

PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH
PEKALONGAN



Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
2016

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH

PEKALONGAN

NOMOR : 1439.2/RSSK/SK/VII/2016

T E N T A N G

PEMBERLAKUAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)

RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pengendalian pelayanan yang efektif, efisien dan upaya peningkatan mutu maka perlu implementasi *Clinical Pathway* (CP) sebagai alur pelayanan pasien di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- b. bahwa dalam implementasi *Clinical Pathway* (CP), perlu adanya Panduan Praktik Klinis (PPK) sebagai acuan;
- c. bahwa untuk maksud (a) dan (b) diatas perlu adanya Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Pemberlakuan Panduan Praktik Klinis (PPK).
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor : 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang – undang Nomor : 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang – undang Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 755/Menkes/Per/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik;

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 469/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis;
8. Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Nomor: 0512/SK/VII-10/Um/2015 tentang Pedoman penyelenggaraan Komite Medik Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
9. Keputusan Yayasan Al – Irsyad Al – Islamiyyah Pekalongan Nomor : 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
10. Keputusan Direktur Nomor 0063/RSSK/SK/I/2016 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
11. Keputusan Direktur Nomor 0196/RSSK/SK/I/2016 tentang Pembentukan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
12. Keputusan Direktur Nomor 0087.1/RSKK/SK/I/2016 tentang Pemberlakuan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : PEMBERLAKUAN PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) DAN *CLINICAL PATHWAY* (CP) RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Panduan Praktik Klinis (PPK) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran I Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Clinical Pathway (CP) Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana dimaksud tercantum dalam Lampiran II Surat Keputusan ini;

KETIGA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini, maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : PEKALONGAN

Pada Tanggal : 19 Juli 2016

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manager Pelayanan
2. Komite Medik
3. Komite Keperawatan
4. Komite PMKP
5. Koordinator Perawat Ruangan
6. Arsip

Lampiran I : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
tentang Pemberlakuan Panduan Praktik Klinis (PPK) Rumah Sakit Siti
Khodijah Pekalongan
Nomor : 1439.2/RSSK/SK/V/2016
Tanggal : 19 Juli 2016

PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

1. PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) PENYAKIT DALAM

 <p style="text-align: center;">PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</p>	
DEMAM TIFOID	
1. Pengertian (Definisi)	Demam tifoid merupakan penyakit sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi kuman <i>Salmonella typhii</i> atau <i>Salmonella paratyphii</i>
2. Anamnesis	a. Demam naik secara bertahap pada minggu pertama, lalu demam menetap (kontinyu) atau remitten pada minggu kedua. b. Demam terutama sore/malam hari c. Sakit kepala d. Nyeri otot e. Anoreksia f. Mual, muntah g. Konstipasi atau diare
3. Pemeriksaan Fisik	a. Febris Kesadaran berkabut / apatis b. Bradikardi relatif (peningkatan suhu 1° C tidak diikuti peningkatan denyut nadi 8x/menit) c. Hepatomegali d. Splenomegali e. Nyeri abdomen f. Roseola (jarang pada orang indonesia)

4. Kriteria Diagnosis	<p>a. Sesuai dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik</p> <p>b. Laboratorium :</p> <p>a. Darah rutin : Dapat ditemukan lekopeni, leukositosis atau normal, Anesonifilia, Limfopenia, Peningkatan LED, Anemia ringan, Trombositopenia</p> <p>b. Test fungsi liver : dapat muncul gangguan fungsi hati</p> <p>c. Kultur darah (biakan empedu) positif, kultur darah negatif tidak menyingkirkan diagnosis</p> <p>d. Widal : Peningkatan titer uji widal ≥ 4 kali lipat setelah satu minggu memastikan diagnose, uji widal tunggal dengan titer antibodi O 1/320 atau H 1/640 disertai gambaran klinis khas menyokong diagnosis</p> <p>e. Test tubex</p>
3. Diagnosis Kerja	Demam Tifoid
4. Diagnosis Banding	<p>a. Infeksi virus</p> <p>b. Leptospirosis</p> <p>c. DHF</p> <p>d. Malaria</p>
5. Pemeriksaan Penunjang	<p>a. Darah perifer lengkap</p> <p>b. Serologi Widal dan Tubex</p> <p>c. Kultur</p> <p>d. Tes fungsi hati</p>
6. Terapi	<p>Nonfarmakologis : tirah baring, makanan lunak rendah serat</p> <p>a. Farmakologis</p> <p>a. Simptomatis</p> <p>b. Antibiotik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sefalosparin generasi III : yang terbukti efektif adalah seftriakson 3 – 4 gram dalam dekstrosa 100cc selama ½ jam per infus sekali sehari selama 3 -5 hari. Dapat diberikan sefrotaksim 2 - 3 x 1 gram, sefoperazon 2 x1 gram • Flourokuinolon - Norfloksasin 2 x 400 mg/hari selama 14 hari - Siprofolaksin 2 x 500 mg/hari selama 6 hari - Ofloksasin 2 x 400 mg/hari selama 7 hari - Levofloksasin 1 x 500/hari selama 7 hari


7. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Higienitas makanan b. Cukup istirahat
8. Prognosis	Baik
9. Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi V bab Demam Typhoid 2011 b. Panduan Pelayanan Medik Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009

 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
GAGAL JANTUNG	
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit gagal jantung didefinisikan sebagai ketidak normalan dari struktur dan fungsi jantung yang mengakibatkan kegagalan jantung untuk mengirimkan oksigen pada tingkat yang sesuai dengan kebutuhan metabolisme jaringan meskipun tekanan pengisian adalah normal.
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien Mengeluh b. Sesak napas c. Mudah lelah d. Merasa lemah e. Bengkak pada kaki
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum: kesadaran, status nutrisi, berat badan b. Nadi: frekuensi, ritme, konfigurasi nadi c. Tekanan darah: sistolik, diastlik, tekanan nadi d. Tanda kelebihan cairan: tekanan vena jugularis, edem perifer, hepatomegali, ascites e. Paru Paru: frekuensi napas, ronki basah, efusi pleura f. Jantung: perpindahan Apex jantung, irama Gallop, suara jantung ke 3, bising jantung

	<p>Bisa didapatkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Takikardi, b. Takipneu, c. Cardiomegali d. Bunyi Jantung Ke 3 e. Bising Jantung f. Ronki Basah, g. Efusi Pleura h. Peningkatan Tekanan Vena Jugularis i. Edem Perifer j. Hepatomegali
4. Kriteria Diagnostik	<p>Menggunakan kriteria Framingham:</p> <p>Kriteria mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Paroksimal nocturnal dyspneu b. Rongki basah c. Irama gallop d. Kardiomegali e. Distensi vena leher f. Peningkatan tekanan vena jugularis g. Edema paru akut h. Refleuks hepato jugular <p>Kriteria minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Edem ekstremitas b. Batuk malam hari c. Sesak saat aktivitas d. Hepatomegali e. Efusi pleura f. Takikardi <p>Diagnosis: paling sedikit 1 kriteria mayor dan 2 kriteria minor</p> <p>Rawat inap untuk pasien dengan NYHA grade III-IV</p>
5. Diagnosis Kerja	Gagal Jantung
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> a. Penyakit paru: pneumonia, asma, emboli paru b. Penyakit ginjal: gagal ginjal kronik c. Penyakit hati: sirosis hepatis
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> a. Elektrokardiografi: Normal, Abnormal, Disritmia b. X Ray Thorak: Cardiomegaly, Edema Paru


	<p>c. Echocardiografi: Pemeriksaan Frase Ejeksi</p> <p>d. Pemeriksaan Laboratorium:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Darah Rutin 2. Gula Darah 3. Profil Lipid 4. Ureum-Kreatinin 5. GFR 6. Elektrolite Darah 7. Urinalisis 8. Test Fungsi Hati 9. Tes fungsi Tiroid
8. Terapi	<p>Tindakan umum:</p> <p>Pertahankan patensi jalan napas</p> <p>Suplementasi oksigen sesuai saturasi oksigen</p> <p>Terapi non farmakologi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tirah baring untuk NYHA grade III-IV b. Diet rendah garam c. Batasi intake cairan d. Hentikan rokok, alcohol e. Batasi/sesuaikan aktivitas fisik <p>Terapi farmakologi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Diuretic diberikan untuk menghilangkan tanda dan gejala congestif b. ACEI (atau ARB jika ACEI tidak dapat ditoleransi) (direkomendasikan class I level evince A) c. Beta blocker (direkomendasikan class I level evince A) d. MRA direkomendasikan pada pasien dengan gagal jantung dengan gejala menetap setelah pengobatan dengan ACEI+ beta blocker (direcomendasikan class I level evidence A) <p>Terapi penyakit dasar atau penyakit Co-Morbid</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Infark jantung b. DM c. Kelainan tiroid d. Hipertensi e. Dll

9. Edukasi	<p>Edukasi tentang</p> <ol style="list-style-type: none"> Definisi gagal jantung Terapi farmakologi Diet: rendah garam, diet sesuai factor risiko dan penyakit co morbid misal DM, alcohol, Merokok. Latihan: pastikan kembali olahraga yang nyaman untuk pasien. Imunisasi influenza dan pneumococcal.
10. Prognosis	<p>Menentukan prognosis gagal jantung sangat kompleks, tergantung pada etiologi, usia, penyakit co morbid, progresivitas, prognosis jelek jika:</p> <ol style="list-style-type: none"> Usia lanjut Etiologi adalah iskemia/infark jantung Hipotensi NYHA grade III-IV Sering dirawat di rumah sakit EKG didapatkan: ventricular aritmia Puncak VO₂ yang rendah Gangguan elektrolit Left ventricle ejection fraction yang rendah
11. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure, 2012 Panduan Standar Pelayanan Medis Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia 2009

