

**PERATURAN DIREKTUR  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA  
NOMOR : 127/PER/DIR/RSIH/XI/2022**

**TENTANG  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS  
PELAYANAN BEDAH**

**RS INTAN HUSADA**

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Garut 44151

LEMBAR VALIDASI  
PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN BEDAH  
NOMOR: 127/PER/DIR/RSIH/XI/2022

	Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	: dr. Hadiyana Suryadi, Sp. B	Ketua KSM Bedah		10-11-2022
Verifikator	: dr.Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua Komite Medik		10-11-2022
	: dr.IvaTania	Manajer Pelayanan Medik		10-11-2022
Validator	: drg.Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		10-11-2022

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**  
**NOMOR : 127/PER/DIR/RSIH/XI/2022**  
**TENTANG**

**PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN BEDAH**  
**DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA**

Menimbang :

- a. Bahwa untuk penerapan standar pelayanan kedokteran yang baik di RS Intan Husada, maka dipandang perlu dibuat Panduan Praktik Klinis.
- b. Bahwa untuk evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas dilakukan melalui audit klinis dan audit medis berdasarkan Panduan Praktik Klinis.
- c. Bahwa diperlukan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dengan penerapan Panduan Praktik Klinis.
- d. pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai c maka Direktur perlu menetapkan Panduan Praktik Klinis Pelayanan Bedah.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medis;
7. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit;

8. Surat Keputusan PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT-RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS Sebagai Direktur RS Intan Husada Periode 2021-2024;

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PANDUAN PRAKTIK KLINIS PELAYANAN BEDAH**
- Kesatu : Pengesahan Peraturan Direktur Nomor 127/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Bedah.
- Kedua : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 127/PER/DIR/RSIH/XI/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Pelayanan Bedah Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Bedah digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan Praktik Klinis KSM Bedah di Rumah Sakit Intan Husada.
- Keempat : Panduan Praktik Klinis Pelayanan Bedah sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Kelima : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut  
Pada Tanggal : 10 November 2022  
Direktur,



**drg. Muhammad Hasan, MARS**  
**NIP. 21110183633**



## DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
BAB I	1
DEFINISI	1
BAB II	2
RUANG LINGKUP	2
BAB III	5
TATA LAKSANA	5
A. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis <i>Acute Appendicitis With Generalized Peritonitis</i>	5
B. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis <i>Unilateral Or Unspecified Inguinal Hernia, Without Obstruction Or Gangrene</i>	5
C. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Fibroadenoma Mammae (FAM)	5
D. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Kanker Payudara (CA Mammae)	5
E. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Cedera Otak Ringan	5
F. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Fraktur Tulang Tengkorak	5
G. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Benign Prostat Hyperplasia (BPH)	5
H. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Batu Ureter	5
I. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Batu Ginjal	5
J. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Fraktur Tertutup Tulang Shaft Femur	5
K. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Rupture Tendon	5
BAB IV	6
DOKUMENTASI	6

## BAB I DEFINISI

### A. Pengertian

Pada paradigma lama praktik klinik masih didominasi oleh praktik kedokteran, namun dengan adanya *patient center care* dan juga *integrated* kolaborasi interprofesional maka praktik klinis 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:

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

## BAB II RUANG LINGKUP

- A. Panduan Praktik Klinis *Acute Appendicitis With Generalized Peritonitis*
- B. Panduan Praktik Klinis *Unilateral Or Unspecified Inguinal Hernia, Without Obstruction Or Gangrene*
- C. Panduan Praktik Klinis Fibroadenoma Mammae (FAM)
- D. Panduan Praktik Klinis Kanker Payudara (CA Mammae)
- E. Panduan Praktik Klinis Cedera Otak Ringan
- F. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Fraktur Tulang Tengkorak
- G. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis *Benign Prostat Hyperplasia* (BPH)
- H. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Batu Ureter
- I. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Batu Ginjal
- J. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Pada Fraktur Tertutup Tulang Shaft Femur
- K. Tata Laksana Panduan Praktik Klinis Rupture Tendon



### BAB III TATA LAKSANA

#### A. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis *Acute Appendicitis With Generalized Peritonitis*

##### 1. Pengertian

Proses inflamasi pada appendix akibat sumbatan lumen 70% oleh fecalith, benda asing, tumor, parasit jaringan fibrous. 25-30% bukan karena sumbatan di dalam lumen tapi ditemui jaringan limfoid submucosa yang hiperplasi yang dapat menyebabkan sumbatan

##### 2. Anamnesis

- a) Anoreksia, mual, muntah
- b) Nyeri perut kuadran kanan bawah (Akut)
- c) Nyeri perut seluruh perut yang diawali pada nyeri perut kuadran kanan bawah (peritonitis)
- d) Demam

##### 3. Pemeriksaan fisik

- a) Nyeri tekan pada titik Mc Burney
- b) Nyeri lepas pada perut kanan bawah.
- c) Defans Muskuler/ nyeri seluruh lapang perut (bila peritonitis)
- d) Demam (>38 C), takikardia, hipotensi, (peritonitis)

##### 4. Kriteria Diagnosis

- a) Keluhan nyeri perut periumbilical
- b) Mual dan muntah
- c) Beberapa jam kemudian (4-8 jam) nyeri berpindah ke perut kanan bawah (klasik)
- d) Pada pemeriksaan fisik ditemui nyeri tekan pada titik Mc Burney dan nyeri lepas pada perut kanan bawah
- e) Nyeri pada kuadran lain selain kanan bawah disertai tanda-tanda sepsis. (peritonitis)

##### 5. Diagnosis Kerja

Appendicitis akut/appendicitis *with localized peritonitis*/appendicitis *with generalized peritonitis*

##### 6. Diagnosis Banding

- a) Batu Ureter
- b) Pielonefritis akut
- c) Ruptur Kista Ovarium
- d) Torsio Ovarium
- e) Kehamilan Ektopik/terganggu
- f) Salpingitis akut
- g) Perforasi gaster
- h) Perforasi usus halus atau Colon

##### 7. Pemeriksaan Penunjang

- a) Pemeriksaan Penunjang :
  - 1) USG Abdomen
  - 2) CT-Scan Abdomen (optional)
- b) Laboratorium
  - 1) Darah perifer



