

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Assaf, A. (2014). *Mutu pelayanan kesehatan : Perspektif internasional*. Jakarta: EGC.
- Anderson, E. R., & Glasier, A. (2011). Emergency contraception. *Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America*, *11*(4), 705–713. <https://doi.org/10.1002/14651858>
- Andre, Y., Machmud, R., & Murni, A. W. (2013). Hubungan pola makan dengan kejadian depresi pada penderita dispepsia fungsional. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *2*(2), 73. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i2.123>
- Anggraeny, V., & Ilmi, T. (2019). Analisis pengendalian persediaan obat bpjs dengan metode ABC, VEN, dan kombinasi ABC-VEN di Rumah Sakit Bhayangkara Kediri. *Java Health Journal*, *6*(2), 1–6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1210/jhj.v6i1.265>
- Arefian, H., Hagel, S., Fischer, D., Scherag, A., Brunkhorst, F. M., Maschmann, J., & Hartmann, M. (2019). Estimating extra length of stay due to healthcare-associated infections before and after implementation of a hospital-wide infection control program. *PLoS One*. *14*(5), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217159>. PMID: 31100094
- Arora, S., Patel, P., Lahewala, S., Patel, N., Patel, N. J., Thakore, K., ... Gopalan, R. (2016). Etiologies, trends, and predictors of 30-day readmission in patients with heart failure. *American Journal of Cardiology*, *119*(5), 760–769. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2016.11.022>. PMID: 28109560.
- Astuti, Y., Dewi, A., & Arini, M. (2017). Evaluasi implementasi clinical pathway sectio caesarea di rsud panembahan senopati bantul. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, *6*(2), 97–111. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6133>
- Atmiroseva, A., & Nurwahyuni, A. (2017). Inpatient readmission incidence of national health insurance patients at partner hospitals of BPJS- health in Sukabumi 2015. *Journal of Indonesian Health Policy and Administration*, *2*(2), 20. <https://doi.org/10.7454/ihpa.v2i2.1909>
- Bryan, M. A., Desai, A. D., Wilson, L., Wright, D. R., & Smith, R. (2017). Association of bronchiolitis clinical pathway adherence with length of stay and costs. *Pediatrics*, *139*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3432>. PMID: 28183732.
- Buchert, A. R., & Butler, G. A. (2016). Clinical pathways. driving high-reliability and high-value care. *Pediatric Clinics of North America*, *63*(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.12.005>. PMID: 27017038.

- Budiarto, W., & Sugiharto, M. (2013). Biaya klaim ina cbgs dan biaya rill penyakit katastrofik rawat inap peserta jamkesmas di rumah sakit studio di 10 rumah sakit milik kemeterian kesehatan januari-maret 2012. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 16(1), 58–65.
- Creswell John W. (2016). *Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed* (ketiga). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- de Belvis, A. G., Lohmeyer, F. M., Barbara, A., Giubbini, G., Angioletti, C., Frisullo, G., ... Specchia, M. L. (2019). Ischemic stroke: clinical pathway impact. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(3), 588–598. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2018-0111>. PMID: 31018795.
- Dewanti, R. (2019). Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan lama perawatan pasien di ruang rawat inap penyakit dalam rsud wates, 3, 1–9. Retrieved from <http://repository.unjaya.ac.id/3396/>
- Dewi, S., Meliala, A., & Ambarriani, A. S. (2019). Disparitas tarif ina-cbg's dan tarif rumah sakit pasien bpjs rawat inap di rsud kolonodale, kabupaten morowali utara. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 8(2), 71–74. <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jkki.37767>
- Donabedian. (1989). The quality of care: how can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 261(8), 1151. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03420080065026>
- Donabedian, A. (1981). Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *American Journal of Public Health*, 71(4), 409–412. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.4.409>
- Duncan, C. M., Moeschler, S. M., Horlocker, T. T., Hanssen, A. D., & Hebl, J. R. (2013). A self-paired comparison of perioperative outcomes before and after implementation of a clinical pathway in patients undergoing total knee arthroplasty. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 38(6), 533–538. <https://doi.org/10.1097/AAP.000000000000014>. PMID: 24121605.
- Ekawati & Afridah. (2018). Hubungan antara lama hari rawat dengan antrian masuk rumah sakit pada pasien BPJS di RS Islam Jemursari Surabaya. *Journal of Health Sciences*, 8(1), 97–103. <https://doi.org/10.33086/jhs.v8i1.223>
- Elly, N., & Asmawati. (2016). Faktor-faktor yang mempengaruhi lama hari rawat pasien laparotomi di Rumah Sakit DR. M Yunus Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(September), 14–18. <http://lp3m.thamrin.ac.id/upload/jurnal/JURNAL-1519703558.pdf>
- Fadilah, N. F. N., & Budi, S. C. (2018). Efektifitas implementasi clinical pathway terhadap average length of stay dan outcomes pasien DF-DHF anak di

RSUD Kota Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 2(2), 175.
<https://doi.org/10.22146/jkesvo.30333>

- Farokhzadian, J., Nayeri, N., & Borhani, F. (2015). Challenges of effective integration of clinical risk management into hospitals in Iran. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 2631(May 2017).
<https://doi.org/https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27040>. PMID: 25968444
- Flannelly, L. T., Flannelly, K. J., & Jankowski, K. R. B. (2014). Independent, dependent, and other variables in healthcare and chaplaincy research. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(4), 161–170.
<https://doi.org/10.1080/08854726.2014.959374>. PMID: 25255148.
- Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 42–48.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.04.003>. PMID: 20129592.
- Gusti Ihsan. (2017). Dampak penerapan clinical pathway pada pasien DBD terhadap outcome pelayanan di RSUD Taman Husada Bontang. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- Hadidah, I. S. (2016). Faktor penyebab kejadian stagnant dan stockout di instalasi Farmasi UPT Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS.Dr. Soetomo*, 2(2), 110.
<https://doi.org/10.29241/jmk.v2i2.56>
- Haslinda. (2017). Penerapan model pendokumentasian asuhan terintegrasi di RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan. Retrieved from <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/id/eprint/4698>
- Herman, H., & Lau, S. H. A. (2020). Faktor risiko kejadian dispepsia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 1094–1100.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.471>
- Hijrah. (2021). Evaluasi mutu pelayanan kesehatan berdasarkan length of stay (LOS), hospital cost, dan readmission pada pasien BPJS di RSU Anutapura Palu. *Repository Universitas Hasanuddin*,
<http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/11233/>
- Himawati, T., & Bachtiar, A. (2018). Proceedings of international conference on applied science and health ICASH-A47 the effect of clinical pathway toward hospital quality and cost in RSUS hospital proceedings of international conference on applied science and health, (3), 324–327.
- Hipp, R., Abel, E., & Weber, R. J. (2016). A primer on clinical pathways. *Hospital Pharmacy*, 51(5), 416–421. <https://doi.org/10.1310/hpj5105-416>. PMID: 27303097.

- Huber, D. L. (2010). *Leadership and Nursing Care* (4th ed.). USA: Elsevier Ltd.
- Ismail Aniza. (2012). Clinical pathways : Development and implementation at a tertiary hospital in Malaysia. *International Journal of Public Health Research*, 2(2), 153–160.
- Jayanti, L., & Hariyati, T. (2020). Pengembangan sistem informasi manajemen dengan integrated clinical pathway terhadap mutu pelayanan keperawatan. *Syntax Idea*. 2(2), 63-71 <https://doi.org/10.36418/syntax-idea.v2i2.148>
- Kemenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19). *Germas*, 0–115.
- Khan, A., Nakamura, M. M., Zaslavsky, A. M., Jang, J., Berry, J. G., Feng, J. Y., & Schuster, M. A. (2015). Same-hospital readmission rates as a measure of pediatric quality of care. *JAMA Pediatrics*, 169(10), 905–912. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1129>
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in Nursing and Health*, 40(1), 23–42. <https://doi.org/10.1002/nur.21768>. PMID: 27686751
- Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8, 8–10. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-31>. PMID: 20507550
- Klundert, J., Gorissen, P., & Zeemering, S. (2010). Measuring clinical pathway adherence. *Journal of Biomedical Informatics*, 43(6), 861–872. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2010.08.002>. . PMID: 20696277.
- Komite Akreditasi Rumah Sakit. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*. Komite Akreditasi Rumah Sakit.
- L Hilfi, H Djuhaeni, EP Setiawati, K Ratna, & SA Paramita. (2015). Perbedaan perhitungan unit cost dengan menggunakan metode activity based costing (abc) dan metode double distribution (dd) untuk pasien tb paru kategori 2 di instalasi rawat jalan dan rawat inap rumah sakit paru. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 4(3), 109–116. <https://doi.org/https://doi.org/10.24198/jsk.v1i2.12835>
- Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P., & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182>. PMID: 20584273
- Laundu Kartini. (2020). Evaluasi faktor penyebab 30-days hospital readmission

rates pada penyakit tuberkulosis paru dan diabetes mellitus Di RSUD Ampana, 2507(February), 1–9. Retrieved from <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/1095/>

- Li, W., Liu, K., Yang, H., & Yu Changrui. (2014). Integrated clinical pathway management for medical quality improvement - Based on a semiotically inspired systems architecture. *European Journal of Information Systems*, 23(4), 400–417. <https://doi.org/10.1057/ejis.2013.9>
- Lingsma, H. F., Bottle, A., Middleton, S., Kievit, J., Steyerberg, E. W., & Marang-Van De Mheen, P. J. (2018). Evaluation of hospital outcomes: The relation between length-of-stay, readmission, and mortality in a large international administrative database. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2916-1>. PMID: 29444713
- Lucas, D. J., Haider, A., Haut, E., Dodson, R., Wolfgang, C. L., Ahuja, N., ... Pawlik, T. M. (2013). Assessing readmission after general, vascular, and thoracic surgery using ACS-NSQIP. *Annals of Surgery*, 258(3), 430–437. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a18fcc>. PMID: 24022435
- Mardiana, I., S. Hubeis, A. V., & Panjaitan, N. K. (2014). Hubungan kepuasan kerja dengan turnover intentions pada perawat Rumah Sakit Dhuafa. *Manajemen IKM: Jurnal Manajemen Pengembangan Industri Kecil Menengah*, 9(2), 119–130. <https://doi.org/10.29244/mikm.9.2.119-130>
- Mellen, R. C., & Pudjirahardjo, W. J. (2013). Faktor penyebab dan kerugian akibat stockout dan stagnant obat di unit logistik RSUD Haji Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 1 Januari – Maret 2013*, 1, 99–107.
- Meo Maria. (2015). Pengembangan sistem informasi manajemen keperawatan dengan integrated clinical pathway untuk meningkatkan kualitas Pelayanan, 3(1), 48–55. Retrieved from <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/4028/3746>
- Monica, R. D., Firdaus, F. M., Lestari, I. P., Suryati, Y., Rohmayani, D., & Hendrati, A. (2021). Analisis perbedaan tarif Riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's berdasarkan kelengkapan medis pasien rawat inap pada kasus persalinan sectio caesarea guna pengendalian biaya Rumah Sakit TNI AU Dr. M. Salamun Bandung. *Jmiki*, 9(1), 90–96. Retrieved from <https://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/90>
- Muchtar, N. R., Tjitrosantoso, H., & Bodhi, W. (2015). Studi penggunaan obat antihipertensi pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani perawatan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2013 - Juni 2014. *Pharmacon*, 4(3), 22–28. <https://doi.org/https://doi.org/10.35799/pha.4.2015.8833>.

- Muninjaya. (2011). *Manajemen Kesehatan* (Edisi 3). Jakarta: EGC.
- Mutiarasari, D., Pinzon, R. T., & Gunadi, G. (2017). Evaluasi proses pengembangan dan penerapan clinical pathway kasus stroke iskemik skut di Rumah Sakit Anutapura Kota Palu. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 2(2), 335. <https://doi.org/10.21460/bikdw.v2i2.59>
- Nair, R., Lak, H., Hasan, S., Gunasekaran, D., Babar, A., & Gopalakrishna, K. V. (2020). Reducing All-cause 30-day Hospital Readmissions for Patients Presenting with Acute Heart Failure Exacerbations: A Quality Improvement Initiative. *Cureus*, 12(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.7420>. PMID: 32351805
- Nofitasari, S., & Mahawati, E. (2010). Analisis lama perawatan (LOS) partus sectio caesarea pada pasien jamkesmas rawat inap berdasarkan Ina- Cbg's di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Tahun 2010. *FIKI*. 38(11), 2–5. <http://publikasi.dinus.ac.id/index.php/fiki2013/article/view/520>
- Nurdiana, Hariyati, Anisah. (2017). Penerapan fungsi manajemen kepala ruangan dalam pengendalian mutu keperawatan, (October). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.32419/jppni.v2i3.93>
- Nursalam. (2014). *Manajemen keperawatan aplikasi keperawatan profesional Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2016). *Metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pendekatan Praktis* (Edisi 4). Jakarta: Salemba Medika.
- Nusantari, A., & Hartono, B. (2021). Analisis faktor determinan efisiensi nilai bed occupancy ratio (Bor) dengan fishbone analysis. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.24853/mpjh.v1i2.8743>
- Parahita, I. K. (2010). Analisis kinerja kepala ruang setelah mendapat pelatihan manajemen keperawatan menurut persepsi staf keperawatan di rumah sakit PKU Muhammadiyah Surakarta. Retrieved from <http://eprints.ums.ac.id/9493/1/J210060100.pdf>
- Pinontoan, M. E., Dengo, S., & Ruru, J. (2015). Implementasi standar operasional prosedur dalam pelayanan bpjs kesehatan di RSUD Prof. DR.Kandou Manado. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(031), 1–23.
- Poornima, C. (2017). *Total quality management* (Third Edit). Pearson.
- Purba, I., Wandra, T., Nugrahini, N., Nawawi, S., & Kandun, N. (2016). Program pengendalian demam tifoid di Indonesia: Tantangan dan peluang. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 26(2), 99–108. <https://doi.org/10.22435/mpk.v26i2.5447.99-108>

- Putri Nelisya. (2021). Analisis penyebab defisit anggaran badan penyelenggara jaminan sosial (bpjs) kesehatan. Universitas Islam Negeri Sumatera Utara. Retrieved from <http://repository.uinsu.ac.id/id/eprint/12187>
- Radwan, N. M., Mahmoud, N. E., Alfaifi, A. H., & Alabdulkareem, K. I. (2021). Factors associated with prolonged length of stay in intensive care unit: Systematic review and meta-analysis. *Advances in Bioscience and Clinical Medicine*, 9(1), 30. <https://doi.org/10.7575/aiaa.abcmed.v.9n.1p.30>
- Rahmayanti, V. (2017). Gambaran sistem distribusi obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2017.
- Rasyid A, Syahrul Syahrul, & Tahir Takdir. (2021). Faktor yang mempengaruhi kejadian readmisi 30 hari terhadap pasien congestive heart failure (CHF). *Journal of Telenursing*, 3, 2013–2015. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2260>
- Reeves, S., Pelone, F., Horison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Library*, (6), 10–13. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072>. pub3.www.cochranelibrary.com. PMID: 28639262
- Rinjani, V., & Triyanti, E. (2016). Analisis efisiensi penggunaan tempat tidur per ruangan berdasarkan indikator Depkes dan Barber Johnson. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 38–45. Retrieved from <http://jmiki.aptirmik.or.id/index.php/jmiki/article/view/130/94>
- Riyadina, W., Rahajeng, E., & Driyah, S. (2020). Gambaran gangguan fungsi Ginjal kasus baru penderita diabetes melitus, jantung koroner, dan stroke pada studi kohor di bogor indonesia. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 30(4), 295–304. <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i4.3231>
- Riza, R. C., & Nurwahyuni, A. (2019). *The implementation and outcome of clinical pathway : A systematic review*. 677–686.
- Rotter T, Kinsman L, James E, et al. (2017). *Review : Clinical pathways reduce in-hospital complications but not in-hospital mortality or readmissions*. 153(2), 20212.
- Saputra, M., Marlinae, L., Rahman, F., & Rosadi, D. (2013). Program jaminan kesehatan nasional dari aspek sumber daya manusia pelaksana pelayanan kesehatan, 11(1), vol 7-No 10. <https://doi.org/https://doi.org/10.15294/kemas.v11i1.3462>
- Sari, D. R. (2017). Audit implementasi clinical pathway diare akut di rumah sakit anak dan bunda harapan kita tahun 2016. *Jurnal ARSI*, 3(2), 115–126.

<https://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2217>

- Siebens, K., Miljoen, H., Geest, S. de, Drew, B., & Vrints, C. (2012). Development and implementation of a critical pathway for patients with chest pain through action research. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(4), 466–471. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.05.004>. . PMID: 21676654.
- Sistha Fitria Nila. (2013). Gambaran dan analisis biaya pengobatan gagal jantung kongestif pada pasien rawat inap di RS “A” di Surakarta tahun 2011, 1–10. Retrieved from <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/24214>
- Sugiyono. (2016). *Metode penelitian: kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Suryanti. (2019). Karakteristik penderita dispepsia pada kunjungan rawat jalan praktek pribadi Dr. Suryanti periode bulan Oktober-Desember 2018. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmu*, *XIII*(5), 114–121. <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/1397>
- Sutoto, S. S. W. B., Sulistyono Hanny, Djoni, D., Exsenveny, L., Lumenta, N. A., Nefro MM, M. K., ... Zainal, A. (2015). *Clinical practice guideline and clinical pathway in integrated care based on hospital standard accreditation 2012*. Jakarta.
- Syawaluddin. (2020). Economic loss analysis pasien rawat inap usia produktif. *Journal Al-Buhuts*, *16*, 168–185. <https://journal.iaingorontalo.ac.id/index.php/ab/article/view/1757>
- Tarigan. (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian readmission pasien dengan penyakit gagal jantung kongestif tahun 2020. 10–27. <https://repository.stikeselisabethmedan.ac.id/wp-content/uploads/2021/11/Tiara-Victoria-Tarigan.pdf>
- Tinah, T. (2020). Survival analysis readmission of patients with heart failure in hospital. *Arsip Kardiovaskuler Indonesia*, *5*(1), 276–281. <https://journal.uhamka.ac.id/index.php/arkavi/article/view/5496>
- Unit Stroke RS Bethesda Yogyakarta. (2012). Pengembangan dan penerapan clinical pathway dan register stroke untuk perbaikan indikator proses dan luaran Stroke.
- Utami, M. W., Purwanti, R., & Muchlis, C. (2020). Analisis sistem informasi akuntansi pengadaan peralatan medis dan persediaan (BHP) di BLUD RSU Jampangkulon. *Jurnal Proaksi*, (2), 176–182. Retrieved from <https://e-journal.umc.ac.id/index.php/JPK/article/view/1288>
- Vanhaecht, K., Panella, M., Zelm, R. Van, & Sermeus, W. (2010). Q An care

pathways as complex interventions. *International Journal of Care Coordination*.

117–123. Retrieved from <https://doi.org/10.1258%2Fjicp.2010.010019>

Verawaty, D. M., Damayanti, D. D., & Santosa, B. (2015). Perencanaan kebijakan persediaan obat dengan menggunakan metode probabilistik continuous review system pada bagian instalasi Farmasi Rumah Sakit AMC. *E-Proceeding of Engineering*, 2(1), 966–972. <https://openlibrarypublications.telkomuniversity.ac.id/index.php/engineering/article/view/2247/2124>

Walraven Van, C., Dhalla, I. A., Bell, C., Etchells, E., Stiell, I. G., Zarnke, K., ... Forster, A. J. (2010). Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. *Cmaj*, 182(6), 551–557. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091117>

Walraven Van, C & Jennings, A. A. J. F. (2011). *A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01773.x>

Widiarti, A. S., Lestari, T., & RMD, R. (2014). Analisis kejadian pasien pulang paksa di Rumah Sakit Tni Au Lanud Iswahjudi tahun 2013. *Jurnal Rekam Medis*, 8(2), 13–21.

Wilson, J. H. (1996). Multidisciplinary pathways of care a tool for minimising risk. *British Journal of Health Care Management*, 1(14), 720–724.

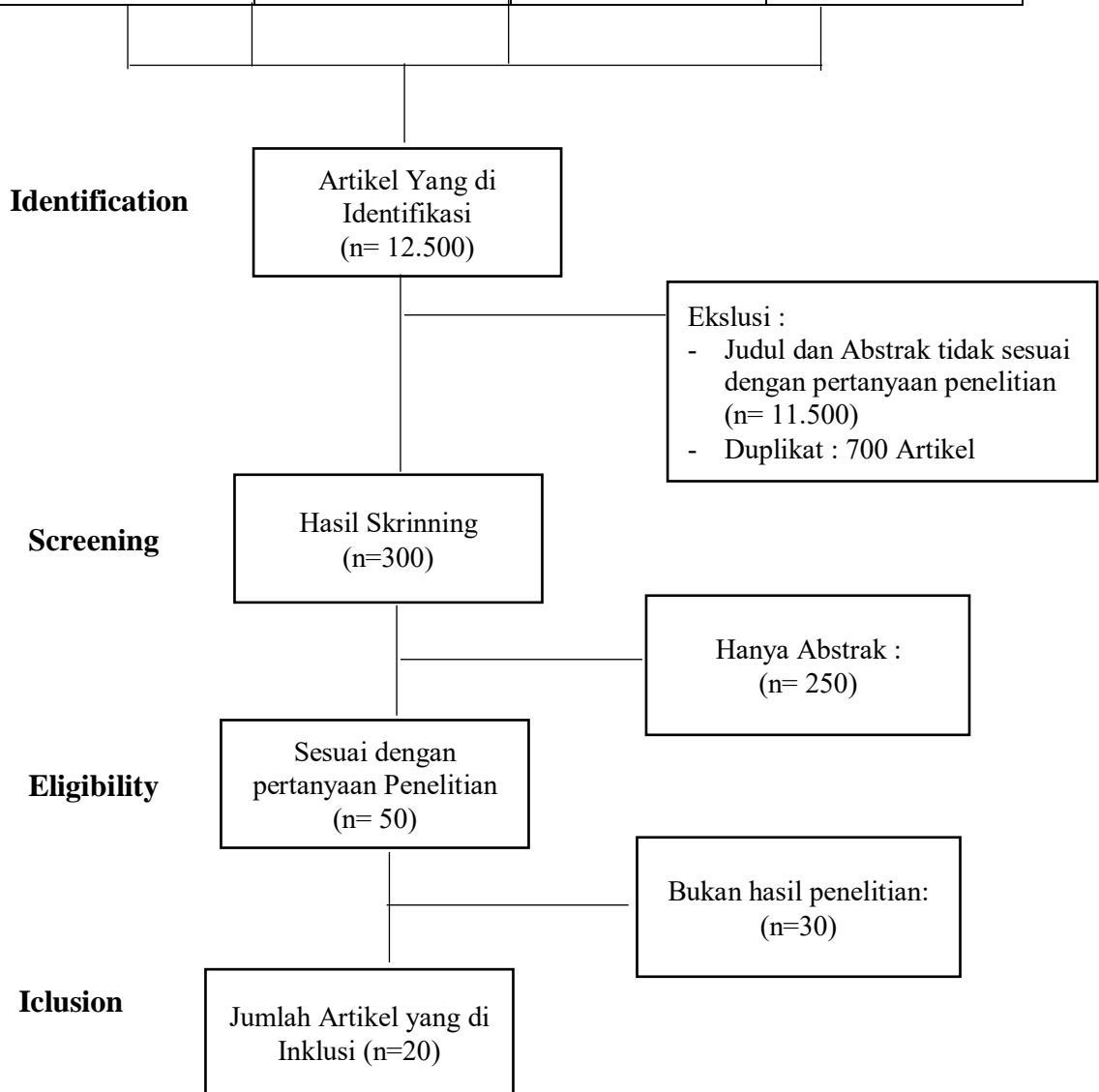
Yeh, T. M., Pai, F. Y., & Huang, K. I. (2015). Effects of clinical pathway implementation on medical quality and patient satisfaction. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(5–6), 583–601. <https://doi.org/10.1080/14783363.2013.863529>

Lampiran 1. Tabel PICO

Tabel PICO			
P	I	C	O
<i>Medical personnel AND high cost AND high risk AND high volume</i>	<i>Development integrated clinical pathway</i>	-	<i>Patient Health Outcome AND Length Of Stay AND Hospital Cost</i>

Lampiran 2. Algoritma Pencarian

PubMed	Wiley	ProQuest	Google Scholar
1.200	100	200	11.000



Lampiran 3.**Format Penilaian Kesesuaian Format ICP Berdasarkan SNARS Edisi 1.1.**

NO	ITEM PENILAIAN	CHF	CKD	Cerebral infark	TB Paru	Dyspepsia
		Sesuai / Tidak Sesuai	Sesuai / Tidak Sesuai	Sesuai / Tidak Sesuai	Sesuai / Tidak Sesuai	Sesuai / Tidak Sesuai
1.	Nomor Rekam Medik					
2.	Data Pasien					
3.	Riwayat Penyakit					
4.	Kode Variasi (ICD)					
5.	Jumlah Hari Perawatan					
6.	Assesment Awal :					
	- Assesment awal medis					
	- Assessment awal keperawatan					
	- Pemeriksaan laboratorium					
	- Pemeriksaan penunjang lain					
7.	Konsultasi					
	Assessment Lanjutan					
	- Assessment Medis lanjut					
	- Assessment keperawatan Lanjutan					
	- Assessment Gizi					
8.	- Assessment Farmasi					
	Diagnosis					
	- Diagnosis Medis					
9.	- Diagnosis keperawatan					
	- Diagnosis Gizi					
	Discharge Planning					
10	Edukasi Terintegrasi					
11	Terapi medika mentosa					
12	Tata Laksana Intervensi					
13	Monitor Evaluasi <ul style="list-style-type: none">• Dokter DPJP• Keperawatan• Gizi• Farmasi					
14	Mobilisasi dan Rehabilitasi					
15	Outcome / Hasil					
16	Kriteria Pulang					
17	Rencana Pulang / pelayanan lanjutan					
18	Varians					

Lampiran 4.

LEMBAR PENJELASAN UNTUK PARTISIPAN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi wabarakaatuh

Mohon maaf saya menyita waktu Bapak/Ibu beberapa menit. Saya **Hana Muhammad**, Mahasiswa Program Magister Ilmu keperawatan Universitas Hasanuddin Konsentrasi Manajemen Keperawatan bermaksud untuk meminta data/informasi kepada Bapak/Ibu terkait penelitian tesis saya dengan judul **“Eksplorasi Faktor Penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* pada lima penyakit dan Pengembangan Format ICP di RSUD Kabupaten Banggai.”**

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis mutu pelayanan kesehatan di Rumah sakit tempat bapak/ibu bekerja dan saya mengumpulkan informasi tentang hal-hal yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang telah bapak/ibu berikan. Penelitian ini bersifat sukarela. Saya selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan informasi yang akan diberikan oleh Bapak/Ibu jika bersedia menjadi partisipan, sehingga saya sangat berharap Bapak/Ibu menjawab pertanyaan dengan jujur tanpa keraguan. Jika Bapak/Ibu ingin jawaban yang diberikan tidak diketahui orang lain, maka wawancara singkat 3ias dilakukan secara tertutup.

Bila selama penelitian ini berlangsung atau saat wawancara singkat partisipan ingin mengundurkan diri karena sesuatu hal (misalnya: sakit atau ada keperluan lain yang mendesak) maka partisipan dapat mengungkapkan langsung kepada peneliti. Hal-hal yang tidak jelas dapat menghubungi saya (**Hana Muhammad /0821 8929 9919**).

Luwuk, Juli 2021

Peneliti,

Hana Y. Muhammad

Lampiran 5.

FORMULIR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Tanggal lahir/umur :

Alamat :

No. Hp :

Setelah mendengar/membaca dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai apa yang dilakukan pada penelitian dengan judul **“Eksplorasi Faktor Penyebab terjadinya *high volume, high risk, dan high cost* pada lima penyakit dan Pengembangan Format ICP di RSUD Kabupaten Banggai.”** maka saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Saya mengerti bahwa pada penelitian ini ada beberapa pertanyaan yang harus saya jawab, dan sebagai partisipan saya akan menjawab pertanyaan yang diajukan dengan jujur.

Saya menjadi partisipan bukan karena adanya paksaan dari pihak lain, tetapi karena keinginan saya sendiri dan tidak ada biaya yang akan ditanggungkan kepada saya sesuai dengan penjelasan yang sudah dijelaskan oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data yang diperoleh dari saya sebagai partisipan akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua informasi dari saya yang dihasilkan pada penelitian ini dapat dipublikasikan dalam bentuk lisan maupun tulisan dengan tidak mencantumkan nama. Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari, kami akan menyelesaikannya secara kekeluargaan.

