

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiwisastra, N. G., Arozal, W., & Utami, H. (2019). Efektivitas Implementasi Clinical Pathway Pada Pasien Anak Gastroenteritis Akut (GEA) Dengan Dehidrasi Yang Dirawat Inap di Rumah Sakit Permata Bekasi. *Medical Profession (MedPro)*, 3(3), 264–276.
- Asmawati, & Elly, N. (2016). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Lama Hari Rawat Pasien Laparatomi di Rumah Sakit dr. M Yunus Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), 14–18.
- Asmuji. (2014). *Manajemen Keperawatan: Konsep dan Aplikasi* (M. Sandra (ed.); Cet II). Ar-Ruzz Media.
- Association, M. H. (2010). *Hospital Costs in Context : A Transparent View of the Cost of Care* (Issue April).
- Astuti, Y. D., Dewi, A., & Arini, M. (2017). Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit (JMMR)*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.18196/jmmr.6133>
- Aulia, S., Supriadi, Sari, D. K., & Mutiha, A. (2015). Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan. *Jurnal Ilmu Akuntansi*, 8(2), 111–120. <https://doi.org/10.15408/akt.v8i2.2767>
- Azisah, A. (2019). *Efektifitas Integrated Clinical Pathway Terhadap Patient Health Outcomes, Length of Stay, dan Hospital Cost di RSUD Sayang Rakyat Makassar*. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Bai, J., Bai, F., Zhu, H., & Xue, D. (2018). The Perceived and Objectively Measured Effects of Clinical Pathways' Implementation on Medical Care In China. *PLoS One*, 13(5), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196776>
- CDC. (2022). *Pneumonia*. National Center for Immunization and Respiratory Diseases. <https://www.cdc.gov/pneumonia/index.html>
- Celli, B. R., Fabbri, L. M., Aaron, S. D., Agusti, A., Brook, R., Criner, G. J., Franssen, F. M. E., Humbert, M., Hurst, J. R., O'Donnell, D., Pantoni, L., Papi, A., Rodriguez-Roisin, R., Sethi, S., Torres, A., Vogelmeier, C. F., & Wedzicha, J. A. (2021). An Updated Definition and Severity Classification of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: The Rome Proposal. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 204(11), 1251–1258. <https://doi.org/10.1164/rccm.202108-1819PP>
- Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2009). Lifeworld-Led Healthcare is More Than Patient-Led Care: An Existential View Of Well-Being. *Med Health Care and Philos*, 12, 265–271. <https://doi.org/10.1007/s11019-008-9174-7>

- Dedi, B. (2021). *Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan: Teori, Konsep Dan Implementasi* (L. Dwiantoro (ed.)). Trans Info Media.
- Dinkes Pemprov Sulsel. (2021). Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021. In *Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.
- Dulang, S. (2020). *Evaluasi Pelaksanaan Integrated Clinical Pathway pada Penyakit Demam Thypoid, Bron-Copneumonia, Stroke Non Hemoragik, Ca Mammae dan Appendisitis Terhadap Patient Outcomes, Length Of Stay (LOS), Hospital Cost dan 30 Day Readmission Rates di RSUD Labuang Ba*. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Dulang, S., Rachmawaty, R., & Kadar, K. (2021). Dampak Clinical Pathway Pada Pasien Cancer: Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 213–226.
- Faradina, N., Fadilah, N., & Budi, S. C. (2017). Efektifitas Implementasi Clinical Pathway Terhadap Average Length Of Stay dan Outcomes Pasien DF-DHF Anak di RSUD Kota Yogyakarta. *Jkesvo (Jurnal Kesehatan Vokasional)*, 2(2), 175–181. <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jkesvo.30333>
- Fathimatul, M. (2018). *Pengaruh Penerapan Clinical Pathway Demam Typhoid Dewasa Terhadap Lama Rawat dan Outcome Pasien JKN di RS 'Aisyiyah Kudus*. 1, 0–1. <http://etd.repository.ugm.ac.id/>
- Fitriani, D., & Pratiwi, R. D. (2020). *Buku Ajar TBC, Askep dan Pengawasan Minum Obat Dengan Media Telepon* (Betty (ed.)). STIKES Widya Dharma Husada Tangerang.
- Ford, A. C., Marwaha, A., Sood, R., & Moayyedi, P. (2014). Global Prevalence of, and Risk Factors for, Uninvestigated Dyspepsia A Meta-Analysis. *BMJ (Online)*, 347(7), 1049–1057. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307843>
- Ford, A. C., & Moayyedi, P. (2013). Dyspepsia. *BMJ (Online)*, 347(7923), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5059>
- Hadira. (2020). *Evaluasi Integrated Clinical Pathway Berdasarkan Integrated Care Pathways Appraisal Tool (Icpat) di Rumah Sakit Kota Makassar*. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Sandhyaduhita, P. I., Kasiyah, & Ayuningtyas, D. (2015). Strategic Hospital Services Quality Analysis in Indonesia. *Expert Systems with Applications*, 42(6), 3067–3078. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2014.11.065>
- Haninditya, B., Andayani, T. M., Yasin, N. M., Ilmu, M., Universitas, F., Mada, G., Farmasi, F., & Gadjah, U. (2019). Analisis Kepatuhan Pelaksanaan Clinical Pathway Sesarea di Sebuah Rumah Sakit Swasta di Yogyakarta Seksio. *Jurnal Manajemen Dan Pelayanan Farmasi (JMPPF)*, 9(1), 38–45. <https://doi.org/10.22146/jmpf.42264>
- Hauk, L. (2018). Tuberculosis: Guidelines for Diagnosis from the ATS, IDSA and CDC. *American Family Physician*, 97(1), 56–58.

- Huang, I., Pranata, R., Pangestu, W., Kosasih, F. N., Raffaello, W. M., Yanto, T. A., & Lugito, N. P. H. (2021). The Prevalence of Uninvestigated Dyspepsia and the Association of Physical Exercise with Quality of Life of Uninvestigated Dyspepsia Patients in Indonesia: An Internet-Based Survey. *Indian Journal of Gastroenterology*, 40(2), 176–182. <https://doi.org/10.1007/s12664-020-01113-z>
- Ibrahim, T., & Rusdiana, A. (2021). *Manajemen Mutu Terpadu Total Quality Management (Pertama)*. Yrama Widya.
- Iman, A. T., & Lena, D. (2017). *Manajemen Mutu Informasi Kesehatan I: Quality Assurance*. PPSDM Kemenkes RI.
- Iroth, J. S., Ahmad, R. A., & Pinzon, R. (2016). Dampak Penerapan Clinical Pathway Terhadap Biaya Perawatan Pasien Stroke Iskemik Akut di RS Bethesda Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 02(01), 267–277. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21460/bikdw.v2i3.70>
- Kemenkes RI. (2017). *Kamus Indikator Rumah Sakit dan Balai*.
- Kemenkes RI. (2018a). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
- Kemenkes RI. (2018b). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. [https://doi.org/ISBN 978-602-416-446-1](https://doi.org/ISBN%20978-602-416-446-1)
- Kemenkes RI. (2020). *Indikator Nasional Mutu Rumah Sakit*.
- Kemenkes RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia 2021*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kendra Brett, Dulong, C., & Severn, M. (2020). *Treatment of Tuberculosis: A Review of Guidelines*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- Khoo, S. K., Petillo, D., Parida, M., Tan, A. C., Resau, J. H., & Obaro, S. K. (2011). Host Response Transcriptional Profiling Reveals Extracellular Components and ABC (ATP-Binding Cassette) Transporters Gene Enrichment in Typhoid Fever-Infected Nigerian Children. *BMC Infectious Diseases*, 11(241).
- 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(31), 8–10. <https://doi.org/http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/31>
- Klundert, J. Van De, 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>

- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-dewan, S., Adeyi, O., Barker, P., Twum-danso, N. A. Y., & Pate, M. (2018). High-Quality Health Systems in the Sustainable Development Goals Era: Time for a Revolution. *The Lancet Global Health Commission*, 6(11), 1196–1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Kulkarni, P., Akarte, S., Mankeshwar, R., Bhawalkar, J., Banerjee, A., & Kulkarni, A. (2013). Non-Adherence of New Pulmonary Tuberculosis Patients to Anti-Tuberculosis Treatment. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 3(1), 67–74. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.109507>
- Lara-Espinosa, J. V., & Hernández-Pando, R. (2021). Psychiatric Problems in Pulmonary Tuberculosis: Depression and Anxiety. *Journal of Tuberculosis Research*, 09(01), 31–50. <https://doi.org/10.4236/jtr.2021.91003>
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., Goodridge, D., Plishka, C., & Groot, G. (2016). What is a Clinical Pathway? Refinement of an Operational Definition to Identify Clinical Pathway Studies for a Cochrane Systematic Review. *BMC Medicine*, 14(35), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>
- Li, W., Liu, K., Yang, H., & Yu, C. (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>
- Lubis, I. K., & Susilawati. (2017). Analisis Length Of Stay ( Los ) Berdasarkan Faktor Prediktor Pada Pasien DM Tipe II di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Junral Kesehatan Nasional*, 2(2), 161–166. <https://doi.org/https://doi.org/10.22146/jkesvo.30330>
- Lyon, S. M., & Rossman, M. D. (2017). Pulmonary Tuberculosis. *Microbiology Spectrum*, 5(1), 1–13. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.TNMI7-0032-2016>
- MacLeod, M., Papi, A., Contoli, M., Beghé, B., Celli, B. R., Wedzicha, J. A., & Fabbri, L. M. (2021). Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Fundamentals: Diagnosis, Treatment, Prevention and Disease Impact. *Official Journal of the Asian Pacific Society of Respiriology*, 26(6), 532–551. <https://doi.org/10.1111/resp.14041>
- Mater, W., & Ibrahim, R. (2014). Delivering Quality Healthcare Services using Clinical Pathways. *International Journal of Computer Applications*, 95(1), 5–8. <https://doi.org/10.5120/16556-1441>
- Menkes RI. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*.



- Moayyedi, P. M., Lacy, B. E., Andrews, C. N., Enns, R. A., Howden, C. W., & Vakil, N. (2017). ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *American Journal of Gastroenterology*, 112(7), 988–1013. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.154>
- Moore, L., Bourgeois, G., & Lapointe, J. (2015). Validation in an integrated trauma system. 78(6), 1168–1175. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000663>
- Mutawalli, L. (2018). Sistem Audit Clinical Pathway di Rumah Sakit Islam Harapan Anda Kota Tegal. In *Universitas Islam Indonesia*. Universitas Islam Indonesia.
- Mutiarasari, D., Pinzon, R. T., & Gunadi. (2017). Evaluasi Proses Pengembangan Dan Penerapan Clinical Pathway Kasus Stroke Iskemik Akut di Rumah Sakit Anutapura Kota Palu. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 02(02), 335–347. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21460/bikdw.v2i2.59>
- Nurliawati, Fitriani, A. D., Jamaluddin, & Idawati. (2019). Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum DR. Fauziah Bireun. *Jurnal Biology Education*, 7(2), 151–166. <https://doi.org/10.32672/jbe.v7i2.1589>
- Nurliawati, & Idawati. (2019). Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di Rumah Sakit Umum dr. Fauziah Bireun. *Jurnal Pendidikan, Sains, Dan Humaniora*, 7(4), 538–550. <https://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.32672/jbe.v7i2.1589>
- Overland, M. K. (2014). Dyspepsia. *Medical Clinics of North America*, 98(3), 549–564. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.01.007>
- Paat, C., Kristanto, E., & Kalalo, F. P. (2017). Analisis Pelaksanaan Clinical Pathway di RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado. *Jurnal Biomedik (JBM)*, 9(1), 62–67. <https://doi.org/10.35790/jbm.9.1.2017.15322>
- Permenkes. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*.
- Permenkes RI. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*.
- Permenkes RI. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2022 Tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfu*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Genereating And Assessing Evidence For Nursing Pacitce* (W. & W. Lippincott (ed.); 9th Editio). Wolters Kluwers.
- Prehamukti, A. A. (2018). Faktor Lingkungan dan Perilaku terhadap Kejadian Demam Tifoid. *Higeia Journal of Public Health*, 2(4), 587–598.

- Quinton, L. J., Walkey, A. J., & Mizgerd, J. P. (2018). Integrative Physiology of Pneumonia. *Physiological Reviews*, 98(3), 1417–1464. <https://doi.org/https://doi.org/10.1152/physrev.00032.2017>
- Rachman, Y. N. (2017). *Karakteristik Penderita Demam Tifoid Rawat Inap Anak di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rachmawaty, R. (2020). *Integrated Clinical Pathway (ICP) Penyakit Typhoid, Dyspepsia, PPOK, Pneumonia dan TB Paru di RSUD Haji Makassar*.
- Rachmawaty, R., Widyaningrum, Astriwiraswastati, Suryani, S., Mahmudah, U., Sinrang, A. W., & Hisyam, M. (2020). *Prevalensi, LOS, Cost dan Hopsital Cost Penyakit Typhoid, Dyspepsia, PPOK, Pneumonia dan TB Paru Tahun 2019-2020 di RSUD Haji Makassar* (p. 5).
- Rahmawati, C. L., Pinzon, R. T., & Lestari, T. (2017). Evaluasi Implementasi Clinical Pathway Appendicitis Elektif Di Rs Bethesda Yogyakarta. *Berkala Ilmiah Kedokteran Duta Wacana*, 02(03), 437–444. <https://doi.org/ISSN:2460-9684>
- Rejeki, V. M. M., & Nurwahyuni, A. (2014). Cost of Treatment Demam Berdarah Dengue (DBD) di Rawat Inap Berdasarkan Clinical Pathway di RS X Jakarta. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(2), 66–74. <https://doi.org/DOI:10.7454/eki.v2i2.2146>
- Robinson, J. C., & Brown, T. T. (2014). Quantifying Opportunities for Hospital Cost Control: Medical Device Purchasing and Patient Discharge Planning. *Am J Manag Care*, 20(9), 418–424.
- Rosalina, I. S., Mansur, M., Hidayat, M. K. S., & Widyaningrum, K. (2018). Evaluating Clinical Pathway Typhoid Fever Monitoring at ABC Hospital Malang. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit (JMMR)*, 7(1), 43–51. <https://doi.org/10.18196/jmmr.7155>
- RSUD Haji Makassar. (2021). *Profil RSUD Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan 2020*. RSUD Haji Makassar.
- 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://doi.org/DOI:http://dx.doi.org/10.7454/arsi.v3i2.2217>
- Schmitt, M. (2017). Do hospital mergers reduce costs? *Journal of Health Economics*, 52, 74–94. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.01.007>
- Siegel, S. J., & Weiser, J. N. (2015). Mechanisms of Bacterial Colonization of the Respiratory Tract. *Annual Review of Microbiology*, 69, 425–444. <https://doi.org/10.1146/annurev-micro-091014-104209>
- SKutter, J., Spronken, M. I., Fraaij, P. L., Fouchier, R. A., & Herfst, S. (2018). Transmission Routes of Respiratory Viruses Among Humans. *Current Opinion in Virology*, 28, 142–151. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.coviro.2018.01.001>

- SNARS. (2018). SNARS Edisi I ( Standar nasional Akreditasi Rumah Sakit). In *Standar Akreditasi Nasional 2018*.
- Soedarmo, P., Garna, H., Hadinegoro, S. R. S., Satari, H. I. (2015). *Buku Ajar Infeksi dan pediatri Tropis* (2nd ed). Badan penerbit IDAI.
- Stefania, L., & James, M. (2018). The Impact of Hospital Costing Methods on Cost-Effectiveness Analysis : A Case Study. *Journal of Health Economics*, 36(10), 1263–1272. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0673-y>
- Sutoto, Sastroasmoro, S., & Budiwaluyo, W. (2015). *Pedoman Penyusunan Panduan Praktik Klinis dan Clinical Pathways dalam Asuhan Terintegrasi Sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit 2012*.
- Syam, A. F., Simadibrata, M., Makmun, D., Abdullah, M., Fauzi, A., Renaldi, K., Maulahela, H., & Utari, A. P. (2017). National Consensus on Management of Dyspepsia and Helicobacter pylori Infection. *Acta Medica Indonesiana*, 49(3), 279–287.
- Sylvester, A. M., & George, M. (2014). Effect of a Clinical Pathway on Length of Stay and Cost of Pediatric Inpatient Asthma Admissions: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research*, 23(4), 384–401. <https://doi.org/10.1177/1054773813487373>
- Szalontai, K., Gémes, N., Furák, J., Varga, T., Neuperger, P., Balog, J. Á., Puskás, L. G., & Szebeni, G. J. (2021). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Biomarkers, and Paving the Way to Lung Cancer. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 1–20. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/jcm10132889>
- Torres, A., Cilloniz, C., Niederman, M. S., Menéndez, R., Chalmers, J. D., Wunderink, R. G., & Poll, T. Van Der. (2021). Pneumonia. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(25), 1–28. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00259-0>
- Trawinski, H., Wendt, S., Lippmann, N., Heinitz, S., Von Braun, A., & Lübbert, C. (2020). Typhoid and paratyphoid fever. *Zeitschrift Fur Gastroenterologie*, 58(2), 160–170. <https://doi.org/10.1055/a-1063-1945>
- Twycross, A., & Shorten, A. (2014). Service Evaluation, Audit and Research: What is the Difference? *Evidence-Based Nursing*, 17(3), 65–66. <https://doi.org/10.1136/eb-2014-101871>
- Vanhaecht, K., Witte, K. De, Depreitere, R., & Walter. (2006). Clinical Pathway Audit Tools : A Systematic Review. *Journal of Nursing Management*, 14(7), 529–537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00705.x>
- Wardhana, A., Rahayu, S., & Triguno, A. (2019). Implementasi Clinical Pathway Tahun 2018 dalam Upaya Meningkatkan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Koja. *Majalah SAINSTEKES*, 6(1), 45–53. <https://doi.org/10.33476/ms.v6i1.1217>
- WHO. (2018). *Typhoid*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>