- 2) Urinalisis
  - 3) Test Kehamilan
  - 8. **Tata Laksana**
    - a) Apendektomi emergensi/cito (terbuka/laparoskopi)
    - b) Laparotomi Eksplorasi (bila peritonitis)
  - 9. **Edukasi**
    - a) Penderita/keluarga mengerti tentang keadaan penyakitnya.
    - b) Rencana tindakan yang akan dilakukan
    - c) Penyulit yang mungkin timbul dan komplikasinya
    - d) Prognosisnya
  - 10. **Prognosis**
    - a) Ad vitam : Dubia ad bonam
    - b) Ad sanationam : Dubia ad bonam
    - c) Ad fungtionam : Dubia ad bonam
  - 11. **Penelaah Kritis**  
DEPARTEMEN/KSM BEDAH
  - 12. **Indikator Medis (Outcome)**  
Sembuh dan pulang pada hari ke-3 (bila akut) dan hari ke-5 (bila operasi laparotomi eksplorasi)
  - 13. **Kepustakaan**
    - a) Maingot Abdominal Operation edisi 12
    - b) Schwartz's manual of Surgery, Edisi 10. New York; The McGraw
    - c) Hill Companies; 2015.
    - d) Townsend; Sabiston Textbook of Surgery, edisi 17.
- B. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis *Unilateral Or Unspecified Inguinal Hernia, Without Obstruction Or Gangrene***
- 1. **Pengertian**
    - a) Suatu penonjolan abnormal dari suatu organ atau jaringan yang disebabkan karena kelemahan dinding abdomen melalui trigonum Hasellbach (medialis)
    - b) Suatu penonjolan abnormal dari suatu organ atau jaringan dalam kantung peritoneum melalui cincin interna menuju kanalis inguinalis dan terletak anteromedial dari spermaticord (lateralis)
  - 2. **Anamnesis**
    - a) Benjolan di lipat paha yang timbul bila melakukan kegiatan yang menaikkan tekanan intraabdominal.
    - b) Benjolan hilang bila berbaring. Bila dalam keadaan ireponibel benjolan tidak dapat hilang.
    - c) Bila dalam keadaan stranguata disertai keluhan nyeri yang disertai mual, muntah dan tidak dapat defekasi.
    - d) Bila dalam keadaan inkarserata disertai keluhan gangguan vasase usus tanpa tanda stangulasi.
  - 3. **Pemeriksaan fisik**
    - a) Inspeksi : Benjolan lipat paha
    - b) Palpasi : Memasukkan jari melalui anulus eksternus dan pasien diminta mengedan, positif bula hernia menyentuh ujung jari. (Lateralis) memasukan jari melalui anulus eksterna dan pasien dimita mengedan dan positif bila hernia menyentuh samping

jari. (Medialis)

**4. Kriteria Diagnosis**

Benjolan lipat paha

**5. Diagnosis Kerja**

*Unilateral Or Unspecified Inguinal Hernia, Without Obstruction Or Gangrene*

**6. Diagnosis Banding**

- a) Hidrokel
- b) Varikokel
- c) Ektopik Testis
- d) Epididimitis
- e) Torsio Testis
- f) Lipoma
- g) Limfadenpati Inguinal Henria femoralis

**7. Pemeriksaan Penunjang**

USG (optional)

**8. Tata Laksana**

- a) Hemiorafi (Konvensional/terbuka) atau Laparotomy bila Peritonitis
- b) Hemiorafi (laparoskopi)

**9. Edukasi**

- a) Penderita/keluarga mengerti tentang keadaan penyakitnya.
- b) Rencana tindakan yang akan dilakukan
- c) Penyulit yang mungkin timbul dan komplikasinya
- d) Prognosisnya

**10. Prognosis**

- a) Ad vitam : Dubia ad bonam
- b) Ad sanationam : Dubia ad bonam
- c) Ad fungsionam : Dubia ad bonam

**11. Penelaah Kritis**

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

**12. Indikator Medis (Outcome)**

Sembuh dan pulang pada hari ke-2 atau 5 hari bila ada peritonitis

**13. Kepustakaan**

- a) Standar Pelayanan Profesi Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia, edisi revisi 2003, PABI
- b) Intisari Prinsip-prinsip Ilmu Bedah, Seymour I, Schwartz, Spenser, edisi 6, Jakarta, EGC, 2000
- c) crofton SJ, Home N, Miller F. Fibroadenoma mammae. Edisi ke-1. London: The mac Millan Press, 1992
- d) Rahajoe N, Basir D, Makmuri MS Karta Sasmita CB. Pedoman Tatalaksana FAM. 2005

**C. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Fibroadenoma Mammae (FAM)**

**1. Pengertian**

Neoplasma jinak payudara yang terdiri dari campuran elemen kelenjar (glandular) dan elemen stroma (mesenkimal), yang terbanyak adalah komponen jaringan fibrous

**2. Anamnesis**

Neoplasma jinak payudara yang terdiri dari campuran elemen kelenjar (glandular) dan

elemen stroma (mesenkimal), yang terbanyak adalah komponen jaringan fibrous

**3. Pemeriksaan fisik**

Benjolan biasanya tidak terlalu besar. Dapat tunggal atau multipel. Pada palpasi teraba tumor padat kenyal, berbatas tegas, permukaan halus, meskipun kadang berbungkul-bungkul, sangat mobile, tidak nyeri tekan, dapat tunggal atau multipel, dan tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening aksila ipsilateral

**4. Kriteria Diagnosis**

- a) Anamnesa : benjolan pada payudara dapat single atau multiple, dapat membesar dalam waktu yang lama atau menetap ukurannya. Tidak terasa nyeri.
- b) Pemeriksaan fisik : teraba benjolan yang kenyal dan *mobile* dengan permukaan yang licin
- c) Pemeriksaan penunjang : USG mammae, mammografi

**5. Diagnosis Kerja**

Tumor Payudara Jinak

**6. Diagnosis Banding**

- a) Fibroadenoma Mammae
- b) Tumor Phylloides Benigna
- c) Tubular Adenoma
- d) Galactocele

**7. Pemeriksaan Penunjang**

USG payudara : massa homogen, berbatas tegas dengan *halo sign*, dengan internal echo yang normo atau hiper

**8. Tata Laksana**

Eksisi dan pemeriksaan histopatologis spesimen operasi

**9. Edukasi**

- a) Edukasi diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang
- b) Edukasi rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi
- c) Edukasi alternatif tindakan
- d) Edukasi tindakan bedah
- e) Edukasi perkiraan lama rawat
- f) Edukasi perawatan luka pasca tindakan

**10. Prognosis**

- a) Ad vitam : Dubia ad bonam
- b) Ad sanationam : Dubia ad bonam
- c) Ad fumgsionam : Dubia ad bonam

**11. Penelaah Kritis**

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

**12. Indikator Medis (*Outcame*)**

Sembuh dan pulang pada hari ke-1

**13. Kepustakaan**

- a) Standar Pelayanan Profesi Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia, edisi revisi 2003, PABI
- b) Intisari Prinsip-prinsip Ilmu Bedah, Seymour I, Schwartz, Spenser, edisi 6, Jakarta, EGC, 2000
- c) crofton SJ, Home N, Miller F. Fibroadenoma mammae. Edisi ke-1. London: The mac Millan Press, 1992
- d) Rahajoe N, Basir D, Makmuri MS Karta Sasmita CB. Pedoman Tatalaksana FAM.



