demam. Dalam Current Evidences in Pediatric Emergencies Management. Departemen Ilmu Kesehatan Anak. FKUI/RSCM, Jakarta, 12 – 13 April 2015 ; 92-97</li> </ol>

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
KEJANG DEMAM SEDERHANA		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan kejang demam sederhana
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-tanda vital</li> <li>2. Tanda kejang: durasi, frekwensi, tipe</li> <li>3. Demam</li> <li>4. Aktivitas</li> <li>5. ADL</li> <li>6. Pengkajian bio, psikososial, spiritual dan budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertermia (00007)</li> <li>2. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan (00201)</li> <li>3. Risiko kekurangan volume cairan (00028)</li> <li>4. Risiko Cedera (00035)</li> <li>5. Risiko aspirasi (00039)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Tidak ada kejang</li> <li>3. Intake cairan adekuat</li> <li>4. Tidak terjadi penurunan kesadaran</li> <li>5. Kemampuan dalam mencegah kejang berulang dan penanganan risiko cedera</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen demam <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan pakaian yang tipis dan yang menyerap keringat, anjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal</li> <li>b. Lakukan kompres hangat pada lipatan tubuh (aksila, lipatan paha, leher), lakukan water tapid sponge</li> <li>c. Anjurkan untuk meningkatkan intake cairan peroral</li> </ol> </li> <li>2. Monitor cairan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitoring status hidrasi (kelembaban membran mukosa, turgor elastis, tekanan darah)</li> <li>b. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap dan urin lengkap.</li> <li>c. Monitor pemberian cairan intravena</li> </ol> </li> <li>3. Manajemen cairan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan cairan peroral agar cairan seimbang, dan mencegah terjadinya komplikasi kekurangan cairan.</li> <li>b. Kolaborasi pemberian cairan intravena</li> </ol> </li> <li>4. Mengamankan kepatenan jalan nafas <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Buka jalan nafas</li> <li>b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>c. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat</li> </ol> </li> </ol>

		<p>bantu nafas</p> <p>d. Pasang OPA bila perlu</p> <p>e. Patenkan jalan nafas</p> <p>5. Mencegah risiko jatuh</p> <p>a. Identifikasi resiko cedera</p> <p>b. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien (gunakan skala humty dumty), gunakan gelang resiko jatuh berwarna kuning, pasang tanda resiko jatuh segitiga warna kuning pada tempat tidur</p> <p>c. Identifikasi keamanan lingkungan (fisik, biologis dan kimia)</p> <p>d. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko jatuh</p> <p>e. Pembatasan gerak saat kejang</p> <p>f. Baringkan pasien di tempat yang rata, kepala dimiringkan dan dipasang tongue spatel yang telah dibungkus kasa</p> <p>g. Singkirkan benda-benda yang ada disekitar pasien</p> <p>h. Lepaskan pakaian yang mengganggu pernafasan</p> <p>6. Bantu pemenuhan kebutuhan ADL</p> <p>7. Kolaborasi pemberian oksigen, cairan infus, antipiretik, dan antikonvulsi</p> <p>8. Monitoring dan observasi</p> <p>a. Observasi suhu tubuh</p> <p>b. Observasi kejang, frekuensi dan durasi</p> <p>c. Observasi status neurologi:tingkat kesadaran, perilaku</p>
6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompres hangat (tapid water sponge)</li> <li>2. Cara pemberian antipiretik</li> <li>3. Pengaturan posisi saat terjadi kejang</li> <li>4. Mengamankan airway/patensi jalan nafas</li> <li>5. Mencegah cedera</li> <li>6. Minum obat teratur</li> <li>7. Hand hygiene</li> <li>8. Menjaga kebersihan makanan dan lingkungan rumah</li> <li>9. Mengenali tanda bahaya umum: kejang berulang dan penurunan kesadaran</li> </ol>
7	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan

9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. James, S.R., Nelson, K.A., &amp; Ashwill, J.W. (2013) <i>Nursing Care of Children Principles &amp; Practice (4th edition)</i>. St. Louis : Elsevier Saunders.</li> <li>3. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>4. Hockenberry, J.M. &amp; Wilson, D. (2009). <i>Wong's Nursing Care of Infants and Children. (8th edition)</i>. Canada :Mosby Company</li> <li>5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>6. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>
----	--------------------	--

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>KEJANG DEMAM</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien Kejang Demam yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas.
<b>2. Asesmen/Pengkajian : Antropometri</b>	Melanjutkan hasil Skrining perawat. Melihat data berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas, Lingkar Kepala (pada bayi)
<b>Biokimia</b>	Melihat data HB, Hematokrit, Leukosit, Albumin, data laboratorium lain terkait gizi (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Anoreksia, demam
<b>Riwayat Makan</b>	Riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan makan sebelum masuk RS
<b>Riwayat Personal</b>	Riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Asupan makan per oral kurang berkaitan dengan kesulitan makan tidak nafsu makan ditandai dengan asupan makanan 50% dari kebutuhan, makan sedikit (NI-2.1) Diagnosis gizi lain dapat pula timbul tergantung kondisi pasien
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b> <b>a. Perencanaan</b>  <b>b. Implementasi</b>  <b>c. Edukasi</b> <b>d. Konseling Gizi</b>  <b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b>	Tujuan : 1. Memenuhi kebutuhan zat gizi 2. Mempertahankan status gizi optimal 3. Memberikan makanan yang mudah dicerna untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat  Syarat Diet Diet Tinggi energi bertahap selama pemulihan 1. Cukup Vitamin dan mineral serta cairan 2. Diberikan dalam porsi kecil tapi sering 3x makanan lengkap 2-3 kali makanan selingan 3. Bentuk makanan dapat dikombinasi dengan cair atau sesuai daya terima. per oral lembik, lumat, bubur susu, buah, biskuit susu (oral/enteral/parenteral/kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi  Pemulihan edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga pasien dan penunggu pasien ( <i>Care Giver</i> ) mengenai diet tinggi kalori saat demam dan pemulihan selanjutnya sesuai kebutuhan, bentuk makanan baik jumlah, jadwal dan jenis makanan yang dianjurkan  Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu

	dengan dokter, perawat, apoteker dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien.
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>b. Hasil biokimia terkait gizi</li> <li>c. Fisik Klinis terkait dengan Gizi, demam, tidak napsu makan</li> <li>d. Asupan Makanan</li> </ul>
<b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b>	Kontrol ulang untuk konseling gizi melihat keberhasilan intervensi (terapi gizi) dan kepatuhan diet 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit
<b>7. Indikator/Outcome</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi berdasarkan antropometri Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB), Indek Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U)</li> </ul>
<b>8. Kepustakaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Anak Edisi ke 3 Tahun 2014. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual</li> <li>3. IDNT Reference Manual Fourth Edition 2013</li> </ul>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
PENGKAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT ( <i>DRUG RELATED PROBLEM</i> ) KEJANG DEMAM	
1. Pengertian ( Definisi)	Kejang demam adalah kejang yang berhubungan dengan demam (suhu di atas 38,4 C per rental) tanpa adanya infeksi susunan saraf pusat atau gangguan elektrolit akut, terjadi pada anak berusia di atas 1 bulan dan tidak ada riwayat kejang tanpa demam sebelumnya.
2. Asesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
3. Identifikasi DRP ( <i>Drug Related Problem</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemilihan Anti konvulsan</li> <li>2. Pemilihan Anti Piretik</li> <li>3. Cara pemberian obat</li> <li>4. Dosis obat</li> <li>5. Kegagalan terapi obat</li> <li>6. Potensi Interaksi obat antar Anti konvulsan dan obat lain</li> <li>7. Potensi Efek samping obat</li> </ol>
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi pemilihan Anti konvulsan</li> <li>2. Rekomendasi pemilihan Anti piretik</li> <li>3. Pemantauan terapi obat (obat indeks terapi sempit c: fenitoin)</li> <li>4. Monitoring efek samping obat</li> <li>5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
5. Monitoring dan Evaluasi	<p>Adverse Drug Reaction (ADR) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- KK : tanda2 toksik, rash, urtikaria, eye vision (vigabatrin)</li> <li>- TTV : temperature (drug induced fever), BB</li> <li>- Lab : darah, SGPT/SGOT, Bil, GGT</li> </ul>
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian anti konvulsan</li> <li>2. Efek samping potensial termasuk kantuk dan hepatotoksik</li> <li>3. Interaksi obat potensial dengan obat lain Kepatuhan minum obat</li> <li>4. Cara menggunakan obat yang benar</li> <li>5. Cara menyimpan obat yang benar</li> </ol>
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinik

<b>8. Indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Panas Turun</li> <li>2. Lama rawat : 2 hari</li> <li>3. Tidak ada kejang</li> </ol>
<b>9. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Widyati, Dr. M.Clin.Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada <i>Pharmaceutical Care</i>, Brilian Internasional. 2014</li> <li>2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No.58. Kemenkes RI.2015</li> <li>3. Puspongoro dkk Neurologi IDAI, Konsesus Penatalaksanaan Kejang Demam. Badan Penerbit IDAI</li> <li>4. Kemenkes, Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Pasien Pediatri. Kemenkes RI. 2011</li> <li>5. <i>American Society of Hospital Pharmacist. ASHP Guidelines on a Standardized Method for Pharmaceutical Care.</i> 1996</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
KEJANG DEMAM SEDERHANA  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir	Tgl.Masuk	jam	
Diagnosa Masuk RS	Tgl.Keluar	jam	
Penyakit Utama	Kode ICD: Lama rawat		hari
Penyakit Penyerta	Kode ICD: Rencana Rawat		
Komplikasi	Kode ICD: R.Rawat/Klas		/
Tindakan	Kode ICD: Rujukan		Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance	Kode ICD: Z71.3		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis								Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.								Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, Leukosit & Trombosit								Varian
	Gula Darah								
	Elektrolit								
	Urine Analisis								
3. RADIOLOGI/ IMAGING									
4. KONSULTASI	THT								
5. ASESMEN LANJUTAN									
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP								Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan								Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab								Dilakukan dalam 3 Shift

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)																				Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep																				Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat																				
6. DIAGNOSIS																					
a. DIAGNOSIS MEDIS	Kejang Demam Sederhana																				
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00007): Hiperthermia																				Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis NANDA. Int
	b. Kode (000201): Risiko ketidakefektifitan Perfusi Jaringan Otak																				
	c. Kode (00028): Risiko kekurangan Volume Cairan																				
	d. Kode (00035): Risiko Cidera																				
	e. Kode (00039): Risiko Aspirasi																				
c. DIAGNOSIS GIZI	Peningkatan kebutuhan zat gizi energi berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan untuk menjaga suhu tubuh ditandai dengan asupan tidak adekuat, demam (NI - 1.1)																				Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan																				Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan di rumah																				
	Hand Hygiene																				
8. EDUKASI TERINTEGRASI																					
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis																				Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning
	Rencana terapi																				
	Informed Consent																				
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Makanan saring atau lunak																				Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Kompres hangat ( <i>taped water sponge</i> )																				Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Pengaturan posisi saat kejang																				
	c. Mengenali risiko kejang beruang																				
	d. Menurunkan cidera akibat kejang																				

d.EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Paracetamol IV									Varian
	RL									
b. CAIRAN INFUS	RL									Varian
c. OBAT ORAL	Diazepam 0,3 mg/kg BB per 8 jam									
	Paracetamol 10 - 15 mg/kg BB per 1x Diberikan 4x sehari tidak > 5x sehari/									
	Ibuprofen 5 - 10 mg/kg BB per 1 kali Diberikan 3 - 4x sehari									
d. RECTAL	Diazepam 0,5 mg/kg BB per 8jam Suhu tubuh lebih >38°C									Varian
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS										
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (1400): Manajemen Demam									Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (2080): Manajemen Cairan									
	c. Kode NIC (2680): Manajemen Kejang : Mengamankan Kepatenan Jalan Nafas (Pencegahan Lidah tergigit)									
	d. Kode NIC (6490): Mencegah Risiko Jatuh									
	e. Kode NIC (1805): Pemenuhan Kebutuhan ADL									
	f. Kode NIC (4190): Kolaborasi pemasangan infus									
	g. Kode NIC (2304): Kolaborasi pemberian oral									
	h. Kode NIC (2315): Kolaborasi pemberian obat rectal									
c. TLI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/gizi									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis anak,secara bertahap
	Diet Makanan Lunak atau Makanan Saring									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring

11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (413): Monitoring tanda vital									Mengacu pada NOC
	b. Kode NOC (2080): Monitoring Cairan									
	c. Kode NOC (2680): Monitoring Jaringan Otak									
	d. Kode NOC (2680): Monitoring Kejang									
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan  Mengacu pada IDNT (Internasional Dietetic & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Pembatasan Mobilisasi pada saat kejang									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Tidak ada kejang									
	Hemodinamik Stabil									
b. KEPERAWATAN	Suhu Tubuh Batas Normal									Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	Tidak ada kejang									
	Hemodinamik stabil									
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	Optimalisasi status gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Umum									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Khusus									

15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan /Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>DENGUE HAEMORRHAGIC FEVER PADA ANAK</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Suatu penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh virus Dengue yang mempunyai 4 serotipe yaitu DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4, di Indonesia DEN-3 merupakan serotipe dominan dan berhubungan dengan kasus berat.
<b>2. Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam mendadak tinggi 2 – 7 hari</li> <li>2. Lesu tidak mau makan dan muntah</li> <li>3. Pada anak besar mengeluh sakit kepala, nyeri otot dan nyeri sendi</li> <li>4. Perdarahan yang sering ditemukan adalah perdarahan kulit dan epistaksis</li> <li>5. Dijumpai adanya kasus DHF di sekolah, lingkungan sekitar rumah</li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam mendadak tinggi terus menerus (kontinyu) disertai <i>facial flush</i>. Muntah, nyeri kepala, nyeri otot dan sendi, nyeri retroorbital</li> <li>2. Hepatomegali</li> <li>3. Perembesan plasma pada rongga pleura dan peritoneal</li> <li>4. Perdarahan dapat berupa petekiae, ekimosis, purpura, epistaksis, hematemesis, melena maupun hematuria</li> <li>5. Fase kritis sekitar hari ke 3 hingga ke 5 perjalanan penyakit. Penurunan suhu tubuh dapat merupakan tanda awal penyembuhan tetapi dapat pula merupakan awal syok pada DBD</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	<p><b>Kriteria Klinis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam 2-7 hari, mendadak tanpa sebab yang jelas</li> <li>2. Manifestasi perdarahan : uji tourniquet (tidak selalu positif) , petekie, ekimosis, purpura, perdarahan mukosa, gusi dan epistaksis, hematemesis dan atau melena</li> <li>3. Pembesaran hati</li> <li>4. Perembesan plasma ditandai dengan hipoalbuminemia, Peningkatan Ht &gt; 20% disbanding pemeriksaan awal atau data Ht sesuai umur, efusi pleura atau asites</li> <li>5. Tanda-tanda syok : gelisah, nadi cepat lemah tekanan nadi turun, hipotensi, akral dingin, kulit lembab, <i>Capillary Refill Time</i> &gt; 2 detik</li> </ol> <p><b>Kriteria Laboratorium</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trombositopenia &lt; atau = 100.000/dl</li> <li>2. Hemokonsentrasi, peningkatan hematokrit &gt; 20% dibandingkan data awal atau sesuai dengan umur</li> <li>3. Demam disertai dengan dua atau lebih manifestasi klinis, ditambah bukti perembesan plasma dan trombositopenia</li> </ol>

	cukup untuk menegakkan diagnosis DHF
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Dengue Haemorrhagic Fever dibagi 4 kelompok 1. DHF derajat 1 2. DHF derajat 2 3. DHF derajat 3 4. DHF derajat 4
<b>6. Diagnosis Banding</b>	1. Dengue Fever 2. Chikungunya Fever 3. Typhoid fever
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	1. Darah rutin : Hb, Ht, Leukosit, Trombosit 2. Serologi : IgG dan IgM Anti Dengue (setelah hari keempat demam, IgM muncul lebih cepat IgG muncul lebih lambat tetapi pada infeksi dengue sekunder IgG muncul lebih cepat ) 3. NS1 (terutama hari pertama sampai ketiga dan umumnya menghilang pada hari kelima demam) 4. WIDAL atau Ig M Salmonella typhi 5. SGOT/SGPT 6. Albumin darah 7. X foto Thorax (sesuai indikasi)
<b>8. Tata Laksana</b>	Tatalaksana DHF dibagi menjadi kelompok : 1. DHF derajat 1 dan 2 lihat lampiran protokol 2. DHF derajat 3 dan 4/DSS lihat lampiran Protokol
<b>9. Edukasi (Hospital Health Promotion)</b>	1. Edukasi ttg dasar diagnosis terapi dan perjalanan penyakit 2. Higiene lingkungan, mencegah berkembang biaknya Aedes aegypti dalam genangan air di lingkungan rumah, sekolah dan tempat berkumpul manusia lainnya 3. Edukasi mengenali tanda dini dan komplikasi Demam Dengue/DHF dan kapan merujuk ke fasilitas kesehatan
<b>10. Prognosis</b>	Baik pada Demam Dengue dan DHF derajat 1 dan 2 Buruk pada DHF derajat 3 dan 4 apabila terlambat ditangani. Angka kematian th. 2008-2013 di 6 RS Pendidikan di Indonesia Demam Dengue 0.08%, DHF 0.36%, DSS 7.81. Keseluruhan 1.39%
<b>11. Kepustakaan</b>	1. Hadinegoro, SR, Moedjito, I, Chairulfatah A : Pedoman Diagnosis dan Tatalaksana Infeksi Virus Dengue pada Anak. UKK Infeksi dan Penyakit Tropis IDAI. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia . Jakarta 2014 2. Pudjiadi AH dkk(Eds) : Pedoman Pelayanan Medis. jilid 1 ,Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta 2010: 141 - 149 3. Satari, HI: Petunjuk Praktis Terapi Cairan Demam Berdarah Dengue. Dalam Kumpulan Tips Pediatri. Gunardi, H (Eds) Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia. Jakarta. 2011 : 81-93

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
DEMAM BERDARAH		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Asuhan keperawatan pada pasien dengan demam berdarah
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-tanda vital: demam</li> <li>2. Mual, muntah</li> <li>3. Tanda dehidrasi</li> <li>4. Tanda perdarahan</li> <li>5. Pengkajian bio, psikososial, spiritual dan budaya</li> </ol>
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertermia (00007)</li> <li>2. Risiko ketidakseimbangan volume cairan (00025)</li> <li>3. Nyeri akut (00132)</li> <li>4. Risiko perdarahan (00206)</li> <li>5. Risiko shock (00205)</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Outcome</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam batas normal 36,5°C - 37,5°C</li> <li>2. Hemodinamik stabil</li> <li>3. Tidak terjadi hemokonsentrasi</li> <li>4. Tidak terjadi shock hipovolemik</li> <li>5. Tidak terjadi perdarahan</li> </ol>
5.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen demam : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan pakaian yang tipis dan yang menyerap keringat, anjurkan untuk tidak memakai selimut dan pakaian yang tebal</li> <li>b. Lakukan kompres hangat pada lipatan tubuh (aksila, lipatan paha, leher), lakukan water tapid sponge</li> <li>c. Anjurkan untuk meningkatkan intake cairan peroral</li> </ol> </li> <li>2. Monitor cairan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kumpulkan dan analisis data yang menunjukkan keseimbangan cairan</li> <li>b. Hitung intake dan output cairan</li> </ol> </li> <li>3. Manajemen cairan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan cairan peroral agar cairan seimbang</li> <li>b. Kolaborasi pemberian cairan Ringer Laktat</li> <li>c. Monitor pemberian cairan intravena</li> </ol> </li> <li>4. Manajemen nyeri <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan tehnik relaksasi, distraksi, guided imagery</li> </ol> </li> <li>5. Manajemen pencegahan resiko perdarahan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan untuk bedrest</li> <li>b. Bantu pemenuhan <i>Activity Daily Living</i></li> </ol> </li> <li>6. Monitoring <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Observasi suhu tubuh</li> <li>b. Observasi status hemodinamik</li> <li>c. Observasi intake dan output</li> <li>d. Observasi adanya tanda syok hipovolemik</li> <li>e. Observasi adanya hemokonsentrasi</li> <li>f. Observasi skala, frekwensi dan intensitas nyaeri</li> <li>g. Observasi adanya perdarahan</li> </ol> </li> </ol>

6.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan intake cairan peroral</li> <li>2. Nutrisi</li> <li>3. Menjaga kebersihan lingkungan</li> <li>4. Hand higyene</li> </ol>
7	<b>Evaluasi</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan NOC serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention classification (NIC) (6<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</li> <li>2. James, S.R., Nelson, K.A., &amp; Ashwill, J.W. (2013) <i>Nursing Care of Children Principles &amp; Practice (4th edition)</i>. St. Louis : Elsevier Saunders.</li> <li>3. Herdman, T.H. &amp; Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions &amp; classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</li> <li>4. Hockenberry, J.M. &amp; Wilson, D. (2009). <i>Wong's Nursing Care of Infants and Children. (8th edition)</i>. Canada :Mosby Company</li> <li>5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5<sup>th</sup> ed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</li> <li>6. Wilkinson, J.M., &amp; Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>DEMAM BERDARAH</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien demam berdarah yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas
<b>2. Asesmen/Pengkajian :</b>  <b>Antropometri</b>	Menindaklanjuti hasil skrining gizi perawat, apabila pasien berisiko malnutrisi dan atau kondisi khusus. Nutrisionis/Dietisien mengkaji data berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas, Lingkar Kepala
<b>Biokimia</b>	Mengkaji data laboratorium seperti HB, HT, Trombosit, Albumin, data laboratorium lain terkait gizi (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Mengkaji adanya anoreksia, mual, muntah, sakit perut, diare, konstipasi, suhu tubuh, perdarahan saluran cerna, urine output, gigi geligi, dll
<b>Riwayat Makan</b>	Mengkaji riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan makan sebelum masuk RS (kualitatif dan kuantitatif)
<b>Riwayat Personal</b>	Mengkaji riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan per oral kurang berkaitan dengan kesulitan makan, tidak nafsu makan, mual, sakit perut ditandai dengan asupan makanan 50% dari kebutuhan (NI-2.1)</li> <li>2. Kekurangan asupan cairan per oral berkaitan dengan demam muntah tidak dapat mencukupi kebutuhan ditandai dengan asupan cairan 60% dari kebutuhan (NI-3.1), Diagnosis Gizi lain dapat pula timbul tergantung kondisi pasien</li> </ol>
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b> <b>a. Perencanaan</b>	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan status gizi optimal</li> <li>2. Memberikan makanan yang mudah ditelan dan dicerna untuk memenuhi kebutuhan yang meningkat, asupan makan <math>\geq 80\%</math></li> <li>3. Makanan diberikan bertahap</li> </ol> <p>Preskripsi Diet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebutuhan Energi diperhitungkan berdasarkan berat badan ideal sesuai Tinggi badan aktual</li> <li>2. Protein 10-15% dari energi total</li> <li>3. Lemak 25-35% dari energi total</li> <li>4. Karbohidrat 55-65% dari energi total</li> <li>5. Cukup vitamin dan mineral</li> </ol>

<p><b>b. Implementasi</b>  <b>c. Edukasi</b>  <b>d. Konseling Gizi</b>  <b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Cukup cairan dari makanan maupun minuman</li> <li>7. Makanan bervariasi</li> <li>8. Diberikan dalam 3 porsi makan lengkap terdiri dari makan pagi, siang, malam dan 2-3 kali makanan selingan pagi, siang, malam.</li> <li>9. Mudah dicerna porsi kecil sering</li> <li>10. Pemberian Energi dan Protein bertahap disesuaikan dengan kemampuan mengkonsumsi</li> <li>11. Jenis Diet makan cair (enteral), saring/lunak atau dapat dikombinasi sesuai dengan daya terima. bubur susu, bubur saring, biskuit susu, makanan lunak maupun makan biasa.</li> <li>12. Jalur makanan. (oral/enteral per NGT/parenteral/kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi</li> </ol> <p>Pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan preskripsi diet  Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga pasien dan penunggu pasien (<i>care giver</i>)  Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<p>Mengetahui respon pasien terhadap intervensi yaitu monitor hasil positif maupun negative dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>b. Hasil biokimia terkait dengan gizi</li> <li>c. Fisik Klinis terkait dengan Gizi</li> <li>d. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol Kembali)</b></p>	<p>Melihat kembali kondisi pasien 3 hari setelah kunjungan awal (pada hari ke 4 atau ke 5 perawatan) untuk mengetahui keberhasilan intervensi sesuai hasil monitoring evaluasi. Jika pasien sudah kembali pulang maka re asesmen di rawat jalan untuk menilai kepatuhan diet dan keberhasilan intervensi (terapi gizi) 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit</p>
<p><b>7. Indikator (Target yang akan dicapai/Outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi Normal berdasarkan antropometri Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB), Indek Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U)</li> </ol>
<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Anak Edisi ke 3 Tahun 2014. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 2013</li> <li>3. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN (PAKf)
<b>PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (<i>DRUG RELATED PROBLEM</i>) DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Demam Berdarah Dengue adalah demam disebabkan infeksi virus dengue yang disertai perembesan plasma yang ditandai demam mendadak 2-7 hari, keluhan anoreksia, mual muntah, sakit kepala, nyeri epigastrik. Pendarahan dibuktikan dengan uji tourniquet (+).
<b>2. Asesmen Kefarmasian</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien</li> <li>2. Menentukan problem farmakoterapi pasien</li> <li>3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi pasien</li> <li>4. Mendesain regimen pengobatan pasien</li> </ol>
<b>3. Identifikasi DRP (<i>Drug Related Problem</i>)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemilihan cairan plasma, elektrolit oral atau infus</li> <li>2. Pemilihan antipiretik</li> <li>3. Dosis dan lama pemberian antipiretik, cairan plasma dan elektrolit</li> <li>4. Cara pemberian antipiretik, cairan plasma dan elektrolit</li> <li>5. Kegagalan terapi obat</li> <li>6. Efek samping obat</li> </ol>
<b>4. Intervensi Farmasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rekomendasi pemilihan antipiretik dan cairan elektrolit</li> <li>2. Pemantauan terapi cairan dan antipiretik</li> <li>3. Monitoring efek samping obat</li> <li>4. Memberikan rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat</li> </ol>
<b>5. Monitoring dan Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu</li> <li>2. Tanda-tanda perembesan plasma</li> <li>3. Trombosit</li> <li>4. Hematokrit</li> </ol>
<b>6. Edukasi dan Informasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cara dan durasi pemberian antipiretik</li> <li>2. Cara pemberian cairan elektrolit oral</li> </ol>
<b>7. Penelaah Kritis</b>	Apoteker Klinik
<b>8. Indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam turun</li> <li>2. Hematokrit dan trombosit normal</li> </ol>
<b>9. Kepustakaan</b>	1. Widyati, Dr. M. Clin. Pharm, Apt Praktek Farmasi Klinik Fokus Pada <i>Pharmaceutical Care</i> , Brillian Internasional. 2014

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi No. 58. Kemenkes RI. 2015</li><li>3. Pusponegoro dkk Neurologi IDAI, Konsesus Penatalaksanaan Kejang Demam. Badan Penerbit IDAI</li><li>4. Kemenkes, Pedoman Pelayanan Kefarmasian untuk Pasien Pediatri. Kemenkes RI. 2011</li><li>5. <i>American Society of Hospital Pharmacist. ASHP Guidelines on a Standardized Method for Pharmaceutical Care.</i> 1996</li><li>6. <i>WHO, Dengue Guideline For Diagnosis, Treatment, Prevention and Control.</i> 2009</li></ol>
--	---

**CLINICAL PATHWAY  
DEMAM BERDARAH GRADE 1&2  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Psien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko-sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	HB, HT, WBC, TROMBOCYT									Varian
	NS1									
	IGM, IGG, DENGUE									
3. RADIOLOGI/IMAGING	THORAX AP									
4. KONSULTASI										
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift

c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)										Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep										Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat										
6. DIAGNOSIS											
a. DIAGNOSIS MEDIS	Demam berdarah Grade 1& 2										
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00025): Risiko ketidakseimbangan volume cairan										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis NANDA-Int
	b. Kode (00195): Risiko Keseimbangan elektrolit										
	c. Kode (00007): Hiperthermia										
	d. Kode (00205): Risiko shock										
	e. Kode (00206): Risiko Pendarahan										
	f. Kode (00132): Nyeri Akut										
c. DIAGNOSIS GIZI	Peningkatan kebutuhan energi expenditure berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan untuk menjaga suhu tubuh ditandai dengan demam (NI - 1.1)										Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidak cukupnya asupan cairan berkaitan dengan demam meningkat insensible water losses ditandai dengan estimasi asupan kurang dari kebutuhan (NI - 3.1)										
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan										Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan rumah										
	Hand Hygiene										
	Kebersihan Lingkungan: 3M (Menimbun/Menutup, Menguras, Mengubur)										
8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										

b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Makanan lunak/makanan biasa dengan gizi seimbang											Edukasi gizi dilakukan pada saat awal masuk (pada hari pertama atau kedua) dan atau pada hari ke 4 atau ke 5.
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Peningkatan intake cairan peroral											Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Tirah baring (Bedrest)											
	c. Cara turunkan panas : <i>WaterTapid Sponge</i>											
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat											Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat											
PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi											DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA												
a. INJEKSI	Paracetamol 10 - 15 mg/kg BB/ intravena											Varian
b. CAIRAN INFUS	RL											Varian
c. OBAT ORAL	Paracetamol 10 -15 mg/kg BB/ kali/oral											Varian
d. RECTAL												Varian
10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)												
a. TLI MEDIS												
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (196): Manajemen Demam											Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (200): Manajemen Cairan											
	c. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri											
	d. Kode NIC (337): Pemenuhan ADL											
	e. Kode NIC (4190): Kolaborasi Pemasangan infus											
	f. Kode NIC (2304): Kolaborasi Pemberian Obat Oral											
	g. Kode NIC (2314): Kolaborasi Pemberian Obat IV											
c. TLI GIZI	Diet makanan lunak atau makan biasa											Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis anak secara bertahap
	Cukup cairan dari makanan dan minuman											

d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (413): Monitoring TTV (baseline)/4 jam									Mengacu pada NOC
	b. Kode NOC (200) Monitoring cairan dan pendarahan									
	c. Kode NOC (1400) Monitoring nyeri									
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau hari ke 5 kecuali asupan makan.  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Dibantu sebagian									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Demam Hilang									
	Shock Negative									
b. KEPERAWATAN	a. Suhu normal									Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	b. Hemodinamic Stabil									
	c. Nyeri berkurang									
	d. Pendarahan Negatif									
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Asupan cairan (minum) adekuat									
	Status Gizi Optimal									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Tanda Vital Normal									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Trombosit Diatas 100.000									
	Sesuai NOC									

15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan /Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar control									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verivikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS		PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
PNEUMONIA		
1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	<p>Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveolus, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan pertukaran gas setempat.</p> <p>Pneumonia didapat di masyarakat atau <i>Community-Acquired Pneumonia</i> (CAP): Pneumonia pada individu yang menjadi sakit di luar rumah sakit, atau dalam 48 jam sejak masuk rumah sakit.</p>
2.	<b>Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam</li> <li>2. <i>Fatigue</i></li> <li>3. <i>Malaise</i></li> <li>4. Sakit kepala</li> <li>5. Myalgia</li> <li>6. Arthralgia</li> <li>7. Batuk produktif/batuk tidak produktif dengan sputum purulent, bisa disertai darah</li> <li>8. Sesak napas</li> <li>9. Nyeri dada</li> </ol>
3.	<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam</li> <li>2. Sesak napas (berbicara dengan kalimat terpengal)</li> <li>3. Perkusi paru pekak</li> <li>4. Ronki nyaring</li> <li>5. Suara pernapasan <i>bronchial</i>.</li> </ol>
4.	<b>Kriteria Diagnosis</b>	<p>Kriteria rawat jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanpa penyakit kardiopulmonal, tanpa faktor modifikasi (Grup I)</li> <li>2. Terdapat riwayat penyakit kardiopulmonal dan/ atau faktor modifikasi (Grup II)</li> </ol> <p>Faktor modifikasi: penyakit jantung, hati, atau ginjal yang kronis, diabetes mellitus, alkoholik, keganasan, asplenia, imunokompromais menggunakan antibiotik dalam 3 bulan terakhir, adanya risiko streptococcus pneumoniae resisten obat.</p> <p>Kriteria rawat inap (Grup III): Jika terdapat kriteria CURB-65 <math>\geq 2</math></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Confusion</i></li> <li>2. Uremia (BUN &gt; 19 mg/dL or 7 mmol/L)</li> <li>3. <i>Respiratory rate</i> (&gt; 30x/menit)</li> <li>4. <i>Blood pressure</i> (diastolik &lt; 60 or sistolik &lt; 90 mmHg)</li> <li>5. 65 tahun atau lebih</li> </ol>

		<p>Atau tidak mendapatkan perawatan yang baik di rumah</p> <p>Kriteria rawat ICU (Grup IV):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ditemukan 1 di antara 2 kriteria mayor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memerlukan ventilasi mekanik</li> <li>• Syok septik dan memerlukan obat vasopressor</li> </ul> </li> <li>2. Atau ditemukan 3 kriteria minor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laju napas &gt; 30x/menit</li> <li>• PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> rasio &lt; 250</li> <li>• Infiltrat multilobus</li> <li>• Konfusi</li> <li>• Blood urea nitrogen (BUN) &gt; 20 mg/dL</li> <li>• Leukopenia (leukosit &lt; 100.000 mm<sup>3</sup>)</li> <li>• Hipotermi (suhu tubuh &lt; 36°C)</li> <li>• Hipotensi, memerlukan terapi cairan agresif</li> </ul> </li> </ol>
5.	<b>Diagnosis Kerja</b>	Pneumonia didapat di Masyarakat atau <i>Community Acquired Pneumonia</i> (CAP)
6.	<b>Diagnosis Banding</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bronkitis akut</li> <li>2. Bronchitis kronis eksaserbasi akut</li> <li>3. Gagal jantung</li> <li>4. Emboli paru</li> <li>5. Pneumonitis radiasi</li> </ol>
7.	<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rontgen thorax (1A)</li> <li>2. CT Scan thorax (2A)</li> <li>3. Pulse <i>Oxymetry</i></li> <li>4. Laboratorium rutin: DPL, hitung jenis, LED, glukosa darah, ureum, kreatinin, SGOT, SGPT (3A)</li> <li>5. Analisa gas darah, elektrolit (3A)</li> <li>6. Pewarnaan gram sputum (2A)</li> <li>7. Kultur sputum (2A)</li> <li>8. Kultur darah (2A)</li> <li>9. Pemeriksaan serologis (2A)</li> <li>10. Pemeriksaan antigen (2A)</li> <li>11. Pemeriksaan <i>polymerase chain reaction</i> (CPR) (1A)</li> <li>12. Tes invasive (torakosintesis, aspirasi transtrakheal, bronkoskopi, aspirasi jarum transtorakal, biopsy paru terbuka dan thorakoskopi. (1A)</li> </ol>

8.	<b>Tata Laksana</b>	<p>Rawat jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dianjurkan untuk tidak merokok, beristirahat, dan minum banyak cairan</li> <li>2. Nyeri pleuritik/demam diredakan dengan parasetamol</li> <li>3. Ekspektoran/mukolitik</li> <li>4. Nutrisi tambahan pada penyakit yang berkepanjangan</li> <li>5. Control setelah 48 jam atau lebih bila diperlukan</li> <li>6. Bila tidak membaik dalam 48 jam; dipertimbangkan untuk dirawat di rumah sakit, atau dilakukan foto thoraks</li> <li>7. Antibiotik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grup I: Makrolid (Azithromycin 1x500 mg PO lalu 1x250 mg PO, atau Erythromycin 4x500 mg PO, Doxycycline 2x100 mg PO (1A))</li> <li>• Grup II: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Flouroquinolone (maxifloxacin 1x400 mg PO, gemifloxacin atau levofloxacin 1x500 mg PO/IV) (1A)</li> <li>✓ B-lactam + makrolid (pilihan: amoxicillin dosis tinggi 3x1 gram IV atau amoxicillin-clavulanate 2x2 gram, atau alternative ceftriaxone 1x1 gram IV, cefpodoxime 2x200 mg PO, dan cefuroxime 2x500 mg PO atau 3x750-1500 mg IV dengan doxycycline (makrolid alternative) (1A))</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> <p>Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oksigen, bila perlu dengan pemantauan saturasi dan konsentrasi oksigen inspirasi</li> <li>2. Terapi oksigen pada pasien dengan penyakit dasar PPOK dengan komplikasi gagal napas dituntun dengan pengukuran analisis gas darah berkala</li> <li>3. Cairan: bila perlu dengan cairan intravena</li> <li>4. Nutrisi</li> <li>5. Nyeri pleuritik/demam diredakan dengan parasetamol</li> <li>6. Ekspektoran/mukolitik</li> <li>7. Foto thoraks diulang pada pasien yang tidak menunjukkan perbaikan yang memuaskan</li> <li>8. Terapi antibiotik (Grup III): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluoroquinolon</li> <li>• B-lactam + makrolid (b-lactam pilihan: cefotaxime, ceftriaxone, dan ampicillin, erapenem (untuk pasien tertentu) dengan doxycycline 4x500-1000 mg IV (alternative makrolid). Jika alergi penicillin gunakan fluoroquinolon. (1A))</li> </ul> </li> </ol>
----	---------------------	---

		<p>Rawat di ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bronkoskopi dapat bermanfaat untuk retensi secret, mengambil sampel untuk kultur guna penelusuran mikrobiologi lain dan menyingkirkan kelainan endobronkial.</li> <li>2. Terapi antibiotik (Grup IV): <ul style="list-style-type: none"> <li>• B-lactam (cefotaxime, ceftriaxone, atau ampicillin-sulbactam) + azithromycin atau fluoroquinolone (jika alergi penicillin gunakan fluoroquinolone atau aztrenonam) (2A)</li> <li>• Jika ada risiko infeksi pseudomonas, gunakan antipneumococcal, antipseudomonal b-lactam (piperacillin-tazobactam, cefepime, ciprofloxacin atau levofloxacin 750 mg atau b-lactam + aminoglikosida + azithromycin atau b-lactam plus + aminoglycoside + antipneumococcal fluoroquinolone (untuk alergi penicillin ganti b-lactam dengan aztreonam) (2A)</li> </ul> </li> </ol> <p>Tatalaksana antibiotik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi antibiotik diberikan selama 5 hari untuk pasien rawat jalan dan 7 hari untuk pasien rawat inap. (1A)</li> <li>2. Syarat untuk alih terapi antibiotik intravena ke oral (ATS 2007): Hemodinamik stabil dan gejala klinis membaik (2A)</li> </ol>
9.	<b>Edukasi</b>	
10.	<b>Prognosis</b>	Mortalitas pasien CAP yang dirawat jalan <1%, yang dirawat inap di rumah sakit 5,7-14%, yang dirawat di ICU >30%. mortalitas pasien dengan nilai CURB-65=0 adalah 1,2%, 3-4 adalah 31%.
11.	<b>Tingkat Evidens</b>	
12.	<b>Tingkat Rekomendasi</b>	
13.	<b>Penelaah Kritis</b>	
14.	<b>Indikator (Outcome)</b>	<p>Kriteria klinis stabil: suhu <math>\leq 37,6^{\circ}\text{C}</math>, laju nadi <math>\leq 100\text{x/menit}</math>, laju napas <math>\leq 24\text{x/menit}</math>, tekanan darah sistolik <math>\geq 90\text{ mmHg}</math>, saturasi oksigen arteri <math>\geq 90\%</math> atau PaO<sub>2</sub> &gt; 60 mmHg pada udara ruangan, dapat memelihara asupan oral, status kesadaran compos mentis. (2A)</p> <p>Kriteria pasien dipulangkan: klinis stabil, tidak ada masalah medis aktif, memiliki lingkungan yang sesuai untuk rawat jalan.</p>

15.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dahlan, Zul. Pneumonia. Dalam: Sudoyo, Aru W. setyohadi, Bambang. Alwi, Idrus. Simadibrata, Marcellus. Setiati, Siti. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid III. Edisi V. Jakarta: Balai Penerbit FKUI;2009.p2196-2206</li> <li>2. Dahlan Z. pneumonia Bakterial, Dalam: amin Z, Dahlan Z, Yuwono A (Eds). Panduan Tatalaksana/Prosedur Respirologi dan Penyakit Kritis Paru.</li> <li>3. Pneumonia, Dalam: Fauci A, Kasper D, Lango D, Braunwald D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicin. 18<sup>th</sup> ed. United States of America; The McGraw-Hill Companies, 2011.</li> <li>4. American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Community-Acquired Pneumonia: Diagnosis, Assesment of Severity, Antimicrobial Therapy, and Prevention. Am J Respir Crit Care Med.2001;163:1730-54.</li> <li>5. Mandell, Lionel A. Et all. Infectious Disease Society of America. American Toracic Society Consensus Guidelines on the Management of Communty-Aquired Pneumonia in Adults. CID 2007: 44 (Suppl 2). Diunduh dari: <a href="http://www.thoracic.org/statements/resources/mtpi/idsaats-cap.pdf">http://www.thoracic.org/statements/resources/mtpi/idsaats-cap.pdf</a>. Pada tanggal 29 mei 2012.</li> <li>6. Alwi I, Salim S, Hidayat R, Kurniawan J, Tahapary D, editors. Panduan Praktik Klinis Penatalaksanaan di Bidang ilmu Penyakit Dalam. Indonesia. Interna Publishing. 2015. P774-779.</li> <li>7. <i>Guidelines for Diagnosis and Management of Community and Hospital Acquired Pneumonia in Adults: Joint ICS/NCPP (I) Recommendations</i>. 2012</li> </ol>
-----	--------------------	--

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>BRONKOPNEMONIA</b>	
<b>1. Pengertian Asuhan Gizi pada Bronkopneumonia</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien bronkopneumonia yang sistematis, dimana Nutrisisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas
<b>2. Asesmen/Pengkajian:</b>  <b>Antropometri</b>	Menindaklanjuti hasil skrining gizi perawat, apabila pasien berisiko malnutrisi dan atau kondisi khusus. Nutrisisionis/ Dietisien asesmen gizi lebih lanjut. Mengkaji data antropometri berat badan, tinggi badan, Lingkar Lengan Atas, Lingkar Kepala (pada bayi).
<b>Biokimia</b>	Mengkaji data laboratorium terkait gizi seperti HB, Hematokrit, Leukosit, Albumin, data laboratorium lain terkait gizi (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Mengkaji adanya sesak nafas, anoreksia, demam, lemas, berubah/adanya penurunan berat badan (kehilangan masa otot atau lemak), gigi geligi, dll
<b>Riwayat Makan</b>	Mengkaji riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan sebelum masuk Rumah Sakit (kualitatif dan kuantitatif)
<b>Riwayat Personal</b>	Mengkaji riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental, serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Tidak cukupnya asupan per oral berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan karena tidak napsu makan, sesak ditandai dengan estimasi asupan energi dan protein dari diet kurang dari kebutuhan, tidak berminat makan dan lemah (NI 2-1), Diagnosis Gizi lain dapat pula timbul tergantung kondisi pasien