 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
PENYAKIT HIPERTENSI	
1. Pengertian (Definisi)	<p>Hipertensi adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> Peningkatan tekanan darah Sistolik ≥ 140 mmhg dan atau peningkatan tekanan darah diastolic ≥ 90 mmhg Dalam terapi obat anti hipertensi

2. Anamnesis	<div>a. Riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya, riwayat minum obat anti hipertensi.</div> <div>b. Riwayat keluarga hipertensi dan atau penyakit kardiovaskuler, riwayat merokok, Diabetes mellitus, obesitas, inaktifitas fisik, dyslipidemia.</div> <div>c. Kepala terasa nyeri, berat, leher kaku terutama pagi hari bangun tidur</div> <div>d. Dapat tanpa gejala</div>															
3. Pemeriksaan Fisik	<div>a. Hasil rata-rata pengukuran tekanan darah yang dilakukan minimal 2 kali tiap kunjungan, pada 2 kali kunjungan, dengan posisi duduk setelah beristirahat 5 menit adalah $\geq 140/90$ mmhg.</div> <div>b. Jantung dalam batas normal atau ada pembesaran ventrikel kiri</div> <div>c. Pemeriksaan fisik sesuai kerusakan target organ</div>															
4. Kriteria Diagnostik	<div>Sesuai kriteria JNC VII</div> <table><tr><th>BLOOD PRESSURE CLASSIFICATION</th><th>SBP MMHG</th><th>DBP MMHG</th></tr><tr><td>NORMAL</td><td><120</td><td>and <80</td></tr><tr><td>PREHYPERTENSION</td><td>120–139</td><td>or 80–89</td></tr><tr><td>STAGE 1 HYPERTENSION</td><td>140–159</td><td>or 90–99</td></tr><tr><td>STAGE 2 HYPERTENSION</td><td>≥ 160</td><td>or ≥ 100</td></tr></table>	BLOOD PRESSURE CLASSIFICATION	SBP MMHG	DBP MMHG	NORMAL	<120	and <80	PREHYPERTENSION	120–139	or 80–89	STAGE 1 HYPERTENSION	140–159	or 90–99	STAGE 2 HYPERTENSION	≥ 160	or ≥ 100
BLOOD PRESSURE CLASSIFICATION	SBP MMHG	DBP MMHG														
NORMAL	<120	and <80														
PREHYPERTENSION	120–139	or 80–89														
STAGE 1 HYPERTENSION	140–159	or 90–99														
STAGE 2 HYPERTENSION	≥ 160	or ≥ 100														
5. Diagnosis Kerja	<div>a. Hipertensi stage 1</div> <div>b. Hipertensi stage 2</div>															
6. Diagnosis Banding	Hipertensi sekunder															
7. Pemeriksaan Penunjang	<div>Pemeriksaan laboratorium:</div> <div>a. Darah rutin</div> <div>b. Urin Rutin,</div> <div>c. Ureum</div> <div>d. Kreatinin,</div> <div>e. Elektrolit Darah Na, K, Cl, Ca, Mg, P Anorganik,</div> <div>f. Gula darah,</div> <div>g. Profil lipid</div> <div>Pemeriksaan radiologi:</div> <div>X foto thoraks</div>															


	Pemeriksaan lain: a. EKG b. Funduskopi
8. Terapi	a. Perubahan/ modifikasi gaya hidup (batasi asupan garam, turunkan berat badan jika berlebih, olah raga teratur, tak merokok, bebas alkohol ,meditasi). b. Obat anti Hipertensi (diuretik, beta bloker, ACE inhibitor, ARB, Ca channel bloker, Anti aldosteron, Direct vasodilator, α receptor central acting). c. Hipertensi stage 1 dapat diberikan monoterapi, bila disertai faktor risiko dapat dimulai obat kombinasi d. Hipertensi stage 2 dapat diberikan obat kombinasi
9. Edukasi	a. Perubahan gaya hidup. (menjaga BB ideal BMI 18,5-24,9 kg/m ² , Aktifitas fisik minimal 30 menit per hari seminggu 5x, kurangi konsumsi alkohol (<30ml etanol), Diet rendah garam <3,5gr, DASH diet (sayur, buah-buahan, rendah lemak)) b. Minum obat anti hipertensi teratur c. Rajin kontrol tekanan darah
10. Prognosis	Baik jika tanpa komplikasi kerusakan target organ. Atau bukan hipertensi emergensi/urgensi.
11. Kepustakaan	a. JNC VII 2003 b. CHEP guideline 2013, c. NICE guideline 2012

 <div style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </div>	
DIARE AKUT	
1. Pengertian (Definisi)	a. Perubahan pada frekuensi buang air besar menjadi lebih sering dari normal atau perubahan konsistensi feses menjadi lebih encer atau kedua-duanya dalam waktu kurang dari 14 hari.

	<ul style="list-style-type: none"> b. Umumnya disertai dengan segala gangguan saluran cerna yang lain seperti mual, muntah dan nyeri perut, kadang-kadang disertai demam, darah pada feses serta tenesmus(gejala disentri).
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> a. Onset b. Frekuensi c. Kuantitas d. Muntah e. Adakah darah dan lendir bercampur dalam feses f. Riwayat traveling g. Riwayat pengobatan antibiotic sebelumnya h. Adanya penyakit yang mendasari misal: HIV/AIDS
3. Pemeriksaan Fisik	<p>Penilaian tingkat kesadaran: compos mentis, apatis</p> <p>Pemeriksaan fisik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa berat badan b. Frekuensi jantung c. Frekuensi napas, pola pernapasan d. Tekanan darah e. Suhu tubuh f. Fisik abdomen: peristaltic usus <p>Tanda dehidrasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kesadaran posisi b. Tekanan nadi c. Hipotensi postural d. Membrane mukosa kering e. Mata cowong/cekung f. Turgor kulit g. Capillary refill h. Produksi urine <p>Klasifikasi dehidrasi secara klinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dehidrasi ringan: kehilangan cairan 2-5% dari berat badan. Klinis: turgor kurang, suara serak, belum presyok b. Dehidrasi ringan-sedang: kehilangan cairan 5-8% dari berat badan Klinis: turgor buruk, suara serak, keadaan bias presyok/syok, nadi cepat, napas cepat dan dalam

	<p>c. Dehidrasi berat: kehilangan cairan > 8% dari berat badan</p> <p>Klinis: tanda dehidrasi sedang ditambah kesadaran turun, sianosis.</p>
4. Kriteria Diagnostik	<p>Sesuai dengan definisi.</p> <p>Indikasi Rawat inap jika:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dehidrasi sedang sampai berat b. Vomitus persisten c. Diare yang memberat dalam 48 jam d. Usia lanjut dan geriatri e. Pasien dengan imunokompromais f. Diare akut dengan komplikasi (misal gagal ginjal akut)
d. Diagnosis Kerja	Diare akut
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> a. Diare akut disertai demam dan tinja berdarah b. Diare akut tanpa disertai demam dan tinja berdarah
7. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none"> a. Feses rutin b. Kasus dengan dehidrasi dilakukan pemeriksaan darah rutin, feses dan urin rutin, kimia darah dan jika perlu analisis gas darah c. Kultur feses d. Sigmoidoskopi/kolonoskopi pada kasus diare berdarah bila pemeriksaan penunjang sebelumnya tidak jelas kausanya
8. Terapi	<p>Terapi Suportif:</p> <p>Rehidrasi cairan dan elektrolit sesuai dengan derajat dehidrasi.</p> <p>Jika pasien tanpa dehidrasi dapat dilakukan dengan upaya rehidrasi oral dengan oralit.</p> <p>Pada pasien dengan muntah menetap atau dengan dehidrasi sedang berat dilakukan terapi cairan intravena dengan cairan kristaloid (Ringer Lactate)</p> <p>Jumlah pemberian cairan:</p> <p>berdasarkan klinis dehidrasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dehidrasi ringan: 5% x berat badan(kg) b. Dehidrasi sedang: 8% x berat badan (kg) c. Dehidrasi berat: 10% x berat badan (kg)


	<p>Terapi simptomatis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Antimotilitas : Loperamid, Difenoksilat b. Antispasmodik/Spasmolitik : Hyosin-n-butylbromid, Ekstrak belladonna, Papaverine c. Pengeras feses : Attapulgit, Smektit, Kaolin-pektin d. Anti emetic jika perlu e. Anti piretik jika perlu <p>Terapi antibiotic jika diperlukan sesuai dengan etiologi.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bakteri : Quinolone, Cotrimoxazole, Cephalosporin Gen 3 b. Jamur : Flukonazole, Itrakonazole, Amfoterisin B c. Parasit E. histolitica, giardia : Metronidazole d. Virus: Terapi Suportive
9. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Higienitas makanan b. Pembuatan oralit pada pasien rawat jalan c. Tanda tanda dehidrasi pada pasien rawat jalan
10. Prognosis	Baik
11. Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> a. World Gastroenterology Organisation Practice Guideline: Acute Diarrhea 2008 b. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V Bab Diare Akut. 2011

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;">  <div style="text-align: center;"> <p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</p> <p>TATA LAKSANA KASUS</p> <p>RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN</p> <p>2016</p> </div> </div>	
TUBERKULOSIS	
1. Pengertian (Definisi)	Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (MTb). Sebagian besar kuman MTb menyerang paru, tetapi dapat juga mengenai organ tubuh lainnya.
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> a. Gejala respiratorik : batuk \geq 2 minggu, batuk darah, sesak napas, nyeri dada b. Gejala sistemik: demam, malaise, keringat malam, anoreksia, berat badan menurun c. Gejala tuberkulosis ekstra paru sesuai organ yang terkena.