2005

**D. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Kanker Payudara (Ca Mammae)**

**1. Pengertian**

Ca mammae adalah keganasan yang berasal dari sel kelenjar dan jaringan penunjang mammae, tidak termasuk kulit payudara. Kanker bisa tumbuh di dalam kelenjar susu, saluran susu, jaringan lemak, maupun jaringan ikat pada payudara

**2. Anamnesis**

- a) Benjolan di payudara, keras, batas tidak tegas.
- b) Berkembang dengan cepat
- c) Adanya riwayat keluarga dengan penyakit yang sama, KB hormone, nulipara
- d) Keluar cairan yang tidak semestinya dari puting (darah atau cairan keruh)
- e) Ada tanda infiltrasi seperti kulit menjadi keriput (peau d'orange), adanya pembesaran kelenjar limfe axilla, supraclavícula

**3. Pemeriksaan fisik**

- a) Status generalis: *Karnofsky Score*

- 1) Keluhan utama:

- Benjolan di payudara.
- Kecepatan tumbuh dengan/tanpa rasa sakit.
- Nipple discharge, retraksi puting susu dan krusta.
- Kelainan kulit, dimpling, peau d'orange, ulserasi, 2 venektasi.
- Benjolan ketiak dan edema lengan.

- b) Keluhan tambahan: nyeri tulang (vertebra, femur), sesak, dll.

- c) Status lokalis: Payudara kanan atau kiri atau bilateral.

- d) Massa tumor:

- Lokasi, ukuran, konsistensi, bentuk dan batas tumor, terfiksasi atau tidak ke kulit, m.pectoral atau dinding dada.
- Perubahan kulit (kemerahan, dimpling, edema/nodul satelit, *peau d'orange*, ulserasi)
- Perubahan puting susu/nipple (tertarik, erosi, krusta, *discharge*)
- Status kelenjar getah bening (KGB aksila, infraklavikula, supraclavikula: jumlah, ukuran, konsisten, terfiksir terhadap jaringan sekitar).

- e) Pemeriksaan pada daerah metastasis:

- f) Lokasi: tulang, hati, paru, otak.

- g) Keluhan progresif, dan ada tanda-tanda infiltrasi atau metastase.

**4. Kriteria Diagnosis**

Benjolan pada payudara, berupa tumor atau borok yang mudah berdarah pada payudara, retraksi puting susu, perdarahan atau keluar cairan abnormal dari puting susu.

**5. Diagnosis Kerja**

Ca Mammae/Kanker Payudara

**6. Diagnosis Banding**

- a) Tumor jinak payudara
- b) Tumor phyloides
- c) Displasia mammae (FDC)
- d) Mastitis kronik
- e) Sarkoma jaringan lunak



f) Limfoma maligna

## 7. Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan darah perifer lengkap dan pemeriksaan kimia darah (fungsi hati, fungsi ginjal, asam urat)

2) Pemeriksaan sesuai indikasi klinis

3) Tumor marker: Ca 15-3, Ca 125

b) Pemeriksaan Radiologi/ pencitraan.

1) Ultrasonografi (USG) payudara kontra lateral dan/atau mammografi

2) MRI payudara (pilihan)

c) Atas indikasi (pembesaran KGB secara klinis, tumor  $\geq 5$  cm, gejala dan tanda klinis, laboratorium yang mendukung ke arah metastasis

1) *Bone Scanning*

2) CT scan (thorax dan abdomen)

d) PET CTscan (misalnya pada kondisi dimana pencitraan konvensional inkonklusif, kecurigaan metastasis, kemungkinan diberikannya kemoterapi neo adjuvan)

## 8. Tata Laksana

a) Bedah:

1) Biopsi (Biopsi insisi bila masa  $< 5$  cm, Biopsi ekstirpasi bila masa  $> 5$  cm)

2) *Modified Radical Mastectomy* (diseksi axilla level Berg I dan II).

3) *Classic Radical Mastectomy* (diseksi axilla level Berg I, II dan III)

4) *Extended Radical Mastectomy*

b) BCS (*Breast Conserving Surgery*)

1) Rekonstruksi Mayor, local

2) Eksisi + VC  $\rightarrow$  radical mastectomy.

c) Kemoterapi:

1) Neoadjuvant untuk LABC, adjuvant untuk stadium dini dan paliatif untuk kasus advance.

2) Hormonal terapi baik bedah, maupun non-bedah (untuk reseptor hormonal positif)

3) Radioterapi: Targetting Terapi (terapi biologi, imunologi)

## 9. Edukasi

Pada paska operasi mastektomi radikal, lengan pada sisi operasi dianjurkan aktifitas ringan dan mengikuti fisioterapi mandiri isometric yang diajarkan saat di rumah sakit. Jangan beraktifitas berat selama 2 minggu pasca operasi. Kontrol tiap 3-5 hari paska operasi untuk memeriksakan luka operasi dan aktifitas lengan sisi operasi, termasuk limfedema paska operasi

## 10. Prognosis

Sesuai kriteria *5 years survival rate*

## 11. Penelaah Kritis

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

## 12. Kepustakaan

- a) Panduan Penatalaksanaan Kanker Payudara. Available at: <http://kanker.kemendes.go.id/guidelines/PPKPayudara.pdf>
- b) Globacan 2015. Available at: URL: <http://www.iacr.fr>
- c) Manajemen Kanker Payudara Komprehensif.

## E. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Cedera Otak Ringan

### 1. Pengertian

Cedera Otak Ringan adalah cedera otak yang diklasifikasikan berdasarkan tingkat kesadaran yang diukur dengan menggunakan skala GCS (*Glasgow Coma Scale*) 13-15

### 2. Anamnesis

- a) Identitas pasien: Nama, Umur, Jenis Kelamin, Suku, Agama, Pekerjaan, Alamat
- b) Keluhan utama
- c) Mekanisma trauma
- d) Waktu dan perjalanan trauma
- e) Pernah pingsan atau sadar setelah trauma
- f) Amnesia *retrograde* atau *antegrade*
- g) Keluhan: Nyeri kepala seberapa berat, penurunan kesadaran, kejang, vertigo
- h) Riwayat mabuk, alkohol, narkotika, pasca operasi kepala
- i) Penyakit penyerta: epilepsi, jantung, asma, riwayat operasi kepala, hipertensi dan diabetes melitus, serta gangguan faal pembekuan darah

