



RS Mata Undaan
Care and Smile



Edisi 2

Tahun 2019

PANDUAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya

Telp. 031 5343 806, 5319 619

Fax. 031 - 5317 503

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 672/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 20 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 672/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL 20 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	1
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	1
1.3 Definisi Operasional	1
BAB II RUANG LINGKUP	3
2.1 Kebijakan Rumah Sakit	3
2.2 Proses Asuhan	7
BAB III TATA LAKSANA PELAYANAN	8
3.1 Pelayanan Pasien Risiko Tinggi	8
3.1.1 Pasien Emergency	8
3.1.2 Pasien Dengan Penyakit Menular	8
3.1.3 Pasien Koma	13
3.1.4 Pasien Dengan Restrain	13
3.1.5 Populasi Pasien Rentan	21
3.2 Pelayanan Risiko Tinggi	24
3.2.1 Pelayanan Darah dan Produk Darah	24
3.2.2 Pemberian KCl Konsentrat	33
3.3 Pelayanan Resusitasi dan Code Blue	33
3.3.1 Pelayanan Resusitasi	33
3.3.2 Pelayanan Code Blue	34
3.4 Pelayanan Asuhan Gizi dan Penyelenggaraan Makanan	36
3.5 Pelayanan Pasien Dengan Nyeri	40
3.6 Pelayanan Tahap Terminal	57
3.7 Pelayanan Jenazah	61
3.8 Pelayanan Pembedahan dan Anastesi	67
3.9 Pelayanan Farmasi	81
3.10 Pelayanan Rekam Medik	82
BAB IV DOKUMENTASI	84

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 672/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 20 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA
DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN**

Menimbang :

- a. Bahwa dalam pemberian asuhan dan pelayanan pasien perlu komunikasi yang efektif, kolaboratif, dan standarisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan pasien;
- b. Bahwa dalam pemberian asuhan pasien perlu adanya Panduan Pelayanan dan Asuhan Pasien;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a dan b diatas, maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.

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. Permenkes Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
6. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata Undaan Nomor : 014/P4M/SK/II/2019 Tentang Berlakunya Struktur Organisasi, *Job Description* dan *Job Spesification* Rumah Sakit Mata Undaan;
7. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 507/PER/DIR/RSMU/III/2019 Tanggal 28 Maret 2019 Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

Menetapkan Kesatu :

1. Menetapkan dan memberlakukan Panduan Pelayanan dan Asuhan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

Kedua :

1. Panduan Pelayanan dan Asuhan Pasien ini digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan dan asuhan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga : Panduan Pelayanan dan Asuhan Pasien di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Mencabut Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor: 225A/RSMU/SK/VII/2015 Tanggal 3 Juli 2015 tentang Kebijakan Pelayanan Pasien Di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya Revisi 2.
- Kelima : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Keenam : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 20 April 2019
Direktur,



(dr. Sudjarno, Sp.M (K))

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 672/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 20 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standarisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi dan implementasi asuhan mendukung serta merespon setiap kebutuhan unik pasien dan target.

Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis lain. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.

1.2 Tujuan

Sebagai panduan dalam pemberian asuhan pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

1.3 Definisi Operasional

1. **Pelayanan Pasien** adalah pelayanan untuk orang yang memanfaatkan jasa rumah sakit. Pelayanan rumah sakit dapat berupa :
 - a. Pelayanan Rawat Jala
 - b. Pelayanan Gawat Darurat (*Accident, Emergency dan Code blue*)
 - c. Pelayanan Rawat Inap
 - d. Pelayanan Rawat Sehari (*One Day Care*)
 - e. Pelayanan Pembedahan dan Tindakan Invasive
 - f. Pelayanan Anastesi
 - g. Pelayanan Diagnostik
 - h. Pelayanan Lain-lain
2. **Pelayanan yang seragam** adalah penerapan asuhan (care) kepada pasien sesuai kaidah yang sama tanpa dipengaruhi apapun. Setiap asuhan pasien dicatat di rekam medis pasien dengan tulisan tangan ataupun elektronik sehingga bisa dibaca dan dimengerti.
3. **Pelayanan Terintegrasi** adalah pelayanan oleh beberapa unit pelayanan dari berbagai disiplin ilmu di RS Mata Undaan yang terangkum menjadi satu kesatuan pelayanan.
4. **Pelayanan Rawat Jalan** adalah pelayanan bagi pasien yang dilakukan secara cukup singkat sehingga pasien dapat langsung pulang
5. **Pelayanan Gawat Darurat** adalah pelayanan yang diberikan untuk pasien gawat darurat mengancam jiwa dan potensi kecacatan terutama dalam bidang mata yang dilakukan tindakan darurat yang melayani pasien selama 24 jam sehari.
6. **Pelayanan Rawat Inap** adalah pelayanan yang dilakukan dengan cara pasien bermalam diruang Rawat Inap Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya

7. **Pelayanan Rawat Sehari (One Day Care)** adalah pelayanan pasien yang memerlukan pengobatan ataupun tindakan sehingga pasien harus tinggal dirumah sakit antara 6 jam hingga tidak lebih dari 24 jam.
8. **Pelayanan Anastesi** adalah tindakan medis yang meliputi pelayanan pra anastesi, intra anastesi dan pasca anastesi dalam upaya menghilangkan rasa sakit oleh karena tindakan medis.
9. **Pelayanan Pembedahan** adalah tindakan medis yang meliputi pra operatif, intra operatif dan pasca operatif dalam upaya pengobatan yang diberikan pada pasien untuk memenuhi kebutuhan kesehatan atau karena tidak mungkin disembuhkan dengan obat-obatan sederhana.
10. **DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien)** adalah seorang dokter yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien. DPJP juga bertanggung jawab terhadap kelengkapan, kejelasan dan kebenaran serta ketepatan waktu pengembalian dari rekam medis pasien tersebut.
11. **Case Manager** adalah seseorang yang bertanggung jawab atas seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan tehnik keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam upaya penyembuhan ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.
12. **Pelayanan Penunjang Diagnostik dan Medik** adalah pelayanan yang ditujukan untuk mendapatkan atau membantu menegakkan diagnostik. Meliputi pelayanan laboratorium, radiologi dan diagnostik imaging. Pelayanan laboratorium dan radiologi yang belum terdapat di Rumah Sakit Mata Undaan bekerjasama dengan laboratorium dan radiologi luar dengan difasilitasi Rumah Sakit Mata Undaan. Ada juga pelayanan Prothesa dan Optik.
13. **Rekam Medis** adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen hasil medis pasien yang meliputi identitas pasien, pemeriksaan, rencana pengobatan, pengobatannya, edukasinya, tindakan yang dilakukan serta pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
14. **Pelayanan Gizi** adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.
15. **Pelayanan Farmasi** adalah pelayanan yang diselenggarakan untuk melengkapi proses pengobatan yang sedang dijalani oleh pasien.
16. **Kondisi terminal** adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh cedera atau penyakit dimana terjadi kerusakan organ multiple yang dengan pengetahuan dan tehnologi kesehatan terkini tak mungkin lagi dapat dilakukan perbaikan sehingga akan menyebabkan kematian dalam rentang waktu yang singkat.
17. **Pelayanan jenazah** adalah kegiatan perawatan jenazah meliputi merawat pada saat setelah meninggal di ruangan dan atau memandikan dan mengkhafani.
18. **Pelayanan transportasi/Ambulans** adalah pelayanan yang diselenggarakan untuk memenuhi kebutuhan pasien saat proses rujukan/transfer berlangsung ke luar RS Mata Undaan.

BAB II RUANG LINGKUP

Ruang lingkup dalam panduan ini meliputi:

2.1 Kebijakan

2.1.1 Asuhan dan Pelayanan

1. Rumah sakit memberikan asuhan dan pelayanan pasien secara aman dan efektif melalui komunikasi, kolaborasi dan standarisasi proses agar implementasi asuhan mendukung dan merespon setiap kebutuhan pasien
2. Asuhan yang diberikan berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif dan rehabilitatif termasuk anastesi, pembedahan, pengobatan, terapi suportif atau kombinasinya berdasara atas asesmen dan asesmen ulang pasien
3. Rumah sakit memberikan asuhan pada populasi khusus atau berisiko tinggi yang membutuhkan perhatian tambahan termasuk asuhan risiko tinggi
4. Rumah sakit menetapkan pemberian asuhan yang seragam kepada pasien. Pasien dengan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapatkan asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap shift.
5. Asuhan pasien seragam yang dimaksud adalah
 - a. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari
 - b. Penggunaan alokasi sumber daya yang sama untuk kebutuhan pasien yang sama
 - c. Pemberian asuhan yang sama diberikan untuk pasien dengan kebutuhan asuhan yang sama
 - d. Pemberian asuhan keperawatan yang sama diberikan untuk pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama
 - e. Penerapan regulasi diberlakukan sama atau setara diseluruh rumah sakit

2.1.2 Pemberi Asuhan

1. Asuhan diberikan oleh PPA yang kompeten sesuai dengan RKK dan SPK
2. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua PPA dapatdibantu oleh staf klinis lain
3. Asuhan terintegrasi yang berpusat pada pasien dilaksanakan dengan:
 - a. Melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga
 - b. Rencana asuhan dibuat terintegrasi dengan sasaran berdasarkan atas asesmen awal dan kebutuhan pasien (metode IAR)
 - c. Asuhan secara interdisiplin dilaksanakan dengan kolaborasi interprofesional sesuai Panduan Praktek Klinis;alur klinis(clinical pathway);protocol;prosedur;standing order dan dicatat dalam catatan perkembangan pasien terintergrasi (CPPT)
 - d. Asuhan kepada pasien harus dikelola oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan DPJP yang ditetapkan oleh RS sesuai ketentuan yang berlaku. Dan dipimpin oleh clinical leader sebagai ketua tim asuhan
 - e. Untuk menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi pasien RS menunjuk/ menetapkan MPP yang bukan PPA aktif yang berkerja penuh waktu sesuai ketentuan yang berlaku”)
 - f. Rumah sakit melaksanakan proses pemenuhan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien (P3)

- g. Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien/keluarga atau pemberi asuhan terlatih (care giver)
- 4. Rumah sakit melaksanakan pelayanan secara berkesinambungan yang dilaksanakan melalui koordinasi diantara PPA dan dibantu oleh MPP
- 5. Untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan, RS melaksanakan asuhan pasien terintegrasi yang berpusat pada pasien (PCC)

2.1.3 Rencana Asuhan

Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh DPJP dan PPA lainnya sesuai dengan ketentuan:

1. Rencana asuhan dibuat untuk setiap pasien (individual) dan dicatat dalam rekam medis pada lembar CPPT maksimal 24 jam setelah pasien masuk
2. Rencana asuhan dibuat terintegrasi dengan sasaran berdasarkan atas asesmen awal dan kebutuhan pasien (metode IAR)
3. Rencana asuhan dievaluasi atau dimukhtahirkan secara berkala sesuai dengan kondisi pasien oleh tim PPA berdasar atas asesmen ulang dan asesmen pembaharuan .
4. Pemukhtahiran kondisi/perkembangan tiap pasien dicatat sesuai kondisi/keadaan pasien pada CPPT oleh DPJP/PPA dan diverifikasi oleh DPJP
5. Ketika asuhan diberikan oleh lebih dari satu DPJP maka, DPJP utama berkewajiban membuat kesimpulan hasil rapat tim PPA dan mendokumentasikan di dalam CPPT

2.1.4 Pemberian Instruksi

Rumah sakit mengatur tata cara pemberian instruksi tertulis maupun verbal (telpon, media komunikasi elektronik) termasuk instruksi pada keadaan darurat dalam rangka menjaga kesinambungan dan ketepatan pemberian asuhan sebagai berikut:

1. Instruksi diberikan oleh mereka yang kompeten dan berwenang sesuai SPK dan RKK
2. instruksi didokumentasikan di lokasi tertentu (CPPT) dalam berkas rekam medis dengan menggunakan metode SBAR-TULBAKON.
3. Instruksi permintaan tindakan klinis dan diagnostic harus dilengkapi dengan jenis tindakan/pemeriksaan yang diminta, nama dokter yang meminta, alasan/indikasi, dilaksanakan dan dilaporkan hasilnya serta disimpan dalam berkas rekam medis. Hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan yang tidak diharapkan diberitahukan kepada pasien dan keluarga

2.1.5 Pelayanan Risiko Tinggi

1. Rumah sakit memberikan asuhan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi berdasar atas panduan praktek klinis dan peraturan perundang-undangan
2. Sesuai dengan sumber daya yang tersedia, rumah sakit menetapkan dan melaksanakan:
 - a. Pelayanan pasien risiko tinggi meliputi:
 - 1) Pasien emergensi
 - 2) Pasien dengan penyakit menular
 - 3) Pasien koma
 - 4) Pasien dengan alat bantuan hidup dasar
 - 5) Pasien dengan restrain

- 6) Populasi pasien rentan (lansia, anak-anak, risiko tindak kekerasan atau ditelantarkan)
- b. Pelayanan risiko tinggi meliputi:
 - 1) Pelayanan darah dan produk darah
 - 2) Pemberian KCl konsentrat

2.1.6 Deteksi Dini perubahan kondisi pasien

1. Rumah sakit melaksanakan Early Warning System (EWS) dalam pelaksanaan asuhan pasien untuk mengenali perubahan kondisi pasien yang memburuk agar dapat dilakukan tindakan lebih cepat
2. Pelaksanaan EWS dilakukan dengan menggunakan sistem skor
3. Semua staf klinis dan PPA lain dilatih untuk menggunakan EWS

2.1.7 Pelayanan Resusitasi

1. Rumah sakit melaksanakan pelayanan resusitasi selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit yang diberikan segera saat dikenali tanda henti jantung paru dan tindak lanjut diberikan kurang dari 5 menit.
2. Rumah sakit menyediakan peralatan medis terstandar, obat resusitasi dan staf yang terlatih
3. Setiap staf rumah sakit dilatih dan mampu melaksanakan bantuan hidup dasar sesuai dengan kompetensinya

2.1.8 Pelayanan Darah

1. Rumah sakit memberikan pelayanan darah dan produk darah sesuai dengan peraturan perundangan
2. Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan oleh staf yang kompeten

2.1.9 Pelayanan Pasien Koma

1. Rumah sakit melaksanakan asuhan pasien koma yang memerlukan resusitasi untuk menstabilkan kondisi dalam rangka persiapan merujuk pasien untuk perawatan lebih lanjut sesuai kebutuhan pasien

2.1.10 Pelayanan Pasien Dengan Penyakit Menular

1. Rumah sakit melaksanakan asuhan pasien dengan penyakit menular sesuai ketentuan dan peraturan perundangan.
2. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan preventif, kuratif, rehabilitative penyakit menular sesuai kekhususan rumah sakit di bidang mata.

2.1.11 Pelayanan Pasien Restrain

1. Rumah sakit melaksanakan asuhan pasien yang memerlukan penggunaan alat penghalang (restraint) sesuai dengan ketentuan yang berlaku

2.1.12 Pelayanan Pasien Dengan Populasi Khusus

1. Rumah sakit melaksanakan asuhan pada populasi khusus termasuk pasien usia lanjut, pasien difabel, pasien anak-anak, pasien yang berisiko disakiti, pasien risiko bunuh diri dan pasien tanpa identitas sesuai dengan ketentuan yang berlaku

2.1.13 Pelayanan Pasien dengan Kemoterapi

1. Rumah sakit melaksanakan asuhan pasien yang mendapatkan pengobatan kemoterapi yang memerlukan pelayanan mata sesuai kebutuhan

2.1.14 Makanan dan Terapi Gizi

1. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan makanan dan terapi gizi termasuk pelayanan makanan untuk karyawan yang dilakukan oleh instalasi gizi rumah sakit
2. Rumah sakit menyediakan makanan/nutrisi pasien sesuai kebutuhan secara regular maupun kebutuhan terapi gizi yang konsisten dengan asuhan klinisnya.
3. Kebutuhan makanan/nutrisi pasien diidentifikasi melalui proses asesmen awal gizi ketika pasien masuk dengan metode IAR dan asesmen ulang selama pasien dirawat
4. Asuhan gizi/penentuan kebutuhan gizi menggunakan metode MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) dan IMT (Indeks Masa Tubuh)
5. Pemesanan makanan/nutrisi sesuai status gizi dan kebutuhan pasien dilakukan secara tertulis/tercatat dalam rekam medis
6. Pengelolaan makanan/nutrisi termasuk penyiapan, penyimpanan termasuk distribusi dilakukan secara aman sesuai peraturan perundangan yang berlaku.
7. Pendistribusian makanan dilaksanakan dengan sistem sentralisasi, memperhatikan 6 sasaran keselamatan pasien dan diberikan tepat waktu sesuai kebutuhan pasien
8. Rumah sakit menyediakan berbagai macam pilihan/variasi makanan yang konsisten dengan kondisi dan kebutuhan pasien, bila keluarga menyediakan makanan dari luar maka dilakukan edukasi tentang kebutuhan pasien selama di rumah sakit sesuai peraturan yang berlaku.
9. Untuk pasien dengan risiko nutrisi dilakukan pemberian terapi gizi terintegrasi yang mencakup rencana, pemberian, evaluasi dan monitoring serta dicatat dalam rekam medis
10. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri sesuai dengan kebutuhan pasien yang dilakukan oleh tenaga yang kompeten

2.1.15 Pengelolaan Nyeri

1. Rumah sakit memberikan edukasi tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri kepada pasien dan keluarga sesuai dengan latar belakang social budaya pasien dan keluarga serta kemungkinan timbulnya nyeri akibat tindakan yang terencana, prosedur pemeriksaan dan pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri

2.1.16 Pelayanan dalam Tahap Terminal

1. Rumah sakit menetapkan asesmen, asesmen ulang dan proses pengelolaan terhadap pasien dalam tahap terminal dan keluarganya sesuai dengan kebutuhan mereka
2. Asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien tahap terminal untuk menilai beberapa hal berikut ini:
 - a. Gejala mual dan kesulitan pernafasan
 - b. Faktor yang memperparah gejala fisik
 - c. Manajemen gejala sekarang dan respon pasien
 - d. Orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu
 - e. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarga
 - f. Status psikososial pasien dan keluarganya
 - g. Kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya

- h. Kebutuhan alternative layanan atau tingkat layanan
 - i. Factor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan
3. Proses pengelolaan pasien tahap terminal meliputi:
- a. Intevensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri
 - b. Memberikan pengobatan sesuai gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga
 - c. Menyampaikan secara hati-hati soal sensitive seperti autopsy atau donasi organ
 - d. Menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga
 - e. Mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan
 - f. Memperhatikan keprihatinan psikologis, emosiaonal, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga

2.2 Proses asuhan

1. Pemberi asuhan
2. Perencanaan asuhan
3. Standart pelayanan dan asuhan
4. Monitoring dan evaluasi
5. Pendokumentasian
6. Pemulangan

BAB III TATA LAKSANA

3.1 PELAYANAN PASIEN RESIKO TINGGI

3.1.1 Pasien Emergency

Pelayanan pasien emergency adalah penanganan anestesi yang ditujukan menangani kegawatan terhadap pasien yang melingkupi kegawatan jalan nafas, kegawatan nafas, kegawatan sirkulasi dan kegawatan akibat gangguan kesadaran serta kegawatan akibat exposure. pelayanan tersebut antara lain

1. Pelayanan resusitasi
 - a. Pelayanan tindakan resusitasi meliputi bantuan hidup dasar, lanjut dan jangka panjang dengan tata laksana
 - b. Dokter spesialis anestesi atau dokter lain yang memiliki kompetensi memainkan peranan penting sebagai tim resusitasi dan dalam melatih dokter, perawat serta paramedis
 - c. Standar internasional serta pedoman praktis untuk resusitasi jantung paru mengikuti european resuscitation council dan / american heart association (AHA)
 - d. Semua upaya resusitasi harus dimasukkan kedalam audit yang berkelanjutan
2. Pelayanan Code Blue
 - a. Pelayanan tindakan code blue meliputi bantuan hidup dasar, lanjut dan jangka panjang dengan tata laksana
 - b. Dokter spesialis anestesi atau dokter lain yang memiliki kompetensi memainkan peranan penting sebagai tim resusitasi dan dalam melatih dokter, perawat serta paramedis
 - c. Standart internasional serta pedoman praktis untuk resusitasi jantung paru mengikuti european resuscitation council dan / american heart association (AHA)
 - d. Semua upaya resusitasi code blue harus dimasukkan kedalam audit yang berkelanjutan

3.1.2 Pasien dengan penyakit menular

1. Asuhan Pasien Dengan Penyakit Menular

Pasien dengan infeksi penularan melalui udara harus dirawat di ruangan khusus atau secara kohort pada ruang isolasi penularan melalui udara (airbone), karena pasien tersebut merupakan sumber penyakit sumber penyakit yang dapat menyebarkan mikroba ke lingkungan sekitar dan bertahan lama di udara.

Skrining dilakukan mulai pasien datang ke instalasi Rawat Jalan (IRJ), Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan Instalasi Rawat Inap.

Di Rumah Sakit Mata Undaan hanya menerima pasien rawat inap dengan kasus mata yang memiliki penyakit sampingan infeksius baik penyebaran melalui airborne, kontak, droplet, ataupun jenis penyakit immunosupresi yang sudah dalam proses terapi.

Hal ini dikarenakan fasilitas dan tenaga professional yang tidak dimiliki dalam hal penanganan penyakit infeksius. Jika dicurigai memiliki penyakit infeksius dan belum menjalani terapi, pasien tersebut setelah diberi terapi pada penyakit matanya kemudian disarankan untuk dirujuk

ke Rumah Sakit yang memiliki fasilitas dan tenaga yang lebih ahli dalam kasus infeksiusnya tersebut.

2. Tata Laksana

a. Penyakit menular melalui airborne

Kewaspadaan transmisi melalui udara diterapkan sebagai tambahan Kewaspadaan Standar terhadap pasien yang diduga atau telah diketahui terinfeksi mikroba yang secara epidemiologi penting dan ditransmisikan melalui jalur udara. Seperti misalnya transmisi partikel terinhalasi (*varicella zoster*) langsung melalui udara. Ditujukan untuk menurunkan risiko transmisi udara mikroba penyebab infeksi baik yang ditransmisikan berupa droplet nuklei (sisa partikel kecil $< 5\mu\text{m}$ evaporasi dari droplet yang bertahan lama di udara) atau partikel debu yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut akan terbawa aliran udara $> 2\text{m}$ dari sumber, dapat terinhalasi oleh individu rentan di ruang yang sama dan jauh dari pasien sumber mikroba, tergantung pada faktor lingkungan, misal penanganan udara dan ventilasi yang penting dalam pencegahan transmisi melalui udara, droplet nuklei atau sisik kulit luka terkontaminasi (*S. aureus*).

b. Penyakit menular melalui kontak

Cara transmisi yang terpenting dan tersering menimbulkan HAIs. Ditujukan untuk menurunkan risiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi ditransmisikan melalui kontak langsung atau tidak langsung. Kontak langsung meliputi kontak permukaan kulit terluka/abrasi orang yang rentan/petugas dengan kulit pasien terinfeksi atau kolonisasi. Misal perawat membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasien bergerak, dokter bedah dengan luka basah, saat mengganti verband, petugas tanpa sarung tangan merawat oral pasien HSV atau scabies.

Transmisi kontak tidak langsung terjadi kontak antara orang yang rentan dengan benda yang terkontaminasi mikroba infeksius di lingkungan, instrumen yang terkontaminasi, jarum, kasa, tangan terkontaminasi dan belum dicuci atau sarung tangan yang tidak diganti saat menolong pasien satu dengan yang lainnya, dan melalui mainan anak. Kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas atau benda mati dilingkungan pasien. Sebagai cara transmisi tambahan melalui droplet besar pada patogen infeksi saluran napas misal : para influenza, RSV, SARS, H5N1. Pada pedoman Isolation tahun 2007, dianjurkan juga kenakan masker saat dalam radius 6-10 kaki dari pasien dengan mikroba virulen. Diterapkan terhadap pasien dengan infeksi atau terkolonisasi (ada mikroba pada atau dalam pasien tanpa gejala klinis infeksi) yang secara epidemiologi mikrobanya dapat ditransmisikan dengan cara kontak langsung atau tidak langsung. Petugas harus menahan diri untuk menyentuh mata, hidung, mulut saat masih memakai sarung tangan terkontaminasi ataupun tanpa sarung tangan. Hindari mengkontaminasi permukaan lingkungan yang tidak berhubungan dengan perawatan pasien misal: pegangan pintu, tombol lampu, telepon

c. Penyakit menular melalui droplet

Diterapkan sebagai tambahan Kewaspadaan Standar terhadap pasien dengan infeksi diketahui atau suspek mengidap mikroba yang dapat ditransmisikan melalui droplet ($> 5\mu\text{m}$). Droplet yang besar terlalu berat untuk melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak 1 m dari sumber. Transmisi droplet melibatkan kontak konjungtiva atau mucus membrane hidung/ mulut, orang rentan dengan droplet partikel besar mengandung mikroba berasal dari pasien pengidap atau carrier dikeluarkan saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkioskopi. Dibutuhkan jarak dekat antara sumber dan resipien $< 1\text{m}$. Karena droplet tidak bertahan diudara maka tidak dibutuhkan penanganan khusus udara atau ventilasi. Misal : Adenovirus.

Transmisi droplet langsung, dimana droplet mencapai mucus membrane atau terinhalasi. Transmisi droplet ke kontak, yaitu droplet mengkontaminasi permukaan tangan dan ditransmisikan ke sisi lain misal: mukosa membrane. Transmisi jenis ini lebih sering terjadi daripada transmisi droplet langsung, misal: commoncold, respiratory syncytial virus (RSV).