3. Pemeriksaan Fisik	<p>Kelainan paru pada umumnya terletak di daerah lobus superior terutama daerah apeks dan segmen posterior (S1 & S2) , serta daerah apeks lobus inferior (S6) berupa suara napas bronkial, amforik, suara napas melemah, ronki basah, tandatanda penarikan paru, diafragma & mediastinum.</p> <p>Pada pleuritis tuberkulosa, kelainan pemeriksaan fisik tergantung dari banyaknya cairan di rongga pleura. Pada perkusi ditemukan pekak, pada auskultasi suara napas yang melemah sampai tidak terdengar pada sisi yang terdapat cairan.</p> <p>Pada limfadenitis tuberkulosa, terlihat pembesaran kelenjar getah bening, tersering di daerah leher, kadang-kadang di daerah ketiak. Pembesaran kelenjar tersebut dapat menjadi “cold abscess”</p>
4. Kriteria Diagnostik	<p>a. Pemeriksaan BTA sputum SPS terdapat minimal satu hasil BTA (+) atau bila BTA (-) didapatkan</p> <p>b. Rontgen toraks gambaran TB aktif</p> <p>c. Bila TB ekstra paru : terdapat BTA (+) atau reaksi jaringan positif terhadap kuman TB pada organ tsb.</p>
5. Diagnosis Kerja	TB paru BTA (?) atau TB ekstra paru
6. Diagnosis Banding	<p>a. Pneumonia</p> <p>b. Jamur paru</p>
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>a. Laboratorium : pemeriksaan BTA sputum</p> <p>b. Radiologi : gambaran TB aktif</p> <p>c. Pemeriksaan lain: analisis cairan pleura, pemeriksaan histopatologi jaringan, Uji tuberculin</p>
8. Terapi	<p>a. Oksigenasi</p> <p>b. Perbaikan keadaan umum</p> <p>c. Pemberian obat simtomatis (sesuai keadaan pasien)</p> <p>d. Pemberian obat anti tuberculosis (2 bulan tahap intensif dilanjutkan 4 bulan tahap lanjutan) dengan dosis sesuai tabel berikut ini :</p>

	<table><tr><th rowspan="2">Obat</th><th rowspan="2">Dosis (Mg/Kg BB/Hari)</th><th colspan="2">Dosis yg dianjurkan</th><th rowspan="2">DosisMaks (mg)</th><th colspan="3">Dosis (mg) / berat badan (kg)</th></tr><tr><th>Harian (mg/ kgBB / hari)</th><th>Intermitte (mg/Kg/ BB/kali)</th><th>< 40</th><th>40-60</th><th>>60</th></tr><tr><td>R</td><td>8-12</td><td>10</td><td>10</td><td>600</td><td>300</td><td>450</td><td>600</td></tr><tr><td>H</td><td>4-6</td><td>5</td><td>10</td><td>300</td><td>150</td><td>300</td><td>450</td></tr><tr><td>Z</td><td>20-30</td><td>25</td><td>35</td><td></td><td>750</td><td>1000</td><td>1500</td></tr><tr><td>E</td><td>15-20</td><td>15</td><td>30</td><td></td><td>750</td><td>1000</td><td>1500</td></tr><tr><td>S</td><td>15-18</td><td>15</td><td>15</td><td>1000</td><td>Sesuai BB</td><td>750</td><td>1000</td></tr></table>	Obat	Dosis (Mg/Kg BB/Hari)	Dosis yg dianjurkan		DosisMaks (mg)	Dosis (mg) / berat badan (kg)			Harian (mg/ kgBB / hari)	Intermitte (mg/Kg/ BB/kali)	< 40	40-60	>60	R	8-12	10	10	600	300	450	600	H	4-6	5	10	300	150	300	450	Z	20-30	25	35		750	1000	1500	E	15-20	15	30		750	1000	1500	S	15-18	15	15	1000	Sesuai BB	750	1000
Obat	Dosis (Mg/Kg BB/Hari)			Dosis yg dianjurkan			DosisMaks (mg)	Dosis (mg) / berat badan (kg)																																														
		Harian (mg/ kgBB / hari)	Intermitte (mg/Kg/ BB/kali)	< 40	40-60	>60																																																
R	8-12	10	10	600	300	450	600																																															
H	4-6	5	10	300	150	300	450																																															
Z	20-30	25	35		750	1000	1500																																															
E	15-20	15	30		750	1000	1500																																															
S	15-18	15	15	1000	Sesuai BB	750	1000																																															
9. Edukasi	a. Etika batuk: tidak buang dahak sembarangan b. Istirahat dengan nutrisi yang adekuat c. Minum obat teratur, tidak boleh putus.																																																					
10. Prognosis	Baik																																																					
11. Kepustakaan	a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 364/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB) b. PDPI. Pedoman Diagnosis & Penatalaksanaan Tuberkulosis di Indonesia																																																					

2. PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) BEDAH

 <p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</p>	
APPENDISITIS AKUT	
1. Pengertian (Definisi)	Penyumbatan dan peradangan akut pada usus buntu dengan jangka waktu kurang dari 2 minggu
2. Anamnesis	a. Nyeri perut kanan bawah (+) b. Mual (\pm) c. Anoreksi d. Demam (\pm)
3. Pemeriksaan Fisik	a. Nyeri tekan Mc Burney (+) b. Rovsing Sign (\pm) c. Psoas Sign (\pm) d. Blumberg Sign (\pm) e. Obturator Sign (\pm)
4. Kriteria Diagnosis	a. Memenuhi kriteria anamnesis (Minimal No. 1) b. Memenuhi kriteria pemeriksaan fisik (Minimal No.1)
5. Diagnosis Kerja	Appendisitis Akut
6. Diagnosis Banding	a. Urolitiasis b. UTI dekstra c. Adneksitis dekstra d. Kista ovarium terpuntir dekstra e. KET dekstra
7. Pemeriksaan Penunjang	a. Darah rutin b. CT-BT (atas indikasi) c. Ureum kreatinin (atas indikasi) d. GDS (atas indikasi) e. HbsAg (atas indikasi) f. Tes Kehamilan (atas indikasi) g. USG Abdomen (atas indikasi)

8. Tata Laksana <ul style="list-style-type: none"> • Tindakan operatif • Terapi konservatif • Lama perawatan 	Operasi dalam bius spinal atau GA Open apendektomi terbuka Bila pasien menolak operasi 3 hari
9. Edukasi	a. Penjelasan diagnosa, diagnosa banding, pemeriksaan penunjang b. Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi c. Penjelasan alternative tindakan d. Penjelasan perkiraan lama rawat
10. Prognosis	Advitam : dubia adbonam Ad sanationan : dubia adbonam Ad fungsionam : dubia adbonam
11. Kepustakaan	a. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsu Hidayat b. Principal of Surgery, Schwartz's c. Konsensus Nasional Ikabi

 <p style="text-align: center;">PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</p>	
BENIGN PROSTAT HYPERTROPHY (BPH)	
1. Pengertian (Definisi)	Gangguan pada prostat / pembesaran pada prostat yang pada umumnya diderita oleh laki – laki diatas umur 40 tahun
2. Anamnesis	a. Kelemahan pancaran kencing b. Proses kencing berlangsung lebih lama c. Bila kencing harus mengejan atau berkuat (Hesitansi) d. Rasa tidak puas setelah kencing e. Nyeri bila kencing Disuri f. Selalu merasa ingin kencing terutama malam hari g. Tak bisa kencing sama sekali


3. Pemeriksaan Fisik	a. Penderita laki – laki usia umumnya di atas 50 tahun b. Rectal Toucher = Colok dubur teraba prostat membesar c. Buli – buli yang penuh terlihat sebagai penonjolan di daerah suprapubic d. Test urine sisa : +
4. Kriteria Diagnosis	Memenuhi kriteria anamnesis dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosis Kerja	Benign Prostat Hypertrophy (Bph)
6. Diagnosis Banding	Pembesaran Prostat Ganas = Kanker Prostat Pada kanker prostat, teraba prostat besar dan keras
7. Pemeriksaan Penunjang	Radiologi <ul style="list-style-type: none"> Foto BNO Untuk melihat ada kelainan lain serta menilai pembesaran prostat Laboratorium <ul style="list-style-type: none"> Pemeriksaan darah rutin + BUN serta urine untuk persiapan operasi dan menilai fungsi ginjal
8. Terapi	Operasi open prostatektomi, pada yang total retensi / rest urine > 100 cc
9. Edukasi	a. Penjelasan diagnosa, diagnosa banding, pemeriksaan penunjang b. Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi c. Penjelasan alternatif tindakan d. Penjelasan perkiraan lama rawat
10. Prognosis	Pada penderita dengan fungsi ginjal yang masih baik umumnya prognosanya baik
11. Kepustakaan	a. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsu Hidayat b. Principal of Surgery, Schwartz' c. Konsensus Nasional Ikabi




PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

HAEMOROID	
1. Pengertian (Definisi)	Haemoroid adalah pelebaran vena vena didalam pleksus hemoroidalis
2. Anamnesis	a. Rasa tidak enak bila bunag air besar b. Bunag air besar disertai darah c. Dapat timbul rasa nyeri bila buang air besar d. Ada tonjolan massa dari mukosa anus bila buang air besar
3. Pemeriksaan Fisik	a. Terlihat prolaps mukosa anus pada haemoroid derajat III atau derajat IV b. Pada colok dubur mungkin dapat terasa thrombus c. Colok dubur harus selalu dilakukan untuk menyingkirkan kelainan lain. Misalnya tumor recti.
4. Kriteria Diagnostik	Anamnesa dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosis Kerja	Haemoroid
6. Diagnosis Banding	a. Tumor Recti b. Polip Recti c. Abses Para Anal
7. Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium a. Rutine, bila anemis, pelacakan kearah tumor recti harus lebih diperhatikan b. Anuskopi
8. Terapi	a. Haemoroid Derajat I / II <ul style="list-style-type: none"> - Diet tinggi serat - Laksana bila ada riwayat obstipasi - Suppositoria - Sit Bath dengan larutan PK - Terapi Sklerosing b. Haemoroid derajat III/IV Dilakukan operasi hemoroidektomi