### 3. Pemeriksaan fisik

#### a) Primary Survey

Pemeriksaan	Evaluasi	Perhatikan, catat, dan perbaiki
A. <i>Airway</i>	a. Patensi saluran napas? b. Suara tambahan?	Obstruksi jalan napas
B. <i>Breathing</i>	Apakah oksigenasi efektif?	a. Frekuensi dan Irama b. Gerakan dada c. Sianosis
C. <i>Circulation</i>	Apakah perfusi adekuat?	a. Frekuensi dan kekuatan nadi b. Warna kulit c. Perdarahan d. Tekanan darah
D. <i>Disability</i> (status neurologis)	Apakah ada kecacatan neurologis?	a. Penilaian kesadaran menggunakan sistem GCS. b. Pupil (besar, bentuk, reflek cahaya, bandingkan kanan- kiri) c. Lateralisasi motorik
E. <i>Exposure</i> (buka seluruh pakaian)	Cedera organ lain?	a. Jejas, deformitas, dan gerakan ekstremitas. b. Cegah Hypotermia

#### b) Secondary Survey

##### 1) Pemeriksaan Status Generalis

Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, serta pemeriksaan khusus untuk menentukan trauma organ lain, dengan metode:

- a) Dari ujung rambut sampai dengan ujung kaki atau

- b) Per organ B1 – B6 (*Breath, Blood, Brain, Bowel, Bladder, Bone*)
- 2) Pemeriksaan fisik yang berkaitan erat dengan cedera otak adalah:
- a) Pemeriksaan kepala
- Jejas di kepala meliputi; hematoma sub kutan, sub galeal, luka terbuka, luka tembus dan benda asing.
  - Tanda patah dasar tengkorak, meliputi: ekimosis periorbita (*brill hematoma*), ekimosis post auricular (*battle sign*), *rhinorrhoe*, dan *otorhoe* serta perdarahan di membran timpani atau laserasi kanalis auditorius
  - Tanda patah tulang wajah meliputi: fraktur maxilla (*Lefort*), fraktur rima orbita dan fraktur mandibula
  - Tanda trauma pada mata meliputi; perdarahan konjungtiva, perdarahan bilik mata depan, kerusakan pupil dan jejas lain di mata
  - Auskultasi pada arteri karotis untuk menentukan adanya bruit yang berhubungan dengan diseksi karotis
- c) Pemeriksaan pada leher dan tulang belakang lain

No	Pemeriksaan	Rekomendasi	GR	Ref
1	CT scan	CT Scan dikerjakan pada pasien COR dengan salah satu kelainan berikut:  A. GCS 13 B. GSC 14-15 disertai 1. Fraktur tulang kepala terbuka atau impresi 2. Tanda FBC: hemotimpanum, <i>raccoon eyes</i> , <i>Battle's sign</i> , atau kebocoran LCS 3. Dua atau lebih episode muntah persisten dan proyektil 4. Lupa ingatan dan hilang kesadaran lebih dari 30 menit atau lebih 5. Defisit neurologis dan lateralisasi 6. Peningkatan tekanan intrakranial yg persisten 7. Kejang post trauma 8. Usia > 65 tahun 9. Koagulopathy 10. Mekanisme trauma yang berat	1B	2,3
2.	X Ray Cervical Lateral	Bila tidak ada fasilitas Ct Scan Kepala dan sesuai dengan indikasi.	2A	1
3.	Laboratorium	Darah lengkap (DL) dan GDA + Laboratorium lain sesuai indikasi	2B	5



4.	X ray Thorax AP	Dilakukan bila ada indikasi.	2B	19
----	-----------------	------------------------------	----	----

Mencari tanda adanya cedera pada tulang servikal dan tulang belakang lain dan cedera pada medula spinalis. Pemeriksaan meliputi jejas, deformitas, status motorik, sensorik, dan autonomic

d) Pemeriksaan Status Neurologis

1) Tingkat kesadaran

Berdasarkan skala *Glasgow Coma Scale* (GCS). Cedera kepala berdasar GCS, yang dinilai setelah stabilisasi ABC diklasifikasikan cedera otak ringan GCS 13 – 15

2) Saraf kranial, terutama

4. Kriteria Diagnosis

- a) Anamnesis sesuai diatas
- b) Pemeriksaan klinis sesuai diatas
- c) Pemeriksaan imaging

5. Diagnosis Kerja

Cedera Otak Ringan

6. Diagnosis Banding

- e) Fibroadenoma Mammae
- f) Tumor Phylloides Benigna
- g) Tubular Adenoma

7. Pemeriksaan Penunjang

USG payudara : massa homogen, berbatas tegas dengan *halo sign*, dengan internal echo yang normo atau hiper

8. Tata Laksana

Eksisi dan pemeriksaan histopatologis spesimen operasi

9. Edukasi

- a) Edukasi diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang
- b) Edukasi rencana tindakan, lama tindakan, resiko dan komplikasi
- c) Edukasi alternatif tindakan
- d) Edukasi tindakan bedah
- e) Edukasi perkiraan lama rawat
- f) Edukasi perawatan luka pasca tindakan

10. Prognosis

- a) Ad vitam : Dubia ad bonam
- b) Ad sanationam : Dubia ad bonam
- c) Ad fungsionam : Dubia ad bonam

11. Penelaah Kritis

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

12. Indikator Medis (*Outcame*)

Sembuh dan pulang pada hari ke-1

13. Kepustakaan

- a) Standar Pelayanan Profesi Dokter Spesialis Bedah Umum Indonesia, edisi revisi 2003, PABI
- b) Intisari Prinsip-prinsip Ilmu Bedah, Seymour I. Schwartz, Spenser, edisi 6, Jakarta, EGC, 2000
- c) crofton SJ, Home N, Miller F. Fibroadenoma mammae. Edisi ke-1. London: The



mac Millan Press, 1992

- d) Rahajoe N, Basir D, Makmuri MS Karta Sasmita CB. Pedoman Tatalaksana FAM. 2005

## F. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Fraktur Tulang Tengkorak

### 1. Pengertian

- Fraktur tulang tengkorak dapat dikategorikan sebagai fraktur linear, depresi. Fraktur Linier: fraktur tunggal dengan alignment masih baik.
- Fraktur depress/impresi: fraktur dimana segmen frakturnya di bawah level segmen fraktur yang berdekatan (lebih dari tebal tabula atau kurang dari tebal tabula). Fraktur impresi dapat berupa fraktur terbuka maupun tertutup

### 2. Anamnesis

- Didapatkan riwayat trauma
- Didapatkan gangguan neurologis (amnesia, penurunan kesadaran, kejang, dll.)
- Macam trauma: kecelakaan kerja, kecelakaan lalu lintas, penganiayaan, jatuh dari ketinggian dan lain-lain

### 3. Pemeriksaan fisik

- Pemeriksaan kepala
  - Mencari tanda-tanda jejas, patah dasar tengkorak
  - Pemeriksaan inspeksi, palpasi Pemeriksaan lain
  - Cedera lain dicari dengan cermat.
  - Semua temuan tanda trauma dicatat. Benjolan, luka lecet, luka terbuka, nyeri tekan dan lain- lain, perdarahan yang tampak segera dihentikan.