Dapat terjadi saat pasien terinfeksi batuk, bersin, bicara, intubasi endotrakheal, batuk akibat induksi fisioterapi dada, resusitasi kardiopulmoner.

	Kontak	Droplet	Udara/Airbone
Penempatan pasien	<p>Tempatkan diruang rawat terpisah, bila tidak mungkin kohorting, bila keduanya tidak mungkin maka pertimbangkan epidemiologi mikrobanya dan populasi pasien. Bicarakan dengan petugas PPI.</p> <p>Tempatkan dengan jarak $> 1\text{ m}^3$ kaki antara TT</p> <p>Jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain</p>	<p>Tempatkan pasien diruang terpisah, bila tidak mungkin kohorting, bila keduanya tidak mungkin buat pemisah dengan jarak $> 1\text{ m}^3$ antar TT dan jarak dengan pengunjung.</p> <p>Pertahankan pintu terbuka, tidak perlu penanganan khusus terhadap udara dan ventilasi</p>	<p>Tempatkan pasien diruang terpisah yang mempunyai :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan negatif 2. Pertukaran udara 6-12 kali per jam <p>Usahakan pintu ruang pasien tertutup. Bila ruang terpisah tidak memungkinkan, tempatkan pasien dengan pasien lain yang mengidap mikroba yang sama, jangan dicampur dengan infeksi lain (kohorting) dengan jarak > 1 meter.</p> <p>Konsultasikan dengan petugas PPIRS sebelum menempatkan pasien bila tidak ada ruang isolasi dan kohorting tidak memungkinkan.</p>

<p>Transport pasien</p>	<p>Batasi gerak, transport pasien hanya kalau perlu saja. Bila diperlukan pasien keluar ruangan perlu kewaspadaan agar risiko transmisi ke pasien lain atau lingkungan</p>	<p>Batasi gerak dan transportasi untuk batasi droplet dari pasien dengan mengenakan masker pada pasien dan menerapkan hygiene respirasi dan etika batuk</p>	<p>Batasi gerakan dna transport pasien hanya kalau diperlukan saja.</p> <p>Bila perlu untuk pemeriksaan pasien dapat diberi masker bedah untuk cegah menyebar droplet nuklei</p>
<p>APD</p>	<p>Sarung tangan dan cuci tangan oleh petugas</p> <p>Memakai sarung tangan bersih non steril, lateks saat masuk ke ruang pasien, ganti sarung tangan setelah kontak dengan bahan infeksius (feces, cairan drain) lepaskan sarung tangan sebelum keluar dari kamar pasien dan cuci tangan dengan antiseptic</p> <p>Gaun</p> <p>Pakai gaun bersih, tidak steril saat masuk ruang pasien untuk melindungi baju dari kontak dengan pasien, permukaan lingkungan, barang diruang pasien, cairan diare pasien,</p>	<p>Masker oleh petugas, pasien, dan pengunjung</p> <p>Pakailah bila bekerja dalam radius 1 meter terhadap pasien , saat kontak erat.</p> <p>Masker seyogyanya melindungi hidung dan mulut, dipakai saat memasuki ruang rawat pasien dengan infeksi saluran napas.</p>	<p>Masker oleh petugas, pasien, dan pengunjung</p> <p>Perlindungan saluran napas</p> <p>Bagi petugas Kenakan masker respirator (N95 kategori N pada efisiensi 95 %) saat masuk ruang pasien atau suspek TB paru</p> <p>Orang yang rentan seharusnya tidak boleh masuk ruang pasien yang diketahui atau suspek campak, cacar air kecuali petugas yang telah imun.</p> <p>Bila terpaksa harus masuk maka harus mengenakan masker respirator untuk pencegahan. Orang yang telah pernah sakit campak atau cacar air tidak perlu memakai masker (kategori IB)</p> <p>Masker bedah/prosedur (min) sarung tangan</p>

	<p>ileostomy, colostomy, luka terbuka. Lepaskan gaun sebelum keluar ruangan.</p> <p>Jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain</p> <p>Apron</p> <p>Bila gaun permeable, untuk mengurangi penetrasi cairan, tidak dipakai sendiri</p>		<p>Gaun</p> <p>Google</p> <p>Bila melakukan tindakan dengan kemungkinan timbul aerosol</p>
--	--	--	--

3. Pencegahan Transmisi Penularan

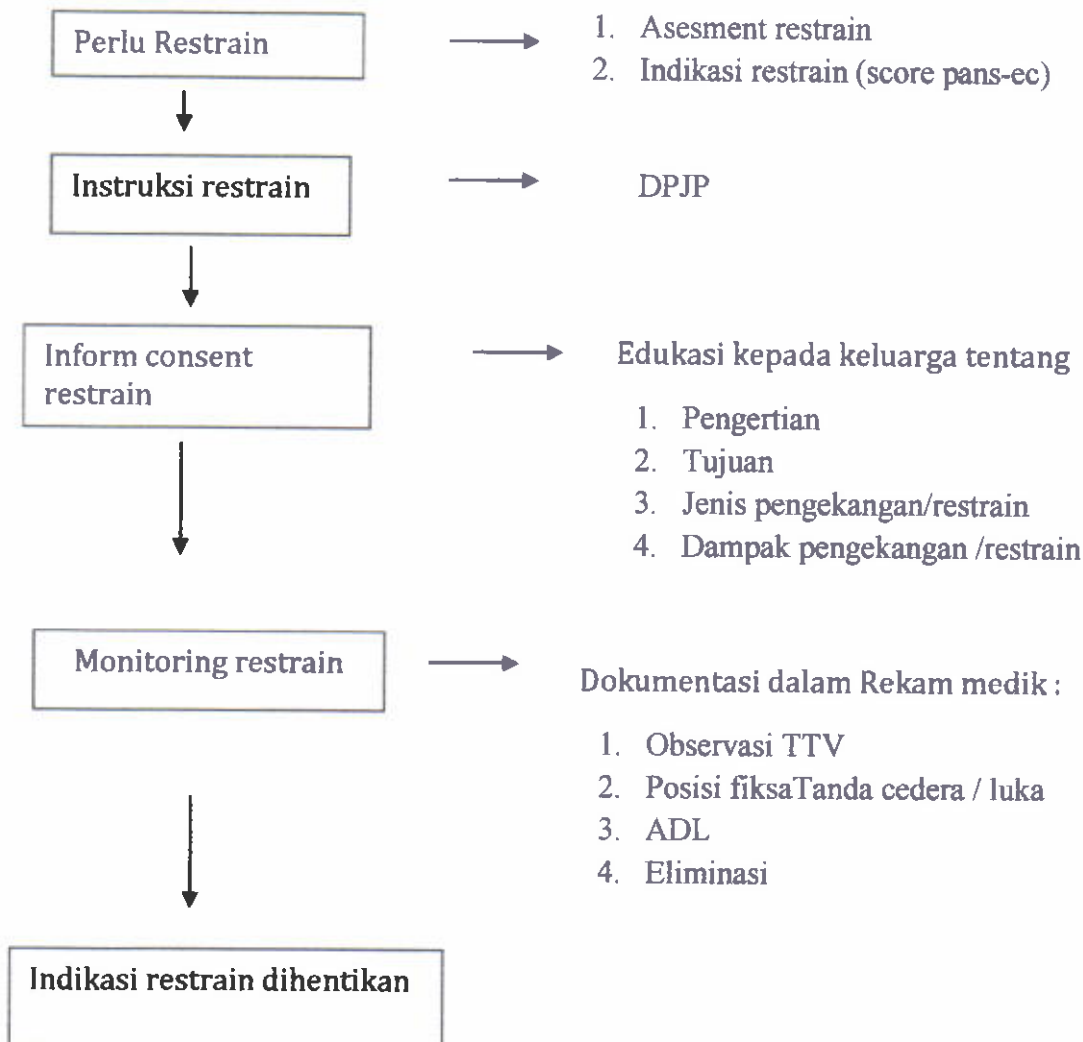
Pencegahan kontaminasi silang dengan melakukan kebersihan tangan sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah kontak dengan pasien, sesudah terkena cairan tubuh pasien, sesudah meninggalkan lingkungan pasien, segera setelah melepas Alat Pelindung Diri (APD).

- a. Pelayanan gizi dan makanan pasien dengan menggunakan peralatan makan disposable.
- b. Semua linen bekas pakai dari pasien dikelola sebagai linen non infeksius dan linen infeksius sesuai dengan prosedurnya.
- c. Pembersihan lingkungan kamar pasien selama ditempati dan sesudah pasien pindah atau pulang dikelola sesuai prosedurnya.
- d. Edukasi bagi pengunjung dan pasien mengenai pemberian informasi tentang kewaspadaan standart, kebersihan tangan, etika batuk, dan strategi pencegahan infeksi rutin lainnya disediakan pada saat pasien masuk RS.
- e. Edukasi bagi petugas yang memiliki kesempatan untuk kontak dengan pasien ataupun peralatan medis melalui pelatihan tentang penanganan infeksi dan tentang penggunaan APD.

3.1.3 Pasien Koma

Rumah Sakit Mata Undaan tidak memiliki ruangan dengan fasilitas pelayanan intensive, sehingga bila mana ada pasien dengan kondisi koma, maka pasien distabilkan dulu, bila mana pasien sudah stabil, pasien disiapkan untuk dirujuk kerumah sakit yang ada fasilitas ruangan intensive.

3.1.4 Pasien Dengan Restrain



Gambar 3.1 Alur Pelayanan Restrain

1. Asesmen Restrain

Untuk menentukan perlu tidaknya pasien menggunakan restrain harus dilakukan asesmen secara komprehensif agar intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, kondisi medis, riwayat penyakit, faktor lingkungan, dan preferensi pasien. Asesmen meliputi pertanyaan dibawah ini (minimal):

- a. Apakah ada intervensi/tindakan pencegahan yang aman (selain restrain) yang dapat dilakukan mengurangi resiko pasien mengalami cedera/berada dalam kondisi yang membahayakan (misalnya: terpeleset, tersadung, atau jatuh jika pasien turun dari tempat tidur)?
- b. Apakah ada cara yang memungkinkan pasien untuk dapat bergerak dengan aman?

- c. Apakah ada alat bantu yang dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri?
 - d. Apakah ada kondisi atau diberikan obat-obatan pada pasien yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan berjalan?
 - e. Apakah pasien bersedia untuk berjalan sambil dipapah/ditemani oleh staf?
 - f. Dapatkah pasien ditempatkan di kamar lebih dekat dengan nurse station di mana pasien tersebut dapat diobservasi dengan lebih baik?
- Cara mengkaji perlunya restrain atau seklusi pada seorang pasien adalah dengan menggunakan penilaian skor PANS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component*)

Terdapat 5 item yang dinilai :

- A. Excitement**, hiperaktifitas dalam bentuk percepatan perilaku motorik, peningkatan respon terhadap stimuli, waspada berlebihan (hyperviligance) atau labilitas alam perasaan (mood) yang berlebihan.

Dasar penilaian : manifestasi selama wawancara dan juga laporan perawat atau keluarga tentang perilaku

- a. 1 = tidak ada
- b. 2 = minimal (patologis diragukan)
- c. 3 = ringan (cenderung sedikit agitatif, waspada berlebihan atau sedikit mudah terangsang selama wawancara, pembicaraan mungkin sedikit mendesak)
- d. 4 = sedang (agitasi atau mudah terangsang yang jelas terbukti selama wawancara, mempengaruhi pembicaraan dan mobilitas)
- e. 5 = agak berat (tampak hiperaktif yang bermakna atau sering terjadi ledakan-ledakan atau aktivitas motoric yang menyebabkan kesulitan bagi pasien tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari beberapa menit dalam setiap kesempatan)
- f. 6 = berat (gaduh gelisah yang mencolok, mendominasi wawancara, membatasi perhatian sedemikian rupa sehingga mempengaruhi fungsi sehari-hari seperti makan dan tidur)
- g. 7 = sangat berat (gaduh gelisah yang mencolok, secara serius mempengaruhi kegiatan makan dan tidur, serta jelas tidak memungkinkan interaksi interpersonal. Percepatan pembicaraan dan aktivitas motoric dapat menimbulkan inkoherenasi dan kelelahan)

- B. Permusuhan**, ekspresi verbal dan non verbal tentang kemarahan dan kebencian, termasuk sarkasme, perilaku pasif agresif, caci maki dan penyerangan.

Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diamati selama wawancara dan laporan oleh perawat atau keluarga.

- a. 1 = tidak ada
- b. 2 = minimal (patologis diragukan)
- c. 3 = ringan (melampiasikan kemarahan secara langsung atau ditahan, seperti sarkasme, sikap tidak sopan, ekspresi bermusuhan dan kadang-kadang iritabilitas)
- d. 4 = sedang (adanya sikap bermusuhan yang nyata, sering memperlihatkan iritabilitas dan ekspresi atau kebencian yang langsung)

- e. 5 = agak berat (pasien sangat mudah marah dan kadang-kadang memaki dengan kata-kata kasar atau mengancam)
- f. 6 = berat (tidak kooperatif dan mencaci maki dengan kasar atau mengancam khususnya mempengaruhi wawancara dan berdampak serius terhadap reaksi social. Pasien dapat beringas dan merusak tetapi tidak menyerang orang lain secara fisik)
- g. 7 = sangat berat (kemarahan yang hebat berakibat sangat tidak kooperatif, menghalangi interaksi atau secara episodic melakukan penyerangan fisik terhadap orang lain)

C. Ketegangan, manifestasi fisik yang jelas tentang ketakutan, anxietas dan agitasi seperti kekakuan, tremor, keringat berlebihan dan ketidaktenangan.

Dasar penilaian : laporan lisan membuktikan adanya anxietas dan karenanya derajat keparahan manifestasi fisik ketegangan dapat dilihat selama wawancara.

- a. 1 = tidak ada
- b. 2 = minimal (patologi meragukan)
- c. 3 = ringan (postur dan gerakan menunjukkan kekhawatiran ringan seperti rigiditas yang ringan, ketidaktenangan yang sekali-sekali, perubahan posisi atau tremor tangan yang halus dan cepat)
- d. 4 = sedang (suatu penampilan yang nyata nyata gelisah yang terbukti dari adanya pelbagai manifestasi, seperti perilaku tidak tenang, tremor tangan yang nyata, keringat dingin berlebihan atau mekanisme karena gugup)
- e. 5 = agak berat (ketegangan yang berat yang dibuktikan oleh pelbagai manifestasi seperti gemetar karena gugup, keringat sangat berlebihan dan ketidaktenangan, tetapi perilaku selama wawancara tidak terpengaruh secara bermakna)
- f. 6 = berat (ketegangan berat sedemikian rupa sehingga taraf interaksi interpersonal terganggu, misalnya pasien mungkin terus menerus bergerak, tidak dapat tetap duduk untuk waktu yang lama atau menunjukkan hiperventilasi)
- g. 7 = sangat berat (ketegangan sangat mencolok yang dimanifestasikan oleh tanda-tanda atau percepatan gerakan motoric kasar, seperti langkah yang cepat dan gelisah dan ketidakmampuan tetap duduk untuk waktu yang lebih lama dari semenit, yang menyebabkan percakapan tidak mungkin diteruskan)

D. Ketidakkoperatifan, aktif menolak untuk patuh terhadap keinginan petugas atau keluarga yang mungkin disertai dengan rasa tidak percaya, defensive, keras kepala, negativistic, penolakan terhadap otoritas, hostilitas atau suka membangkang.

Dasar penilaian : perilaku interpersonal yang diobservasi selama wawancara dan juga dilaporkan oleh perawat atau keluarga.

- a. 1 = tidak ada
- b. 2 = minimal (patologi meragukan)
- c. 3 = ringan (patuh tetapi disertai sikap marah, tidak sabar atau sarkasme, mungkin ada penolakan yang tidak mengganggu terhadap penyelidikan yang sensitive selama wawancara)

- d. 4 = sedang (kadang-kadang terdapat penolakan langsung untuk patuh terhadap tuntutan-tuntutan social yang normal seperti mengikuti acara yang telah dijadwalkan, pasien mungkin memproyeksikan hostilitas, defensive atau bersikap negative tetapi biasanya masih dapat diatasi)
- e. 5 = agak berat (pasien seringkali tidak patuh terhadap tuntutan lingkungannya dan mungkin dijuluki orang sebagai orang buangan atau orang yang mempunyai problem sikap yang serius, ketidakkooperatifan tercermin dengan jelas, defensive atau iritabilitas terhadap petugas dan mungkin tidak bersedia menghadapi banyak pertanyaan)
- f. 6 = berat (pasien sangat tidak kooperatif, negativistic dan mungkin juga suka membangkang, menolak untuk patuh terhadap sebagian besar tuntutan social atau tidak mau mengikuti kegiatan yang dijadwalkan)
- g. 7 = sangat berat (resistensi aktif yang jelas berdampak serius terhadap benar-benar seluruh bidang fungsi utama, pasien mungkin menolak untuk ikut dalam aktifitas social apapun, mengurus kebersihan diri, bercakap cakap)

E. Pengendalian impuls yang buruk

Gangguan pengaturan dan pengendalian impuls yang mengakibatkan pelepasan ketegangan dan emosi yang tiba-tiba tidak teratur, sewenang-wenang atau tidak terarah tanpa merisaukan konsekuensinya.

Dinilai berdasarkan perilaku selama anamnesis dan yang dilaporkan perawat atau keluarga.

- a. 1= tidak ditemukan adanya pengendalian impuls yang buruk
- b. 2= minimal, patologis diragukan
- c. 3= ringan, pasien cenderung mudah marah dan frustrasi bila menghadapi stress atau pemuasnya ditolak, tapi jarang bertindak impulsif
- d. 4= sedang, dengan provokasi minimal, pasien menjadi marah dan mencaci maki. Mungkin sesekali mengancam, merusak, atau terdapat satu dua episode yang melibatkan konfrontasi fisik atau perselisihan ringan
- e. 5= agak berat, pasien memperlihatkan episode impulsive yang berulang-ulang termasuk mencaci maki, merusak harta benda atau ancaman fisik. Mungkin ada satu atau dua episode yang melibatkan serangan serius sehingga pasien perlu diberikan sedasi
- f. 6= berat, pasien sering menunjukkan agresivitas secara impulsive, mengancam, menuntut, dan merusak tanpa mempertimbangkan konsekuensinya. Menunjukkan perilaku menyerang dan mungkin juga serangan seksual, atau berperilaku yang merupakan respon terhadap perintah yang bersifat halusinasi
- g. 7= sangat berat, pasien memperlihatkan serangan yang nyata mengancam keselamatan orang, penyerangan seksual, perilaku brutal yang berulang, atau perilaku menyakiti diri sendiri

2. Indikasi Restrain

- a. Pasien dengan skor PANSS-EC jika nilai masing masing item ada yang diatas 3 maka boleh dilakukan restrain
- b. Pasien menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan dirinya sendiri dan/atau orang lain.
- c. Tahanan pemerintah (yang legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit.
- d. Pasien yang membutuhkan tatalaksana emergensi/segera yang berhubungan dengan life saving bagi pasien, terutama pelaksanaan prosedur terapeutik dan/atau diagnostik.
- e. Pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman.
- f. Restrain digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dari ancaman bahaya-bahaya
- g. Indikasi restrain ini dapat diaplikasikan untuk:
 - 1) Semua lokasi di dalam rumah sakit: semua jenis perawatan, termasuk ruang rawat inap, unit rawat jalan, unit bedah/medis, HCU dan sebagainya.
 - 2) Semua pasien di rumah sakit, tanpa melihat usia, yang memenuhi indikasi.
- h. Yang boleh memberikan perintah restrain adalah DPJP, jika keadaan darurat dan tidak ada DPJP maka keputusan melakukan restrain dapat diberikan oleh PPJP namun DPJP harus menulis perintah selambat lambatnya membutuhkan 4 jam setelah dilakukan restrain

3. Pemberian Persetujuan Tindakan

Persetujuan merupakan salah satu alat hukum yang legal di mana seseorang memberikan kekuasaan yang sah terhadap tata laksana atau keperawatan. Hal ini dapat mencakup memberikan persetujuan terhadap suatu bentuk restrain.

Dasar persetujuan yang sah identik dengan persyaratan profesional bahwa suatu persetujuan diperlukan sebelum melakukan tindakan/prosedur.

4. Kontraindikasi Restrain

- a. Tidak mendapatkan izin tertulis dari keluarga pasien untuk melaksanakan prosedur
- b. Pasien kooperatif
- c. Pasien memiliki komplikasi kondisi fisik atau mental

5. Kriteria Pemilihan Jenis Restrain

Apabila dalam asesmen terdapat suatu kondisi medis yang mengindikasikan perlunya intervensi untuk melindungi pasien dari ancaman bahaya, sebaiknya menggunakan metode yang paling tidak restriktif tetapi efektif dan harus tetap menjamin keselamatan pasien, staf, dan orang lain dari ancaman bahaya.

Dalam memilih jenis restrain perlu memenuhi 5 kriteria sebagai berikut:

- a. Membatasi gerak klien sesedikit mungkin
- b. Paling masuk akal/bisa diterima oleh klien dan keluarga
- c. Tidak mempengaruhi proses perawatan klien.
- d. Mudah dilepas/diganti
- e. Aman untuk klien.

6. Jenis Restrain

Beberapa jenis restrain yang bisa digunakan pada pasien adalah:

a. Pembatasan Fisik

- 1) Melibatkan satu atau lebih staf untuk memegang pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien
- 2) Jika pasien dengan mudah meloloskan diri/melepaskan diri dari pegangan staf, maka hal ini tidak dianggap sebagai satu restrain.
- 3) Pemegangan fisik: biasanya staf memegang pasien dengan tujuan untuk melakukan suatu pemeriksaan fisik/tes rutin. Namun, pasien berhak untuk menolak prosedur ini.
- 4) Memegang pasien dengan tujuan untuk membatasi pergerakan pasien dan berlawanan dengan keinginan pasien termasuk suatu bentuk restrain.
- 5) Pemegangan pasien secara paksa saat melakukan prosedur pemberian obat (melawan keinginan pasien) dianggap suatu restrain. Sebaiknya, walaupun terpaksa memberikan obat tanpa persetujuan pasien, dipilih metode yang kurang bersifat restriktif/sedikit mungkin menggunakan pemaksaan.
- 6) Pada beberapa keadaan, di mana pasien setuju untuk menjalani prosedur/medikasi tetapi tidak dapat berdiam diri/tenang untuk disuntik/menjalani prosedur, staf boleh memegang pasien dengan tujuan prosedur/pemberian medikasi berjalan dengan lancar dan aman. Hal ini bukan merupakan restrain.
- 7) Pemegangan pasien, biasanya anak/bayi, dengan tujuan untuk menenangkan/memberi kenyamanan kepada pasien tidak dianggap sebagai restrain

b. Pembatasan Mekanis

Restrain mekanis yang melibatkan penggunaan alat misalnya:

- 1) Penggunaan papan fiksasi infus ditangan pasien, bertujuan untuk stabilisasi jalur intravena, jika papan ini diikat ke tempat tidur atau keseluruhan lengan pasien diimobilisasi sehingga pasien tidak dapat mengakses bagian tubuhnya secara bebas, maka penggunaan papan ini dianggap sebagai restrain.
- 2) Limb restraints (restrain pergelangan tangan atau kaki), elbow restraints (khusus untuk daerah siku). Yaitu alat pengaman yang terbuat dari kain dengan ukuran lebar 5 cm, panjang 20 cm dimana salah satu ujung terpasang tali panjang dan ujung lainnya terpasang tali melingkar 10 cm. Cara memasang:
 - a) Pasang tali pengaman pada pergelangan tangan dan atau pergelangan kaki pasien
 - b) Pastikan ada jarak 2 jari antara tali dengan anggota tubuh
 - c) Ikatkan tali pengaman pada tempat tidur pasien dengan membuat simpul yang mudah dibuka
- 3) Mummy restraints or sheet and ties ('gedong' pada bayi)
- 4) Crib nets (box bayi dengan penghalang). Tempat tidur bayi yang terbuat dari besi dimana pintu tempat tidur/penghalang setinggi tempat tidur tersebut.
- 5) Jacket restraints (jaket)/Ontokusumo Alat pengaman yang terbuat dari kain berbentuk persegi panjang yang dimodifikasi seperti kutang di mana dibagian depan dada terpasang 2 tali panjang yang

mengarah ke kiri dan kanan tubuh pasien. Sedang di bagian punggung pasien terpasang 4 tali pengikat.

Cara pemakaian ontokusumo:

- a) Pasien dipakaikan baju/kaos
 - b) Pasang ontokusumo pada tubuh pasien bagian atas
 - c) Tali bagian punggung dengan arah menyilang dan ikat tali simpul yang mudah dibuka
 - d) Tali bagian dada masing-masing ikatkan pada tempat tidur sisi; kiri dan kanan dengan membuat simpul yang mudah dibuka
- 6) Belt restraints (sabuk). Pengaman sabuk pada orang dewasa: Alat pengaman pasien yang terbuat dari kain (wisel) yang dipasangkan pada anggota tubuh bagian dada dan diikatkan pada ke dua sisi tempat tidur. Sabuk pengaman yang sudah terpasang pada kereta dorong/kursi roda. Cara pemakaian kereta dorong/kursi roda: Pasien ditidurkan/didudukan dalam kereta dorong/kursi roda kemudian sabuk pengaman dipasang dan di kunci, alat pengaman ini dilakukan pada saat pasien makan atau transfer ke ruangan lain. Keamanan pada pasien saat memakai kursi roda: - Pastikan kursi roda dalam posisi terkunci. - Bantalan kaki mudah untuk disesuaikan dan diposisikan pada telapak kaki pasien.
- 7) Mitt or hand restraints (restrain tangan).
- c. Pembatasan Kimia
- 1) Melibatkan penggunaan obat-obatan untuk membatasi pasien.
 - 2) Obat-obatan dianggap restrain sebagai suatu restrain hanya jika penggunaan obat-obatan tersebut tidak sesuai dengan standar terapi pasien dan penggunaan obat-obatan ini hanya ditujukan untuk mengontrol perilaku pasien/membatasi kebebasan bergerak pasien.
 - 3) Pemberian obat-obatan sebagai bagian dari tata laksana pasien tidak dianggap sebagai restrain. Misalnya obat-obatan psikotik untuk pasien psikiatri, obat sedasi untuk pasien insomnia, obat anti-ansietas untuk pasien dengan gangguan cemas, analgesik untuk nyeri
- d. Pembatasan Psikologi
- 1) Dapat meliputi: pemberitahuan secara langsung dan terus-menerus kepada pasien mengenai hal-hal yang tidak boleh dilakukan atau memberitahukan bahwa pasien tidak diperbolehkan melakukan hal-hal yang mereka inginkan karena tindakan tersebut berbahaya.
 - 2) Pembatasan ini dapat juga berupa pembatasan pilihan gaya hidup pasien, seperti: memberitahukan kepada pasien mengenai waktu tidur dan waktu bangunnya.
 - 3) Tidak diperbolehkan menggunakan “pembatasan kimia” (obat sebagai restrain) untuk tujuan kenyamanan staf, untuk mendisiplinkan pasien, atau sebagai terapi standar untuk pasien.

7. Dampak Penggunaan Restrain

a. Dampak Fisik

- 1) Atropi otot
- 2) Hilangnya/berkurangnya detensi tulang.
- 3) Ulkus decubitus.
- 4) Infeksi nosokomial.
- 5) Strangulasi.

- 6) Penurunan fungsional tubuh.
- 7) Stress kardiak.
- 8) Inkontinensia.
- b. Dampak Psikologis
 - 1) Depresi
 - 2) Penurunan fungsi kognitif.
 - 3) Isolasi emosional.
 - 4) Kebingungan (confusion) dan agitasi.

8. Batas Waktu Pengekangan

- a. Usia ≥ 18 th : 4 jam
- b. Usia 9 – 17 th : 2 jam
- c. Usia < 9 th : 1 jam
- d. Untuk pekekangan jenis obat-obatan batas waktu hingga 24 jam

9. Pengelolaan Pasien dengan Restrain

- a. Lakukan asesmen untuk menentukan perlu tidaknya pasien menggunakan restrain;
- b. Diskusikan dengan DPJP untuk menentukan metode restrain yang tepat;
- c. Perawat/ DPJP menjelaskan kepada pasien dan/atau keluarga tentang manfaat, risiko serta prosedur restrain;
- d. Minta persetujuan tertulis dari pasien dan/atau keluarga.
- e. Lakukan prosedur restrain sesuai dengan metode yang dipilih.
- f. Lakukan observasi dan evaluasi tanda vital, posisi tubuh, keamanan dan kenyamanan pasien 30 menit setelah pemasangan restrain, selanjutnya 4 jam setelahnya dengan memonitor tanda vital, ADL, produksi urine serta perubahan posisi
- g. Catat dalam rekam medis pasien, hasil asesmen, instruksi restrain dan evaluasi pasien serta alasan penggunaan restrain di lembar observasi restrain
- h. Bantu memenuhi semua kebutuhan pasien selama dipasang restrain, baik kebutuhan nutrisi, eliminasi dan hygiene perseorangan.
- i. Laporkan ke DPJP jika terdapat perubahan signifikan mengenai perilaku pasien.
- j. Prosedur yang harus diobservasi sebelum dan setelah aplikasi restrain:
 - 1) Semua objek/benda yang berpotensi membahayakan (seperti sepatu, perhiasan, selendang, ikat pinggang, tali sepatu, gelas) harus disingkirkan sebelum restrain diaplikasikannya
 - 2) Inspeksi tempat tidur, tempat duduk, restrain, dan peralatan lainnya yang digunakan selama proses restrain terutama keamanan penggunaannya.
 - 3) Secara berkala, dilakukan penilaian tanda vital pasien, posisi tubuh pasien, keamanan restrain, dan kenyamanan pasien.

10. Indikasi Melepas Restrain

- a. apabila nilai skor PANSS-EC 3 atau kurang
- b. berespon baik terhadap pilihan after natif
- c. kondisi membahayakan sudah teratasi
- d. pasien tidak membahayakan diri sendiri, karyawan dan orang lain

11. Penyediaan Lingkungan Perawatan

Kenyamanan pasien yang menggunakan restrain perlu didukung dengan lingkungan perawatan yang berkesan positif dengan cara:

- a. Perawatan berpusat pada pasien, terutama yang mempunyai kebutuhan dukungan psikologis.
- b. Pencegahan kekerasan dan agresi
- c. Pencegahan ide/tindakan bunuh diri dan melukai diri sendiri
- d. Pemenuhan kebutuhan pasien demensia.
- e. Menjaga harga diri dan martabat pasien selama asuhan perawatan.
- f. Pencegahan resiko jatuh.

12. Dukungan Institusi Rumah Sakit Terhadap Tindakan Restrain

Institusi rumah sakit, berikut semua staf yang tercakup di dalamnya, mempunyai kewajiban memberikan pelayanan yang legal, etis dan profesional. Untuk membantu memastikan tidak terjadinya restrain yang tidak perlu dan perawat/staf lainnya berkontribusi dalam membuat keputusan yang tepat mengenai penggunaan restraint, maka institusi rumah sakit menyediakan:

- a. Suatu kebijakan/panduan untuk staf mengenai penggunaan restrain.
- b. Suatu pendekatan multidisiplin terhadap rencana perawatan masing-masing individu.
- c. Suatu sistem pelaporan insidens di mana pasien/staf mengalami bahaya/menderita kerugian atau berpotensi bahaya, dan belajar dari pengalaman tersebut.
- d. Alur yang jelas mengenai tindak lanjut etis terhadap penggunaan restrain yang tidak pada tempatnya.
- e. Prosedur asesmen risiko sehingga risiko yang dapat timbul akibat penggunaan restrain dapat diantisipasi dan dikurangi.
- f. Edukasi yang sesuai, termasuk supervisi klinis, praktik, pembelajaran dari contoh praktik yang baik, dan pelatihan berbasis kompetensi.

13. Aspek Etik Penggunaan Restrain

Prinsip etis penggunaan restrain adalah:

- a. Beneficence: bertujuan untuk kepentingan pasien (bersifat menguntungkan pasien)
- b. Non-maleficence: tidak membahayakan pasien/merugikan pasien.
- c. Justice: memperlakukan semua pasien dengan setara dan adil.
- d. Autonomy: menghargai hak pasien dalam mengambil keputusan terhadap diri sendiri

3.1.5 Populasi pasien rentan (lansia, anak-anak, risiko tindak kekerasan atau ditelantarkan)

1. TATA LAKSANA

RS Mata Undaan melindungi pasien dan keluarganya dari kekerasan fisik terutama pada pasien yang tidak mampu melindungi dirinya seperti bayi, anak-anak, manula, perempuan, pasien jiwa, pasien koma, penyandang cacat dan lain sebagainya.

- a. Mengidentifikasi pasien beresiko melalui pengkajian secara terperinci :
 - Menggali pada pasien dan keluarga adakah riwayat kekerasan fisik sebelumnya, riwayat penyakit dahulu
 - Observasi kondisi fisik adanya luka lebam pada tubuh pasien
 - Observasi CCTV

- b. Bila tindakan kekerasan fisik dilakukan oleh pasien: perawat unit bertanggung jawab untuk mengamankan kondisi pasien dan memanggil dokter medis untuk menilai kebutuhan fisik dan psikologis
- c. Bila tindakan kekerasan fisik dilakukan oleh staf rumah sakit : perawat unit bertanggung jawab menegur staf tersebut dan melaporkan insiden ke kepala bidang terkait untuk diproses lebih lanjut
- d. Bila tindakan kekerasan fisik dilakukan oleh pengunjung : staf bertanggung jawab dan memiliki wewenang untuk memutuskan diperbolehkan atau tidak pengunjung tersebut memasuki area rumah sakit
- e. Monitoring setiap lobby, koridor rumah sakit, unit rawat inap, rawat jalan maupun di lokasi terpencil atau terisolasi dengan pemasangan kamera CCTV yang terpantau oleh petugas keamanan selama 24 jam terus menerus
- f. Setiap pengunjung rumah sakit selain keluarga pasien meliputi : tamu RS, detailer, pengantar obat atau barang dan lain-lain wajib melapor ke petugas informasi dan wajib memakai kartu pengunjung
- g. Pengunjung yang mencurigakan diperiksa dan diinvestigasi oleh petugas, khususnya security dan mendampingi pengunjung tersebut sampai ke pasien yang dimaksud
- h. Pemberlakuan jam berkunjung pasien
- i. Kekerasan pada lansia dapat dicegah dengan beberapa tindakan preventif antara lain menyediakan kamar mandi khusus, loket khusus, serta membangun pusat Geriatri
- j. Membatasi jumlah pengunjung pasien yang masuk keruang perawatan dengan menerapkan ketentuan hanya mereka yang menggunakan ID card yang boleh memasuki ruang perawatan
- k. Pada pasien wanita, pendamping pasien harus berjenis kelamin wanita
- l. Staf perawat uni wajib melapor kepada petugas keamanan apabila menjumpai pengunjung yang mencurigakan atau pasien yang dirawat membuat keonaran atau kekerasan
- m. Petugas keamanan mengunci akses pintu penghubung antar unit pada jam 21.00 WIB
- n. Pengunjung diatas jam 22.00 WIB lapor dan menulis identitas pengunjung pada petugas keamanan

Tatalaksana perlindungan terhadap pasien usia lanjut dengan gangguan kesadaran:

- 1. Pasien Rawat Jalan
 - a. Pendampingan oleh petugas penerimaan pasien dan mengantarkan sampai ketempat periksa yang dituju dengan memakai alat bantu yang diperlukan
 - b. Perawat poli mendampingi pasien saat dilakukan pemeriksaan sampai selesai
- 2. Pasien Rawat Inap
 - a. Penempatan pasien di kamar rawat inap sedekat mungkin dengan kantor perawat
 - b. Perawat memastikan dan memasang pengaman ditempat tidur

- c. Perawat memastikan bel pasien mudah dijangkau oleh pasien dan dapat digunakan
- d. Meminta keluarga untuk menjaga pasien baik oleh keluarga atau pihak yang ditunjuk dan dipercaya

Tata laksana perlindungan terhadap penderita cacat

1. Petugas penerima pasien melakukan proses penerimaan pasien penderita cacat baik rawat jalan maupun rawat inap dan wajib membantu serta menolong sesuai dengan kecacatan yang disandang sampai proses selesai dilakukan
2. Bila diperlukan, perawat meminta pihak keluarga untuk menjaga pasien atau pihak lain yang ditunjuk sesuai kecacatan yang disandang
3. Memastikan bel pasien dijangkau oleh pasien dan memastikan pasien dapat menggunakan bel tersebut
4. Perawat memasang dan memastikan pengaman tempat tidur

Tata laksana perlindungan terhadap anak-anak

1. Ruang perawatan harus dijaga minimal satu orang perawat, ruangan tidak boleh ditinggalkan tanpa ada perawat yang menjaga
2. Perawat meminta surat pernyataan secara tertulis kepada orang tua apabila akan dilakukan tindakan yang memerlukan pemaksaan
3. Perawat memasang pengaman tempat tidur pasien pemasangan CCTV untuk memantau setiap orang yang keluar masuk dari ruangan

Tata laksana perlindungan terhadap pasien yang beresiko disakiti (resiko penyiksaan, napi, korban dantersangka pihak pidana, korban kekerasan dalam rumah tangga) :

1. Pasien ditempatkan dikamar perawat sedekat mungkin dengan kantor perawat
2. Pengunjung atau penjaga pasien wajib lapor dan mencatat identitas dikantor perawat, berikut dengan penjaga pasien lain yang satu kamar perawatan dengan pasien beresiko
3. Perawat berkoordinasi dengan security untuk memantau lokasi perawatan pasien, penjaga maupun penjaga pasien
4. Koordinasi dengan pihak berwajib bila diperlukan

Cara RS Mata Undaan melindungi pasien dari kesalah asuhan medis

1. Memberikan asuhan medis sesuai panduan praktek klinik dan clinical pathway
2. Mengupayakan sarana prasarana yang safety untuk asuhan medik dan keperawatan
3. Melakukan sosialisasi kepada semua tenaga kesehatan yang bertugas Mensosialisasikan dan memberlakukan kode darurat non medis yang melibatkan semua masyarakat Rumah Sakit dan pengunjung untuk mengidentifikasi kelompok beresiko dengan cepat

NO	CODE	KETERANGAN	RESPON
1	CODE GREY Gangguan keamanan	Situasi berbahaya berhubungan dengan kejahatan yang mengancam fisik	Lindungi/ pertahankan diri sendiri dan hubuni pusat komando untuk mengaktifkan Code Grey Ext: 112
2	CODE	Bayi/ anak	a. Lakukan secara berkala diruang rawat

	PINK Penculikan Bayi	hilang/ diculik dari Rumah Sakit	bayi/ anak b. Monitor seluruh ruangan dengan CCTV c. Awasi ketat pintu keluar terhadap seluruh orang yang akan meninggalkan rumah sakit dengan anak/ bayi Ext : 112
3	CODE BLACK Ancaman Bom	Adanya informasi ancaman bom lewat telepon atau sms	a. Segera ke lokasi tempat barang yang dicurigai sebagai bom diletakkan b. Jangan disentuh serta isolasi area/ benda yang dicuig c. Melaporkan kepada pos security untuk menghidupkan Code Black Ext : 112
4	CODE BLUE Gawat darurat medis	Adanya informasi kegawat daruratan medis	a. Segera datangi pasien b. Pastikan kondisi pasien c. Berikan pertolongan pertama (resusitasi) d. Segera minta bantuan teman untuk menghubungi *3302
5	CODE GREEN Kejadian Gempa	Adanya informasi kejadian gempa	a. Jangan panik b. Segera berlindung dibawah meja sampai gempa reda Ext : 112
6	CODE RED Kebakaran atau Api	Adanya informasi kebakaran atau api	a. Jangan panik b. Segera hubungi security c. Bunyikan alarm, lonceng/ teriak d. Lakukan pemadaman bila mampu Ext : 112
7	CODE PURPLE Perintah evakuasi	Adanya informasi evakuasi	a. Tetap tenang, jangan panik b. Berjalan biasa, jalan cepat jangan lari c. Lepaskan sepatu dengan hak tinggi d. Jangan membawa barang yang lebih besar e. Karyawan yang sehat menolong mereka yang lemah

3.2 PELAYANAN RISIKO TINGGI

3.2.1 Pelayanan darah dan produk darah

1. Tata Laksana

1.1 Sebelum Transfusi

Melakukan verifikasi untuk memastikan indikasi pemberian transfuse apakah sudah sesuai dengan menanyakan ulang kepada DPJP.

Indikasi Transfusi Darah / Komponen Darah :

- Transfusi darah utuh (Whole blood = WB)

Trnsfusi darah utuh diberikan sebagai pengganti perdarahan yang meliputi >25% volume darah dalam 24 jam. Meskipun

jumlah/volume yang hilang sukar ditentukan secara langsung, secara tidak langsung dapat diperkirakan dengan melihat tanda-tanda :

* Hipovolemia : tekanan darah turun, nadi meningkat, desakan nadi mengecil dan ujung-ujung jari tangan dan kaki dingin.

* Oxygen need : rasa sesak, mata berkunang-kunang, palpitasi, pusing, gelisah dan $HB < 6$ g/dl.

Kehilangan darah $< 25\%$ volume darah masih dapat diatasi dengan cairan, sedang kehilangan $> 30\% - 50\%$ volume darah dapat diganti dengan cairan elektrolit dan darah endap (PRC), tidak usah selalu dengan darah utuh. Kecepatan pemberian darah utuh pada penderita hipovolemia biasanya satu liter dalam 2-3 jam setelah sebelumnya diberikan cairan elektrolit pengganti perdarahan.

- Transfusi sel darah merah (*Packed Red Cell*=PRC)

Ditujukan untuk transfuse pada anemia yang tidak disertai penurunan volume darah, misalnya : aplastic anemia, leukemia, thalassemia, gagal ginjal kronis dan perdarahan-perdarahan kronis. PRC diberikan sampai gejala-gejala oxygen need hilang, biasanya sampai HB 8-10g/dl. Kecepatan pemberian transfuse adalah 1cc/Kg BB/jam.

- Transfusi darah merah cuci (*Washed Erythrocyte* = WE)

Diberikan pada penderita yang memerlukan transfuse berulang-ulang dan mereka yang pernah mengalami reaksi febrile sebelumnya (reaksi terhadap leukosit donor), misalnya : thalassemia, Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria, anemia hemolitik karena proses imunologis dsb. WE hanya dapat disimpan 4 jam pada suhu $4^{\circ}C$, karena itu harus segera diberikan.

- Transfusi Trombosit (*Thrombocyte Concentrate* = TC)

Diberikan pada kasus :

- Perdarahan karena trombositopenia yang bukan karena proses imunologis.
 - Perdarahan karena trombositopati.
 - Leukemia dan anemia aplastic.
- Diberikan sampai perdarahan berhenti atau pemeriksaan masa perdarahan $< 2X$ normal.

- Transfusi Plasma (*Plasma Cell* = Fresh Plasma = FT)

Digunakan untuk 3 tujuan yaitu :

- Koreksi defisiensi factor pembekuan
- Koreksi defisiensi immunoglobulin yang hereditier.
- koreksi hipovolemia karena plasma leakage seperti pada DHF.

Dosis diberikan 10cc/KgBB pada 1 jam pertama, lalu 1cc/KgBB sampai hasil PPT dan KPPT menunjukkan nilai $< 1,5$ nilai control yang normal. Pada plasma leakage DHF diberika 10-20cc/KgBB.

a) Informed consent

Menjelaskan pada pasien atau keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan, indikasi, resiko, manfaat, dan prosedur transfuse yang akan dilakukan.

b) Pemesanan Darah

- Memastikan ketersediaan darah yang diminta di PMI melalui telpon.
- Mengisi formulir pemesanan darah yang berisi :
 - ❖ Identitas pasien (stiker)
 - ❖ Jenis darah yang dipesan
 - ❖ Jumlah darah yang dipesan
 - ❖ Tanggal/jam pemesanan/telpon
 - ❖ Jam pengambilan darah
 - ❖ Skrining klinis sesuai dengan kebutuhan pasien, (hepatitis B, Hepatitis C, Lues, HIV/AIDS)
 - ❖ Sampel darah pasien

c) Pengambilan sampel darah pasien

- Lakukan dengan cara steril sesuai prosedur (SPO pengambilan sampel darah)
- Darah diambil dari pembuluh darah vena sebanyak 3cc dalam spuit steril, pasang stiker identitas pasien (nam, tanggal lahir, alamat, no RM)
- Pengiriman pesanan darah dan sampel darah oleh petugas kurir

d) Penyimpanan darah

- Segera setelah pesanan darah datang dilakukan : verifikasi identitas pasien dengan mencocokkan lembar pesanan dan label pada kantong darah.
- Jika darah belum digunakan disimpan dilemari pendingin sesuai rekomendasi PMI :
 - ❖ Darah utuh (Darah lengkap = WB)
Harus disimpan pada suhu 4°C. Tergantung dari umurnya dari saat pengambilan, darah utuh dibagi :
 - Darah utuh sangat segar umurnya <6 jam, masih berisi trombosit dan semua factor pembekuan (juga factor labil)
 - Darah utuh segar, umurnya <24 jam, masih berisi trombosit dan faktor –faktor pembekuan kecuali factor labil.
 - Darah utuh simpan, umurnya >24 jam sampai 2-3 minggu, selain eritrosit hanya berisi factor-faktor pembekuan yang umumnya panjang dan albumin.
 - ❖ Darah diendapkan/dipadatkan (Darah endap = PRC)
Jika dibuat dengan system terbuka, umur penyimpanan pada suhu 4°C hanya 12 jam dan jika dibuat dengan system tertutup bisa sampai 30 hari.
 - ❖ Darah Merah Cuci (SDM Cuci = WE)

- Harus segera digunakan dalam 4-6 jam setelah pembuatan
- ❖ Thrombosit
 - Harus disimpan pada suhu 22°C agar umurnya bertahan 3-5hari
- ❖ Plasma, tersedia sebagai :
 - Plasma segar (Fresh Plasma = FP)
 - Dari darah utuh segar <6 jam, berisi semua factor pembekuan juga factor labil dan trombosit. Harus diberikan dalam 6 jam.
 - Plasma segar Beku (Fresh Frozen Plasma = FFP)
 - Dibuat dari plasma segar yang dibekukan dan disimpan pada suhu minus 30°C. Berisi semua factor pembekuan kecuali trombosit.
 - Plasma biasa (Plasma simpan)
 - Pada suhu 4°C bertahan 2 bulan. Berisi protein plasma tetapi tidak mengandung factor pembekuan maupun trombosit. Dari 250 darah utuh diperoleh 125cc plasma.
 - ❖ Cryoprecipitate (Konsentrat Faktor VIIC)
 - Dibuat dari plasma segar yang dibekukan cepat menjadi FFP dan dicairkan pada 4° dan disentrifusi. Jika disimpan pada suhu minus 30° akan tahan selama 12 bulan. Bila akan dipakai dicairkan pada suhu 4°C dan segera diberikan sebelum 6 jam. Dari 250cc darah utuh diperoleh 15-20cc cryoprecipitate yang berisi 50-75 IU factor VIIC dan 40-125mg fibrinogen.

1.2 Saat Pemberian Transfuse

1. Persiapan alat :
 - a. Sarung tangan
 - b. Infuse set darah
 - c. Cairan garam fisiologis (NaCl 0,9%)
2. Persiapan darah :
 - Sesuaikan suhu darah yang akan ditransfusikan dengan suhu normal.
3. Persiapan pasien dan transfuse
 - a. Edukasi dan informasikan pada pasien tentang prosedur transfuse.
 - b. Cocokkan identitas yangbada pada kantong darah dengan identitas pasien
 - c. Persiapkan alat transfuse set dan kantong darah sert cairan NaCl 0,9%
 - d. Petugas cuci tangan
 - e. Pasang infuse dengan NaCl 0,% sebelum transfuse darah diberikan
 - f. Bila aliran tetesan lancer, ganti cairan infuse dengan kantong darah

- g. Tusuk kantong darah, tekan-tekan kantong sampai filter terisi darah sebagian
 - h. Buka klem pengatur tetesan sehingga darah mengisi selang infuse
 - i. Atur tetesan sesuai dengan advis dokter
 - j. Cuci tangan
 - k. Dokumentasikan pada lembar observasi (tanggal, jam pemasangan) dan rekam medis pasien
4. Monitor saat transfuse
- a. Observasi tanda-tanda vital (T,N,RR,S) tiap 5 menit selama 15 menit pertama dan tiap 15 menit selama 1 jam berikutnya.
 - b. Monitor jumlah tetesan darah dan apakah menetes lancar.
 - c. Pantau kemungkinan efek samping transfuse (menggigil, sesak nafas, urticarial, demam).
 - d. Jika ada tanda-tanda efek samping segera hentikan dan laporkan dokter. (tuliskan di form.laporkan insiden)
 - e. Bila darah habis bersihkan selang infuse dengan cairan NaCl 0,9%
 - f. Catat jumlah darah, komponen darah yang diberikan dan no. seri di kantong darah
 - g. Lepas kartu darah dan tempelkan pada rekam medis pasien

1.3 Monitor dan evaluasi pasca transfuse

Pantau tanda-tanda vital dan reaksi transfuse sampai 1 jam setelah pemberian transfuse

- a. Penyulit transfuse dan penanganannya
 - Reaksi transfuse
Semua kejadian yang tidak menguntungkan penderita yang timbul selama/sesudah pemberian tranfusi atau komponen darah. Yang meliputi :
 - reaksi transfuse cepat yang timbul selama transfuse sampai 48 jam sesudahnyaa
 - reaksi transfuse lambat yang timbul >48 jam
 - circulating overload = kelebihan cairan
 - penularan penyakit
 - Reaksi transfuse cepat
 - Reaksi transfuse panas
reaksi yang paling sering terjadi (75%) dan disebabkan leukosit donor / leukoaglutini resepien. Sering terjadi pada penderita yang mendapat transfuse berulang dan wanita multipara. Gejala timbul dalam waktu 0,5 – 3 jam setelah transfuse dimulai berupa demam, suhu meningkat >1°C, nadi cepat dan tekanan darah normal.
Pengelolaan meliputi :
 - a) Segera hentikan transfuse dan diganti infus NaCl 0,9%
 - b) Antipiretika
 - c) Setelah demam reda dan terbukti bukan reaksi hemolitik atau reaksi septik, darah tersebut dapat

dilanjutkan. Jika ragu transfuse dilanjutkan dengan unit darah yang lain.

- Reaksi transfuse hemolitik

Berupa hemolysis akut intraveskuler karena inkompatibilitas ABO. Gejala reaksi yang ringan berupa panas, mual, muntah, dan nyeri pinggang. Tetapi reaksi yang berat disertai syock, gagal ginjal (oliguria, anuria) dan dapat terjadi perdarahan dari bekas suntikan atau luka operasi. Diagnosis berupa gejala-gejala diatas dan tanda-tanda laboratorik berupa :

- a) Hemoglobibemia (Hb bebas dalam serum, Hb plasma naik, serum berwarna merah kecoklatan) dan bilirubin semua naik
- b) Hemoglobinuria (urine berwarna merah coklat sampai hitam) urobilinogen urine positif.

Pengelolaan meliputi :

- a) Hentikan transfuse segera dan diganti dengan infus NaCl 0,9%
- b) Atasi shock dengan dopamine drip intravena 5-10 mg/kgBB per menit sampai tekanan darah sistolik >100 mmHg dan perfusi jari-jari terasa hangat
- c) Bila urine < 1cc/kgBB/jam, maka segera berikan furosemide 1-2 mg/kgBB untuk mempertahankan urine >100cc/jam.
- d) Atasi demam dengan antipiretik.
- e) Periksa faal hemostasis untuk mengawasi kemungkinan DIC

- Reaksi transfuse alergi

Sering terjadi karena transfuse pada hakikatnya adalah kontak dengan protein asing. Reaksi yang ringan berupa urticarial, tetapi reaksi yang berat berupa anafilaksis yang mungkin fatal.

Gejala :

- a) Yang khas adalah pruritus dan urticaria, adanya bintil, atau bercak yang menyembul pada kulit berwarna kemerahan
- b) Dapat disertai bronchospasme (wheezing) dan sesak nafas

Pengelolaan :

- a) Transfuse dihentikan dan diganti dengan infus NaCl 0,9%
- b) Antihistamin (IM atau IV). Setelah gejala hilang transfuse dapat dilanjutkan lagi, sebaiknya dengan unit darah yang lain
 - Reaksi transfuse anafilatikGejala yang menonjol adalah shock (circulatory collaps) dan bronchospasme/ laringospasme

Pengelolaan :

- a) Tinggikan kedua tungkai untuk memperbaiki venous return

- b) Transfuse dihentikan dan diganti dengan infuse NaCl 0,9%
- c) Adrenalin 0,1-0,2 mg IV diulang tiap 5-15 menit sampai sirkulasi membaik, mungkin perlu dilanjutkan dopamine drip,
- d) Berikan antihistamin (IM atau IV)
- e) Steroid (hidrokortison 100 mg IV, dexametason 4-5 mg IV)
- f) Aminofilin 5kg/KgBB setelah tekanan darah membaik
- g) oksigen

- **Reaksi Bakterisemia/ Sepsis**

Disebabkan darah donor yang tercemar bakteri dari jenis yang masih ampu tumbuh dan berkembang biak pada suhu 4°C antara lain *E. Coli*, *Proteus*, *P. Aeruginosa*, *K. Pneumoniae*. Kuman-kuman ini mengeluarkan endotoksin yang dapat menyebabkan shock. Gejala klinis segera timbul meskipun transfuse baru masuk 50cc, berupa menggigil, mual muntah, demam tinggi, tekanan darah turun dan shock Berat. Diagnosis pasti dari biakan darah penderita dan sisa darah dalam kantung yang positif dengan jenis kuman yang sama .

Pengelolaan :

- a) Transfusi dihentikan dan digantikan dengan infuse NaCl 0,9 %
 - b) Shock diatasi dengan dopamine drip dan tambahan cairan
 - c) Antibiotik spectrum luas dan dosis tinggi
 - d) Corticosteroid perlu dipertimbangkan
- Pencegahan sangat penting karena reaksi septic ini sering fatal. Periksa plasma darah kantung darah sebelum transfusi, jika ragu-ragu unit tersebut jangan diberikan .

- **Reaksi transfusi lambat**

Hemolisis yang lambat dapat terjadi 3-21 hari setelah transfusi. Penyebabnya adalah antibody yang terbentuk oleh rangsangan yang berulang dan tidak terdeteksi waktu reaksi silang anti antigen yang terlibat adalah Resus dan antibodinya

Gejala berupa: demam, badan terasa sakit, ikterus dan anemia. Bilirubin serum naik dan urobilinogen urin positif. Kelainan ini biasanya sembuh dengan sendirinya.

- **Circulatory overload=kelebihan cairan**

Terjadi jika pemberian transfusi terlalu cepat atau terlalu banyak jumlahnya, lebih-lebih jika jantung sebelumnya tidak baik kemampuan ototya untuk memompa darah .

Gejala meliputi sesak nafas, batuk-batuk. CVP meningkat seperti yang dijumpain pada payah jantung kiri dengan edema paru.

Pengelolaan :

- a) Hentikan transfusi
 - b) Posisi penderita setengah duduk dan berikan oksigen
 - c) Furosemid 1-2 mg /kgBB IV dan digitalisasi cepat
 - d) Pertimbangkan phlebotomy, darah dikeluarkan 500 cc
 - e) Pada edema paru berat (pink frothy sputum) perlu diberikan morfin IV dengan titrasi pelan 1 mg pelan-pelan , diulang tiap 10 menit sampai sesak mereda. Sedikit overdosis morfin akan menyebabkan depresi nafas/ apnea.
- Penularan penyakit
Beberapa penyakit yang dapat ditularkan melalui transfuse darah seperti : Hepatitis, Malaria, Syphylis, HIV/AIDS, Cyto Megalo Virus, Epstein Barr Vi



Gambar 3.2 Alur Pelayanan Transfusi Darah

3.2.2 Pemberian KCI Konsentrat

Elektrolit konsentrat merupakan salah satu obat *emergency* dimana dibutuhkan akses cepat dan obat harus siap pakai bila sewaktu-waktu diperlukan dan tersedia di berbagai unit pelayanan, seperti obat untuk mengatasi syok anafilaktik di tempat penyuntikan, dan obat untuk pemulihan anestesi ada di kamar operasi. Pemilihan elektrolit konsentrat berdasarkan kondisi klinis dan telah berkoordinasi dengan staf medis. Elektrolit konsentrat yang telah dipilih dibuatkan daftar yang mencakup jumlah, keterangan kadaluarsa dan disimpan dalam *box/trolley emergency*.

Penyimpanan obat *high alert* diberi stiker "HIGH ALERT" dan cairan elektrolit konsentrat diberi stiker "encerkan", disimpan secara terpisah, tersorot lampu, dan dibatasi dengan label berwarna merah, sedangkan di instalasi yg telah ditunjuk dapat menyimpan *high alert* diletakkan pada *box/trolley emergency* tersegel. (lihat daftar Distribusi *Box Emergency*).

3.3 PELAYANAN RESUSITASI DAN CODE BLUE

3.3.1 Pelayanan Resusitasi

1. Pelayanan tindakan resusitasi meliputi bantuan hidup dasar, lanjut dan jangka panjang.
2. Dokter spesialis anesthesiologi atau dokter lain yang memiliki kompetensi memainkan peranan penting sebagai tim resusitasi dan dalam melatih dokter, perawat serta paramedic.
3. Standar Internasional serta pedoman praktis untuk resusitasi jantung paru mengikuti *American Heart Association (AHA)* dan/atau *European Resuscitation Council*.
4. Semua upaya resusitasi harus dimasukkan ke dalam audit yang berkelanjutan.

Tata laksana :

1. Yakinkan korban tidak sadar dengan menilai kesadaran secara cepat, menggunakan A (alert/sadar penuh), V (respon to verbal/reaksi terhadap perintah), P (respon to pain / respon terhadap nyeri), U (Unrespon / tidak ada respon)
2. Panggil penolong lainnya (cari bantuan), tekan *3302
3. Baringkan & terlentangkan korban diatas alas keras
4. Bebaskan jalan nafas
5. Bila korban tidak sadar dan tidak bernafas lakukan pijat jantung
6. Letakkan tangan saling menumpu di setengah bawah tulang dada , Kedua lengan penolong tegak lurus
7. Lakukan pijat jantung dengan menekan tulang dada sedalam 4-5 cm
8. Dengan frekwensi pijat jantung : nafas buatan (30 : 2) selama 2 menit, untuk 1 atau 2 penolong (1 siklus)
9. Hitung dengan suara keras :
 - Satu, dua, tiga, empat, SATU
 - Satu, dua, tiga, empat, DUA
 - Satu, dua, tiga, empat, TIGA
 - Satu, dua, tiga, empat, EMPAT
 - Satu, dua, tiga, empat, LIMA
 - Satu, dua, tiga, empat, ENAM(total 30 pijatan)

10. Berikan nafas buatan 2 X tiupan , bila peralatan sudah datang (emergency kit), jika peralatan belum datang lakukan pijat jantung saja. Cek nadi karotis, dari tengah ke lateral dilakukan 5-10 detik. (awam tidak perlu meraba nadi karotis) jika masih tidak teraba lakukan pijat jantung siklus ke 2
11. Apabila pasien sudah terintubasi ,tidak perlu sinkronaise antara pijat jantung dan nafas buatan
12. Hentikan pijat jantung bila:
 - Nadi karotis teraba
 - Petugas bantuan datang untuk melanjutkan resusitasi
 - Penolong kecapekan
 - Timbul lebam mayat
 - Perintah DNR (*Do Not Resuscitate*)

3.3.2 Pelayanan Code Blue

1. Pengertian :

CODE BLUE adalah kode isyarat yang digunakan dalam rumah sakit, yang menandakan adanya seorang pasien yang sedang mengalami serangan jantung (Cardiac Arrest) atau mengalami situasi gagal napas akut (Respiratory Arrest) dan situasi darurat lainnya yang menyangkut dengan nyawa pasien

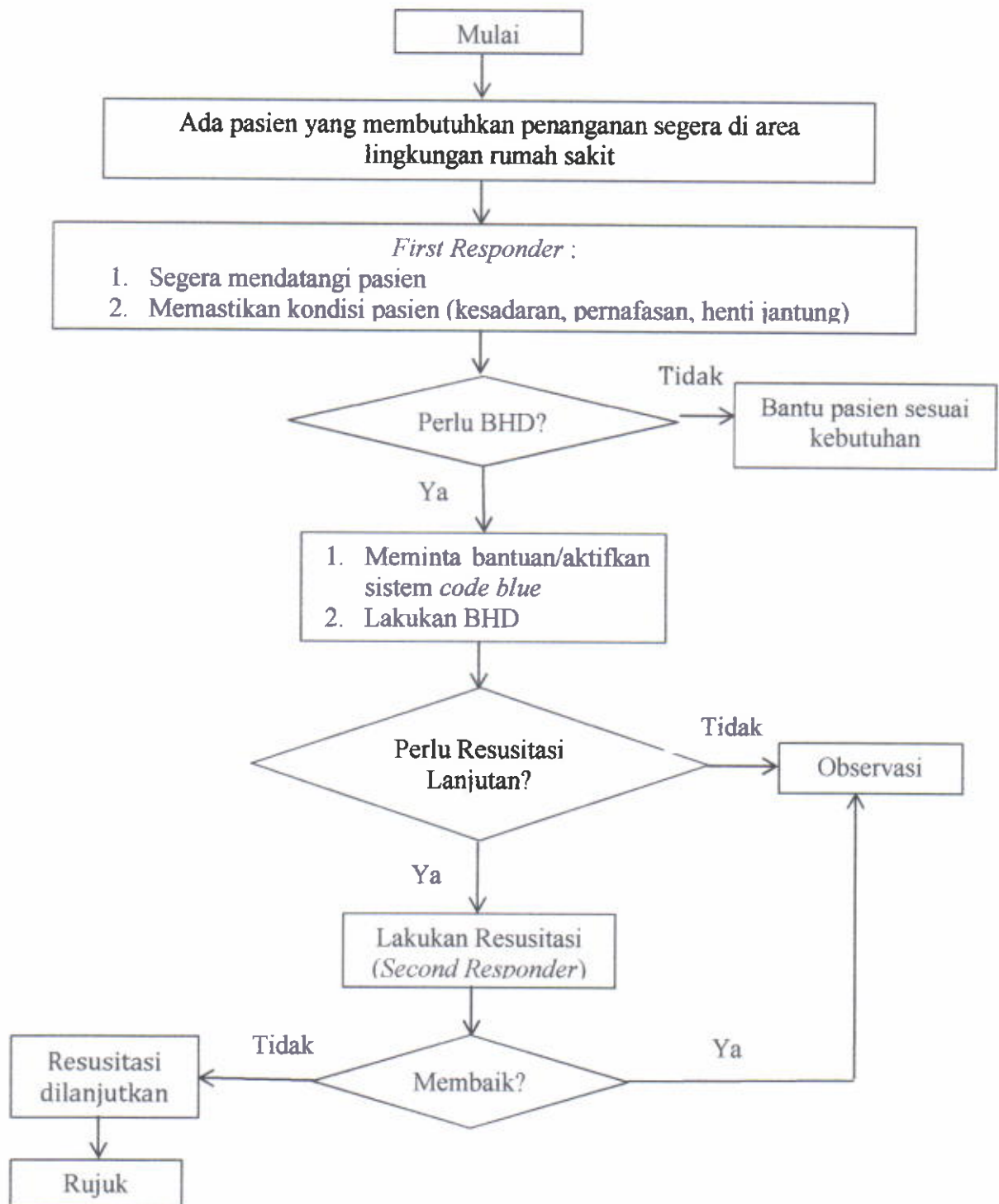
2. Tujuan :

Agar semua staff/ karyawan Rumah Sakit dapat segera melakukan pertolongan/ meminta bantuan kepada petugas yang lebih kompeten (Tim Code Blue)

3. Tatalaksana :

- a. Tindakan awal resusitasi oleh tim lokal yang telah dilatih
- b. Tim lokal menghubungi posko Tim Code Blue (Rawat Inap Lt 2, anastesi), untuk komunikasi code blue melalui publik paging yang ada di RS Mata Undaan (caranya : menggunakan aiphone masing-masing yang ada di unit dengan menekan * 3302 langsung bicara di gagang aiphone) dan line telp khusus code blue 111 dengan suara ringtone yang berbeda dari line lainnya.
- c. Tim Code Blue akan bergerak, menuju lokasi kejadian
- d. Akan dicatat jam berapa menerima berita, sampai di tempat kejadian, berapa lama dilakukan pertolongan
- e. Menghubungi supervisor tim code blue (anastesi), untuk transport ke RS rujukan bila diperlukan

4. Alur Code Blue



Gambar 3.3 Alur Pelayanan Code Blue

3.4 PELAYANAN ASUHAN GIZI DAN PENYELENGGARAAN MAKAN

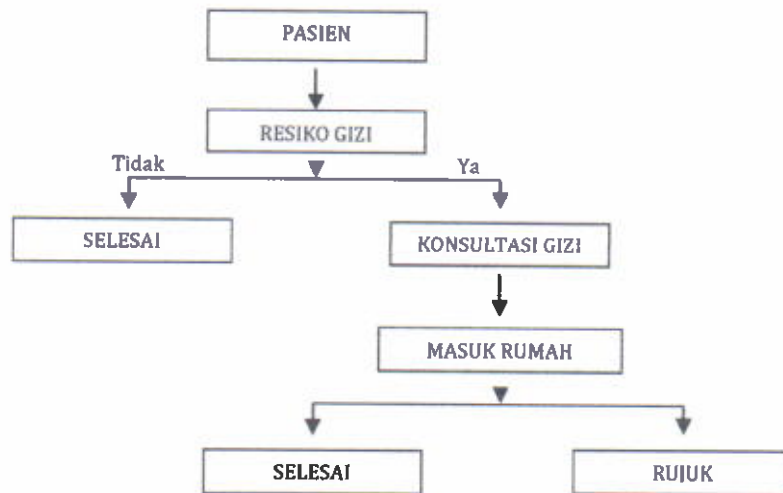
3.4.1 ASUHAN GIZI

Kegiatan Pelayanan Gizi Rumah Sakit meliputi :

1. Pelayanan Gizi Rawat Jalan

Pelayanan Gizi Rawat jalan adalah suatu proses kegiatan asuhan gizi yang berkesinambungan dimulai dari asesmen/pengkajian, pemberian diagnosis, intervensi gizi berupa konseling gizi dan monitoring evaluasi untuk menilai apakah perlu tindak lanjut.

a. Alur



Gambar 3.4 Alur Pelayanan Gizi Rawat Jalan

b. Mekanisme kegiatan

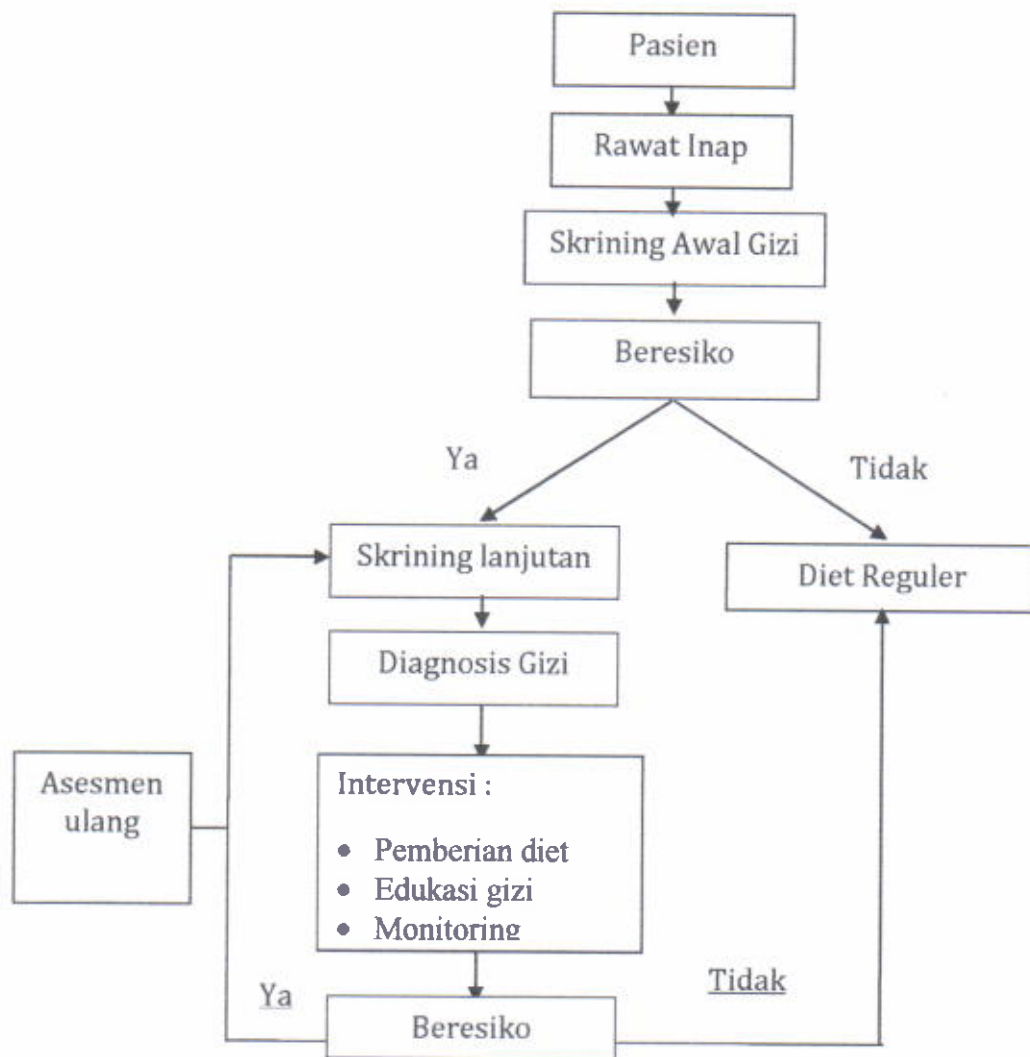
- Konseling gizi
- Penyuluhan gizi

2. Pelayanan Gizi Rawat Inap

Pelayanan Gizi rawat inap adalah merupakan pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, bila tidak beresiko dilakukan pemberian diet biasa dan dilakukan skrining ulang secara periodic (1x24 jam), bila beresiko dilakukan asesmen gizi lebih lanjut untuk menentukan diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi pemberian diet sesuai kebutuhan, penyuluhan / edukasi / konseling gizi serta monitoring dan evaluasi gizi

a. Alur

Gizi di Ruang Perawatan / Sasaran meliputi : Pengkajian kebutuhan nutrisi, Analisa kebutuhan nutrisi, Intervensi / Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan Monitoring / Evaluasi Pelayanan Gizi.



Gambar 3.5 Alur Pelayanan Gizi Rawat Inap

b. Mekanisme kegiatan

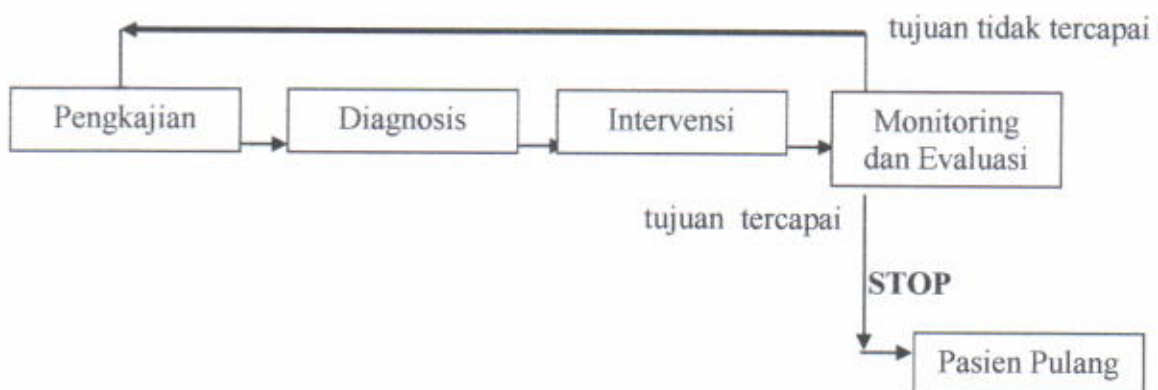
1) Bila tidak memerlukan terapi diet:

- Rawat inap memesan makanan biasa dan khusus
- Dari ruang gizi makanan didistribusikan dan disajikan langsung kepada pasien oleh petugas gizi.
- Selama dirawat, pasien mendapatkan penyuluhan mengenai gizi umum tentang makanan seimbang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan lingkungannya
- Pengamatan juga dilakukan untuk menilai nafsu makan dan asupan makanannya. Hasil penilaian tersebut membuka kemungkinan bahwa pasien memerlukan penyesuaian diet atau tidak.
- Bila tidak, pasien tetap memperoleh makanan biasa sampai diperbolehkan pulang pasien memperoleh penyuluhan / konseling gizi tentang penerapan diet di rumah.

2) Bila memerlukan terapi diet:

- Selama dirawat pasien memperoleh penyuluhan atau konseling gizi agar diperoleh persesuaian paham tentang dietnya, dan pasien dapat menerima serta menjalankan diet.
 - Makanan khusus dipesan ke bagian gizi kemudian didistribusikan dan disajikan langsung ke pasien oleh petugas gizi.
 - Pengamatan juga dilakukan untuk menilai nafsu makan dan asupan makanannya. Hasil penilaian tersebut membuka kemungkinan apakah pasien memerlukan penyesuaian diet atau tidak
 - Bila penyesuaian diet ini berupa perubahan makan biasa, proses selanjutnya sama dengan butir 1.
 - Bila penyesuaian diet ini berupa perubahan diet khusus, proses selanjutnya lihat pada butir 2
 - Bila ada pasien yang memerlukan terapi diet berupa nutrisi enteral maka pemberian formula dilakukan perlahan-lahan / bertahap setiap 4 – 6 jam sekali.
 - Bila nutrisi diserap dengan baik pasien tidak menunjukkan gejala muntah dan kembung maka volume dapat ditingkatkan menjadi normal tiap 3 – 4 jam sekali, sehingga dapat memberikan nutrisi enteral sampai 2100 kalori.
- 3) Skrining gizi
Tahapan pelayanan gizi rawat inap diawali dengan skrining/penapisan gizi oleh perawat ruangan dan penetapan order diet awal (preskripsi diet awal) oleh dokter. Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang berisiko, tidak berisiko malnutrisi atau kondisi khusus. Bila hasil skrining gizi menunjukkan pasien berisiko Malnutrisi makan dilakukan pengkajian / assesmen gizi dan dilanjutkan dengan langkah-langkah proses pengasuhan gizi terstandar oleh dietesien. Idealnya skrining dilakukan pada pasien baru 1x24 jam setelah pasien masuk Rumah Sakit. Metode skrining sebaiknya dilakukan secara singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi. Metode skrining untuk pasien dewasa menggunakan MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*) untuk membantu mengidentifikasi pasien dewasa yang underweight dan berisiko malnutrisi (status energi protein yang buruk) dan obesitas. MUST dapat digunakan untuk semua kelompok pasien dengan berbagai jenis perawatan termasuk pola makan yang salah.
- 4) Asuhan Gizi Terstandar (AGT)
Asuhan Gizi Terstandar dilakukan pada pasien yang berisiko gizi, kondisi khusus dengan penyakit tertentu.

Asuhan Gizi di Rumah Sakit



Gambar 3.6 Asuhan Gizi di Rumah Sakit

Pertama pasien masuk Perawat melakukan skrining awal / penapisan gizi dan penetapan order untuk pasien

Langkah- langkah AGT

a. Assesment/Pengkajian Gizi

- 1) Anamnesa riwayat gizi adalah data meliputi asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, pola diet saat ini dan data lain yang terkait (asupan pola makan adalah gambaran kebiasaan makan atau pola makan setiap hari berdasarkan frekuensi penggunaan bahan makanan).
- 2) Biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, albumin, Gula Darah, Cholestrol, Asam Urat dan lain-lain).
- 3) Antropometri merupakan pengukuran fisik terhadap individu yang dilakukan dengan berbagai cara (BB,TB,TL, Lila)

Penentuan status gizi:

- Ukur berat badan dan tinggi badan (IMT) tiap pasien (lampiran)
- Tentukan status gizi berdasarkan (gizi baik, kurang, buruk) (lampiran)
- Umur :Tentukan golongan umur pasien
Bayi (0 bulan - 1 tahun)
Balita (1 tahun - 5 tahun)
Anak (5 tahun - 18 tahun)
Dewasa (> 18 tahun)

- 4) Pemeriksaan fisik / klinis yaitu pemeriksaan fisik terkait gizi antara lain odema, asites, kondisi gigi geligi, masa otot yang hilang, lemak tubuh yang menumpuk, dll.

- 5) Riwayat personal meliputi 4 area yaitu :

- Riwayat obat-obatan : yang digunakan dan suplemen yang dikonsumsi (kemungkinan imteraksi obat)
- Budaya dan agama : tanyakan adakah pantangan makan tertentu yang berhubungan dengan budaya dan agama
- Riwayat penyakit : tanyakan adakah riwayat penyakit tertentu yang memerlukan terapi diet / khusus : DM, Hipertensi, gangguan persendian, asam urat, alergi atau pantangan makan tertentu yang berhubungan dengan penyakitnya
- Kebiasaan diet : tanyakan apakah ada bentuk makanan yang diinginkan/disukai dan yang tidak disukai
- Data umum pasien : antara lain umur, pekerjaan dan tingkat pendidikan pasien

b. Diagnose Gizi

Pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya.

Contoh :

- 1) Kurangnya pengetahuan tentang makanan dan gizi karena berkaitan dengan mendapat informasi yang salah dari lingkungannya mengenai anjuran diet yang dijalani.
- 2) Kelebihan berat badan setelah pengkajian IMT (BB/TB²)
- 3) Penurunan kebutuhan zat gizi Na berkaitan dengan riwayat penyakit Hipertensi

c. Intervensi Gizi

Tindakan yang dirancang untuk membantu klien/pasien dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan dalam hasil yang diharapkan

Terdapat dua komponen intervensi yaitu: intervensi diet dan intervensi edukasi

1) Perencanaan Intervensi diet

- Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan DPJP atau pemberi pelayanan (dietesien) yang kompeten membuat rencana intervensi gizi
- Pasien dengan resiko nutrisi dibuat rencana terapi gizi dan kemajuannya dievaluasi
- Rencana intervensi dapat berupa: pemesanan makanan lain yang sesuai, edukasi tentang kebutuhan dan makanan yang dilarang, interaksi obat dengan makanan

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana intervensi yang telah di susun pada tahap perencanaan pemberian nutrisi

- Mencatat pesanan makanan atau nutrisi lain sesuai dengan rencana intervensi gizi (lampiran formulir pesanan makanan)
- Menentukan jenis makanan, bentuk dan angka kecukupan gizi sesuai intruksi atau pesanan (lampiran AKG)
- Bila keluarga membawa makanan dari luar, catat dan tentukan angka kecukupan gizinya agar sesuai dengan kebutuhan pasien

2) Intervensi edukasi

Pemberian penyuluhan pada pasien dan keluarga dalam pelayanan gizi tentang pentingnya makanan dan nutrisi yang memadai bagi masalah gizi dan kondisi kesehatan pasien (pemberian brosur)

d. Monitoring dan Evaluasi

- 1) Respon pasien terhadap asuhan gizi dievaluasi dan dimonitor setiap hari
- 2) Pasien dengan resiko nutrisi yang mendapatkan terapi nutrisi dilakukan evaluasi dan monitor sesuai intruksi dan dilakukan asesmen lanjutan sesuai hasil evaluasi (lampiran SPO nutrisi khusus, asesmen ulang)
 - a. Bila status gizi pasien baik, asesmen lanjutan dilakukan 3-7 hari berikutnya
 - b. Bila beresiko malnutrisi, asesmen lanjutan dilakukan hari 1-3 berikutnya,
 - c. Bila pasien malnutrisi, asesmen lanjutan dilakukan dilakukan setiap hari
- 3) Semua hasil evaluasi dan asesmen lanjutan dicatat dalam rekam medis (lampiran rekam medis)

3.5 PELAYANAN PASIEN DENGAN NYERI

Nyeri adalah suatu pengalaman yang tidak menyenangkan baik berupa sensorik maupun emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan atau menjelaskan tentang kerusakan itu sendiri.

3.5.1 Asuhan pasien dengan nyeri meliputi :

- Pengkajian Awal pada saat pasien datang/masuk Rumah Sakit.
- Analisa/Diagnosa tingkat nyeri
- Intervensi/Penatalaksanaan
- Pengkajian Ulang sesuai kebutuhan pasien

3.5.2 TATA LAKSANA

1. Identifikasi pasien dengan Nyeri

- Identifikasi pasien dengan nyeri atau beresiko nyeri dilakukan pada semua pasien baik di Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Darurat, Kamar Bedah, Penunjang Medis menggunakan metode:
 - Anamnesa adanya keluhan nyeri untuk pasien yang kooperatif
 - Dengan menilai ekspresi wajah menggunakan Skala Wong Baker untuk pasien anak-anak dan atau yang tidak kooperatif
 - Pada pasien rawat inap skrining nyeri ditulis dalam RM 05
 - Pada pasien pra pembedahan assesmen nyeri dilakukan saat pra pembedahan yang dilakukan oleh dokter bedah dan dokter anastesi

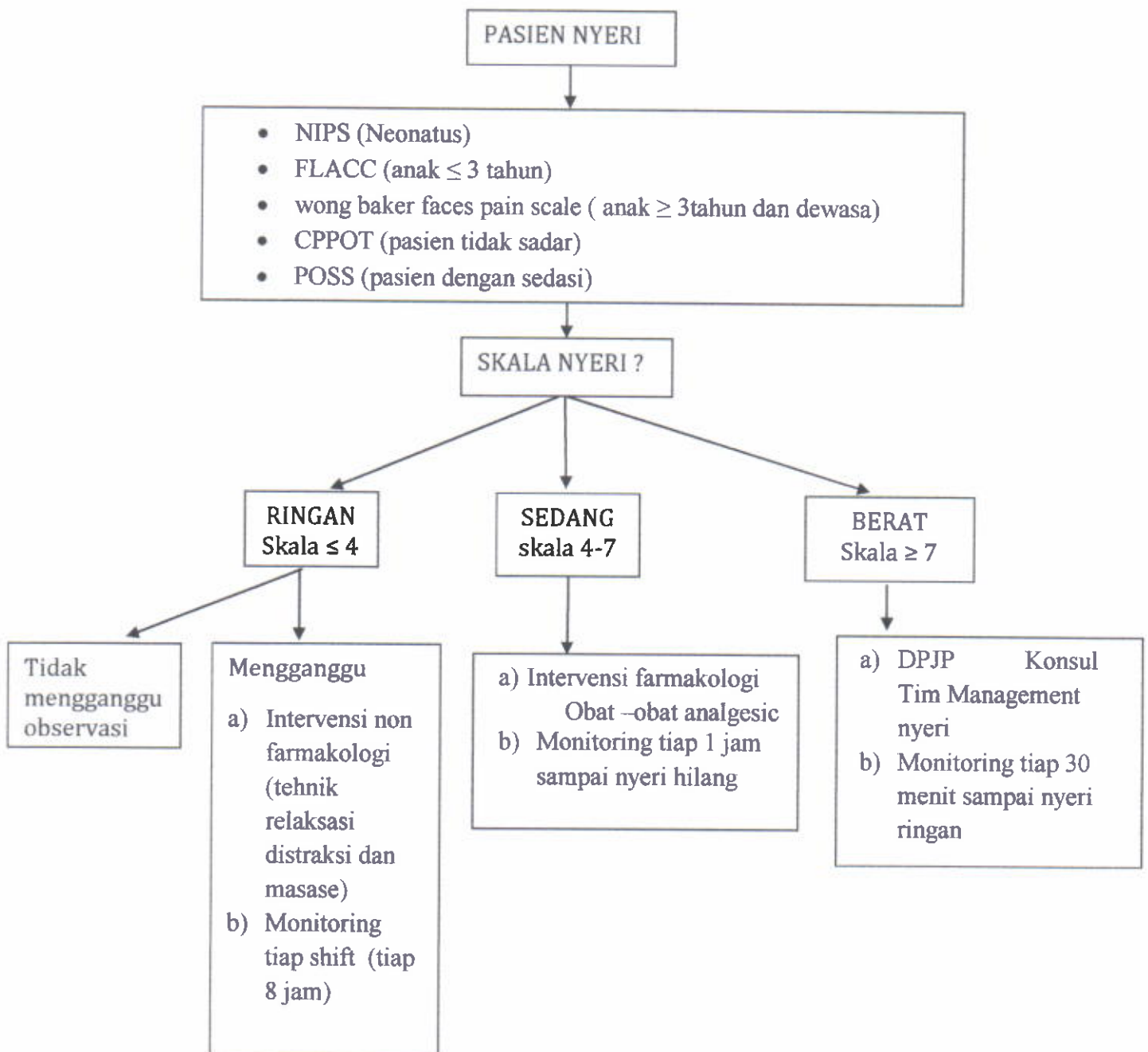
2. Pengkajian Awal

Yang dinilai pada pasien dengan nyeri adalah frekuensi nyeri, lama nyeri, factor pemicu, factor yang memperberat dan memperingan nyeri, lokasi nyeri, jenis nyeri akut atau kronis, rencana selanjutnya.

- Lakukan pengkajian tentang sifat dan karakteristik nyeri
- Catat dalam lembar pengkajian nyeri di rekam medis (RM. 13)
- Riwayat Nyeri
 - 1) Lokasi nyeri :
 - 2) Intensitas nyeri: tidak terlalu / nyeri hebat
 - 3) Kualitas nyeri : nyeri tumpul / tajam / berdenyut
 - 4) Frekuensi nyeri : jarang / hilang timbul /terus menerus
 - 5) Pola nyeri : menjalar / tidak menjalar
 - 6) Faktor pencetus nyeri :
 - 7) Faktor yang mengurangi nyeri:

Penilaian intensitas nyeri :

- NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) untuk pasien neonatus
- FLACC *Behavioural Pain Assesment Scale* untuk anak ≤ 3 tahun
- Wong baker FACES pain scale untuk anak ≥ 3 tahun dan dewasa
- CPPOT (Critical Care Pain Observational Tools) untuk pasien tidak sadar
- POSS untuk pasien dengan sedasi

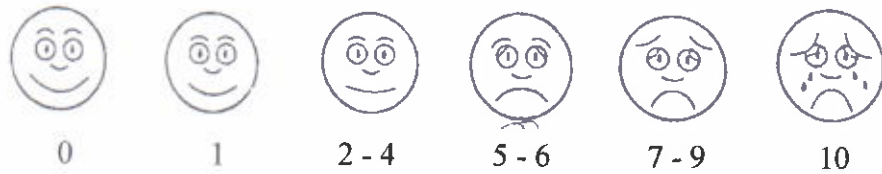


Gambar 3.4 Alur Pelayanan Nyeri

- Penentuan Skala Nyeri

- 1) Untuk anak-anak ≥ 3 tahun dan dewasa digunakan Face Rating Scale dari Wong Baker

Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Keterangan :

- 0 Tidak ada nyeri
- 1 Nyeri ringan dimana pasien sesekali mengeluhkan nyeri tapi hanya sedikit.
- 2-4 Nyeri ringan, pasien mengeluh nyeri hilang timbul atau masih dapat ditolerir karena masih dibawah ambang rangsang.
- 5-6 Nyeri sedang, dimana pasien mulai merintih dan mengeluh. Ada yang sambil menekan pada bagian nyeri.
- 7-9 Termasuk nyeri berat, pasien mungkin mengeluh sakit tapi pasien mampu melakukan aktifitas biasa.
- 10 Termasuk nyeri yang sangat, pada tingkat ini anak tidak dapat lagi mengenal dirinya.

Penilaian skala nyeri pada anak ≤ 3 tahun dengan FLACC Behavioural Pain Assessment scale

KRITERIA	SKOR			
	0	1	2	NILAI
Face (wajah)	Tidak ada ekspresi tertentu atau senyum	Sesekali meringis atau mengerutkan kening, menarik diri, tidak tertarik	Dagu gemeteran secara berkala atau konstan, rahang mengempal	
Legs (Kaki)	Posisi normal atau santai	Gelisah, khawatir, tegang	Menendang atau menarik kaki	
Activity (Aktivitas)	Berbaring tenang, posisi normal bergerak dengan mudah	Menggeliat, mondar-mandir, tegang	Melengkung, kaku atau menyentak	

Cry (Tangis)	Tidak ada teriakan (terjaga atau tertidur)	Mengerang atau merintih, sesekali mengeluh	Menangis secara terus menerus, menjerit atau isak tangis, sering mengeluh	
Consolability (Bersuara)	Puas/senang, santai	Sesekali diyakinkan dengan sentuhan, pelukan atau diajak berbicara, dialihkan	Sulit untuk dihibur atau merasa nyaman	
TOTAL SKOR				

Interpretasi Skala Nyeri :

Nilai 0 = tidak nyeri

Nilai 1 – 3 = nyeri ringan

Nilai 4 – 6 = nyeri sedang

Nilai 7 – 10 = nyeri berat

Penilaian skala nyeri pada pasien neonates dengan metode neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Diisi oleh perawat							
SKALA NIPS (<i>NEONATAL INFANT PAIN SCALE</i>)							
KRITERIA		TANGGAL					
		JAM					
Ekspresi wajah	Santai/Tenang	0					
	Meringis	1					
Tangisan	Tidak menangis	0					
	Merengek	1					
	Menangis keras	2					
Pola pernafasan	Santai/Tenang	0					
	Berubah	1					
Lengan	Santai/Tenang	0					
	Fleksi/Ekstensi	1					
Kaki	Santai/Tenang	0					

	Fleksi/Ekstensi	1						
Keadaan Bayi	Tidur?Bangun	0						
	Rewel	1						
TOTAL SKOR		7						

Skala nyeri :

1 – 3 : nyeri ringan

4 – 5 : nyeri sedang

6 – 7 : nyeri berat

Catatan :

1. Penilaian nyeri dengan NISP tidak dapat digunakan pada pasien yang berada di bawah pengaruh sedasi
2. Penilaian nyeri dilakukan pada pasien yang baru datang, pasien yang setelah menjalani prosedur invasive, pasien post operasi, sepsis, pneumothorax, sesak nafas berat, pasien dengan ventilasi mekanik, pasien yang menggunakan CPAP dan dengan oksigen > 40%
3. Hati-hati pada pasien dengan encephalopathy, penilaian nyeri dapat rancu
4. Pasien dengan nyeri berat dievaluasi tiap 1 jam

SKALA NYERI CCPOT

(Critical Care Pain Observation Tool)

EKSPRESI WAJAH	GERAKAN TUBUH	VENTILATOR (TERINTUBASI)
0 : tak tampak kontraksi otot wajah	0 : tidak bergerak sama sekali	0 : alarm tidak bunyi, ventilasi lancar
1 : dahi mengerut, penurunan alis mata, kontraksi wajah lain	1 : gerakan lambat berusaha menyentuh daerah nyeri	1 : alarm bunyi tapi berhenti sendiri
2 : kontraksi dapat diatasi dengan mata memejam cepat	2 Berusaha mencabut selang (tube), berusaha duduk, gerakan tangan atau kaki tidak mematuhi perintah, mencoba melompat	2 : asinkroni, alarm sering bunyi

KETEGANGAN OTOT	PENGGUNAAN ANALGETIK/ SEDATIF	VOCALISASI (EKSTUBASI)
0 : tidak ada tahanan saat digerakkan	0 : tidak menggunakan analgetik atau	0 : bicara secara normal

<p>1 : ada tahanan saat digerakkan</p> <p>2 : tahanan yang kuat sampai tak bisa dikerjakan</p>	<p>sedative</p> <p>1 : menggunakan analgetik atau sedative secara intermitten (sementara waktu)</p> <p>2 : menggunakan analgetik atau sedative secara continu (bersambung)</p>	<p>1 : mengeluh atau mengerang</p> <p>2 : menangis atau berteriak</p>
--	--	---

Khusus untuk pasien dengan kesadaran menurun atau pasien dengan kondisi kritis

3. Intervensi

a. Non Farmakologi

Penatalaksanaan nyeri tergantung dengan hasil pengkajian nyeri yang ada pada format tersedia. Bila skala nyeri didapatkan 1 – 4 dilakukan konservatif dengan intervensi perilaku kognitif. Intervensi perilaku kognitif meliputi:

1) Relaksasi

Relaksasi otot rangka dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri. Teknik relaksasi mungkin perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal. Dengan relaksasi pasien dapat mengubah persepsi terhadap nyeri. Cara melakukan teknik relaksasi dengan menarik nafas panjang dari hidung dan menghembuskan perlahan melalui mulut.

2) Distraksi

Mengalihkan perhatian terhadap nyeri, efektif untuk nyeri ringan sampai sedang. Distraksi visual (dengan melihat TV, memainkan mainan yang digemari), distraksi audio (dengan mendengar musik), distraksi sentuhan (dengan memegang orang terdekat, memegang mainan yang disenangi), distraksi intelektual (merangkai puzzle, main catur, membaca buku yang digemari, melakukan hobi pasien yang aman sesuai kondisi pasien).

3) Guided Imagery (imajinasi terbimbing)

Meminta pasien berimajinasi membayangkan hal-hal yang menyenangkan, tindakan ini memerlukan suasana dan ruangan yang tenang serta konsentrasi dari pasien. Apabila pasien mengalami kegelisahan, tindakan harus dihentikan. Tindakan ini dilakukan pada saat pasien merasa nyaman dan tidak sedang nyeri akut.

4) Stimulasi kulit

Dengan memberikan massage atau belaian lembut pada daerah yang dirasakan nyeri

5) Hypnosis

Membantu mengubah persepsi nyeri melalui pengaruh sugesti positif. Cara ini memerlukan pelatihan khusus sehingga therapist mampu melakukan hipnotis untuk mengurangi rasa nyeri, terutama nyeri berat yang dirasakan pasien. Hal ini belum dipergunakan di RS. Mata Undaan.

6) Stimulasi Elektrik (TENS)

Suatu alat pemicu listrik dari tipe field yang mengalirkan arus listrik melalui elektroda yang ditempatkan pada permukaan kulit untuk menurunkan persepsi nyeri pasien dengan menghambat transmisi impuls nyeri syaraf eferen dan atau merangsang otot dan atau syaraf motorik.

Manfaat TENS :

- Mengobati masalah otot, sendi, atau tulang yang terjadi dengan penyakit seperti osteoarthritis atau fibromyalgia, atau untuk kondisi seperti nyeri pinggang, sakit leher, tendinitis, atau bursitis.
- Mengobati nyeri akut yang datang tiba tiba seperti nyeri persalinan dan nyeri yang bertahan lama dan kronis seperti nyeri kanker.
- Sangat efektif mengurangi rasa sakit dan mengurangi pengobatan analgesik pasca operasi bedah sesar, ortopedi dan toraks serta prosedur bedah campuran (AHCPR 1992).

- Bermanfaat untuk mereka yang menderita nyeri muskuloskeletal akut (Long 1991).

7) Akupuntur

Akupuntur adalah tusuk jarum yang prinsip pengobatannya dilakukan dengan merangsang titik tertentu pada bagian tubuh manusia. Ada beberapa versi dari akupuntur, misalnya *acu-pressure* yaitu akupuntur dengan cara dipijat, *moksibusi* atau *moksa* dilakukan dengan cara pembakaran, dan *aquapuncture* yang dilakukan dengan suntikan air. Jarum yang dibuat untuk akupuntur terbuat dari baja antikerat tipis. Saat ini, jarum masih diterapkan untuk semua umur untuk mengobati berbagai macam keluhan penyakit.

Manfaat Akupuntur :

- Mengurangi rasa nyeri
- Meningkatkan tingkat kesuburan
- Untuk menghaluskan kulit
- Untuk meningkatkan efektifitas obat-obatan

8) Placebo

Placebo adalah bahan-bahan tanpa sifat-sifat farmakologis, biasanya berbentuk tablet gula-susu. Mereka digunakan secara luas sebagai kontrol dalam eksperimen untuk menguji efek sebuah obat. Placebo ini dibuat sedemikian sehingga tampak dan berbau sama seperti obat yang sedang diuji. Cara kerja placebo masih kontroversial, tetapi secara umum orang percaya bahwa psikologi manusia mempengaruhi kondisi fisiologis. Manfaat terjadi karena orang percaya bahwa pil yang mereka minum akan mendatangkan pengaruh positif, meskipun pil tersebut tidak memiliki khasiat apapun. Pengaruh itu juga muncul karena pasien yang mengharapkan khasiat sebuah obat cenderung akan mendapatkan khasiat tersebut.

Contoh placebo yang digunakan dalam pengujian obat pereda nyeri (analgesik). Salah satu penjelasan untuk mekanisme placebo dalam kasus ini adalah bahwa obat yang asli di harapkan merangsang pelepasan bahan kimia mirip opium dari otak yang berfungsi meredakan nyeri. Sebuah studi menemukan bahwa rasa nyeri berkurang kendati yang diminum sebetulnya placebo karena pasien percaya bahwa obat itu obat yang sesungguhnya, akan tetapi efek itu menghilang begitu pasien diberi obat yang berfungsi menetralkan pengaruh bahan kimia mirip opium tadi.

b. Farmakologi

Jika didapatkan skala nyeri lebih dari 5 laporkan dokter untuk mendapatkan therapy obat – obatan yang meliputi :

1) Obat-obat Analgetik

a. Paracetamol (Acetaminophen)

Paracetamol mempunyai efek analgesic dan antipiretik tapi tidak mempunyai efek antiinflamasi.

Dosis :

- Dewasa : 500 – 1000 mg diberikan 3 – 4 kali sehari atau bisa diberikan tiap 4 – 6 jam bila keluhan tidak berkurang.
- Anak 10 - 15 mg/kgBB diberikan 3 – 4 kali sehari atau bisa di berikan tiap 4 – 6 jam jika keluhan tidak berkurang

Efek Samping Obat :

- Allergic rash / skin reaction (jarang)
 - Konstipasi (ringan)
 - Penggunaan kronis dengan dosis 4-6 gram sehari dapat menyebabkan peningkatan ringan dari kadar enzyme hepatic yang reversible.
 - Reaksi alergi lainnya
- b. NSAID (Non Steroid anti Inflammatory Drug)**

Yang sering digunakan adalah golongan fenamates, acetat, metamizole, propionat dan oxicam. NSAID mempunyai efek analgesic, antiinflamasi dan antipiretik. Kerjanya menghambat sintesis prostaglandin di sentral maupun di perifer dan efek antipiretiknya sentral. Digunakan untuk nyeri pada soft-tissue dan nyeri tulang dan febris, gunakan secara hati-hati pada penderita dengan riwayat peptic ulcer, gastric erosion, trombositopenia atau diathesis haemorrhagic.

Efek Samping Obat :

- Tipe A (predictable, dose dependent)
 - Gastrointestinal : upper GI irritation (dyspepsia, perdarahan, erosi, ulserasi, konstipasi)
 - Haemostasis : menghambat agregasi platelet (reversible)
 - Renal : retensi cairan, gangguan renal, nefritis interstitialis
 - Hepatic : peningkatan kadar enzim
- Tipe B (unpredictable, not dose dependent)
 - Hipersensitivitas : reaksi alergi
 - Neurologis : nyeri kepala, drowsiness, confusion, dizziness, nervousness
 - Skin : rash
 - Haematologik : trombositopenia, agranulasitosis, aplasia.

GOLONGAN	KOMPOSISI	CARA PAKAI	DOSIS
Golongan Fenamat	• Asam mefenamat	• p.o	• 500 mg/ hari tiap 8 jam
Golongan Acetat	• Diclofenac	• p.o	• 75 – 150 mg/hari individived doses tiap 8 – 12 mg
Golongan proprionat	• Ibuprofen • Ketoprofen • Ketorolac	• p.o • p.o • p.o • im, sc, iv • supositoria	• Dewasa 400 mg tiap 6 – 8 jam • Anak 10 mg/kg tiap 6 – 8 jam • 100 - 200 mg/hari individived doses tiap 6 – 12 jam • 10 – 200 mg tiap 24 jam, 10 mg tiap 4 – 6 jam • Anak 0,5 mg/kg BB, 10 mg tiap 4 – 6 jam
Golongan Oxicam	• Piroxicam • Meloxicam	• p.o • p.o	• 20 mg tiap /hari 24 jam • 7,5 – 15 mg/ hari tiap 12 jam

c. Tirazonon / Dipiron

Yang sering digunakan di RS. Mata Undaan adalah metamizole. Obat yang tersedia seperti antrain, novalgin. Obat ini berfungsi sebagai analgesik. Mekanisme kerjanya adalah dengan menghambat transmisi

rasa sakit ke susunan saraf pusat dan perifer. Diabsorpsi dari saluran pencernaan mempunyai waktu paruh 1 – 4 jam.

Dosis :

- Dewasa 500 mg diberikan 3 – 4 kali sehari/ tiap 6 – 8 jam
- Injeksi diberikan 500 mg tiap 6 – 8 jam maksimum 3 kali sehari, diberikan IM atau IV

Efek Samping Obat :

- Reaksi hipersensitifitas : reaksi pada kulit misal kemerahan
- Agranulositosis

d. Aspirin (Acetylsalicylic acid)

Mempunyai efek antiinflamasi, analgetik, menghambat pembentukan prostaglandin dari asam arachidonat yang dihasilkan oleh jaringan inflamasi. Mempunyai efek antipiretik sentral. Indikasi untuk nyeri jaringan lunak dan nyeri tulang.

Dosis :

- Dewasa 500 – 1000 mg diberikan 3 – 4 kali sehari atau bisa diberikan tiap 4 – 6 jam bila keluhan tidak berkurang.
- Anak 10 - 15 mg/kgBB diberikan 3 – 4 kali sehari atau bisa di berikan tiap 4-6 jam jika keluhan tidak berkurang
- Umumnya 600-900 mg tiap 4 jam digunakan dengan hati-hati pada pasien dengan riwayat peptic ulcer,trombositopenia atau bleeding diathesia.

Efek Samping Obat :

- Type A (predictable dose dependent)
 - Gastrointestinal (iritasi Upper GI, dyspepsia, erosi, ulcerasi, perdarahan, konstipasi)
 - Haemostasis (menghambat agregasi platelet)
 - Renal (retensi cairan)
 - Hepatik (peningkatan kadar enzyme)
 - Salicylism (nausea, vomiting, dizziness, nyeri kepala, tinnitus, deafness)
- Type B (unpredictable,not dose independent)
 - Hypersensitifitas (rhinorrhoe, pruritus, urtikaria, angioneurotic-edema, bronkhospasme, anafilactis)

e. Opiat (opioid)

- Tramadol

Merupakan analgesik yang dapat diberikan secara per oral, parenteral, dan suppositoria

Dosis :

- 50 – 100 mg sekali pemberian dan jika masih nyeri dapat diulang kembali setelah 30 – 60 menit.
- Dosis harian tidak boleh melampaui 400 mg/hari

Efek Samping Obat :

- Mual, muntah
- Dispepsia
- Obstipasi
- Lelah, pusing
- Pruritus, kemerahan
- Mulut kering

- Sakit kepala
- Berkeringat
- Perasaan mengantuk

- **Petidine**

Merupakan narkotik sintetik derivat fenilpiperidinan dan terutama berefek terhadap susunan saraf pusat. Efek terhadap susunan saraf pusat adalah seperti morphin, yaitu menimbulkan analgesia, sedasi, euforia, depresi pernafasan serta efek sentral lain. Efek analgesik petidin timbul lebih cepat daripada efek analgesik morphin, yaitu kira-kira 10 menit, setelah suntukan SC atau IM, tetapi masa kerjanya lebih pendek yaitu 2 – 4 jam. Absorpsi petidine melalui pemberian oral maupun injeksi berlangsung dengan baik. Obat ini mengalami metabolisme di hati dan diekskresikan melalui urin.

Petidin dapat meringankan nyeri sedang sampai dengan berat yang tidak responsif terhadap analgesik non opiat (opiod).

Dosis :

- Dewasa: 1 – 2 mg (subcutan, intramuskular) setiap 3 – 4 jam
- Anak-anak : 0,5 – 2 mg/kg BB intramuskular (maksimum 100 mg) setiap 3 – 4 jam. Penggunaan pada neonatus belum ditetapkan
- Dosis harus disesuaikan dengan berat ringannya rasa nyeri dan respon penderita. Bila perlu dosis dikurangi pada penderita usia lanjut, penderita kerusakan fungsi ginjal atau fungsi hati.

Efek Samping Obat :

- Depresi saluran pernafasan adalah resiko utama pada terapi petidin. Dapat menyebabkan pusing, mual, muntah, berkeringat dingin, perasaan mulut kering.
- Obat suntik kadang menyebabkan penurunan tekanan darah.
- Kepala terasa ringan, sedasi, disorientasi, pandangan kabur, halusinasi, psikosis, euphoria, disphoria, lemah, insomnia, kegelisahan, hiperaktifitas atau agitasi, konvulsi atau tremor, mengantuk, vertigo, gerakan otot tidak terkoordinasi, gangguan visual miosis, depresi, midriasis.
- Retensi air seni, efek antidiuretik, pengurangan libido dan atau potensi.
- Muka merah, takikardi, brakikardi, palpitasi, pusing, sinkope, orthostatik hipotensi, pembengkakan yang disebabkan oleh pemberian subkutan.
- Hipersensitifitas menyebabkan pruritus, urticaria dan gatal-gatal, edema, nyeri pada tempat suntukan, iritasi jaringan lokal dan indurasi yang disebabkan oleh pemberian SC.
- Peningkatan tekanan traktus empedu, spasmus sphincter choledochoduodinal.
- Konstipasi, anoreksia, spasmus traktus empedu.

2) Adjuvant Analgesik

a) Kortikosteroid

Mekanisme kerjanya menghambat produksi prostaglandin, mengurangi inflamasi dan peritumoral oedema, dan terjadi steroid responsive neoplasm menyebabkan terjadinya penyusutan massa tumor sehingga

mengurangi kompresi dan peregangan jaringan sekitar tumor, mengurangi implus ektopik pada saraf tepi. Kortikosteroid juga mempunyai efek sentral yaitu memperbaiki appetite, mood, nausea, malaise dan perbaikan kualitas hidup secara keseluruhan. Kortikosteroid untuk terapi peningkatan tekanan intracranial dan kompresi_spinal cord.

Dosis :

- Dewasa dexametason 16 – 24 mg/hari p.o/iv
- Anak 0,05 – 0,2 mg/kg BB atau methylprednisolon 5,4 mg/kg/hari iv.
- Setelah terjadi perbaikan klinis dosis diturunkan ke dosis paling rendah yang masih efektif atau bila tidak terdapat perbaikan dalam 7 hari dosis diturunkan (tapering of) ;
 - Untuk bowel obstruction digunakan dexametason 8 – 16 mg/hari p.o, iv
 - Untuk peregangan kapsul organ, bone pain, limphoedema digunakan dexametason 2 – 4 mg/hari p.o, prednisolon 15 – 30 mg/hari p.o, triamcinolone 4 – 48 mg/hari p.o dan methylpredmisolone 4 – 48 mg/ hari p.o

Efek Samping Obat :

- Efek akan terjadi pada 24 jam pertama dengan efek maksimal setelah 2-3 hari. Setelah terjadi perbaikan klinis dosis diturunkan ke dosis paling rendah yang masih efektif atau bila tidak terdapat perbaikan dalam 7 hari dosis diturunkan (tapering of)
- Cushingoid facies dan body habitus
- GIT (erosi gaster, ulserasi, perdarahan, peningkatan appetite, peningkatan berat badan)
- Metabolic (hiperglikema, retensi natrium dan cairan, penurunan kadar kalium dan muscle weakness)
- Kardiovaskuler (oedema, hipertensi, thrombosis)
- Musculoskeletal (miopati proksimal, atralgia bila dosis diturunkan mendadak, osteroporosis, nekrosis aseptic)
- Infeksi (predisposisi infeksi, kandidiasis, acneiform rash)
- Psikologi (perbaikan perasaan = sense of wellbeing, euphoria, emosional yang labil, agitasi disforia, hepomania, depresi psikosis steroid)
- Dermatologi (gangguan penyembuhan luka, atrofi dan penipisan kulit, mudah luka, purpura, striae, hirsutisme).

b) Acetazolamide

Yang termasuk acetazolamide seperti glaucon, indikasi untuk glaucoma. Untuk pemakaian sistemik dapat menurunkan tekanan bola mata. Cara kerja obat ini adalah dengan menghambat anhidrase karbonat dalam korpus siliaris sehingga mengurangi sekresi akuos. Obat ini digunakan jika tekanan intra okuler tidak dapat dikendalikan dengan tetes mata. Pengobatan dengan acetazolamide sebaiknya dilakukan dalam jangka pendek.

Dosis :

- Glaucoma akut : permulaan 00 mg sekali sehari, dilanjutkan 4 kali

sehari 250 mg. (oral)

- Glaukoma kronis : sehari 2 – 4 sehari 125 – 250 mg (oral)
- Congestive heart failure : permulaan 250 – 375 mg sekali sehari
kemudian dilanjutkan selama 2 hari, lalu istirahat sehari sebelum diulang
- Jangan melebihi 1 gram dalam 24 jam

Efek Samping Obat :

- Kehilangan kalium, kesemutan pada ekstermitas
- Gangguan lambung, diare
- Lelah, sesak, asidosis
- Dermatitis eksfoliatif
- Pembentukan batu ginjal

c) **Pantocain**

Pantocain (tetracaine hydrochloride) merupakan anastesi topikal yang dipergunakan untuk sejumlah prosedur diagnostik dan terapeutik, seperti tonometri, pengambilan benda asing atau jahitan, gonioskopi, kerokan konjungtiva, dan tindakan bedah ringan pada kornea dan konjungtiva. Untuk praktisnya obat ini dikatakan memiliki potensi anestetik yang ekuivalen.

Sediaan obat topikal ini terbagi menjadi dua yaitu 0,5% dan 2%

Dosis :

- 1 tetes dan dapat diulang selama tindakan berlangsung.
- Mulai bekerja dalam 1 menit dan bertahan selama 15 – 20 menit

Efek Samping Obat :

- Nyeri/pedih saat ditetes

c. **Manajemen Nyeri Anastesi**

Dibedakan menjadi 2 yaitu: Nyeri Akut Pasca Bedah dan Nyeri Akut Non Bedah

1) **Nyeri Akut Pasca Bedah**

adalah nyeri pada pasien yang telah mengalami pembedahan. Nyeri dapat terjadi segera atau beberapa jam sampai beberapa hari setelah pembedahan. Assesmen nyeri pasca pembedahan dilakukan sesegera mungkin setelah efek anastesi hilang/kurang lebih 1-2 jam.

Tata Laksana

Dilaksanakan dengan metode *multimodal analgesia* yaitu memberikan obat-obatan dan atau tindakan pemberian analgesik yang bekerja pada proses perjalanan nyeri yang berbeda, mulai dari proses transduksi, konduksi, transmisi dan modulasi sesuai dengan jenis dan intensitas nyeri yang didapatkan.

Proses transduksi dapat dihambat dengan pemberian analgesik golongan NSAID dan parasetamol, proses modulasi banyak diperkuat dengan pemberian opioid terutama untuk nyeri sedang sampai berat. Tindakan analgesia dengan menghambat proses konduksi atau transmisi nyeri seperti blok saraf menjadi hal yang paling penting karena dapat mengurangi nyeri secara bermakna dan meningkatkan kepuasan pasien.

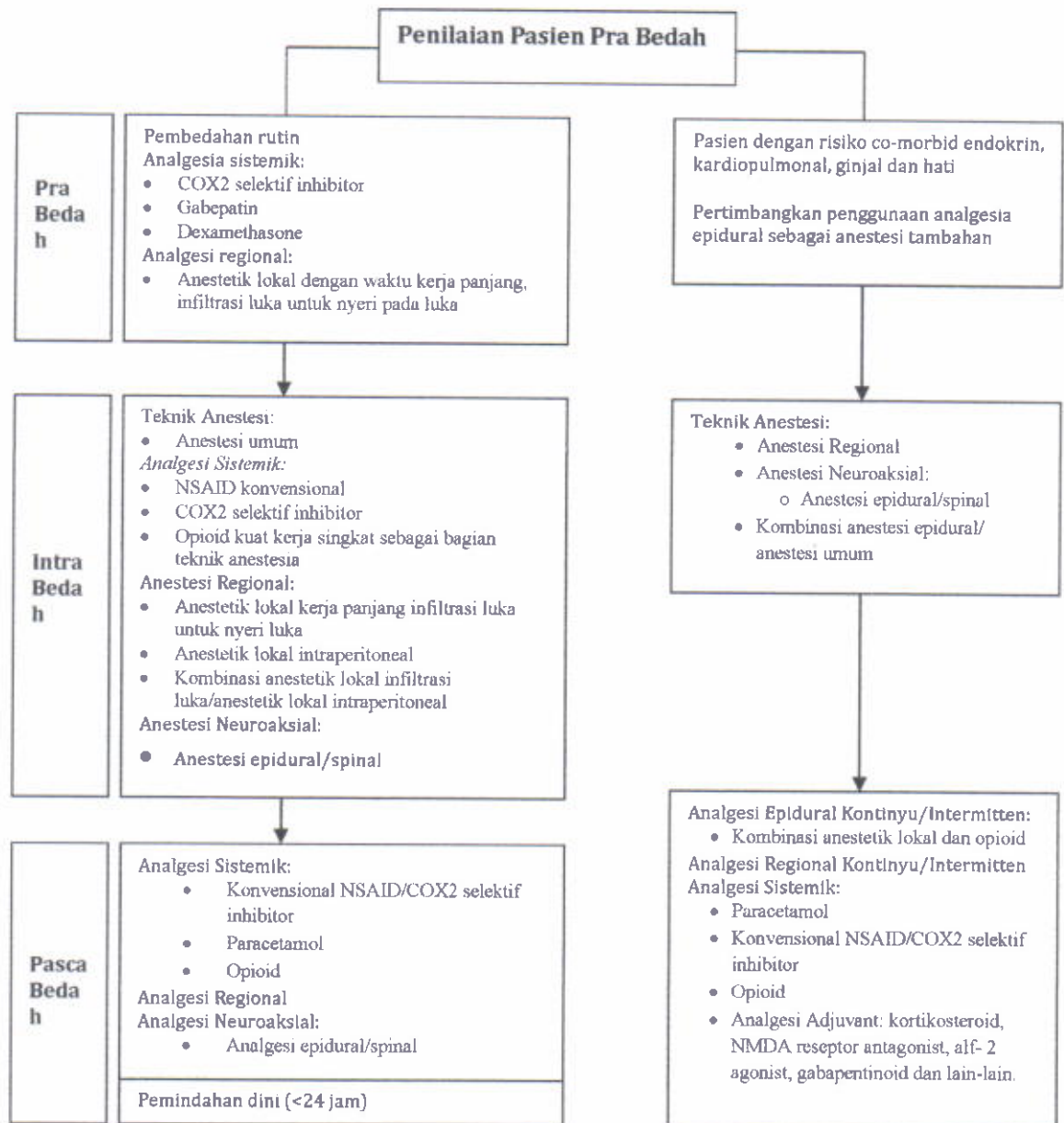
- Analgetik secara intravena dengan konsep multimodal analgesia: parasetamol, NSAIDs dan opioid serta adjuvant analgesik lainnya.

- Analgesia epidural intermitten atau kontinyu untuk pembedahan daerah toraks, abdomen, pelvis dan ekstremitas bawah.
- Blok saraf tepi kontinyu untuk pembedahan ekstremitas atas dan bawah.
- Analgetik secara *Patient-Controlled Analgesia* (PCA) menggunakan opioid untuk pasien yang kontraindikasi analgesia epidural.

Tingkat Evidence

- Epidural analgesia memberikan analgesia pasca bedah yang lebih baik dibandingkan dengan parenteral opioid (termasuk PCA) (**Level I** [Cochrane Review])
- PCA opioid intravena memberikan analgesia yang jauh lebih baik daripada pemberian opioid secara parenteral (**Level I** [Cochrane Review]).
- Blok saraf perifer memberikan analgesia pasca bedah yang lebih baik dibanding parenteral opioid dan menurunkan efek samping penggunaan opioid seperti mual, muntah, pruritus dan sedasi (**Level D**).
- Parasetamol merupakan analgesik efektif untuk nyeri akut; efek samping sama dibandingkan dengan placebo (**Level I** [Cochrane Review]).
- NSAID non-selektif efektif dalam pengobatan nyeri akut pasca bedah (**Level I** [Cochrane Review]).
- NSAID selektif Coxib efektif dalam pengobatan nyeri akut pasca bedah (**Level I** [Cochrane Review]).
- Parasetamol dikombinasikan dengan tramadol lebih efektif dibandingkan dengan penggunaan sendiri dan menunjukkan efek sesuai dengan dosis (**Level D**).

Rekomendasi Pengelolaan Nyeri Pasca Bedah



Gambar 3.5 Rekomendasi Pengelolaan Nyeri Pasca Bedah

2) Nyeri Akut Non Bedah

adalah nyeri akut pada pasien yang bukan merupakan akibat pembedahan. Nyeri dapat terjadi dengan intensitas ringan sampai berat akibat keadaan patologi selain pembedahan seperti akibat trauma, luka bakar dan kondisi penyakit tertentu lainnya.

Tata Laksana

Dilaksanakan dengan metode *multimodal analgesia* yaitu memberikan obat-obatan dan atau tindakan analgesik yang bekerja pada proses perjalanan nyeri yang berbeda, mulai dari proses transduksi, konduksi, transmisi dan modulasi sesuai dengan jenis dan intensitas nyeri yang didapatkan.

Proses transduksi dapat dihambat dengan pemberian analgesic golongan NSAID dan parasetamol, proses modulasi banyak diperkuat dengan

pemberian opioid terutama untuk nyeri sedang sampai berat. Tindakan analgesia dengan menghambat proses konduksi/transmisi nyeri seperti blok saraf menjadi hal yang paling penting karena dapat mengurangi nyeri secara bermakna dan meningkatkan kepuasan pasien.

Tingkat Evidence

- Opioid, terutama dengan PCA, efektif pada luka bakar termasuk pada nyeri akibat prosedur tatalaksana luka bakar (**Level II**)
- Gabapentin mengurangi nyeri dan konsumsi opioid pada nyeri luka bakar akut (**Level III**)
- PCA ketamine dan midazolam memberikan analgesia yang baik dan sedasi pada pasien luka bakar pada saat pergantian perban (**Level IV**)
- Pemberian analgesik tidak menunggu penegakan diagnosa pada nyeri akut abdomen (**Level I [Cochrane Review]**)
- NSAID non-selektif, opioid dan metamizole (dipyrone) intravena memberikan analgesia yang efektif pada kolik ginjal (**Level I [Cochrane Review]**) dan mengurangi kebutuhan opioid (**Level I [Cochrane Review]**).
- Tidak ada perbedaan efektifitas antara petidin dan morfin pada kolik ginjal (**Level II**).
- NSAID non-selektif intravena sama efektifnya dengan opioid parenteral pada nyeri kolik biliar (**Level II**)
- Morfin intravena merupakan analgesik utama dan efektif pada nyeri akut kardiak (**Level II**).

4. MONITORING & EVALUASI (PENGKAJIAN LANJUTAN)

Pengkajian Ulang

Pengkajian ulang sesuai dengan hasil asesmen. Pasien dengan nyeri dievaluasi kembali setelah 4 jam dilakukan penatalaksanaan nyeri. Jika nyeri masih didapati dapat dilakukan asesment ulang nyeri.

Assesment ulang nyeri dilakukan :

- Bila nyeri ringan (1-3) tiap shift (tiap 8 jam) sampai pasien KRS
- Bila nyeri sedang (4-6) tiap 1 jam sampai nyeri ringan
- Bila nyeri berat (7-10) setiap 30 menit sampai nyeri ringan yang tolerable.

3.6 PELAYANAN TAHAP TERMINAL

3.6.1 TATA LAKSANA

1. Aspek Keperawatan

1.1 Asesment Keperawatan

Perawat dapat berbagi penderitaan dengan pasien menjelang ajal dan mengintervensi dengan melakukan assesment yang tepat sebagai berikut :

a. Assesment Tingkat Pemahaman Pasien dan Keluarga :

1. Close Awareness : Pasien dan keluarga yakin bahwa pasien akan segera sembuh
2. Mutual Pretense : Keluarga mengetahui kondisi terminal pasien dan tidak membicarakannya lagi, kadang-kadang keluarga menghindari percakapan tentang kematian demi menghindarkan dari tekanan.

3. Open Awareness : Keluarga telah mengetahui proses kematian, dan tidak keberatan memperbincangkannya walaupun terasa sulit dan sakit. Kesadaran ini membuat keluarga bisa mempunyai kesempatan menyelesaikan masalah-masalah, bahkan mungkin dapat berpartisipasi dalam merencanakan pemakaman.

b. Assesment faktor fisik pasien :

Pada kondisi terminal atau menjelang ajal, pasien dihadapkan pada berbagai masalah menurunnya fisik. Perawat harus mampu mengenali perubahan fisik yang terjadi pada kasus terminal meliputi :

1. Breat/Pernafasan :

- a) Apakah teratur atau tidak ?
- b) Apakah ada suara nafas tambahan seperti ronchi, wheezing, stridor dll ?
- c) Apakah terjadi sesak nafas ?
- d) Apakah ada batuk ? Bila ada apakah produktif atau tidak ?
- e) Apakah ada sputum? Bila ada bagaimana jumlah, warna, bau dan jenisnya?
- f) Apakah memakai ventilasi mekanik (ventilator) atau tidak ?

2. Blood/Kardiovaskuler :

- a) Bagaimana irama jantung, apakah reguler atau ireguler ?
- b) Bagaimana akral, apakah hangat, kering, merah, dingin, basah dan pucat ?
- c) Bagaimana pulsasi, apakah sangat kuat, kuat teraba, lemah teraba, hilang timbul atau tidak teraba ?
- d) Apakah ada perdarahan atau tidak, bila ada dimana lokasinya ?
- e) Apakah ada CVC atau tidak, bila ada berapa ukurannya dalam CmH₂O ?
- f) Berapa tensi dan MAP dalam mmHg ?

3. Brain/Persyarafan :

- a) Bagaimana ukuran GCS total, dan kesadaran pasien ?
- b) Berapa ukuran ICP dalam CmH₂O ?
- c) Apakah ada tanda TIK seperti nyeri kepala atau nuntah ?
- d) Bagaimana konjungtiva, kemerahan atau pucat ?

4. Blader/Perkemihan :

- a) Bagaimana area genital, bersih atau kotor ?
- b) Berapa jumlah cairan masuk dalam hitungan cc/hr ?
- c) Bagaimana cara buang air kecil, apakah spontan atau memakai douwer kateter ?
- d) Bagaimana produksi urin, berapa jumlah cc/jam, bagaimana warnanya, bagaimana baunya ?

5. Bowel/Pencernaan :

- a) Bagaimana nafsu makan, apakah baik atau menurun ?
- b) Bagaimana porsi makan, habis atau tidak ?
- c) Minum berapa cc/hr, dengan jenis cairan apa ?
- d) Apakah mulut bersih, kotor atau berbau ?
- e) Apakah ada mual dan muntah ?
- f) Buang air besar berapa kali sehari, apakah teratur atau tidak, bagaimana konsistensi, warna dan bau dari feses ?

6. Muskuloskeletal/Integumen :
 - a) Bagaimana kemampuan pergerakan sendi, bebas atau terbatas ?
 - b) Bagaimana warna kulit, apakah ikterus, cyanotik, kemerahan, pucat atau hyperpigmentasi ?
 - c) Apakah ada oedema atau tidak, bila ada dimana lokasinya ?
 - d) Apakah ada dekubitus atau tidak, bila ada dimana lokasinya ?
 - e) Apakah ada luka atau tidak, bila ada dimana lokasinya dan apa jenis lukanya ?
 - f) Apakah ada kontraktur, bila ada dimana lokasinya ?
 - g) Apakah ada fraktur, bila ada dimana lokasinya dan apa jenis frakturnya ?
 - h) Apakah ada jalur infuse, bila ada dimana lokasinya ?
 - c. Asessment Tingkat Nyeri Pasien
Bila rasa nyeri sangat mengganggu, maka lakukan manajemen nyeri yang memadai ?
 - d. Asessment Faktor Kultur Psiko Sosial
 1. Tahap Denial
Asessmen pengetahuan pasien, kecemasan pasien, penerimaan pasien terhadap penyakitnya, pengobatan dan hasilnya
 2. Tahap Anger
Pasien menyalahkan semua orang, emosi tidak terkendali, komunikasi ada/tidak, orientasi pada diri sendiri
 3. Tahap Bargaining
Pasien mulai menerima keadaan dan berusaha mengulur waktu, rasa marah sudah hilang
 4. Tahap Depresi
Asessmen potensi bunuh diri, gunakan kalimat terbuka untuk mendapatkan data dari pasien
 5. Tahap Acceptance
Asessmen keinginan pasien untuk menyendiri/istirahat
 - e. Asessment Faktor Spiritual
Asessment kebutuhan pasien akan bimbingan rohani atau seseorang yang dapat membantu kebutuhan spiritualnya, biasanya pada saat pasien sedang berada ditahapan bargaining :
- 1.2 Intervensi Keperawatan :
- a. Pertahankan kebersihan tubuh, pakain dan tempat tidur pasien
 - b. Atur posisi tidur yang nyaman untuk pasien
 - c. Lakukan suction bila terjadi penumpukan sekret pada jalan nafas pasien
 - d. Berikan nutrisi dan cairan yang adekuat
 - e. Lakukan perawatan mata agar tidak terjadi kekeringan/infeksi kornea
 - f. Lakukan oral hygiene
 - g. Lakukan reposisi tidur tiap 2 jam sekali dan lakukan masase pada daerah penonjolan tulang dengan minyak untuk mencegah decubitus
 - h. Lakukan manajemen nyeri yang memadai
 - i. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan mengajak pasien berdoa

- j. Tunjukkan perhatian dan empati serta dukungan pada keluarga yang berdo'a
- k. Ajak keluarga untuk berpartisipasi dalam mengambil keputusan terhadap asuhan pasien seperti menunda bantuan hidup dasar atau menghentikan bantuan hidup dasar

2. Aspek Medis

2.1 Intervensi Medis

Ketika pasien mengalami cedera berat atau sakit yang serius, maka beberapa intervensi medis dapat memperpanjang hidup pasien, sebagai berikut :

- a. Tindakan Resusitasi Jantung Paru Otak (RJPO)
Pemberian bantuan hidup dasar dan lanjut kepada pasien yang mengalami henti nafas atau henti jantung. RJPO di indikasikan untuk pasien yang tidak bernafas dan tidak menunjukkan tanda-tanda sirkulasi dan tanpa instruksi DNR di rekam medisnya.
- b. Pemakaian Alat Ventilasi Mekanik (Ventilator)
Pemakaian ventilator ditujukan untuk keadaan tertentu karena penyakit yang berpotensi atau menyebabkan gagal nafas
- c. Pemberian Nutrisi
 - c.1 Feeding Tube : Sering kali pasien terminal tidak bisa mendapatkan makanan lewat mulut langsung sehingga perlu dilakukan pemasangan feeding tube untuk memenuhi nutrisi pasien tersebut
 - c.2 Parenteral Nutrition : Pemasangan infus untuk mengirim nutrisi secara langsung kedalam pembuluh darah, yang berguna untuk menjaga nutrisi pasien
- d. Tindakan Dialisis
Diberikan pada pasien terminal yang mengalami penurunan fungsi ginjal, baik yang akut maupun yang kronik. Pada keadaan ini fungsi ginjal sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut dengan uremia
- e. Pemberian Antibiotik

Pasien terminal memiliki infeksi 5-10 kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan pasien lainnya. Infeksi berat ini palinh sering ditemukan dalam sistem pernafasan. Saluran kemih, peredaran darah, atau trauma. Penyebab meningkatnya resiko infeksi ini multi faktorial meliputi penurunan fungsi imun, penggunaan antibiotic spectrum luas, atau dari alat kesehatan yang digunakan. Pasien dengan penyakit terminal dengan prognose yang buruk harus di informasikan lebih dahulu untuk menerima atau menolak bila dilakukan resusitasi dan pemakaian ventilator.

2.2 Penghentian atau Penundaan Bantuan Hidup Dasar

Adalah keputusan medis dan etis yang dilakukan oleh 3 dokter spesialis anesthesi atau dokter lain yang memiliki kompetensi dan 2 dokter lain yang ditunjuk oleh komite medis rumah sakit. Adapun Persyaratan Penghentian atau Penundaan Bantuan Hidup Dasar Adalah :

- a. Informed Consent
Pada keadaan khusus dimana perlu adanya tindakan penghentian atau penundaan bantuan hidup pada seorang pasien, maka harus mendapat persetujuan dari keluarga terdekat pasien. Persetujuan penghentian/penundaan bantuan hidup dasar oleh keluarga pasien harus diberikan secara tertulis dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam Formulir

Pernyataan Pemberian Informasi Kondisi Terminal yang disimpan dalam rekam medis pasien. Dimana pernyataan tersebut diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim DPJP yang bersangkutan mengenai hal-hal sebagai berikut :

- a) Diagnosis :
 - i. Temuan klinis dan hasil pemeriksaan medis
 - ii. Indikasi dan keadaan klinis pasien yang membutuhkan penghentian atau penundaan bantuan hidup dasar
 - b) Terapi yang sudah diberikan
 - c) Prognosis
 - i. Tentang hidup matinya
 - ii. Tentang fungsinya
 - iii. Tentang kesembuhannya
- b. Kondisi Terminal
- Tidak dilakukan tindakan-tindakan luar biasa, pada pasien-pasien yang diterapi hanya memperlambat waktu kematian dan bukan memperpanjang kehidupan. Untuk pasien ini bisa dilakukan penghentian/penundaan bantuan hidup. Pasien yang masih sadar tapi tanpa harapan, hanya dilakukan tindakan terapeutik/paliatif agar pasien merasa nyaman dan bebas nyeri
- c. Mati Batang Otak (MBO)
- Semua bantuan hidup dihentikan pada pasien dengan kerusakan fungsi batang otak yang irreversible. Setelah kriteria MBO yang ada terpenuhi, pasien ditentukan meninggal dan disertifikasi MBO serta semua terapi dihentikan. Keputusan penentuan MBO ditentukan oleh 3 dokter anesthesia atau dokter lain yang memiliki kompetensi, dokter spesialis syaraf dan 1 dokter lain yang ditunjuk komite medis rumah sakit dengan prosedur pengujian MBO sebagai berikut :
1. Memastikan hilangnya reflek batang otak dan henti nafas yang menetap (irreversible) yaitu :
 - a) Tidak ada respon terhadap cahaya
 - b) Tidak ada reflek kornea
 - c) Tidak ada reflek vestibule ocular
 - d) Tidak ada respon motor terhadap rangsang adekuat pada area somatic
 - e) Tidak ada reflek muntah atau reflek batuk karena rangsang kateter isap/suction yang dimasukkan dalam trachea
 - f) Tes henti nafas positif
 2. Bila tes hilangnya reflek batang otak dinyatakan positif, tes diulangi lagi 25 menit kemudian
 3. Bila tes tetap positif maka pasien dinyatakan meninggal, walaupun jantung masih berdenyut dan ventilator harus segera dihentikan
 4. Pasien dinyatakan mati ketika batang otak dinyatakan mati dan bukan sewaktu mayat dilepas dari ventilator atau jantung berhenti berdenyut

3.7 PELAYANAN JENAZAH

Penanganan jenazah adalah kegiatan perawatan jenazah pada saat setelah meninggal di ruangan baik pasien infeksius maupun non infeksius sampai diambil oleh keluarganya sesuai dengan standar rumah sakit yang dilakukan di RS. Mata Undaan Surabaya.

3.7.1 TATA LAKSANA

Perawatan Jenazah Non Infeksius:

1. Dokter menyatakan bahwa pasien telah meninggal, Dengan kriteria :
 - Fungsi pernafasan berhenti
 - Jantung tidak berdetak
 - Pupil midriasis
 - Tidak ada respon terhadap rangsang nyeri
2. Perawat melepas semua alat kesehatan yang terpasang pada pasien.
3. Bersihkan tubuh jenazah dan tutup dengan kain bersih untuk disaksikan oleh keluarga.
4. Dokter yang merawat mengisi Form kematian.
5. Pemandahan /transfer jenazah dari ruang perawatan ke ruang transit menunggu 2 jam, karena saat pertama kali dinyatakan meninggal disebut kematian Somatik/kematian Sistemik/Klinis. Karena secara klinis dianggap mati tidak ada fungsi nafas, fungsi jantung/ syaraf pusat yang fungsinya tidak bisa kembali lagi namun belum berarti semua sel dalam tubuhnya sudah mati.
6. Perawat jaga konfirmasi kepada petugas kamar jenazah untuk kemindahan jenazah ke ruang transit
7. Di kamar jenazah dilakukan perawatan sebelum ditunjukkan kepada keluarganya. Di kamar jenazah dilakukan pemeriksaan kembali, kepala diberi tali kassa sampai mulut jenazah tertutup. Tangan diposisikan diatas perut kemudian pergelangan tangan ditali. Kemudian diantara jempol kaki diselipkan kassa dan ditali kembali. Setelah posisi dan keadaan jenazah dirapikan, keluarga dipanggil untuk melihat keadaan keluarganya yang meninggal.
8. Setelah dilakukan perawatan di kamar jenazah petugas kamar jenazah memberikan surat kematian.
9. Kemudian keluarga membawa surat kematian keruang administrasi rumah sakit untuk mengurus biaya perawatan selama di rumah sakit. Setelah surat kematian dan biaya administrasi selesai, keluarga menunjukkan kepada petugas kamar mayat.
10. Jenazah diperbolehkan dibawa pulang dengan menggunakan kereta/brankart khusus untuk jenazah menuju ke mobil jenazah rumah sakit.

ASSESMEN AWAL DAN ULANG PASIEN TERMINAL

Assesmen Keperawatan Tanggal :...../...../.....

1. Gejala seperti mau muntah dan kesulitan bernafas :

1.1 Kegawatan pernafasan :

Kriteria	Pukul:	Pukul:	Pukul:	Pukul:
Dyspnoe				
Nafas tak teratur				
Ada sekret				
Nafas cepat dan dangal				

Nafas melalui mulut				
SpO2 < normal				
Nafas lambat				
Mukosa oral kering				
T.A.K				

1.2 Kehilangan tinus otot :

Kriteria	Pukul:	Pukul:	Pukul:	Pukul:
Mual				
Sulit menelan				
Inkontinensia alvi				
Penurunan pegerakan tubuh				
Distensi abdomen				
T.A.K				
Sulit berbicara				
Inkontinensia urine				
Mual				

1.3 Nyeri

Kriteria	Pukul:	Pukul:	Pukul:	Pukul:
Tidak				
Ya				

1.4 Perlambtan sirkulasi :

Kriteria	Pukul:	Pukul:	Pukul:	Pukul:
Bercak dan sianosis pada ekstremitas				
Gelisah				
Lemas				
Kulit dingin dan berkeringat				
Tekanan darah menurun, nadi lambat dan lemah				
T.A.K				

2. Faktor-faktor yang eningkatkan dan membangkitkan gejala fisik :

- Melakukan aktifitas fisik
- Pindah posisi

3. Manajemen gejala saat ini dan respon pasien :

Masalah keperawatan *

- Mual Perubahan persepsi sensor Bersihan jalan nafas tidak efektif
- Konstipasi Nyeri kronis Defisit perawatan fisik
- Nyeri akut
- Pola nafas tidak efektif

4. Orientasi spiritual pasien dan keluarga :

Apakah perlu pelayanan spiritual?

- Tidak Ya,

Oleh :

5. Urusan dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan :

- Perlu didoakan : Tidak Ya
- Perlu bimbingan rohani : Tidak Ya
- Perlu pendampingan rohani : Tidak Ya

6. Status psikososial dan keluarga :

6.1 Apakah ada orang yang ingin dihubungi saat ini ?

- Tidak
- Ya, siapa..... Hubungan dengan pasien sebagai :
- Dimana : No.
- Telpon/HP:

6.2 Bagaimana rencana perawatan selanjutnya?

- Tetapdirawat di RS
- Dirawatdirumah

Apakah lingkungan rumah sudah disiapkan?

- Ya
- Tidak

Jika Ya, apakah ada yang mampu merawat pasien dirumah?

- Ya, oleh Tidak

Jikatidak, apakah perlu difasilitasi RS (Home care)?

- Ya
- Tidak

6.3 Reaksi pasien atas penyakitnya

Asesmen informasi

- Menyangkal Marah

- Takut
- Sedih/ menangis
- Rasa bersalah
- Ketidakberdayaan

Masalah keperawatan*

- Ansietas
- Distress Spiritual

6.4 Reaksi keluarga atas penyakit pasien :

Asesmen informasi

- Marah
- Gangguan tidur
- Letih/lelah
- Rasa bersalah
- Perubahan kebiasaan pola komunikasi
- Ketidakmampuan memenuhi peran yang diharapkan
- Keluarga kurang berpartisipasi membuat keputusan dalam perawatan pasien
- Keluarga kurang berkomunikasi dengan pasien

Masalah keperawatan *

- Koping individu tidak efektif
- Distress spiritual

Selanjutnya gunakan formulir rencana asuhan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan

7. Kebutuhan dukungan atau kelonggaran pelayanan bagi pasien, keluarga dan pemberi pelayanan lain :

- Pasien perlu pendampingan keluarga
- Keluargadapat mengunjungi pasien di luar waktu berkunjung
- Sahabat dapat mengunjungi pasien diluar waktu berkunjung
-

8. Apakah ada kebutuhan akan alternative atau tingkat pelayanan lain :

- Tidak
- Autopsi
- Donasi organ.....
-

9. Factor resiko bagi keluarga yang ditinggalkan :

Asesmen informasi

- Marah
- Depresi
- Rasa bersalah
- Perubahan kebiasaan pola komunikasi
- Ketidakmampuan memenuhi peran yang diharapkan
- Letih/lelah
- Gangguan tidur
- Sedih/menangis
- Penurunan konsentrasi

Masalah keperawatan*

- Koping individu tidak efektif
- Distress Spiritua

Perawatan Jenazah Dengan Penyakit Menular/Infeksius

Perawatan jenazah penderita penyakit menular dilaksanakan dengan selalu menerapkan kewaspadaan universal tanpa mengakibatkan tradisi budaya dan agama yang dianut keluarganya. setiap petugas kesehatan terutama perawat harus dapat menasehati keluarga jenazah dan mengambil tindakan yang sesuai agar penanganan jenazah tidak menambah resiko penularan penyakit seperti halnya hepatitis-B, AIDS, kolera dsb. Tradisi yang berkaitan dengan perlakuan terhadap jenazah tersebut dapat diijinkan dengan memperhatikan hal yang telah disebut diatas, seperti mencium jenazah sebagai bagian dari upacara penguburan. Perlu diingat bahwa virus HIV hanya dapat/ hidup dan berkembang dalam tubuh manusia hidup, maka beberapa waktu setelah penderita infeksi HIV meninggal, viruspun akan mati. Karena keterbatasan fasilitas rumah sakit bekerja sama dengan pihak luar untuk prosedur penanganan jenazah yang infeksius.

3.8 PELAYANAN PEMBEDAHAN DAN ANESTESI

3.8.1 TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PELAYANAN

1. Pelayanan Anestesi Umum

a. Pra Anestesi

Pengertian

Setiap tindakan anesthesia direncanakan dan didokumentasikan dalam rekam medis.

Evaluasi pasien pra-anestesia yang bertujuan untuk :

1. Menilai kondisi pasien
2. Menentukan status fisik dan risiko
3. Menentukan jenis teknik anesthesia yang akan dilakukan
4. Memperoleh persetujuan tindakan anesthesia (inform consent)
5. Persiapan tindakan anestesi

Indikasi : semua pasien yang akan menjalani prosedur yang memerlukan pengawasan dokter anesthesia maupun tindakan anesthesia

Kontraindikasi : tidak ada

Evaluasi pra anestesia

Evaluasi pra-anesthesia sebelum tindakan induksi anesthesia

Assesmen pra-anestesia.

1. Anamnesis:

- a. Riwayat pengobatan dan anestesi sebelumnya
- b. Riwayat penyakit sebelumnya
- c. Riwayat pengobatan yang dipakai
- d. Riwayat alergi
- e. Riwayat infeksi aktif

2. Pemeriksaan fisik

3. Pemeriksaan penunjang sesuai indikasi

4. DL, FH, BUN/CREAT, SGOT/SGPT, Na/Ka, ECG , Thorax Foto, BSN, 2JPP

5. Konsultasi dokter spesialis lain bila diperlukan.

6. Dokter anesthesia dapat menunda atau menolak tindakan anesthesia bila hasil evaluasi pra-anestesia dinilai belum dan atau tidak layak untuk tindakan anesthesia.

(Pada PS 4&5 tidak bias dikerjakan di RSMU, oleh karena ketersediaan ruang perawatan lanjutan /ICU)

Menentukan status fisik pasien

1. Status fisik mengacu pada klasifikasi ASA (PS ASA 1, 2, 3,4,5 D)
2. Evaluasi jalan napas

Inform consent

1. Menjelaskan rencana tindakan anesthesia, komplikasi dan risiko anesthesia yang mungkin terjadi dan alternatif
2. Inform consent diberikan oleh dokter anestesi kepada pasien /keluarga yang disaksikan oleh perawat serta keluarga dan ditandatangani
3. Memperoleh izin tertulis dari pasien atau keluarga pasien

Panduan puasa pada operasi elektif

Umur	Padat (jam)	Clear liquids (jam)	Susu formula	ASI (jam)
Neonatus	4	2	4	4
<6 bulan	4	2	6	4
6-36 bulan	6	3	6	4
>36 bulan	6	2	6	
Dewasa	6-8	2		

Kebutuhan cairan:

1. Gunakan cairan intra vena isotonik, koloid, atau darah
2. Pemberian cairan

Medikasi pra anestesi

1. Medikasi pra anestesi dapat diberikan sesuai kebutuhan, antara lain obat golongan sedatif-tranquilizer analgetik opioid, anti emetik, H-2 antagoniskadang diperlukan anti sialagogues
2. Jalur pemberian dapat diberikan melalui oral, IV, IM, rektal, intra nasal

Rencana pengelolaan pasca bedah

1. Menjelaskan teknik dan obat yang digunakan untuk penanggulangan nyeri pasca bedah
2. Menjelaskan adanya komplikasi seperti : mual, munatah dan obat yang digunakan untuk mengurangi keluhan.
3. Menjelaskan adanya komplikasi seperti nyeri telan, tenggorokan terasa kering, dan tindakan untuk mengurangi keluhan
4. Menjelaskan rencana perawatan pasca bedah (ruang rawat biasa atau ruang perawatan khusus)

Pencatatan dan pelaporan:

Hasil evaluasi pra-anestesia didokumentasikan/dicatat secara lengkap di rekam medik pasien

b. Pra Induksi

Assesmen Pra Induksi dilakukan untuk re-evaluasi sesaat sebelum induksi anestesi. Assesmen Pra induksi berfokus pada stabilisasi fisiologis dan kesiapan pasien untuk anestesi dilakukan segera sebelum induksi anestesi. Pada anestesi yang dilakukan pada keadaan darurat, assesmen pra anestesi dan pra induksi dilakukan secara berurutan dan didokumentasikan dalam rekam medis anestesi/sedasi.

PERSIAPAN PASIEN

1. Identitas pasien telah diperiksa dan dipastikan benar.
2. Persetujuan tindakan medik telah ditandatangani.
3. Diagnosa pembedahan dan lokasi / sisi yang benar telah ditandai.
4. Jalan napas telah diperiksa ulang, gigi palsu telah di lepas
5. lapisan kosmetik yang dapat mengganggu observasi warna mukosa / wajah / kuku telah dibersihkan.
6. Infus berjalan lancar dengan cairan yang benar dan lokasi vena yang benar. Cadangan cairan dan persiapan darah donor tersedia.
7. Tensimeter terpasang baik dan tekanan darah telah diperiksa ulang.
8. Semua data dicatat dalam Rekam Medik Anestesi/sedasi.
9. Bantal penyangga dan alat pengatur meja / posisi telah disiapkan.

PREMEDIKASI

1. Memberikan pasien rasa nyaman bebas dari rasa takut / cemas atau stress psikis lain, disamping menyiapkan fisik pasien untuk menjalani anestesia dan pembedahan dengan lancar (smooth).
2. Penyuluhan dan obat-obatan dapat dikombinasikan agar tercapai keadaan sedasi (tidur ringan tetapi mudah dibangunkan) tanpa depresi napas dan depresi sirkulasi.
3. Waktu pemberian obat yang tepat disesuaikan dengan masa kerja obat.
4. Napas, tekanan darah, nadi dan kesadaran harus diperiksa dan dicatat dalam Rekam Medik sebelum dan sesudah premedikasi.

OBAT-OBAT PREMEDIKASI:

Sedativa : midazolam/fortanest, antihistamin

Karena sedativa menyebabkan penurunan kesadaran, maka risiko depresi napas, depresi sirkulasi menurun, risiko aspirasi meningkat.

Narkotika : pethidin

Obat-obatan ini menyebabkan depresi napas, depresi sirkulasi dan meningkatkan tekanan intrakranial. Karena kesadaran juga menurun, risiko aspirasi meningkat.

Narkotika diberikan jika pra-bedah sudah ada nyeri atau jika akan digunakan obat anestesia yang daya analgesianya lemah.

Atropin digunakan untuk menekan hipersekresi ludah dan kelenjar bronchus. Kerugian atropin adalah lendir menjadi kental, rasa haus dan pada bayi dapat menyebabkan hipertermia.

Beberapa pedoman premedikasi berikut ini perlu dipertimbangkan :

1. Premedikasi tidak diberikan pada keadaan sakit berat, sepsis, orang-orang sangat tua, neonatus dan bayi <6 bulan.
2. Predikasi dipertimbangkan hati-hati pada pasien dengan masalah jalan napas, kasus rawat jalan, dan kasus bedah syaraf.

3. Dosis dikurangi pada orang tua dan bila keadaan umum buruk.
4. Sedasi oral dapat diberikan pada malam hari sebelum tidur (misal midazolam).
5. Pada anak diusahakan premedikasi oral, dua jam sebelum operasi.
6. Pada pasien bedah darurat, premedikasi sedativa dan narkotika sebaiknya dihindarkan atau diberikan dengan sangat hati-hati.

PERSIAPAN ALAT DAN OBAT

1. Karena anestesia adalah tindakan medik yang membawa risiko ancaman jiwa, maka diperlukan persiapan alat, obat, ketrampilan dan kewaspadaan tenaga kesehatan agar mampu mengatasi penyulit yang terberat.
2. Sebelum tindakan anestesia dimulai, semua alat dan obat anestesia, alat dan obat resusitasi dan tenaga terlatih harus siap dan dipastikan dapat bekerja baik. Dalam anestesia yang panjang, cadangan obat dan alat harus disiapkan agar tindakan dapat berlangsung tanpa terputus.
3. Tindakan anestesia baru dapat dimulai jika persiapan ini telah dilaksanakan dan semua dinyatakan ada dan berfungsi baik.

PERSIAPAN ALAT ANESTESIA.

1. Memeriksa hubungan persediaan O₂ dan gas lain yang perlu.
2. Memeriksa flowmeter apakah berfungsi baik, oksigen mengalir, by-pass berfungsi.
3. Memeriksa dial vaporizer bergerak lancar dan dapat dikunci pada saat OFF. Vaporizer telah diisi obat inhalasi yang benar.
4. Memeriksa pipa napas (breathing circuit), bag, katub, apakah berfungsi baik dan tidak bocor.
5. Memeriksa tombol selektor napas spontan / napas buatan bekerja baik.
6. Jika menggunakan N₂O maka harus ada O₂ cadangan dalam tangki.
7. Ada Ambu bag yang siap pakai.
8. Canister soda lime terisi penuh dan warna indikator tidak berubah.

PERSIAPAN JALAN NAFAS BUATAN DAN ALAT PERNAPASAN

1. Ada sungkup muka yang sesuai ukurannya untuk pasien tersebut.
2. Ada tube pharynx / larynx berbagai ukuran.
3. Ada tube trakhea berbagai ukuran (periksa cuff) dan stilet.
4. Ada laringoskop, Cunam Magill.
5. Jika ada ventilator, diperiksa apakah berfungsi baik. Seharusnya tiap ventilator dilengkapi disconnect alarm.
6. Ada alat penghisap lengkap dengan keteter yang berfungsi.

PERSIAPAN INFUS, CAIRAN DAN OBAT DARURAT.

1. Tersedia set infus, kanula vena dan berbagai cairan.
2. Obat sedasi (propofol, proanest), fortanest, relaksan (atrakurium, ecron)
3. Obat-obatan penunjang : narkotik (fentanyl, petidin), dan obat darurat dalam spuit (sulfas atropin, lidocain, ephedrin) dalam ampul (Na-bicarbonat, Calcium glaukonat, adrenalin, dopamin antihistamin, steroid).
4. DC-Shock atau defibrilator.

PERSIAPAN ALAT MONITOR

1. Alat monitor standar (Pulse Oxymeter, prekordial),
2. Alat monitor tambahan yang sebaiknya ada : ECG, tensimeter), termometer, lampu senter harus selalu ada pada setiap tindakan anestesia.

3. Capnograph juga merupakan alat monitor yang bermanfaat.
4. Alat-alat ini harus dikalibrasi berkala dan alarm harus dites kemudian diset dahulu setiap kali akan dipakai.

Dalam menerima pasien yang akan menjalani tindakan anestesia, Perawat Anestesia wajib memeriksa kembali data dan persiapan anestesia, diantaranya :

1. Memeriksa :
 - Identitas pasien dan keadaan umum pasien.
 - Kelengkapan status / rekam medic.
 - Surat persetujuan operasi dari pasien / keluarga.
 - Data laboratorium, rontgen, EKG dan lain-lain.
 - Gigi palsu, lensa kontak, perhiasan, cat kuku, lipstick dan lain-lain.
2. Mengganti baju pasien.
3. Membantu pasien untuk mengosongkan kandung kemih.
4. Mencatat timbang terima pasien.

Perawat Anestesia juga bertugas memberikan pre-medikasi berdasarkan instruksi tertulis dari Dokter Spesialis Anestesiologi atau dokter lain yang berwenang.

Hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

1. Memeriksa kembali nama pasien sebelum memberikan obat.
2. Mengetahui riwayat pasien penyakit yang pernah diderita.
3. Mengetahui riwayat alergi terhadap obat-obatan.
4. Memeriksa fungsi vital (tensi, nadi, suhu, napas) sebelum memberikan predikasi dan sesudahnya.
5. Memberikan obat pre-medikasi sesuai instuksi dokter dan kemudian mencatat nama obat, tanda tangan dan nama jelas perawat yang memberi obat.

Sebelum dilakukan tindakan anestesia/ induksi anestesi, Dokter /Perawat Anestesia wajib :

1. Memeriksa kembali nama pasien, data, diagnose dan rencana/prosedur operasi.
2. Memeriksa kembali sisi mata yang akan dioperasi dan penandaan.
3. Anamnesa ulang riwayat alergi, persiapan puasa,
4. Memeriksa kembali inform consent, jenis anestesi, mesin anestesi dan obat-obatan
5. Mengenalkan pasien kepada Dokter Spesialis Anestesiologi, Dokter Ahli Bedah, Dokter asisten dan Perawat Instumen.
6. Memberikan dukungan moril, menjelaskan tindakan induksi yang akan dilakukan dan menjelaskan fasilitas yang ada disekitar meja operasi.
7. Memasang alat-alat pemantau (antara lain tensimeter, ECG dan alat lainnya sesuai dengan kebutuhan).
8. Mengatur posisi pasien bersama-sama perawat bedah sesuai dengan posisi yang dibutuhkan untuk tindakan untuk tindakan pembedahan.
9. Mendokumentasikan semua tindakan yang telah dilakukan didalam rekam medis pasien (status anestesi/sedasi).

c. Selama Anestesi

TUJUAN

Mengupayakan fungsi vital pasien dalam batas-batas normal selama menjalani pembedahan dan menjaga agar pasien tidak merasa nyeri dan cemas

KEGIATAN

1. Tindakan anestesia harus dikerjakan dalam kerjasama tim. Seorang Dokter Spesialis Anestesiologi harus didampingi perawat terlatih. Pada saat yang sama Dokter Spesialis Anestesia hendaknya membatasi tanggung jawab / supervise maksimal 2 tindakan anestesia dalam satu Rumah Sakit ruangan yang berdekatan.
2. Keamanan pasien selama anestesia dan pembedahan memerlukan pemantauan fungsi vital(monitoring) yang terus menerus / berkala yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi dan dibantu oleh perawat dibawah supervise dokter anestesi. Penemuan selama anestesi dicatat pada Rekam Medik (status anestesi / sedasi).
3. Prosedur pembedahan dapat dirubah jika kondisi pasien mengarah pada keadaan yang membahayakan jiwa.
4. Sarana pengatur dosis obat anestesia dan obat darurat harus digunakan secara maksimal.

INDUKSI ANESTESIA

1. Pasien diberi preoksigenasi dengan O₂ 100% (aliran 8-10 Lpm selama 3-5 menit) sebelum induksi dimulai.
2. Jalan intravena, berupa infus atau minimal wing-needle harus terpasang dan berjalan lancar.
3. Obat-obatan darurat tersedia dalam spuit. Tensimeter dan stetoskop precordial telah terpasang dengan baik.
4. Tindakan anestesia harus dimulai dengan cepat, dengan cara nyaman bagi pasien dan dengan tetap menjaga semua fungsi vital.
5. Stadium eksitasi harus dilewati secepat mungkin agar pasien segera berada dalam stadium maintenance yang lebih aman.
6. Jalan napas buatan harus dipasang dan pernapasan buatan harus diberikan bila diperlukan. Dokter / perawat harus mampu mengenali dan mengatasi sumbatanjalan napas atas dengan teknik chin lift, head tilt, jaw thrust, memasang oropharynx, nasopharynx tube, intubasi trakea dan laringomask.
7. Teknik "rapid sequence" induksi / crash intubation untuk mencegah aspirasi isi lambung pada kasus darurat juga harus dikuasai.
8. Stabilitas sirkulasi mungkin memerlukan bantuan infusi cairan, obat-obatan inotropik dan anti-aritmia jantung.
9. Teknik anestesi, dokter dan perawat, serta semua tindakan di dokumentasikan dalam rekam medik.

MONITORING ANESTESI

1. Kedalaman anestesia dipantau dengan memperhatikan tanda tahapan anestesia dan respons otonomik.
2. Kedalaman anestesia yang cukup selama pembedahan harus dipertahankan agar pasien tidak mengalami rasa nyeri, tidak mengalami stress otonomik, pembedahan dapat berjalan baik, fungsi vital (pernapasan, sirkulasi, perfusi organ) tetap berada dalam batas normal.

3. Anestesia umum harus cukup dalam untuk mencegah pasien ingat dan merasakan proses pembedahan (awareness).
4. Tahapan anestesia dipertahankan dengan mengatur vaporizer (untuk anestesia intravena).

Tahapan tidak boleh terlalu dalam agar tidak membahayakan fungsi vital :

1. Saturasi oksigen dipertahankan > 95%
2. Tekanan darah dipertahankan agar tidak berfluktuasi lebih dari 25% atau 15-20 mmHg dari nilai waktu sadar.
3. Perfusi hangat, kering, merah. Tidak teraba keringat pada perabaan, tidak keluar air mata bila kelopak mata dibuka.
4. Irama jantung dipertahankan irama sinus yang teratur, Fluktuasi tidak lebih dari 25% nilai waktu sadar. Jika terjadi aritmia maka harus dipastikan bahwa:
 - a) Oksigen baik (periksa aliran oksigen, periksa jalan napas / tube)
 - b) Ventilasi baik (periksa gerak dada, periksa soda lime)
 - c) Tidak ada manipulasi bedah yang memicu aritmia (refleksi vagal, refleksi oculocardiac dll)
5. Produksi air seni 0.5 – 1.0 ml/kg/jam.
6. Pemantauan fungsi vital tubuh ini diulang tiap 5 menit atau lebih sering jika kondisi klinis pasien tidak stabil.
7. Jika digunakan pelumpuh otot dan pembedahan tidak memerlukan apnea, diusahakan pasien masih sedikit bernapas (tidak dalam keadaan total blok).
8. Perhatikan agar tidak ada bagian tubuh pasien yang tertekan bagian keras meja operasi terutama berkas syaraf.

NAPAS BUATAN DAN PELUMPUHAN OTOT

1. Jika pembedaan perlu relaksasi otot maka diberikan obat pelumpuhan otot dan pernapasan harus dibantu dengan napas buatan agar oksigenasi dan pengeluaran CO₂ berlangsung normal.
2. Ventilasi dan IPPV (Intermittent Positive Pressure Ventilation) diberikan dengan cara manual, alat resuscitator atau ventilator (respirator)
Tehnik anestesia dengan napas buatan dilakukan pada :
 - a) Pembedaan yang perlu relaksasi maksimal.
 - b) Posisi pembedaan perlu hiperventilasi.
 - c) Anestesia yang berlangsung “lama”
3. Agar pengembangan paru sempurna tanpa kebocoran ke lambung maka perlu dipasang jalan napas buatan tube endotrakeal dengan cuff. Jalan napas buatan lainnya (contoh LMA, Combitube) dapat dipertimbangkan tetapi tidak dapat menjamin terhindarnya aspirasi.
4. Pelumpuhan otot jenis non depolarisasi bekerja lebih lambat dan lebih lama. Dengan cara tritasi yang teliti dapat dicapai relaksasi otot yang memadai tanpa pasien apnea (namun pasien tetap harus diberi napas buatan).
5. Fungsi oksigenasi harus dipantau. Idealnya secara berkala diperiksa gas darah atau secara kontinyu dengan pulse oxymetry dan CO₂ ekspirasi.
6. Minimal harus diperhatikan dada terangkat setiap kali napas buatan diberikan, bibir nampak merah perfusi jari & selaput hangat dan kering.
7. Derajat dan kelumpuhan otot dipantau secara klinis atau lebih baik dengan nerve stimulator.

8. Pada akhir pembedahan, jika napas spontan belum adekuat harus diberikan obat antagonis pelumpuhan otot (Reversal)

Selama tindakan anestesia Perawat Anestesia wajib :

1. Mencatat semua obat yang diberikan dan tindakan anestesia
2. Berespons dan mendokumentasikan semua perubahan fungsi vital tubuh pasien selama anestesia / pembedahan. Pemantauan meliputi system pernapasan, sirkulasi, suhu, keseimbangan cairan, pendarahan dan produksi urine dan lain-lain.
3. Berespons dan melaporkan pada Dokter Spesialis Anestesiologi bila terdapat tanda-tanda kegawatan fungsi vital tubuh pasien agar dapat dilakukan tindakan segera.
4. Melaporkan kepada dokter yang melakukan pembedahan tentang perubahan fungsi vital tubuh pasien dan tindakan yang diberikan selama anestesia.
5. Mengatur dosis obat anestesi dan pelimpahan wewenang dokter.
6. Menanggulangi keadaan gawat darurat.

Pengakhiran Anestesia :

1. Memantau tanda-tanda vital secara lebih intensif.
2. Menjaga jalan napas supaya tetap bebas.
3. Menyiapkan alat-alat dan obat-obat untuk pengakhiran anestesia dan ekstubasi.
4. Melakukan pengakhiran anestesia dan atau ekstubasi sesuai dengan kewenangan yang diberikan.
 - a. Anestesi harus dihentikan tepat waktu agar pasien segera sadar kembali sehingga refleks perlindungan dan fungsi vitalnya kembali normal, namun dengan efek analgesia yang terkendali.
 - b. Oksigen dan bantuan napas harus tetap diberikan dan pasien tetap dijaga dengan kewaspadaan / pemantauan penuh sampai obat (pharmacologic tail) habis.

d. Pasca Anestesi

TUJUAN

Menjaga fungsi vital pasien dalam batas normal setelah pembedahan berakhir dan dan selama sisa anestesia belum sama sekali hilang serta menjaga agar pasien tidak merasa nyeri dan atau cemas berlebihan.

KEGIATAN

Setelah pengakhiran anestesia, pasien dikirim ke kamar pulih sadar untuk pemantauan fungsi vital tubuh oleh perawat terlatih dibawah supervisi dokter anestesi.

1. Bila dianggap perlu pasien dapat langsung dikirim keruang rawat khusus (misalnya ICU). Pemindahan dilakukan dari ruang pulih sadar.
2. Bantuan oksigenasi, ventilasi dan sirkulasi tetap diberikan.
3. Pemberian analgesia dan sedative disesuaikan dengan kondisi pasien.
4. Keputusan untuk memindahkan pasien dari kamar pulih sadar dibuat oleh dokter anestesi, sesuai criteria aldrete's score (untuk dewasa) dan steward score (untuk anak-anak)

PULIH SADAR TIMBANG TERIMA

1. Fungsi vital pasien yang datang dari kamar operasi umumnya belum stabil. Kejelasan data operasi, anestesia, jumlah perdarahan, jumlah infus dan

- penyulit yang telah terjadi wajib diserahkan terimakan kepada petugas tahap berikutnya dan harus tercatat dalam Rekam Medik/ status anestesi/sedasi.
2. Oksigenasi dan bantuan napas harus tetap diberikan dan pasien tetap dijaga dengan kewaspadaan / pemantauan penuh sampai **pharmacologic tail** terlewati/teratasi.
 3. Pemberian cairan dari rongga mulut dan jalan napas harus dilakukan disamping infuse cairan, tranfusi dan obat vasopressor.
 4. Pasien yang belum sadar dan belum stabil harus tetap berada di Ruang Pulih Sadar sampai semua risiko / ancaman keselamatan jiwa teratasi. Pasien dipindahkan setelah memenuhi kriteria keamanan pulang tertentu (Aldrete's score).
 5. Waktu masuk dan keluar ruang pulih sadar tercatat dalam rekam medis pasien.

Gangguan napas yang dapat terjadi :

1. Hipoventilasi karena depresi pernapasan atau obstruksi pangkal lidah.
2. Aspirasi cairan dari rongga mulut dan jalan napas harus dilakukan disamping infuse cairan, tranfusi dan obat vasopressor.
3. Henti napas.

2. Pelayanan anestesi pada pediatri

A. Pendahuluan :

Penatalaksanaan anestesi pada kelompok pediatri mempunyai aspek psikologi, anatomi, farmakologi, fisiologi dan patologi yang berbeda dengan orang dewasa. Pemahaman atas perbedaan ini merupakan dasar penatalaksanaan anestesi pediatri yang efektif dan aman. Pendekatan psikologis merupakan faktor penting yang berdampak pada luaran anestesi pediatri.

Sesuai perkembangannya, kelompok pediatri dibagi dalam kelompok usia neonatus yang lahir kurang bulan dan cukup bulan, bayi usia diatas 1 bulan sampai usia dibawah 1 tahun, anak usia prasekolah usia diatas 1 tahun sampai usia 5 tahun, anak usia sekolah usia 6 tahun sampai 12 tahun dan usia remaja 13 tahun sampai 18 tahun.

Neonatus merupakan kelompok yang mempunyai resiko paling tinggi jika dilakukan pembedahan dan anestesi. Patologi yang memerlukan pembedahan berbeda tergantung kelompok usia, neonatus dan bayi memerlukan pembedahan untuk kelainan bawaan sedangkan remaja memerlukan pembedahan karena trauma.

B. Anestesi pada kelompok pediatrik :

Panduan penatalaksanaan anestesi pada umumnya, yang juga dilakukan pada anestesi pediatri meliputi :

1. Panduan pemeriksaan prabedah.
2. Panduan anestesi umum.
3. Panduan puasa prabedah.
4. Panduan terapi cairan dan transfusi.
5. Panduan penatalaksanaan nyeri .
6. Panduan penatalaksanaan sedasi.

7. Panduan penatalaksanaan bedah rawat jalan

PANDUAN PEMERIKSAAN PRABEDAH:

Definisi:

Panduan ini dilaksanakan pada semua pasien yang akan menjalani tindakan anestesi, dan selanjutnya ditetapkan kondisi medik dan status fisik pasien berdasarkan klas American Society of Anesthesiologists (ASA) 1 sampai 5, jika pembedahan darurat ditambahkan kode (D=darurat).

Pemeriksaan prabedah meliputi :

- a. Melakukan review pada rekam medik pasien.
- b. Melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik yang terfokus : riwayat penyakit dan penyakit yang menyertai, obat yang diberikan, riwayat pembedahan dan anestesi. Mencari resiko penyulit perioperatif baik aktual maupun potensial.
- c. Melakukan pemeriksaan penunjang yang diperlukan sesuai kondisi penyakit dan masalah pembedahan, masalah anestesi dan masalah yang berkaitan dengan penyakitnya.
- d. Melakukan terapi dan tindakan untuk mengurangi/menghilangkan potensi penyulit peroperatif.
- e. Menjelaskan rencana tindakan pada orang tua untuk memperoleh persetujuan tindakan kedokteran.
- f. Melakukan dokumentasi semua prosedur dan rencana anestesi selama perioperatif

PANDUAN ANESTESI UMUM PADA PEDIATRIK

Definisi	<p>Anestesi umum adalah suatu keadaan menghilangkan rasa nyeri secara sentral disertai kehilangan kesadaran dengan menggunakan obat amnesia, sedasi, analgesia, pelumpuh otot atau gabungan dari beberapa obat tersebut yang bersifat dapat pulih kembali</p> <p>Tindakan anestesi yang dilakukan pada kelompok pediatri :</p> <ul style="list-style-type: none">• Bayi prematur atau ex-prematur• Bayi baru lahir sampai usia 1 bulan (neonatus)• Bayi usia \leq 1 tahun (infant)• Anak usia prasekolah $>$ 1 tahun – 5 tahun• Anak usia sekolah 6 tahun – 12 tahun• Remaja 13 tahun – 18 tahun
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Prosedur diagnostik2. Prosedur pembedahan
Kontra Indikasi	Sesuai kasus dan jenis tindakan baik untuk diagnostik maupun pembedahan.
Persiapan	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien :(pada umumnya diwakili oleh orang tua/wali) <p>- Pemeriksaan prabedah</p>

- Pemeriksaan penunjang
- Penjelasan rencana, kondisi pasien, dan potensi penyulit tindakan anestesi dan pembedahan.
- Ijin persetujuan tindakan anestesi
- Kondisi penderita optimal untuk prosedur tindakan
- Puasa
- Medikasi sesuai kasusnya.
- Premedikasi pra anestesi sesuai usia dan kasusnya.

2. Obat dan Alat:

- Adanya sumber oksigen
 - Obat darurat :
 - Sulfas atropin 0.25 mg
 - Lidocaine 2%
 - Efedrin
 - Adrenalin
 - Obat Premedikasi
 - Obat induksi :
 - Opioid (sesuai kebutuhan)
 - Propofol
 - Ketamin
 - Obat pelumpuh otot (bila perlu intubasi atau relaksasi)
 - Obat rumatan anestesi :
 - Obat anestesi inhalasi
 - Obat anestesi intravena
 - Suplemen opioid
 - Obat pemulihan pelumpuh otot
 - Obat untuk mengurangi nyeri :
 - Paracetamol
 - NSAID
 - Opioid
 - Alat intubasi :
 - ETT nomor sesuai dengan perhitungan 2.5-3.5 disiapkan 1 nomor diatas dan dibawahnya.
 - Laringoskop sesuai ukuran, daun lurus.
 - Oropharing sesuai usia

	<ul style="list-style-type: none"> - Mesin anestesi : <ul style="list-style-type: none"> o Sungkup muka sesuai umur o Sirkuit nafas : sistim circle pediatri atau sistim Mapleson - Suction cath no sesuai dengan umur - NG tube no sesuai dengan umur - Transfusion set atau pediatric set - IV cath no disesuaikan dengan umur - Opsite infus - 3 way stop cock - Oropharing 1 buah - Sungkup muka - Set Suction 1 buah - Plester 1 buah - Oksigen - Spuit ukuran 10cc, 5cc, 3cc sesuai kebutuhan - Dianjurkan ada matras penghangat - Dianjurkan ada penghangat cairan infus - Selimut dan topi untuk mencegah hypothermia <p>3. Dokter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visite perioperatif : anamnesa + pemeriksaan fisik. - Penentuan klasifikasi ASA PS. - Check list kesiapan obat dan alat anestesi. - Menjelaskan rencana & risiko anestesia
<p>Prosedur Tindakan</p>	<p>A. Pemeriksaan ulang peralatan dan obat yang akan digunakan</p> <p>B. Premedikasi Tujuan premedikasi untuk membuat penderita di ruang operasi menjadi tenang dan nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemasangan IV line bila infus belum terpasang, pastikan Infusi berjalan lancar. 2. Pemasangan alat monitor <p>C. Induksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preoksigenasi 2. Induksi dapat dilakukan secara inhalasi dengan sungkup muka maupun intravena

3. Menjaga jalan nafas tetap aman
4. Menjaga ventilasi tetap adekuat
5. Titrasi obat anestesi dan pemantauan efek obat
6. Intubasi dengan atau tanpa menambahkan pelumpuh otot
7. Laringoskopi dan insersi pipa endotracheal.
8. Check ketepatan insersi pipa endotrakheal, kesamaan bunyi nafas kemudian fiksasi pipa endotrakheal.

D. Rumatan anestesi

1. Menggunakan oksigen dan obat anestesi inhalasi dengan maupun tanpa pelumpuh otot atau rumatan dengan obat intravena kontinyu. menggunakan dosis sesuai umur dan berat badan.
2. Titrasi dan pemantauan efek obat dan dijaga kadar anestesi aman selama prosedur tindakan
3. Pernafasan kontrol atau asissted selama perjalanan operasi
4. Suplemen analgetik opioid sesuai kebutuhan
5. Dapat dikombinasi dengan anestesi regional sesuai kebutuhan, setelah dilakukan anestesi umum
6. Monitoring fungsi vital dan suara nafas dengan precordial, memperhatikan posisi endotrakheal tube selama operasi berlangsung secara berkala.
7. Evaluasi pemberian cairan dan kebutuhan untuk mengganti kehilangan cairan pada saat prosedur tindakan
8. Pastikan tidak ada sumber perdarahan yang belum teratasi
9. Menjaga suhu tubuh pasien tetap hangat selama prosedur tindakan.

E. Akhir Operasi.

1. Beri terapi oksigen sampai penderita sadar
2. Dianjurkan memberikan *reversal*(pemulih pelumpuh otot) pada yang menggunakan pelumpuh otot
3. Injeksi analgetik post op.
4. Ekstubasi jika nafas spontan memadai ,

	setelah pasien sudah sadar baik masih atau masih belum ada refleks (ekstubasi dalam)
Pasca Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi oksigen dengan menggunakan masker atau nasal kateter sesuai kebutuhan. 2. Pemantauan fungsi vital di ruang pulih sadar sampai tidak ada gangguan fungsi vital. 3. Evaluasi nyeri, gelisah, perubahan tanda vital 4. Beberapa kasus tertentu membutuhkan perawatan lebih lanjut di NICU/PICU dengan alat dan monitoring khusus sesuai dengan kondisi penyulit penderita dan prosedur pembedahan 5. Atasi komplikasi yang terjadi. 6. Analgetik pasca operasi

PANDUAN PUASA PRA ANESTESI

Definisi:

Puasa adalah salah satu tindakan persiapan sebelum operasi, pasien tidak boleh makan atau minum dimulai pada waktu tertentu sebelum operasi. Lamanya puasa yang dibutuhkan tergantung dari banyak factor, seperti jenis operasi, waktu makan terakhir sampai dimulainya tindakan (pada operasi emergensi), tipe makanan, dan pengobatan yang diberikan pada pasien sebelum operasi

Indikasi

Untuk mencegah aspirasi atau regurgitasi

1. Prosedur Diagnostik
2. Prosedur Pembedahan

Kontra Indikasi: tidak ada

Puasa pra anestesi untuk anak sehat:

Jenis asupan oral	Minimum Masa Puasa
Cairan bening/lain*	2 jam [level of evidence A (usia > 1 th); level of evidence D (usia < 1 tahun)]
ASI	4 jam (level of evidence D)
Formula bayi	6 jam (level of evidence D)
Susu sapi	6 jam (level of evidence D)
Makanan	6 jam (level of evidence D)

Puasa pra anestesi untuk anak Resiko tinggi:

Rekomendasi Umum

1. Pasien beresiko tinggi harus mengikuti aturan puasa pra anestesi yang sama seperti anak-anak yang sehat, kecuali ada kontraindikasi.
2. Selain itu, tim anestesi harus mempertimbangkan intervensi lebih lanjut, (Mis: Pemasangan OGT/NGT) sesuai dengan kondisi klinis pasien [D]
3. Anak-anak yang menjalani operasi darurat harus diperlakukan seolah-olah mereka memiliki lambung penuh. Jika memungkinkan, anak harus mengikuti Panduan puasa yang normal untuk memungkinkan pengosongan lambung. [D]

Pemberian obat-obatan pra anestesi:

1. Obat bisa diminum /dilanjutkan sebelum operasi kecuali ada anjuran yang bertentangan. (D)
2. Sampai dengan 0,5 ml / kg (maksimal 30 ml) air dapat diberikan secara oral untuk membantu anak-anak meminum obat. (D)

Premedikasi

1. Pemberian premedikasi yang ditentukan, misalnya benzodiazepin, tidak mempengaruhi rekomendasi puasa untuk air dan cairan bening lainnya. [A]
2. Antagonis reseptor histamin-2 (H2RAs).

Penggunaan rutin antagonis reseptor H2 (H2RAs) tidak dianjurkan untuk anak-anak yang sehat. [D]

Bila Operasi Tertunda

1. Pertimbangan untuk memberikan anak minum air atau cairan bening lainnya untuk mencegah rasa haus yang berlebihan dan dehidrasi.
2. Konfirmasi terlebih dahulu pada tim anestesi dan / atau ahli bedah yang penundaan cenderung lebih dari dua jam, berikan air atau cairan lain yang jelas harus diberikan. (D=darurat)

Catatan:

1. 'Sehat' didefinisikan sebagai ASA I-II tanpa penyakit gastrointestinal atau gangguan lain
2. * Cairan bening adalah cairan yang bila diberi cahaya, transparan. Termasuk minuman berbasis glukosa, jus yang jernih. tidak termasuk partikel atau produk berbasis susu.
3. Ahli anestesi harus mempertimbangkan intervensi lebih lanjut (Mis: Pemasangan OGT/NGT) untuk anak-anak yang berisiko regurgitasi dan aspirasi.
4. Pasca anestesi pada anak-anak yang sehat dan telah sadar baik dapat diberikan cairan oral selama tidak ada kontra indikasi. Tidak ada persyaratan untuk minum sebagai bagian dari kriteria keluar ruang pemulihan.

3.9 PELAYANAN FARMASI

Instalasi Farmasi RS. Mata Undaan Surabaya melaksanakan :

- I. Melakukan Pengelolaan dan Pengawasan Perbekalan Farmasi meliputi :
 - a. Seleksi atau pemilihan melalui Formularium di lakukan setiap tahun dan di lakukan Evaluasi Formularium 3 bulanan
 - b. Perencanaan Perbekalan Farmasi -> melakukan MMSL (Maximum Minimum Stock Level)
 - c. Pengadaan Perbekalan Farmasi -> dilakukan 1 pintu melalui instalasi Farmasi sesuai peraturan PerMenKes 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi

- d. Penerimaan Perbekalan Farmasi
 - e. Penyimpanan Perbekalan Farmasi
 - f. Pendistribusian Perbekalan Farmasi -> kombinasi antara WFS (Ward Floor Stock dan UDD (Unit Daily Dose)
 - g. Penarikan dan Pemusnahan Perbekalan Farmasi yang Expire Date
 - h. Administrasi Perbekalan Farmasi dalam hal pelaporan bulanan perbekalan farmasi
 - i. Melakukan penganggaran penagihan perbekalan farmasi setiap tanggal 2, 12 dan 22 setiap bulannya.
 - j. Melaksanakan TUKAR FAKTUR dari pihak supplier / pemasok
 - k. Membuat Data rekapan Hutang yang belum di bayarkan oleh pihak keuangan
 - l. Melakukan Monitoring Bulanan untuk perbekalan Farmasi di Unit
2. Melakukan Pelayanan Farmasi Klinik meliputi :
- a. Pengkajian dan Pelayanan resep dilakukan setiap penerimaan resep di kamar obat dan rawat inap dilakukan telaah resep dan telaah obat.
 - b. Penelusuran Riwayat Penggunaan
 - c. Rekonsiliasi obat
 - d. Pelayanan Informasi Obat
 - e. Konseling
 - f. Visite
 - g. Pemantauan Terapi Obat
 - h. Monitoring Efek Samping Obat
 - i. Evaluasi Penggunaan Obat
 - j. Dispensing/Pencampuran obat hanya dilakukan oleh farmasi
 - k. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) belum dilakukan di Instalasi Farmasi.

3.10 PELAYANAN REKAM MEDIK

1. Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab mengisi rekam medis di RS Mata Undaan adalah :
 - a. Dokter spesialis yang melayani pasien di RS. Mata Undaan
 - b. Dokter tamu yang merawat pasien di RS Mata Undaan
 - c. Dokter yang mengambil program PPDS Mata yang melayani pasien di RS Mata Undaan (atas sepengetahuan dokter spesialis mata selaku pembimbing)
 - d. Tenaga kesehatan tertentu yang terlibat langsung dalam pelayanan
 - e. Dalam hal dokter ke luar negeri maka yang melakukan tindakan/konsultasi kepada pasien dan mengisi reka medis adalah dokter yang dirujuk oleh DPJP yang mendapatkan tugas alih rawat dengan sepengetahuan dan persetujuan pasien
2. Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis
3. Setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama,waktu dan paraf atau tanda tangan dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung
4. Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang membimbing, sedangkan mahasiswa bidang kesehatan lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab tenaga kesehatan di RS Mata Undaan
5. Semua laporan asli dari dokter, paramedic dan tenaga kesehatan lainnya disimpan dalam rekam medis, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, USG, MRI, dan lain-lain

6. Penulisan diagnosis harus sesuai dengan terminology di ICD-10
7. Jika terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan. Pembetulan dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan, dan penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperkenankan

BAB IV DOKUMENTASI

1. Form Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)
2. Form Early Warning System (EWS)
3. Form asesmen gizi
4. Form asesmen nyeri
5. Form DNR

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 20 April 2019
Direktur

The image shows a handwritten signature in blue ink over a circular official stamp. The stamp contains the text 'RS HSAKIT ABTA' at the top, 'INDAAN' in the center, and 'LADANG KEMAHASISWAAN' at the bottom. The signature is written in a cursive style.

dr. Sudjarno, Sp.M(K)