9. Edukasi	a. Penjelasan tentang penyakit b. Penjelasan tentang rencana tindakan serta resiko yang mungkin terjadi.
c. Prognosis	a. Advitam : dubia adbonam / malam b. Ad sanationan : dubia adbonam / malam c. Ad fungtionam : dubia adbonam / malam
d. Kepustakaan	a. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsu Hidayat b. Principal of Surgery, Schwartz's c. Konsensus Nasional Ikabi


 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
HERNIA INGUINALIS LATERALS	
1. Pengertian (Definisi)	<p>Hernia merupakan protursi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan (Jong, 2004)</p> <p>Hernia Inguinalis Indirek disebut juga hernia inguinalis lateralis yaitu hernia yang keluar dari rongga peritoneum melalui anulus inguinalis internus yang terletak lateral dari pembuluh epigastrika inferior, kemudian hernia masuk ke dalam kanal inguinalis (Jong, 2004)</p> <p>Hernia Inguinalis Direk disebut juga hernia inguinalis medialis yaitu hernia yang melalui dinding inguinal posteromedial dari vasa epigastrika inferior di daerah yang dibatasi segitiga Hesselbach (Arif Mansjoer, 2000)</p>
2. Anamnesis	a. Benjolan yang timbul hilang didaerah inguinal (pada yang reponibilis) b. Pada yang irreponibilis benjolan menetap dan dapat timbul rasa nyeri
3. Pemeriksaan Fisik	a. Nampak benjolan didaerah inuguinal yang bergerak dari craniolateral ke caudornedial (responibilis)

	b. Pada irreponibilis benjolan menetap didaerah inguinal dan dapat ditemukan tanda tanda ileus obstruksi
4. Kriteria Diagnostik	Anamnesis dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosis Kerja	Hernia Ingunalis Lateral
6. Diagnosis Banding	a. Lipoma b. Hidrocele c. Torsi Testis
7. PemeriksaanPenunjang	Laboratorium = Rutin untuk persiapan operasi
8. Terapi	Operatif = Herniotomi / Hernioraphi
9. Edukasi	a. Penjelasan tentang penyakit b. Penjelasan tentang rencana tindakan serta resiko yang mungkin terjadi.
10. Prognosis	a. Advitam : dubia adbonam / malam b. Ad sanationan : dubia adbonam / malam c. Ad fungtionam : dubia adbonam / malam
11. Kepustakaan	a. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsu Hidayat b. Principal of Surgery, Schwartz's c. Konsensus Nasional Ikabi


 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
KOLELITIASIS	
1. Pengertian (Definisi)	Adanya batu yang berada pada kandung empedu.
2. Anamnesis	a. Nyeri perut kanan atas b. Nyeri ulu hati c. Kembung, mual, dan muntah. d. Rasa nyeri bertambah pada saat menarik nafas. e. Rasa nyeri dapat menjalar ke punggung dan bahu. f. Bisa disertai demam.
3. Pemeriksaan Fisik	a. Nyeri tekan pada perut kanan atas. b. Tanda murphy positif c. Sklera ikterik (\pm).

4. Kriteria Diagnostik	Anamnesis dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosis Kerja	Kolelitiasis
6. Diagnosis Banding	a. Kolesistitis b. Hepatitis
7. Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium a. Darah Lengkap b. Urine Lengkap c. Kolesterol d. Bilirubin e. HbsAg f. SGOT/SGPT Radiologi a. BNO b. USG
8. Terapi	Operatif : Kolesistektomi terbuka Non Operatif : Terapi Disolusi dengan Asam Urodioxycholat (UDCA).
9. Edukasi	a. Penjelasan tentang penyakit b. Penjelasan tentang rencana tindakan serta resiko yang mungkin terjadi.
10. Prognosis	a. Advitam : dubia adbonam / malam b. Ad sanationem : dubia adbonam / malam c. Ad fungsionem : dubia adbonam / malam
11. Kepustakaan	a. Buku Ajar Ilmu Bedah, Sjamsu Hidayat b. Principal of Surgery, Schwartz's c. Konsensus Nasional Ikabi

3. PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) ANAK

 <p style="text-align: center;">PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</p>	
GASTROENTERITIS	
1. Pengertian (Definisi)	Buang air besar lebih dari 3 kali dalam 24 jam dengan konsistensi cair dan berlangsung kurang dari 1 minggu
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> a. Berak berak cair (mencret) b. Lemas c. Kadang disertai demam dan muntah
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> a. Berak berak cair (mencret) b. Uzun ubun cekung c. Mulut / bibir kering d. Turgor menurun e. Nafas cepat dan dalam f. Oliguria
4. Kriteria Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> a. BAB cair lebih dari 3 kali dalam 24 jam b. Berlangsung kurang dari 1 minggu
5. Diagnosis Kerja	Gastroenteritis
6. Diagnosis Banding	Gastroenteritis oleh karena virus, bakteri atau parasit
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>Laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan darah rutin b. Feses lengkap atas indikasi
8. Terapi	<ul style="list-style-type: none"> a. Rehidrasi b. Tanpa dehidrasi : bisa rawat jalan, beri nasehat c. Dehidrasi tidak berat : - Rehidrasi oral 75 ml/kgBB/4jam bila tidak berhasil, infus RL d. Dehidrasi berat : <ul style="list-style-type: none"> - Infus RL 100ml/kg BB (Kurang dari 12 bulan 30ml/kg BB dalam 5 jam selanjutnya lebih dari 12 bulan 30 ml/kgBB/ dalam 30 menit, 70 ml/kgBB dalam 5 jam selanjutnya) - Zink 20 mg (umur > 6bulan), 10 mg (umur < 6bulan)

9. Edukasi	<ul style="list-style-type: none"> a. Penjelasan perjalanan penyakit b. Penjelasan perawatan di rumah
10. Prognosis	<ul style="list-style-type: none"> a. Ad Vitam : dubia ad bonam/malam b. Ad sanationam : dubia ad bonam/malam c. Ad fungsionam : dubia ad bonam/malam
11. Kepustakaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Dit. Jen PPM, PLP Dep. Kes. RI. PMPD. Buku Ajar Diare. 1996. b. American academy of pediatric. The management of acute gastroenteritis in young children. Pediatrics. 1996;97:1-20. c. Duggan C, Santosham M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children : oral rehydration, maintenance and nutritional therapy. MMWR. 1992;41:1-20.

 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
DEMAM TIFOID	
1. Pengertian (Definisi)	Penyakit endemis yang disebabkan oleh infeksi bakteri Salmonella Thypi.
c. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> a. Demam naik secara bertahap tiap hari, mencapai suhu tertinggi pada akhir minggu pertama, minggu kedua demam terus menerus tinggi b. Sering menggigau (delirium), malaise, letargi, anoreksia, nyeri kepala, nyeri perut, diare / konstipasi, muntah,perut kembung c. Pada demam tifoid berat dapat dijumpai penurunan kesadaran, kejang dan ikterus
d. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> a. Kesadaran menurun b. Menggigau (Delirium) c. Sebagian besar anak mempunyai lidah tifoid yaitu dibagian tengah kotor dan bagian pinggir hiperermis, meteorismus, hepatomegali lebih sering dijumpai daripada splenomegali d. Kadang kadang terdengar ronki pada pemeriksaan paru

e. Kriteria Diagnosis	a. Anamnesa b. Pemeriksaan fisik c. Laboratorium
f. Diagnosis Kerja	Demam Tifoid
g. Diagnosis Banding	a. Malaria b. ISK
h. Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium a. Darah : AL, Diff Tell, Hb, Widal, Biakan kuman b. Urin lengkap, biakan kuman c. Faeces lengkap, biakan kuman
i. Terapi	a. Istirahat (Tirah Baring) b. Diet BBS, TKTP c. Medikamentosa <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilin 50 – 100 mg/KgBB/hari dibagi 2 – 3 hari - Kloramfenikol 75 mg/KgBB/hari dibagi 4 dosis, max 2 Gr/ hari. Diberikan sampai 3 hari bebas panas, minimal diberikan 7 mhari - Kotrimoxazole (Pilihan lain) : Trimetoprim 6 mg, Sulfametoxazole 30 mg/hari dibagi 2 dosis - K/P Prasetamol 10 mg/KgBB/Kali
j. Edukasi	a. Penjelasan perjalanan penyakit b. Penjelasan perawatan di rumah c. Menjaga hygiene sanitasi lingkungan tempat tinggal
k. Prognosis	a. Ad Vitam : dubia ad bonam/malam b. Ad sanationam : dubia ad bonam/malam c. Ad fungtionam : dubia ad bonam/malam
l. Kepustakaan	a. American Academy of Pediatrics. Salmonella infectious. Dalam : Pickering Lk, Baker CJ, Long SS, Mcmillan JA, penyunting. Red Book : 2006 report of the committee in infectious disease. Edisi ke-27. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics ; 2006 , h.579-84 b. Cleary TG. Salmonella. Dalam : Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, penyunting. Nelson textbook of pediatrics. Edisi ke -17. Philadelphia : Saunders; 2004, h. 912-9




PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

DEMAM BERDARAH DENGUE

1. Pengertian (Definisi)	Penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">a. Demam 2 – 7 hari, mendadak tinggi terus menerusb. Disertai lesu, tidak mau makan dan muntahc. Pada anak besar dapat mengeluh nyeri kepala, nyeri otot dan nyeri perutd. Diare kadang kadang dapat ditemukane. Perdarahan paling sering dijumpai adalah perdarahan kulit dan mimisan
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none">a. Manifestasi perdarahan setidak tidaknya dengan test provokasi (torniquet)b. Hepatomegalic. Renjatan
d. Kriteria Diagnosis	<ul style="list-style-type: none">a. Demam tinggi mendadak, tanpa sebab yang jelas, berlangsung terus menerus selama 2 – 7 harib. Terdapat manifestasi perdarahan, termasuk uji bendung positif, petekie, ekimosis, epistaksis, perdarahan gusi, hematemesis, dan melena
e. Diagnosis Kerja	DBD
f. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none">a. Dengue Feverb. Morbilic. ITP
g. Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium <ul style="list-style-type: none">a. Trombositopeniab. Hemokonsentrasic. Uji serologis, uji hemaglutinasi inhibisi dilakukan saat fase akut dan fase konvalesens
h. Terapi	DBD dreajat I (demam & RL +) <ul style="list-style-type: none">a. Istirahatb. Diet TKTP dan banyak minum

	c. Kalau perlu anti piretik DBD derajat II (derajat I + perdarahan kulit / lain) a. Istirahat b. Diet TKTP c. Cukup cairan d. Bila intake operoral kurang : infusi RL maintenance / sesuai kebutuhan e. Kalau perlu anti piretik
i. Edukasi	Penjelasan perjalanan penyakit
j. Prognosis	a. Ad Vitam : dubia ad bonam/malam b. Ad sanationam : dubia ad bonam/malam c. Ad fungsionam : dubia ad bonam/malam
k. Kepustakaan	a. Hadinegoro SRH, Soegijanto S, wuryadi S, Suroso T. Tatalaksana demam dengue / demam berdarah dengue pada anak. Dalam : Hadinegoro SRH, Satari HI, penyunting . Demam berdarah dengue. Edisi ke-2. Jakarta : Balai Penerbit FKUI; 2002, h.80-132 b. Halstead, SB. Dengue fever and dengue haemorrhagic fever. Dalam : Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, penyunting. Nelson textbook of pediatrics. Edisi ke-17. Philadelphia; 2004, h. 1092-4

 <p style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </p>	
BRONKOPNEUMONIA	
1. Pengertian (Definisi)	Infeksi akut parenkim paru yang meliputi alveolus dan jaringan interstitial
2. Anamnesis	a. Demam b. Batuk c. Sesak nafas yang tidak mendadak d. Kesulitan makan / minum

	e. Serangan pertama atau berulang , untuk membedakan dengan kondisi imunokompromais, kelainan anatomi bronkus atau asama
3. Pemeriksaan Fisik	a. Sesak nafas, pernafasan cuping hidung, kadang sianosi b. Retraksi dada, ronki basah halus terbesar
4. Kriteria Diagnosis	a. Infeksi akut pada paru-paru bagian alveolus dan jaringan interstitial b. Sesak nafas dan batuk
5. Diagnosis Kerja	Bronkopneumonia
6. Diagnosis Banding	a. TB Milier b. Bronciolitis c. Tumor Paru
7. Pemeriksaan Penunjang	Laboratorium a. Darah : AL, hitung jenis, KED, pemeriksaan jumlah leukosit b. Pemeriksaan kultur dan gram sputum dengan kualitas yang baik Radiologi • Pemeriksaan foto thorak / dada
8. Terapi	Medikamentosa a. Ampisilin 100 mg/KgBB dibagi 4 dosis, dengan b. Gentamycin 5 mg/KgBB dibagi 2 dosis, atau c. Golongan sefalosporin, dengan d. Aminoglikosida e. Bila ada asidosis : bic. Nat 1 meq/KgBB/Kali Non medikamentosa a. Awasi jalan nafas, isap lendir b. Oksigen c. Cairan yang cukup (infus D ¼ S atau d ½ S d. Diet TKTP
9. Edukasi	a. Penjelasan perjalanan penyakit b. Penjelasan perawatan di rumah
10. Prognosis	a. Ad Vitam : dubia ad bonam/malam b. Ad sanationam : dubia ad bonam/malam c. Ad fungsionam : dubia ad bonam/malam
11. Kepustakaan	a. Pedoman Pelayanan Medis IDAI 2009 b. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bag/SMF Ilmu Kesehatan Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya Edisi III 2008




PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

KEJANG DEMAM

1. Pengertian (Definisi)	Bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38° C) tanpa adanya infeksi susunan saraf pusat, gangguan elektrolit atau metabolik lain.
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">a. Adanya kejang, jenis kejang, kesadaran, lama kejangb. Suhu sebelum/ saat kejang, frekuensi dalam 24 jam, interval, keadaan anak pasca kejang, penyebab demam diluar infeksi susunan saraf pusat (gejala infeksi saluran napas akut / ISPA, infeksi saluran kemih/ISK, otitis media akut/OMA, dll)c. Riwayat perkembangan, riwayat kejang demam dan epilepsi dalam keluargad. Singkirkan penyebab kejang yang lain (misalnya diare/muntah yang mengakibatkan gangguan elektrolit, sesak yang mengakibatkan hipoksemia, asupan kurang yang dapat menyebabkan hipoglikemia)
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none">a. Kesadaran : apakah terdapat penurunan kesadaran, suhu tubuh : apakah terdapat demamb. Tanda rangsang meningeal : kaku kuduk, bruzinski I dan II, Kernique, Lasequec. Pemeriksaan nervus kranial
4. Kriteria Diagnostik	Kejang yang berlangsung kurang dari 15 menit, bersifat umum serta tidak berulang dalam 24 jam
5. Diagnosis Kerja	Kejang demam
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none">a. Meningitisb. Ensefalitis
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>Laboratorium</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pemeriksaan dapat meliputi darah perifer lengkap, gula darah, elektrolit, urinalisis dan biakan darah, urin atau feses

	<p>b. Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan/menyingkirkan kemungkinan meningitis</p> <p>Radiologi</p> <p>Pencitraan (CT-Scan atau MRI kepala) dilakukan hanya jika ada indikasi misalnya : kelainan neurologi fokal yang menetap (hemiparesis) atau kemungkinan adanya lesi struktural di otak.</p>
8. Terapi	<p>Medikamentosa</p> <p>a. Antipiretik</p> <p>Parasetamol 10 – 15 mg/kg/BW/kali diberikan 4 kali sehari dan tidak lebih dari 5 kali atau ibuprofen 5 – 10 mg/kgBW/kali, 3-4 kali sehari.</p> <p>b. Anti kejang</p> <p>Diazepam oral dengan dosis 0,3 mg/kgBW setiap 8 jam atau diazepam rektal dosis 0,5 mg/kgBW setiap 8 jam pada suhu tubuh > 38,5° C. Terdapat efek samping berupa ataksia, iritabel dan sedasi yang cukup berat pada 25-39% kasus.</p> <p>c. Pengobatan jangka panjang / rumatan</p> <p>Pengobatan jangka panjang hanya diberikan jika kejang demam menunjukkan ciri sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejang lama > 15 menit - Kelainan neurologi yang nyata sebelum/sesudah kejang : hiperemesis, paresis Todd, palsei serebral, retardasi mental, hidrosefalus.
9. Edukasi	<p>a. Penjelasan perjalanan penyakit</p> <p>b. Penjelasan perawatan di rumah</p>
10. Prognosis	<p>a. Ad Vitam : dubia ad bonam/malam</p> <p>b. Ad sanationam : dubia ad bonam/malam</p> <p>c. Ad fungsionam : dubia ad bonam/malam</p>
11. Kepustakaan	<p>a. Konsensus penatalaksanaan kejang demam UKK Neurologi IDAI 2006.</p> <p>b. ILAE. Commission on epidemiology and Prognosis. Epilepsia 1993;34:592-8.</p> <p>c. AAP. The neurodiagnostic evaluation of the child with simple febrile seizures. Pediatr 1996; 97:769-95.</p>

4. PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) SARAF

 <p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</p>	
VERTIGO	
1. Pengertian (Definisi)	Persepsi yang salah dari gerakan seseorang atau lingkungan sekitarnya
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">a. Awitan akut atau kronisb. Sensasi (berputar, terasa ringan, seperti mau jatuh, melayang)c. Durasi vertigod. Intensitas vertigoe. Mual/muntah/keringat dinginf. Wajah kemerahang. Dipengaruhi perubahan posisi tubuh atau kepalah. Rasa berdenging pada telingai. Gangguan pendengaranj. Tempo serangan (episodik, kontinyu/konstan)k. Adanya defisit neurologis fokall. Faktor resiko vaskular (hipertensi, DM, merokok, jantung, dislipidemia).
3. Penyebab	<ul style="list-style-type: none">d. Vestibular<ul style="list-style-type: none">• Perifer : BPPV, Meniere disease, neuritis vestibular, oklusi a.labirin, labirintitis, autoimun, obat ototoksik, tumor N VIII• Sentral : migren, CVD, tumor, epilepsi, demielinisasi, degenerasi.e. Non vestibular<ul style="list-style-type: none">• Polineuropati, mielopati, artrosis servikalis, trauma leher, hipoglikemi, penyakit sistemik, psikiatrik, fisiologis
4. Pemeriksaan	a. Pemeriksaan fisik umum