### 4. Kriteria Diagnosis

- Anamnesis sesuai di atas
- Pemeriksaan klinis sesuai di atas
- Pemeriksaan imaging sesuai klinis

### 5. Diagnosis Kerja

Fraktur Linier Kalvaria atau Fraktur Impresi Kalvaria

### 6. Diagnosis Banding

- Fibroadenoma Mammae
- Tumor Phylloides Benigna
- Tubular Adenoma

### 7. Pemeriksaan Penunjang

No	Pemeriksaan	Rekomendasi	GR
1	CT Scan Kepala	a. CT-Scan Bone Window untuk melihat gambar tulang kalvaria dan CT-Scan Brain Window untuk melihat lesi parenkim otak atau perdarahan otak. Bila dibutuhkan dapat dilakukan CT-Scan 3D b. Gambaran garis fraktur linear atau fragmen tulang yang masuk melebihi fragmen tulang di dekatnya c. Biasanya disertai scalp hematoma di tempat patahan tulang d. Fraktur pada skull biasanya disertai lesi	1B

		intraparenkim e. Fraktur depresi pada tengkorak membutuhkan CT-scan	
--	--	--	--

#### 8. Tata Laksana

No	Terapi	Prosedur (ICD 9 CM)	GR	Ref
1	Operasi	<b>A. Indikasi Operasi :</b> 1. Patah tulang tengkorak dengan luka terbuka 2. Patah tulang sinus frontalis dengan luka terbuka atau didapatkan gambaran pneumatocephalus 3. Patah tulang tengkorak impresi dengan fragmen tulang melebihi fragmen tulang di dekatnya dan didapatkan defisit neurologi	1B	3,6,8
		<b>B. Prosedur Pemeriksaan Lain</b>		
		1. Debridement + dekortikasi sinus frontal + dekompresi (02.02) 2. Cranioplasty (02.04) 3. Jahit duramater (02.11) 4. Rekontruksi facial dan cranial lain (76.46) 5. Craniotomy (01.24)	1B	3,6,8
2	Konservatif	Bila tidak ada indikasi untuk dilakukan operasi	1B	46
		Pemberian antibiotika untuk profilaksis	1B	46

#### 9. Edukasi

- a) Penjelasan kepada pasien dan keluarganya:
  - 1) Perjalanan penyakit dan komplikasi yang mungkin terjadi
  - 2) Terapi dan tindakan yang akan diberikan beserta keuntungan dan kerugian
- b) Tata cara perawatan dan dokter yang merawat

#### 10. Prognosis

- a) Ad Vitam (hidup) : Dubia adbonam
- b) Ad Sanationam (sembuh) : Dubia adbonam
- c) Ad Fungsionam (fungsi) : Dubia adbonam

#### 11. Penelaah Kritis

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

#### 12. Indikator Medis (Outcome)

Perbaikan status neurologis

#### 13. Kepustakaan

- a) Cooper PR, (ed), 1993, Head Injury, 3<sup>rd</sup> Ed, William & Wilkins Baltimore, Maryland, USA.
- b) Wilkins RH and Rengachary SS (eds), Neurosurgery Vol. II, 2<sup>nd</sup> ed. MC Graw Hill



- Co. New York.
- c) Narayan RK, Wilberger JE Jr, Povlishock JT (eds) 1996. Neurotrauma, MC Graw Hill Co. New York.
  - d) Patil PG, Radtke RA, Friedman AH, 2002 Contemp. Neurosurgery 24 (22): 1-6.
  - e) Mayer S, Rowland L. Head injury. In: Merritt's Neurology, Rowland L. (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000. p.401.
  - f) Tim Neurotrauma RSUD Dr. Soetomo. 2014. Pedoman Tatalaksana Cedera Otak edisi Kedua. RSUD Dr. Soetomo: Surabaya
  - g) Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al. Surgical management of acute epidural hematomas. Neurosurgery 2006; 58:S7.
  - h) Besenski N. Traumatic injuries: imaging of head injuries. EurRadiol 2002; 12:1237.
  - i) Matsumoto K, Akagi K, Abekura M, Tasaki O. Vertex epidural hematoma associated with traumatic arteriovenous fistula of the middle meningeal artery: a case report. SurgNeurol 2001; 55:302.
  - j) McIver JI, Scheithauer BW, Rydberg CH, Atkinson JL. Metastatic hepatocellular carcinoma presenting as epidural hematoma: case report. Neurosurgery 2001; 49:447. Ng WH, Yeo TT, Seow WT. Non-traumatic spontaneous acute epidural haematoma -- report of two cases and review of the literature. J ClinNeurosci 2004; 11:791.
  - k) Moonis G, Granados A, Simon SL. Epidural hematoma as a complication of sphenoid sinusitis and epidural abscess: a case report and literature review. Clin Imaging 2002; 26:382.
  - l) Szkup P, Stoneham G. Case report: spontaneous spinal epidural haematoma during pregnancy: case report and review of the literature. Br J Radiol 2004; 77:881.
  - m) Jea A, Moza K, Levi AD, Vanni S. Spontaneous spinal epidural hematoma during pregnancy: case report and literature review. Neurosurgery 2005; 56:E1156; discussion E1156.
  - n) Takahashi K, Koiwa F, Tayama H, et al. A case of acute spontaneous epidural haematoma in a chronic renal failure patient undergoing haemodialysis: successful outcome with surgical management. Nephrol Dial Transplant 1999; 14:2499.
  - o) Naran AD, Fontana L. Sickle cell disease with orbital infarction and epidural hematoma. PediatrRadiol 2001; 31:257.
  - p) Shahlaie K, Fox A, Butani L, Boggan JE. Spontaneous epidural hemorrhage in chronic renal failure. A case report and review. PediatrNephrol 2004; 19:1168.
  - q) Awad JN, Kebaish KM, Donigan J, et al. Analysis of the risk\_factors for the development of post-operative spinal epidural haematoma. J Bone Joint Surg Br 2005; 87:1248.

## G. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis *Benign Prostat Hyperplasia (BPH)*

### 1. Pengertian

Hiperplasia prostat jinak (BPH) adalah istilah yang digunakan untuk pola histologis yang khas, yang mendefinisikan penyakit. Yaitu terjadinya pembesaran kelenjar prostat jinak yang terjadi pada laki-laki usia lebih dari 40 tahun

BPH merupakan bagian dari gejala saluran kemih bagian bawah dapat dibagi menjadi gejala obstruksi (*voiding*), iritasi (*storage*), dan gejala pascaberkemih yang dapat mengganggu aktivitas

## 2. Anamnesis

- a) Pancaran urin melemah
- b) Rasa tidak puas saat miksi
- c) Bila ingin miksi harus menunggu lama
- d) Nocturia
- e) Urgency
- f) Urin menetes setelah berkemih
- g) Wktu miksi memanjang
- h) Retensio urine
- i) keluhan yang dirasakan dan berapa lama keluhan itu telah mengganggu;
- j) riwayat penyakit lain dan penyakit pada saluran urogenitalia (pernah mengalami cedera,
- k) infeksi, kencing berdarah (hematuria), kencing batu, atau pembedahan pada saluran kemih);
- l) riwayat gangguan neurologis;
- m) riwayat kesehatan secara umum seperti riwayat hipertensi, diabetes, dan keadaan fungsi
- n) seksual;
- o) riwayat konsumsi obat yang dapat menimbulkan keluhan berkemih;
- p) evaluasi riwayat kebiasaan, faktor emosional, dan psikologis

## 3. Pemeriksaan fisik

- a) Status generalis:  
Meliputi keadaan umum, tanda-tanda vital, dan pemeriksaan fisik secara umum mulai dari kepala hingga tungkai bawah. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui penyebab serta menyingkirkan diagnosis banding pada pasien dengan keluhan LUTS.
- b) Status Urologis :  
Pemeriksaan difokuskan pada area *flank*, suprapubik, genitalia eksterna perineum, dan tungkai bawah. Pemeriksaan difokuskan pada area *flank*, suprapubik, genitalia eksterna, perineum, dan tungkai bawah.
  - 1) Ginjal  
Pemeriksaan fisik ginjal dilakukan untuk mengevaluasi adanya obstruksi atau tanda infeksi. Penilaian ginjal dilakukan dengan inspeksi area *flank*, palpasi, serta perkusi.
  - 2) Kandung kemih  
Pemeriksaan kandung kemih dilakukan dengan inspeksi, palpasi, dan perkusi pada area suprapubik untuk menilai adanya nyeri atau tidak serta menilai kandung kemih terisi penuh atau tidak.
  - 3) Genitalia Eksterna dan Inguinal  
Penilaian genitalia eksterna dan area inguinal secara inspeksi dan palpasi dapat menilai status sirkumsisi dan adanya jaringan parut atau fibrosis, meatal stenosis, fimosis, tumor penis, duh tubuh uretra, kelainan pada skrotum serta isinya. Lakukan penilaian juga pada daerah inguinal untuk mengetahui ada tidaknya hernia inguinalis dan kelainan lainnya.
  - 4) Prostat laterolateral > 2.5 cm.
  - 5) Sulcuc medianus datar/ cembung
  - 6) Poleatas tidak teraba



4. **Kriteria Diagnosis**  
Didapatkan dari anamnesa, pemfis, penunjang
5. **Diagnosis Kerja**  
BPH (*Benign Prostat Hyperplasia*)
6. **Diagnosis Banding**
  - a) Prostatitis
  - b) Batu buli-buli
  - c) Keganasan prostat
  - d) Infeksi tractus urinarius
  - e) Striktur urethra
  - f) Batu uretra proksimal/prosterior
7. **Pemeriksaan Penunjang**
  - a) Urinalisis
  - b) Darah rutin
  - c) Kultur urine
  - d) GDS
  - e) IVP (jika ada curiga obstruksi uropathy)
  - f) Pemeriksaan Fungsi Ginjal
  - g) Pemeriksaan *Prostate Specific Antigen (PSA)*
  - h) Uroflowmetry
  - i) Residu Urine Pascaberkemih
  - j) Ultrasonografi ( *USG Abdomen*)
  - k) Uretrosistostopi
  - l) Urodinamik
8. **Tata Laksana**
  - a) Pilihan terapi pada BPH
    - 1) Konservatif (*watchful waiting*)
    - 2) Medikamentosa
    - 3) Pembedahan (*Open Prostatectomy/TUR-Prostat*)
    - 4) Lain-lain (kondisi khusus)
  - b) Antibiotic profilaksis 1 jam sebelum operasi atau 24 jam post operasi (*Cephalexin* III). Jika Skor IPSS <8, atau 8-19 belum ada komplikasi/kontraindikasi mutlak : pemberian terapi medikamentosa ( *alpha blocker* atau *5 alpha reductase inhibitor* selama 6 bulan ), selanjutnya diobservasi ulang
9. **Edukasi**
  - a) Penjelasan diagnose, diagnose banding pemeriksaan penunjang.
  - b) Penjelasan rencana Tindakan, lama Tindakan, resiko dan komplikasi (*incontinensia urin*)
  - c) Penjelasan alternatif Tindakan
  - d) Penjelasan perkiraan lama rawat
10. **Prognosis**
  - a) Advitam : Dubia adbonam
  - b) Ad Sanationam : Dubia adbonam
  - c) Ad fungsionam : Dubia adbonam
11. **Penelaah Kritis**  
DEPARTEMEN/KSM BEDAH
12. **Indikator**
  - a) BAK spontan dan lancer, hematuri < 5 hari
  - b) Lama hari rawat : 5 hari (*open prostatectomy* ), 2-3 hari (*endoscopy/ TUR-P* )

- c) Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO)
- d) Kesesuaian dengan hasil PA

### 13. Kepustakaan

- a) Panduan Penatalaksanaan klinis, Pembesaran Prostat Jinak, Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI), Tahun 2021.
- b) Buku ajar Ilmu Bedah, Sjamsuhidayat
- c) Principal of Surgery, Schwartzs
- d) Champbell's Urology.

## H. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Batu Ureter

### 1. Pengertian

Ureterolithiasis adalah kalkulus atau batu di dalam ureter

### 2. Anamnesis

Nyeri bagian flank yang menyebar ke selangkangan, hematuria mikroskopik atau makroskopik, mual dan muntah

### 3. Pemeriksaan fisik

- a) Pasien nyeri hebat (kolik), dapat menjalar hingga ke perut bagian depan, perut bagian bawah, inguinal, dan sampai ke kemaluan.
- b) Pasien juga mengeluh nyeri pada saat kencing atau sering kencing.
- c) Hematuria sering kali dikeluhkan oleh pasien akibat trauma pada mukosa saluran kemih
- d) Dapat ditemukan Demam, gejala-gejala gastrointestinal seperti mual, muntah dan distensi

### 4. Kriteria Diagnosis

- a) Anamnesis, berupa gejala iritatif dan obstuktif.
- b) Pemeriksaan Fisik
  - 1) Nyeri tekan dan atau nyeri ketok *costo-vertebra angle*
  - 2) Terabanya ginjal pada sisi yang sakit akibat hidronefrosis
  - 3) Infeksi yang disertai demam, menggigil dan terlihat tanda-tanda gagal ginjal.
- c) Pemeriksaan Penunjang
  - 1) Laboratorium (darah rutin, Ur/Cr, Na/K, asam urat, Mg, Ca, P, Analisa gas darah\*, urinalisis)
  - 2) SG (Kidney Ureter Bladder) : terdapat pelebaran system pelvokalis disertai pelebaran ureter proximal
  - 3) BNO: tampak konkrumen opak
  - 4) CT Urologi non kontras: tampak lesi hiperdens di saluran.

### 5. Diagnosis Kerja

Batu Ureter

### 6. Diagnosis Banding

- a) Kolik abdomen
- b) Adneksitis pada perempuan
- c) Hematuria tanpa nyeri keganasan
- d) Tumor ginjal
- e) Tumor ureter
- f) Tumor kandung kemih

### 7. Pemeriksaan Penunjang

- a) Laboratorium (darah rutin, Ur/Cr, Na/K, asam urat, Mg, Ca, P, Analisa gas

darah\*, urinalisisa)

- b) USG (Kidney Ureter Bladder) : terdapat pelebaran system pelvokalis disertai pelebaran ureter proximal
- c) BNO: tampak konkramen opak
- d) CT Urologi non kontras: tampak lesi hiperdens di saluran\
- e) Pemeriksaan kultur urin : pertumbuhan kuman pemecah urea.
- f) Pemeriksaan radionulikda renogram GFR
- g) Pielografi intra vena (PIV) Bertujuan menilai keadaan anatomi dan fungsi ginjal. Juga untuk mendeteksi adanya batu semi-opak ataupun batu non-opak yang tidak terlihat oleh foto polos abdomen

#### 8. Tata Laksana

- a) Medikamentosa :

Ditujukan untuk batu yang ukurannya < 5 mm, batu diharapkan dapat keluar spontan. Terapi yang diberikan bertujuan mengurangi nyeri, memperlancar aliran urine dengan pemberian diuretikum, dan minum banyak supaya dapat mendorong batu keluar. Dapat juga diberi pelarut batu seperti batu asam urat yang dapat dilarutkan dengan pemberian bikarbonas natrikus disertai makanan alkalis.

- b) Non- Medikamentosa

- 1) ESWL (*Extracorporeal Shockwave Lithotripsi*) Alat ini dapat memecah batu ureter proksimal tanpa melalui tindakan invasif atau pembiusan. Batu dipecah menjadi fragmen-fragmen kecil sehingga mudah dikeluarkan melalui saluran kemih.

- 2) Endourologi :

Ureteroskopi atau uretero-renoskopi : memasukkan alat ureteroskopi per uretram guna melihat keadaan ureter atau sistem pielokaliks ginjal. Dengan memakai energi tertentu, batu yang berada di dalam ureter maupun sistem pelvokalis dapat dipecah melalui tuntunan ureteroskopi atau uretero-renoskopi ini.

- 3) Open Urethrolitotomy (Bedah terbuka)

#### 9. Edukasi

- a) Meningkatkan intake cairan(minimal 2 liter).
- b) Kurangi diet tinggi oksalat seperti teh, kacang-kacangan, kedelai, dsb.
- c) Diet rendah purin dan rendah protein hewani.
- d) Menghindari duduk dalam waktu lama.

#### 10. Prognosis

- a) Ad vitam : Dubia ad bonam
- b) Ad functionam : Dubia
- c) Ad sanationam : Dubia

#### 11. Penelaah Kritis

Departemen/KSM BEDAH

#### 12. Indikator

- a) BAK spontan dan lancer, hematuri < 5 hari
- b) Lama hari rawat : 5 hari (open )
- c) Tidak terjadi Infeksi Luka Operasi (ILO)
- d) Kesesuaian dengan

#### 13. Kepustakaan



- a) W.B. Saunders, Campbell's Urology, 12th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia Pennsylvania, 2019
- b) D.R. Smith, General Urology, 10th edition, Lange Medical Publications, California, 1981
- c) Wim de Jong dan Sjamsuhidayat, Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi Revisi, EGC, Jakarta, 1998

**I. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Batu Ginjal**

**1. Pengertian**

Semua batu baik opaque maupun non opaque yang berada di sistem pelvicalises ginjal

**2. Anamnesis**

- a) Hematuria
- b) Frekuensi, Disuria, Stranguria, Intermitensi
- c) Demam atau mengigil
- d) Referred pain (kearah ujung penis, skrotum,
- e) perineum, pinggang dan kaki)
- a. Dapat tanpa keluhan (Silent stone)

**3. Pemeriksaan fisik**

- a) Pemeriksaan fisik umum: hipertensi, febris, anemia, syok
- b) Inspeksi : Suprapubik dapat terlihat menonjol bila ada retensi urin
- c) Supra simfisis : nyeri tekan, teraba batu, buli buli penuh
- d) Colok dubur : teraba batu pada buli-buli bila batu sangat besar (palpasi bimanual)

**4. Kriteria Diagnosis**

- a) Nyeri kencing (disuria/stranguria), frekuensi, dan hematuria.
- b) Pemeriksaan pencitraan (rontgen & ultrasonografi) diketahui penyebabnya adalah batu buli-buli

**5. Diagnosis Kerja**

Batu Ginjal

**6. Diagnosis Banding**

- a) Infeksi dalam ginjal
- b) Tumor ginjal

**7. Pemeriksaan Penunjang**

- a) Laboratorium,
- b) Foto polos perut (Kidney Ureter Bladder - KUB)
- c) Ultrasonografi (USG) Obila curiga batu non opaque
- d) Elektro kardiografi (EKG), sistoskopi bila dipandang perlu

**8. Tata Laksana**

- a) PCNL
- b) *Pyelolithotomy*
- c) *Bivalve Nephrolithotomy*
- d) *Retrograde Intra Renal Surgery*
- e) *Nephrectomy Pyohidronefrosis*
- f) *ESWL*
- g) *Nephrostomy*



**9. Edukasi**

- a) Mengetahui gejala klinis batu kandung kemih
- b) Mengetahui penyebab terjadinya batu dan pencegahan terjadinya kekambuhan batu ginjal lama perawatan 3-5 hari
- c) Bedah terbuka : >5 hari

**10. Penelaah Kritis**

DEPARTEMEN/KSM BEDAH

**11. Prognosis**

- a) Ad vitam : Dubia ad bonam
- b) Ad functionam : Dubia
- c) Ad sanationam : Dubia

**12. Kepustakaan**

- a) W.B. Saunders, Campbell's Urology, 12th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia Pennsylvania, 2019
- b) D.R. Smith, General Urology, 10th edition, Lange Medical Publications, California, 1981
- c) Wim de Jong dan Sjamsuhidayat, Buku Ajar Ilmu Bedah, Edisi Revisi, EGC, Jakarta, 1998

**J. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Pada Fraktur Tertutup Tulang Shaft Femur**

**1. Pengertian**

Fraktur femur merupakan fraktur yang terjadi pada tulang paha, dapat terjadi di head dan neck, intertrochanter, subthrocanter dan supracondylar atau intercondylar dari femur.

**2. Anamnesis**

Nyeri pada paha, deformitas pada paha, bengkak

**3. Pemeriksaan fisik**

- a) Inspeksi (Look) : Bengkak, Deformitas, Pemendekan, Rotasi
- b) Palpasi (Feel) : Nyeri, Krepitasi, Neurovaskular
- c) Gerakan (Movement) : Ruang gerak terbatas atau abnormal

**4. Kriteria Diagnosis**

- a) Nyeri pada paha
- b) Bengkak
- c) Terdapat pemendekan tungkai
- d) Ruang gerak terbatas
- e) Hasil Foto Ronsen ditemukan diskontinuitas tulang

**5. Diagnosis Kerja**

Fraktur tertutup tulang shaft femur

**6. Diagnosis Banding**

Kontusio Paha

**7. Pemeriksaan Penunjang**

- a) Laboratorium
  - 1) Hb, Ht, leukosit, trombosit
  - 2) PT, APTT, Na, K, Ca
  - 3) GDS, Ur, Cr
- b) Radiologi

Foto ronsen, Femur AP /Lateral. CT – Scan. Jika perlu dilakukan foto perbandingan.

**8. Tata Laksana**

- a) Non-Operatif  
*Long Leg Cast*
- b) Operatif  
ORIF P/S, Nailing, External Fixation
- c) Medikamentosa : analgetik

**9. Edukasi**

- a) Penjelasan Diagnosa, diagnosa banding dan pemeriksaan penunjang
- b) Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, risiko dan komplikasi
- c) Penjelasan alternatif tindakan
- d) Penjelasan perkiraan lama dirawat

**10. Penelaah Kritis**

DEPARTEMEN/KSM BEDAH ORTHOPEDI & TRAUMATOLOGI

**11. Prognosis**

- a) Ad Vitam : Dubia ad Bonam
- b) Ad Sanationam : Dubia ad Bonam
- c) Ad Functionam : Dubia ad Bonam

**12. Kepustakaan**

- a) Salter R. Textbook of disorder and injuries of the musculoskeletal system. 3rd ed, Baltimore: Williams and Wilkins, 1999. hal 537-545
- b) Solomon L, Warwick D, Nayagam S. Apley's System of Orthopaedics and Fractures, 8th ed. Great Britain, Arnold. 2001
- c) Canale ST. Campbell's Operative Orthopaedics. 10th ed. Baltimore. Mosby. 2001 hal 53 – 72
- d) Rockwood and Green's Fractures in Adults and in Children.
- e) Hoppenfeld S. Surgical Exposure in Orthopaedic the anatomic approach. 2nd ed. Philadelphia. Lipincott William and Wilkins. 1994. hal 401-428

**K. Tatalaksana Panduan Praktik Klinis Rupture Tendon**

**1. Pengertian**

Tendon adalah jaringan fibrosa yang menempelkan otot ke tulang pada tubuh manusia. Tekanan atau beban yang diterima oleh tendon mungkin lebih dari lima kali dari berat tubuh manusia. Pada keadaan tertentu, tendon dapat putus.

**2. Anamnesis**

Nyeri pada paha, deformitas pada paha, bengkak

**3. Pemeriksaan fisik**

- a) Inpeksi (Look) : Luka
- b) Palpasi (Feel) : Nyeri
- c) Gerakan (Movement) : Ruang gerak terbatas atau abnormal

**4. Kriteria Diagnosis**

- a) Nyeri
- b) Luka
- c) Postur dari organ yang terkena cedera
- d) Ruang gerak terbatas

**5. Diagnosis Kerja**

Rupture Tendon

6. **Diagnosis Banding**  
Tendinitis
7. **Pemeriksaan Penunjang**
  - a) **Laboratorium**
    - 1) Hb, Ht, leukosit, trombosit
    - 2) PT, APTT, Na, K, Ca
    - 3) GDS, Ur, Cr
  - b) **Radiologi**  
Foto rontgen
8. **Tata Laksana**
  - a) **Non-Operatif**  
Perawatan luka, rehabilitasi
  - b) **Operatif**  
*Repair*
  - c) **Medikamentosa**
    - 1) Analgetik
    - 2) Antibiotik jika terdapat luka
9. **Edukasi**
  - a) Penjelasan Diagnosa, diagnosa banding dan pemeriksaan penunjang
  - b) Penjelasan rencana tindakan, lama tindakan, risiko dan komplikasi
  - c) Penjelasan alternatif tindakan
  - d) Penjelasan perkiraan lama dirawat
10. **Prognosis**
  - a) Ad Vitam : Dubia ad Bonam
  - b) Ad Sanationam : Dubia ad Bonam
  - c) Ad Functionam : Dubia ad Bonam
11. **Indikator Medis (Outcome)**
  - a) Tidak terjadi luka infeksi
  - b) Keluhan berkurang
12. **Kepustakaan**
  - a) Zollinger RM. Suture of tendon. In : Zollinger RM, Jr, Zollinger RM, Bitans M, Smith J, Donner C, Coddling M. Eds. Atlas Of Surgical Operations. 7th ed. New York : McGraw-Hill, 1993 : 472-3
  - b) Noble J. Saraf dan tendo. Dalam : Duddley HAF, Wahab AS, Aswin S, Sofro ASM. Eds. Hamilton Bailey : Ilmu Bedah Gawat Darurat (Terjemahan). 11st ed. Yogyakarta : Gajah Mada University Press, 1992 : 827-31.
  - c) Goldner RD. Jahitan tendon. Dalam : Sabiston DC, Gordon RG, Kusuma W, Saputra L. Eds. Atlas Bedah Umum (Terjemahan). 1st ed. Jakarta : Binarupa Aksara, 1997 : 774-6.
  - d) Salter RB. Spesific fractures and joint injuries in adult. In : Salter RB. Eds. Textbook of disorders and injuries of the musculoskeletal system. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 1999 : 610-611.
  - e) Apley AG. Ruptur tendon. Dalam : Apley AG, Solomon L, Mankin HJ, Nugroho E, Kartini A. Eds. Ortopedi dan fraktur sistem apley. 7th ed. Jakarta : Penerbit Wydy Medika, 1995 : 273.



## BAB IV DOKUMENTASI

Dokumentasi yang dibutuhkan untuk pelaksanaan Praktik Klinis KSM Bedah diantaranya:

- A. Dokumentasi Rapat Koordinasi Komite Medik
  - 1. Undangan
  - 2. Materi
  - 3. Notulensi
  - 4. Absensi
  - 5. Dokumentasi
- B. Formulir Pengkajian Medis Awal Rawat Jalan No.RM 7.2
- C. Formulir Pengkajian Medis Gawat Darurat No.RM 2.1
- D. Formulir Pengkajian Medis Rawat Inap No.RM 3.4
- E. Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi No.RM 3.19
- F. Formulir Discharge Planning No.RM 3.24
- G. Formulir Edukasi Pasien dan Keluarga Terintegrasi No.RM 1.7
- H. Formulir Resume Medis No.RM 3.18
- I. Formulir Informasi Obat Pulang No.RM 10.88