Luwuk, September 2021

Partisipan

(_____)

Lampiran 6.

Penanggung Jawab Penelitian :

Nama : Hana Yulianti Muhammad
Alamat : Jl. P. Tahuna, Kelurahan Simpong Kab. Banggai
Tlp/HP : 0821 8929 9919
Email : muhammadhana91@gmail.com

Susunan Tim Peneliti

NO	NAMA	KEDUDUKAN DALAM PENELITIAN	KEAHLIAN
1	Hana Y. Muhammad	Peneliti Utama	Mahasiswa
2	Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si	Pembimbing I	Ilmu Manajemen keperawatan
3	Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D	Pembimbing II	Ilmu Manajemen keperawatan

Lampiran 7.

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

Mengidentifikasi factor penyebab terjadinya *high cost*, *high risk*, dan *high volume* di RSUD Kabupaten Banggai

Tim Pemberi Pelayanan Keperawatan di RSUD Kabupaten Banggai

Kriteria:

Dokter dan perawat di ruangan penyakit dalam, jantung dan neurologi, dan ruangan paru.

Tata Cara Pembukaan Diskusi

1. Ucapkan Salam
2. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan penelitian
3. Meminta persetujuan untuk menjadi partisipan
4. Menjelaskan kepada partisipan bahwa informasi dan pengalaman yang diceritakan sangat penting dan peneliti tidak akan memberikan penilaian benar atau salah terhadap informasi yang diberikan, oleh sebab itu jangan ragu dan takut untuk memberikan jawaban apa adanya sesuai apa yang diketahui, dialami, dirasakan dan dijalankan.
5. Sebelum wawancara mendalam dimulai, lakukanlah bina hubungan saling percaya

Data latar belakang karakteristik

1. Usia :
2. Status perkawinan :
3. Pendidikan :
4. Status kepegawaian :
5. Lama kerja :
6. Jenis pelatihan yang pernah diikuti :
7. Pengalaman bekerja sejak lulus dari pendidikan :

Penyakit kategori High Cost, High Risk, dan High Volume

1. Stroke Non Hemmoragik
2. Congestive heart failure (CHF)
3. CKD
4. Dyspepsia
5. *Tuberculosis paru without mention of bacterial or histological confirmation.*
(*Bronchietasis, fibrosis paru, pneumonia, pneumothorax*)

A. Departemen Penyakit Dalam, Departemen penyakit paru, dan Departemen penyakit Syaraf

Pertanyaan :

1. Hal-hal apa saja yang dapat menyebabkan terjadinya biaya lebih pada pengobatan pasien, meskipun pasiennya diagnosanya sama?
2. Apakah terdapat clinical pathway dimasing-masing ruangan? Menurut Bapak/ibu apa fungsi dari clinical pathway? Dan apakah diterapkan clinical pathway tersebut?
3. Apakah bapak/ ibu mengetahui biaya pengobatan pasien BPJS? Adakah tersedia diruangan-ruangan?
4. Menurut Bapak/Ibu apakah yang menyebabkan lama hari rawat berbeda-beda pada pasien yang berbeda dengan kasus yang sama?
5. Menurut bapak/ ibu apakah ada pasien yang lama hari rawatnya panjang dan beresiko? Apa penyebabnya?
6. Apakah ada hal-hal lain penyebab penyakit beresiko?

7. Hal-hal apa saja yang biasanya meningkatkan jumlah kasus di Rumah Sakit?
8. Dalam proses pelayanan apakah orang-orang sekitar mudah diajak untuk berkolaborasi? Dan apakah bapak/ibu merasa nyaman dengan orang-orang disekitarnya?

B. Pertanyaan untuk kepala bidang keperawatan

1. Menurut Bapak/ibu apakah ketersediaan sumber daya manusia untuk tenaga perawat di ruangan penyakit dalam, ruangan jantung, ruangan neurologi dan ruangan paru sudah memadai? Jika belum, berikan alasannya?
2. Menurut Bapak/ibu apakah ketersediaan sarana dan prasarana untuk pelayanan penyakit dalam, jantung, neurologi dan paru sudah sesuai standar kebutuhan rumah sakit? jika belum, berikan alasannya?
3. Menurut Bapak/ibu apakah kebijakan terkait pedoman pelayanan rumah sakit sudah tersedia khususnya untuk pelayanan keperawatan? Jika belum, berikan alasannya?
4. Bagaimana proses supervisi maupun evaluasi yang dilakukan pihak rumah sakit terkait hasil pelayanan keperawatan yang telah diberikan?

C. Pertanyaan untuk kepala bidang pelayanan

1. Menurut Bapak/ibu apakah jumlah SDM untuk tenaga dokter penyakit dalam, dokter jantung, dokter syaraf, dan dokter paru sudah sesuai standar kebutuhan rumah sakit? Jika belum, berikan alasannya.
2. Menurut Bapak/Ibu apakah sarana dan prasarana untuk pelayanan penyakit dalam, penyakit jantung, penyakit syaraf,, dan penyakit paru sudah sesuai standar kebutuhan rumah sakit? Jika belum, berikan alasannya.
3. Menurut Bapak/ibu apakah sudah tersedia pedoman pelayanan rumah sakit?
4. Bagaimana proses supervise maupun evaluasi terhadap pelayanan medis yang diberikan? Biasanya dalam waktu berapa bulan dilaksanakan supervise.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jln. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658,
E-mail : fkm.unhas@gmail.com, website: <https://fkm.unhas.ac.id/>

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 8076/UN4.14.1/TP.02.02/2021

Tanggal : 16 September 2021

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No.Protokol	11921092100	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Hana Yulianti Muhammad	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	Pengembangan Integrated Clinical Pathway Pada Lima Penyakit Kategori High Cost, High Risk, dan High Volume di RSUD Kabupaten Banggai		
No.Versi Protokol	1	Tanggal Versi	11 September 2021
No.Versi PSP	1	Tanggal Versi	11 September 2021
Tempat Penelitian	Kabupaten Banggai		
Judul Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku 16 September 2021 Sampai 16 September 2022	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan 	Tanggal 16 September 2021
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama : Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes	Tanda tangan 	Tanggal 16 September 2021

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporakn penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU (DPMPTSP)
JL. JEND. AHMAD YANI NO. 12 TELP. 0461 -21620 LUWUK – KAB. BANGGAI
SULAWESI TENGAH

IZIN PENELITIAN

Nomor : 503/067/DPMPTSP/IP/IX/2021

Dasar : 1. Surat Permohonan Izin Penelitian Sdr. Hana Yulianti Muhammad, S.Kep.,Ns,
 2. Rekomendasi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banggai
 Nomor : 070/170.1/BKB-P/2021, tanggal 14 September 2021.

Diberikan Izin Penelitian kepada :

Nama : **HANA YULIANTI MUHAMMAD, S.Kep.,Ns**
 Pekerjaan : Mahasiswa
 NIM : **R012182010**
 Alamat : Jl. P. Tahuna Kel. Simpong Kec. Luwuk Selatan
 Lembaga : Universitas Hasanuddin Makassar
 Fakultas : Keperawatan (S2)
 Penanggung Jawab : Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi
 Judul Penelitian : Pengembangan Integrated Clinical Pathway Pada Lima Penyakit Kategori High Cost, High Risk dan High Volume Di RSUD Kabupaten Banggai.
 Daerah Penelitian : RSUD Kabupaten Banggai

Dengan ketentuan-ketentuan Sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud;
2. Mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan norma dan adat istiadat setempat;
3. Apabila masa berlaku izin penelitian ini sudah berakhir dan pelaksanaannya belum selesai maka diwajibkan mengajukan perpanjangan Izin Penelitian;
4. Apabila tidak mentaati ketentuan seperti tersebut di atas maka Izin Penelitian ini dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
5. Izin Penelitian ini mulai berlaku selama 1 (satu) tahun sejak tanggal dikeluarkan sampai dengan **15 September 2022**.

Dikeluarkan di Luwuk
 Pada Tanggal 15 September 2021



Pt. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
 PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
 KABUPATEN BANGGAI

Ir. H. RUSDI RACHMAD

Pembina Utama Muda, IV/c
 NIP. 19650401 199603 1 005



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud_luwuk@yahoo.co.id
LUWUK - 94712



Nomor : 29/445.070/LITBANG/RSUD -2021 Kepada Yth,

Perihal : Izin Penelitian

.....
Di

Tempat

Dengan Hormat,

Menindak Lanjuti Surat Universitas Hasanuddin Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Nomor : 5516/UN4.18.1/PT.01.04/2021 Tanggal 10 September 2021 Tentang Permohonan Izin Penelitian, atas nama :

Nama : **Hana Yulianti Muhammad, S.Kep, Ns**

NPM : R012182010

Judul : **Pengembangan Integrated Clinical Pathway pada Lima Penyakit Kategori High Cost, High Risk, dan High Volume di RSUD Kabupaten Banggai.**

Untuk maksud tersebut diatas mohon kiranya, dapat membimbing dan memberikan data kepada Mahasiswa dimaksud.

Demikian Penyampaian kami, atas bantuan dan kerjasama yang baik diucapkan terimakasih.

Luwuk, 15 Oktober 2021

Kepala Bidang

Penelitian dan Pengembangan

RSUD Kab. Banggai



MULYANAH SANTY, SKM

NIP. 19681116 199101 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud_luwuk@yahoo.co.id
LUWUK - 94712



Nomor : 04/445.070//LITBANG/RSUD-2021

Kepada Yth,

Perihal : Pengambilan Data Awal

Kepala Ruangan BPJS

Di -

Tempat

Dengan Hormat,

Menindak Lanjuti Surat Universitas Hasanuddin Fakultas Keperawatan Nomor :
456/UN4.18.1/PT.01.04/2021 Tanggal 1 Februari 2021. Perihal Pengambilan Data Awal,
atasnama :

Nama : **Hana Yulianti Muhammad, S.Kep.,Ns**

NIM : R012182010

Judul : **Pengembangan Paduan Praktik Klinis dan Integrated Clinal
Pathway pada Lima Penyakit Prioritas High Volume, High Risk,
dan High Cost di RSUD Kabupaten Banggai**

Untuk Maksud tersebut diatas mohon kiranya Kepala Ruangan BPJS, agar dapat
membimbing dan memberikan data yang diperlukan.

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Luwuk, 11 Februari 2021

**Kepala Bidang Litbang
RSUD Kab. Banggai**



MULYANAH SANTY, SKM
NIP. 19681116 199101 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud_luwuk@yahoo.co.id
LUWUK - 94712



Nomor : 028/445.800/LITBANG/RSUD- 2021 Kepada Yth,
Lampiran : -
Perihal : Undangan Di-
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilaksanakan oleh Mahasiswa Program Pascasarjana Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar, dengan ini bermaksud mengundang Bapak/Ibu untuk mengikuti pertemuan awal dalam perihal "*Penyampaian Pengkajian Awal Penelitian dan Pembentukan Tim Pengembangan Integrated Clinical Pathway*", Yang insya allah akan dilaksanakan pada hari :

Hari, Tanggal : Sabtu, 25 September 2021
Jam : 09.00 Wita s/d selesai
Tempat : Ruang Komite Keperawatan RSUD Kab. Banggai

Demikian di sampaikan atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Luwuk, 22 September 2021

Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan
RSUD Kab. Banggai



MULYANAH SANTY, SKM
NIP. 19681116 199101 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud_luwuk@yahoo.co.id
LUWUK - 94712



Luwuk, 02 Desember 2021

Nomor : 234/445.800/RSUD-2021
Lampiran : -
Perihal : Telah Melaksanakan Penelitian

Kepada Yth,
Universitas Hasanuddin Makassar
Di-

T E M P A T

Dengan Hormat,

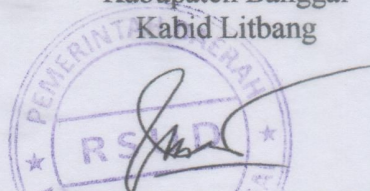
Menindak Lanjuti Surat Universitas Hasanuddin Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Nomor : 5516/UN4.18.1/PT.01.04/2021 Tanggal 10 September 2021 Tentang Permohonan Izin Penelitian, atas nama :

Nama : **Hana Yulianti Muhammad, S.Kep, Ns**
NPM : R012182010
Judul : **Pengembangan Integrated Clinical Pathway pada Lima Penyakit Kategori High Cost, High Risk, dan High Volume di RSUD Kabupaten Banggai.**

Bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai, selanjutnya kami kembalikan Universitas Hasanuddin Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Ilmu Keperawatan.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya. Terima Kasih.

an.Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banggai
Kabid Litbang



MULYANAH SANTY, SKM

Pembina, IV/a

NIP. 19681116 199101 2 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud.luwuk@gmail.com
LUWUK - 94712

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI
NOMOR : 2129 / 445.800 / X / RSUD-2021

TENTANG
PEMBENTUKAN TIM PENYUSUN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI

Menimbang:

- a. bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang kompleks, maka dipandang perlu untuk membentuk tim penyusun Integrated Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai ;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a, perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 /Menkes/SK/II 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan 56 Tahun 2014 tentang Perizinan dan klasifikasi Rumah sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien.
7. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 34 tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 755 tahun 2011 tentang komite medik.
9. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 49 tahun 2013 tentang komite keperawatan
10. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2016 tentang persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 66 tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit
12. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1438 tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran
13. KepmenPanRB nomor 14 tahun 2017 tentang indeks kepuasan masyarakat.
14. KepmenPanRB nomor 25 tahun 2004 tentang pedoman indeks kepuasan masyarakat
15. Peraturan Menteri lingkungan hidup dan kehutanan nomor 56 tahun 2015 tentang tata cara dan persyaratan teknis pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) fasyankes
16. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 tahun 2016 tentang pelayanan kefarmasian
17. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasyankes.



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud.luwuk@gmail.com
LUWUK - 94712

18. Peraturan Bupati Banggai Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kab.Banggai.

MEMUTUSKAN

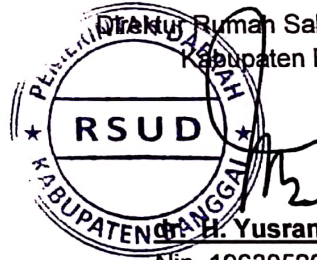
Menetapkan :

- KESATU** : Membentuk Tim Penyusun Integrated Clinical Pathway berdasarkan prioritas lima penyakit di Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai sesuai lampiran pada surat keputusan ini
- KEDUA** : Tugas dan Tanggung Jawab Penyusun Integrated Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai sebagaimana tercantum dalam lampiran II keputusan ini
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Luwuk

Pada tanggal : 25 Oktober 2021

Ditaku Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banggai



H. Yusran Kasim, ME

Nip. 19630529 199803 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud.luwuk@gmail.com
LUWUK - 94712

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai
Nomor : 2129 / 445.800 / X / RSUD-2021
Tentang : Pembentukan Tim Penyusun Integrated Clinical Pathway di Rumah
Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai

1. Koordinator :
Ketua Komite Medik : dr. Budiyanto Uda'a. Sp.KFR, M.Ked,Klin
Kabid Pelayanan : Disman Witarsa T, S.Kep
Kasubid Asuhan dan Profesi Keperawatan : Rosmiaty Hi. Idris, S.Kep.Ns

2. Pendamping Penyusunan ICP : Hana Yulianti Muhammad, S.Kep.Ns

3. Tim Penyusun :

a. Stroke Non Hemorragik

DPJP : dr. Veinels Ch Lomboan, Sp.S, M.Kes
Perawat Penanggung Jawab: Astuti Hj. Sasada, A.Md.Kep
Anggota : - Ferawaty Lamondjong, S.Si, Apt
- Richavila, A.Md.FT
- Marniaty Dayanun. A.Md.Kep
- Ilham Nurudin, A.Md.Kep
- Rostin Ladzoma, AMG

b. Chronik Kidney Disease (Gagal Ginjal Kronik)

DPJP : dr. Ernita Kamindang, Sp.PD
Perawat Penanggung Jawab : Febryanti Alita Tuwah, S.Kep.Ns
Anggota : - Asmawati, S.Gz
- Sriwahyuni, S.Farm, Apt
- Muzida Abd Karim, S.Kep.Ns
- Yuliana Purukan, A.Md.Kep
- Miswati Dayanun, S.Kep.Ns

c. Gagal Jantung Kongestif (CHF)

DPJP : dr. Agus Salim, Sp.PD
Perawat Penanggung Jawab : Vergina Ahmad, S.Kep.Ns
Anggota : - Nur Eli Asomah, S.Gz.Dietsen
- Nurmiati, S.Farm, Apt
- Rizka Erlita, S.Kep.Ns
- Moch. Nur Idham, S.Kep.Ns

d. Dyspepsia

DPJP : dr. Agus Salim, Sp.PD
Perawat Penanggung Jawab : Astuti Hj. Sasada, A.Md.Kep
Anggota :
- Ruhayah, S.Si, Apt
- Mariany Djafar, A.Md.Kep
- Fenty Indriani, A.Md.Kep
- Dian Pratiwi Ibrahim, S.Gz

e. TB Paru

DPJP : dr. Andi Yanti, Sp.P
Perawat Penanggung Jawab : Desfin Pasulu, S.Kep.Ns
Anggota :
- Indah Rahmawaty Muzamil, S.Si, Apt
- Hikmah, S.Kep.Ns
- Finarlin Tobingo, A.Md.Kep
- Nuriyani Safitri, S.Kep.Ns
- Meyling I.L. Soekirno, AMG



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud.luwuk@gmail.com
LUWUK - 94712

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI NOMOR : 2336 / 445.800 / XII / RSUD-2021

TENTANG PENETAPAN DAN PEMBERLAKUAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN BANGGAI

Menimbang:

- a. Bahwa untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang kompleks, maka dipandang perlu untuk menetapkan dan memberlakukan Integrated Clinical Pathway sebagai pedoman alur pelayanan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai ;
- b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Banggai;

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja
4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 /Menkes/SK/II 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit.
5. Peraturan Menteri Kesehatan 56 Tahun 2014 tentang Perizinan dan klasifikasi Rumah sakit.
6. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien.
7. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 34 tahun 2017 tentang akreditasi rumah sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 755 tahun 2011 tentang komite medik.
9. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 49 tahun 2013 tentang komite keperawatan
10. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2016 tentang persyaratan teknis bangunan dan prasarana rumah sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 66 tahun 2016 tentang keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit
12. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1438 tahun 2010 tentang standar pelayanan kedokteran
13. KepmenPanRB nomor 14 tahun 2017 tentang indeks kepuasan masyarakat.
14. KepmenPanRB nomor 25 tahun 2004 tentang pedoman indeks kepuasan masyarakat
15. Peraturan Menteri lingkungan hidup dan kehutanan nomor 56 tahun 2015 tentang tata cara dan persyaratan teknis pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) fasyankes



PEMERINTAH KABUPATEN BANGGAI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Imam Bonjol No. 14 / ☎ (0461) 21820, E-Mail : rsud.luwuk@gmail.com
LUWUK - 94712

18. Peraturan Bupati Banggai Nomor 44 Tahun 2015 Tentang Pedoman Teknis Pola Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kab.Banggai.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- KESATU** : Keputusan Direktur tentang penetapan dan pemberlakuan Integrated Clinical Pathway di RSUD Kabupaten Banggai
- KEDUA** : Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Banggai meliputi 5 kasus penyakit sebagai berikut:
1. *Stroke Non Hemoragik* (SNH)
 2. *Congestive Heart Failure* (CHF)
 3. *Chronic Kidney Disease* (CKD)
 4. *Tuberculosis Paru* (TB Paru)
 5. *Dyspepsia*
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Luwuk

Pada tanggal : 01 Desember 2021

Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Banggai



dr. H. Yusran Kasim, ME

Nip. 19630529 199803 1 001



SURAT KETERANGAN ABSTRAK

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Hana Yulianti Muhammad
No. Pokok : R012182010
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan UNHAS
Judul Tesis/Disertasi : Eksplorasi Faktor-faktor Penyebab Terjadinya High cost, high Risk, dan High Volume pada 5 Penyakit dan Pengembangan format ICP di RSUD Kab. Banggai
Judul Jurnal :

Menyatakan bahwa naskah abstrak yang disusun oleh mahasiswa tersebut di atas telah diedit dan diterjemahkan di Pusat Bahasa Unhas.

Makassar, 21 - 5 - 2022

Mengetahui,
Kepala Pusat Bahasa,



[Signature]
Dra. Herawaty, M.Hum., M.A., Ph.D.
NIP. 19630103 198803 2 003



HASIL TRANSKRIP WAWANCARA RESPONDEN

Responden 1

P : Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh..

R1 : Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh..

P : Tabe ses.. mohon maaf mengganggu..perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Unhas..Terima kasih ses atas waktunya. Disini saya melakukan penelitian terkait penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. *High cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe ses, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R1 : Iye, silahkan dek.. apa yang mau ditanyakan?

P : Tabe ses.., menurut ses, kira-kira apa yang menjadi penyebab kalau pasiennya itu biaya pengobatannya sampai melebihi paket BPJS khusus pada penyakit stroke non hemoragik dan dyspepsia?

R1 : Menurut saya, biasanya yang menyebabkan biaya pengobatannya lebih karena lama hari rawat pasien yang memanjang.

P : biasanya apa yang menyebabkan pasiennya lama di rawat ses?

R1 : eee... apa ee.. pada pasien dyspepsia dan stroke?

P : iyee ses

R1 : karena mungkin tindakannya belum sesuai standar. Kadang toh, kita itu nanti mau tulis dokumentasi baru di cari diinternet intervensinya apa-apa saja.. eh, pernah lalu kegiatan residensi yang buat clinical pathway, itu kan tindakan didalam clinical pathway terstruktur, aaa kita disini tidak ada seperti itu. Jadi, menurut saya penyebab biaya Rumah Sakit lebih besar dan lama hari rawatnya panjang karena tindakannya belum sesuai standar, tidak ada clinical pathway diruangan, tapi biasanya dokter yang buat itu kan hehehe (responden ketawa)

- P :hmmp, yang lalu ada buat tim dari dokter, perawat, gizi, dan farmasi. Sekarang clinical pathway terintegrasi seperti itu. Clinical pathway memang belum diterapkan di ruangan-ruangan ses? tidak ada SK nya?
- R1 : tidak ada Hana, kita yang ada itu hanya form dokumentasi pasien dan catatan perkembangan, dan setahu saya tidak ada kebijakan pimpinan tentang pemberlakuan dan penetapan clinical pathway di ruangan.
- P : Kembali lagi ses dilama hari rawat, terus yang menyebabkan lama hari rawat pasien berbeda-beda kenapa ses?
- R1 : yang menyebabkan lama hari rawat pasien berbeda-beda diantaranya karena psikologi pasien yang kurang baik, pasien sangat cemas dengan penyakitnya.
- P : kalau standar anggaran BPJS di ruangan ada tidak? Supaya ditahu, berapa paket biaya pengobatan per penyakit
- R1 : tidak ada hana..
- P : berarti ses belum mengetahui tariff INA-CBG's untuk paket perkasus? dan menurut ses kira-kira apa yang menyebabkan komponen biaya pengobatan berbeda- beda meskipun sama penyakit, kemudian dikelas rawat yang sama?
- R1 : Saya tidak tahu berapa tariff INA-CBG' untuk paket perkasus, dan yang menimbulkan perbedaan komponen pembiayaan Rumah Sakit itu ya karena rumah Sakit belum menyediakan standar anggaran BPJS revisi terbaru dan ruangan-ruangan tidak memegang standar anggaran tersebut
- P : Tabe ses, pertanyaan berikutnya, menurut ses hal-hal apa yang menyebabkan penyakit tersebut beresiko terhadap kondisi pasien?
- R1 : yaa karena lama hari rawat pasien toh memanjang, baru sudah muncul komplikasi le..
- P : Kalau penyebab peningkatan jumlah kasus itu biasanya terjadi karena apa ses?
- R1 : eee.. ini.. karena lagi depe musim penyakit stow hehehe (responden ketawa)
- P : hehehe (peneliti tertawa), ses merasa nyaman diruangan ini? Teman-teman mudah diajak kolaborasi?

- R1 : Alhamdulillah, sangat nyaman (sambil tersenyum)
- P : baiklah ses, mungkin cuma itu saja yang saya tanyakan, nanti selanjutnya kalau misalnya masih ada hal yang ingin saya tanyakan tidak apa-apa ses yah dikomunikasikan kembali, sekali lagi terima kasih banyak ses telah meluangkan waktunya untuk diwawancara.. semoga selalu sehat ses.. saya permisi dulu ses..
- R1 : aamiin.. sama-sama Hana, sukses selalu yaa..
- P : aamiin yaa Rabbal alamiin,,

Responden 2

- P : Assalamu'alaikum dokter, mohon maaf mengganggu dok..
- R2 : Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.. iye silahkan,
- P : Izin dok, perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Unhas. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian yaitu mengeksplorasi faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin dok, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe dok, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R2 : Iya, silahkan bu..
- P : dok, apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien sampai melebihi paket BPJS pada penyakit dyspepsia dan stroke?
- R2 : Salah satu yang menyebabkan biaya Rumah Sakit besar karena lama hari rawat memanjang yang disebabkan karena muncul keluhan-keluhan baru atau komplikasi. Paket BPJS itu dari pertama masuk sampai keluar tidak akan berubah, jadi kalau paket biayanya sedikit terus lama rawat yang memanjang yaa yang rugi RS, dan biasanya yang lama dirawat itu sudah beresiko
- P : Apakah dokter mengetahui paket BPJS per kasus?
- R2 : Ada, kalau dyspepsia itu lalu sedikit, sekarang sudah meningkat pakatnya.

P : dokter memegang standar anggaran BPJS agar diketahui berapa paket BPJS?

R2 : tidak bu..

P : dokter tabe, kalau di Rumah Sakit ini, sudah jalan clinical pathwaynya?

R2 : Lalu waktu akreditasi ada clinical pathway, tapi tidak jalan dan tidak ada juga SK penetapannya di ruangan. Kalau tidak salah clinical pathway yang dibuat terkait stroke berdasarkan pasien yang terbanyak di Rumah Sakit, tetapi itu tidak melibatkan semua profesi

P : jika terjadi pembesaran biaya ke pasien, apakah dokter mengetahuinya dok?

R2 : Ada..

P : terus, apa yang dilakukan dokter?

R2 : biasanya dipulangkan pasiennya, sesuai melihat bagaimana kondisi pasien. Kalau masih parah tetap dilakukan tindakan, jadi itu saya bilang tadi mau lama atau tidak, paket BPJS tidak akan berubah, sehingga kalau lama yang rugi Rumah Sakit.

P : Tabe dok, apakah ada hal lain yang menyebabkan penyakit pasien itu beresiko, selain lama hari rawat yang disebutkan dokter tadi?

R2 : yaa, karena komplikasinya, kemudian karena apalagi.. eee.. ada juga yang sudah minta pulang paksa, padahal belum sembuh total, itu kan beresiko..

P : iya dok, biasanya mereka pulang paksa karena apa dok?

R2 : terkadang dari biaya juga..

P : tabe dok, pertanyaan selanjutnya, kira-kira apa saja yang menyebabkan penyakit itu terus bertambah,, sehingga jumlah kasusnya banyak?

R2 : apa yaa, pola hidup masyarakat mungkin yang kurang baik,..

P : baik dok, itu saja mungkin yang menjadi pertanyaan saya terkait *high cost*, *high risk*, dan *high volume*.. karena memang hasil dari pengambilan data awal saya di Rumah Sakit sini ada lima penyakit yang masuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume*..

R2 : penyakit apa saja itu bu?

P : eee.. ada penyakit CHF, dyspepsia, TB Paru, stroke non hemmoragik, dan gagal ginjal kronik dok..

- R2 : memang kasus-kasus yang besar itu, dan biaya pengobatannya mahal..
- P : iye dok (sambil tersenyum) sekali lagi terima kasih banyak dok atas waktunya.. permisi dokter..
- R2 : iye sama-sama

Responden 3.

- P : Bismillahi Rahmanirrahim,. Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh..
- R3 : Wa'alaikumsalam.. iyee, bagaimana?
- P : Tabee ses.. mohon maaf mengganggu..perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Unhas..Terima kasih ses atas waktunya. Disini saya melakukan penelitian terkait penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Sebelumnya perlu saya sampaikan bahwa definisi dari *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak atau yang terbesar.. Tabe ses, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R3 : Iya Hana, silahkan..
- P : ses, kira-kira apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu lebih mahal dari paket BPJS yang sudah ada pada penyakit gagal ginjal kronik?
- R3 : apa eee.. penggunaan barang medis yang berlebihan kayaknya..
- P : sampai kenapa penggunaan barang medis berlebihan ses?
- R3 : biasa ada pasien yang lama dirawat, torang kan tetap berikan pelayanan
- P : iye ses, ada standar BPJS diruangan ini ses?
- R3 : tidak ada, kalau ada bagus ee.. bisa dilihat, aaa.. salah satunya itu yang menyebabkan biaya mahal, tidak ada standar anggaran BPJS diruangan..
- P : jadi menurut ses apa yang menyebabkan sampai komponen pembiayaan pasien itu ada yang lebih mahal, ada yang sesuai paket BPJS meskipun sama penyakitnya?
- R3 : Menurut saya yang menyebabkan perbedaan komponen pembiayaan Rumah Sakit dengan BPJS karena Rumah Sakit ini belum memiliki standar revisi untuk tarif BPJS Rumah Sakit. Jadi meskipun pasiennya sudah lama dirawat

dibiarkan saja, tetap dilakukan tindakan meskipun biaya Rumah Sakit sudah lebih dari biaya BPJS.

P : Ses, tabe,, ada clinical pathway tersedia diruangan ini?

R3 : Tidak ada.. tidak ada clinical pathway di Ruangan, itu biasanya dokter yang buat,

P : kalau menurut ses, apa yang menyebabkan jumlah kasus meningkat?

R3 : jumlah kasus meningkat?

P : iye ses..

R3 : Apa ee.. itu (sambil berfikir) ada pasien yang pulang, baru balik lagi ke Rumah Sakit, kan dihitung pasien baru lagi, apa dulu namanya Hana?

P : Readmisi < 30 hari..ee.. sampai kenapa ada pasien yang readmisi begitu ses?

R3 : iyee.. Biasanya kejadian readmisi itu yang meningkatkan jumlah kasus di Rumah Sakit. Readmisi biasanya terjadi karena ada pasien yang pulang paksa meskipun belum sembuh penyakitnya kemudian kembali lagi ke Rumah Sakit dengan keluhan yang sama, dan menurut saya hal ini sangat beresiko bagi pasien contohnya penyakit CHF. Biasanya pulang paksa itu disebabkan karena biaya, dan terkadang keluarga pasien, kalau pasiennya sudah sekarat dibawah pulang ke rumah, maunya meninggal saja di rumah padahal minggu depannya balik lagi ke Rumah Sakit dengan kasus yang sama sehingga dokternya itu biasanya sudah marah-marah sama pasiennya

P : Astaga, sudah sangat beresiko juga itu penyakitnya?

R3 : iye sudah begitu hana,, sangat beresiko pastinya

P : kalau di ruangan ini, ses merasa nyaman?

R3 : Kalau untuk suasana di lingkungan kerja yaa nyaman-nyaman saja, semua bekerja sama,

P : Alhamdulillah bagusnya begitu, semangat bekerja (sambil tersenyum)

R3 : iye alhamdulillah,

P : ses, mungkin cuma itu saja dulu yang saya tanyakan.. kalau ada yang kelupaan ditanya balik lagi yaa.. hehehe (peneliti tertawa)

R3 : siap Hana, sukses terus..

P : aamiin.. saya permisi dulu ses

R3 : iyee Hana..

Responden 4.

P : Assalamu'alaikum dokter..

R4 : Wa'alaikumsalam bu..

P : Tabe dokter.. mohon maaf mengganggu..perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Keperawatan Unhas. Sebelumnya, terima kasih dok atas waktunya. Saat ini, saya melakukan penelitian terkait penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Pada saat saya pengambilan data awal di Rumah Sakit didapatkan penyakit kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin menyampaikan dok, kalau *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak atau yang terbesar.. Tabe dok, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R4 : iyee silahkan bu Hana,

P : izin dok, menurut dokter apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu lebih mahal meskipun penyakitnya sama pada pasien gagal ginjal kronik?

R4 : Yang menyebabkan biaya Rumah Sakit lebih besar biasanya karena lama hari rawat pasien yang lama tergantung dengan kondisi pasiennya dan jika ada pasien yang tidak mau dilakukan tindakan seperti hemodialisa yaaa biasanya saya suruh pulang saja kalau tidak mau, dan pasien yang mau dilakukan tindakan sesuai saran biasanya dipulangkan berdasarkan kondisi klinisnya.

P : kalau sesuai kondisi pasien, berarti ada yang cepat pulang, dan ada juga yang lama pulang yaaa dok..

R4 : Iye, sesuai kondisinya,

P : kalau yang lama pulang itu dok, disebabkan karena apa dokter?

R4 : ee.. biasanya dalam proses pengobatan muncul keluhan baru lagi, begitu.. komplikasi,

P : dokter tabe, apa dokter mengetahui standar biaya BPJS untuk penyakit gagal ginjal? Apakah tersedia standar anggaran BPJS?

R4 : tidak ada standar anggaran itu, saya tidak tau berapa tariff ina cbg'snya..

P : Tabe dokter, ada clinical pathway?

R4 : Clinical pathway sih sudah ada tapi tidak jalan,

P : ohh, clinical pathway yang terkait dengan Stroke itu yaa dok?

R4 : iyee.. waktu akreditasi itu dibuat..

P : tabe dok, kalau yang menyebabkan penyakit pasien itu beresiko, kira-kira apa dokter?

R4 : itu yang tidak mau dilakukan tindakan, saya suruh pulang, baru datang lagi (sambil tersenyum)

P : ohh yang mau dihemodialisa itu dok? Sampai kenapa tidak mau dilakukan tindakan dokter?

R4 : saya juga kurang tau itu,

P : hehehe (sambil tertawa), dokter, tabe., kira-kira yang meningkatkan jumlah kasus di Rumah Sakit, karena faktor apa dok?

R4 : kejadian readmisi mungkin bu hana..

P : readmisi yang disebabkan karena tadi itu dok ee.. yang minta pulang, baru balik lagi dengan kasus yang sama..

R4 : iye, itu yang tidak bagusya..

P : dok, tabe.. kalau suasana kerja diruangan ini bagaimana dok? Aman-aman saja?

R4 : bagus, saya sangat merasa nyaman dengan lingkungan kerja saya, biasanya saya beri kesempatan perawat untuk mengkaji pasien masuk,

P : mantap dok, kolaborasinya..

R4 : hehehe (sambil ketawa)

P : dok, hanya itu saja dok yang saya tanyakan dok.. terima kasih dok telah bersedia dilakukan wawancara, mohon maaf dok telah menyita waktunya dokter..

R4 : iye bu hana, tidak apa-apa..

P : saya permisi dok..

R4 : iye ibu Hana (sambil tersenyum).

Responden 5.

P : Selamat siang dokter..

R5 : siang bu..

P : Tabe dokter.. mohon maaf mengganggu..perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Keperawatan Unhas. Sebelumnya, terima kasih dok atas waktunya. Saat ini, saya melakukan penelitian terkait penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Pada saat saya pengambilan data awal di Rumah Sakit didapatkan penyakit kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin menyampaikan dok, kalau *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak atau yang terbesar.. Tabe dok, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R5 : Iye, silahkan bu..

P : zin dok, kira-kira apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu lebih mahal, bahkan melebihi dari paket bpjs yang bisa menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian, meskipun sama kasusnya dengan yang lain, khusus pada penyakit stroke non hemoraggik dok?

R5 : karena obat-obatan sama penggunaan alat medis, dan biasanya terjadi sama pasien yang hari rawatnya lama itu..

P : kenapa obat-obat sama alat medisnya dok?

R5 : iyee pemakaian yang berlebihan, jadi yang menyebabkan biaya Rumah Sakit lebih besar karena biasanya penggunaan barang habis pakai yang berlebihan, perawatan yang lama, serta terdapat obat-obatan tambahan karena biasanya kita itu kan di Rumah Sakit sudah ada paket obat dan barang medis habis pakai pada setiap pasien di ruangan, jadi kalau pasiennya lama dirawat, terus paketnya sudah habis, sementara harus dilakukan tindakan yaa rumah sakit yang rugi.

P : kalau standar BPJS ada dok? Dokter tahu biaya pengobatan BPJS untuk penyakit stroke?

R5 : iya, saya tau, tapi tidak ada d ruangan

P : kalau clinical pathway, ada dok?

R5 : Ada clinical pathway tapi tidak jalan, diangkat berdasarkan pasien terbanyak dan yang lama hari rawatnya tapi tidak spesifik dari semua profesi yang dimasukkan pada clinical pathway.

P : tabe dok, menurut dokter apakah beresiko pasien yang lama hari rawatnya memanjang, kemudian muncul lagi penyakit baru?

R5 : aduhh sangat beresiko sekali itu,

P : apakah pernah terjadi seperti itu dok?

R5 : pernah.. pada pasien yang stroke, kalau berdasarkan *textbook* lama hari rawatnya itu 7 hari, kalau berdasarkan clinical pathway, lama rawatnya 5 hari.. tapi kalau sudah lebih dari itu berarti sudah sangat beresiko.

P : pernah ada dok, pasien stroke yang minta pulang paksa?

R5 : ada juga, biasa karena penyakitnya merasa sudah terlalu parah langsung minta pulang, padahal 2 minggu berikutnya balik lagi..

P : terus apa tanggapan dokter kalau pasien seperti itu?

R5 : kalau saya, saya pulangkan sesuai permintaan keluarga, kemudian masuk lagi, sebagai pasien baru lagi (sambil tersenyum)

P : iya yaa dok, jadinya dihitung kasus baru lagi, sehingga kasusnya meningkat-meningkat terus

R5 : iyaa (sambil tersenyum)

P : tabe dok, bagaimana teman-teman medis diruangan dok, apakah dokter merasa nyaman?

R5 : sangat merasa nyaman, mudah diajak kolaborasi

P : syukur, mantap dok.. izin dok, mungkin hanya itu saja yang saya tanyakan, nanti kalau ada hal lain yang ingin saya tanyakan, saya kembali lagi yaa dok (sambil tersenyum)

R5 : iyaa siap..

P : Terima kasih dok, saya permisi dulu

R5 : iya bu Hana..

Responden 6

P : Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh..

R6 : waalaikumsalam Hana..

P : Tabee kak mohon maaf menyita waktunya sebentar, Saat ini, saya melakukan penelitian terkait penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Pada saat saya pengambilan data awal di Rumah Sakit didapatkan penyakit kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin menyampaikan kak, kalau *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak atau yang terbesar.. kak wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R6 : Iye, silahkan Hana..

P : Kak, menurut kak apa yang menyebabkan komponen biaya pengobatan pasien itu lebih mahal, sampai-sampai melebihi dari paket bpjs pada penyakit CHF?

R6 : Biasanya yang menimbulkan komponen biaya Rumah Sakit lebih besar dari biaya BPJS karena tidak efisien penggunaan barang habis pakai, ditambah lagi ada obat-obatan tambahan yang diberikan oleh dokter atau obat paten.

P : biasanya hal tersebut terjadi karena apa kak?

R6 : lama hari rawatnya..

P : kak mengetahui tarif BPJS untuk penyakit CHF? Ada standar anggarannya diruangan sini kak?

R6 : tidak ada hana.. saya tidak tau juga berapa biaya untuk penyakit CHF

P : ada pasien yang lama hari rawatnya memanjang disini kak yang penyakit CHF?

R6 : ada,,

P : apa yang menyebabkan lama hari rawat tersebut terjadi kak?

R6 : karena beratnya keluhan, adanya komplikasi

P : menurut kak, beresiko tidak pasien yang lama hari rawatnya memanjang?

R6 : ada sangat beresiko lah,

P : jadi apa yang menyebabkan penyakit itu beresiko?

R6 : yang merupakan penyebab penyakit beresiko karena pasiennya sudah lama dirawat, sudah bermacam-macam komplikasi yang muncul,

P : baik kak, kalau clinical pathway, sudah diterapkan kak?

R6 : tidak diterapkan, lagian hanya clinical pathway yang dibuat dokter saja itu..

P : iye kak,, kak, kalau yang menyebabkan jumlah kasus meningkat itu karena apa?

R6 : jumlah kasus meningkat?

P : iye kak..

R6 : ini.. ee.. menurut saya kejadian readmisi yang merupakan salah satu faktor meningkatnya jumlah kasus. Banyak pasien yang pulang paksa, karena biasanya pasien yang sudah sekarat maunya meninggal dirumah saja, meskipun kita tenaga medis sudah memberi tahu bahwa kondisi pasien saat ini sedang kritis tapi keluarga pasien tetap membawa pulang pasiennya, yaa langsung saya suruh tanda tangan persetujuan pulang. Biasanya juga karena biaya, apalagi pada pasien-pasien umum, dan kemudian mereka datang lagi dengan kasus yang sama.

P : dihitung pasien baru lagi itu kak?

R6 : iye dihitung baru lagi,,

P : baik kak, kak kalau diruangan sini teman-temannya bagus diajak kolaborasi? kak merasa nyaman?

R6 : sangat bagus sekali, Alhamdulillah sampai saat ini merasa nyaman-nyaman saja,,

P : Alhamdulillah,, Iya terima kasih yaa kak atas informasinya.. dan terima kasih sudah meluangkan waktunya

R6 : iyee... sama-sama Hana

Responden 7

P : Selamat pagi ibu karu..

R7 : iye pagi hana

P : Tabee kak mohon maaf mengganggu, Saat ini, saya melakukan penelitian terkait faktor- faktor penyebab 5 penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Pada saat saya pengambilan data awal di Rumah Sakit didapatkan penyakit kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin menyampaikan kak, kalau *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak atau yang terbesar.. kak wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R7 : Iye, silahkan Hana..

P : kak, apakah kak mengetahui berapa tarif ina-cbg's untuk penyakit TB Paru? dan faktor apa yang menyebabkan sehingga biaya pengobatan pasien itu lebih mahal bahkan melebihi paket bpjs sehingga rumah sakit sampai mengalami kerugian?

R7 : eeee.. saya tidak mengetahui berapa biaya BPJS untuk penyakit TB Paru biasanya juga yang menyebabkan perbedaan komponen biaya Rumah Sakit karena lama hari rawatnya, kelebihan penggunaan barang habis pakai dan tidak ada juga clinical pathway di ruangan..

P : mantap memang, Apakah kak mengetahui hubungan antara clinical pathway dengan biaya pengobatan lebih?

R7 : huu yang waktu residensi itu kau, ada ba buat clinical pathway.. kan fungsinya itu mengendalikan biaya.. butul tidak (sambil tertawa)

P : iye betul kak.. tidak jalan kak clinical pathwaynya diruangan?

R7 : tidak hana.. torang hanya pake format dokumentasi biasa. tidak ada juga clinical pathway di ruangan, biasanya dokter yang buat clinical pathway itu, dan tidak disosialisasikan juga

P : baik kak. Kak kalau diruangan ini, ada pasien yang lama hari rawatnya memanjang?

R7 : Ada hana..

P : disebabkan karena apa itu kak?

R7 : Penyebab lama hari rawat memanjang tergantung klinis pasien.
P : iya kak, dan kira-kira yang menyebabkan penyakit pasien itu beresiko karena apa kak? Menurut kak?
R7 : karena depe lama hari rawat memanjang..
P : iya kak (sambil tersenyum). Kak kira-kira menurut kak apa yang menyebabkan jumlah kasus meningkat di Rumah Sakit?
R7 : apa eee... beehh saya tidak tahu itu,
P : hehehe (sambil ketawa) iya kak tidak apa-apa,, pertanyaan terakhir ini kak, apakah kak merasa nyaman dengan lingkungan tempat kerjanya?
R7 : iyalah.. nyaman sekali..
P : syukur, baiklah kak.. itu saja yang saya tanyakan.. sekali lagi terima kasih atas waktunya.. saya permisi dulu..
R7 : iye sama-sama hana.. sukses hana..
P : terima kasih kak..

Responden 8

P : Assalamu'alaikum dokter, mohon maaf mengganggu dok..
R8 : Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.. iye silahkan,
P : Izin dok, perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Keperawatan Unhas. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian yaitu mengeksplorasi faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin dok, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe dok, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
R8 : Iya, silahkan mbak hana..
P : dok, kira-kira menurut dokter apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu meningkat sampai melebihi paket BPJS pada pasien TB Paru?
R8 : kalau menurut saya.. apa yaa, lama hari rawatnya yaa, sehingga pasien membutuhkan pengobatan lebih, sehingga biayanya juga melebihi dari paket bpjs.
P : kalau penyebab lama hari rawat pasien kira-kira apa dok? Sedangkan ada pasien yang kasusnya sama tetapi cepat pulang.
R8 : Biasanya yang menyebabkan lama hari rawat pasien berbeda-beda yaa karena nutrisinya, terdapat komplikasi atau penyakit penyerta dan pastinya kalau lama dirawat sudah termasuk penyakit beresiko.

P : iye dokter.. dok tabe, izin bertanya.. apakah di ruangan ini ada standar anggaran BPJS?

R8 : tidak ada mbak..

P : tapi dokter mengetahui berapa biaya BPJS per kasus?

R8 : iyaa.. .agak mahal itu kalau TB paru.. sekitaran 4 juta atau berapa juta itu..

P : tabe dokter, kalau clinical pathway, ada tidak dok?

R8 : tidak ada mbak hana..

P : kemudian dok, seperti yang dokter sampaikan tadi berarti penyebab dari penyakit beresiko itu karena lama hari rawat yaa dok?

R8 : iyaa.. kalau sudah lama dirawat, sudah pasti beresiko.

P : terus dok... ee.. kalau biasanya yang menyebabkan jumlah kasus meningkat di Rumah Sakit apa dokter?

R8 : apa yaa.. bisa jadi gaya hidup masyarakat atau pasien ada yang pulang kemudian balik lagi, bisa jadi tuh meningkatkan jumlah kasus

P : iya dok, kejadian readmisi.. kalau readmisi, apa yang menyebabkan hal tersebut terjadi dok?

R8 : Yang menyebabkan kejadian readmisi itu biasanya karena efek samping dari obat dan komplikasi yang muncul pada pasien tersebut,

P : iye baik dokter.. ee.. pertanyaan terakhir dok ini, apakah dokter merasa nyaman dengan lingkungan kerja saat ini?

R8 : iye sangat nyaman (sambil tersenyum)

P : baiklah dok.. itu saja yang dapat tanyakan.. jika ada yang ingin saya tanyakan kembali, saya bisa datang lagi yaa dok (sambil tersenyum)

R8 : iya, tidak apa-apa, datang kemari saja dipoli..

P : baik dokter, terima kasih dok atas waktunya, saya permisi dulu dokter,

R8 : iye mbak hana sama-sama..

Responden 9

P : Assalamu'alaikum pak, mohon maaf mengganggu pak..

R9 : Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.. iye silahkan,

P : Izin pak, perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Keperawatan Unhas. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian yaitu mengeksplorasi faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin pak, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe pak, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R9 : Iya, silahkan...

- P : tabe pak, menurut bapak, apakah SDM pada pelayanan seperti dokter penyakit dalam, dokter jantung, dokter neurologi atau saraf, dokter paru sudah sesuai standarnya pak?
- R9 : Untuk SDM, kalau tenaga dokter penyakit dalam, sebenarnya sesuai standarnya itu 3 orang, tetapi yang ada di Rumah Sakit sini hanya 2 orang, dokter ahli jantung juga tidak ada, kalau dokter saraf juga sudah 2 orang, kemudian dokter paru 1.. itu ee.. yang dokter penyakit dalam yang belum sesuai standar.
- P : Kalau dokter jantung tidak ada pak?
- R9 : iye dokter jantung yang tidak ada..
- P : kalau sarana dan prasarananya bagaimana pak?
- R9 : belum juga terlalu lengkap, tapi kalau alat seperti echo itu sudah ada dikita,
- P : mantap pak, sudah mulai lengkap..kalau hal-hal terkait kebijakan, seperti pedoman pelayanan Rumah Sakit ada?
- R9 : (sambil mengambil pedoman) ohh sudah lengkap, ini ada SOP nya, tebal sekali.. disini semuanya ada..
- P : (sambil melihat SOP) wah, mantap sekali pak, ada clinical pathwaynya juga yaa..
- R9 : iyaa ada, ada clinical pathway tapi tidak jalan,
- P : kenapa tidak jalan pak?
- R9 : lalu sempat dijalankan, tapi setelah itu sudah tidak lagi..
- P : itu yang buat clinical pathwaynya dokternya pak?
- R9 : iyee.. dokter yang buat..
- P : sebenarnya menurut bapak, apa manfaat dari clinical pathway ini?
- R9 : manfaatnya banyak untuk clinical pathway ini, meningkatkan mutu pelayanan, mengurangi proses dokumentasi, kan kalau sudah selesai dilakukan tindakan itu hanya dicentang saja.
- P : tabe pak, bagaimana proses supervise dan evaluasi pelayanan medis? Berapa kali dilakukan pak?
- R9 : standarnya itu 3 bulan sekali.. kita sering evaluasi pelayanan medis disini..

- P : baik pak, tabe pak, pak pernah dengar Rumah Sakit mengalami kerugian? Dalam artian rumah sakit menanggulangi pasien yang biaya pengobatannya itu sudah melebihi dari paket bpjs?
- R9 : iyaa sering itu..
- P : kenapa pak sampai mengalami hal demikian, Apa kira-kira yang menyebabkan biaya rumah sakitnya besar?
- R9 : biasanya yang menyebabkan biaya Rumah Sakit lebih besar karena kelebihan penggunaan barang habis pakai,
- P : itu disebabkan karena apa penggunaan barang habis pakai berlebihan pak?
- R9 : beeeh.. biasa pasien yang lama dirawat, tetap kita harus memberikan pelayanan, memberikan yang terbaik untuk pasien..
- P : iya memang harus seperti itu pak,,
- R9 : iyee..
- P : terima kasih pak informasinya yaa pak.. terima kasih banyak atas waktunya (sambil tersenyum)
- R9 : iye sama- sama bu..

Responden 10

- P : Assalamu'alaikum ibu, mohon maaf mengganggu bu..
- R10 : Wa'alaikumsalam iye Hana silahkan,
- P : Izin ibu, berdasarkan pengambilan data awal saya, saya dapati ada 5 penyakit yang termasuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume* bu..sehingga saya mau eksplorasi kira-kira apa faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin bu, pertamanya saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe pak, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R10 : Iya Hana, silahkan..
- P : tabe bu, menurut ibu apakah untuk tenaga perawat SDM nya sudah memadai bu?

R10 : belum, untuk tenaga perawat belum sesuai standar, belum ada juga pelatihan yang spesifik untuk tenaga perawat

P : kenapa belum memadai bu?

R10 : iye.. belum ada rekrutmen lagi kan.. jadi diruangan-ruangan masih kurang tenaga perawatnya

P : bagaimana dengan sarana dan prasarannya bu, apakah sudah sesuai standar?

R10 : belum juga, untuk sarana dan prasarana juga belum sesuai standar,

P : Baik bu.. tabe bu, apakah ada kebijakan terkait pedoman pelayanan Rumah Sakit bu?

R10 : Ada, pedoman Standar Asuhan Keperawatan..

P : bagaimana proses supervise maupun evaluasi bu yang dilakukan oleh pihak RS terkait hasil pelayanan yang diberikan?

R10 : biasanya kalau supervise itu dilakukan 3 bulan sekali.. baru-baru ini kita lakukan supervise dimasing-masing ruangan..

P : ibu sendiri yang keruangan masing-masing?

R10 : ada dengan tim, dengan ibu kasubag dan lain-lain (sambil tersenyum)

P : iya bu.. mungkin itu saja bu yang saya ingin tanyakan, terima kasih atas informasinya.. dan terima kasih atas waktunya bu..

R10 : iyee,.. Sama-sama Hana..

Responden 11

- P : Assalamu'alaikum ibu, mohon maaf mengganggu bu..
- R11 : Wa'alaikumsalam iye mbak Hana silahkan,
- P : Izin ibu, berdasarkan pengambilan data awal saya, saya dapati ada 5 penyakit yang termasuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume* bu..sehingga saya mau eksplorasi kira-kira apa faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin bu, pertamanya saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe bu, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R11 : Iya mbak Hana, silahkan..
- P : izin bu.. ibu pernah dengar pasien lama dirawat gak di Rumah Sakit?
- R11 : karena kondisi pasiennya pak, mungkin belum bisa di pulangkan karena masih ada lagi penyakit barunya yang muncul..
- P : ohh,, jadi karena ada komplikasinya bu, dan itu beresiko kan bu?
- R11 : iyeee mbak Hana, pastinya kalau ada komplikasi sudah beresiko itu,
- P : biasanya bu kalau pasien lama hari rawatnya memanjang biayanya lebih gak?
- R11 : iye lebih.. saya pernah dengar lalu dari karu begitu.. ada pasien yang biaya pengobatannya sampai ditanggung oleh rumah sakit
- P : bagus bu.. tetap harus memberikan yang terbaik.. tabe bu, ibu pernah ikut pelatihan clinical pathway lalu?
- R11 : iye, 3 orang kita yang ikut lalu dijakarta..
- P : Ada diterapkan bu disini, clinical pathwaynya?
- R11 : Ada clinical pathway tapi belum diterapkan di Ruangan, dan itu dokter yang buat..
- P : kenapa bisa tidak diterapkan bu, itu kan bisa memperbaiki mutu pelayanan
- R11 : saya juga kurang tau itu, mungkin belum semuanya terpapar kan dengan clinical pathway ini..

- P : iyee ibu,.. terus ibu pernah mengetahui berapa standar anggaran untuk penyakit CHF khususnya biaya terkait dengan gizinya apa sudah ditetapkan?
- R11 : tidak ada mbak Hana.. saya kurang tau itu.. tidak ada standar anggarannya juga diruangan..
- P : ohh iyaa baik bu.. mungkin cuma itu saja dulu yang dapat saya tanyakan.. nanti kalau ada pertanyaannya lagi bisa saya komunikasikan kembali yaa bu (sambil tersenyum)
- R11 : iye mbak Hana, siapp.. datang saja..
- P : terima kasih bu atas informasinya, dan terima kasih pula atas waktunya
- R11 : sama-sama mbak Hana..

Responden 12

- P : Assalamu'alaikum dokter, mohon maaf mengganggu dok..
- R12 : Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.. iye silahkan,
- P : Izin dok, perkenalkan saya Hana Muhammad, Mahasiswa S2 Keperawatan Unhas. Saat ini saya sedang melaksanakan penelitian yaitu mengeksplorasi faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume*. Izin dok, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang banyak.. Tabe dok, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R12 : Iya, silahkan bu hana..
- P : dok, kira-kira menurut dokter dari hasil pelayanan medik apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu meningkat sampai melebihi paket BPJS?
- R12 : kalau menurut saya.. tingkat keparahan penyakitnya karena sudah muncul komplikasi, sehingga pasiennya lama dirawat, dan membutuhkan pelayanan medis,
- P : kalau penyebab lama hari rawat pasien itu kira-kira apa dok? Sedangkan ada pasien yang kasusnya sama tetapi cepat pulang.
- R12 : itu yang saya bilang tadi tingkat keparahan penyakitnya, karena pasien tidak memungkinkan untuk dipulangkan, sehingga lama hari rawatnya..
- P : kalau tidak memungkinkan untuk dipulangkan berarti sudah beresiko ya dok penyakitnya?
- R12 : iyaa bu sangat beresiko..

- P : dokter, tabe dok.. mohon maaf kalau standar anggaran, itu masing-masing dokter pegang tidak?
- R12 : mereka tidak pegang, hanya ada mungkin standar anggaran untuk pasien umum..
- P : kenapa mereka tidak pegang? Supaya mereka tahu dok berapa standar anggarannya?
- R12 : iyaa.. itu yang susah.. biasa saya kalau pasien-pasien bpjs hanya dikoordinasikan langsung saja dengan pihak BPJSnya.
- P : dok, kalau format clinical pathway jalan tidak di ruangan-ruangan?
- R12 : tidak bu hana...
- P : menurut dokter, kalau tidak jalan clinical pathwaynya apa yang akan terjadi?
- R12 : banyak lah dampak yang akan terjadi, kalau dari segi kualitas pelayanannya yang jelas kurang.. kalau dari mutunya itu yang terjadi lama hari rawat yang memanjang sehingga muncul komplikasi, beresiko sama pasien..
- P : kalau clinical pathway yang dokter buat disusun berdasarkan penyakit *high cost, high risk, dan high volume* dok?
- R12 : Itu sih setelah pembentukan tim dan saya anggotanya, waktu buat clinical pathway sesuai kesepakatan saja dan waktu itu memang penyakit stroke yang terbanyak, dan tidak berdasarkan dari berbagai panduan praktik semua professional pemberi asuhan,
- P : baik dokter, itu ada SK penetapannya tidak? Sehingga tidak diterapkan diruangan-ruangan?
- R12 : Kalau untuk SK penetapan ICP untuk dipergunakan diruangan-ruangan saya kurang tau, tetapi di bawah format clinical pathway itu sudah ada TTD direktur berarti kemungkinan sudah disahkan, tapi yang susahnya itu memperbanyak format, jadi kayak hilang timbul, makanya tidak diterapkan,
- P : baik dokter, terus.. kalau teman-teman dokter bagus dok diajak kolaborasi? Apakah dokter merasa nyaman dengan lingkungan kerjanya?
- R12 : Alhamdulillah, sampai saat ini saya merasa nyaman dengan lingkungan kerja saya, dan teman-teman dokter juga lainnya mudah diajak untuk kolaborasi.
- P : baik dok, Alhamdulillah.. hanya itu saja dulu dok yang saya tanyakan, terima kasih banyak yaa dok atas informasinya, mohon maaf sudah mengganggu aktivitasnya..
- R12 : iya bu hana sama2..

Responden 13

- P : Assalamu'alaikum ibu, mohon maaf mengganggu bu..
- R13 : Wa'alaikumsalam, iye bu silahkan,
- P : Izin ibu, berdasarkan pengambilan data awal saya, saya dapati ada 5 penyakit yang termasuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume* bu..sehingga saya mau eksplorasi kira-kira apa saja faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume* tersebut. Izin bu, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang terbanyak.. Tabe bu, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R13 : Iya bu Hana, silahkan..
- P : Menurut ibu, karena ini terkait dengan kelebihan biaya, apa yang menyebabkan sampai pasien itu biaya pengobatannya lebih besar dari paket BPJS?
- R13 : Kalau menurut saya yang menyebabkan biaya lebih besar kalau dari bagian farmasi sini ee.. pemakaian obat-obatan yang lebih, atau juga bisa jadi kelebihan pemakaian alat medis habis pakai.
- P : Nah, kira-kira bu, apa yang menyebabkan hal tersebut terjadi?
- R13 : Manajemen prosedurnya yang kurang tepat, karena kan biasanya toh.. kita itu sudah ada paket obat untuk setiap pasien BPJS, jadi kalau penggunaan obat tersebut lebih dari paket, bisa jadi RS yang rugi..
- P : terus ibu, apa yang biasanya dilakukan dari pihak farmasi untuk menangani kasus atau hal-hal tersebut?
- R13 : kita perbaiki kembali manajemennya, jadi sekarang obat yang keluar sesuai dengan permintaan ruangan yang memang berdasarkan kebutuhan pasien yang disesuaikan dengan dana yang tersedia.
- P : bu, pernah gak ada pasien yang lama hari rawatnya memanjang, sehingga obat yang digunakan juga lebih?
- R13 : duuhh banyak sekali..
- P : biasanya apa faktor yang menyebabkan pasiennya lama dirawat?
- R13 : karena tidak rutin pasiennya minum obat

- P : dan apakah hal tersebut sangat beresiko untuk pasien?
- R13 : iyaa.. jelaslah sangat beresiko, apalagi sudah lama dirawat
- P : terus, menurut ibu kira-kira apa yang menyebabkan peningkatan jumlah kasus khususnya contoh pada penyakit stroke?
- R13 : karena pola hidup masyarakat yang kurang baik mungkin eee.. (Responden tersenyum)
- P : iyaa bu.. ada lagi yang lain?
- R13 : apa ee...beh itu saja (responden tersenyum)
- P : tabe bu, apa sebelumnya sudah pernah buat clinical pathway?
- R13 : apa itu ee?
- P : itu seperti format bu, didalam format tersebut semua pemberi Asuhan dari semua tim medis memberikan tindakan, dan tindakan sudah terstruktur didalam satu format tersebut..
- R13 : belum pernah bu Hana.. itu kayaknya akreditasi pernah buat begitu..
- P : iya baik bu.. bagaimana lingkungan kerjanya bu diruangan ini, nyaman?
- R13 : sangat nyaman bu Hana..
- P : iyaa baik bu (peneliti tersenyum).., itu saja mungkin yang saya dapat tanyakan ke ibu,, terima kasih sudah membagi informasinya ke saya, dan terima kasih atas waktunya..
- R13 : iye sama-sama bu Hana..

Responden 14.

- P : Assalamu'alaikum ibu, mohon maaf mengganggu bu..
- R14 : Wa'alaikumsalam, iye bu silahkan,
- P : Izin ibu, berdasarkan pengambilan data awal saya, saya dapati ada 5 penyakit yang termasuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume* bu..sehingga saya mau eksplorasi kira-kira apa saja faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume* tersebut. Izin bu, pertama-tama saya sampaikan dulu kalau *high cost* itu peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang

beresiko, dan *high volume* penyakit yang terbanyak.. Tabe bu, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,

R14 : Iya Hana, silahkan..

P : izin bu, kira-kira apa yang menyebabkan biaya pengobatan pasien itu lebih mahal dari biaya BPJS?

R14 : kalau menurut saya, lama hari rawatnya hana, karena kan pasien yang lama hari rawatnya yang panjang membutuhkan biaya pengobatan besar.

P : apa bu yang menyebabkan hal tersebut terjadi bu?

R14 : biasanya karena muncul efek samping obat, atau muncul komplikasi pada pasien.

P : tidak ada yaa bu alur klinis atau biasa yang disebut clinical pathway di ruangan?

R14 : Setahu saya diruangan-ruangan belum ada format alur klinis, yang ada hanya format dokumentasi biasa dengan catatan perkembangan pasien, hanya itu yang tiap hari di isi.

P : lalu kan sudah buat clinical pathway yang medis kan bu?

R14 : iye.. tapi itu juga tidak jalan..

P : kenapa sampai tidak jalan bu?

R14 : biasanya itu yang bingungnya memperbanyak format.. kan semua ruangan itu harus ada format tersebut,, sedangkan format dokumentasi biasa saja terkadang tidak cukup.

P : Menurut ibu, apa manfaatnya jika clinical pathway diterapkan diruangan?

R14 : sebenarnya banyak manfaatnya clinical pathway ini, dari tindakan terstruktur, tidak terlalu banyak juga menulis-menulis dokumentasi.

P : ada tidak bu standar anggaran BPJS di ruangan-ruangan yang merupakan pedoman bagi tenaga medis untuk melihat standar biaya untuk kasus – kasus tersebut?

R14 : tidak ada Hana..

P : baik bu, terus hal-hal apa saja bu yang menurut ibu merupakan faktor penyebab munculnya resiko penyakit pada pasien?

- R14 : ee.. ini.. kalau lama hari rawat memanjang kan secara tidak langsung muncul resiko pada penyakit tersebut misalnya muncul komplikasi atau penyakit lainnya yang memperparah kondisinya..
- P : iyaa baik bu, kalau yang menyebabkan jumlah kasus banyak di Rumah Sakit kira-kira apa bu?
- R14 : apa ee.. kayak covid, musim penyakit (responden tertawa)
- P : (peneliti ikut tertawa), tetapi diruangan sini nyaman kan bu suasana kerjanya?
- R14 : Alhamdulillah, nyaman sekali hana (sambil tersenyum)
- P : baik bu, mungkin itu saja yang dapat saya tanyakan, terima kasih sudah berbagi informasi, dan terima kasih atas waktunya..
- R14 : iya sama-sama Hana, sukses selalu..
- P : aamiin,,

Responden 15

- P : Assalamu'alaikum kak, mohon maaf mengganggu kak..
- R15 : Wa'alaikumsalam, iye Hana silahkan,
- P : Izin kak, berdasarkan pengambilan data awal saya, saya dapati ada 5 penyakit yang termasuk dalam kategori *high cost*, *high risk*, dan *high volume* bu..sehingga saat ini saya mau eksplorasi kira-kira apa saja faktor-faktor penyebab penyakit *high cost*, *high risk*, dan *high volume* tersebut. Pertama-tama saya sampaikan bahwa *high cost* itu adalah peningkatan biaya perawatan yang melebihi paket BPJS, kalau *high risk* itu penyakit yang beresiko, dan *high volume* penyakit yang terbanyak.. Tabe kak, wawancara ini memerlukan waktu kurang lebih 15 menit,
- R15 : Iya Hana, silahkan..
- P : Kak, menurut kak apa yang menyebabkan komponen biaya pengobatan pasien itu lebih mahal, sampai-sampai melebihi dari paket bpjs contohnya pada penyakit CHF?
- R15 : Biasanya yang menimbulkan komponen biaya Rumah Sakit lebih besar dari biaya BPJS karena tidak efisien penggunaan barang habis pakai,

ditambah lagi ada obat-obatan tambahan yang diberikan oleh dokter atau obat paten.

P : apa yang menyebabkan hal tersebut terjadi kak?

R15 : biasanya karena pasien lama dirawat, tambah lagi tenaganya kurang..

P : adakah dampak yang terjadi kalau tenaganya kurang kak?

R15 : Biasanya dampak yang terjadi kalau tenaga medis kurang yaitu tidak focus dalam memberikan pelayanan, kadang pasien A memanggil, pasien B juga memanggil, tidak tahu mana yang duluan diberikan tindakan, bisa jadi pasien lama pulang, muncul masalah baru lagi,

P : oh jadi biasanya karena tenaga kurang, tindakan tidak berfokus pada pasien?

R15 : iya Hana..

P : kalau pasien lama hari rawatnya memanjang berarti penyakitnya sudah beresiko yaa kak?

R15 : iya Hana, sudah pasti karena lama hari rawat pasien itu memanjang

P : kak mengetahui tarif BPJS untuk penyakit CHF? Ada standar anggarannya diruangan sini kak?

R15 : saya tidak tahu berapa tariff bpjs untuk penyakit.. tidak ada juga disini standar biayanya..

P : terus menurut kak, apa yang menyebabkan jumlah kasus itu meningkat?

R15 : apa ya.. eee itu pasien yang pulang baru datang lagi, apa itu namanya?

P : ohh yang readmisi yaa kak, yang < 30 hari sudah balik lagi?


R15 : iya, itu menurutku (sambil tersenyum)

P : iyaa kak, yang terakhir apakah kak merasa nyaman dengan suasana kerjanya?

R15 : sangat merasa nyaman..

P : baik kak, itu saja dulu yang dapat saya tanyakan, terima kasih telah membagi informasi, dan terima kasih atas waktunya..

R15 : iya sama-sama Hana

 <p>RSUD LUWUK BANGGAI</p>	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIK (PPK)</p>	
<p>GAGAL JANTUNG AKUT(I50) ACUTE SYSTOLIC (CONGESTIVE) HEART FAILURE (I50.21) ACUTE ON CHRONIC SYSTOLIC (CONGESTIVE) HF (I50.23) ACUTE DIASTOLIC (CONGESTIVE) HEART FAILURE (I50.31) ACUTE ONCHRONIC DIASTOLIC (CONGESTIVE) HF(I50.33) ACUTE COMBINED SYSTOLIC (CONGESTIVE) AND (I50.41) DIASTOLIC (CONGESTIVE) HEART FAILURE ACUTE ONCHRONIC COMBINED SYSTOLIC (I50.43) (CONGESTIVE) AND DIASTOLIC (CONGESTIVE) HF</p>		
1	Pengertian (Definisi)	adalah sindrom klinis disfungsi jantung yang berlangsung cepat dan singkat (dalam beberapa jam dan atau hari)
2	Anamnesis	<ul style="list-style-type: none"> - Sesak nafas: mendadak, pada posisi tidur terlentang, terutama malam hari - Rasa lelah dapat terjadi saat aktivitas maupun istirahat - Batuk-batuk tidak produktif, terutama posisi baring - Progresivitas perburukan dalam hitungan hari.
3	Pemeriksaan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> - Pernafasan cepat, lebih dari 24 x/menit (takipnoe) - Nadi cepat (takikardi) dan lemah (>80 x/menit) - Tekanan vena jugular meningkat - Ronki basah halus - Gallop - Waktu Pengisian kapiler memanjang (> 2 detik)
4	Kriteria Diagnosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai anamnesis 2. Sesuai tanda-tanda pada Pemeriksaan Fisik
5	Diagnosis Kerja	<p>Gagal Jantung Akut meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acute Systolic (congestive) Heart Failure - Acute on Chronic Systolic (congestive) Heart Failure - Acute Diastolic (congestive) Heart Failure - Acute onChronic Diastolic (congestive) Heart Failure - Acute Combine Systolic (congestive) and Diastolic (congestive) Heart Failure - Acute on Chronic Combine Systolic (congestive) and Diastolic (congestive) Heart Failure
6	Diagnosis Banding	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumonia 2. Asthma bronchial akut 3. PPOK dengan eksaserbasi akut
7	Pemeriksaan Penunjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. EKG 2. Rontgen dada PA 3. Lab. : Hb, Ht, lekosit, kreatinin, GDs, Na+,K+, CKMB, hs Troponin T, natriuretic peptide, analisisagas darah pada kondisi yang berat Pulseoxymetry 4. Echocardiografi (NT pro BNP jika tersedia)

8	Tatalaksana	<p>Penatalaksanaan Farmakologi :</p> <p>Terapi pada fase akut meliputi:</p> <p>a. Terapi Oksigen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan O₂ nasal 2-4L/menit, disesuaikan dengan hasil pulseoxymetry. Bila diperlukan, O₂ dapat diberikan dengan masker <i>nonrebreathing</i> atau <i>rebreathing</i> bila tidak membaik dalam waktu 1/2 jam - Bila saturasi oksigen tetap rendah dengan mask atau ada distress pernafasan, digunakan CPAP. - Bila distress pernafasan tidak membaik dan atau tidak toleran dengan CPAP dilakukan intubasi <p>b. Obat – obatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Furosemid intravena: Bolus 40 mg (bila tidak dalam pengobatan diuretic sebelumnya), 2,5x dosis sebelumnya (bila sebelumnya sudah minum diuretik) - Nitrogliserin infus Dimulai dari 5 microgram/menit, bila tekanan darah sistolik >110 mmHg, atau ada kecurigaan sindroma koroner akut. - Morphin Sulfat injeksi, 2 sd 4 mg bila masih takipnoe - Dobutamin mulai 5 mcg/kgBB/menit bila tekanan darah < 90 mmHg - Dopamine mulai dari 5 mcg/kgBB/menit bila TDs < 80 mmHg - Noradrenaline mulai dari 0.02 mcg/kgBB/mnt bila TDs < 70 mmHg - Digoksin IV 0,5 mg bolus bila fibrilasi atrium respon cepat, biasa diulang tiap 4 jam hingga maksimal 1mg - Captopril mulai dari 6.25 mg bila fase akut telah teratasi
9	Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Edukasi kepatuhan terhadap pengobatan 2. Edukasi pembatasan cairan dan garam 3. Edukasi pengaturan aktivitas fisik 4. Edukasi pengendalian faktor risiko
10	Prognosis	<p>Ad vitam : dubia ad bonam</p> <p>Ad sanationam : dubia ad bonam</p> <p>Ad fungsionam : dubia ad bonam</p>
11	Komplikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Syok Kardiogenik 2. Gangguan keseimbangan elektrolit
12	Indikator Medis	80% pasien dengan gagal jantung akut teratasi dalam jangka waktu 7 hari
13	Tenaga Standar	Paramedis, dokter umum, dan dokter spesialis penyakit dalam
14	Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskuler Seluruh Indonesia. (2016). <i>Panduan praktik klinis (ppk) dan clinical pathway (cp) penyakit jantung dan pembuluh darah</i> (Edisi Pertama). Jakarta. 2. Panduan Praktik Klinis RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita. 2014-2015. 3. Ikatan Dokter Indonesia. (2017). <i>Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer. Menteri Kesehatan Republik Indonesia</i>, 162, 364.

--	--	--



RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN PRAKTIK KLINIS

CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD) / PENYAKIT GINJAL KRONIS (Kode ICD: N18)

1	Pengertian (Definisi)	Penyakit ginjal kronis (CKD) ialah adanya kelainan struktural atau fungsional pada ginjal yang berlangsung minimal 3 bulan dapat berupa: <ul style="list-style-type: none">- Kelainan structural yang dapat dideteksi melalui pemeriksaan laboratorium (albuminuria, sedimen urine, kelainan elektrolit akibat ginjal), pemeriksaan histologi, pencitraan, atau riwayat transplantasi ginjal, atau- Gangguan fungsi ginjal dengan laju filtrasi glomerulus (LPG) <60 ml/menit/$1,73m^2$.
2	Anamnesis	Tanda dan gejala PGK melibatkan berbagai system organ, diantaranya: <ol style="list-style-type: none">1. Gangguan keseimbangan cairan: edema perifer, efusi pleura, hipertensi, peningkatan JVP, asites2. Gangguan elektrolit dan asam basa : tanda dan gejala hyperkalemia, asidosis metabolic (nafas kussmaul), hiperfosfatemia3. Gangguan gastrointestinal dan nutrisi: metallic taste, mual, muntah, gastritis, ulkus peptikum, malnutrisi4. Kelianan kulit: kulit terlihat pucat, kering, pruritus, pigmentasi kulit, ekimosis5. Gangguan neuromuscular: kelemahan otot, fasikulasi, gangguan memori, ensefalopati uremikum6. Gangguan metabolic endokrin: dyslipidemia, gangguan metabolisme glukosa, gangguan hormone seks7. Gangguan hematologi: anemia, gangguan hemostasis
3	Pemeriksaan Fisik	Anemia, pigmentasi kulit yang kuning, kulit kering, kuku kecoklatan, purpura, bengkak, ekskoriasi, edema tungkai atau palpebra, tekanan darah yang tinggi, kardiomegali, pericardial rub, efusi pleura, edema paru atau edema perifer, proximal myopathy (jika penyebab misalnya DM: neuropati perifer, retinopati)
4	Kriteria Diagnosis	<ol style="list-style-type: none">1. Kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan structural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (LFG), dengan manifestasi:<ul style="list-style-type: none">- Kelainan patologis- Terdapat tanda kelainan ginjal, termasuk kelainan dalam ters pencitraan (imaging test)2. Laju filtrasi glomerulus (LFG) kurang dari 60 ml/menit/$1,73 m^2$ selama 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal.
5	Diagnosis	Chronic Kidney Disease (CKD) / Penyakit ginjal kronis

6	Diagnosis Banding	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oliguria 2. Retensi urin 3. Gagal ginjal akut dengan gagal ginjal kronis
7	Pemeriksaan Penunjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan darah lengkap: ureum meningkat, kreatinin serum dapat meningkat. Dari kadar kreatinin serum dapat dilakukan perhitungan estimasi LFG dengan rumus Cockcrof-Gault atau studi MDRD 2. Pemeriksaan elektrolit : hyperkalemia, hipokalsemia, hiperfosfatemia, hipermagnesemia 3. Pemeriksaan kadar glukosa darah, profil lipid (hiperkolesterolemia, hipertrigliseridemia, LDL meningkat) 4. Analisis gas darah : asidosis metabolic (pH menurun, HCO₃ menurun) 5. Urinalisis dan pemeriksaan albumin urin 6. Sedimen urin: sel tubulus ginjal, sedimen eritrosit, sedimen leukosit, sedimen granuler kasar, dan adanya eritrosit yang dismorfik merupakan tanda patognomonik jejas ginjal 7. Pemeriksaan protein urin kuantitatif 24 jam (PUK) 8. Pencitraan : USG ginjal, BNO-IVP <p>Pemeriksaan lain (untuk komplikasi): EKG, foto polos toraks, dan ekokardiografi (Atas indikasi).</p>
8	Tatalaksana <ul style="list-style-type: none"> • Terapi Konservatif 	<p><u>Tata laksana untuk mencegah progresifitas PGK:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol tekanan darah. Target tekanan darah: <130/80 mmHg (tanpa proteinuria), <125/75 mmHg (dengan proteinuria). Antihipertensi yang disarankan ialah ACE inhibitor, ARB, CCB nondihidropiridin 2. Restriksi asupan protein. Untuk mencegah resiko malnutrisi. Rekomendasi asupan protein: <ul style="list-style-type: none"> - PGK pre-dialisis: 0,6-0,75 g/KgBB ideal/hari - PGK hemodialysis: 1,2 g/KgBB ideal/hari - PGK dialysis peritoneal: 1,2-1,3 g/KgBB ideal/hari - Transplantasi ginjal: 1,3 g/KgBB ideal/hari pada 6 minggu pertama pasca transplantasi dilanjutkan 0,8-1 g/KgBB ideal/hari - Kontrol kadar glukosa darah. Target: HbA1C <7%. 3. Restriksi cairan. Rekomendasi asupan cairan pada PGK adalah: <ul style="list-style-type: none"> - PGK pre-dialisis: cairan tidak dibatasi dengan produksi urin yang normal - PGK hemodialysis: 500 ml/hari + produksi urin - PGK dialysis peritoneal : 1500-2000 ml/hari, lakukan pemantauan harian - Transplantasi ginjal: pada fase akut pasca transplantasi, pasien dipertahankan euvolemik/ sedikit hipervolemik dengan insensible water loss diperhitungkan sebesar 30-60 ml/jam. Untuk pasien normovolemik dan graft berfungsi baik, asupan cairan dianjurkan minimal 2000ml/hari. Untuk pasien oliguria, asupan cairan harus seimbang dengan produksi urin ditambah insensiblewater

		<p>loss 500-750 ml.</p> <p>4. Restriksi asupan garam. Rekomendasi asupan NaCl per hari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PGK pre-dialisis: <5 g/ hari - PGK hemodialysis:5-6 g/hari - PGK dialysis peritoneal : 5-10g/hari - Transplantasi ginjal:<6-7 g/hari. Natrium hanya dibatasi pada periode akut pasca operasi dimana mungkin terjadi fungsi graft yang buruk atau hipertensi pasca transplantasi. <p>5. Terapi dyslipidemia. Target LDL <100mg/dl. Apabila trigliseride \geq 200 mg/dl, target kolesterol non HDL <130 mg/dl.</p>
9	Edukasi	<p>Modifikasi gaya hidup. Indeks masa tubuh ideal (20-22,9 kg/m²), dilakukan pengaturan berat badan dan olahraga 30 menit minimal 3 hari dalam seminggu, serta berhenti merokok.</p> <p>Edukasi pasien mengerti tentang PGK, factor progresifitas, pilihan modalitas terapi pengganti ginjal.</p>
10	Prognosis	Buruk bila adanya komplikasi ikutan
11	Tingkat Evidens	I / II / III / IV
12	Tingkat Rekomendasi	A / B / C
13	Penelaah Kritis	Dokter Spesialis Penyakit Dalam
14	Indikator Medis (outcome)	<ul style="list-style-type: none"> - Terdeteksi Penyakit ginjal kronis, komorbid dan komplikasi meliputi penyakit tulang dan mineral terkait Penyakit ginjal kronis, kejadian kardiovaskuler, komplikasi nutrisi dan saluran cerna, anemia, hiperparatiroidismesekunder. - Lama hari perawatan rawat inap : 7 Hari
15	Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanto, Chris. Kapita Selektta Kedokteran Edisi IV. Jakarta. 2014. 2. Perhimpunan Dokter Spesialis Dalam Indonesia. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Ed. Ke 6 jilid 2. Interna Publishing, Jakarta. 2014.



**RSUD LUWUK
BANGGAI**

**PANDUAN PRAKTEK KLINIS
(PPK)**

DISPEPSIA

1	Pengertian (Definisi)	Rasa tidak nyaman yang berasal dari daerah abdomen bagian atas yang berupa salah satu atau beberapa gejala yaitu : nyeri epigastrium, rasa terbakar di epigastrium, rasa penuh setelah makan, cepat kenyang, rasa kembung pada saluran cerna atas, mual, muntah, dan sendawa
2	Anamnesis	Nyeri ulu hati, kembung, cepat kenyang, mual dengan/tanpamuntah, sendawa, anoreksi, rasa asam atau pahit di mulut. Keluhan disertai dengan factor risiko; <ol style="list-style-type: none">1. Pola makan yang tidak baik (waktu makan terlambat, jenis makanan pedas, porsi makan sekaligus besar)2. Keluhan dirasakan umumnya berhubungan dengan stress, pola makan yang tidak teratur.3. Sering minum kopi/teh4. Penggunaan obat analgetik dan steroid5. Usia lanjut6. Alkoholisme
3	Pemeriksaan Fisik	<ol style="list-style-type: none">1. Nyeri tekan epigastrium atau bagian perut lainnya2. Meteorismus3. Sering sendawa
4	Kriteria Diagnosis	Kriteria diagnosis mengacu pada roma IV yaitu Terdapat 1 atau lebih gejala : <ol style="list-style-type: none">1. Rasa penuh dan kembung post prandial2. Perut terasa penuh berlebih saat awal makan3. Nyeri ulu hati yang mengganggu4. Sensasi terbakar pada ulu hati
5	Diagnosis Kerja	Dispepsia
6	Diagnosis Banding	<ul style="list-style-type: none">- Ulcus Pepticum Esofagitis- Gastroesophageal reflux disease Kolesistitis- Kolelitiasis- Gastroenteritis- Angina Pektoris
7	Pemeriksaan Penunjang	Tidak diperlukan kecuali pada pasien dengan gejala kronis, usia > 60 tahun, tanda alarm symptoms dyspepsia (penurunan berat badan, anemia, disfagia, vomitus persisten) dengan melakukan pemeriksaan; <ul style="list-style-type: none">- Darah rutin- Untuk mengetahui infeksi helicobacteri pylori: pemeriksaan urea breath test- USG Abdomen

8	Tatalaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada fase akut diberi makanan yang lunak dan tidak merangsang 2. Antagonis H2 reseptor/ Proton Pump Inhibitor 3. Penilaian dalam 4 minggu bila tidak ada perbaikan dilakukan USG, endoskopi dilakukan sesuai dengan perkembangan klinis penderita. 4. Indikasi rawat inap, KU lemah muntah berlebihan +dehidrasi, nyeri perut dalam +, adanya perdarahan <p>Medikamentosa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. H2 bloker (Ranitidine 3-4 x 50 mg IV , Famotidin 2 x 20 mg, Cimetidin 2 x 400 mg) per oral. 2. PPI (Omeprazole 1-2 x 40 mg PO , Lansoprazole 2 x 30 mg) per oral 3. Antasida 3 x 500-1000 mg/hari 4. Mukoprotektor : Sukralfat 3 x C.I per oral
9	Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari makanan mengiritasi seperti coklat alkohol atau kopi, makanan pedas, bersoda 2. Makan teratur sesuai dengan jam makan 3. Minum obat sesuai anjuran dokter 4. Hindari stress
10	Prognosis	<p>Quo ad Vitam : bonam.</p> <p>Quo ad Functionam : dubia ad bonam.</p> <p>Quo ad sanationam : dubia ad bonam.</p>
11	Indikator Medis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan berkurang 2. Lama hari rawat : < 4 hari 3. Tidak terjadi komplikasi 4. Tidak adanya alarm symptoms
12	Tenaga standar	Paramedis, Dokter Umum, Dokter Spesialis Penyakit Dalam
13	Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed. NY: McGrawHill; 2015 2. Setiati S, Alwi I, Sudoyo AW, Simadibrata M, SetiyohadiB, Syam AF: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Interna Publishing; 2014. 3. Suzuki Hidekazu, Journal of Neurogastroenterology and Motility 2017. Medical Education Center, keio University School of Medicine, Tokyo, Japan; 2017 4. Paul M Moayyedi, Brian E. Lacy, Christopher N. Andrews, Robert A., Colin W. Howden. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia: American Journal of Gastroenterology; 2017



**RSUD LUWUK
BANGGAI**

PANDUAN PRAKTEK KLINIK (PPK)

STROKE ISKEMIK

Pengertian (Definisi)	Strok: gejala dan atau tanda gangguan fungsi otak fokal maupun global yang terjadi tiba-tiba dan berlangsung progresif atau menetap atau berakhir dengan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler, tanpa didahului trauma/penyakit infeksi.
Anamnesis	Defisit neurologis yang terjadi secara tiba-tiba, saat aktifitas/istirahat, kesadaran baik/terganggu, nyeri kepala/tidak, muntah/tidak, riwayat hipertensi (faktor risiko strok lainnya), lamanya (onset),serangan pertama/ulang.
Pemeriksaan fisik	Pemeriksaan Fisik (Neurologis dan Internis): Ada defisit neurologis, hipertensi/hipotensi/normotensi, aritmia jantung.
Kriteria Diagnosis	Emboli serebral <ul style="list-style-type: none">◆ Ditemukan gejala/tanda defisit neurologik fokal.◆ CT Scan kepala ditemukan gambaran hipodens dalam parenkim otak.◆ Bila ditemukan hal berikut, menunjang diagnosis, yaitu :<ul style="list-style-type: none">▪ Aritmia jantung/penyakit jantung /riwayat penyakit jantung▪ Waktu kejadian saat aktivitas▪ Riwayat hipertensi, diabetes▪ Faktor risiko lain dari strok▪ EKG/Ekhhokardiografi: kelainan irama/katup atau kelainan jantung lainnya.▪ Lab. darah bila ditemukan peningkatan enzim-enzim jantung dan faktor rheuma.◆ Total skor menurut "Hasanuddin Stroke Score": ≤ 15. Trombosis serebral <ul style="list-style-type: none">◆ Ditemukan gejala/tanda defisit neurologik fokal◆ CT Scan kepala ditemukan gambaran hipodens dalam parenkim otak.◆ Bila ditemukan hal berikut, menunjang diagnosis yaitu:<ul style="list-style-type: none">▪ Waktu kejadian saat istirahat (terutama saat bangun tidur pagi hari)▪ Gejala prodromal (TIA) dan / riwayat TIA▪ Ditemukan/riw. hipertensi, diabetes atau faktor risiko strok lain Total skor menurut "Hasanuddin Stroke Score" : ≤ 15 atau sistem skor lainnya.

<p>Diagnosis Kerja</p>	<p>Stroke Iskemik</p>
<p>Diagnosis Banding</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ umor intrakranial ◆ Kelainan metabolik ◆ Serebritis/abses serebri ◆ Trauma serebral (bila terjadi secara bersamaan) ◆ Meningitis/ensefalitis/ensefalopati (bila terjadi secara bersamaan).
<p>Pemeriksaan Penunjang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pemeriksaan Laboratorium: Hb, hematokrit, hitung eritrosit, leukosit, hitung jenis leukosit, laju endap darah, kimia darah (glukosa, kolesterol, trigliserid, LDL, HDL, as. urat, SGOT, SGPT, ureum, kreatinin), dan bila perlu: trombosit, waktu perdarahan, waktu bekuan, APTT, fibrinogen, <i>Rumpe Leede</i>, likuor serebrospinal, elektrolit, analisa gas darah, homosistein, serta urine lengkap. ◆ Pemeriksaan Radiologik: ◆ CT scan kepala, bila perlu angiografi dan transkranial doppler, foto toraks ◆ Pemeriksaan penunjang lain: Skor stroke Djoenaedi, EKG/ekokardiografi
<p>Tatalaksana</p>	<p>Penatalaksanaan Umum</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posisi kepala 20⁰--30⁰, posisi lateral dekubitus kiri bila disertai muntah. Posisi baring diubah setiap 2 jam (terlentang/miring kanan/miring kiri silih berganti). ▪ Bebaskan jalan napas dan ventilasi diusahakan adekuat. Bila ada indikasi, berikan oksigen 1–2 liter per menit sampai hasil analisis gas darah menunjukkan Pa O₂ > 90 mmHg dan Pa CO₂ 28–34 mmHg. ▪ Kandung kemih dikosongkan dengan kateterisasi intermitten steril (bila ada gangguan buang air kecil) atau pemasangan kateter kondom pada laki-laki atau kateter tetap yang steril maksimal 5–7 hari diganti, disertai latihan buli-buli. ▪ Tekanan darah yang tinggi jangan segera diturunkan dengan cepat, kecuali kondisi khusus dan kelainan jantung (aritmia, infark miokard akut, dan gagal jantung akut). ▪ Hiperglikemia atau hipoglikemia harus dikoreksi. ▪ Suhu badan yang tinggi harus segera dikoreksi ▪ Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah hasil tes fungsi menelan baik. Bila tidak baik atau pasien tidak sadar, dianjurkan melalui pipa nasogastrik. ▪ Keseimbangan cairan dan elektrolit: Hindari cairan intravena yang mengandung glukosa dan koreksi gangguan elektrolit. ▪ Klisma/pencahar diberikan bila obstipasi/retensio alvi, menurut kondisi pasien. ▪ Rehabilitasi dini dan mobilisasi dini bila tidak ada kontraindikasi.

Penatalaksanaan Komplikasi:

- Kejang harus diatasi segera dengan diazepam/Phenitoin iv sesuai protokol yang ada. Profilaksis kejang tidak direkomendasikan secara rutin.
- Ulkus stres: diatasi dengan antagonis reseptor H₂
- Pneumonia: tindakan rehabilitasi khusus dengan fisioterapi dada dan antibiotika berspektrum luas.
- Tekanan intrakranial yang meninggi diturunkan dengan salah satu atau gabungan berikut ini:
 - Mannitol bolus: 1 g/kg BB dalam 20–30 menit kemudian dilanjutkan dengan dosis 0,25--0,5 g/kg BB setiap 6 jam selama maksimal 48 jam, lalu diturunkan perlahan-lahan (*tapering off*). Osmolalitas = 300–320 mOsmol/l.
 - Intubasi dan hiperventilasi mekanis sampai PaCO₂ = 25–30 mmHg
 - Steroid tidak digunakan secara rutin
- Bila diperlukan (hipoalbuminemia), dapat digunakan albumin 20--50% (human albumin).

Penatalaksanaan Kondisi Khusus:

- Hipertensi
 - Penurunan tekanan darah pada strok fase akut hanya bila terdapat salah satu di bawah ini:
 - ✓ tekanan sistolik > 220 mmHg pada dua kali pengukuran selang 30 menit
 - ✓ tekanan diastolik > 120 mmHg pada dua kali pengukuran selang 30 menit
 - ✓ tekanan darah arterial rata-rata (MABP) > 130–140 mmHg pada dua kali pengukuran selang 30 menit
 - ✓ disertai infark miokard akut/gagal jantung atau gagal ginjal akut/diseksi aorta torakalis/retinopati/edema papil.
 - Penurunan tekanan darah maksimal 20% kecuali pada kondisi ke 4, diturunkan sampai batas hipertensi ringan/sebelum strok.
 - Obat yang direkomendasikan: golongan beta bloker (labetolol), ACE inhibitor, dan antagonis kalsium.
 - Bila diastolik lebih dari 140 mmHg pada dua kali pengukuran selang 5 menit, dapat diturunkan dengan nitroglicerine drips dengan pemantauan tekanan darah secara kontinyu.
- Hipotensi harus dikoreksi sampai normal/hipertensi ringan dengan dopamin drips dan diobati penyebabnya (gangguan fungsi jantung/emboli paru/hipovolemia), dan kerjasama bagian penyakit dalam.
- Hiperglikemia harus diturunkan hingga GDS: 100–150 mg% dengan insulin subkutan secara *sliding scale* setiap 6 jam (2 unit RI/kenaikan 50 mg%) selama 2–3 hari pertama. Selanjutnya diobati bersama subbagian endokrin.
- Hipoglikemia harus diatasi segera dengan dekstrose 40% iv sampai normal dan penyebabnya diobati.
- Hiponatremia dikoreksi dengan larutan natrium, misalnya NaCl 20%.

	<p>Penatalaksanaan Spesifik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pada fase akut (12 jam pertama) dapat diberikan: <ul style="list-style-type: none"> - Pentoksifilin infus dalam cairan Ringer Laktat dosis 8 mg/kgBB/hari. - Aspirin 80 mg per hari secara oral 48 jam pertama setelah onset ▪ Dapat dipakai neuroprotektor: <ul style="list-style-type: none"> - Piracetam - Citicholine: bila kesadaran menurun - Nimodipine ▪ Pascafase akut: <ul style="list-style-type: none"> - Pentoksifilin tablet : 2 x 400 mg - ASA dosis rendah 80–325 mg/hari - Neuroprotektor ▪ Pencegahan sekunder: <ul style="list-style-type: none"> - ASA dosis rendah 80–325 mg/hari - Ticlopidin 2 x 250 mg - Kombinasi ASA dan Tiklopidine - Pengobatan faktor risiko stroke yang ada
Prognosis	Meninggal, sembuh dengan cacat, sembuh.
Komplikasi/Penyulit	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bila perawatan dan fisioterapi tidak adekuat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pneumonia baringan ▪ Kontraktur ▪ Dekubitus dll. ◆ Karena penyakit sendiri: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strok baru/susulan pada saat perawatan ▪ Infark hemoragik (transformasi dari infark otak)
Lama perawatan	5 hari
Tenaga standar	Paramedis, Dokter Umum, Dokter Spesialis Saraf
Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPM Neurologi, Bagian Ilmu penyakit saraf Fakultas Kedokteran Unhas, 2015 2. Guideline Stroke 2011 (Edisi Revisi), Kelompok Studi Serebrovaskuler PERDOSSI 2011. 3. AHA/ASA Guideline for the Perevention of Stroke in Patien with Stroke or Transient Ischemic Attack. Stroke 2014;42;227-276 4. The European Stroke Organization (ESO) : Guideline for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008



RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK)

TB PARU ICD.10 = A.15

1. Pengertian (Definisi)	Tuberkulosis (TB) paru adalah penyakit infeksi paru yang disebabkan oleh kuman TB yaitu <i>Mycobacterium tuberculosis</i> .
2. Anamnesis	Suspek TB adalah seseorang dengan gejala atau tanda TB. Gejala umum TB Paru adalah batuk produktif lebih dari 2 minggu, yang disertai: <ol style="list-style-type: none">1. Gejala pernapasan (nyeri dada, sesak napas, hemoptisis) dan/atau2. Gejala sistemik (demam, tidak nafsu makan, penurunan berat badan, keringat malam dan mudah lelah).
3. Pemeriksaan Fisik	Kelainan pada TB Paru tergantung luas kelainan struktur paru. Pada awal permulaan perkembangan penyakit umumnya sulit sekali menemukan kelainan. Pada auskultasi terdengar suara napas bronkhial/amforik/ronkhi basah/suara napas melemah di apex paru, tanda-tanda penarikan paru, diafragma dan mediastinum.
4. Kriteria Diagnosis	Diagnosis Pasti TB diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang (sputum untuk dewasa, tes tuberkulin pada anak). Kriteria Diagnosis Berdasarkan International Standards for Tuberculosis Care (ISTC 2014) <ol style="list-style-type: none">1. Untuk memastikan diagnosis lebih awal, petugas kesehatan harus waspada terhadap individu dan grup dengan faktor risiko TB dengan melakukan evaluasi klinis dan pemeriksaan diagnostik yang tepat pada mereka dengan gejala TB.2. Semua pasien dengan batuk produktif yang berlangsung selama ≥ 2 minggu yang tidak jelas penyebabnya, harus dievaluasi untuk TB.3. Pasien yang diduga Tuberkulosis Paru direkomendasikan untuk melakukan Uji Gene Xpert MTB/RIF.4. Pasien yang terduga TB dengan pemeriksaan Gene Xpert MTB/RIF* negatif tetapi menunjukkan gejala klinis yang mendukung TB, sebaiknya segera dilakukan pemeriksaan foto thorax dan jika hasil thorax mendukung TB maka diberikan pengobatan anti tuberkulosis (OAT) sesuai saran/advis Tim Ahli Klinis (TAK).

5. Diagnosis Kerja	Tuberkulosis Paru
6. Diagnosis Banding	Pneumonia
7. Pemeriksaan Penunjang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Darah: limfositosis/ monositosis, LED meningkat, Hb turun. 2. Untuk TB non paru, spesimen dapat diambil dari bilas lambung, cairan serebrospinal, cairan pleura ataupun biopsi jaringan. 3. Radiologi dengan foto toraks PA-Lateral/ top lordotik. Pada TB, umumnya di apeks paru terdapat gambaran bercak-bercak awan dengan batas yang tidak jelas atau bila dengan batas jelas membentuk tuberkuloma. Gambaran lain yang dapat menyertai yaitu, kavitas (bayangan berupa cincin berdinding tipis), pleuritis (penebalan pleura), efusi pleura (sudut kostrofrenikus tumpul).
8. Tata Laksana :	<p>Tujuan pengobatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyembuhkan, mengembalikan kualitas hidup dan produktivitas pasien. 2. Mencegah kematian akibat TB aktif atau efek lanjutan. 3. Mencegah kekambuhan TB. 4. Mengurangi penularan TB kepada orang lain. 5. Mencegah terjadinya resistensi obat dan penularannya <p>Prinsip-prinsip terapi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat Anti Tuberkulosis (OAT) harus diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Hindari penggunaan monoterapi. 2. Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tepat (KDT) / Fixed Dose Combination (FDC) akan lebih menguntungkan dan dianjurkan. 3. Obat ditelan sekaligus (single dose) dalam keadaan perut kosong. 4. Setiap praktisi yang mengobati pasien tuberkulosis mengemban tanggung jawab kesehatan masyarakat.

5. Semua pasien harus dimonitor respons pengobatannya. Indikator penilaian terbaik adalah pemeriksaan dahak berkala yaitu pada akhir tahap awal, bulan ke-5 dan akhir pengobatan.
6. Rekaman tertulis tentang pengobatan, respons bakteriologis dan efek samping harus tercatat dan tersimpan.

Tabel Dosis obat antituberkulosis KDT/FDC


Berat Badan	Fase Intensif			Fase Lanjutan	
	Harian	Harian	3x/minggu	Harian	3x/minggu
	(R/H/Z/E)	(R/H/Z)	(R/H/Z)	(R/H)	(R/H)
	150/75/400/275	150/75/40	150/150/500	150/75	150/150
30-37	2	2	2	2	2
38-54	3	3	3	3	3
55-70	4	4	4	4	4
>71	5	5	5	5	5

Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal dan lanjutan

1. Tahap awal menggunakan paduan obat rifampisin, isoniazid, pirazinamid dan etambutol.
 - a. Pada tahap awal pasien mendapat pasien yang terdiri dari 4 jenis obat (rifampisin, isoniazid, pirazinamid dan etambutol), diminum setiap hari dan diawasi secara langsung untuk menjamin kepatuhan minum obat dan mencegah terjadinya kekebalan obat.
 - b. Bila pengobatan tahap awal diberikan secara adekuat, daya penularan menurun dalam kurun waktu 2 minggu.
 - c. Pasien TB paru BTA positif sebagian besar menjadi BTA negatif (konversi) setelah menyelesaikan pengobatan tahap awal. Setelah terjadi konversi pengobatan dilanjutkan dengan tahap lanjut.
2. Tahap lanjutan menggunakan paduan obat rifampisin dan isoniazid
 - a. Pada tahap lanjutan pasien mendapat 2 jenis obat (rifampisin dan isoniazid), namun dalam jangka waktu yg lebih lama (minimal 4 bulan).
 - b. Obat dapat diminum secara intermitten yaitu 3x/minggu (obat program) atau tiap hari (obat non program).
 - c. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

	<p>Panduan OAT lini pertama yang digunakan oleh Program Nasional Pengendalian Tuberkulosis di Indonesia adalah sebagai berikut :</p> <p>Kategori 1 : 2HRZE/4H3R3 Artinya pengobatan tahap awal selama 2 bulan diberikan tiap hari dantahap lanjutan selama 4 bulan diberikan 3 kali dalam seminggu. Jadi lama pengobatan seluruhnya 6 bulan.</p>
9. Edukasi (Hospital Health Promotion)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit tuberkulosis 2. Pengawasan ketaatan minum obat dan kontrol secara teratur. 3. Pola hidup sehat dan sanitasi lingkungan.
10. Prognosis	<p>Jika melakukan pengobatan dengan baik dan benar.</p> <p>Ad vitam : dubia ad bonam</p> <p>Ad Sanationam : dubia ad bonam</p> <p>Ad Fungsionam : dubia ad bonam</p>
11. Penelaah Kritis	SMF Paru
12. Indikator	<p>Kriteria hasil pengobatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sembuh: pasien telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap dan pemeriksaan apusan dahak ulang (follow up), hasilnya negatif pada foto toraks AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya. 2. Pengobatan lengkap: pasien yang telah menyelesaikan pengobatannya secara lengkap tetapi tidak ada hasil pemeriksaan apusan dahak ulang pada foto toraks AP dan pada satu pemeriksaan sebelumnya 3. Meninggal: pasien yang meninggal dalam masa pengobatan karena sebab apapun. 4. Putus berobat (default): pasien yang tidak berobat 2 bulan berturut-turut atau lebih sebelum masa pengobatannya selesai. 5. Gagal: Pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan ke lima atau selama pengobatan. 6. Pindah (transfer out): pasien yang dipindah ke unit pencatatan dan pelaporan (register) lain dan hasil pengobatannya tidak diketahui.
13. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. Pedoman nasional pengendalian tuberkulosis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2011. (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2011)

	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="737 197 1432 411">2. Panduan tata laksana tuberkulosis sesuai ISTC dengan strategi DOTS untuk praktik dokter swasta (DPS). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Ikatan Dokter Indonesia. Jakarta. 2012. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012)<li data-bbox="737 422 1432 636">3. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). 3rd Ed. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. The Hague. 2014. (Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2014)<li data-bbox="737 646 1432 812">4. Braunwald, E. Fauci, A.S. Kasper, D.L. Hauser, S.L. et al. Mycobacterial disease: Tuberculosis. Harrison's: principle of internal medicine. 17th Ed. New York: McGraw-Hill Companies. 2009: hal. 1006 - 1020. (Braunwald, et al., 2009)
--	--

 <p>RSUD LUWUK KAB. BANGGAI</p>		<p>PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)</p> <p>DYSPEPSIA</p>
1	Pengertian	Dyspepsia adalah suatu kondisi yang menyebabkan rasa tidak nyaman pada perut bagian atas, yang sering dirasakan sebagai adanya gas, perasaan penuh atau rasa sakit atau rasa terbakar diperut.
2	Tujuan	Panduan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan dyspepsia
3	Assesment Keperawatan	<p>Klasifikasi klinis praktis, didasarkan atas keluhan/gejala yang dominan, membagi dyspepsia menjadi 3 tipe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dyspepsia dengan keluhan seperti ulkus (<i>ulcus-like dyspepsia</i>), dengan gejala: <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri epigastrium terlokalisasi • Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antacid • Nyeri saat lapar • Nyeri episodic 2. Dyspepsia dengan gejala seperti dismotilitas (<i>dysmotility-like dyspepsia</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Mudah kenyang • Perut terasa cepat penuh saat makan • Mual • Muntah • Upper abdominal bloating • Rasa tidak nyaman bertambah saat makan

		3. Dyspepsia nonspesifik (tidak ada gejala seperti kedua tipe di atas) Pembagian akut dan kronik berdasarkan atas jangka waktu tiga bulan
4	Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI) 2. Defisit nutrisi . (D.0019) (56 SDKI) 3. Ansietas (D.0080) (180 SDKI) 4. Risiko ketidakseimbangan cairan tubuh (D.0036) (87 SDKI)
5	Goal and nursing outcome/Kriteria Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) (145 SLKI) 2. Status Nutrisi membaik (L.03030) (155 SLKI) 3. Tingkat Ansietas Menurun (L.09093) (132 SLKI) 4. Keseimbangan Cairan Meningkat (L.05020) (41 SLKI)
6	Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI) (159 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 1.1.Manajemen Nyeri (I. 08238) (201 – 202 SIKI) (159 SAK) 1.2.Pemberian Analgesik (I. 08243) (251 – 252 SIKI) (159 – 160 SAK) 1.3.Aroma terapi (I.08233) (16 SIKI) (160 SAK) 1.4.Kompres panas (I.08235) (132 SIKI) (160 SAK) 1.5.Latihan pernafasan (I.01007) (146 SIKI) (160 -161 SAK) 1.6.Tehnik distraksi (I.08247) (411 SIKI) (161 SAK) 2. Defisit Nutrisi (D.0019) (56 SDKI) (105 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 2.1.Manajemen Nutrisi (I.03119) (200 SIKI) (105 SAK) 2.2.Edukasi Diit (I.12369) (54-55 SIKI) (204 – 205 SAK) 3. Ansietas (D.0080) (180 SDKI) (97 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Reduksi Ansietas (I.09314) (387 SIKI) (97 SAK) (97 SAK) 1.2. Terapi relaksasi (I.09326) (436 SIKI) (97 – 98 SAK) 1.3. Persiapan pembedahan (I.14573) (354 SIKI) (98 – 99 SAK) 4. Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) (87 SDKI) (192 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Manajemen cairan (I03098) (159 SIKI) (192 SAK) 4.2 Pemantauan cairan (I.03121) (238-239 SIKI) (113 SAK)

		<p>4.3 Pencegahan perdarahan (I.02067) (283-284 SIKI) (193 SAK)</p> <p>4.4 Manajemen syock septik (I.02054) (225-226 SIKI) (221 SAK)</p> <p>4.5 Pemantauan tanda vital (I.02060) (248-249 SIKI) (192 -193, 213 SAK)</p>
7	Informasi dan Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan klien menggunakan strategi yang dipilih untuk menurunkan rasa nyeri. 2. Anjurkan klien agar tidak makan makanan yang merangsang peningkatan asam lambung. 3. Anjurkan klien tetap mempertahankan intake peroral yaitu makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering 4. Anjurkan klien menghindari mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung kafein
8	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
9	Penelaah Kritis	Sub Komite Keperawatan
10	Unit Terkait	IGD, Rawat Inap, dan Rawat Jalan
11	Referensi.	<p>Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (Eds). (2013). <i>Nursing intervention cclassification (NIC) (6thed)</i>. St. Louis : Mosby Elsevier.</p> <p>James, S.R., Nelson, K.A., & Ashwill, J.W. (2013) <i>Nursing Care of Children Principles & Practice (4th edition)</i>. St. Louis : Elsevier Saunders.</p>

		<p>Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds). (2014). <i>NANDA international Nursing Diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017</i>. Oxford : Wiley Blackwell.</p> <p>Hockenberry, J.M. & Wilson, D. (2009). <i>Wong's Nursing Care of Infants and Children. (8th edition)</i>. Canada :Mosby Company</p> <p>Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L., Swanson, E. (Eds). (2013). <i>Nursing outcome classifications (NOC) (5thed)</i>. St. Louis: Mosby Elsevier.</p> <p>PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>Wilkinson, J.M., & Ahern, N.R. (2011). <i>Diagnosis Keperawatan Diagnosis NANDA, NIC Intervensi, NOC Outcome (Edisi 9)</i>. Jakarta: EGC</p>
--	--	--



**RSUD LUWUK
KAB. BANGGAI**

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)

GAGAL GINJAL

1	Pengertian	Ginjal kehilangan kemampuannya untuk mempertahankan volume dan komposisi cairan tubuh dalam keadaan asupan makanan normal. Gagal ginjal terdiri dari gagal ginjal akut dan kronik (Nurarif & Kusuma, 2013)
2	Tujuan	Panduan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Gagal Ginjal
3	Asessment Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Gagal Ginjal Kronik (GGK)<ul style="list-style-type: none">• Hipertensi• Adanya DM• Syndrome uremia : lemah, letargi, anoreksia, mual muntah, nokturia, pruritus, uremic frost, kejang sampai koma• Komplikasi anemia, ostea distrofi renal2. Gagal Ginjal Akut (GGA)<ul style="list-style-type: none">• Stadium oliguria 24 – 48 jam• Stadium diuresis : urine >400ml/24 jam, pengeluaran urine jarang melebihi 4 liter
4	Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Resiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036) (87 SDKI)2. Risiko gangguan Integritas Kulit (D.0139) (300 SDKI)3. Keletihan (D.0057) (130 SDKI)4. Risiko Infeksi (D0142) (304 SDKI)5. Risiko Defisit Nutrisi (D0032) ((81 SDKI)6. Nyeri akut (D0077) (172 SDKI)

5	Nursing Outcome	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keseimbangan Cairan Meningkat (L.03020) (41 SLKI) 2. Tidak terjadi integritas Kulit dan Jaringan(L.14125) (33 SLKI) 3. Keletihan teratasi (L.05046) (141 SDKI) 4. Tingkat Infeksi Menurun (L.14137) (139 SLKI) 5. Status Nutrisi Membaik (L.03030) (121 SLKI) 6. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) (145 SLKI)
6	Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036) (87 SDKI) <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Manajemen cairan (I.03098) (159 SIKI) (192 SAK) 1.2. Pemantauan cairan (I.03121) (238 – 239) SIKI (113 SAK) 1.3. Kateterisasi urine (I.04148) (129 -130 SIKI) (171 SAK) 2. Risiko gangguan Integritas Kulit (D.0139) (300 SDKI) <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Perawatan Integritas kulit (I.11353) (316 – 317 SIKI) (183 SAK) 2.2. Edukasi edema (I.12370) (55 SIKI) (184 SAK) 2.3. Pencegahan luka tekan (I.14543) (281 – 282 SIKI) (184 – 185 SAK) 3. Keletihan (D.0057) (130 SDKI) <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Manajemen energy (I.01578) (176 SIKI) 3.2. Dukungan kepatuhan Program pengobatan (I.12361) (26 – 27 SIKI) (106 SAK) 4. Risiko Infeksi (D0142) (304 SDKI) (186 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Pencegahan Infeksi (I.14539) (278 SIKI) (186 SAK) 4.2. Edukasi pencegahan luka tekan (I.12408) (82 SIKI) (184 SAK) 5. Risiko Defisit Nutrisi (D0032) ((81 SDKI) (171 SAK) <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Manajemen Nutrisi (I.03119) (200 SIKI) (171 SAK) 5.2. Edukasi Nutrisi (I.12395) (72 – 73 SIKI) (203 – 204 SAK) 6. Neri akut (D0077) (172 SDKI) <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Manajemen Nyeri (I. 08238) (201 – 202 SIKI) (159 SAK) 6.2. Pemberian Analgesik (I. 08243) (251 – 252 SIKI) (159 – 160 SAK)

		<p>6.3.Aroma terapi (I.08233) (16 SIKI) (160 SAK)</p> <p>6.4.Kompres panas (I.08235) (132 SIKI) (160 SAK)</p> <p>6.5.Latihan pernafasan (I.01007) (146 SIKI) (160 -161 SAK)</p> <p>6.6.Tehnik distraksi (I.08247) (411 SIKI) (161 SAK)</p>
7	Informasi dan Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan Diit tinggi kalori tinggi protein 2. Dialisis (cuci darah) 3. Timbang berat badan setiap hari 4. Optimalisasi dan pertahankan asupan keseimbangan cairan dan garam cairan
8	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
9	Penelaah Kritis	Sub Komite Keperawatan
10	Unit Terkait	IGD, Rawat Inap, dan Rawat Jalan
11	Referensi.	<p>Nuraraif A H & Kusuma H (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion</p> <p>PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatab Indonesia : Definisi dan kriteria hasil keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p>



**RSUD LUWUK
KAB. BANGGAI**

**PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
GAGAL JANTUNG (*HEART FAILURE*)**

1	Pengertian	Gagal Jantung adalah syndrome klinis yang ditandai oleh sesak nafas dan fatik (saat istirahat atau beraktifitas) yang disebabkan karena kelainan struktur tau fungsi jantung.
2	Tujuan	Panduan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien gagal jantung
3	Asesment Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Kriteria Major (paroksisma nocturnal dyspnea, distensia vena leher, ronki paru, kardiomegali, edema paru akut, gallop s3, peningkatan vena jugularis, refluks hepatojugulsr)2. Kriteria Minor (edema ekstremitas, batuk malam hari, dyspnea d'effort, hepatomegali, efusi pleura, penurunan kapasitas vital 1/3 dari normal. Takikardia (>120/menit)3. Major dan Minor (penurunan BB> 4.5 kg dalam 5 hari pengobatan)
4	Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001) (18 SDKI)2. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005) (26 SDKI)3. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) (22 SDKI)4. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI)5. Penurunan Curah Jantung (D.0008) (34 SDKI)6. Resiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036) (87 SDKI)7. Intoleransi Aktivitas (D.0056) (128 SDKI)8. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D.0129) (282 SDKI)9. Defisit Nutrisi (D.0019) (56 SDKI)10. Defisit Perawatan Diri (D.0109) (240 SDKI)11. Ansietas (D.0080) (180 SDKI)
5	Nursing Outcome	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan jalan nafas meningkat (L.01001) (18 SLKI)2. Pola nafas membaik (L.01004) (95 SLKI)3. Pertukaran gas meningkat (L.01003) (94 SLKI)4. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) (145 SLKI) dan Kontrol nyeri meningkat (L06063) (58 SLKI)5. Curah jantung meningkat (L.02008) (20 SLKI)

		<ul style="list-style-type: none"> 6. Keseimbangan cairan meningkat (L.05020) (41 SLKI) 7. Toleransi aktiviats meningkat (L.05047) (149 SLKI) 8. Integritas kulit dan jaringan membaik (L.14125) (33 SLKI) 9. Status Nutrisi Membaik (L.03030) (121 SLKI) 10. Perawatan Diri Meningkat (L.11103) (81 SLKI) 11. Tingkat Ansietas menurun (L.09093) (132 SLKI)
6	Intervensi Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001) (18 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Latihan batuk efektif (I.01006) (142 SIKI) (100 SAK) 1.2. Manajemen jalan nafas (I.01011) (186 – 187 SIKI) (100 – 101 SAK) 2. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005) (26 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Latihan batuk efektif (I.01006) (142 SIKI) (100 SAK) 2.2. Manajemen jalan Nafas (I.01011) (186 – 187 SIKI) (100 – 101 SAK) 3. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) (22 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 3.1. Pemantauan respirasi (I.01014) (247 SIKI) (125 SAK) 4. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 4.1. Manajemen Nyeri (I. 08238) (201 – 202 SIKI) (159 SAK) 4.2. Pemberian Analgesik (I. 08243) (251 – 252 SIKI) (159 – 160 SAK) 4.3. Aroma terapi (I.08233) (16 SIKI) (160 SAK) 4.4. Kompres panas (I.08235) (132 SIKI) (160 SAK) 4.5. Latihan pernafasan (I.01007) (146 SIKI) (160 -161 SAK) 4.6. Tehnik distraksi (I.08247) (411 SIKI) (161 SAK) 5. Penurunan Curah Jantung (D. 0008) (34 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Perawatan Jantung (I.02075) (317 – 318 SIKI) (162 – 163 SAK) 1.2. Perawatan Jantung Akut (I.02076) (318 SIKI) (163 SAK) 1.3. Edukasi Rehabilitasi Jantung (I.12446) (107 -108 SIKI) (199 – 200 SAK) 6. Resiko Ketidakseimbangan Cairan (D.0036) (87 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 6.1. Manajemen cairan (I03098) (159 SIKI) (192 SAK) 6.2. Pemantauan cairan (I.03121) (238-239 SIKI) (113 SAK) 7. Intoleransi Aktivitas (D.0056) (128 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 7.1. Manajemen Energi (I.05178) (176 SIKI) (144 SAK) 8. Gangguan Integritas Kulit / Jaringan (D. 0129) (282 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 8.1. Perawatan Integritas Kulit (I.11353) (316 – 317 SIKI) (119 SAK) 9. Defisit Nutrisi (D.0019) (56 SDKI) <ul style="list-style-type: none"> 9.1. Manajemen Nutrisi (I.03119) (200 SIKI) (105 SAK)

		<p>9.2. Pantauan Tanda-Tanda Vital (I.02060) (248-249 SIKI) (106 SAK)</p> <p>9.3. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.123610) (26 – 27 SIKI) (106 SAK)</p> <p>10. Defisit Perawatan Diri (D.0109) (240 SDKI)</p> <p>10.1. Dukungan Perawatan Diri (I.11348) (36 SIKI) (109 SAK)</p> <p>10.2. Dukungan Perawatan Diri :BAB/BAK (I.11349) (37 SIKI) (109 – 110 SAK)</p> <p>10.3. Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351) (38 SIKI) (110 SAK)</p> <p>10.4. Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) (39 SIKI) (111 SAK)</p> <p>11. Ansietas (D.0080) (180 SDKI)</p> <p>11.1 Reduksi Ansietas (I.09314) (387 SIKI) (97 SAK)</p> <p>11.2 Terapi relaksasi (I.09326) (436 SIKI) (97 – 98 SAK)</p>
7	Informasi dan Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beraktivitas fisik sesuai toleransi 2. Berhenti merokok 3. Kontrol Berat Badan 4. Kontrol Diet 5. Tetap rileks dan mengendalikan stres
8	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
9	Penelaah Kritis	Sub Komite Keperawatan
10	Unit Terkait	IGD, Rawat Inap, dan Rawat Jalan
11	Referensi.	<p>Nuraraif A H & Kusuma H (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion</p> <p>PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatanab Indonesia : Definisi dan kriteria hasil keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p>



**RSUD LUWUK
KAB.BANGGAI**

**PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
STROKE NON HEMORAGIK / ISKEMIK**

1	Pengertian	Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia dan atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Stroke Non Hemoragik yaitu tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.
2	Tujuan	Panduan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Stroke
3	Asessment Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Kelemahan ekstremitas sebelah2. Berbicara secara pleno atau kesulitan berkomunikasi3. Nyeri kepala, mual dan muntah4. Kelemahan5. Kehilangan sensasi6. Penurunan tonus otot7. Hipertensi8. Kesulitan mengunyah dan menelan
4	Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Gangguan menelan (D.0063) (142 SDKI)2. Defisit nutrisi (D.0019) (56 SDKI)3. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI)4. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) (124 SDKI)5. Difisit perawatan diri (D.0109) (240 SDKI)6. Gangguan integritas kulit / Jaringan (D.0129) (282 SDKI)7. Resiko jatuh (D.0143) (306 SDKI)8. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) (264)

		<p>9. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) (51 SDKI)</p> <p>10. Konstipasi (D0049) (114 SDKI)</p>
5	Nursing Outcome	<p>1. Status Menelan Membaik (L.06052) (118 SLKI)</p> <p>2. Status Nutrisi Membaik (L.03030) (121 SLKI)</p> <p>3. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) (145 SLKI)</p> <p>4. Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042) (65 SLKI)</p> <p>5. Perawatan Diri Meningkat (L.11103) (81 SLKI)</p> <p>6. Integritas Kulit Dan Jaringan Meningkat (L.14125) (33 SLKI)</p> <p>7. Tingkat Jatuh Menurun (L.14138) (140 SLKI)</p> <p>8. Komunikasi Verbal Meningkat (L.13118) (49 SLKI)</p> <p>9. Perfusi Serebral Meningkat (L.02014) (86 SLKI)</p> <p>10. Eleminasi fekal dan fungsi gastrointestinal membaik (L.04033, L03019) (23 & 25 SLKI)</p>
6	Intervensi Keperawatan	<p>1. Gangguan menelan (D. 0063) (142 SDKI)</p> <p>1.1. Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351) (38 SIKI) (122 SAK)</p> <p>1.2. Pencegahan Aspirasi (I.01018) (273 – 274 SIKI)(122 – 123 SAK)</p> <p>2. Defisit nutrisi (D.0019) (56 SDKI)</p> <p>2.1. Manajemen Nutrisi (I.03119) (200 SIKI) (105 SAK)</p> <p>2.2. Pemantauan Tanda-Tanda Vital (I.02060) (248-249 SIKI) (106 SAK)</p> <p>2.3. Terapi Menelan (I.03144) (428 SIKI) (106 SAK)</p> <p>2.4. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan (I.123610) (26 SIKI) (106 SAK)</p> <p>3. Nyeri akut (D. 0077) (172 SDKI)</p> <p>3.1. Manajemen Nyeri (I.08238) (201 – 202 SIKI) (159 SAK)</p> <p>3.2. Pemberian Analgesik (I.08243) (251 – 252 SIKI) (159 – 160 SAK)</p> <p>4. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) (124 SDKI)</p> <p>4.1. Dukungan Ambulasi (I.06171) (22 SIKI) (124 SAK)</p>

		<p>4.2. Dukungan Mobilisasi (I.05173) (30 SIKI) (124 SAK)</p> <p>5. Defisit perawatan diri (D. 0109) (240 SDKI)</p> <p>5.1. Dukungan Perawatan Diri (I.11348) (36 SIKI) (109 SAK)</p> <p>5.2. Dukungan Perawatan Diri :BAB/BAK (I.11349) (37 SIKI) (109 SAK)</p> <p>5.3. Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum (I.11351) (38 SIKI) (110 SAK)</p> <p>5.4. Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352) (39 SIKI) (111 SAK)</p> <p>6. Gangguan integritas kulit / Jaringan (D.0129) (282 SDKI)</p> <p>6.1. Perawatan Integritas Kulit (I.11353) (316 SIKI) (119 SAK)</p> <p>7. Resiko Jatuh (D.0143) (306 SDKI)</p> <p>7.1. Pencegahan Jatuh (I.14540) (279 SIKI) (190 SAK)</p> <p>7.2. Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513) (192 – 193 SIKI) (191 SAK)</p> <p>8. Gangguan komunikasi verbal (D.0119) (264)</p> <p>8.1. Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492) (373-374 SIKI) (120 SAK)</p> <p>9. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) (51 SDKI)</p> <p>9.1. Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) (205 SIKI) (210 SAK)</p> <p>9.2. Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) (249-250 SIKI) (211 SAK)</p> <p>10. Konstipasi (D0049) (114 SDKI)</p> <p>10.1. Manajemen eliminasi fekal (I.04151) (174 – 175 SIKI) (151 SAK)</p> <p>10.2. Manajemen konstipasi (I.04155) (193 SIKI) (152 SAK)</p>
7	Informasi dan Edukasi	<p>1. Mencegah terjadi kekakuan otot dan sendi</p> <p>2. Mengontrol factor resiko stroke (mis. TD)</p> <p>3. Diet rendah lemak, garam, berhenti merokok</p>

		<p>4. Edukasi Pencegahan Luka Tekan (Cegah luka decubitus akibat bedres (ubah posisi tiap 4 jam)</p> <p>5. Edukasi manajemen stress (Kelola stress dengan baik)</p> <p>6. Mengetahui tanda dan gejala stroke</p>
8	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
9	Penelaah Kritis	Sub Komite Keperawatan
10	Unit Terkait	IGD, Rawat Inap, dan Rawat Jalan
11	Referensi.	<p>Nuraraif A H & Kusuma H (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion</p> <p>PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatab Indonesia : Definisi dan kriteria hasil keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p>




**RSUD LUWUK
KAB.BANGGAI**

**PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)
TUBERCULOSIS PARU (TBC. PARU)**

1	Pengertian	Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis yang menyerang paru – paru
2	Tujuan	Panduan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien TBC paru
3	Assesment Keperawatan	<ul style="list-style-type: none">• Sering batuk (batuk lebih dari 3 minggu)• Sesak napas jika batuk• Nafsu makan menurun• Sputum berwarna putih kekuningan• Malam sering terbangun• Perasaan lemah sekali• Tidak mampu melakukan aktivitas sendiri• Pernapasan ekspirasi memanjang• Porsi makan tidak dihabiskan• Hasil foto Rontgen : Koch Pulmonal Dextra
4	Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001) (18 SDKI)2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) (22 SDKI)3. Defisit Nutrisi (D.0019) (56 SDKI)4. Gangguan Pola Tidur (D.0055) (126 SDKI)5. Gangguan Mobilisasi Fisik (D0054) (124 SDKI)6. Ansietas (D.0080) (180 SDKI)
5	Nursing Outcome	<ol style="list-style-type: none">1. Bersihan Jalan Nafas Meningkat (L.01001) (18 SLKI)2. Pertukaran Gas meningkat (L.01003) (94 SLKI)3. Status Nutrisi Membaik (L.03030) (121 SLKI)

		<p>4. Pola Tidur Membaik (L.05045) (96 SLKI)</p> <p>5. Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042) (65 SLKI)</p> <p>6. Tingkat Ansietas Menurun (L.09093) (132 SLKI)</p>
6	Intervensi Keperawatan	<p>1. Bersihan jalan Nafas tidak efektif (D.0001) (18 SDKI)</p> <p>1.1. Latihan batuk efektif (I.01006) (142 SIKI) (100 – 101 SAK)</p> <p>1.2. Manajemen jalan nafas (I.01011) (186 – 187 SIKI) (100 SAK)</p> <p>2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) (22 SDKI)</p> <p>2.1. Pemantauan Respirasi (I. 01014) (247 SIKI) (101, 168 SAK)</p> <p>3. Defisit nutrisi (L.03030) (121 SLKI)</p> <p>3.1 Manajemen nutrisi (I.03119) (200 SIKI) (105 SAK)</p> <p>4. Gangguan Pola Tidur (I.05174) (464 SIKI)</p> <p>4.1. Dukungan tidur (I.05174) (48 SIKI) (127 SAK)</p> <p>4.2. Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362) (50 SIKI) (127 – 128 SAK)</p> <p>4.3. Terapi relaksasi (I.09326) (436 SIKI) (128, 97-98 SAK)</p> <p>5. Gangguan Mobilisasi Fisik (D0054) (124 SDKI)</p> <p>5.1. Dukungan Ambulasi (I.06171) (22 SIKI) (124 SAK)</p> <p>6. Ansietas (D.0080) (180 SDKI)</p> <p>6.1 Reduksi Ansietas (I.09314) (387 SIKI) (97 SAK)</p>
7	Informasi dan Edukasi	<p>1. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>2. Ajarkan tehnik tarik nafas dalam</p> <p>3. Anjurkan diet yang diprogramkan</p> <p>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p>5. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</p> <p>6. Ketepatan minum obat</p>

		<p>7. Anjurkan keluarga sebagai pengawas minum obat (PMO) secara teratur</p> <p>8. Ajarkan penyebab dan penularan TB</p> <p>9. Anjurkan menjaga kebersihan mulut</p> <p>10. Edukasi efek samping obat.</p>
8	Evaluasi	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.
9	Penelaah Kritis	Sub Komite Keperawatan
10	Unit Terkait	IGD, Rawat Inap, dan Rawat Jalan
11	Referensi.	<p>Nuraraif A H & Kusuma H (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic Noc. Jilid 3. Jogjakarta : Mediacion</p> <p>PPNI. (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p> <p>PPNI. (2018). Standar Luaran Keperawatab Indonesia : Definisi dan kriteria hasil keperawatan Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI</p>

 <p>RSUD LUWUK BANGGAI</p>		<p>PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)</p>	
		<p>Stroke Non Hemoragik</p>	
1	Pengertian (Definisi)	<p>Strok Hemoragik adalah strok yang terjadi akibat penutupan aliran darah ke sebagian otak tertentu, maka terjadi serangkaian proses patologik pada daerah iskemik. Perubahan ini dimulai dari tingkat seluler berupa perubahan fungsi dan bentuk sel yang diikuti dengan kerusakan fungsi dan integritas susunan sel yang selanjutnya terjadi kematian neuron.</p>	
2	Asesment Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (<i>skinfold</i>), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya indeks massa tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB. 2. Biokimia merupakan hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi 	

		<p>harus selaras dengan assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya.</p> <p>3. Fisik Klinis merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara.</p> <p>4. Riwayat Personal meliputi data umum pasien, sosial budaya, riwayat makan pasien, riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan atau suplemen.</p>
3	Diagnosa Gizi	<p>Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Kemudian memilah masalah gizi yang spesifik dan menyatakan masalah gizi secara singkat dan jelas menggunakan terminologi yang ada. Penulisan diagnosa gizi terstruktur dengan konsep PES atau <i>problem, etiologi</i> dan <i>signs/symptoms</i>.</p>
4	Intervensi Gizi	<p>1. Terapi Diet</p> <p>a. Preskripsi Diet</p> <p>Jenis Diet : Diet Stroke</p> <p>Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa</p> <p>Rute Pemberian : Oral/NGT</p> <p>Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan</p> <p>b. Tujuan Diet :</p> <p>1) Memberikan makanan sesuai kebutuhan penderita dengan memperhatikan keadaan dan komplikasi penyakit</p> <p>2) Memperbaiki keadaan stroke, dispagia, pneumonia, kelainan ginjal dan dekubitus,</p>

		<p>3) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p>c. Syarat Diet</p> <ol style="list-style-type: none">1) Energi cukup 25 - 45 Kkal/kg BB, pada fase akut energi diberikan 1100 - 1500 kkal/hr2) Protein cukup yaitu 0,8 – 1 gr/kg BB, apabila pasien dalam keadaan status gizi kurang, protein diberikan 1,2 – 1,5 gr/kg BB. Apabila penyakit disertai komplikasi gagal ginjal kronik protein diberikan rendah yaitu 0,6 gr/kg BB.3) Lemak cukup yaitu 20 – 30 % dari kebutuhan energi total, diutamakan sumber lemak tak jenuh ganda, batasi sumber lemak jenuh yaitu kurang dari 10 % dari kebutuhan energi total. Untuk lemak omega 3 dianjurkan pada pasien stroke trombosis.4) Karbohidrat cukup, yaitu 60- 70 % dari energi total, untuk penderita dengan Diabetes militus diutamakan karbohidrat kompleks.5) Kolesterol dibatasi kurang dari 300 mg.6) Vitamin cukup, terutama vitamin A, C, E, sebagai antioksidan (sumber : sayur dan buah yang berwarna, hati sapi, dll), asam folat, B6 dan B12 untuk mencegah hiper homocystein yang dapat menyebabkan proses aterosklerosis (sumber : rumput laut, hati ayam, dll).7) Mineral cukup, terutama kalsium, mangan, dan kalium. Penggunaan natrium dibatasi dengan memberikan garam dapur maksimal ½ sdt/hr (setara dengan kurang lebih 5 gr garam dapur / 2 gr natrium).
--	--	---

		<p>8) serat cukup, kurang lebih 20 – 30 gr/hr untuk menurunkan kadar kolentrol darah dan mencegah konstipasi.</p> <p>9) Cairan cukup, yaitu 6 – 8 gelas/hr, kecuali pada keadaan edema dan asites cairan dibatasi. Minuman hendaknya diberikan setelah selesai makan agar porsi makan dapat dihabiskan. Untuk pasien yang disdadia cairan diberikan secara berhati-hati. Cairan dapat dikentalkan dengan gel atau guarcol.</p> <p>10) Bentuk makanan disesuaikan dengan keadaan pasien.</p> <p>11) Makanan diberikan dalam porsi kecil dan sering.</p> <p>2. Kebutuhan Gizi :</p> $RBW = \frac{BB \text{ (kg)}}{TB \text{ (cm)}} - 100 \times 100\%$ <p>Dengan ketentuan :</p> <p>Kurus $RBW < 90 \%$</p> <p>Normal $RBW = 90 - 100 \%$</p> <p>Gemuk $RBW > 110 \%$ atau $\leq 120 \%$</p> <p>Obesitas ringan $RBW 120 - 130 \%$</p> <p>Obesitas sedang $RBW > 130 - 140 \%$</p> <p>Obesitas berat $RBW > 140 \%$</p> <p>3. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet</p>
5	Monitoring dan Evaluasi	<p>kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Data yang di monitor dan di evaluasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Antropometri : LiLA 2. Data Biokimia : Elektrolit 3. Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD) 4. Asupan Makanan : Recall 24 jam $> 80 \%$

6	Informasi dan Edukasi	Konsultasi
9	Daftar Pustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almatsir, S. (Ed.). (2004). <i>Penuntun Diet</i>. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 2. Sirajuddin, Mustamin, H., Nadimin, & Rauf, S. (2014). <i>Survei Konsumsi Pangan</i>. Jakarta: EGC. 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). <i>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</i>. Jakarta 4. Hartwig, M. 2005. <i>Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit</i>. Jakarta : EGC



RSUD LUWUK
KAB.BANGGAI

PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)

Congestive Heart Failure (CHF)

1	Pengertian (Definisi)	<p>Gagal jantung kongestif, atau dalam istilah medis disebut dengan <i>congestive heart failure</i> (CHF) adalah kondisi di mana jantung tidak memompa cukup darah ke organ tubuh dan jaringan lain.</p> <p>Ketika salah satu atau dua bagian jantung tidak memompa darah keluar, darah akan menumpuk dalam jantung atau menyumbat di organ atau jaringan. Akibatnya, darah menumpuk di sistem peredaran darah. Jika jantung sebelah kiri yang gagal berfungsi baik, sistem jantung sebelah kanan akan sesak akibat darah yang menumpuk. Di dalam, jantung tersumbat akibat kontraksi berlebih untuk mendorong darah dan dapat menyebabkan gagal jantung.</p>
2	Asesment Gizi	<ol style="list-style-type: none">1. Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (<i>skinfold</i>), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas

		<p>misalnya indeks massa tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Biokimia merupakan hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya. 3. Fisik Klinis merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara. 4. Riwayat Personal meliputi data umum pasien, sosial budaya, riwayat makan pasien, riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan atau suplemen.
3	Diagnosa Gizi	<p>NI-1.4 Kekurangan intake energy NI-1.5 Kelebihan intake energy NI-5.1 Peningkatan kebutuhan zat gizi tertentu NI-5.6.2 Kelebihan intake lemak NI -5.10.2 Kelebihan intake mineral NI – 3.2 Kelebihan Intake cairan NC-1.4 Perubahan fungsi gastrointestinal NC-2.2 Perubahan nilai laboratorium terkait zat gizi khusus (Kolesterol, SGOT,SGPT NC-3.4 Kelebihan berat badan yang tidak diharapkan</p>

		<p>NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi</p> <p>NB-1.4 Kurangnya kemampuan memonitor diri sendiri</p>
4	Intervensi Gizi	<p>1. Terapi Diet</p> <p>a. Preskripsi Diet</p> <p>Jenis Diet : - Diet Jantung I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diet Jantung II - Diet Jantung III - Diet Jantung IV <p>Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa</p> <p>Rute Pemberian : Oral/NGT</p> <p>Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan</p> <p>b. Tujuan Diet :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memenuhi kebutuhan zat gizi yang ade kuat sesuai dengan kemampuan jantung. 2) Mempertahankan, meningkatkan dan menurunkan berat badan ideal agar tidak memperberat kerja jantung. 3) Mengurangi dan menghindari bahan makanan yang tinggi sumber kolesterol dan lemak jenuh. 4) Mempertahankan keseimbangan cairan agar tidak terjadi penumpukan cairan (edema) 5) Memenuhi kebutuhan elektrolit (khususnya kalium dan natrium) yang berkurang akibat pemberian obat diuretic. 6) Meningkatkan konsumsi seret larut air. <p>c. Syarat Diet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Energi diberikan secara bertahap sesuai kemampuan tubuh untuk memenuhi kebutuhan,

		<p>yaitu 25 – 30 kkal/ kg BB ideal pada wanita dan 30 – 35 kkal/ kg BB ideal pada pria</p> <ol style="list-style-type: none">2) Protein cukup diberikan 0.8 – 1,5 / kg BB ideal atau dihitung 15 – 25% dari seluruh total kalori yang diberikan secara bertahap sesuai dengan kondisi tubuh dan penyakit penyertanya.3) Lemak sedang 20 – 25 % dari kebutuhan energi total, dengan komposisi 10% lemak jenuh dan 10 – 15% lemak tidak jenuh.4) Karbohidrat diberikan 50- 60 % dari total kalori berasal dari KH kompleks (seperti beras, tepung-tepungan, jagung, ubi dan sebagainya) batasi penggunaan bahan makanan sumber karbohidrat murni seperti (gula pasir,gula merah, madu, sirop, dan hasil produknya). Semakin tinggi asupan karbohidrat dapat memperberat keluhan sesak napas pada pasien.5) Bahan makanan sumber kolesterol dianjurkan dibatasi maksimal 200 mg/hari6) Vitamin khususnya vitamin B3(niasin) dan B12 yang banyak terkandung pada bahan makanan(seperti daging ayam, ikan dan sumber hewani lainnya) sangat dianjurkan karena kandungan asam amino(homosistein) berperan dalam menginduksi sel yang menggumpal didalam pembuluh darah7) Vitamin E dapat mengurangi resiko penyakit jantung hingga 40%, vitamin E banyak ditemukan dalam bayam, kacang –kacangan, biji – bijian, merica, minyak zaitun dan jagung.
--	--	--

		<p>Suplemen ini bertindak sebagai anti oksidan dan melindungi darah dan timbunan lemak</p> <p>8) Kalsium (Vitamin D) dan magnesium membantu dalam menjaga kesehatan jantung dan mengatur detak jantung tetap stabil</p> <p>9) EPA dan DHA adalah asam lemak omega 3 yang berfungsi mengurangi resiko penyakit jantung. Asam lemak omega 3 ini banyak terdapat dalam bahan makanan, seperti ikan salmon, makarel, sarden dan tuna.</p> <p>10) Pembatasan pemberian bahan makanan tinggi purin pada kasus gagal jantung dengan hiperuricemia..</p> <p>2. Kebutuhan Gizi : RBW</p> <p>3. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet</p>
5	Monitoring dan Evaluasi	<p>kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Data yang di monitor dan di evaluasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Antropometri : Berat Badan 2. Data Biokimia : Elektrolit 3. Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD) 4. Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %
6	Informasi dan Edukasi	Konsultasi
7	DaftarPustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suharyati, SKM, MKM, RD, dkk, (Ed.). (2019). <i>Penuntun Diet dan terapi Gizi</i> Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 2. Suharyati, dkk (Ed), (2020). <i>Penuntun Diet Dan Terapi Gizi</i>, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran 3. Sirajuddin, Mustamin, H., Nadimin, & Rauf, S. (2014). <i>Survei Konsumsi Pangan</i>. Jakarta: EGC.

		<p>4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). <i>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</i>. Jakarta</p> <p>5. Sylvia A. Price, dkk , Edisi 6, 2006, <i>Patofisiologi Konsep Klinis</i>, EGC, Jakarta</p>
--	--	---



RSUD LUWUK
KAB. BANGGAI

PANDUAN ASUHAN GIZI (PAG)

Cronik Kidney Disease (CKD)

1

Pengertian (Definisi)

Gagal Ginjal Kronik (GGK) adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan irreversibel (Mansjoer, 2000). Ginjal merupakan organ penting dalam tubuh manusia, yang mengatur fungsi kesejahteraan dan keselamatan untuk mempertahankan volume, komposisi dan distribusi cairan tubuh, sebagian besar dijalankan oleh ginjal (Brenner, 1979 dalam Lubis, 2006). Kerusakan pada ginjal membuat sampah metabolisme dan air tidak dapat lagi dikeluarkan. Dalam kadar tertentu, sampah tersebut dapat meracuni tubuh, kemudian menimbulkan kerusakan jaringan bahkan kematian. (www.nephrologychannel.com).


Gagal ginjal kronik terjadi perlahan-lahan, bisa dalam hitungan bulan bahkan tahun, dan sifatnya tidak dapat disembuhkan. Memburuknya fungsi ginjal bisa dihambat apabila pasien melakukan pengobatan secara teratur. Selama ini dikenal dua metode dalam penanganan gagal ginjal. Pertama transplantasi ginjal dan kedua dialisis atau cuci darah. Untuk transplantasi ginjal masih terbatas karena banyak kendala yang harus dihadapi, diantaranya ketersediaan donor ginjal, teknik operasi dan juga perawatan pada waktu pascaoperasi. Pada metode Dialisis Peritoneal (PD) menggunakan lapisan dalam ruang perut sebagai saringan dialisis untuk membersihkan sampah-sampah dan menyeimbangkan kadar elektrolit. (<http://widiyanto>)

		<p>panca.blogdetik.com) Metode PD belum banyak digunakan dan kelemahan pada teknik ini dapat terjadi 3 kategori komplikasi yaitu mekanik, medis, dan infeksi. (http://www.tanyadok.com.)</p>
2	Asesment Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (<i>skinfold</i>), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya indeks massa tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB. 2. Biokimia merupakan hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya. 3. Fisik Klinis merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara.

		4. Riwayat Personal meliputi data umum pasien, sosial budaya, riwayat makan pasien, riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan atau suplemen.
3	Diagnosa Gizi	<p>NI-5.2 Malnutrisi</p> <p>NI-5.4. Penurunan Kebutuhan Zat Gizi Spesifik</p> <p>NC-1.1 Kesulitan menelan</p> <p>NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan</p> <p>NI- 3.2 Kelebihan intake cairan</p> <p>NI - 2.1. Kekurangan intake makanan dan minuman oral</p> <p>NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi</p> <p>NB-3.1 Mengonsumsi makanan yang tidak aman/berbahaya</p>
4	Intervensi Gizi	<p>1. Terapi Diet</p> <p>a. Preskripsi Diet</p> <p>Jenis Diet : Diet Protein Rendah 30 : Diet Protein Rendah 35 : Diet Protein Rendah 40</p> <p>Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa</p> <p>Rute Pemberian : Oral/NGT</p> <p>Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan</p> <p>b. Tujuan Diet : Mengurangi Beban kerja Ginjal, dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mempertahankan status gizi optimal 2) Mengendalikan gejala uremia. 3) Memperlambat progresivitas penurunan laju filtrate glomerulus menuju gagal ginjal stadium akhir 4) Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal. <p>c. Syarat Diet</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal. Kebutuhan energi ditentukan dengan memperhitungkan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 35 Kkal/kg (usia di bawah 60 tahun) dan 30 kkal/ kg (usia 60 tahun ke atas). 2) Kebutuhan protein :0.6 – 0.8 g /kg BB, sebesar 50% kebutuhan protein harus bernilai biologic tinggi. 3) Kebutuhan lemak 25 – 30 % dari total energy. Pembatasan lemak jenuh sebesar <10%. Jika terdapat Dislipidemia, anjuran kolesterol dalam makanan sebesar < 300mg/ hari. 4) Kebutuhan cukup, yaitu sisa dari perhitungan protein dan lemak 5) Natrium <2000 mg/hari 6) Kalium 39 mg/kg/hari disesuaikan dengan nilai laboratorium. 7) Kalsium 1200 mg/hari 8) Fosfor 800 – 1000 mg/hari 9) Cairan dibatasi, yaitu sejumlah urine selama 24 jam ditambah 500 – 750 ml. <p>2. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet</p>
5	Monitoring dan Evaluasi	<p>kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Data yang di monitor dan di evaluasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Antropometri : 2. Data Biokimia : 3. Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD)

		4. Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %
6	Informasi dan Edukasi	Konsultasi
9	DaftarPustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almatsir, S. (Ed.). (2004). <i>Penuntun Diet</i>. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 2. Suharyati, dkk (Ed), (2020). <i>Penuntun Diet Dan Terapi Gizi</i>, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran 3. http://www.tanyadokteranda.com. Diet Pada Penderita Gagal Ginjal, diakses pada tanggal 25 oktober 2021

 <p>RSUD LUWUK KAB.BANGGAI</p>		<p>PANDUAN ASUHAN GIZI</p> <p>(PAG)</p> <p>DISPEPSIA</p>
1	Pengertian (Definisi)	<p>Dispepsia adalah kondisi yang tidak spesifik , sakit atau tidak nyaman pada perut bagian atas , kembung terutama setelah makan.Kondisi ini disebabkan oleh kondisi refluks esofagus,gastritis, ulkus peptik,penyakit kantung empedu,atau lainnya. Kondisi ini menyebabkan asupan berkurang,penekanan asam lambung yang menyebabkan malabsorpsi dan kekurangan zat gizi.</p>
2	Asesment Gizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (<i>skinfold</i>), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya indeks massa tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB. 2. Biokimia merupakan hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan assesmen gizi lainnya seperti

		<p>riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya.</p> <p>3. Fisik Klinis merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara.</p> <p>4. Riwayat Personal meliputi data umum pasien, sosial budaya, riwayat makan pasien, riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan atau suplemen.</p>
3	Diagnosa Gizi	<p>NC-1.1 Kesulitan menelan</p> <p>NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan</p> <p>NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi</p> <p>NB-1.5 Gangguan Pola Makan</p>
4	Intervensi Gizi	<p>1. Terapi Diet</p> <p>a. Preskripsi Diet</p> <p>Jenis Diet : Diet Lambung</p> <p>Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa</p> <p>Rute Pemberian : Oral/NGT</p> <p>Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan</p> <p>b. Tujuan Diet : Memberikan makanan dan cairan secukupnya yang tidak memberatkan lambung serta mencegah dan menetralkan sekresi asam lambung yang berlebihan.</p> <p>c. Syarat Diet</p> <p>1) Mudah cerna,porsi kecil dan sering diberikan</p>

		<ol style="list-style-type: none">2) Energi diberikan sesuai kebutuhan,diberikan diit tinggi kalori protein apabila dalam kondisi status gizi kurang ,diet rendah kalori pada kondisi status gizi obesitas3) Protein normal,dapat diberikan tinggi protein dalam kondisi status gizi kurang.4) Lemak rendah, yaitu 10-15 % dari kebutuhan energy total yang ditingkatkan secara bertahap hingga sesuai dengan kebutuhan5) Rendah Serat , terutama serat tidak larut air yang ditingkatkan secara bertahap6) Cairan cukup ,terutama bila ada muntah.7) Tidak mengandung bahan makanan atau bumbu yang tajam , baik secara termis,mekanis maupun kimia8) Laktosa rendah bila ada intoleransi laktosa ; umumnya tidak dianjurkan terlalu banyak9) Hindari peppermint dan spearmint10)Hindari kondisi serta bahan makanan yang merangsang asam lambung seperti alcohol,coklat,kopi,kafein serta rokok,11) Kurangi makanan yang menyebabkan tidak nyaman seperti buah dan jus asam ,produk tomat,makanan berkarbonasi,makanan dengan bumbu yang tajam serta makanan dengan tinggi lemak12)Makan secara perlahan di lingkungan yang tenang13) Pada fase akut dapat diberikan makanan parenteral saja selama 24-48 jam untuk memberi istirahat pada lambung.
--	--	--

		<p>14) Bentuk makanan bergantung pada kemampuan menelan.</p> <p>15) Mempertahankan postur tegak selama dan setelah makan, hindari berpakaian terlalu ketat, hindari tidur setelah makan (makan minimal 2 jam sebelum tidur), meninggikan posisi kepala sebesar 5 inci jika tidur</p> <p>2. Kebutuhan Gizi : RBW</p> <p>3. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet</p>
5	Monitoring dan Evaluasi	<p>kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Data yang di monitor dan di evaluasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Antropometri : 2. Data Biokimia : 3. Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD) 4. Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %
6	Informasi dan Edukasi	Konsultasi
7	DaftarPustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almatsir, S. (Ed.). (2006). <i>Penuntun Diet Edisi Baru</i>. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 2. Sirajuddin, Mustamin, H., Nadimin, & Rauf, S. (2014). <i>Survei Konsumsi Pangan</i>. Jakarta: EGC. 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). <i>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</i>. Jakarta 4. Persatuan Ahli Gizi Indonesia, Asosiasi Dietisien Indonesia. (2019). <i>Penuntun Diet dan Terapi Gizi</i>. Jakarta : EGC



RSUD LUWUK
KAB.BANGGAI

PANDUAN ASUHAN GIZI

(PAG)

TUBERKULOSIS

1	Pengertian (Definisi)	<p>Tuberkulosis (TB) yang juga dikenal dengan singkatan TBC merupakan penyakit menular yang menyebabkan masalah kesehatan terbesar kedua di dunia setelah HIV. Penyakit ini disebabkan oleh basil dari bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Tuberkulosis sendiri dapat menyerang bagian tubuh manapun, tetapi yang tersering dan paling umum adalah infeksi tuberkulosis pada paru-paru.</p> <p>Penyebaran penyakit ini dapat terjadi melalui orang yang telah mengidap TBC. Kemudian, batuk atau bersin menyemburkan air liur yang telah terkontaminasi dan terhirup oleh orang sehat yang kekebalan tubuhnya lemah terhadap penyakit tuberkulosis. Walaupun biasanya menyerang paru-paru, tetapi penyakit ini dapat memberi dampak juga pada tubuh lainnya, seperti sistem saraf pusat, jantung, kelenjar getah bening, dan lainnya.</p>
2	Asesment Gizi	<ol style="list-style-type: none">1. Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu. Antropometri dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain pengukuran tinggi badan (TB); berat badan (BB). Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, tinggi lutut (TL), rentang lengan atau separuh rentang lengan. Pengukuran lain seperti lingkaran lengan atas (LiLA), tebal lipatan kulit (<i>skinfold</i>), lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran pinggang dapat dilakukan sesuai kebutuhan. Penilaian status gizi dilakukan dengan membandingkan beberapa ukuran tersebut diatas misalnya indeks massa tubuh (IMT) yaitu ratio BB terhadap TB.2. Biokimia merupakan hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah

		<p>gizi. Pengambilan kesimpulan dari data laboratorium terkait masalah gizi harus selaras dengan assesmen gizi lainnya seperti riwayat gizi yang lengkap, termasuk penggunaan suplemen, pemeriksaan fisik dan sebagainya.</p> <p>3. Fisik Klinis merupakan pemeriksaan fisik yang dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. Pemeriksaan fisik terkait gizi merupakan kombinasi dari tanda-tanda vital dan antropometri yang dapat dikumpulkan dari catatan medik pasien serta wawancara.</p> <p>4. Riwayat Personal meliputi data umum pasien, sosial budaya, riwayat makan pasien, riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan atau suplemen.</p>
3	Diagnosa Gizi	<p>NI-1.4 Kekurangan intake energy</p> <p>NI-2.1 Kekurangan Intake Makanan dan Minuman Oral</p> <p>NC-1.1 Kesulitan menelan</p> <p>NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan</p> <p>NC-3.4 Kelebihan berat badan yang tidak diharapkan</p> <p>NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi</p> <p>NB-3.1 Mengonsumsi makanan yang tidak aman/berbahaya</p>
4	Intervensi Gizi	<p>a. Terapi Diet</p> <p>b. Preskripsi Diet</p> <p>Jenis Diet : Tinggi Kalori Tinggi Protein</p> <p>Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa</p> <p>Rute Pemberian : Oral/NGT</p> <p>Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan</p> <p>c. Tujuan Diet :</p>

		<p>1) Memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat untuk mencegah dan mengurangi kerusakan jaringan tubuh.</p> <p>2) Menambah berat badan hingga mencapai berat badan normal.</p> <p>d. Syarat Diet</p> <p>1) Energi Tinggi, yaitu 40-45 Kkal/kg BB</p> <p>2) Protein Tinggi, 2,0-2,5 g/kg BB</p> <p>3) Lemak cukup, yaitu 10-25% dari kebutuhan energi total.</p> <p>4) Karbohidrat cukup, sesuai kebutuhan normal</p> <p>5) Vitamin dan mineral cukup, sesuai kebutuhan normal</p> <p>6) Makanan diberikan dalam bentuk mudah dicerna.</p> <p>e. Kebutuhan Gizi : RBW</p> <p>f. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet</p>
5	Monitoring dan Evaluasi	<p>kegiatan monitoring dan evaluasi gizi dilakukan untuk mengetahui respon pasien/klien terhadap intervensi dan tingkat keberhasilannya. Data yang di monitor dan di evaluasi seperti :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Data Antropometri : 2. Data Biokimia : 3. Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD) 4. Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %
6	Informasi dan Edukasi	Konsultasi
9	DaftarPustaka	<ol style="list-style-type: none"> 1. Almansir, S. (Ed.). (2004). <i>Penuntun Diet</i>. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama. 2. Sirajuddin, Mustamin, H., Nadimin, & Rauf, S. (2014). <i>Survei Konsumsi Pangan</i>. Jakarta: EGC. 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). <i>Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit</i>. Jakarta

		4. Rizal, F. (2021). <i>Tuberkulosis</i> . Halodoc
--	--	--

 RSUD LUWUK BANGGAI	<h1 style="text-align: center;">PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN</h1>	
<h2 style="text-align: center;">PENGKAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) PENYAKIT GINJAL KRONIK</h2>		
1. Pengertian	Penggunaan obat pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang disesuaikan dengan bioavalabilitas, farmakokinetik, farmakodinamik, efikasi dan dosis.	
2. Assesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien 2. Menentukan problem farmaskoterapi dan farmakoekonomik pasien gagal ginjal kronis 3. Menentukan dosis terapi dengan mempertimbangkan farmako kinetik pasien gagal ginjal kronis 4. Menentukan dan menjamin keseimbangan elektrolit dan tekanan darah pasien 5. Mendesain regimen pengobatan pasien 	
3. Identifikasi DRP (drug Related Problem)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penyesuaian dosis dan waktu pemberian obat untuk obat-obatan yang eliminasinya tinggi melalui ginjal. 2. Kombinasi obat-obat golongan penghambat angiotensin dapat (hiperkalemia) menyebabkan peningkatan jumlah kalium dalam darah 3. Penggunaan obat Metformin sebagai anti diabetes dapat memperparah asidosis pasien gagal ginjal kronis 4. Potensi interaksi obat 5. Dosis obat 6. Potensi Efek samping Obat 	
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekomendasi obat-obatan yang sebaiknya dihentikan 2. Rekomendasi pemilihan OAH 3. Pemantauan terapi obat 4. Monitoring Efek samping obat 5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat. 	
5. Monitoring dan evaluasi	Monitoring Penggunaan OAH pasien: <ol style="list-style-type: none"> 1. TTV: Temperatur, Nadi, BP untuk menilai keberhasilan terapi OAH 2. Bandingkan kesesuaian penggunaan OAH dengan yang direkomendasikan di JNC8 	
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hentikan penggunaan OAH jika pasien mengalami ciri-ciri Hipotensi 2. Jangan Hentikan pemakaian OAH karena dapat menyebabkan reaborn hipertensi. 	
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinis	
8. Indikator	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah stabil/ Normal 2. Tidak ada reaksi obat yang tidak diinginkan 3. Interaksi obat dapat di kendalikan jika ada 	
9. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dirjen binfar dan alkes, Pharmaceutical care hipertensi, dirjen binfar dan alkes. 2006 2. Dipiro, Pharmacotherapy Handbook 9th, 2015 3. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi no 71 Kemenkes RI. 2017 	



RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN

PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) STROKE NON HEMORAGIK

1. Pengertian	Penggunaan obat pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik yang disesuaikan dengan bioavailabilitas, farmakokinetik, farmakodinamik, efikasi dan dosis.
2. Assesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none">1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien2. Menentukan problem farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien3. Menentukan dosis terapi dengan mempertimbangkan farmakokinetik pasien Stroke Non Hemoragik4. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien5. Mendesain regimen pengobatan pasien
3. Identifikasi DRP (Drug Related Problem)	<ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi indikasi tanpa pengobatan2. Pemilihan obat yang tidak tepat3. Gagal untuk menerima obat4. Potensi interaksi obat5. Dosis obat (dosis lebih dan dosis rendah)6. Potensi Efek samping Obat7. Terapi pengobatan tanpa ada indikasi
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none">1. Rekomendasi pemberian terapi dengan menggunakan statin untuk mengurangi terjadinya stroke berulang atau penyakit kardiovaskuler lainnya.2. Rekomendasi pemilihan antibiotik yang tepat3. Pemantauan terapi obat4. Monitoring Efek samping obat5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat.6. Penanganan adanya interaksi obat yang bermakna secara klinik
5. Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pemantauan efek samping obat2. Pemantauan efek terapeutik obat3. Kepatuhan pasien
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none">1. Cara menggunakan / minum obat2. Cara mengidentifikasi terjadinya efek samping obat3. Memotivasi meningkatkan kepatuhan mengikuti regimen terapi obat
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinis
8. Indikator	Pencapaian sasaran farmakoterapi: <ol style="list-style-type: none">1. Hemodinamik stabil2. Tekanan intrakranial normal3. Tidak terjadi kejang4. Tidak nyeri5. Tidak demam6. Tidak terjadi stress ulcer7. Tidak terjadi Deep Vein Thrombosis (DVT) dan emboli paru8. Kadar gula darah terkendali

	<p>9. Tidak terjadi stroke berulang 10. Efek samping obat teratasi</p>
<p>9. Kepustakaan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Guideline Stroke 2011 (Edisi Revisi), Kelompok Studi Serebrovaskuler PERDOSSI 2011 2. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke; a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association. Stroke. 2013; 44(3): 870-947 3. Dipro, Josept. T., et. al. 2005. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach Sixth Edition. McGrawHill : US 4. American Pharmacists Association. 2015. Drug Information Handbook. A Comprehensive Resource for all Clinicians and Healthcare Professional 25th Edition. Ohio: Lexi-Comp Inc 5. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi no 71 Kemenkes RI. 2017



RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN

PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) GAGAL JANTUNG KONGESTIF

1. Pengertian	Penggunaan obat pada pasien dengan gagal jantung kongestif yang disesuaikan dengan bioavailabilitas, farmakokinetik, farmakodinamik, efikasi dan dosis.
2. Assesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none">1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien2. Menentukan problem farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien3. Menentukan dosis terapi dengan mempertimbangkan farmako kinetik pasien <i>Congestive Heart Failure</i> (gagal jantung kongestif)4. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien5. Mendesain regimen pengobatan pasien
3. Identifikasi DRP (drug Related Problem)	<ol style="list-style-type: none">1. Pemilihan obat yang tidak tepat2. Interaksi obat3. Duplikasi kelompok terapi4. Indikasi terapi obat yang tidak diresepkan5. Pemilihan dosis obat yang tidak tepat6. Potensi Efek samping Obat
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none">1. Rekomendasi Penggunaan penghambat ACE untuk terapi gagal jantung2. Rekomendasi obat diuretik3. Penggunaan β-bloker untuk terapi gagal jantung4. Rekomendasi obat yang tepat5. Pemantauan terapi obat6. Monitoring Efek samping obat7. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat.8. Penanganan adanya interaksi obat yang bermakna secara klinik
5. Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pemantauan efek samping obat2. Pemantauan efek terapeutik obat3. Kepatuhan pasien
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none">1. Cara menggunakan / minum obat2. Cara mengidentifikasi terjadinya efek samping obat3. Memotivasi meningkatkan kepatuhan mengikuti regimen terapi obat
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinis
8. Indikator	<ol style="list-style-type: none">1. TTV dalam batas normal2. Penggunaan obat yang tepat3. Tidak ada reaksi obat yang tidak diinginkan4. Jika ada Interaksi obat dapat dikendalikan.
9. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none">1. Baxter, K. Stockley's Drug Interactions Ninth Edition. Pharmaceutical Press, London; 2010.2. Bhatti E. T., Meraj A., Malik M., Imtiaz M., Nasir A. Drug Related Problems Associated with Polypharmacy: A Literature Review. Journal of Pharmacy Practice and Community Medicine. 2017.

- | | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none">3. Mariam S. Evaluasi kejadian interaksi obat pada pasien rawat inap geriatri penderita gagal jantung. Jurnal Farmamedika; 20164. PERKI. Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung. Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia; 2015.5. Shakilla, Nur. Kajian Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Irna Penyakit Dalam RSUP. Dr. M. Djamil. Padang; Universitas Andalas; 2016. |
|--|--|



RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN

PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) TUBERKULOSIS PARU

1. Pengertian	Penggunaan obat pada pasien dengan Tuberkulosis Paru yang disesuaikan dengan bioavailabilitas, farmakokinetik, farmakodinamik, efikasi dan dosis.
2. Assesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none">1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien2. Menentukan problem farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien3. Menentukan dosis terapi dengan mempertimbangkan farmako kinetik pasien <i>Tuberkulosis Paru</i> (TB Paru)4. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi dan farmakoekonomik pasien5. Mendesain regimen pengobatan pasien TB paru.
3. Identifikasi DRP (drug Related Problem)	<ol style="list-style-type: none">1. Pemilihan dan distribusi obat yang tidak tepat2. Potensi Interaksi obat antara OAT dan non OAT3. Duplikasi kelompok terapi4. Pemilihan dosis obat yang tidak tepat5. Potensi Efek samping Obat
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none">1. Rekomendasi pemilihan OAT, diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan.2. Rekomendasi obat-obatan yang sebaiknya dihentikan3. Hindari penggunaan monoterapi4. Pemantauan terapi obat5. Monitoring Efek samping obat6. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat.7. Penanganan adanya interaksi obat yang bermakna secara klinik
5. Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pemantauan efek samping obat2. Pemantauan efek terapeutik obat3. Kepatuhan pasien
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none">1. Cara menggunakan / minum obat2. Cara mengidentifikasi terjadinya efek samping obat3. Memotivasi meningkatkan kepatuhan mengikuti regimen terapi obat
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinis
8. Indikator	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap.2. Penggunaan obat yang tepat3. Tidak ada reaksi obat yang tidak diinginkan4. Jika ada Interaksi obat dapat dikendalikan.
9. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none">1. Panduan tata laksana tuberkulosis sesuai ISTC dengan strategi DOTS untuk praktik dokter swasta (DPS). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan Ikatan Dokter Indonesia. Jakarta. 2012.

(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012)

2. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). 3rd Ed. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. The Hague. 2014. (Tuberculosis Coalition for Technical Assistance , 2014)
3. DepKes RI. Pharmaceutical Care untuk Penyakit Tuberculosis. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2005




RSUD LUWUK
BANGGAI

PANDUAN ASUHAN KEFARMASIAN

PENGAJIAN TERKAIT PERMASALAHAN OBAT (DRUG RELATED PROBLEM) DISPEPSIA

1. Pengertian	Penggunaan obat pada pasien dengan dispepsia yang disesuaikan dengan bioavailabilitas, farmakokinetik, farmakodinamik, efikasi dan dosis.
2. Assesmen Kefarmasian	<ol style="list-style-type: none">1. Mengumpulkan data dan informasi spesifik terkait pengobatan pasien2. Menentukan problem farmaskoterapi danfarmakoekonomik pasien3. Menentukan kebutuhan dan tujuan farmakoterapi danfarmakoekonomik pasien4. Mendesain regimen pengobatan pasien
3. Identifikasi DRP (drug Related Problem)	<ol style="list-style-type: none">1. Pemilihan dan distribusi obat yang tidak tepat2. Potensi interaksi obat3. Dosis obat4. Potensi Efek samping Obat5. Identifikasi resusitasi cairan6. Identifikasi ketepatan jadwal pemberian
4. Intervensi Farmasi	<ol style="list-style-type: none">1. Menghitung dosis obat yang sesuai dengan kondisi pasien2. Rekomendasi pemilihan antibiotik3. Pemantauan terapi obat4. Monitoring Efek samping obat5. Rekomendasi alternatif terapi jika ada interaksi obat.
5. Monitoring dan evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)2. Monitoring Reaksi Obat Yang Tidak di Inginkan (ROTD)3. TTV: Temperatur, Nadi,TD4. Uji lab: nilai H2TL, SGPT, SGOT, Elektrolit untuk menilai keberhasilan terapi
6. Edukasi dan Informasi	<ol style="list-style-type: none">1. Pemahaman mengenai tujuan pengobatan2. Pemahaman mengenai dosis dan instruksi obat yang diserahkan3. Pemahaman mengenai pentingnya kepatuhan pasien dalam pengobatan4. Efek samping yang muncul pada saat terapi obat5. Perhatian khusus terhadap interaksi obat6. Memberikan penyuluhan kesehatan dengan bekerja sama dengan PKRS
7. Penelaah Kritis	Apoteker Klinis
8. Indikator	<ol style="list-style-type: none">1. Tidak terjadi intokasi obat2. Reaksi obat tidak diharapkan segera dikenali (diatasi)
9. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none">1. Dipiro, Pharmacotherapy Handbook 9th, 20152. Jawetz E. Sulfonamid dan trimetoprim. In: Katzung BG (Ed): Farmakologi dasar dan klinik. Jakarta, EGC.2002.3. Kemenkes, Standar Pelayanan Farmasi no 71 KemenkesRI. 2017

	<p style="text-align: center;">PANDUAN PRAKTEK KLINIK (PPK) FISIOTERAPI STROKE NON HEMORAGIK</p>
<p style="text-align: center;">Pengertian</p>	<p>Stroke Non Hemoragik disebabkan Oleh adanya Penyumbatan Aliran Darah Otak oleh Thrombus atau Embolus. Thrombus umumnya terjadi karena berkembangnya Aterosklerosis pada Dinding Pembuluh Darah, sehingga Arteri menjadi Tersumbat, Aliran Darah ke Area Thrombus menjadi Berkurang, Menyebabkan Iskemia kemudian Menjadi Kompleks Iskemia akhirnya terjadi Infark pada Jaringan Otak. Emboli disebabkan oleh Embolus yang berjalan menuju Arteri Serebral melalui Arteri Karotis. Terjadinya Blok pada Arteri tersebut menyebabkan Iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan Neurologist Fokal. Perdarahan Otak dapat disebabkan oleh Pecahnya Dinding Pembuluh Darah oleh Emboli.</p>
<p style="text-align: center;">Pemeriksaan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Anamnesis <p>Pasien Mengeluh Kelemahan Anggota Gerak Sebelah Kiri atau Kanan. Disertai dengan atau tanpa Gangguan Berbicara, Kognitif, Memori, Sensor Motorik dan Keseimbangan.</p> 2 Pemeriksaan Fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi <ol style="list-style-type: none"> a) Deformitas karena Spastik b) Postur yang Asimetris c) Pola Jalan yang Kurang Baik b. Pemeriksaan Fisik berdasar Bukti <ol style="list-style-type: none"> a) Body Structure & Function <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan Fungsi Otot - Gangguan Sensoris - Gangguan Keseimbangan dan Koordinasi b) Activity Limitation <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan Ambulasi - Gangguan Berjalan - Gangguan Aktifitas Sehari c) Participation Restriction <ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan Bekerja - Kesulitan Berolahraga - Kesulitan Bersosialisasi

<p>Evaluasi</p>	<p>Pengukuran Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Derajat Stroke 2) Kekuatan Otot 3) Spastisitas 4) Sensasi 5) Kognitif 6) Keseimbangan dan Koordinasi 7) Fungsional
<p>Diagnosa Fisioterapi</p>	<p>Belum Bisa Melakukan Aktivasnya secara Mandiri karena Adanya Gangguan Kognitif, Gangguan Sensasi, Kelemahan pada Satu sisi dan Penurunan Tonus Otot pada Anggota Gerak pada sisi lesi sehingga terjadi Hipomobilitas, Gangguan Fungsi yang akan Mempengaruhi dalam Aktivitas Bekerja, Berolahraga, Beribadah dan Bersosialisasi.</p>
<p>Prognosis Fungsional</p>	<p>Hampir 2/3 Pasien Pasca Stroke dimulai dengan Defisit Mobilitas, dan Setelah 6 bulan 70% dari Penderita bisa Berjalan Mandiri. Kecepatan dan Kualitas Berjalan ini dapat ditingkatkan untuk Sekitar 60% Penderita.</p>
<p>Intervensi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) ICF Target <ol style="list-style-type: none"> a. Meningkatkan Kognisi terhadap Fungsi Gerak b. Re-eduksi Fungsi Otot c. Mengembalikan Sensasi d. Meningkatkan Keseimbangan dan Koordinasi e. Mengembalikan Aktivitas Fungsional 2) Modalitas yang direkomendasikan <ol style="list-style-type: none"> a. Terapi Latihan b. Terapi Manipulasi c. Massage d. Heating Superficial (IR, Hotpack, MWD) e. Laser f. Electrical Stimulation (ES) g. Taping
<p>Outcome Measure</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Derajat Stroke 2) Kekuatan Otot 3) Spastisitas 4) Sensasi 5) Kognitif 6) Keseimbangan dan Koordinasi 7) Fungsional

	4.3 Edukasi Rehabilitasi Jantung (I.12446)									
	5. Intoleransi Aktivitas (D.0056) 5.1. Manajemen Energi (I.05178)									
c. TLI GIZI	1. Terapi Diet									
	2. Kebutuhan Gizi : RBW									
	3. Terapi Edukasi Gizi : Leaflet									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP								Sesuai hasil monitoring	
11. MONITORING & EVALUASI										
a. DPJP	Asesmen ulang dan review verifikasi rencana asuhan									Monitor perkembangan klinis pasien
b. KEPERAWATAN	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.									Mengacu pada SDKI, SIKI, SLKI
c. GIZI	1. Monitoring data Antropometri : Berat Badan									Mengacu pada Panduan Asuhan Gizi (PAG)
	2. Monitoring data Biokimia : Elektrolit									
	3. Monitoring Fisik Klinis : Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TTD)									
	4. Monitoring asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %									
d. FARMASI	Monitoring interaksi obat									
	Monitoring efek samping obat									
	Evaluasi kepatuhan pasien									
12. MOBILISASI & REHABILITASI										
a. MEDIS										
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi sesuai toleransi									
13. OUTCOME/ HASIL										
a. MEDIS	80% pasien dengan gagal jantung akut teratasi dalam jangka waktu 7 hari									
b. KEPERAWATAN	1. Pola nafas membaik (L.01004)									
	2. Pertukaran gas meningkat (L.01003)									
	3. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) dan Kontrol nyeri meningkat (L06063)									
	4. Curah jantung meningkat (L.02008)									
	5. Toleransi aktiviats meningkat (L.05047)									
c. GIZI	1. Tidak terjadi Kesulitan menelan									
	2. Tidak terjadi penurunan berat badan									

	yang tidak diharapkan										
	3. Bertambahnya pengetahuan yang dikaitkan dengan makanan dan gizi										
	4. Tidak terjadi gangguan pola makan										
d. FARMASI	1. TTV dalam batas normal										
	2. Tidak ada reaksi obat yang tidak diinginkan.										
	3. Penggunaan obat yang tepat										
	4. Reaksi obat tidak diharapkan segera dikenali (diatasi)										
14. KRITERIA PULANG	Umum: tanda vital, intake, dan mobilisasi baik										
	Khusus: hasil pemeriksaan fisik dan penunjang ulang normal/ perbaikan										
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan										Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai keadaan umum										
	Surat pengantar kontrol										
VARIAN											

Luwuk, _____, 2021

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(_____)

(_____)

(_____)

Keterangan:

	Harus dilakukan
	Bisa dilakukan atau tidak
✓	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY
STROKE NON HEMMORAGIK
RSUD KAB. BANGGAI**

NO RM:

Nama Pasien :		Berat Badan	Kg
Jenis Kelamin :	L / P	Tinggi Badan	Cm
Tanggal Lahir :	Tanggal Masuk :	Jam Masuk	WITA
Diagnosis Masuk :	Stroke Non Hemoragik	Tanggal Keluar :	Jam Keluar
Penyakit Utama :	Kode ICD :	Lama Rawat	hari
Penyaki Penyerta :	Kode ICD :	Rencana Rawat	
Kompikasi :	Kode ICD :	R. Rawat/ Kelas	
Tindakan :	Kode ICD :	Rujukan	Ya / Tidak
Dietary Counselling and Surveillance	Kode ICD :		

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT					KETERANGAN
		1	2	3	4	5	
		HARI RAWAT					
		1	2	3	4	5	
1. ASESMEN AWAL							
ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD : Pemeriksaan Score <i>National Institute of Health Stroke Scale</i> (NIHSS)						Pasien masuk via IGD
	Dokter spesialis : Pemeriksaan Score <i>National Institute of Health Stroke Scale</i> (NIHSS)						Pasien masuk via RJ
ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya pemeriksaan fisik, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, aktivitas dan istirahat, Sirkulasi, integritas Ego, Eliminasi, Makanan/Cairan, Neurosensory, Nyaman/ nyeri, keamanan, interaksi social. status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge Planning						Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah Lengkap						
	Urine lengkap						Jika ada indikasi

	GDS									
	Profil Lipid									
	Creatinin									
	Asam Urat									
									Varian	
3. RADIOLOGI/ IMAGING	CT Scan kepala kontras								Berdasarkan kondisi pasien	
	CT Scan kepala non kontras									
	Foto Thorax									
	Transcranial Doppler (TCD)									
	EKG								Varian	
4. KONSULTASI	Rehab Medis								Lama hari rawat 5 hari	
5. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	DPJP									Visite Harian / follow up
	Non DPJP / Dokter ruangan									Atas indikasi / emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab									Dilakukan 3 shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga gizi (Nutrisionis. Dietsen), mengkaji risiko malnutrisi melalui skrining gizi, data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan, serta riwayat personal.									Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah resep									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat									
6. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	STROKE NON HEMORAGIK									
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	Kode (D.0063) Gangguan Menelan									Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab.
	Kode (D.0017) Resiko Perfusi Serebral tidak efektif									
	Kode (D.0119) Gangguan Komunikasi Verbal									

	Kode (D.0109) Defisit Perawatan Diri							Mengacu pada SDKI
	Kode (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik							
	Kode (D.0049) Konstipasi							
c. DIAGNOSIS GIZI	NI – 2.1 Asupan makan peroral kurang NI – 3.1 Asupan cairan inadekuat NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan NC-1.1. Kesulitan menelan NC- Kesulitan mengunyah NI-2.9 Keterbatasan penerimaan makanan							Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Terapi yang diberikan meliputi kegunaan obat, dosis dan efek samping.							Program pendidikan pasien & keluarga
	Diet yang dapat dikonsumsi selama pemulihan kondisi yaitu diet lunak yang tidak merangsang dan tinggi karbohidrat dan protein							
	Anjurkan untuk istirahat							
8. EDUKASI TERINTEGRASI								
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Diagnosa							Dilakukan oleh semua PPA dan juga berdasarkan discharge planning.
	Tindakan							
	Komplikasi							
	lama perawatan							
	Informed Consent							
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Konsultasi							Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 1 atau hari ke 2
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Mencegah terjadinya tekanan otot dan sendi							
	Mengontrol factor resiko stroke (mis TD)							
	Diet rendah lemak, garam, berhenti merokok							
	Edukasi pencegahan luka tekan (Cegah luka decubitus akibat bedres (ubah posisi tiap 4 jam)							
	Kelola stress dengan baik							
	Mengetahui tanda dan gejala stroke							

d. EDUKASI FARMASI	Informasi obat,konsultasi	■	■	■	■	■	Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/ menggunakan obat
	Konseling obat	■	■	■	■	■	
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi	■	■	■	■	■	DTT keluarga / pasien
9. TERAPI MEDIKA MENTOSA DAN NON MEDIKA MENTOSA							
9.1. TERAPI MEDIKA MENTOSA							
a. INFUS	NaCL 0,9%	■	■	■	■	■	Sesuai kebutuhan pasien
	Ringer Laktat	■	■	■	■	■	
		■	■	■	■	■	Varian
b. INJEKSI	Piracetam	■	■	■	■	■	Jika terdapat afasia
	Citicholine	■	■	■	■	■	
	Kalmeco	■	■	■	■	■	
		■	■	■	■	■	Varian
c. ORAL	Aseto Salicylic Acid	■	■	■	■	■	
	Clopidogrel	■	■	■	■	■	
	Lain-lain :	■	■	■	■	■	Varian
	-	■	■	■	■	■	
	-	■	■	■	■	■	
9.2. TERAPI NON MEDIKA MENTOSA							
TERAPI NON MEDIKA MENTOSA	1. Posisi kepala 20 ⁰ --30 ⁰ , posisi lateral dekubitus kiri bila disertai muntah. Posisi baring diubah setiap 2 jam (terlentang/miring kanan/miring kiri silih berganti).	■	■	■	■	■	
	2. Nutrisi peroral hanya boleh diberikan setelah hasil tes fungsi menelan baik. Bila tidak baik atau pasien tidak sadar, dianjurkan melalui pipa nasogastrik.	■	■	■	■	■	

	3. Program manajemen <i>Bladder</i> dan <i>bowel</i>						
	4. Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM)						
10.TATALAKSANA/INTERVENSI (TLI)							
TLI MEDIS	1. Di berikan <i>Aseto salicylic acid</i> .						
	2. Dapat diberikan agen neuroprotektor yaitu citiholine atau piracetam.						
	3. Bebaskan jalan napas dan ventilasi, diusahakan adekuat. Bila ada indikasi, berikan oksigen 1–2 liter per menit sampai hasil analisis gas darah menunjukkan Pa O ₂ > 90 mmHg dan Pa CO ₂ 28–34 mmHg						
a. TLI KEPERAWATAN	1. Gangguan menelan (D.0063) 1.1. Dukungan perawatan diri : Makan/minum (I. 11351) 1.2. Pencegahan Aspirasi (I.01018)						Mengacu pada SIKI
	2. Resiko perfusi serebral tidak efektif (D. 0017) 2.1. Manajemen peningkatan TIK (I. 06194) 2.2. Pemantauan TIK (I. 06198)						
	3. Gangguan Komunikasi (D.0109) 3.1. Promosi komunikasi : Defisit bicara (I. 13492)						
	4. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) 4.1. Dukungan Ambulasi (I. 06171) 4.2. Dukungan mobilisasi (I.05173)						
	5. Konstipasi (D.0049) 5.1. Manajemen eliminasi fekal (I.04151) 5.2. Manajemen Konstipasi (I.04155)						
b. TLI GIZI	Terapi diet						Mengacu pada Panduan Asuhan Gizi (PAG)
	Kebutuhan gizi						

	Terapi edukasi gizi						
c. TLI FARMASI	Rekomendasi DPJP						Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)							
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan						Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.						Mengacu pada Panduan Asuhan Keperawatan (PAK)
c. GIZI	Monitor status gizi berdasarkan antropometri						Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Mengacu pada IDNT (Internasional Dietetic & Nutrition Terminology)
	Monitor hasil biokimia terkait status gizi						
	Monitor fisik klinis terkait gizi, demam, nafsu makan dan mual						
	Asupan makanan						
d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat						Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat						
	Pemantauan Terapi Obat						
12. MOBILISASI/ REHABILITASI							
a. MEDIS	Posisi kepala 20 ⁰ --30 ⁰ , posisi lateral dekubitus kiri bila disertai muntah. Posisi baring diubah setiap 2 jam (terlentang/miring kanan/miring kiri silih berganti).						
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi bertahap dari miring kiri dan kanan, latihan ROM						
c. FISIOTERAPI	Mempertahankan keseimbangan tubuh dan rentang gerak sendi range of motion (ROM)						
13. OUTCOME/HASIL							
a. MEDIS	Perbaiki kondisi awal stroke						
b. KEPERAWATAN	Status Menelan Membaik (L.06052)						Mengacu pada Luaran
	Perfusi Serebral Meningkat (L.02014)						Dilakukan dalam 3 Shift
	Komunikasi Verbal Meningkat (L.13118)						

	Perawatan Diri Meningkatkan (L.11103)									
	Eleminasi fekal dan fungsi gastrointestinal membaik (L.04033, L03019)									
c. GIZI	Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %									Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia,
	Optimalisasi status gizi									
d. FARMASI	Terapi obat sesuai indikasi									Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Tidak terjadi stroke berulang									
14. KRITERIA PULANG	Tanda Vital normal									
	Sesuai Luaran yang dicapai									
15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan									Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien									
	Surat pengantar kontrol									
Varian										

Luwuk, _____, 2021

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(_____)

(_____)

(_____)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY
TUBERCULOSIS PARU (TB PARU)
RSUD KAB. BANGGAI**

NO RM:

Nama Pasien :		Berat Badan	Kg
Jenis Kelamin :	L / P	Tinggi Badan	Cm
Tanggal Lahir :		Tanggal Masuk :	WITA
Diagnosis Masuk :	Tuberculosis Paru	Tanggal Keluar :	WITA
Penyakit Utama :		Kode ICD :	Lama Rawat hari
Penyaki Penyerta :		Kode ICD :	Rencana Rawat
Kompikasi :		Kode ICD :	R. Rawat/ Kelas
Tindakan :		Kode ICD :	Rujukan Ya / Tidak
Dietary Counselling and Surveillance		Kode ICD :	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT					KETERANGAN
		1	2	3	4	5	
		HARI RAWAT					
		1	2	3	4	5	
1. ASESMEN AWAL							
ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD						Pasien masuk via IGD
	Dokter spesialis						Pasien masuk via RJ
ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya, TTV, kepatenan jalan nafas, pemeriksaan fisik dada dan paru, tingkat kesadaran, riwayat alergi, skrining gizi, aktivitas dan istirahat, Sirkulasi, integritas Ego, Eliminasi, Makanan/Cairan, Neurosensory, Nyaman/ nyeri, keamanan, interaksi social, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge Planning						Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko- sosial, spiritual dan budaya
2. LABORATORIUM	Darah Lengkap						
	Uji Gene Xpert MTB/RIF						Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	Foto thorax PA-Lateral / top Lordotik						Berdasarkan kondisi pasien
							Varian
4. KONSULTASI							
5. ASESMEN LANJUTAN							
a. ASESMEN MEDIS	DPJP						Visite Harian / follow up
	Non DPJP / Dokter ruangan						Atas indikasi / emergency

b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab							Dilakukan 3 shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga gizi (Nutrisionis, Dietsen), mengkaji risiko malnutrisi melalui skrining gizi, data antropometri, biokimia, fisik/klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan, serta riwayat personal.							Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. Asesmen dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	Telaah resep							Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	Rekonsiliasi Obat							
6. DIAGNOSIS								
a. DIAGNOSIS MEDIS	TUBERCULOSIS PARU							
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	1. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (D.0001)							Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada SDKI
	2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003)							
	3. Defisit Nutrisi (D.0019)							
	4. Gangguan Pola Tidur (D.0055)							
	5. Gangguan Mobilisasi Fisik (D0054)							
	6. Ansietas (D.0080)							
c. DIAGNOSIS GIZI	1. NI-1.4 Kekurangan intake energy							
	2. NI-2.1 Kekurangan Intake Makanan dan Minuman Oral							
	3. NC-1.1 Kesulitan menelan							
	4. NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan							
	5. NC-3.4 Kelebihan berat badan yang tidak diharapkan							
	6. NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi							
	7. NB-3.1 Mengonsumsi makanan yang tidak aman/berbahaya							
7. DISCHARGE PLANNING	Terapi yang diberikan meliputi kegunaan obat, dosis, efek samping dan kepatuhan pengobatan.							Program pendidikan pasien & keluarga
	Diet yang dapat dikonsumsi selama pemulihan kondisi yaitu diet lunak yang tidak merangsang dan tinggi karbohidrat dan protein							
	Anjurkan untuk istirahat							
8. EDUKASI TERINTEGRASI								
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis							Dilakukan oleh semua PPA berdasarkan kebutuhan dan juga discharge planning.
	Rencana Terapi							
	Informed Consent							
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Konsultasi							Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 1 atau hari ke 2

b. TLI KEPERAWATAN	1. Bersihan jalan Nafas tidak efektif (D.0001) 1.1. Latihan batuk efektif (I.01006) 1.2. Manajemen jalan nafas (I.01011)									Mengacu pada SIKI
	2. Gangguan Pertukaran Gas (D.0003) 2.1. Pemantauan Respirasi (I.01014)									
	3. Defisit nutrisi (L.03030) (121 SLKI) 3.1. Manajemen nutrisi (I.03119)									
	4. Gangguan Pola Tidur (I.05174) 4.1. Dukungan tidur (I.05174) 4.2. Edukasi Aktivitas/Istirahat (I.12362) 4.3. Terapi relaksasi (I.09326)									
	5. Gangguan Mobilisasi Fisik (D0054) 5.1. Dukungan Ambulasi (I.06171)									
	6. Ansietas (D.0080) (180 SDKI) 6.1. Reduksi Ansietas (I.09314)									
3. TLI GIZI	Terapi diet									Mengacu pada Panduan Asuhan Gizi (PAG)
	Preskripsi Diet yang diberikan : Jenis Diet : Tinggi Kalori Tinggi Protein Bentuk Makanan : Cair/ lunak/ biasa Rute Pemberian : Oral/NGT Frekuensi Pemberian : 3x makan utama, 2x selingan									
	Kebutuhan gizi : RBW									
	Terapi edukasi gizi									
4. TLI FARMASI	Rekomendasi DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan tindakan keperawatan dengan memperhatikan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.									Mengacu pada Panduan Asuhan Keperawatan (PAK)
c. GIZI	Monitor status gizi berdasarkan antropometri									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akan dilihat kemajuannya. Mengacu pada IDNT (Internasional Dietetic & Nutrition Terminology)
	Monitor hasil biokimia terkait status gizi									
	Monitor fisik klinis terkait gizi.									
	Asupan makanan : Recall 24 jam > 80 %									

d. FARMASI	Monitoring Interaksi Obat							Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	Monitoring Efek Samping Obat							
	Pemantauan Terapi Obat							
12. MOBILISASI/ REHABILITASI								
a. MEDIS								Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
b. KEPERAWATAN								
13. OUTCOME/HASIL								
a. MEDIS	Tegaknya diagnosa medis dan telah mendapatkan pengobatan awal.							
b. KEPERAWATAN	Bersihan Jalan Nafas Meningkat (L.01001)							Mengacu pada Luaran
	Pertukaran Gas meningkat (L.01003)							Dilakukan dalam 3 Shift
	Status Nutris Membaik (L.03030)							
	Pola Tidur Membaik (L.05045)							
	Mobilitas Fisik Meningkat (L.05042)							
	Tingkat Anxietas Menurun (L.09093)							
c. GIZI	Asupan Makanan : Recall 24 jam > 80 %							Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia,
	Optimalisasi status gizi							
d. FARMASI	Pasien telah menyelesaikan pengobatan secara lengkap.							Mengacu pada indicator Panduan Asuhan Kefarmasian
	Penggunaan obat yang tepat							
	Tidak ada reaksi obat yang tidak diinginkan							
	Jika ada Interaksi obat dapat dikendalikan							
14. KRITERIA PULANG	Tanda Vital normal							
	Sesuai Luaran yang dicapai							
15. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan							Pasien membawa Resume
	Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien							Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Surat pengantar kontrol							
Varian								

Luwuk, _____, 2021

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(_____)

(_____)

(_____)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY
DYSPEPSIA
RSUD KABUPATEN BANGGAI**

NO RM:

Nama Pasien :		Berat Badan :	Kg
Jenis Kelamin :	L/P	Tinggi Badan :	Cm
Tanggal Lahir :		Tanggal Masuk :	
Diagnosis Masuk :	Dyspepsia	Jam Masuk :	WITA
Penyakit Utama :		Tanggal Keluar :	
Penyakit Penyerta :		Jam Keluar :	WITA
Kompikasi :		Kode ICD :	
Tindakan :		Kode ICD :	
Dietary Counselling and Surveillance		Kode ICD :	
		Lama Rawat :	hari
		Rencana Rawat :	
		R. Rawat/ Kelas :	
		Rujukan :	Ya / Tidak

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT				KETERANGAN
		1	2	3	4	
		HARI RAWAT				
		1	2	3	4	
1. ASESMEN AWAL						
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD					Lewat IGD
	Dokter Umum					Lewat Rawat Jalan
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional, bartel index, risiko jatuh, kebutuhan edukasi & budaya					Dilanjutkan dengan asesmen biopsikososial, spiritual, dan budaya.
2. LABORATORIUM	Darah Lengkap					
						Varian
3. RADIOLOGI/ IMAGING	USG Abdomen					
						Varian
4. KONSULTASI						
5. ASESMEN LANJUTAN						
a. ASESMEN MEDIS	Dokter Penanggung Jawab					Visite harian
	Dokter non DPJP					Atas indikasi
b. ASESMEN KEPERAWATAN	Perawat Penanggung Jawab					Dilakukan selama 3shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga gizi (Nutrisionis/ Dietisien) mengkaji risiko malnutrisi melalui skrining gizi, data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat					Dalam waktu 48 jam.

	makan termasuk alergi makanan, serta riwayat personal.					
d. ASESMEN FARMASI	Telaah resep					Dilanjutkan dengan TLI farmasi sesuai hasil telaah
	Rekonsiliasi obat					
6. DIAGNOSIS						
a. DIAGNOSIS MEDIS	Dispepsia Fungsional (K30)					
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	1. Nyeri akut (D.0077) (172 SDKI)					
	2. Defisit nutrisi . (D.0019) (56 SDKI)					
	3. Ansietas (D.0080) (180 SDKI)					
	4. Risiko ketidakseimbangan cairan tubuh (D.0036) (87 SDKI)					
c. DIAGNOSIS GIZI	1. NC-1.1 Kesulitan menelan					
	2. NC-3.2 Penurunan berat badan yang tidak diharapkan					
	3. NB-1.5 Gangguan Pola Makan					
	4. NB-1.1 Pengetahuan yang kurang dikaitkan dengan makanan dan gizi					
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi kebutuhan edukasi & latihan selama perawatan					
	Identifikasi kebutuhan di rumah					
8. EDUKASI TERINTEGRASI						
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis					
	Rencana Terapi					
	Informed Consent					
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Konsultasi					
c. EDUKASI KEPERAWATAN	1. Anjurkan klien menggunakan strategi yang dipilih untuk menurunkan rasa nyeri.					
	2. Anjurkan klien agar tidak makan makanan yang merangsang peningkatan asam lambung.					
	3. Anjurkan klien tetap mempertahankan intake peroral yaitu makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering					
	4. Anjurkan klien menghindari mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung kafein					
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat					Dilakukan pada awal dan akhir masa rawat
	Konseling Obat					
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar edukasi terintegrasi					Ditandatangani oleh pasien atau keluarga

9. TERAPI MEDIKAMENTOSA					
a. INJEKSI	Ranitidine 3-4 x 50 mg IV				H2 Receptor Antagonis
	Ondansetron 3 x 4 mg IV				Bila muntah hebat
	Omeprazole 1 Vial/ 12 Jam				
					Varian
b. CAIRAN INFUS	IVFD NaCl 0,9% atau Ringer Laktat untuk Rehidrasi				
					Varian
c. OBAT ORAL	Omeprazole 1-2 x 40 mg PO				Proton Pump Inhibitor (PPI)
	Ranitidine 2 x 150 mg PO				H2 Receptor Antagonis
	Antacids 3 x 1 tablet				Antacids
	Domperidon 3 x 10 mg tablet PO				Bila muntah
	Sucralfate 3 x 15 ml PO				Mukoprotector
					Varian
10. TATALAKSANA/ INTERVENSI (TLI)					
a. TLI MEDIS	1. Pada fase akut diberi makanan yang lunak dan tidak merangsang				
	2. Antagonis H2 reseptor/ Proton Pump Inhibitor				
	3. Penilaian dalam 4 minggu bila tidak ada perbaikan dilakukan USG, endoskopi dilakukan sesuai dengan perkembangan klinis penderita.				
	4. Indikasi rawat inap, KU lemah muntah berlebihan +dehidrasi, nyeri perut dalam +, adanya perdarahan				
b. TLI KEPERAWATAN	1. Nyeri akut (D.0077) 1.1. Manajemen Nyeri (I. 08238) 1.2. Pemberian Analgesik (I. 08243) 1.3. Aroma terapi (I.08233) 1.4. Kompres panas (I.08235) 1.5. Latihan pernafasan (I.01007) 1.6. Tehnik distraksi (I.08247)				
	2. Defisit Nutrisi (D.0019) 2.1. Manajemen Nutrisi (I. 03119) 2.2. Edukasi Diit (I.12369)				
	3. Ansietas (D.0080) 1.1. Reduksi Ansietas (I.09314) 1.2. Terapi relaksasi (I.09326) 1.3. Persiapan pembedahan (I.14573)				
	4. Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036) 4.1 Manajemen cairan (I03098) 4.2 Pemantauan cairan (I.03121) 4.3 Pencegahan perdarahan (I.02067) 4.4 Manajemen syock septik (I.02054) 4.5 Pemantauan tanda vital (I.02060)				

c. TLI GIZI	Pemberian diet sesuai dengan kebutuhan dan daya terima pasien	Red	Red	Red	Red	
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP	Red	Red	Green	Green	Sesuai hasil monitoring
11. MONITORING & EVALUASI						
a. DPJP	Asesmen ulang dan review verifikasi rencana asuhan	Red	Red	Red	Red	Monitor perkembangan klinis pasien
b. KEPERAWATAN	Monitoring tanda-tanda vital	Red	Red	Red	Red	Mengacu pada SDKI, SIKI, SLKI
	Monitoring asupan Makanan	Red	Red	Red	Red	
	Evaluasi tingkat kecemasan	Red	Red	Red	Red	
	Monitoring keseimbangan cairan dalam tubuh.	Red	Red	Red	Red	
c. GIZI	Monitoring asupan makanan	Red	Red	Red	Red	Mengacu pada Panduan Asuhan Gizi (PAG)
	Monitoring antropometri	White	Red	Green	White	
	Monitoring biokimia	White	Red	Green	White	
	Monitoring fisik/ klinis terkait gizi	White	Red	Green	White	
d. FARMASI	Monitoring interaksi obat	Red	Red	Red	Red	
	Monitoring efek samping obat	Red	Red	Red	Red	
	Pemantauan terapi obat	White	White	White	Green	
12. MOBILISASI & REHABILITASI						
a. MEDIS		White	White	White	White	
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi sesuai toleransi	Green	Green	Green	White	
c. FISIOTERAPI		White	White	White	White	
13. OUTCOME/ HASIL						
a. MEDIS	Tegaknya diagnosis berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan penunjang	White	Red	White	White	
	Tanda vital, intake, mobilisasi baik	White	White	Red	Red	
b. KEPERAWATAN	1. Tingkat Nyeri Menurun (L.08066) (145 SLKI)	White	White	Red	Red	
	2. Status Nutrisi membaik (L.03030) (155 SLKI)	White	White	Red	Red	
	3. Tingkat Anxietas Menurun (L.09093) (132 SLKI)	White	White	Red	Red	
	4. Keseimbangan Cairan Meningkatkan (L.05020) (41 SLKI)	White	White	Red	Red	
c. GIZI	1. Tidak terjadi Kesulitan menelan	White	White	Red	Red	
	2. Tidak terjadi penurunan berat badan yang tidak diharapkan	White	White	Red	Red	
	3. Bertambahnya pengetahuan yang dikaitkan dengan makanan dan gizi	White	White	Red	Red	
	4. Tidak terjadi gangguan pola makan	White	White	Red	Red	
d. FARMASI	1. Tidak terjadi interaksi obat	White	White	Red	Red	
	2. Reaksi obat tidak diharapkan segera dikenali (diatasi)	White	White	Red	Red	

14. KRITERIA PULANG	Umum: tanda vital, intake, dan mobilisasi baik					
	Khusus: hasil pemeriksaan fisik dan penunjang ulang normal/ perbaikan					
15. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Resume Medis dan Keperawatan					Pasien membawa Resume Perawatan/ Surat Rujukan/ Surat Kontrol/Homecare saat pulang.
	Penjelasan diberikan sesuai keadaan umum					
	Surat pengantar kontrol					
VARIAN						

Luwuk, _____, 2021

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

(_____)

(_____)

(_____)

Keterangan:

	Harus dilakukan
	Bisa dilakukan atau tidak
✓	Bila sudah dilakukan

Lampiran 24

DOKUMENTASI PENELITIAN

1. Pelaksanaan *Focus Group Discussion*



2. Wawancara kepada kepala Ruangan terkait penyebab *high volume*, *high risk*, dan *high cost*



3. Wawancara kepada Dokter Penanggung Jawab terkait penyebab *high volume*, *high risk*, dan *high cost*



4. Wawancara kepada kepala bidang terkait penyebab *high volume*, *high risk*, dan *high cost*



5. Penyusunan Format *Integrated Clinical Pathway*





6. Sosialisasi akhir penelitian : membahas masalah yang ditemukan saat penelitian dan menilai kesesuaian *Integrated Clinical Pathway* yang telah dibuat dengan SNARS Edisi 1.1 melalui Aplikasi *Zoom Meeting*.

Zoom Meeting interface showing a screen share of a clinical pathway document. The document title is "CLINICAL PATHWAY GAGAL JANTUNG KONGESTIF (CHF) RSUD KABUPATEN BANGGAI".

NO RM:

Nama Pasien :	Berat Badan :	Kg
Jenis Kelamin : L/P	Tinggi Badan :	Cm
Tanggal Lahir :	Tanggal Masuk :	WITA
Diagnosis Masuk : CHF	Tanggal Keluar :	WITA
Penyakit Utama :	Kode ICD :	Lama Rawat : hari
Penyakit Penyerta :	Kode ICD :	Rencana Rawat :
Kompikasi :	Kode ICD :	R. Rawat/ Kelas :
Tindakan :	Kode ICD :	Rujukan Ya / Tidak
Dietary Counselling and Surveillance	Kode ICD :	

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	

Zoom Meeting participants: Hana Yulianti Muhammad, Rosmiaty. Hi. Idris, RSUD Luwuk Ka..., RSUD Luwuk Kab. Banggai, Febryanti Alita.

Zoom Meeting interface showing a screen share of a dietary counselling and surveillance table. The table title is "Dietary Counselling and Surveillance Kode ICD".

Remaining Meeting Time: 09:40

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI RAWAT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWALMEDIS	Dokter IGD								Lewat IGD
	Dokter Umum								Lewat Rawat Jalan
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer: Kondisi umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional, bartel index, risiko jatuh, kebutuhan edukasi & budaya								Dilanjutkan dengan asesmen biopsikososial, spiritual, dan budaya.
2. LABORATORIUM									
	Darah Lengkap								
	Ureum / Creatin								
	GDS								
	Profil Lipid								
	SGOT / SGPT								
	CK, CKMB								
	Troponin								

Zoom Meeting participants: Hana Yulianti Muhammad, Rosmiaty. Hi. Idris, RSUD Luwuk Ka..., RSUD Luwuk Kab. Banggai, Budiyanto uda'a.