	<p>b. Pemeriksaan neurologis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derajat kesadaran • Pemeriksaan nervus craniales • Fungsi motorik • Fungsi sensorik • Reflek fisiologis • Reflek patologis (Babinski dll). <p>c. Pemeriksaan khusus keseimbangan (untuk membedakan vertigo sentral dan perifer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fungsi serebelum (dismetri, disdiadokinesis, gaya berjalan) • Nistagmus (horizontal, vertikal, bidireksional, rotatoar • Romberg test • Tandem gait • Past pointing test
5. Kriteria Diagnosis	<p>Untuk mendiagnosis vertigo tidak mudah, banyak keluhan disampaikan penderita tentang apa yang dirasakan</p> <p>a. Gejala subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perasaan berputar, kepala terasa ringan, melayang • Rasa terapung, terayun • Mual <p>b. Gejala objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keringat dingin • Pucat • Muntah • Sempoyongan saat berdiri atau berjalan • Nistagmus <p>c. Gejala tersebut dapat diperberat dengan perubahan posisi kepala. Dapat disertai gejala berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kelainan THT • Kelainan mata • Kelainan saraf • Kelainan kardiovaskular • Kelainan penyakit dalam kelainan psikis • Konsumsi obat-obat ototoksik

6. Diagnosis	Sesuai kumpulan gejala dan tanda
7. Diagnosis Banding	a. Presinkop b. Epilepsi c. TIA
8. Pemeriksaan Penunjang	a. Laboratorium : darah rutin, kimia darah, urin, pemeriksaan lain sesuai indikasi b. Electronistagmografi, audiogram, pemeriksaan visus c. Radiologi : cervikal, transcranial doppler, CT scan, MRI
9. Terapi	a. Terapi simptomatis <ul style="list-style-type: none"> • Anthistamin (Dimenhidrinant 3x50 mg, Cinarizin 3x 25 mg) • Kalsium entri bloker (Flunarisin 2x5 mg atau 10 mg malam hari) • Histaminik (Betahistin 3x12 mg) • Benzodiazepin • Antiepileptik e. Terapi simptomatis otonom <ul style="list-style-type: none"> • Domperidon • Metoclopramide f. Terapi etiologi <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan penyebab vertigo sendiri g. Terapi rehabilitatif <ul style="list-style-type: none"> • Latihan visual-vestibular, Metode Brand-Daroff, gait exercise
10. Edukasi	Sesuai penyebab
11. Prognosis	Tergantung etiologi vertigo
12. Kepustakaan	a. Kelompok studi vertigo, Pedoman tatalaksana vertigo, PERDOSSI, 2012 b. Buku pedoman standar pelayanan medis neurologi, PERDOSSI, 2006

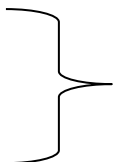



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

STROKE HAEMORAGIC

1. Pengertian (Definisi)	Suatu keadaan hilangnya sebagian atau seluruh fungsi neurologis (defisit neurologik fokal atau global) yang terjadi secara mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, yang semata mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak karena pecahnya pembuluh darah.
2. Anamnesis	<p>a. Kelainan neurologis fokal (pelo, kelemahan sisi, kesemutan sisi, gangguan visual, bahasa)</p> <p>b. Onset (kapan gejala tersebut dimulai (hari/jam), apakah onsetnya mendadak?, apakah gejala yang muncul lebih minimal atau maksimal saat onset, apakah bertambah berat? Atau hilang timbul</p> <p>c. Pada kondisi apa saat gejala muncul?</p> <p>d. Gejala penyerta (nyeri kepala, muntah, kejang, nyeri dada)</p> <p>e. Faktor risiko (hipertensi, DM, merokok, riwayat TIA, infark miokard, riwayat stroke terdahulu)</p> <p>f. Riwayat penyakit keluarga yang relevan</p>
3. Pemeriksaan	<p>a. Pemeriksaan fisik umum</p> <p>b. Pemeriksaan neurologis</p> <ul style="list-style-type: none">• Derajat kesadaran• Reflek batang otak (reflek cahaya, kornea, doll's eye phenomenon)• Pemeriksaan nervus craniales• Fungsi motorik• Fungsi sensorik• Fungsi serebelum (dismetri, disdiadokinesis, gaya berjalan)• Reflek fisiologis• Refleks patologis (Babinski dll).

4. Kriteria Diagnosis	<p>Gangguan fungsi otak fokal atau global timbul mendadak akibat gangguan aliran darah di otak. Terdapat manifestasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemidefisit motorik • Hemidefisit sensorik • Kelumpuhan saraf kranialis • Gangguan bahasa • Penurunan kesadaran • Gangguan keseimbangan • Gangguan visual
5. Diagnosis	Sesuai kumpulan gejala dan tanda
6. Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma • Meningoencephalitis • Tumor otak
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>a. EKG, Ro. Thorak, Head CT scan (gold standard)</p> <p>b. Laboratorium : Hb, hmt, leukosit, trombosit, eritrosit, KED, Kadar gula darah, ureum, kreatinin, asam urat, CT, BT,</p>
8. Terapi	<p>a. Terapi umum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki jalan nafas jika perlu berikan oksigen • Deteksi dan terapi lebih dini penyakit sistemik seperti infark miokard, atrial fibrilasi, diabetes melitus, gangguan fungsi ginjal akan bermanfaat sekali untuk mencegah komplikasi dan penyulit waktu melakukan pengobatan stroke • Mengatur posisi kepala lebih tinggi 15 – 30° • Atasi kejang dengan injeksi diazepam 10 -20 mg/i.v. Diikuti dengan pemberian penitoin 15 – 18 mg/kgbb kecepatan < 50 mg/menit • Koreksi hipertemia • Atasi nyeri • Menghilangkan rasa cemas • Koreksi tekanan darah jika tekanan darah sistolik diatas 180 dan tekanan darah diastolik diatas 100mmhg • Rehabilitasi dan mobilisasi

	<p>b. Terapi khusus stroke</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoring dan manajemen stroke perdarahan harus dilakukan di ICU/stroke unit• Menurunkan tekanan intra kranial dengan manitol 0,25-0,5 g/kg intravena• Dapat ditambah dengan furosemid 1 mg/kgbb intravena• Pantau balance cairan dan elektrolit selama penggunaan diuresis• Neuroprotektan• Nimodipin dapat diberikan untuk mencegah vasospasme pada perdarahan subaraknoid <p>c. Indikasi kraniotomi</p> <p>Tidak ada rekomendasi yang pasti, kraniotomi dilakukan pada pasien :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perdarahan serebelum diameter > 3 cm• Hidrosefalus akibat perdarahan intraventrikel atau serebelum• Perdarahan lobar lebih dari 60 cc dengan tanda peningkatan tekanan intrakranial dan ancaman herniasi
9. Edukasi	<p>a. Pengendalian faktor risiko stroke</p> <p>b. Tanda tanda stroke</p> <p>c. Gaya hidup sehat</p>
10. Prognosis	<p>Death : </p> <p>Disease : </p> <p>faktor</p> <p>Disability : dan keadaan yang terjadi pada</p> <p>Discomfort : penderita stroke</p> <p>Distitution :</p>
11. Kepustakaan	<p>Gofir. A., Definisi stroke, anatomi vaskularisasi otak dan patofisiologi stroke dalam manajemen stroke evidence based medicine, Pustaka Cendekia Press, 2009</p>




PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

STROKE NON HAEMORAGIC

1. Pengertian (Definisi)	suatu keadaan hilangnya sebagian atau seluruh fungsi neurologis (defisit neurologik fokal atau global) yang terjadi secara mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian, yang semata mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak karena berkurangnya suplai darah (stroke iskemik)
2. Anamnesis	<ol style="list-style-type: none">Kelainan neurologis fokal (pelo, kelemahan sesisi, kesemutan sesisi, gangguan visual, bahasa).Onset (kapan gejala tersebut dimulai (hari/jam), apakah onsetnya mendadak?, apakah gejala yang muncul lebih minimal atau maksimal saat onset, apakah bertambah berat? Atau hilang timbul.Pada kondisi apa saat gejala muncul?Gejala penyerta (nyeri kepala, muntah, kejang, nyeri dada)Faktor risiko (hipertensi, DM, merokok, riwayat TIA, infark miokard, riwayat stroke terdahulu)Riwayat penyakit keluarga yang relevan
3. Pemeriksaan	<ol style="list-style-type: none">Pemeriksaan fisik umumPemeriksaan neurologis<ul style="list-style-type: none">Derajat kesadaranReflek batang otak (reflek cahaya, kornea, doll's eye phenomenon)Pemeriksaan nervus cranialesPemeriksaan fungsi faring dan lingualFungsi motorikFungsi sensorikFungsi serebelum (dismetri, disdiadokinesis, gaya berjalan)


	<ul style="list-style-type: none"> • Refleks fisiologis • Refleks patologis (Babinski dll)
4. Kriteria Diagnosis	<p>Gangguan fungsi otak fokal atau global timbul mendadak akibat gangguan aliran darah di otak. Terdapat manifestasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemidefisit motorik • Hemidefisit sensorik • Kelumpuhan saraf kranialis • Gangguan bahasa • Penurunan kesadaran • Gangguan keseimbangan • Gangguan visual
5. Diagnosis	Sesuai kumpulan gejala dan tanda
6. Diagnosis Banding	<p>a. Trauma</p> <p>b. Meningoenchepalitis</p> <p>c. Tumor otak</p>
7. Pemeriksaan Penunjang	<p>a. EKG., Ro. Thoraks, Head CT scan (Gold standard)</p> <p>b. Laboratorium : Hb, hmt, leukosit, trombosit, eritrosit, KED, Kadar gula darah, ureum, kreatinin, asam urat, CT, BT</p>
8. Terapi	<p>a. Terapi umum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki jalan nafas jika perlu berikan oksigen. • Deteksi dan terapi lebih dini penyakit sistemik seperti infark miokard, atrial fibrilasi, diabetes melitus, gangguan fungsi ginjal akan bermanfaat sekali untuk mencegah komplikasi dan penyulit waktu melakukan pengobatan stroke. • Mengatur posisi kepala lebih tinggi 15 – 30° • Atasi kejang dengan injeksi diazepam 10 – 20 mg/iv. Diikuti dengan pemberian penitoin 15 – 18 mg/kgbb kecepatan <50 mg /menit • Koreksi hipertemia • Atasi nyeri • Menghilangkan rasa cemas • Koreksi tekanan darah jika tekanan darah sistolik diatas 200 dan tekanan darah diatolik diatas 110 mmhg

	b. Terapi khusus stroke <ul style="list-style-type: none"> • Anti agregasi platelet : Aspirin, ticlopidin, klopido­grel, dipiridamol, cilostazo • Trombolitik : rt-PA (harus memenuhi kriteria inklusi) • Antikoagulan : heparin, LMWH, heparinoid (untuk stroke emboli) • Neuroprotektan
9. Edukasi	a. Pengendalian faktor risiko stroke b. Pengenalan tanda stroke c. Gaya hidup sehat
10. Prognosis	a. Death : b. Disease : c. Discomfort d. Distitution : e. Distitution : <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> } Tergantung berbagai faktor dan keadaan yang terjadi pada penderita stroke </div>
11. Kepustakaan	a. Ismail S.P., Penerapan evidence based Medicine pada Kegawatan Stroke Iskemik Akut., Bagian SMF Saraf FK UGM, 2006 b. Gofir. A., Definisi stroke, anatomi vaskularisasi otak dan patofisiologi stroke dalam manajemen stroke evidence based medicine, Pustaka Cendekia Press, 2009

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;">  <div style="text-align: center;"> PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) TATA LAKSANA KASUS RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016 </div> </div>	
HIPERTENSI EMERGENCY	
1. Pengertian (Definisi)	Kenaikan tekanan darah yang tinggi dan cepat dalam waktu yang singkat biasanya tekanan distolik lebih atau sama dengan 130 mmhg dan menetap lebih dari 6 jam, disertai dengan gangguan fungsi jantung, ginjal, dan otak serta retinopati.


2. Anamnesis	a. Adanya riwayat hipertensi. b. Keluhan nyeri dada, sesak nafas, nyeri punggung, nyeri kepala, pandangan yang kabur, tanda-tanda stroke (seperti kelemahan anggota gerak dan penurunan kesadaran)					
3. Pemeriksaan fisik	a. Pengukuran tekanan darah b. Pemeriksaan neurologis c. Pemeriksaan kardiovaskuler d. Pemeriksaan funduskopi					
4. Kriteria Diagnosis	Sesuai dengan definisi penyakit					
5. Diagnosis	Hipertensi Emergency					
6. Diagnosis Banding	a. Hipertensi Urgency b. Stroke					
7. PemeriksaanPenunjang	a. Laboratorium : darah rutin, kimia darah (profil ginjal,lipid), ECG, urin rutin b. Foto rontgen , CT scan					
8. Terapi						
Obat	Mekanisme kerja	Dosis	Onset	Durasi	Keadaan klinis	Tindakan pencegahan
Sodium nitopussi de	Langsung pada arteri dan vasodilator vena	0,25-10 mcg/kg / mnt	1-2 mnt	3-4 mnt setelah infus dihentikan	Digunakan dalam semua situasi klinis hipertensi emergensi. Hati2 pada keadaan emergensi neurologis, karena dapat menyebabkan penurunan tekanan darah cerebral dan pada ACS dapat menyebabkan koroner menjadi kaku	Meningkatkan tekanan intrakranial serebrovaskuler dan insufisiensi kardiovaskuler, kerusakan ginjal, kerusakan hepar
Nitrogly cerin	Vasodilator vena	5-200 mcg/kg / mnt	2-5 mnt	5-10 mnt	Umumnya digunakan untuk ACS dan ADHF	Baik digunakan untuk inhibitor phosphodiesterase-5, meningkatkan tekanan intrakranial, infark miokard dengan ST elevasi daerah inferior.
Labetalo l	Kombinasi alpha dan beta bloker adrenergik	Iv bolus: 20 mg selama 2 mnt Infus: 1-2mg/ mnt	2-5 mnt sete-lah bol-us	2-4 jam setelah infus dihenti-kan	Diseksi aorta, dan neurologis emergensi	Bradikardi berat, asma bronkial, baru menggunakan kokain, pheochromo-cytoma. Dekompensasi gagal jantung akut
Fenoldo pam	Reseptor agonis dopamin-1	0,1-1,6 mcg/kg /mnt	10 mnt	1 jam setelah dihentikan	Sangat berguna pada hipertensi emergensi dengan komplikasi	Alergi sulfite, hipokalemia

	perifer				gagal ginjal	
Nicardipine	dihydropyridine calcium channel blocker, vasodilator	5-15 mg/ hr	10 mnt	2-6 jam	Post operasi hipertensi neurologis emergensi dan	Stenosis aorta yang parah Kerusakan renal Dekompensasi gagal jantung akut
Clevidipine	Ultra short acting dihydropyridine calcium channel blocker	2-16 mcg/kg /mnt	1-5 mnt	5 menit setelah dihentikan	Berpotensi digunakan pada kebanyakan hipertensi emergensi; studi ekstensif pada post operasi pasien bedah jantung	Alergi produk kedelai dan telur Stenosis aorta yang parah Dekompensasi gagal jantung akut
Hydralazine	Vasodilator langsung pada arteri	Iv bolus: 10-20 mcg IV	10-20 mnt	1-4 jam	Pre eklampsia dan eklampsia	Diseksi aneurisma aorta
9. Edukasi			Penjelasan tentang penyakit			
10. Prognosis			a. Advitam : dubia adbonam / malam b. Ad sanationem : dubia adbonam / malam c. Ad functionem : dubia adbonam / malam			
d. Kepustakaan			a. Purba, S.J., Patofisiologi dan Penatalaksanaan Nyeri, Edisi II, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2010. b. Dureja G.P., Handbook of Pain Management, Elsevier, India, 2009.			

 <div style="text-align: center;"> <p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)</p> <p>TATA LAKSANA KASUS</p> <p>RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN</p> <p>2016</p> </div>	
CHEPALGIA (TENSION HEADACHE)	
1. Pengertian (Definisi)	Merupakan sensasi nyeri pada daerah kepala akibat kontraksi terus menerus otot-otot kepala dan tengkuk.
2. Anamnesis	a. Keluhan nyeri kepala ringan/sedang/berat tumpul seperti ditekan atau diikat menyeluruh. b. Keluhan menyeluruh, nyeri lebih hebat pada daerah kulit kepala, oksipital dan belakang leher. c. Terjadi spontan memburuk oleh stres, insomnia, kelelahan kronis.

3. Pemeriksaan Fisik	a. Adanya sensasi tertekan/terjepit b. Intensitas ringan-sedang-berat c. Lokasi bilateral d. Tidak diperburuk aktivitas e. Tidak dijumpai mual muntah f. Tidak ada fotofobia atau fonofobia.
4. Kriteria Diagnosis	Sesuai anamnesis dan pemeriksaan fisik
5. Diagnosis	Cephalgia (Tension Headache)
6. Diagnosis Banding	a. Migrain b. Cluster Headache c. Nyeri kepala pasca trauma
7. Pemeriksaan Penunjang	Tidak ada pemeriksaan penunjang yang spesifik untuk diagnosis tension headache.
8. Terapi	a. Relaksasi b. Analgesia (asetaminofen, aspirin, ibuprofen, dll) c. Muscles relaxants (naproxen sodium) Dapat ditambahkan : Butalbital dan kafein (kombinasi seperti Fiorinal)
9. Edukasi	Penjelasan tentang penyakit
10. Prognosis	a. Advitam : dubia ad bonam / malam b. Ad sanationem : dubia ad bonam / malam c. Ad functionem : dubia ad bonam / malam
11. Kepustakaan	a. Purba, S.J., Patofisiologi dan Penatalaksanaan Nyeri, Edisi II, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2010. b. Dureja G.P., Handbook of Pain Management, Elsevier, India, 2009.

5. PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) OBSGYN

<div></div> <div>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) PROSEDUR TINDAKAN RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN 2016</div>	
SECTIO CAESAREA	
1. Pengertian (Definisi)	Teknik operasi seksio sesarea adalah tahapan tindakan pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus.
2. Indikasi	<div><div>1. Disproporsi</div><div><div>a) Disproporsi kepala panggul berat</div><div>b) Panggul sempit absolut, panggul miring, panggul android</div><div>c) Presentasi dahi</div><div>d) Presentasi muka dengan dagu belakang</div><div>e) Presentasi bokong pada primigravida dengan TBJ > 3400 gram</div><div>f) Presentasi bokong pada sekundi atau multigravida dengan TBJ > 3500 gram</div><div>g) Presentasi bokong dengan tali pusat ditunggangi</div><div>h) Letak lintang</div><div>i) Servikal distosia, <i>portio rigid</i></div><div>j) Tumor yang menutupi jalan lahir/rahim</div><div>k) Janin besar dengan TBJ ≥ 4000 gram pada primigravida</div><div>l) <i>High head at term</i> pada primigravida</div><div>m) Hidrosephalus dengan jaringan otak yang masih baik</div><div>n) Gemeli dengan janin pertama kelainan letak</div></div><div><div>2. Risiko Perdarahan</div><div><div>a) Plasenta previa totalis atau parsialis</div><div>b) Vasa previa</div></div><div><div>3. Preeklampsia dan eklampsia</div><div><div>a) Preeklampsia janin aterm pada multigravida dengan kegagalan terapi medisinalis</div><div>b) Preeklampsia berat, janin aterm pada multigravida dengan Bishop's score yang rendah(<i>unripe cervix</i>)</div></div></div></div></div>