<p><b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b></p> <p><b>a. Perencanaan</b></p> <p><b>b. Implementasi Pemberian Makanan</b></p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p><b>d. Konseling Gizi</b></p> <p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memenuhi kebutuhan zat gizi <math>\geq 80\%</math></li> <li>2. Mempertahankan status gizi optimal</li> </ol> <p>Preskripsi Diet :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebutuhan Energi diperhitungkan berdasarkan berat badan ideal sesuai Tinggi badan actual</li> <li>2. Protein 10-15% dari energi total</li> <li>3. Lemak 25-35% dari energi total</li> <li>4. Karbohidrat 55-65% dari energi total</li> <li>5. Cukup vitamin dan mineral</li> <li>6. Makanan bervariasi</li> <li>7. Diberikan dalam 3 porsi makan lengkap terdiri dari makan pagi, siang, malam dan 1-3 kali makanan selingan pagi, siang, malam.</li> <li>8. Jenis Diet makan saring/lunak/biasa/enteral/parenteral</li> <li>9. Mudah dicerna porsi kecil sering</li> <li>10. Pemberian Energi dan Protein bertahap disesuaikan dengan kemampuan mengkonsumsi</li> <li>11. Cukup cairan</li> <li>12. Bentuk makanan dapat dikombinasi dengan cair atau sesuai daya terima. bubur susu, bubur saring, biskuit susu, makanan lunak maupun makan biasa. Jalur makanan. (oral/enteral NGT/parenteral/kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi</li> </ol> <p>Pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan preskripsi diet</p> <p>Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien, keluarga pasien dan penunggu pasien (care giver)</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<p>Mengetahui respon pasien terhadap intervensi yaitu monitor hasil positif maupun negative dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>b. Hasil biokimia terkait gizi</li> <li>c. Fisik Klinis terkait dengan gizi, demam, tidak nafsu makan, mual</li> <li>d. Asupan Makanan klien</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Melihat kembali kondisi pasien 3 hari setelah kunjungan awal (pada hari ke 4 atau ke 5 perawatan) untuk melihat keberhasilan intervensi sesuai hasil monitoring evaluasi. Jika pasien sudah kembali</p>

	pulang maka re asesmen di rawat jalan untuk menilai kepatuhan diet dan keberhasilan intervensi (terapi gizi) 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit.
<b>7. Indikator (Target yang akan dicapai/Outcome)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Status Gizi Normal berdasarkan antropometri Berat Badan/Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut umur (TB/U), Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB), Indek Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), Lingkar Lengan Atas menurut Umur (LLA/U)</li> </ol>
<b>8. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet Anak Edisi ke 3 Tahun 2014. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 2013</li> <li>3. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
PNEUMONIA KOMUNITAS  
Rumah Sakit Kelas B**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7		
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7		
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko-sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah Lengkap (LED, Hitung JenisLeukosit), AGD									
	Uji Sputum BTA 3x, pemeriksaan gram kultur, dan uji resistensi									
	Saturasi O2									
										Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	Rontgen Dada PA									
	EKG									
4. KONSULTASI										
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency

b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)									Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat									
6. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	Pneumonia Komunitas									
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00030): Gangguan Pertukaran Gas									Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis NANDA. Int
	b. Kode (00032): Ketidakefektifan Pola Nafas									
	c. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Aktifitas									
	d. Kode (00007): Hypertermia									
c. DIAGNOSIS GIZI	Peningkatan kebutuhan zat gizi energi berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan untuk menjaga suhu tubuh ditandai dengan asupan tidak adekuat, demam (NI - 1.1)									Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan									Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi kebutuhan di rumah									
	Hand Hygiene									
8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet makanan lunak atau makanan saring									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Teknik relaksasi nafas dalam									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Posisi									
	c. Pencegahan aspirasi									
	d. Pencegahan penularan									

d.EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Antibiotik empiris spektrum luas									Varian
b. CAIRAN INFUS	IVFD Nacl 0,9% untuk rehidrasi dan koreksi kalori dan elektrolit									Varian
	Simptomatik/Supportif: Antipiretik Mukolitik									Varian
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS	Perawatan ICU dan penggunaan ventilator bila didapatkan gagal									
b. TLI KEPERAWATAN	a. Monitoring pernafasan, suhu, retraksi dada, suara nafas									Mengacu pada NIC
	b. Kode NIC (0810): Memberikan Posisi									
	c. Kode NIC : Manajemen Pencegahan Risiko Jatuh									
	d. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri									
	e. Kode NIC (4120): <i>Fluid Management</i>									
	f. Kode NIC (6540): <i>Infection Control</i>									
	g. Kode NIC (2380): <i>Medication Management</i>									
	h. Kode NIC (2314): Medikasi IV									
	i. Kode NIC (2304): Medication : oral									
	j. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairan RL									
	k. Kode NIC (3320): Oksigenisasi									
	l. Kode NIC (3160): Suction									
	m. Kode NIC (0580): Katerisasi									
	n. Kode NIC (0570): Bladder training									
o. Kode NIC : Perawatan ICU										
c. TLI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/ gizi									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis, secara bertahap
	Diet Makanan Lunak atau Makanan Saring									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring

11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)								
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan							Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	a. TTV							Mengacu pada NOC
	b. Status pernafasan							
	c. Tingkat kesadaran							
	d. Aktivitas dan toleransi							
c. GIZI	Monitoring asupan makan							Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan  Mengacu pada IDNT (Internasional Dietetic & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri							
	Monitoring Biokimia							
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi							
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat							Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat							
	Pemantauan Terapi Obat							Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
12. MOBILISASI/ REHABILITASI								
a. MEDIS								Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi sesuai toleransi							
c. FISIOTERAPI								
13. OUTCOME/HASIL								
a. MEDIS	Tegaknya diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang mendukung							
	Didapatkan diagnosis definitif bakteri penyebab Pneumonia dari pemeriksaan penunjang							
	Tanda vital baik, intake baik, mobilisasi baik							
b. KEPERAWATAN	a. TTV, kesadaran							Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	b. Toleransi aktivitas							
	c. Kebutuhan sehari-hari							
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80%							Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	Optimalisasi status gizi							
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi							Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional							
14. KRITERIA PULANG	Umum: Tanda vital baik, intake baik, mobilisasi baik							Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK

	Khusus: pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang kembali normal/perbaikan												
15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan												Pasien membawa Resume Perawatan/Surat Rujukan/Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien												
	Surat pengantar control												
VARIAN													

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan      Perawat Penanggung Jawab      Pelaksana Verifikasi  
  
 ( \_\_\_\_\_ )                                      ( \_\_\_\_\_ )                                      ( \_\_\_\_\_ )

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>STROKE HEMORAGIK</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Stroke hemoragik ialah suatu gangguan organik otak yang disebabkan adanya darah di parenkim otak atau ventrikel
<b>2. Anamnesis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala prodromal yaitu : Gejala peningkatan tekanan intrakranial dapat berupa : sakit kepala, muntah-muntah, sampai kesadaran menurun.</li> <li>2. Gejala penekanan parenkim otak (perdarahan intraserebral), memberikan gejala tergantung daerah otak yang tertekan/terdorong oleh bekuan darah</li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GCS</li> <li>2. Kelumpuhan saraf kranial</li> <li>3. Kelemahan motorik</li> <li>4. Defisit sensorik</li> <li>5. Gangguan otonom</li> <li>6. Gangguan neurobehavior</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	Defisit neurologis fokal atau global yang muncul secara tiba-tiba, dapat disertai tanda peningkatan tekanan intrakranial dan dibuktikan dengan adanya lesi hiperdens (darah) pada pemeriksaan CT- Scan Otak
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Stroke Hemoragik
<b>6. Diagnosis Banding</b>	Stroke Iskemik (bila belum dilakukan CT Brain)
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CT Scan + CT Angiografi</li> <li>2. EKG</li> <li>3. Doppler Carotis</li> <li>4. Transcranial Doppler</li> <li>5. Lab : Hematologi rutin, gula darah sewaktu, fungsi ginjal (ureum, kreatinin), Activated Partial Thrombin Time (APTT), waktu prothrombin (PT), INR, gula darah puasa dan 2 jam PP, HbA1C, profil lipid, C-reactive protein (CRP), laju endap darah, dan pemeriksaan atas indikasi seperti: enzim jantung (troponin/CKMB), serum elektrolit, analisis hepatic dan pemeriksaan elektrolit.</li> <li>6. Thorax foto</li> <li>7. Urinalisa</li> <li>8. Pemeriksaan Neurobehavior (Fungsi Luhur)</li> <li>9. DSA Serebral</li> </ol>

<p><b>8. Tata Laksana</b></p> <p><b>Tindakan Operatif</b></p> <p><b>Lama Perawatan</b></p>	<p>Tatalaksana Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stabilisasi jalan nafas dan pernapasan</li> <li>2. Stabilisasi hemodinamik (infus kristaloid)</li> <li>3. Pengendalian tekanan intrakranial (manitol, furosemide, jika diperlukan)</li> <li>4. Pengendalian kejang (terapi anti kejang jika diperlukan)</li> <li>5. Analgetik dan antipiterik, jika diperlukan</li> <li>6. Gastroprotektor, jika diperlukan</li> <li>7. Manajemen nutrisi</li> <li>8. Pencegahan DVT dan emboli paru : heparin atau LMWH</li> </ol> <p>Tatalaksana Spesifik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koreksi koagulopati (PCC/Prothrombine Complex Concentrate, jika perdarahan karena antikoagulan)</li> <li>2. Manajemen hipertensi (Nicardipin, ARB, ACE-Inhibitor, Calcium Antagonist, Beta blocker, Diuretik)</li> <li>3. Manajemen gula darah (insulin, anti diabetic oral)</li> <li>4. Pencegahan stroke hemoragik (manajemen factor risiko)</li> <li>5. Neurorestorasi/Neurorehabilitasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kraniotomi evakuasi hematoma, sesuai indikasi</li> <li>2. Kraniotomi dekompresi, sesuai indikasi</li> <li>3. VP Shunt/external <i>drainage</i>, sesuai indikasi</li> </ol> <p>14-21 hari (jika tanpa komplikasi/penyulit seperti Pneumonia, gangguan jantung, dll)</p>
<p><b>9. Edukasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan Sebelum MRS (rencana rawat, biaya, pengobatan, prosedur, masa dan tindakan pemulihan dan latihan, manajemen nyeri, risiko dan komplikasi)</li> <li>2. Penjelasan mengenai stroke hemoragik, risiko dan komplikasi selama perawatan</li> <li>3. Penjelasan mengenai factor risiko dan rekurensi</li> <li>4. Penjelasan program pemulangan pasien (Discharge Planning)</li> <li>5. Penjelasan mengenai gejala stroke berulang dan tindakan yang harus dilakukan sebelum ke Rumah Sakit</li> </ol>
<p><b>10. Prognosis</b></p>	<p>Ad vitam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Functionam : dubia <b>adbonam</b>  <b>(catatan : perdarahan otak luas dan disertai gejala peningkatan tekanan intrakranial, prognosis dubia admalam)</b></p>
<p><b>11. Tingkat Evidens</b></p>	<p>I</p>
<p><b>12. Tingkat Rekomendasi</b></p>	<p>A</p>
<p><b>13. Penelaah Kritis</b></p>	<p>Departemen/SMF Neurologi</p>

<p><b>14. Indikator (outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator jangka pendek : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kematian</li> <li>✓ Perbaikan NIHSS (<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>)</li> </ul> </li> <li>2. Indikator Jangka Panjang : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perbaikan mRS (modified Rankin Scale)</li> <li>✓ Activity Daily Living</li> <li>✓ Fungsi Kognitif</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>15. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hemphill C, Greenberg S, Anderson C, Becker K, Bendok B, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage . A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i> 2015;46</li> <li>2. Steiner T, Salman R, Beer R, Christensen H, Cordonnier C. European Stroke Organisation (ESO) guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage. <i>Int J of Stroke</i>. 2014; 840–855</li> <li>3. Samuels MA, Ropper AH. Samuel’s Manual of Neurologic Therapeutics. 8<sup>th</sup> ed.Philadelphia:Lippincott Williams &amp; Walkins; 2010.p.387-393</li> <li>4. Biller J. Hemorrhagic Cerebrovascular Disease. In: <i>Practical Neurology</i>. Philadelphia: Lippincott Williams &amp; Wilkins.2009.p.477-490.</li> <li>5. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: Summary. <i>CMAJ</i>. December 2,2008. Vol.179(12).</li> <li>6. Broderick J, Connolly S, Feldmann E et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults 2007 Update. <i>Stroke</i> 2007;38: 2001-2023.</li> <li>7. Acute Stroke Practice Guidelines for Inpatient Management of Intracerebral Hemorrhage. OHSU Health Care System. Jan 2010.</li> <li>8. Dewey HM, Chambers BR, Donnan GA. Stroke. In: Warlow C (ed). <i>Handbook of Treatment in Neurology</i>. The Lancet. 2006.pp.87-116.</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>STROKE</b>	
<b>1. Pengertian Asuhan Gizi pada Stroke</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien stroke yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi sehingga aman, efektif dan berkualitas
<b>2. Asesmen/Pengkajian:</b>	Melanjutkan hasil skrining perawat terkait risiko malnutrisi dan atau kondisi khusus. Stroke termasuk kondisi khusus sehingga memerlukan asesmen gizi.
<b>Antropometri</b>	Data berat badan, tinggi badan dan atau lingkar lengan atas
<b>Biokimia</b>	Mengkaji data laboratorium terkait gizi seperti HB, Hematokrit, Leukosit, Albumin (bila ada)
<b>Klinis/Fisik</b>	Mengkaji data nyeri saat menelan, kesulitan menelan, air liur menetes, makanan lengket dalam mulut/kerongkongan, tensi darah status hidrasi, masa otot dan lemak, ada tidak nya edema.
<b>Riwayat Makan</b>	Mengkaji riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan sebelum masuk RS (kualitatif dan kuantitatif)
<b>Riwayat Personal</b>	Mengkaji riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental, serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	Asupan makan per oral kurang berkaitan dengan menurunnya konsumsi zat gizi karena kesulitan menelan ditandai dengan asupan makanan 50% dari kebutuhan (NI-2.1) Kesulitan Menelan berkaitan dengan stroke ditandai dengan estimasi menurunnya asupan makan (NC-1.1)
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi)</b>	Tujuan : 1. Memenuhi kebutuhan zat gizi $\geq 80\%$ 2. Mempertahankan status gizi optimal  Preskripsi Diet : Kebutuhan Energi 25-45 kkal/kgBB. Pada fase akut energi diberikan 1100-1500 kkal/hari Protein 0.8-1 g/kgBB. Apabila pasien dengan status gizi kurang, diberikan 1.2-1.5 g/kgBB. Lemak 20-25% dari energi total Karbohidrat 60-70% dari energi total Kholesterol <300 mg Serat 15-25 gram Natrium 1500 mg -2300 mg Cukup vitamin dan mineral Jenis Diet makan cair/enteral,saring,lunak,biasa, bertahap sesuai
<b>a. Perencanaan</b>	

<p><b>b. Implementasi Pemberian Makanan</b></p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p><b>d. Konseling Gizi</b></p> <p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<p>tes fungsi menelan. Mudah dicerna porsi kecil sering Pemberian Energi dan Protein bertahap disesuaikan dengan kemampuan mengkonsumsi per oral</p> <p>Cukup cairan</p> <p>Bentuk makanan dapat dikombinasi cair/enteral atau bubur susu, bubur saring, makanan lunak maupun makan biasa, bertahap. Jalur makanan. (oral/enteral per NGT/parenteral atau kombinasi) sesuai kondisi klinis dan kemampuan mengkonsumsi.</p> <p>Pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan preskripsi diet</p> <p>Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien dan keluarga serta penunggu pasien (<i>care giver</i>) mengenai diet post stroke untuk pemulihan sesuai dengan kemampuan menelan, kebutuhan, bentuk makanan baik jumlah, jadwal dan jenis makanan yang dianjurkan</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan lain yaitu dengan dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<p>Mengetahui respon pasien terhadap intervensi yaitu monitor hasil positif maupun negative dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>2. Hasil biokimia terkait gizi</li> <li>3. Fisik Klinis terkait dengan gizi yaitu ada tidaknya residu, malabsorpsi/diare, dll</li> <li>4. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Melihat kembali kondisi pasien 3 hari setelah kunjungan awal (pada hari ke 4 atau ke 5 perawatan) untuk melihat keberhasilan intervensi sesuai hasil monitoring evaluasi. Jika pasien sudah kembali pulang maka re asesmen di rawat jalan untuk menilai kepatuhan diet dan keberhasilan intervensi (terapi gizi) 2-4 minggu setelah pulang dari rumah sakit.</p>
<p><b>7. Indikator (Target yang akan dicapai/Outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan</li> <li>2. Bentuk makanan biasa</li> <li>3. Status Gizi Normal berdasarkan antropometri Indek Masa Tubuh (IMT) atau lingkaran lengan atas, biokimia albumin, fisik/klinis dan asupan makan</li> </ol>

<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komplikasi Pada Stroke, FKUI 2015</li> <li>2. Penuntun Diet Edisi 3 Tahun 2006. Asosiasi Dietisien Indonesia (AsDI). Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)</li> <li>3. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual</li> <li>4. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> <li>5. Guidelines Clinical Nutrition in patients with stroke. German society for Clinical Nutrition, German Medical Societies 2013</li> <li>6. Stroke Nutrition Therapy, American Dietetic Association</li> </ol>
------------------------------	--

**CLINICAL PATHWAY  
STROKE HEMORAGIK  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT								KETERANGAN	
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16		
		HARI RAWAT									
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16		
1. ASESMEN AWAL											
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD										Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis										Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.										Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah tepi lengkap										
	GDS										
	HbA1C										
	Ureum - Creatinin										
	SGOT - SGPT										
	Analisa Gas Darah										
	Elektrolit										
	Profil Lipid										
	Hemostasis										
										Varian	

3. RADIOLOGI/ IMAGING	Rontgen Thorax									
	Brain CT SCAN + CT Angiografi									Usia > 40 tahun
	Doppler Carotis									
	Transcranial Doppler									
	DSA Cerebral									
	EKG									
4. KONSULTASI	Penyakit Dalam									Lama Hari Rawat 14 Hari
	Jantung									
	Bedah Saraf									
	Paru									
	Rehab Medis									
	Gizi									
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
	Asesmen perkembangan harian									
	TNRS									
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)									Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi
	Rekonsiliasi Obat									
6. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	CVD Stroke Hemorrhagic									

b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN										Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
c. DIAGNOSIS GIZI	Asupan cairan kurang berkaitan dengan kurangnya pemenuhan kebutuhan ditandai dengan kesulitan menelan, asupan cairan tidak cukup dibanding kebutuhan (NI - 3.1)									Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidak cukupnya asupan makanan peroral berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi zat gizi energi dan protein ditandai dengan terbatasnya asupan makanan setelah stroke (NI - 2.1)									
	Malnutrisi berkaitan dengan terbatasnya akses makanan ditandai dengan BMI < 18, kehilangan lemak subkutan dan otot (NI - 5.2)									
	Kurang asupan serat berkaitan dengan kurang asupan buah dan sayur ditandai dengan tidak cukup dibanding dengan kebutuhan dan sulit BAB (NI - 5.8.5)									
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan di rumah									Program pendidikan pasien dan keluarga Lama Rawat 14 Hari
	Kebutuhan perawatan suportif									
8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Penjelasan pemberian makanan bertahap sesuai hasil tes menelan, dimulai dari makanan enteral/cair frekuensi 6 kali (porsi kecil sering) sesuai kemampuan, dilanjut ke bentuk saring, lunak, biasa									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau ke 2

c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Pembatasan valsafa maneuver yang meningkatkan tekanan intrakranial									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Posisi									
	c. Pencegahan risiko jatuh									
	d. Bantuan melaksanakan aktivitas sehari-hari									
d.EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Anti Hipertensi									DIBERIKAN SELAMA 7 HARI
	Neurotropik									
	Diuretik (Manitol 20%)									
	Insulin									
b. CAIRAN INFUS	Asering/12Jam									Varian
c. OBAT ORAL	Neurotropik									
	Anti Hipertensi									
	Anti Diabetik									
	Analgetik									
	Statin									
d. OBAT ANESTESI										Tergantung pilihan GA/RA
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS	Tindakan Bedah : Craniotomi									
b. TLI KEPERAWATAN	a. Monitoring tanda perubahan tekanan intracranial									Mengacu pada NIC
	b. Monitoring kesadaran									
	c. Monitoring perdarahan									
	d. Memberikan posisi									
	e. Manajemen pencegahan risiko jatuh									
	f. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri									
	g. Kode NIC (4120): <i>Fluid Management</i>									
	h. Kode NIC (6540): <i>Infection Control</i>									

	i. Kode NIC (2380): <i>Medication Management</i>									
	j. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi/ROM									
	k. Kode NIC (2314): Medikasi IV									
	l. Kode NIC :Medication : Oral									
	m. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairan RL									
c. TLI GIZI	Fase akut parenteral nutrisi, secepatnya diberikan enteral, apabila ada gangguan fungsi menelan makanan enteral/cair per oral/NGT fase pemulihan makan per oral cair/saring/lunak/biasa									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring tanda-tanda vital									Mengacu pada NOC
	b. Monitoring kesadaran									
	c. Monitoring perubahan tekanan intrakranial									
	d. Monitoring termoregulasi									
	e. Monitoring adanya tanda perluasan perdarahan									
	f. Monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit									
	g. Monitoring kekuatan otot									
	h. Monitoring kemampuan melaksanakan ADL									
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)

d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat									
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS										
b. KEPERAWATAN	ROM									
	Positioning									
	Mobilisasi									
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS										
b. KEPERAWATAN	a. TTV dalam kondisi stabil									
	b. Kemampuan mengenali tanda kenaikan tekanan intrakranial									
	c. Kemampuan aktivitas dan mobilisasi									
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									
	Optimalisasi Status Gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG										
	Sesuai NOC keperawatan									
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>STROKE ISKEMIK</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Kumpulan gejala defisit neurologis akibat gangguan fungsi otak akut baik fokal maupun global yang mendadak, disebabkan oleh berkurangnya atau hilangnya aliran darah pada parenkim otak, retina atau medulla spinalis, yang dapat disebabkan oleh penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah arteri maupun vena, yang dibuktikan dengan pemeriksaan <i>imaging</i> dan/atau patologi.
<b>2. Anamnesis</b>	<p>Gangguan global berupa gangguan kesadaran</p> <p>Gangguan fokal yang muncul mendadak, dapat berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kelumpuhan sisi/sisi/kedua sisi, kelumpuhan satu extremitas, kelumpuhan otot-otot penggerak bola mata, kelumpuhan otot-otot untuk proses menelan, wicara dan sebagainya</li> <li>b. Gangguan fungsi keseimbangan</li> <li>c. Gangguan fungsi penghidupan</li> <li>d. Gangguan fungsi penglihatan</li> <li>e. Gangguan fungsi pendengaran</li> <li>f. Gangguan fungsi Somatik Sensoris</li> <li>g. Gangguan Neurobehavioral yang meliputi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan atensi</li> <li>• Gangguan memory</li> <li>• Gangguan bicara verbal</li> <li>• Gangguan mengerti pembicaraan</li> <li>• Gangguan pengenalan ruang</li> <li>• Gangguan fungsi kognitif lain</li> </ul> </li> </ol>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penurunan GCS</li> <li>2. Kelumpuhan saraf kranial</li> <li>3. Kelemahan motorik</li> <li>4. Defisit sensorik</li> <li>5. Gangguan otonom</li> <li>6. Gangguan neurobehavior</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	Terdapat gejala defisit neurologis global atau salah satu/beberapa defisit neurologis fokal yang terjadi mendadak
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Stroke Iskemik
<b>6. Diagnosis Banding</b>	Stroke Hemoragik (bila belum dilakukan CT/MRI Otak)

<p><b>7. Pemeriksaan Penunjang</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CT Scan + CT Angiografi /MRI + MRA Otak</li> <li>2. EKG</li> <li>3. Doppler Carotis</li> <li>4. Transcranial Doppler</li> <li>5. TCD Bubble Contrast &amp; VMR</li> <li>6. Lab : Hematologi rutin, gula darah sewaktu, fungsi ginjal (ureum, kreatinin), Activated Partial Thrombin Time (APTT), waktu prothrombin (PT), INR, gula darah puasa dan 2 jam PP, HbA1C, profil lipid, C-reactive protein (CRP), laju endap darah, dan pemeriksaan atas indikasi seperti: enzim jantung (troponin/CKMB), serum elektrolit, analisis hepatik dan pemeriksaan elektrolit.</li> <li>7. Thorax foto</li> <li>8. Urinalisa</li> <li>9. Echocardiografi (TTE/TEE)</li> <li>10. Pemeriksaan Neurobehavior (Fungsi Luhur)</li> <li>11. DSA Serebral</li> </ol>
<p><b>8. Tata Laksana</b></p> <p><b>Tindakan Intervensi/ Operatif</b></p>	<p>Tatalaksana Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stabilisasi jalan nafas dan pernapasan</li> <li>2. Stabilisasi hemodinamik (infus kristaloid)</li> <li>3. Pengendalian tekanan intrakranial (manitol jika diperlukan)</li> <li>4. Pengendalian kejang (terapi anti kejang jika diperlukan)</li> <li>5. Analgetik dan antipiterik, jika diperlukan</li> <li>6. Gastroprotektor, jika diperlukan</li> <li>7. Manajemen nutrisi</li> <li>8. Pencegahan DVT dan emboli paru : heparin atau LMWH</li> </ol> <p>Tatalaksana Spesifik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trombolisis intravena : alteplase dosis 0.6-0.9 mg/kgBB, pada stroke iskemik onset &lt;6 jam</li> <li>2. Terapi endovascular : trombektomi mekanik, pada stroke iskemik dengan oklusi karotis interna atau pembuluh darah intrakranial, onset &lt;8 jam</li> <li>3. Manajemen hipertensi (Nicardipin, ARB, ACE-Inhibitor, Calcium Antagonist, Beta blocker, Diuretik)</li> <li>4. Manajemen gula darah (insulin, anti diabetik oral)</li> <li>5. Pencegahan stroke sekunder (antiplatelet : aspirin, clopidogrel, clostazol atau antikoagulan : warfarin, dabigatran, rivaroxaban)</li> <li>6. Neurorestorasi / Neurorehabilitasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Carotid Endarterectomy</i> (CEA), sesuai indikasi</li> <li>2. <i>Carotid Artery Stenting</i> (CAS), sesuai indikasi</li> <li>3. Stenting pembuluh darah intracranial, sesuai</li> </ol>

<b>Lama perawatan</b>	indikasi 8-10 hari (jika tanpa komplikasi/penyulit seperti Pneumonia, gangguan jantung, dll)
<b>9. Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan Sebelum MRS (rencana rawat, biaya, pengobatan, prosedur, masa dan tindakan pemulihan dan latihan, manajemen nyeri, risiko dan komplikasi)</li> <li>2. Penjelasan mengenai stroke iskemik, risiko dan komplikasi selama perawatan</li> <li>3. Penjelasan mengenai faktor risiko dan pencegahan rekurensi</li> <li>4. Penjelasan program pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>)</li> <li>5. Penjelasan mengenai gejala stroke, dan apa yang harus dilakukan sebelum dibawa ke RS</li> </ol>
<b>10. Prognosis</b>	Ad vitam : dubia <b>adbonam</b> Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b> Ad Fungtionam : dubia <b>adbonam</b>
<b>11. Tingkat Evidens</b>	I
<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	A
<b>13. Penelaah Kritis</b>	Departemen/SMF Neurologi
<b>14. Indikator (outcome)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator jangka pendek : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kematian</li> <li>✓ Perbaikan NIHSS (<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>)</li> </ul> </li> <li>2. Indikator Jangka Panjang : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perbaikan mRS (<i>modified Rankin Scale</i>)</li> <li>✓ Activity Daily Living</li> <li>✓ Fungsi Kognitif</li> </ul> </li> </ol>
<b>15. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guideline Stroke 2011 (Edisi Revisi), Kelompok Studi Serebrovaskuler PERDOSSI 2011.</li> <li>2. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i>. 2013 ; 44(3):870-947</li> <li>3. The European Stroke Organization (ESO) : Guideline for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008</li> <li>4. AHA/ASA Guideline for the Pervation of Stroke in Patien with Stroke or Transient Ischemic Attack. <i>Stroke</i> 2014;42;227-276</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Powers WJ, Derdeyn CP, Biller J, Coffey CS, Hoh BL, et al. 2015 American Heart Association/ American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. <i>Stroke</i>. 2015; 46 (10):3020-35.</li> <li>6. Kamal AK, Naqvi I, Husain MR, Khealani BA, Cilostazol versus aspirin for secondary prevention of vascular events after stroke of arterial origin. <i>Stroke</i>. 2011;42:e382-e384.</li> <li>7. Wang Y, Johnston C, Wong L, Wang D, Wang J, et al. Clopidogrel with aspirin in acute minor stroke or transient ischemic attack. <i>N Engl J Med</i>. 2013; 4;369(1):11-9.</li> <li>8. Ferro JM, Canhao P, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F. Prognosis of Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis: Results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCTV). <i>Stroke</i> 2004;35:664-670.</li> <li>9. Del Zoppo G, et al. 2009. Expansion of The Time Window for Treatment of Acute Ischemic Stroke with Intravenous Tissue Plasminogen Activator: A Science Advisory from The American Heart Association/ American Stroke association. <i>Stroke</i> 2009;40:2945-2948. AHA/ASA Guideline for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke or Transient Ischemic Attack. <i>Stroke</i> 2014;42:227-276</li> <li>10. Kamal AK, Naqvi I, Husain MR, Khealani BA, Cilostazol versus aspirin for secondary prevention of vascular events after stroke of arterial origin. <i>Stroke</i>. 2011;42:e382-e384.</li> <li>11. Latchaw et al. Recommendations for Imaging of Acute Ischemic Stroke: A Scientific Statement From the American Heart Association</li> </ol>
--	---

**CLINICAL PATHWAY  
STROKE ISKEMIK  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT								KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	8	
		HARI RAWAT								
		1	2	3	4	5	6	7	8	
1. ASESMEN AWAL										
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD									Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis									Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.									Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah lengkap									
	GDS									
	HbA1C									
	Ureum Kreatinin									
	SGOT - SGPT									
	Profil Lipid									
	Hemostasis									
	Asam Urat									
	Urine Lengkap									
	Analisa Gas Darah									
	Elektrolit									
	Albumin Globulin									

3. RADIOLOGI/ IMAGING	Rontgen Thorax									
	Brain CT SCAN + CT Angiography									Usia > 40 tahun
	Doppler Carotis									
	Transcranial Doppler									
	Cerebral DSA									
	Echocardiography									
	EKG									
4. KONSULTASI	Penyakit Dalam									Lama Hari Rawat 8 Hari
	Jantung									
	Paru									
	Rehab Medis									
	Gizi									
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruang									Atas Indikasi/ Emergency
	Asesmen perkembangan harian									
	TNRS									
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)									Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi
	Rekonsiliasi Obat									
6. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	CVD Stroke Iskemik									

b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00201): Risiko Ketidakefektifan Jaringan Perfusi Serebral									
	b. Kode (00092): Ketidakmampuan Melaksanakan Aktivitas									
	c. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Melaksanakan Aktivitas									
	d. Kode (00015): Risiko Konstipasi									
	e. Kode (0005): Risiko Ketidakseimbangan Temperature									
	f. Kode (00155): Risiko jatuh									
	g. Kode (00248): Risiko Gangguan Integritas Kulit									
	h. Kode (00132): Nyeri Akut									
c. DIAGNOSIS GIZI	Asupan cairan kurang berkaitan dengan kurangnya pemenuhan kebutuhan ditandai dengan kesulitan menelan, asupan cairan tidak cukup dibanding kebutuhan (NI - 3.1)									Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidak cukupnya asupan makanan peroral berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi zat gizi energi dan protein ditandai dengan terbatasnya asupan makanan setelah stroke (NI - 2.1)									
	Malnutrisi berkaitan dengan terbatasnya akses makanan ditandai dengan BMI < 18, kehilangan lemak subkutan dan otot (NI - 5.2)									
	Kurang asupan serat berkaitan dengan kurang asupan buah dan sayur ditandai dengan tidak cukup dibanding dengan kebutuhan dan sulit BAB (NI - 5.8.5)									
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan dirumah									Program pendidikan pasien dan keluarga Lama Rawat 8 Hari
	Kebutuhan perawatan suportif									

8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Penjelasan pemberian makanan bertahap sesuai hasil tes menelan, dimulai dari makanan enteral/cair frekuensi 6 kali (porsi kecil sering) sesuai kemampuan, dilanjut ke bentuk saring, lunak, biasa									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau ke 2
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Posisi dan aktivitas									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Pencegahan risiko jatuh									
	c. Bantuan melaksanakan aktivitas sehari-hari									
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien minum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPI MEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Trombolysis (Actilyse)									
	Anti Hipertensi									
	Vitamin									
	Insulin									
b. CAIRAN INFUS	Asering									Varian
c. OBAT ORAL	Anti Hipertensi									
	Anti Trombotik									
	Anti Koagulan									
	Vitamin									
	Statin									
	Anti Diabetik Oral									
d. OBAT ANESTESI										Tergantung pilihan GA/RA

10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)									
a. TLI MEDIS	Tindakan Bedah: Kraniotomi Dekompresi								
	Tindakan Neurontervensi: Trombektomi Mekanik								
b. TLI KEPERAWATAN	a. Monitotoring tanda perubahan tekanan intracranical								
	b. Memberikan posisi								
	c. Manajemen pencegahan risiko jatuh								
	d. Kode NIC (1400): Manajemen Nyeri								
	e. Kode NIC (4120): <i>Fluid Management</i>								
	f. Kode NIC (6540): <i>Infection Control</i>								
	g. Kode NIC (2380): <i>Medication Management</i>								
	h. Kode NIC (0221): Latihan mobilisasi/ROM								
	i. Kode NIC (2314): Medikasi IV								
	j. Kode NIC : Medication Oral								
	k. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairal RL								
	l. Kode NIC (0580): Katerisasi								
	m.Kode NIC (0570): BladderTraining								
c. TLI GIZI	Fase akut parenteral nutrisi, secepatnya diberikan enteral, apabila ada gangguan fungsi menelan makanan enteral/ cair per oral/NGT fase pemulihan makan per oral cair/saring/lunak/biasa								Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP								Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)									
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan								
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring tanda perubahan tekanan intrakranial								Mengacu pada NOC

	b. Monitoring tingkat kesadaran										
	c. Monitoring kekuatan otot										
	d. Manajemen pencegahan risiko jatuh										
	e. Monitoring cairan dan elektrolit										
	f. Monitoring risiko infeksi										
	g. Monitoring kemampuan aktivitas										
c. GIZI	Monitoring asupan makan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri										
	Monitoring Biokimia										
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi										
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat										Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat										
	Pemantauan Terapi Obat										
12. MOBILISASI/ REHABILITASI											
a. MEDIS											
b. KEPERAWATAN	ROM										
	Positioning										
	Mobilisasi bertahap										
c. FISIOTERAPI											
13. OUTCOME/HASIL											
a. MEDIS											
b. KEPERAWATAN	a. TTV dalam kondisi stabil										Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	b. Kemampuan mengenali tanda kenaikan tekanan intrakranial										
	c. Kemampuan aktivitas dan mobilisasi										
	d. Kemampuan perawatan diri dirumah										

c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Optimalisasi Status Gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG										Status pasien / tanda vital sesuai dengan PPK
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

LOGO RS	PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
<b>PERDARAHAN SUBARAHNOID</b>	
<b>1. Pengertian ( Definisi)</b>	Suatu keadaan kegawat darurat yang ditandai oleh nyeri kepala yang sangat hebat, “ <i>worst headache ever</i> ” (VAS 9-10) yang muncul akut/tiba-tiba akibat perdarahan di ruang subarahnoid
<b>2. Anamnesis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala prodromal yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gejala peningkatan tekanan intrakranial dapat berupa : sakit kepala, muntah-muntah, sampai kesadaran menurun.</li> <li>– Gejala rangsang meningeal : sakit kepala, kaku leher, silau, sampai kesadaran menurun</li> </ul> </li> <li>• Gejala khusus untuk perdarahan subarahnoid dapat berupa : <ul style="list-style-type: none"> <li>– manifestasi peningkatan tekanan intrakranial karena edema serebri, hidrosefalus dan terjadinya perdarahan berulang</li> <li>– Defisit neurologis fokal</li> <li>– Manifestasi stroke iskemik karena vasospasme bergantung kepada komplikasinya</li> </ul> </li> </ul>
<b>3. Pemeriksaan Fisik</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. GCS</li> <li>2. Tanda Rangsang Meningeal/Kaku Kuduk</li> <li>3. Nyeri kepala</li> <li>4. Kelumpuhan saraf kranial</li> <li>5. Kelemahan motorik</li> <li>6. Defisit sensorik</li> <li>7. Gangguan otonom</li> <li>8. Gangguan neurobehavior</li> </ol>
<b>4. Kriteria Diagnosis</b>	Nyeri kepala yang sangat hebat, muncul akut/tiba-tiba, disertai kaku kuduk, dengan atau tanpa defisit neurologis lain, dan pada CT Scan Otak didapatkan gambaran hiperdens di ruang subarachnoid
<b>5. Diagnosis Kerja</b>	Perdarahan Subarachnoid
<b>6. Diagnosis Banding</b>	Stroke Hemoragik (bila belum dilakukan CT Brain) Meningitis
<b>7. Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CT Scan + CT Angiografi</li> <li>2. EKG</li> <li>3. Doppler Carotis</li> <li>4. Transcranial Doppler serial</li> <li>5. Lab : Hematologi rutin, gula darah sewaktu, fungsi ginjal (ureum, kreatinin), Activated Partial Thrombin Time (APTT), waktu prothrombin (PT), INR, gula darah puasa dan 2 jam PP, HbA1C, profil lipid, C-reactive protein (CRP), laju endap</li> </ol>

	<p>darah, dan pemeriksaan atas indikasi seperti: enzim jantung (troponin/CKMB), serum elektrolit, analisis hepatic dan pemeriksaan elektrolit.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Thorax foto</li> <li>7. Urinalisa</li> <li>8. Lumbal Pungsi, jika diperlukan</li> <li>9. Pemeriksaan Neurobehavior (Fungsi Luhur)</li> <li>10. DSA Serebral</li> </ol>
<p><b>8. Tata Laksana</b></p> <p><b>Tindakan Intervensi/Operatif</b></p> <p><b>Lama perawatan</b></p>	<p>Tatalaksana Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stabilisasi jalan nafas dan pernapasan</li> <li>2. Stabilisasi hemodinamik (infus kristaloid)</li> <li>3. Pengendalian tekanan intrakranial (manitol jika diperlukan)</li> <li>4. Pengendalian kejang (terapi anti kejang jika diperlukan)</li> <li>5. Analgetik dan antipiterik</li> <li>6. Gastroprotektor, jika diperlukan</li> <li>7. Manajemen nutrisi</li> <li>8. Pencegahan DVT dan emboli paru : heparin atau LMWH</li> </ol> <p>Tatalaksana Spesifik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manajemen hipertensi (Nicardipin, ARB, ACE-Inhibitor, Calcium Antagonist, Beta blocker, Diuretik)</li> <li>2. Manajemen gula darah (insulin, anti diabetic oral)</li> <li>3. Pencegahan perdarahan ulang (Vit. K, antifibrinolitik)</li> <li>4. Pencegahan vasospasme (Nimodipin)</li> <li>5. Neurorestorasi</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clipping Aneurisma</li> <li>2. Coiling aneurisma</li> <li>3. VP Shunt / external <i>drainage</i>, sesuai indikasi</li> </ol> <p>21 hari (jika tanpa komplikasi/penyulit seperti Pneumonia, gangguan jantung, dll)</p>
<p><b>9. Edukasi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan mengenai rencana perawatan, biaya, pengobatan, prosedur, masa dan tindakan pemulihan dan latihan</li> <li>2. Penjelasan mengenai prosedur/tindakan yang akan dilakukan serta risiko dan komplikasi</li> <li>3. Penjelasan mengenai faktor risiko dan pencegahan rekurensi</li> <li>4. Penjelasan program pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>)</li> </ol>
<p><b>10. Prognosis</b></p>	<p>Ad vitam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Sanationam : dubia <b>adbonam</b>  Ad Fungtionam : dubia <b>adbonam</b></p>

	<b>Pada kasus dengan severity level tinggi (Skala WFNS &gt;grade 3, prognosis dubia ad malam)</b>
<b>11. Tingkat Evidens</b>	I
<b>12. Tingkat Rekomendasi</b>	A
<b>13. Penelaah Kritis</b>	Departemen/SMF Neurologi
<b>14. Indikator (outcome)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indikator jangka pendek : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kematian</li> <li>✓ Perbaikan NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale)</li> </ul> </li> <li>2. Indikator Jangka Panjang : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Perbaikan mRS (modified Rankin Scale)</li> <li>✓ <i>Activity Daily Living</i></li> <li>✓ Fungsi Kognitif</li> <li>✓ Rekurensi</li> </ul> </li> </ol>
<b>15. Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connolly ES, Rabinstein A, et All , Guidelines for The Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage, American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke. 2012;43:1711-1737</li> <li>2. Steiner T, Juvela S, Jung C, Forsting M, Rinkel G. European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage. Cerebrovasc Dis 2013;35:93-112</li> <li>3. Goldstein LB, A Primer on Stroke prevention Treatment : An Overview based on AHA/ASA Guidelines, Wiley-Blackwell,Dallas USA : 2009; 68 – 69.</li> <li>4. Jayaraman MV, Mayo- Smith WW, Tung GA et al. Detection of intracranial Aneurysms : Multi Detector Row CT Angioraphy Compare With DSA. Radiology 2003 dec 29 (medline)</li> <li>5. Van Gijn, Rinkel GJE, Subarachnoid Hemorrhage, diagnosis, causes and management, Brain 2001: 124: 249-78</li> <li>6. Widdick EFM , The Clinical Practise of Critical Care Neurology, 2e, Oxford University press.2003</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY  
PERDARAHAN SUBARAHNOID  
Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB		Kg
Jenis Kelamin		TB		Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk		jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar		jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat		hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat		
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas		/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan		Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT										KETERANGAN	
		1	2	3	4	5	6	7	21	HARI RAWAT			
		1	2	3	4	5	6	7	21				
		1	2	3	4	5	6	7	21				
1. ASESMEN AWAL													
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD											Pasien masuk via IGD	
	Dokter Spesialis											Pasien masuk via RJ	
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan budaya.											Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya	
2. LABORATORIUM	Darah tepi lengkap												
	GDS												
	HbA1C												
	Ureum - Creatinin												
	SGOT - SGPT												
	Analisa Gas Darah												
	Elektrolit												
	Profil Lipid												
Hemostasis													

3. RADIOLOGI/ IMAGING	Rontgen Thorax									
	Brain CT SCAN + CT Angiografi+									Usia > 40 tahun
	Doppler Carotis									
	Transcranial Doppler									
	DSA Cerebral									
	EKG									
4. KONSULTASI	Penyakit Dalam									Lama Hari Rawat 21 Hari
	Jantung									
	Bedah Saraf									
	Paru									
	Rehab Medis									
	Gizi									
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruang									Atas Indikasi/ Emergency
	Asesmen perkembangan harian									
	TNRS									
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)									Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dilakukan dalam waktu 48 jam
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi
	Rekonsiliasi Obat									

6. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	Perdarahan Subarahnoid									
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00201): Risiko Ketidakefektifan Jaringan Perfusi Serebral									Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
	b. Kode (000092): Ketidakmampuan Melaksanakan Aktivitas									
	c. Kode (00094): Risiko Ketidakmampuan Melaksanakan Aktivitas									
	d. Kode (00015): Risiko Konstipasi									
	e. Kode (0005): Risiko Ketidakseimbangan Temperature									
	f. Kode (00155): Risiko Jatuh									
	g. Kode (00248): Risiko Gangguan Integritas Kulit									
c. DIAGNOSIS GIZI	Asupan cairan kurang berkaitan dengan kurangnya pemenuhan kebutuhan ditandai dengan kesulitan menelan, asupan cairan tidak cukup dibanding kebutuhan (NI - 3.1)									Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Tidak cukupnya asupan makanan peroral berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi zat gizi energi dan protein ditandai dengan terbatasnya asupan makanan setelah stroke (NI - 2.1)									
	Malnutrisi berkaitan dengan terbatasnya akses makanan ditandai dengan BMI < 18, kehilangan lemak subkutan dan otot (NI - 5.2)									
	Kurang asupan serat berkaitan dengan kurang asupan buah dan sayur ditandai dengan tidak cukup dibanding dengan kebutuhan dan sulit BAB (NI - 5.8.5)									
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan di rumah									Program pendidikan pasien dan keluarga
	Kebutuhan perawatan suportif									

8. EDUKASI TERINTEGRASI											
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis										Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi										
	Informed Consent										
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Penjelasan pemberian makanan bertahap sesuai hasil tes menelan, dimulai dari makanan enteral/cair frekuensi 6 kali (porsi kecil sering) sesuai kemampuan, dilanjut ke bentuk saring, lunak, biasa										Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk pada hari 1 atau ke 2
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Pembatasan valsafa maneuver yang meningkatkan tekanan intrakranial										Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Posisi										
	c. Pencegahan risiko jatuh										
	d. Bantuan melaksanakan aktivitas sehari-hari										
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat										Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat										
PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi										DTT Keluarga/ Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA											
a. INJEKSI	Anti Hipertensi										
	Neurotropik										
	Diuretik (Manitol 20%)										
	Nimodipin										
	Insulin										
b. CAIRAN INFUS	Asering/12Jam										Varian
c. OBAT ORAL	Neurotropik										Obat Pulang
	Anti Hipertensi										Obat Pulang
	Anti Diabetik										Obat Pulang
	Analgetik										Obat pulang
	Nimodipin										
	Statin										
d. OBAT ANESTESI											Tergantung pilihan GA/RA

10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS	Tindakan Bedah : Clipping Aneurysma									
	Tindakan Non Bedah : Coiling Aneurysma									
b. TLI KEPERAWATAN	a. Monitoring tanda perubahan tekanan intracranial									Mengacu pada NIC
	b. Memberikan posisi									
	c. Manajemen pencegahan risiko jatuh									
	d. Kode NIC (4120): <i>Fluid Management</i>									
	e. Kode NIC (6540): <i>Infection Control</i>									
	f. Kode NIC (2380): <i>Medication Management</i>									
	g. Kode NIC (0221): Latihan Mobilisasi /ROM									
	h. Kode NIC (2314): Medikasi IV									
	i. Kode NIC (2304): Medication: Oral									
	j. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairan RL									
	k. Kode NIC (0580): Katerisasi									
	l. Kode NIC (0570): Bladder Training									
c. TLI GIZI	Fase akut parenteral nutrisi, secepatnya diberikan enteral, apabila ada gangguan fungsi menelan makanan enteral/ cair per oral/NGT fase pemulihan makan per oral cair/saring/lunak/biasa									Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis secara bertahap
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									
b. KEPERAWATAN	a. Monitoring tanda-tanda vital									Mengacu pada NOC
	b. Monitoring kesadaran									

	c. monitoring perubahan tekanan intrakranial										
	d. Monitoring termoregulasi										
	e. Monitoring keseimbangan cairan dan elektrolit										
	f. Monitoring kekuatan otot										
	g. Monitoring kemampuan melaksanakan ADL										
c. GIZI	Monitoring asupan makan										Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri										
	Monitoring Biokimia										
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi										
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat										Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat										
	Pemantauan Terapi Obat										
12. MOBILISASI/ REHABILITASI											
a. MEDIS											
b. KEPERAWATAN	ROM										
	Positioning										
	Mobilisasi bertahap										
c. FISIOTERAPI											
13. OUTCOME/HASIL											
a. MEDIS											
b. KEPERAWATAN	TTV dalam kondisi stabil										Mengacu pada NOC  Dilakukan dalam 3 shift
	Kemampuan mengenali tanda kenaikan tekanan intracranial										
	Kemampuan aktivitas dan mobilisasi										
	Kemampuan perawatan diri dirumah										
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%										Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/ klinis
	Optimalisasi Status Gizi										

d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG										Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Sesuai NOC									
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

## PLASENTA PREVIA TOTALIS PADA KEHAMILAN ATERM

1.	<b>Pengertian (Definisi)</b>	Kelainan letak dan implantasi plasenta menutupi jalan lahir dengan atau tanpa manifestasi perdarahan. <sup>1</sup>
2.	<b>Anamnesis</b>	Plasenta previa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan tanpa nyeri</li> <li>• Warna perdarahan merah segar</li> </ul>
3.	<b>Pemeriksaan Fisik</b>	Pemeriksaan Fisik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status generalis dalam batas normal</li> <li>• Status obstetri <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tinggi fundus uteri (TFU) sesuai usia kehamilan aterm</li> <li>2. Inspekulo tampak ostium membuka dengan fluksus (+) dan bisa ditemukan gambaran seperti plasenta dari dalam ostium</li> </ol> </li> <li>• Pemeriksaan ultrasonografi (USG) Ditemukan gambaran plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum dengan pemeriksaan ultrasonografi transvaginal</li> </ul>
4.	<b>Kriteria Diagnosis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan obstetrik TFU sesuai kehamilan aterm</li> <li>2. Dapat disertai perdarahan aktif per vaginam melalui inspeksi dan inspekulo</li> <li>3. Gambaran plasenta menutupi seluruh ostium uteri internum melalui pemeriksaan USG transvaginal</li> </ol>
5.	<b>Diagnosis Kerja</b>	Plasenta Previa Totalis Pada Kehamilan Aterm
6.	<b>Diagnosis Banding</b>	Plasenta previa marginalis
7.	<b>Pemeriksaan Penunjang</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Hemoglobin dan hematokrit</b> untuk menilai derajat perdarahan yang terjadi</li> <li>2. Inspekulo untuk menilai sumber perdarahan</li> <li>3. USG transvaginal untuk memastikan letak dan implantasi plasenta serta kemungkinan akreta</li> </ol>

8.	<b>Tata Laksana:</b>	<p><b>Pengelolaan dasar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terapi suportif untuk stabilisasi pada ibu</li> <li>○ Perhatikan ABC (<i>Airway, Breathing, Circulation</i>).</li> <li>○ Melahirkan janin pada saat yang tepat dengan cara persalinan yang tepat dengan mempertimbangkan hemodinamik ibu dan janin</li> </ul> <p><b>Terapi medikamentosa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pemberian antibiotik profilaksis pre-operasi</li> </ul> <p><b>Cara Persalinan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dengan seksio sesarea</li> </ul> <p><b>Perawatan Pasca Persalinan</b> Monitor tanda vital dan skala nyeri pasien</p>
9.	<b>Edukasi (Hospital Health Promtion)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diet tinggi kalori dan protein</li> <li>2. Jaga kebersihan luka</li> <li>3. Mobilisasi dini</li> </ol>
10.	<b>Prognosis</b>	Dubia
11.	<b>Tingkat Evidens</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terminasi kehamilan dengan seksio sesarea pada plasenta previa totalis (Level IIa)</li> <li>2. Pemeriksaan penunjang dengan menggunakan USG transvaginal (Level IIa)</li> </ol>
12.	<b>Tingkat Rekomendasi</b>	Terminasi kehamilan dengan seksio sesarea pada plasenta previa totalis (A/strong)
13.	<b>Penelaah Kritis</b>	
14.	<b>Indikator</b>	<p>Indikator outcome ibu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemodinamik ibu stabil</li> <li>• Tidak terjadi komplikasi sekunder (misal syok ec perdarahan)</li> </ul> <p>Indikator outcome bayi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayi lahir bugar</li> </ul>
15.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <i>Green-top Guideline no 63. Antepartum Haemorrhage</i>.2013</li> <li>2. Cunningham FG et al. <i>Williams Obstetrics 24<sup>th</sup> Edition. Chapter 41. Obstetrical Hemorrhage</i>.2014</li> <li>3. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland And Directorate of Strategy and Clinical Care Health Service Executive. <i>Clinical Practice Guideline Tocolytic Treatment In Pregnancy</i>. 2013.</li> </ol>

LOGO RS		PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
PLASENTA PREVIA TOTALIS ATERM		
1.	<b>Pengertian</b>	Asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada klien dengan plasenta previa totalis aterm
2.	<b>Asesmen Keperawatan</b>	a. Tanda-tanda vital & Sirkulasi Penurunan tekanan darah, pulsasi pembuluh darah, takikardi. Suara jantung, murmur. Suara nafas, frekuensi nafas, tachipnea. Tanda dan gejala shock
		b. Sumber perdarahan Perdarahan pervaginam, laserasi, riwayat plasenta previa, abruptio plasenta, atonia uteri. Jumlah dan karakteristik perdarahan
		c. Pemeriksaan Fisik Tingkat kesadaran, pucat, warna kulit, vena jugularis. temperatur tubuh. <i>Capillary refill</i> , membran mukosa oral, perfusi perifer. Distensi abdomen, output urin
		d. Psikososial Adanya disorientasi, penurunan kesadaran, perubahan emosi, rasa cemas dan takut akan kondisi ancaman pada kehamilan dan janin. Kurangnya dukungan dalam keluarga, tingkat ekonomi, faktor budaya.
		e. Diagnostik (kolaborasi) Hb, Ht, Platelet, LED, PT APTT, Urinalisis. Cross Matching
3.	<b>Diagnosis Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resiko Shock (00205).</li> <li>2. Defisit Volume Cairan (00028)</li> <li>3. Penurunan Curah Jantung (00029).</li> <li>4. Tidak Efektifnya Perfusi Jaringan: Plasenta (00200).</li> <li>5. Resiko Fetal Distress*</li> <li>6. Nyeri Akut (00132).</li> <li>7. Takut (00148).</li> <li>8. Intoleransi aktivitas (00094)</li> </ol>

4.	<b>Intervensi Keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kumpulkan dan analisis data yang menunjukkan keseimbangan cairan</li> <li>○ Hitung intake dan output cairan</li> </ul> </li> <li>2. Manajemen cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Berikan cairan peroral agar cairan seimbang</li> <li>○ Kolaborasi pemberian cairan Ringer Laktat</li> <li>○ Monitor pemberian cairan intravena</li> </ul> </li> <li>3. Manajemen nyeri <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lakukan tehnik relaksasi, distraksi, guided imagery</li> </ul> </li> <li>4. Monitoring dan observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mengobservasi tanda dan gejala hipovolemia dan Shock</li> <li>○ Mengobservasi sumber perdarahan</li> <li>○ Memonitoring Tanda-Tanda Vital</li> <li>○ Memonitor intake dan output cairan per 24 jam, dilakukan per shift</li> <li>○ Memonitor DJJ dan Gerakan Janin, CTG</li> </ul> </li> <li>5. Melakukan tindakan penurunan Kecemasan/Takut</li> <li>6. Memenuhi Perawatan Diri Persiapan Operasi : Berdoa, Cek Obat, Edukasi, Persiapan fisik : Mandi, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.</li> <li>7. Pemasangan kateter</li> <li>8. Check list pra bedah</li> <li>9. Membantu Transport Ke Ruang OK</li> <li>10. Perawatan intra secaria</li> <li>11. Perawatan post partum</li> <li>12. Manajemen nyeri</li> <li>13. Manajemen pengontrolan infeksi</li> <li>14. Latihan mobilisasi</li> <li>15. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari</li> </ol>
5.	<b>Informasi dan Edukasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penjelasan mengenai diet yang diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien</li> <li>2. Pembatasan aktivitas sebelum operasi</li> <li>3. Menurunkan kecemasan</li> <li>4. Menurunkan nyeri</li> <li>5. Perawatan post partum</li> </ol>
6.	<b>Discharge Planning</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas di rumah</li> <li>2. Cara menurunkan nyeri</li> <li>3. Perawatan luka jika pasca operasi</li> </ol>

7.	<b>Kriteria Evaluasi/Nursing Out Come</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak terjadi syok hipovolemik</li> <li>2. Tidak ada perdarahan</li> <li>3. Hemodinamik stabil</li> <li>4. Tanda-tanda vital dalam batas normal</li> <li>5. Tingkat nyeri berkurang</li> <li>6. Kecemasan berkurang</li> <li>7. Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>8. Kebutuhan sehari-hari terpenuhi</li> </ol>
8.	<b>Penelaah Kritis</b>	Sub Komite Mutu Keperawatan
9.	<b>Kepustakaan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nanda International. (2014). <i>Nursing diagnosis, definitions and classification 2015-2017</i>. 10th Edition. UK. Wiley Blackwell.</li> <li>2. Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. (201). <i>Maternity Nursing</i>. 8th Edition. Mosby Elsevier.</li> <li>3. Ward, S., Hisleyamazon,S. (2015). <i>Maternal-Child Nursing Care Optimizing Outcomes for Mothers, Children, &amp; Families</i>. 2nd Edition. Philadelphia. F.A. Davis.</li> <li>4. Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M (2013). <i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i>. 6th Edition. St. Louis, Missouri. Mosby Elsevier.</li> <li>5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., Swanson, E. (2013). <i>Nursing Outcome Classification (NOC)</i>. 5th Edition. St. Louis, Missouri. Mosby Elsevier.</li> </ol>

LOGO RS	PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)
<b>PLACENTA PREVIA TOTALIS PADA KEHAMILAN ATERM</b>	
<b>1. Pengertian</b>	Metoda pemecahan masalah gizi pada pasien setelah melahirkan dengan tindakan medis seksio sesarea yang sistematis dimana Nutrisionis/Dietisien berfikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani masalah gizi pasien sehingga aman, efektif dan berkualitas
<b>2. Asesmen/Pengkajian : Antropometri</b>	Menindaklanjuti hasil skrining gizi perawat, apabila pasien berisiko malnutrisi dan atau kondisi khusus. Nutrisionis/Dietisien mengkaji data berat badan, tinggi badan, Indek Masa Tubuh
<b>Biokimia</b>	Mengkaji data labolatorium seperti HB, HT, Albumin, dll (bila ada),
<b>Klinis/Fisik</b>	Mengkaji adanya anoreksia, mual, sakit perut, konstipasi, suhu tubuh, perdarahan, gigi geligi, dll
<b>Riwayat Makan</b>	Mengkaji riwayat alergi makanan, pola kebiasaan makan, bentuk makanan, rata-rata asupan makan sebelum masuk RS (kualitatif dan kuantitatif)
<b>Riwayat Personal</b>	Mengkaji riwayat sosial ekonomi, budaya, riwayat kehamilan dan melahirkan saat ini, riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga, riwayat penggunaan suplemen makanan, status kesehatan mental serta status kognitif
<b>3. Diagnosis Gizi (Masalah Gizi)</b>	<p>Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan dengan rencana bedah (operasi seksio sesarea) ditandai dengan asupan lebih rendah dari kebutuhan (NI-1.4)</p> <p>Meningkatnya kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan zat gizi ditandai dengan telah melahirkan (ibu menyusui), tindakan operasi seksio sesarea, estimasi asupan lebih rendah dari kebutuhan (NI-5.1)</p>
<b>4. Intervensi Gizi (Terapi Gizi) a. Perencanaan</b>	<p>Tujuan :</p> <p>Mempertahankan status gizi optimal</p> <p>Membantu memperbaiki kehilangan glikogen, zat besi, dan mempercepat penyembuhan luka operasi</p> <p>Pemenuhan kebutuhan zat gizi dengan memberikan makanan adekuat. Kebutuhan meningkat karena menyusui, asupan makan <math>\geq 80\%</math></p> <p>Preskripsi Diet :</p> <p>Kebutuhan Energi diperhitungkan berdasarkan berat badan, tinggi badan dan umur ibu menyusui. Penambahan zat gizi dari kebutuhan normal Angka Kecukupan Gizi (AKG) adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Energi ditambah 300-400 kalori</li> </ol>

<p><b>b. Implementasi</b></p> <p><b>c. Edukasi</b></p> <p><b>d. Konseling Gizi</b></p> <p><b>e. Koordinasi dengan tenaga kesehatan lain</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Protein ditambah 20 gram</li> <li>3. Lemak ditambah 11-13 gram</li> <li>4. Karbohidrat ditambah 45-55 gram</li> <li>5. Serat ditambah 5-6 gram</li> <li>6. Air ditambah 650 ml</li> <li>7. Cukup vitamin dan mineral</li> <li>8. Makanan bervariasi, bentuk amakanan biasa atau disesuaikan dengan kondisi pasien</li> <li>9. Diberikan dalam 3 porsi makan lengkap terdiri dari makan pagi, siang, malam dan 2-3 kali makanan selingan pagi, siang, malam.</li> <li>10. Jenis Diet Tinggi Energi Tinggi Protein.</li> </ol> <p>Jalur makanan per oral dapat dikombinasi dengan enteral atau sesuai dengan kondisi klinis pasien</p> <p>Pelaksanaan pemberian makanan sesuai dengan preskripsi diet</p> <p>Pemberian edukasi dan konseling gizi kepada pasien dan keluarga mengenai makanan ibu menyusui</p> <p>Koordinasi pelayanan gizi dengan tenaga kesehatan yaitu dengan dokter, perawat, farmasis dan tenaga kesehatan lain terkait asuhan pasien</p>
<p><b>5. Monitoring dan Evaluasi</b></p>	<p>Mengetahui respon pasien terhadap intervensi gizi yaitu monitor hasil positif maupun negative dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status Gizi berdasarkan antropometri</li> <li>b. Hasil biokimia terkait dengan gizi</li> <li>c. Fisik Klinis terkait dengan Gizi</li> <li>d. Asupan Makanan</li> </ol>
<p><b>6. Re Asesmen (Kontrol kembali)</b></p>	<p>Melihat kembali kondisi pasien 3 hari setelah kunjungan awal (pada hari ke 4 atau ke 5 perawatan) untuk mengetahui keberhasilan intervensi sesuai hasil monitoring evaluasi.. Jika pasien sudah kembali pulang maka re asesmen di rawat jalan untuk menilai keberhasilan intervensi (terapi gizi) 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit</p>
<p><b>7. Indikator (Target yang akan dicapai/Outcome)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asupan makan <math>\geq 80\%</math> dari kebutuhan, tepat diet dan waktu</li> <li>2. Status Gizi Normal berdasarkan antropometri IMT</li> <li>3. ASI mencukupi (ASI Eksklusif)</li> </ol>
<p><b>8. Kepustakaan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penuntun Diet, Instalasi Gizi Perjan RS Dr. Cipto Mangunkusumo dan Asosiasi Dietisien Indonesia 2008</li> <li>2. Pocket Guide For International Dietetics &amp; Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual 2013</li> <li>3. International Dietetics &amp; Terminology (IDNT) Reference Manual. Standardize Language for the Nutrition Care Process. Fourth Edition. Academy of Nutrition and Dietetics 2013</li> <li>4. Tabel Angka Kecukupan Gizi (AKG), Kemenkes 2013</li> </ol>

**CLINICAL PATHWAY**  
**PLASENTA PREVIA TOTALIS PADA KEHAMILAN ATERM**  
**Rumah Sakit Kelas B & C**

**No. RM:**

Nama Pasien		BB	Kg
Jenis Kelamin		TB	Cm
Tanggal Lahir		Tgl.Masuk	jam
Diagnosa Masuk RS		Tgl.Keluar	jam
Penyakit Utama		Kode ICD: Lama rawat	hari
Penyakit Penyerta		Kode ICD: Rencana Rawat	
Komplikasi		Kode ICD: R.Rawat/Klas	/
Tindakan		Kode ICD: Rujukan	Ya/Tidak
Dietary Counseling and Surveillance		Kode ICD: Z71.3	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis								Pasien masuk via RJ
	Tim IPD								
	Tim Anestesi								
	Tim Rehabilitasi Medik								
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi & budaya								Dilanjutkan dengan Asesmen Bio-Psiko- Sosial, Spiritual dan Budaya.
2. LABORATORIUM	Darah rutin, BT/CT, GDS								Varian
	Urin rutin								
3. RADIOLOGI/ IMAGING	USG								
	CTG								
4. KONSULTASI	Anestesi								
5. ASESMEN LANJUTAN									
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP								Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan								Atas Indikasi/ Emergency

b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab: asesmen bio, psiko, sosial, spiritual, budaya											
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)											Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal dalam 48 jam. Pasien setelah pembedahan & menyusui termasuk dalam kondisi khusus yang perlu mendapat pengkajian
d. ASESMEN FARMASI	Telaah Resep											Dilanjutkan dengan intervensi farmasi sesuai hasil telaah dan rekonsiliasi Obat
	Rekonsiliasi Obat											
6. DIAGNOSIS												
a. DIAGNOSIS MEDIS	Plasenta Previa Totalis											
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Kode (00146): Cemas											Masalah Keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab, sesuai dengan NANDA. Int
	b. Kode (00148): Takut											
	c. Kode (00132): Nyeri Akut											
	d. Kode (00027): Defisit Volume Cairan											
	e. Kode (00248): Risiko Perlambatan Pemulihan Luka											
	f. Kode (00094): Risiko Intoleran Aktifitas											
c. DIAGNOSIS GIZI	Prediksi suboptimal asupan energi berkaitan rencana tindakan bedah/ operasi seksio sesarea pasien dipuaskan ditandai dengan asupan makanan lebih rendah dari kebutuhan (NI - 1.4)											Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	Meningkatnya kebutuhan energi dan protein berkaitan dengan peningkatnya kebutuhan ditandai dengan pembedahan seksio sesarea saat melahirkan dan ibu menyusui (NI-5.1)											
7. DISCHARGE PLANNING	Jadwal kontrol Post Op											Program pendidikan pasien dan keluarga
	Identifikasi Kebutuhan di rumah											
	Identifikasi pendukung mobilisasi											
	Informasi pemberian obat dirumah											

8. EDUKASI TERINTEGRASI										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan Discharge Planning.
	Rencana terapi									
	Informed Consent									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet Pasca bedah seksio adalah diet post partum/diet ibu menyusui tinggi energi dan tinggi protein sesuai dengan kebutuhan									Edukasi gizi dapat dilakukan bersamaan dengan kunjungan awal, atau dapat juga dilakukan pada hari ke 4 atau hari ke 5 saat pasien akan kembali pulang
c. EDUKASI KEPERAWATAN	a. Penurunan Kecemasan									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga
	b. Manajemen Nyeri									
	c. Tanda-tanda Infeksi									
	d. Mobilisasi Post Operasi SC									
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
9. TERAPIMEDIKA MENTOSA										
a. INJEKSI	Antibiotik profilaksis sesuai pola kuman RS setempat									Varian
b. CAIRAN INFUS	Cairan kristaloid									Varian
c. OBAT ORAL	Sulfas ferosus 1x360 mg, PO									
	Asam mefenamat 3x500 mg, PO									
d. OBAT PULANG	Sulfas ferosus 1x360 mg, PO									
	Asam mefenamat 3x500 mg, PO									
10. TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)										
a. TLI MEDIS	Seksio Sesarea									Ditetapkan pre op
	Pemasangan kateter urine 1x24 jam									
b. TLI KEPERAWATAN	a. Kode NIC (413): TTV (baseline )/4 jam									
	b. Kode NIC (6771): Monitor DJJ dan Gerakan Janin									
	c. Kode NIC (4190): Pasang IV line dengan cairan RL									
	d. Kode NIC (0580): Pasang Kateter Urin									
	e. Kode NIC (5820): Penurunan Kecemasan/Takut									

	f. Kode NIC (2880): Persiapan Operasi: Berdoa, Cek Obat, Edukasi, Persiapan fisik: Mandi, ganti pakaian, pelepasan perhiasan, persetujuan tindakan.										
	g. Kode NIC (309): Check list pra bedah										
	h. Kode NIC (7890): Membantu Transport Ke Ruang OK										
	i. Kode NIC (6750): Perawatan Persalinan Caesar										
	j. Kode NIC (1400): Manajemen nyeri										
	k. Kode NIC (4120): Manajemen Cairan										
	l. Kode NIC (3360): Perawatan luka										
	m. Kode NIC (0221): Latihan mobilisasi										
	n. Kode NIC (6040): Terapi Relaksasi										
	o. Kode NIC (1450): Manajemen Nause/Mual										
	p. Kode NIC (6540): Kontrol Infeksi										
	q. Kode NIC (2300): Pemberian Obat-obatan										
	r. Kode NIC (0180): Manajemen Energi										
	s. Kode NIC (1800): Memenuhi Perawatan Diri										
c. TLI GIZI	Diet Tinggi Energi Tinggi Protein (Setelah pembedahan dan menyusui)										Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis pasien. Umumnya bentuk makanan biasa
d. TLI FARMASI	Rekomendasi Kepada DPJP										Seuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)											
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan										
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (0419): Shock hipovolemik teratasi										Mengacu pada NOC
	b. Kode NOC (0802): Tanda-tanda Vital dalam batas normal										
	c. Kode NOC (0602): Cairan/hidrasi terpenuhi										
	d. Kode NOC (0111): Status Fetal dalam batas normal										
	e. Kode NOC (1402): Cemas/takut terkontrol										

c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev atau re asesmen hari ke 4 atau hari ke 5 bisa dilakukan atau tidak tergantung situasi dan kondisi  Mengacu pada IDNT (International Dietetics & Nutrition Terminology)
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat									Menyusun Software interaksi
	Monitoring Efek Samping Obat									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Pemantauan Terapi Obat									
12. MOBILISASI/ REHABILITASI										
a. MEDIS	Program post op hari 2 sampai hari pulang									Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien namun dianjurkan mobilisasi dini sejak 12 jam post operasi
b. KEPERAWATAN										
c. FISIOTERAPI										
13. OUTCOME/HASIL										
a. MEDIS	Nyeri luka operasi terkontrol dalam 3 hari									Mengacu pada NOC dilakukan dalam 3 shift
	Mobilisasi bertahap dengan pendamping									
	Luka operasi baik									
	Kontraksi uterus baik									
	Tidak ada perdarahan per vaginam									
	Mobilisasi mandiri dengan support									
b. KEPERAWATAN	a. Kode NOC (0419): Shock Hipovolemik Teratasi									Mengacu pada NOC dilakukan dalam 3 shift
	b. Kode NOC (0802): Tanda-tanda Vital dalam batas normal									
	c. Kode NOC (0602): Cairan/hidrasi terpenuhi									
	d. Kode NOC (0111): Status Fetal Dalam Batas Normal									
	e. NOC (1402): Cemas/takut terkontrol									
c. GIZI	Asupan makanan $\geq$ 80%									Status Gizi Optimalisasi Diet sesuai dan pemberian tepat
	Ketepatan Pemberian Diet									
	Ketepatan waktu pemberian makan									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional									
14. KRITERIA PULANG	Sesuai NOC									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK

15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/Surat Rujukan /Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
VARIAN										

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan