

 TERAKREDITASI PARIPURNA	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM KARDIOLOGI DAN KEDOKTERAN VASKULER RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>  <p>drg. Wan Fajriatul Mammunah, Sp.KG NIP. 19780618 200903 2 001</p>	
<p>DEMAM REUMATIK AKUT</p>			
1.Pengertian	Penyakit peradangan akut, difus dan non-supuratif yang dapat menyertai faringitis disebabkan oleh infeksi kuman <i>Streptococcus β hemoliticus</i> grup A.		
2.Anamnesis	Manifestasi klinis demam rematik akut (DRA) didahului dengan infeksi tenggorokan akut (faringitis akut).		
3.Pemeriksaan Fisik	Dapat ditemukan satu atau lebih dari : Kriteria mayor :karditis, poliartritis, korea sydenham,eritema marginatum,nodul Subkutaneus Kriteria minor : demam, arthralgia		
4.Kriteria Diagnosis	Berdasarkan Kriteria Jones. Ditegakkan bila ditemukan 2 kriteria mayor atau 1 kriteria mayor + 2 kriteria minor ditambah dengan bukti infeksi streptokokus Grup A.		
	Kriteria mayor	Kriteria minor	
	Karditis	Arthralgia	
	Poliartritis Korea Eritema marginatum Nodul Subkutaneus	Demam Laboratorium : LED >> CRP (+) PR interval memanjang	
	Bukti adanya infeksi streptokokus : kenaikan titer antibodi streptokokus, biakan faring positif, kenaikan rapid antigen steptokokus		
5.Diagnosis kerja	Suspek Demam Reumatik Akut		
6.Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none">• Penyakitvaskulerkolagenseperti Juvenile rheumatoid arthritis• Post streptokokalreaktifarthrititis• Penyakitjaringanikat, artritisreaktifpostinfeksium, serum sickness, arthritis infeksiusdanarthritisgonokokal		
7.Pemeriksaan Penunjang	<ol style="list-style-type: none">1. Pemeriksaan darah Leukosit, lajuendapdarah, C-ReactiveProtein (CRP), ASTO, swab tengorok2. Elektrokardiografi3. Rontgen thorak4. Ekokardiografi		
8.Terapi	<ol style="list-style-type: none">1. Diberikan antibiotika untuk eradikasi Streptokokus (penisilin atau eritromisin 40 mg/kgBB/hari selama 10 hari bagi anak dengan alergi penisilin)2. Tirah baring (<i>bed rest</i>) bervariasitergantunganberatringannyapenyakit.		
	Artritis	Karditis ringan	Karditis sedang

	<table><tr><td>Istirahat total</td><td>1-2 minggu</td><td>3-4 minggu</td><td>4-6 minggu</td></tr><tr><td>Rawatjalan</td><td>1-2 minggu</td><td>3-4 minggu</td><td>4-6 minggu</td></tr></table>	Istirahat total	1-2 minggu	3-4 minggu	4-6 minggu	Rawatjalan	1-2 minggu	3-4 minggu	4-6 minggu	<table><tr><td>Selama masih gagal jantung</td></tr><tr><td>2-3 bulan</td></tr></table>	Selama masih gagal jantung	2-3 bulan		
Istirahat total	1-2 minggu	3-4 minggu	4-6 minggu											
Rawatjalan	1-2 minggu	3-4 minggu	4-6 minggu											
Selama masih gagal jantung														
2-3 bulan														
	3. Terapi antiinflamasi non steroid (aspirin) harus segera dimulai setelah diagnosis demam rematik ditegakkan 100 mg/kgbb dibagi 4-6 dosis dan diturunkan bertahap setelah 2 minggu terapi													
	<table><tr><td>Artritis</td><td>Karditis ringan</td><td>Karditis sedang</td></tr><tr><td>Prednison -</td><td>-</td><td>-</td></tr><tr><td>Aspirin 1-2 minggu</td><td>3-4 minggu</td><td>6-8 minggu</td></tr></table>	Artritis	Karditis ringan	Karditis sedang	Prednison -	-	-	Aspirin 1-2 minggu	3-4 minggu	6-8 minggu	<table><tr><td>Karditis berat</td></tr><tr><td>2-6 minggu</td></tr><tr><td>2-4 bulan</td></tr></table>	Karditis berat	2-6 minggu	2-4 bulan
Artritis	Karditis ringan	Karditis sedang												
Prednison -	-	-												
Aspirin 1-2 minggu	3-4 minggu	6-8 minggu												
Karditis berat														
2-6 minggu														
2-4 bulan														
	Prednison 2 mg/kgBB/hari diberikan selama 2 minggu dibagi 3-4 dosis pada kasus dengan karditis berat dengan gagal jantung lalu diturunkan bertahap.													
9.Edukasi	<ul style="list-style-type: none">• Penjelasan perjalanan penyakit dan komplikasi• Rencana perawatan													
10.Prognosis	<ul style="list-style-type: none">• Morbiditas berhubungan erat dengan derajat keterlibatan jantung• Mortalitas sebagian besar akibat karditis berat• Profilaksis sekunder yang efektif dapat mencegah relaps• Angka penyembuhan tinggi bila profilaksis diberikan secara teratur													
11.Tingkat Evidens	IV													
12.Tingkat Rekomendasi	C													
13.Penelaah Kritis														
14.Indikator Medis														
15.Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none">• Park MK. Pediatric Cardiology for Practitioners. 5th ed. Philadelphia : Mosby Elsevier ; 2008• Buku Ajar Kardiologi Anak FKUI													

	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM KARDIOLOGI DAN KEDOKTERAN VASKULER RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p> <p><u>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG</u> NIP. 19780618 200903 2 001</p>
<p>TETRALOGY OF FALLOT</p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>Penyakit jantung bawaan sianotik yang terdiri dari empat kelainan yaitu defek septum ventrikel, <i>stenosis pulmonal</i>, hipertrofi ventrikel kanan, dan <i>overriding aorta</i>.</p>	
<p>2. Anamnesis</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pada waktu lahir biasanya belum sianotik, baru tampak sianotik seiring bertambah usia • Serangan sianotik yang ditandai dengan nafas cepat mendadak, nafas cepat dalam, lemas, bahkan kejang terutama setelah aktifitas, dan buang air besar. Anak akan jongkok/ <i>squatting</i> setelah berjalan agak lama. 	
<p>3. Pemeriksaan Fisik</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suarajantung pertama normal atausedikitmeningkat • Suarajantungkeduatunggal • Bisingsistolikejeksiterdengar di perbatasan sternal kiri atas. • Jari tabuh setelah usia 6 bulan 	
<p>4. Kriteria Diagnosis</p>	<p>Sianosis dengan riwayat "<i>cynotic spell</i>"</p>	
<p>5. Diagnosis kerja</p>	<p>Penyakit Jantung Bawaan Sianotik ec suspek ToF</p>	
<p>6. Diagnosis Banding</p>	<ul style="list-style-type: none"> • VSD dengan PS • Double Outlet Right Ventricle (DORV) dengan VSD dan PS. 	
<p>7. Pemeriksaan Penunjang</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen (pulse oxymetry atau monitor) 2. Pemeriksaandarahrutin 3. Elektrokardiografi 4. Foto toraks 5. Ekokardiografi 	
<p>8. Terapi</p>	<p>Medikamentosa</p> <p>Bila terjadiserangansianotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posisi knee-chest • Oksigen • Morfinsulfat 0,1 - 0,2 mg/kgBBsubkutanatau intramuscular • Natriumbikarbonat 1 mEq/kgBBintravena, dapatdiulangdalam 10-15 menit. • Propanolol 0,01 – 0,25 mg/kgBB bolus intravenapelan. Bilatidaksegeradilakukanoperasi, berikanpropranolol rumatan 1 mg/kgBBperharidalam 4 dosis. • Selamaperawatanperhatikankebersihanmulutdangigiuntukberke mbangnyainfeksi, terjadinyaendocarditis infektifdanabsesotak • Cegahterjadinyadehidrasi. <p>Pembedahan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila serangan sianotik tidak teratasi dengan pemberian propranolol dan keadaan umum memburuk, harus secepatnya 	

	<p>dilakukan operasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilakoreksi total belum dapat dikerjakan, lakukan pemasangan <i>modified Blaloc-Taussig shunt</i>. 	
9.Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> • Penjelasan perjalanan penyakit dan komplikasi • Rencana perawatan 	
10.Prognosis	<ul style="list-style-type: none"> • Koreksi pembedahan lebih dini akan mengurangi efek lanjut dari hipoksia, mencegah kerusakan organ, mengurangi aritmia ventrikel dan mengoptimalkan fungsi dan curah jantung • Prognosis jangka panjang kurang baik bila operasi dilakukan saat telah terjadi gangguan fungsi ventrikel kiri akibat hipoksia lama. 	
11.Tingkat Evidens	IV	
12.Tingkat Rekomendasi	C	
13.Penelaah Kritis		
14.Indikator Medis		
15.Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> • Park MK. Pediatric Cardiology for Practitioners. 5th ed. Philadelphia : Mosby Elsevier ; 2008 • Buku Ajar Kardiologi Anak FKUI 	