	<p>4. Lain-lain</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Riwayat operasi vaginoplasti b) Riwayat operasi mioma uteri yang cukup luas c) Herpes genitalis yang aktif d) Riwayat seksio sesarea dengan insisi korporal e) IUGR berat (lebih dari 2 standar deviasi) f) Pasien tidak bersedia persalinan pervaginam (atas permintaan) g) Induksi / stimulasi Gagal h) Fetal distress
3. Persiapan	<p>1. Persiapan pasien</p> <p>Pasien dipuasakan 6 jam pre operasi</p> <p>2. Informed Consent pasien dan keluarga</p> <p>3. Diskusikan pada ibu tentang mengapa tindakan bedah caesar dilakukan sehingga ibu pahamdan mengerti.</p> <p>4. Konsul dengan bagian terkait</p> <p>5. Daftar ruang operasi</p> <p>6. Cek Laborat : Darah lengkap, CT/BT, golongan darah, HbsAg, GDS</p> <p>Ruang Pre Operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Serah terima pasien dari ruangan ke ruangan pasien 2. Pemeriksaan kelengkapan berkas rekam medis <p>Diberikan antibiotika profilaksis (cephalosporin generasi I dengan dosis 1 gr i. V bila BB < 70 kg) setengah jam sebelum prosedur operasi</p>
4. Prosedur Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidur dengan posisi telentang diatas meja operasi 2. Dokter anestesi melakukan pembiusan 3. Operasi dimulai setelah mendapat persetujuan dari dokter Anestesi 4. Dokter kebidanan melakukan insisi mediana/ pfannenstiel sesuai dengan rencana 5. Menyayat, menggunting dinding abdomen sampai menembus peritoneum dan dilebarkan kurang lebih 10 cm pada insisi mediana 6. Dengan menarik dinding abdomen sampai menembus peritoneum dan dilebarkan kurang dari 10 cm pada insisi pfanenstiel

	<p>7. Dengan menarik dinding abdomen ke kiri dan ke kanan dilihat kedua sisi parametrium (ovarium dan kedua tuba) apakah dalam keadaan normal, misalnya tidak dijumpai tumor ovarium</p> <p>8. Plika vesiko uterine pada bagian yang longgar yaitu antara vesika dan segmen bagian depan dijepit dengan piset. Dengan gunting plika vesiko uterine disisihkan kesamping kanan dan kiri lalu dilebarkan dengan gunting dinding belakang vesika dan segmen bawah uterus dilepaskan secara tumpul dengan tangan lalu dipasang spekulum di dorsal vesika urinaria</p> <p>9. Dengan pisau disayat melintang segmen bawah rahim lebih kurang 2 cm dan diteruskan dengan insisi semilunar dengan gunting, kemudian dipecahkan dan air ketuban dihisap. Kalau diperlukan irisan segmen bawah uterus dilebarkan secara tumpul, jari operator melindungi janin (irisan corporal)</p> <p>10. Janin dilahirkan dengan cara yang sesuai</p> <p>11. Tali pusat dijepit pada jarak 10 -15 cm dari umblikus dan digunting. Bayi diserahkan kepada asisten, untuk dirawat oleh dokter anak untuk perawatan selanjutnya</p> <p>12. Plasenta dilahirkan dengan menarik tali pusat dan sedikit tekanan pada fundus. Pada pasien dengan perdarahan dapat dilakukan manual plasenta</p> <p>13. Tepi luka insisi pada segmen bawah uterus dijepit dengan klem dan khususnya pada daerah yang berdarah (kedua sudut luka)</p> <p>14. Dilakukan eksplorasi ke dalam kavum uteri dengan kasa yang dijepitkan pada klem atau dengan menggunakan kasa perut/darm gas. Pastikan tidak ada bagian plasenta yang tertinggal</p> <p>15. Dilakukan jahitan yang bersifat hemostatis dan aproksimasi dengan memperhatikan kedua ujung robekan uterus terjahit dengan menggunakan benang kromik cat gut atraumatic no. 1 atau no. 2</p> <p>16. Yakinkan tidak ada perdarahan dengan memeriksa</p>
--	--

	<p>luka jahitan beberapa saat</p> <p>17. Dilakukan reperitonialisasi viscerae dengan jahitan jelujur bagian seroplika vesika uterine dengan benang plain cut gut nomor 00</p> <p>18. Perhatikan bahwa jahitan reperitonialisasi tidak melukai vesika urinaria dan diperiksa adakah bercak darah pada kantong penampung urin</p> <p>19. Dilakukan jahitan peritoneum parietale dengan sebelumnya ujung proksimal, distal dan bagian lateral dijepit dengan kocher dan presentasikan. Digunakan benang plain cut gut no. 0</p> <p>20. Dilakukan jahitan aproksimasi otot dinding abdomen dengan benang plain cut gut no. 0 (2/0)</p> <p>21. Identifikasi fascia abdominalis, dijahit jelujur pada ujung jahitan dengan benang PGA no. 1</p> <p>22. Subkutis dijahit dengan plain cut gut no.00 secara jelujur yang mencakup jaringan lunak, jaringan-jaringan lemak diatas fasia sampai subkutis</p> <p>23. Kulit dijahit dengan material yang sesuai</p> <p>24. Luka operasi ditutup dengan kasa steril</p> <p>25. Kain penutupabdomen dilepas hati hati tanpa menyentuh kasa penutup luka operasi vagina dibersihkan dari sisa dan bekuan darah. Daerah vulva sampai paha dibersihkan dari sisa darah atau obat-obatan antiseptik</p>
<p>5. Pasca Tindakan</p> <p>Prosedur</p>	<p>1. Hari I (Ruang RR)</p> <p>Observasi keadaan ibu sampai dicapai keadaan jalan napas dan kardiorespirasi stabil dan ibu dapat berkomunikasi</p> <p>2. Hari II (Bangsal)</p> <p>Observasi tiap 30 menit (frekuensi napas, denyut nadi, tekanan darah, nyeri dan efek sedasi) hingga 2 jam, kemudian observasi tiap jam jika stabil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan bantuan pada ibu untuk memulai sedasi mungkin • Pertimbangkan analgesia pasca operasi diusahakan

	<p>NSAID</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila ibu haus atau lapar dan tidak didapatkan komplikasi dapat segera makan atau minum • Jika mendapat anestesia regional dauer catheter setelah mobilisasi • Ganti balut setelah 24 jam, jaga lokasi luka tetap kering dan bersih • Awasi proses penyembuhan luka • Informasikan pada ibu bahwa mereka dapat melakukan aktivitas sehari hari jika nyeri tidak terlalu mengganggu • Awasi tanda komplikasi : <ul style="list-style-type: none"> ○ Endometritis, jika kita dapatkan perdarahan per vaginam yang berlebihan ○ Tromboembolism, jika ibu mengeluh batuk dan betis yang membengkak ○ Infeksi saluran kencing, jika ada gejala klinis ○ Fistula saluran kencing, jika ada kebocoran urine
6. Tingkat Evidens	I – II (sesuai indikasi) (keputakaan no. 2)
7. Indikator Prosedur Tindakan	Outcome ibu dan bayi baik
8. Kepustakaan	<p>1.Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gillstarp LC, Hauth JC, 2014 Obstetri Williams Edisi XXIV.Jakarta : EGC</p> <p>2. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL.Casey BM, et aL.2014.Obstetri Williams Panduan Ringkas Edisi XXIV.Jakarta : EGC</p> <p>3. Clinical Guidelines Caesarean Section Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2004</p>



PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)
TATA LAKSANA KASUS
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
2016

CEPHALOPELVIC DYSPROPORTION (CPD)

1. Pengertian (Definisi)	Hambatan lahir yang diakibatkan oleh disparitas ukuran kepala janin dan pelvis maternal.
2. Anamnesis	<ul style="list-style-type: none">a. Inpartub. Kontraksi uterus/his baikc. Hambatan dalam jalannya persalinand. Riwayat ANCe. Riwayat Kehamilan dan persalinan sebelumnyaf. Riwayat penyakit yang pernah diderita
3. Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none">a. Pemeriksaan klinis<ul style="list-style-type: none">- Pemeriksaan panggul luar- Pemeriksaan panggul dalam- Taksiran berat janin- Pembukaan serviks dan penurunan kepala janin terhentib. Waspada CPD bila:<ul style="list-style-type: none">- Pada primigravida kepala anak belum turun setelah minggu ke 36.- Pada primigravida ada perut menggantung- Pada multigravida dengan riwayat kesulitan persalinan sebelumnya- Kelainan letak pada hamil tua- Kelainan bentuk badan
c. Pemeriksaan Penunjang	<ul style="list-style-type: none">a. Radiologib. USG
c. Kriteria Diagnosa	Jika kepala bayi atau ukuran tubuh bayi lebih besar dari luas panggul ibu
d. Diagnosa	Cephalopelvic Disproportion (CPD)
e. Diagnosis Banding	-

f. Terapi	a. Sectio Caesarea b. Partus percobaan c. Bila janin sudah mati bisa dilakukan embriotomy
g. Edukasi	Memberikan penjelasan tentang kondisi kehamilan, proses persalinan dan tindak lanjut yang akan dilakukan
h. Prognose	a. Ad vitam = dubia ad bonam b. Ad sanationam = dubia ad bonam c. Ad functionam = dubia ad bonam
i. Kepustakaan	a. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gillstarp LC, Hauth JC, 2014 Obstetri Williams Edisi XXIV.Jakarta : EGC b. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, et al. 2014. Obstetri Williams Panduan Ringkas Edisi XXIV.Jakarta : EGC

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes