

CLINICAL PATHWAY

HERNIA INGUINALIS NON GANGREN

NOMOR : 007/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
NO. REVISI : 00
TANGGAL PENGESAHAN : 3 November 2022

LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : CP
Nomor Dokumen : 007/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
Judul Dokumen : HERNIA INGUINALIS NON GANGREN
Nomor Revisi : 00

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr. Hadiyana Suryadi, Sp.B	Ketua KSM Bedah		3-11-2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		3-11-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		3-11-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		3-11-2022



CLINICAL PATHWAY
HERNIA INGUINALIS NON GANGREN

NAMA PASIEN:	UMUR:	BB (kg):	TGL/JAM MASUK:	LAMA RAWAT (hari):
No. CM:	TGL LAHIR:	TB (cm):	TGL/JAM KELUAR:	RENCANA RAWAT : 3 Hari
DIAGNOSIS AWAL: HERNIA INGUINALIS NON GANGREN	KODE ICD 10:	RUANG RAWAT:	KELAS:	

AKTIVITAS PELAYANAN	HR 1	HR 2	HR 3	HR 4	HR 5	HR 6	HR 7	KETERANGAN
TANGGAL AKTIVITAS PELAYANAN								
ASSESMENT KLINIS								
PEMERIKSAAN DOKTER								
A. Dokter IGD								
B. Dokter Spesialis								
KONSULTASI								
Spesialis Anastesi								
Spesialis Anak								
Spesialis Ilmu Penyakit Dalam								
PEMERIKSAAN PENUNJANG								
A. Darah rutin								
B. GDS								
C. PTT, PTTK atau BT, CT								
D. EKG (bila usia pasien > 40 thn)								
E. Ro Thorax (bila usia pasien > 40 thn)								
TINDAKAN								
A. Hemioraphy (konvensional/ Herniatomi)								

CLINICAL PATHWAY

HERNIA INGUINALIS NON GANGREN

E. Pelepasan Infus								
F. Pelepasan kateter urine								
OBAT-OBATAN								
A. Infus Kristaloid/RL 20 gtt/mnt								
B. Infus Koloid (optional)								
C. Inj. Cefazolin 1 gr IV (1jam pre op)								
D. Inj. Ketorolac 3x30 mg IV								
E. Inj. Ranitidn 2x50 mg IV								
F. Cefadroxil 2x500 mg PO (obat pulang)								
G. Paracetamol 3x1000 mg PO (obat pulang)								
MONITORING : TTV, kebutuhan nutrisi, luka operasi.								
NUTRISI : Diet TKTP								
MOBILISASI : Bertahap								
A. <i>Bed Rest</i>								
B. Mobilisasi jalan								
HASIL/ OUTCOME : Sembuh & pulang pada hari ke-3								
A. Keadaan umum baik								
B. Tensi, nadi, suhu DBN								
C. Gejala & tanda klinis: Nyeri berkurang, luka pasca op baik								
EDUKASI/ RENCANA PEMULANGAN								
A. Resume medis dan keperawatan								
B. Penjelasan perjalanan penyakit dan komplikasi yang dapat terjadi serta terapi dan tindakan yang telah diberikan								
C. Surat pengantar kontrol								

CLINICAL PATHWAY
HERNIA INGUINALIS NON GANGREN

VARIASI PELAYANAN YG DIBERIKAN:		ALASAN:	KETERANGAN:
NAMA DAN TTD PETUGAS	DIAGNOSIS AKHIR (KODE ICD-10)	JENIS TINDAKAN	NAMA DAN TTD VERIFIKATOR
1)	UTAMA:	1)	1)
2)	PENYERTA:	2)	2)

CLINICAL PATHWAY
HERNIA INGUINALIS NON GANGREN

NAMA DPJP	TTD DPJP	NAMA DPJP TAMBAHAN	TTD DPJP TAMBAHAN	NAMA DPJP TAMBAHAN II	TTD DPJP TAMBAHAN II

Petunjuk Penggunaan:

1. Formulir ini digunakan dengan cara dicontreng (√) apabila sudah dilaksanakan, dan tanda minus (-) apabila tidak dilaksanakan.
2. **Formulir ini hanya sebagai pedoman. Pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi pasien.**
3. Isilah kolom variasi apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan *clinical pathway*.