- WHO. (2019). *Pneumonia*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- WHO. (2021a). *Pneumonia*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- WHO. (2021b). *Tuberculosis*. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1)
- WHO. (2022). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Yilmaz, A., & Dedeli, O. (2016). Assessment of Anxiety, Depression, Loneliness and Stigmatization in Patients with Tuberculosis. *Acta Paul Enferm*, 29(5), 549–557. <http://dx.doi.org/10.1590/1982->

LAMPIRAN 1: SURAT PENGANTAR PENGAMBILA DATA AWAL  
PENELITIAN DARI RSUD HAJI MAKASSAR



**PEMERINTAH PROPINSI SULAWESI SELATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI MAKASSAR**

Alamat : Jl. Dg. Ngeppe No. 14 Makassar ,Telp. 855934 – 856091 Fax (0411)855934

**LEMBAR PENGANTAR**

NAMA : THAHURAH  
NIM : R012211030  
Jurusan : S2 Keperawatan  
Asal Kampus : UNHAS  
Tanggal Penelitian : senin, 3 oktober 2022  
Untuk Keperluan : ~~Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Skripsi / Tesis / Disertasi~~  
Judul Penelitian : Evaluasi Penerapan ICP terhadap Mutu Klinis, LOS, Cost, pada 5 Penyakit di RSUD Haji

Mohon bantuannya, Mahasiswa yang bersangkutan untuk penelitian dan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Haji Makassar Provinsi Sulawesi Selatan pada bagian :

1. standar Mutu di RSUD Yan Med. (standar mutu klinis)
2. LOS pada 5 Penyakit
3. Cost pada 5 Penyakit } Rekam Medis
4. Data Inadeg pada 5 penyakit → Kepesertaan
5. ....
6. ....

Atas bantuan dan kerjasamanya diucapkan banyak terima kasih.

Makassar,

2022

Kasie Litbang

SUPARMAN., S.Kep. NS

Nip : 19731111 199303 1 006

## LAMPIRAN 2: PENJELASAN RESPONDEN

Kepada Yth,

Bapak/Ibu Calon Responden

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : **THAHIRAH**

Nim : **R012211030**

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar angkatan 2021, saat ini sedang melakukan penelitian dengan judul **“Evaluasi Penerapan ICP Terhadap Mutu Klinis, LOS dan *Hospital Cost* pada Lima Penyakit di RSUD Haji Makassar”**.

Berikut kami jelaskan hal-hal penting terkait pengambilan data dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi penerapan ICP terhadap mutu klinis, LOS dan *hospital cost* pada lima penyakit di RSUD Haji Makassar.
2. Adapun prosedur pelaksanaan penelitian ini yaitu:
  - a. Bapak/Ibu yang bersedia mengikuti penelitian akan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan secara sukarela yang telah disediakan oleh peneliti.
  - b. Pengambilan data akan dilakukan secara langsung melalui observasi pelaksanaan ICP dan wawancara apabila ditemukan masalah dalam penanganan kasus atau *outcome* pasien.
  - c. Proses observasi akan dilaksanakan selama Bapak/Ibu memberikan asuhan kepada pasien, sedangkan wawancara akan dilakukan selama 15-30 menit.
  - d. Proses wawancara akan dihentikan apabila Bapak/Ibu mengalami ketidaknyamanan dan akan dilanjutkan kembali jika sudah merasa tenang pada waktu yang sama atau sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu.
  - e. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi dan merugikan Bapak/Ibu secara fisik, psikologis maupun pekerjaan/profesi Bapak/Ibu.

- f. Penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan untuk menjadi responden.
- g. Saya sebagai peneliti, akan menghargai keputusan Bapak/Ibu jika sewaktu-waktu ingin mengundurkan diri dari penelitian dan tidak ada konsekuensi atau sanksi terkait pengunduran diri tersebut.
- h. Informasi yang saya peroleh dari Bapak/Ibu akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian.
- i. Untuk menjaga kerahasiaan data Bapak/Ibu, pelaporan hasil penelitian ini hanya akan menggunakan kode/inisial bukan nama asli Bapak/Ibu.
- j. Peneliti akan memberikan apresiasi berupa cinderamata sebagai tanda terima kasih peneliti karena Bapak/Ibu telah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.
- k. Apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas sehubungan dengan penelitian ini, Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti secara langsung atau melalui whatsapp: 0823-4453-0060

Demikian penjelasan penelitian ini dibuat, atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Makassar, ...../...../2023  
Peneliti

**Thahirah**

**LAMPIRAN 3: PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*INFORMED CONSENT*)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama/Inisial :

Umur :

Alamat :

No. Tlp/Wa :

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan, prosedur dan segala informasi tentang penelitian ini termasuk merahasiakan identitas serta jawaban saya oleh peneliti, maka saya (**Bersedia/Tidak Bersedia**)\* untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh **Thahirah** mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin dengan judul “**“Evaluasi Penerapan ICP Terhadap Mutu Klinis, LOS dan Hospital Cost pada Lima Penyakit di RSUD Haji Makassar”**”.

Saya mengerti bahwa pada penelitian ini ada beberapa pertanyaan dalam kuesioner yang harus saya jawab dan sebagai responden saya akan menjawab semua pertanyaan dengan jujur. Saya memahami hak dan kewajiban saya sebagai partisipan, tidak ada risiko fisik maupun psikologis di dalamnya karena telah diinformasikan kerahasiaan dan manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan secara umum. Persetujuan ini saya berikan dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan dari pihak manapun.

Nama/Inisial Responden

Tgl/Bln/ Thn

Tanda Tangan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Penanggung Jawab Penelitian:**

Nama : Thahirah, S.Kep.,Ns

Hp/Wa : 0823-4453-0060

Catatan: \*coret yang tidak perlu



**LAMPIRAN 4: REKOMENDASI ETIK DARI FAKULTAS  
KEPERAWATAN PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU  
KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**



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](mailto:fkm.unhas@gmail.com), website: <https://fkm.unhas.ac.id/>

**REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK**

Nomor: 1644/UN4.14.1/TP.01.02/2023

Tanggal: 02 Februari 2023

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

No.Protokol	25123092020	No. Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	<b>Thahirah</b>	Sponsor	Pribadi
Judul Peneliti	<b>Evaluasi Penerapan <i>Integrated Clinical Pathway</i> terhadap Mutu Klinis, <i>Length of Stay</i>, dan <i>Hospital Cost</i> pada Lima Penyakit di RSUD Haji Makassar</b>		
No. Versi Protokol	1	Tanggal Versi	25 Januari 2023
No. Versi PSP	1	Tanggal Versi	25 Januari 2023
Tempat Penelitian	<b>RSUD Haji Makassar</b>		
Judul Review	<input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	Masa Berlaku <b>02 Februari 2023 Sampai 02 Februari 2024</b>	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D	Tanda tangan 	Tanggal 02 Februari 2023
Sekretaris komisi Etik Penelitian	Nama : Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes	Tanda tangan 	Tanggal 02 Februari 2023

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. Melaporkan penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



**LAMPIRAN 5: FORMAT INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) DYSPEPSIA, TYPHOID, PNEUMONIA DAN TB PARU DI RSUD HAJI MAKASSAR**

**CLINICAL PATHWAY  
DYSPEPSIA  
RSUD HAJI MAKASSAR**

**No. RM:**


<i>Nama Pasien:</i>	<i>BB: Kg</i>		<i>Kg</i>
<i>Jenis Kelamin:</i>	<i>TB: cm</i>		<i>Cm</i>
<i>Tanggal Lahir:</i>	<i>Tgl Masuk:</i>	<i>Jam:</i>	
<i>Diagnosa Masuk RS:</i>	<i>Tgl. Keluar:</i>	<i>Jam:</i>	
<i>Penyakit Utama:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Lama Rawat</i>	<i>: Hari</i>
<i>Penyakit Penyerta:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Rencana Rawat</i>	<i>:</i>
<i>Komplikasi:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>R. Rawat/Kelas</i>	<i>: /</i>
<i>Tindakan:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Rujukan</i>	<i>: Ya/Tidak</i>

*Dietary Counseling and Surveillance Kode ICD: Z71.3*

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	KETERANGAN					HARI PENYAKIT
		1	2	3	4	5	
		HARI RAWAT					HARI PENYAKIT
1	2	3	4	5			
<b>1. ASESMEN AWAL</b>							
<b>a. ASESMEN AWAL MEDIS</b>	<p>Masuk melalui IGD :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. anamnesis: Keluhan Utama : Riwayat Penyakit Sekarang ,Riwayat Penyakit Dahulu , Riwayat Sosial Ekonomi Dan Budaya</li> <li>2. Pemeriksaan fisik</li> <li>3. Pemeriksaan penunjang EKG atas indikasi (umur <math>\geq</math> 40 tahun)</li> </ol>					Dilakukan oleh dr. IGD	
<b>b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN</b>	<p><b>Pemeriksaan IGD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Triase</li> <li>- Anamnesis meliputi : Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri,</li> <li>- pemeriksaan fisik didapatkan keluhan antara lain <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nyeri epigastrium terlokalisasi</li> <li>b) Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antacid</li> <li>c) Nyeri saat lapar</li> <li>d) Nyeri episodic</li> <li>e) Mudah kenyang</li> <li>f) Perut terasa cepat penuh saat makan</li> <li>g) Mual</li> <li>h) Muntah</li> <li>i) Rasa tidak nyaman bertambah saat makan</li> <li>j) <i>Upper abdominal bloating</i></li> </ol> </li> </ul>					Pembagian nyeri akut dan kronik berdasarkan atas jangka waktu 3 bulan	



2. PEMERIKSAAN PENUNJANG LABORATORIUM						
a. LABORATORIUM	Pemeriksaan darah rutin (HB,HT,Leukosit)					
	Pemeriksaan faal ginjal (ureum, creatinin)					
	Tes fungsi hati (SGOT, SGPT,)					
	Pemeriksaan gula darah					
b. RADIOLOGI	USG					
	ENDOSCOPY					
3. KONSULTASI						
4. ASESMEN LANJUTAN						
a. ASESMEN MEDIS	Anamnesis : - Evaluasi keluhan - Evaluasi adakah tanda bahaya					
	Pemeriksaan fisik					
	Rencana pemeriksaan penunjang yang di perlukan : - USG - Endoskopi					
b. ASESMEN KEPERAWATAN	TTV, Skala nyeri dan Status nutrisi: Kaji skala nyeri, nafsu makan, pola makan, serta mengkaji rasa nyaman serta tingkat kecemasan					Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien) 1. Jika ada jawaban ya pada skrining gizi awal di lakukan skrining gizi lanjut dengsn mengkaji : - Data antropometri (IMT, BB/ TB pada anak, dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang - Skor asupan gizi - Skor kehilangan BB 2. Jika hasil skrining gizi lanjut skor lebih dari 3 , lanjutkan asesmen gizi					Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi lanjut dan asesmen gizi yang dilakukan dalam waktu 48 jam

d. ASESMEN FARMASI	<p>Telaah Resep :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep</li> <li>Tepat obat : pemilihan obat sesuai dengan <i>drug of choice</i> pengobatan dyspepsia setelah diagnosis ditegakkan dengan benar.</li> <li>Tepat cara pemberian obat : Obat diminum dalam keadaan perut kosong, 1-2 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan.</li> <li>Tepat frekuensi pemberian obat : Obat diminum sesuai aturan pakai 3x1 artinya pemberian obat tiap 8 jam, 2x1 tiap 2 jam, 1x1 tiap 24 jam.</li> <li>Tidak ada interaksi obat :</li> <li>Tidak ada duplikasi</li> <li>Tidak ada kontra indikasi</li> </ol>		
	<p>Rekonsiliasi Obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ol>		
<b>6. DIAGNOSIS</b>			
a. DIAGNOSIS MEDIS	Dyspepsia		
b. DIAGNOSIS GIZI MEDIS	Severe / moderate / mild nutrition		Berdasarkan hasil konsultasi dari DPJP
c. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nyeri akut ( D.0077 )</li> <li>Nausea (D.0076)</li> <li>Defisit Nutrisi ( D.0019 )</li> <li>Risiko hipovolemia (D.0034)</li> <li>Gangguan pola tidur (D.0055)</li> <li>Ansietas (D. 0080)</li> <li>Risiko distress spiritual ( D.0100</li> </ol>		<p>Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari.</p> <p>Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis SDKI</p>
d. DIAGNOSIS GIZI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan kesulitan makan, tidak nafsu makan, mual, sakit perut ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan (&lt;80%) (NI-2.1).</li> <li>Kekurangan cairan per oral berkaitan demam, muntah, tidak dapat mencukupi kebutuhan ditandai dengan estimasi asupan cairan kurang &lt; 60% dari kebutuhan (NI-3.1).</li> </ol>		<p>Sesuai dengan data asesmen. Kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.</p>



	<p>3. Perubahan fungsi gastrointestinal berkaitan dengan dyspepsia ditandai dengan mual, muntah, kembung, sakit perut (NC-1.4)</p> <p>4. Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual, muntah, diare dll (NB-1.5)</p> <p>5. Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual, muntah, diare dll (NB-1.5)</p>					
<b>6. DISCHARGE PLANNING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi pola makan, menghindari makanan yang meningkatkan asam lambung, makan tiap 2 jam,</li> <li>- menghindari faktor pencetus dipepsia</li> <li>- Mengenalkan alarm simtom</li> <li>- Menghindari stress</li> <li>- kontrol sesuai jadwal yang ditentukan</li> </ul>					
<b>7. EDUKASI TERINTEGRASI</b>						
<b>a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan edukasi Diet lambung, makan teratur dll.</li> <li>- Menghindari faktor pencetus keluhan</li> <li>- Menghindari stres</li> <li>- Memberikan edukasi tanda bahaya untuk Dyspepsia (alarm simtom)</li> </ul>					
<b>b. EDUKASI &amp; KONSELING GIZI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edukasi gizi tentang diet lambung meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mengelola atau memodifikasi makanan.</li> <li>2. Edukasi pembatasan diet</li> <li>3. Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan.</li> </ol>					Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan pada hari ke-4 atau hari ke -5.
<b>c. EDUKASI KEPERAWATAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya relaksasi napas dalam)</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (misalnya akupresur)</li> <li>3. Ajarkan tentang diet yang diprogramkan (diet lunak)</li> <li>4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>5. Ajarkan teknik non farmakologi yang memancing tidur (<i>progressive muscle relaxation</i>)</li> <li>6. Ajarkan teknik relaksasi (relaksasi napas dalam)</li> <li>7. Ajarkan cara berpartisipasi dalam ibadah</li> </ol>					Edukasi Keperawatan diberikan sejak awal masuk, selanjutnya dimonitoring sampai pulang

d. EDUKASI FARMASI	<p>a. Memberi edukasi dan informasi terkait waktu minum obat pasien serta memantau kepatuhan pasien dalam menggunakan obatnya.</p> <p>b. Obat diminum dalam keadaan perut kosong, 1-2 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan.</p> <p>c. Obat diminum sesuai aturan pakai 3x1 artinya pemberian obat tiap 8 jam, 2x1 tiap 2 jam, 1x1 tiap 24 jam.</p>		
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI			
8. TERAPI MEDIKAMENTOSA			
a. INJEKSI	Antagonis H2 : Ranitidin 50 mg /12 jam/iv		Alternatif bila omeprazole injeksi tidak tersedia.
	Penghambat pompa proton : Omeprazole 20mg/12 jam/iv		Alternatif jika Ranitidin injeksi tidak tersedia.
	Obat -obatan prokinetik : Metoclopramide 10 mg/8 jam/iv		Jika ada keluhan mual muntah
b. CAIRAN INFUS	Cairan kristaloid : <ul style="list-style-type: none"> <li>- RINGER LAKTAT (RL) infus RL masuk untuk pemulihan cairan/elektrolit yang hilang.</li> <li>- DEXTROSE 5% digunakan untuk pasien yang susah makan, karena itu di beri glukosa secara iv agar tidak terjadi hipoglikemi.</li> <li>- NaCL 0,9 % sebagai pengganti cairan elektrolit, menyeimbangkan tubuh NS cairan infus untuk elektrolit keseimbangan cairan dalam tubuh.</li> </ul>		Banyaknya cairan yang dibutuhkan, disesuaikan dengan kondisi pasien.
c. OBAT ORAL	Antasida tablet : 3x sehari 1 tablet		Alternatif jika sediaan sirup dan sucralfat sirup tidak tersedia.
	Antasida sirup : 3x sehari 1 C (sendok makan)		Alternatif jika sediaan tablet dan sucralfat sirup tidak tersedia.
	Ranitidin 15 mg tablet 2x sehari 1 tablet		
	Sucralfat sirup : 3x sehari 1 C (sendok makan)		
	Omeprazole 20 mg kapsul : 2x sehari 1 kapsul		
	Lansoprazole 30mg kapsul 1x sehari 1 kapsul		Alternatif bila omeprazole kapsul tidak tersedia.
	Metoklopramid tablet 3x1 tab/kalau perlu		Jika ada keluhan mual muntah
Domperidon 3x1 tablet/kalau perlu		Jika ada keluhan mual muntah	



9. TATALAKSANA/INTERVENSI			
<b>a. INTERVENSI MEDIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan pasien untuk makan sesuai diet yang telah di tentukan atau disiapkan oleh Rumah sakit</li> <li>- Memastikan adanya perbaikan dalam keluhan nyeri</li> </ul>		
<b>b. INTERVENSI KEPERAWATAN</b>	a) Manajemen nyeri ( SIKI : I.08238, NIC: 1400)		Mengacu pada SIKI
	b) Manajemen mual (SIKI : I.03117, NIC : 1450)		
	a) Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119, NIC: 1100)		
	a) Manajemen hipovolema (SIKI: I.03098, NIC :4180)		
	e) Dukungan tidur (I. 05174)		
	f) Reduksi ansietas (I.09314)		
	g) Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)		
<b>c. INTERVENSI GIZI</b>	Pemenuhan kebutuhan Nutrisi/ Gizi		Kebutuhan Gizi disesuaikan dengan usia, BB, TB dan kondisi klinis Pasien. Bentuk dan jalur makanan disesuaikan dengan daya terima pasien.
	Diet : Lambung		
	Bentuk : cair, saring, lunak Jalur : per oral/enteral		
<b>d. INTERVENSI FARMASI</b>	Rekomendasi kepada DPJP		
<b>10. MONITORING &amp; EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)</b>			
<b>a. DOKTER DPJP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor perbaikan keluhan dan klinis pasien</li> <li>- Memastikan tidak ada alarm sintom</li> <li>- Memastikan pasien memahami edukasi yang telah di sampaikan</li> </ul>		
<b>b. KEPERAWATAN</b>	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		Mengacu pada NOC Dilakukan dalam 3 shift
<b>c. GIZI</b>	Monitoring Asupan Makan		Sesuai dengan masalah gizi dan tanda/gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke-4 atau ke-
	Monitoring Biokimia Terkait Gizi		
	Monitoring Fisik/klinis Terkait gizi		



	Monitoring Antropometri								5. Mengacu pada IDNT (International Dietetic & Nutrition Terminology)
d. FARMASI	<b>Monitoring interaksi obat :</b> a. Penggunaan omeprazole dan klopidogrel menyebabkan peningkatan risiko kejadian kardiovaskuler. Omeprazole menurunkan kerja dari klopidogrel. b. Antasida dapat menurunkan konsentrasi pada H2blocker. Mekanismenya mungkin terkait dengan absorpsi dan bioavailabilitas dikarenakan penetrasi asam. Disarankan bahwa H2blocker diberikan satu atau dua jam sebelum antasida								
	<b>Monitoring efek samping obat :</b> Monitoring efek samping obat (MESO) terbagi 2: a. Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah diprediksikan b. Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius								
	<b>Pemantauan terapi obat</b> 1. DRPs yang mungkin akan terjadi. 2. Efikasi terapi dan efek merugikan dari regimen 3. Perubahan fisiologik pasien, contoh: penurunan fungsi ginjal pada pasien geriatri mencapai 40%) 4. Efisiensi pemeriksaan laboratorium								
<b>11. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>									
a. MEDIS	Early mobilisasi								
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi bertahap sesuai dengan kebutuhan dan keadaan pasien								
<b>12. OUTCOME/HASIL</b>									
a. MEDIS	- Tidak ada nyeri - Kondisi stabil dan membaik - Hasil Laboratorium normal								
b. KEPERAWATAN	Tingkat nyeri (L.08066) menurun								
	Tingkat mual (L.08065) menurun								
	Status nutrisi (L.03030) membaik								

	Status cairan (L.03028) membaik Pola tidur (L.05045) membaik Tingkat ansietas (L.09093) menurun Status spiritual (L.09091) membaik									Mengacu pada SLKI Dilakukan dalam 3 shift
c. GIZI	Asupan makan $\geq$ 80%									Status Gizi Optimal, diharapkan intake makanan pasien dari hari 1-5 optimal
d. FARMASI	Telaah obat : a. Tepat pasien b. Tepat obat c. Tepat dosis d. Tepat rute pemberian e. Tepat waktu pemberian  Obat rasional (sesuai formularium dan tidak terjadi polifarmasi = penggunaan obat lebih dari 3 dengan indikasi yg sama)									Meningkat kualitas hidup pasien/efek terapi tercapai
13. KRITERIA PULANG	- Tidak ada nyeri - Kondisi stabil dan membaik - Hasil Laboratorium normal									Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
14. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Pasien mendapatkan surat Kontrol dan Kontrol sesuai jadwal									Pasien membawa resume perawatan/ surat rujukan/ surat kontrol/ homecare saat pulang
VARIAN										

\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab

\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY  
DEMAM TIFOID  
RSUD HAJI MAKASSAR**

<i>Nama Pasien</i>	<i>BB:</i>	<i>Kg</i>	<b>No. RM:</b>	
<i>Jenis Kelamin</i>	<i>TB:</i>	<i>cm</i>		
<i>Tanggal Lahir</i>	<i>Tgl.Masuk</i>		<i>Jam:</i>	
<i>Diagnosa Masuk RS</i>	<i>Tgl.Keluar</i>		<i>Jam:</i>	
<i>Penyakit Utama</i>	<i>Kode ICD:</i>		<i>Lama Rawat</i>	<i>: Hari</i>
<i>Penyakit Penyerta</i>	<i>Kode ICD:</i>		<i>Rencana Rawat</i>	<i>:</i>
<i>Komplikasi</i>	<i>Kode ICD:</i>		<i>R.Rawat/Kelas</i>	<i>: /</i>
<i>Tindakan</i>	<i>Kode ICD:</i>		<i>Rujukan</i>	<i>: Ya/Tidak</i>

*Dietary Counseling and Surveillance Kode ICD: Z71.3*



KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT						KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	
		HARI RAWAT						
1. ASESMEN AWAL		1	2	3	4	5	6	
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD							Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis							Pasien masuk via RJ
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat Primer:							Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko-sosial, spiritual dan budaya
	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, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge Planning							
								Varian
2. LABORATORIUM	DPL							
	Fungsi Hati : SGOT/SGPT							
	Albumin							
	Ureum/Creatinin							
	GDS/Elektrolit							
	Widal, Ig M Salmonella							
	Kultur Darah Gall							
	NS 1 atau Dengue Blot, Malaria Mikroskopik dan ICT, IgM Leptospira							
							Varian	

<b>3. RADIOLOGI/IMAGING</b>	USG Abdomen									
<b>4. KONSULTASI</b>	a. Bedah									
	b. Neurologi									
										Varian
<b>5. ASESMEN LANJUTAN</b>										
a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP									Visite harian/ Follow up
	Dokter non DPJP/dr. Ruangan									Atas Indikasi/ Emergency
b. ASESMEN KEPERAWATAN	TTV dan Status nutrisi: nafsu makan, mual, muntah, diare, konstipasi									Dilakukan dalam 3 Shift
c. ASESMEN GIZI	Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)									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	<p>Telaah Resep</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep</li> <li>▪ Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi</li> <li>▪ Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat</li> <li>▪ Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intavena drip</li> <li>▪ Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai</li> <li>▪ Tepat frekuensi pemberian</li> <li>▪ Tidak ada interaksi obat</li> <li>▪ Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat</li> <li>▪ Tidak ada kontraindikasi</li> </ul>									Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat
	<p>Rekonsiliasi Obat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>▪ Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>▪ Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ul>									
<b>6. DIAGNOSIS</b>										



a. DIAGNOSIS MEDIS	Demam Tifoid (Non Komplikata)								
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	a. Hipertermia (D.0130)								
	b. Defisit nutrisi ((D.0019)) c. Nyeri akut (D.0077) d. Diare (D.0020) e. Risiko hipovolemia (D.0034) f. Gangguan pola tidur (D.0055) g. Defisit pengetahuan (D.0111) h. Ansietas (D.0080) i. Risiko distress spiritual (D.0100)								Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari.  Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis SDKI
c. DIAGNOSIS GIZI	1. Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan kesulitan makan, tidak nafsu makan, mual, sakit perut ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan 2. Kekurangan cairan per oral berkaitan demam, muntah, tidak dapat mencukupi kebutuhan ditandai dengan estimasi asupan cairan kurang <60% dari kebutuhan 3. Perubahan fungsi gastrointestinal berkaitan dengan dyspepsia ditandai dengan mual, muntah, kembung, sakitperut. 4. Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual, muntah, diare								Sesuai dengan data asesmen, kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
7. DISCHARGE PLANNING	Identifikasi Kebutuhan Edukasi & Latihan Selama Perawatan								
	Identifikasi kebutuhan di rumah								
a. Perawat	<i>Hand Hygiene</i> , sanitasi dan pola hidup sehat								Program pendidikan pasien dan keluarga
b. Farmasi	Antibiotika di minum rutin dan tepat waktu Obat diberikan selama 3 – 5 hari, selanjutnya kontrol post opname ke rumah sakit								
8. EDUKASI TERINTEGRASI									
a. EDUKASI INFORMASI MEDIS	Penjelasan Diagnosis								
	Rencana terapi								Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan <i>DischargePlanning</i> .

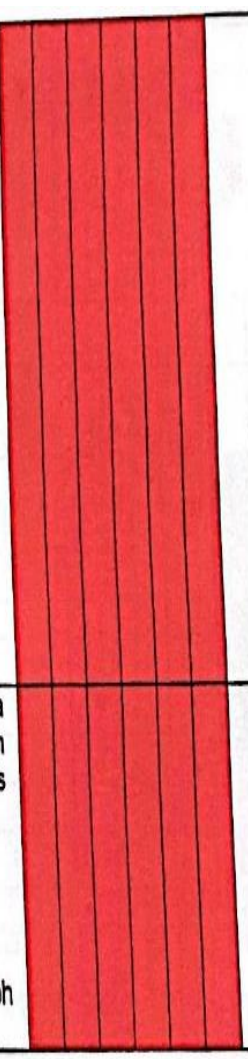
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	Diet lambung bentuk saring atau lambung									Edukasi gizi dilakukan saat awal masuk dan atau pada hari ke 4 atau hari ke 5
c. EDUKASI KEPERAWATAN	Menganjurkan tirah baring									Pengisian formulir informasi dan edukasi terintegrasi oleh pasien dan atau keluarga  Edukasi Keperawatan diberikan sejak awal masuk, selanjutnya dimonitoring sampai pulang
	Mengajarkan diet yang diprogramkan (diet lunak)									
	Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam)									
	Menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori, sesuai kebutuhan									
	Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral									
	Mengajarkan teknik relaksasi otot autogenik atau bentuk non farmakologi lainnya untuk memancing tidur ( <i>progressive muscle relaxation</i> )									
	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (mencakup perilaku yang mempromosikan kebersihan seperti mencuci tangan dengan sabun dan air untuk mengurangi penyebaran penyakit typhoid)									
	Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis									
	Mengajarkan cara berpartisipasi dalam ibadah									
d. EDUKASI FARMASI	Informasi Obat									Meningkatkan kepatuhan pasien meminum/menggunakan obat
	Kepatuhan waktu minum obat									
	Konseling Obat									
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi									DTT Keluarga/Pasien
<b>9. TERAPI MEDIKA MENTOSA</b>										
a. INJEKSI	Cefalosporin generasi 3: Ceftriaxone 1 x 3-4 gr selama 3 - 5 hari atau Cefotaxime 2 - 3 x1 gr									
b. CAIRAN INFUS	NaCl 0.9 100 cc bersama dengan pemberian antibiotic ceftriakson									
c. OBAT ORAL	Ciprofloxacin 2 x 400mg selama 5 hari									



	Tiamfenicol 4 x 500 mg atau Contrimoxazol 2 x 960 mg selama 2minggu atau Ampicilin/Amoxicilin 50 - 150 mg/kgBB selama 2 minggu atau Flouroquinolon: Levofloxacin 1 x 500 mg selama 7 hari Simptomatik: Antipiretik Paracetamol bila demam								Alternatif pilihan
d. RECTAL	Suppositoria								Bila demam Bila ada keluhan konstipasi
<b>10. TATA LAKSANA INTEVENSI (TLI)</b>									
a. TLI MEDIS	1. Diet (pemberian makanan padat dini, menghindari sementara sayuran yang berserat) dapat diberikan dengan aman 2. Terapi penunjang (Simptomatik dan Supportif) 3. Pemberian anti mikroba								
b. TLI KEPERAWATAN	Manajemen hipertermia (SIKI: I.15506) atau Perawatan Demam (NIC: 3740)								Mengacu pada SIKI dan NIC
	Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119, NIC: 1100)								
	Manajemen Nyeri (SIKI: I.08238, NIC: 1400)								
	Manajemen diare ( SIKI: I.03101, NIC: 0460)								
	Manajemen hipovolemia (SIKI :I.03116, NIC : 4180)								
	Dukungan Tidur (I. 05174) atau Peningkatan Tidur (1850)								
	Edukasi kesehatan (SIKI: I.12383)								
	Reduksi ansietas (I.09314) atau Pengurangan kecemasan (5820)								
	Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)								
c. TLI GIZI	1. (NI-2.1) : Asupan makan per oral tidak adekuat 2. (NC-1.4) : Kekurangan cairan per oral 3. (NC-1.4) : Perubahan fungsi gastrointestinal							Bentuk makanan, kebutuhan zat gizi disesuaikan dengan usia dan kondisi klinis, secara bertahap	



	4. (NB-1.5); Pola makan yang tidak teratur									
d. TLI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP									Sesuai dengan hasil monitoring
<b>11. Monitoring &amp; evaluasi</b>										
a. DOKTER DPJP	Asesmen Ulang & Review Verifikasi Rencana Asuhan									Monitor perkembangan pasien
b. KEPERAWATAN	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan.									Mengacu pada SIKI dan NIC
c. GIZI	Monitoring asupan makan									Sesuai dengan masalah gizi dan tanda gejala yang akandilihat kemajuannya. Monev pada hari ke 4 atau ke 5 kecuali asupan makanan Mengacu pada IDNT ( <i>Internasional Dietetic &amp; Nutrition Terminology</i> )
	Monitoring Antropometri									
	Monitoring Biokimia									
	Monitoring Fisik/klinis terkait gizi									
d. FARMASI	1. Monitoring Interaksi Obat Penggunaan obat golongan kuinolon secara bersamaan dengan obat golongan antasida, akan membentuk khelat yang tidak larut antara kation yang terkandung dalam antasida dengan gugus 3-karboksil dan 4-keto dari antibiotik golongan kuinolon yang akan menurunkan absorpsinya.									Menyusun Software interaksi  Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai
	2. Seftriakson dapat berikatan dengan kalsium di dalam ringer laktat, sehingga menimbulkan presipitasi (endapan kristal) di dalam aliran darah yang dapat mengakibatkan flebitis									
	3. Penggunaan sefotaksim bersamaan dengan obat yang juga bersifat nefrotoksik, seperti golongan aminoglikosida atau diuretik poten perlu dihindari									
	Monitoring Efek Samping Obat  1. Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah dapat diprediksikan atau tertera dalam literatur, meliputi aksi farmakologik yang berlebihan, respon karena									

	<p>2. penghentian obat.</p> <p>3. Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius, meliputi reaksi alergi, reaksi faktor genetik, reaksi idiosinkrati.</p> <p>Bentuk monitoring berupa pemantauan langsung ke pasien setelah menggunakan obat-obat tersebut dan penanganan jika terjadi efek samping serta menghubungi DPJP.</p> <p>Monitoring dilakukan dengan membuat laporan MESO dalam form berwarna kuning, dan dilaporkan ke BPOM. Pemantauan dan Pelaporan efek samping obat dikoordinasikan oleh Panitia Farmasi dan Terapi RS</p>		
	<p>Pemantauan Terapi Obat Pemantauan terapi obat (dilakukan secara berkesinambungan dan di evaluasi secara teratur untuk mengoptimalkan efek terapi dan meminimalkan efek yang tidak dikehendaki). Proses pemantauan terapi obat (PTO) mencakup pengkajian :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pilihan obat, dosis, cara pemberian obat</li> <li>2. Respons terapi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD)</li> <li>3. Rekomendasi perubahan atau alternatif terapi</li> <li>4. Obat antibiotik harus diberikan rutin tepat waktu pemberian, tidak boleh terputus, untuk mencegah terjadinya resistensi obat.</li> </ol>		



12. MOBILISASI/ REHABILITASI												
a. MEDIS												
b. KEPERAWATAN	Mobilisasi bertahap dari miring kiri dan kanan, duduk bersandar di tempat tidur, duduk berjantai, berdiri dan berjalan											Tahapan mobilisasi sesuai kondisi pasien
c. FISIOTERAPI												
13. OUTCOME/HASIL												
a. MEDIS	Tegaknya diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik											
	Didapatkan diagnosis definitif <i>Salmonella typhi</i> atau <i>Salmonella paratyphi</i> dari pemeriksaan penunjang											
b. KEPERAWATAN	a. Termoregulasi (L.14134) membaik											Mengacu pada SLKI Dilakukan dalam 3 shift
	b. Status nutrisi (L.03030) membaik											
	c. Tingkat nyeri (L.08066) menurun											
	d. Eliminasi fekal (L.04033) membaik											
	e. Status cairan (L.03028) membaik											
	f. Pola tidur (L.05045) membaik											
c. GIZI	g. Tingkat pengetahuan (L.12111) membaik											Status Gizi berdasarkan antropometri, biokimia, fisik/klinis
	h. Tingkat ansietas (L.09093) menurun											
	i. Status spiritual (L.09091) membaik											
d. FARMASI	Asupan makan $\geq 80\%$											Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Optimalisasi status gizi											
d. FARMASI	Telaah obat : ▪ Tepat pasien ▪ Tepat obat ▪ Tepat dosis ▪ Tepat rute pemberian ▪ Tepat waktu pemberian											Meningkatkan kualitas hidup pasien
	Obat rasional (sesuai formularium nasional dan formularium rs dan tidak terjadi polifarmasi)											

14. KRITERIA PULANG	Umum: Hemodinamik stabil, <i>Intake</i> baik																	Status pasien/tanda vital sesuai dengan PPK
	Khusus: Demam turun, kesadaran baik, tidak ada komplikasi																	
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																		

\_\_\_\_\_  
Dokter Penanggung Jawab Pelayanan  
(\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Perawat Penanggung Jawab  
(\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Pelaksana Verifikasi  
(\_\_\_\_\_)

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY  
PNEUMONIA  
RSUD HAJI MAKASSAR**

**No. RM:**

*Nama Pasien:* BB: Kg

*Jenis Kelamin:* TB: cm

*Tanggal Lahir:* Tgl. Masuk: :

*Jam:*

*Diagnosa Masuk RS:* Tgl. Keluar:

*Jam:*

*Penyakit Utama:* Kode ICD:

*Lama Rawat : Hari*

*Penyakit Penyerta:* Kode ICD:

*Rencana Rawat :*

*Komplikasi:* Kode ICD:

*R.Rawat/Kelas : /*

*Tindakan:* Kode ICD:

*Rujukan : Ya/Tidak*

*Dietary Counseling and Surveillance Kode ICD: Z71.3*



KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
<b>1. ASESMEN AWAL</b>									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD : anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang (Lab, foto toraks)								Pasien masuk melalui IGD
	Dokter Spesialis Paru : anamnesis; pemeriksaan fisis dan pemeriksaan penunjang (Lab, foto toraks)								Pasien Masuk Melalui R.JL
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat IGD: Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya pemeriksaan fisis, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri, status fungsional: barthel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan <i>Discharge Planning</i> Perawat								
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>									
a. LABORATORIUM	Leukosit $\geq$ 10.000 atau $<$ 4500								
	Neutrofil meningkat								
	Fungsi ginjal								
	Fungsi hati								
	Elektrolit								
	Analisis gas darah (AGD)								
b. RADIOLOGI	Pemeriksaan foto toraks :								
	CT Scan : ditemukan GGO ( <i>Ground Glass Opacity</i> ) di parenkim paru								
3. KONSULTASI	Bila ada indikasi								
<b>4. ASESMEN LANJUTAN</b>									

a. ASESMEN MEDIS	Dokter DPJP Monitoring keluhan pasien Monitoring foto toraks dan lab pasien		Visite Harian
b. ASESMEN KEPERAWATAN	<p>Dokter non DPJP/ dr. Ruangan</p> <p>Dilakukan oleh perawat primer :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan gejala umum <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Demam Suhu 39,5 – 40,5 derajat Celsius dan disertai infeksi ringan.</li> <li>a. Batuk</li> <li>b. Bunyi napas mengi, stridor, crackles</li> <li>c. Sesak napas</li> <li>d. Nyeri dada</li> <li>e. Takipnea</li> <li>f. Kelemahan</li> <li>g. Diaphoresis</li> <li>h. Kehilangan selera makan</li> <li>i. Insomnia</li> </ol> </li> <li>2. Gejala berat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kondisi berat bisa terjadi pada bayi berupa muntah, kejang, letargis, sianosis, dan distress pernapasan berat</li> <li>b. Meningismus</li> <li>c. Sumbatan nasal pada bayi</li> <li>d. Apnea</li> </ol> </li> </ol>		Atasi Indikasi  Dilakukan dalam 3 shift  Dilanjutkan dengan asesmen bio-psiko-sosial, spiritual dan budaya
c. ASESMEN GIZI	<p>Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika ada jawaban ya pada skrining gizi awal di lakukan skrining gizi lanjut dengan mengkaji : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Data antropometri (IMT, BB/ TB pada anak, dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang)</li> <li>- Skor asupan gizi</li> <li>- Skor kehilangan BB</li> </ul> </li> <li>2. Jika hasil skrining gizi lanjut skor lebih dari 3, lanjutkan asesmen gizi</li> </ol>		Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi lanjut dan asesmen yang dilakukan dalam waktu 48 jam



d. ASESMEN FARMASI	Telaah resep :	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep</li> <li>▪ Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi</li> <li>▪ Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat</li> <li>▪ Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intravena drip</li> <li>▪ Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai</li> <li>▪ Tepat frekuensi pemberian</li> <li>▪ Tidak ada interaksi obat</li> <li>▪ Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat</li> <li>▪ Tidak ada kontraindikasi</li> </ul>						<p>a. Perhatikan efektivitas pada Penggunaan obat terhadap pneumonia, penggunaan antibiotik untuk pneumonia.</p> <p>b. Perhatikan keamanan pengobatan (efek samping potensial)</p>									
	Rekonsiliasi Obat :								<p>1. Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah..</p> <p>2. Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</p> <p>3. Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</p>								
5. DIAGNOSIS																	
a. DIAGNOSIS MEDIS	PNEUMONIA																
b. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)																
	Gangguan pertukaran gas (D.0003)																
	Pola napas tidak efektif (D.0005)																
	Hipertermi (D.0130)																
	Nyeri akut (D.0077)																
Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab																	





	Edukasi berhenti merokok									
	<b>Farmasi :</b> Antibiotika di minum rutin dan tepat waktu, tidak boleh terputus Obat diberikan selama 3 – 5 hari, selanjutnya kontrol post opname ke rumah sakit									
<b>7. EDUKASI TERINTEGRASI</b>										
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	Rehabilitasi paru berupa <i>breathing exercise</i>									Oleh semua pemberi asuhan berdasarkan kebutuhan dan juga berdasarkan <i>Discharge Planning</i> .
	Konsumsi obat sesuai instruksi dokter									
	Konsumsi makanan yang bergizi									
	Edukasi berhenti merokok									
	Edukasi menggunakan masker									
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	1. Edukasi gizi tentang diet lambung meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mengelola atau memodifikasi makanan									Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan pada hari ke-4 atau hari ke-5.
	2. Edukasi pembatasan diet									
	3. Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan.									
c. EDUKASI KEPERAWATAN	1) Ajarkan teknik batuk efektif									
	2) Berikan informasi pentingnya penghentian merokok									
	3) Ajarkan teknik <i>slow deep breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i> )									
	4) Anjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap									
	5) Anjurkan tirah baring									



	6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya <i>slow deep breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i> )					
	7) Anjurkan diet Tinggi Energi Tinggi Protein/TETP					
	8) Dorong untuk memperbanyak asupan cairan oral					
	9) Ajarkan etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai dengan yang diresepkan					
	10) Ajarkan teknik non farmakologi (mis. <i>progressive muscle relaxation</i> , aromaterapi) untuk mendukung tidur					
	11) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis					
	12) Menawarkan pasien untuk berdoa atau melakukan review masa lalu dengan mengingat kembali hal positif yang telah dicapai selama hidup					
d. EDUKASI FARMASI	<b>Informasi obat :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kepatuhan waktu minum obat</li> <li>▪ Diberikan dalam dosis yang tepat</li> <li>▪ Perawat di ruang perawatan : memberi obat ke pasien setiap waktu/jam pemberian obat serta memastikan obat sudah di minum (oral)/disuntikkan (injeksi) (dengan mengisi dan memberi paraf pada lembar kardex obat pasien di berkas rekam medik (BRM).</li> </ul>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sediaan obat yang telah direkonstitusi berupa ampul, vial, spuit, jika telah digunakan dibuang di <i>safety box</i></li> <li>▪ Antibiotika yang sudah direkonstitusi tidak boleh lagi disimpan (harus langsung digunakan) karena di RS belum ada ruang pencampuran (LAF) yang dapat mencegah sediaan terkontaminasi bakteri pirogen saat rekonstitusi dilakukan.</li> </ul>					Apoteker : memberi edukasi dan informasi terkait waktu minum obat ke pasien, keluarga pasien, perawat, serta memantau kepatuhan pasien dalam penggunaan obatnya.

	<p>Cara menggunakan obat yang benar</p> <p><b>Cara menggunakan obat oral :</b></p> <p>Obat dimasukkan di mulut dan ditelan dengan minum air putih. Diminum sesudah atau sebelum makan.</p> <p><b>Cara menggunakan obat Injeksi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obat diberikan secara intravena atau intramuscular.</li> <li>• Moksifloksasin infus 400 mg, rute infus intravena dengan tetesan infus lambat, durasi 60 menit ke atas. Jika terjadi plebitis atau ada reaksi nyeri dapat ditambahkan dengan cabang cairan fisiologis (NaCl)</li> <li>• Levofloksasin inf 500 mg, rute infus intravena, dengan tetesan infus 30-60 menit</li> </ul> <p><b>Konseling obat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala efek samping obat terdeteksi</li> <li>• Reaksi lokal di area penyuntikan</li> </ul>										<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoteker menyampaikan ke pasien kemungkinan efek samping yang akan timbul, efek samping yang tidak diharapkan untuk segera melapor ke perawat.</li> <li>2. Perawat melakukan tes reaksi alergi sebelum memberikan antibiotik ke pasien</li> <li>3. Reaksi lokal di area penyuntikan</li> </ol>	
PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI	Lembar Edukasi Terintegrasi											Di-TTD Keluarga/pasien
<b>8. TERAPI / MEDIKA MENTOSA</b>												
a. INJEKSI	Levofloksasin 1x 750mg,											Diberikan 1-5 hari, lanjut oral; pemilihan antibiotik
	Moksifloksasin 1x 400 mg											Diberikan 1-5 hari, lanjut oral; pemilihan antibiotik
b. CAIRAN INFUS	Ringer Laktat 20 tts/i											Diberikan 1-5 hari
c. OBAT ORAL	Klaritromisin 1x 500 mg selama 3- 5hari											Obat oral dilanjutkan hari ke8 - ke10 di rumah
	Azitromisin 1x 500 mg selama 3-5 hari											Obat oral dilanjutkan hari ke8 - ke10 di rumah
<b>9. INTERVENSI</b>												
a. MEDIS	Oksigen											
	Infus											









	Pemantauan terapi obat 1. Pilihan obat, dosis, cara pemberian obat 2. Respons terapi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD) 3. Rekomendasi perubahan atau alternatif terapi 4. Obat antibiotik harus diberikan rutin tepat waktu pemberian, tidak boleh terputus, untuk mencegah terjadinya resistensi obat. 5. Perubahan fisiologik pasien (penurunan fungsi ginjal pasien geriatrik mencapai 40%)									
<b>11. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>										
a. MEDIS	Mobilisasi bertahap									
b. KEPERAWATAN	Batuk efektif Fisioterapi dada									
c. FISIOTERAPI	Fisioterapi dada									
<b>12. OUTCOME/HASIL</b>										
a. MEDIS	1. Keluhan berkurang 2. Terjadi perbaikan hasil LAB : Lecositosis dalam batas normal 3. Foto Thorax tampak perbaikan 4. Bebas demam dalam 48 jam, suhu axila kurang dari 37,5°C									
b. KEPERAWATAN	Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat Pertukaran gas (L.01003) meningkat Pola napas (L.01004) membaik Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat Termoregulasi (L.14134) membaik Tingkat nyeri (L.08066) menurun Status nutrisi (L.03030) membaik Status cairan (L.03028) membaik Tingkat infeksi (L.14137) menurun									Mengacu pada SLKI Dilakukan dalam 3 shift





**CLINICAL PATHWAY  
TBC  
RSUD HAJI MAKASSAR**

**No. RM:**

<i>Nama Pasien:</i>	<i>BB: Kg</i>		
<i>Jenis Kelamin:</i>	<i>TB: cm</i>		
<i>Tanggal Lahir:</i>	<i>Tgl Masuk:</i>		<i>Jam:</i>
<i>Diagnosa Masuk RS:</i>	<i>Tgl. Keluar:</i>		<i>Jam:</i>
<i>Penyakit Utama:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Lama Rawat</i>	<i>: Hari</i>
<i>Penyakit Penyerta:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Rencana Rawat</i>	<i>:</i>
<i>Komplikasi:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>R. Rawat/Kelas</i>	<i>: /</i>
<i>Tindakan:</i>	<i>Kode ICD:</i>	<i>Rujukan</i>	<i>: Ya/Tidak</i>

*Dietary Counseling and Surveillance Kode ICD: Z71.3*



KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
<b>1. ASESMEN AWAL</b>									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD : - Triage - Anamnesis - Pemeriksaan fisik - Pemeriksaan penunjang								Pasien masuk via IGD
	Dokter Spesialis Paru : - Anamnesis, - Pemeriksaan fisik, - Pemeriksaan penunjang								Pasien masuk via RJ
									Varian
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	✓ Triage: Pengkajian ABCD								Perawat Triase
	✓ Anamnesis : Alasan utama masuk rumah sakit, antara lain: a) Sering batuk (batuk lebih dari 3 minggu) b) Sesak napas jika batuk c) Nafsu makan menurun d) Perasaan lemas ✓ Riwayat Kesehatan: Riwayat penyakit, & Riwayat alergi ✓ Pengkajian status psikologis, mental, sosial, ekonomi & budaya ✓ Skrining gizi (TB, BB, IMT) ✓ Pemeriksaan fisik sistem respirasi (IPPA), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital								Perawat primer
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>									
a. LABORATORIUM	• Pemeriksaan Darah Rutin								

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan elektrolit</li> <li>• Pemeriksaan Fungsi ginjal</li> <li>• Pemeriksaan Fungsi hati</li> </ul>									
b. RADIOLOGI	Pemeriksaan X.Ray: Thoraks foto									<p>Gambaran radiologi yang dicurigai lesi Tb paru aktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayangan berawan/nodular di segmen apical dan posterior lobus atas dan segmen superior lobus bawah paru.</li> <li>• Kaviti terutama lebih dari satu, dikelilingi bayangan opak berawan atau nodular</li> <li>• Bayangan bercak milier</li> <li>• Efusi Pleura</li> </ul> <p>Gambaran radiologi yang dicurigai Tb paru inaktif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibrotik, terutama pada segmen apical dan atau posterior lobus atas dan atau segmen superior lobus bawah.</li> <li>• Kalsifikasi</li> <li>• Penebalan pleura</li> </ul>
3. KONSULTASI	Dokter IGD melakukan konsultasi ke DPJP sesuai keadaan umum pasien									
4. ASESMEN LANJUTAN										
a. ASESMEN MEDIS	Batuk lebih dari 2 minggu, batuk darah, sesak napas, berat badan menurun, nyeri dada, keringat malam, lemas, susah tidur									Mengacu pada gejala klinis sesuai dengan PPK



<p>b. ASESMEN KEPERAWATAN</p>	<p>Melakukan pengkajian lanjutan, antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Batuk berdahak lebih dari 2 minggu. Karakteristik dahak (kering, produktif dengan sputum purulen dan/ atau bercampur darah)</li> <li>• Berkeringat di malam hari tanpa aktifitas</li> <li>• Malaise</li> <li>• Keluhan demam meriang lebih dari 1 bulan</li> <li>• Nyeri dada</li> </ul>		
<p>c. ASESMEN GIZI</p>	<p>Tenaga Gizi (Nutritionis/Dietisien)</p> <p>Jika ada jawaban YA pada skrining gizi awal dilakukan skrining gizi lanjut dengan mengkaji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Data antropometri (IMT : BB/TT pada anak; LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang)</li> <li>✓ Skor asupan Gizi</li> <li>✓ Skor kehilangan BB</li> </ul> <p>Jika hasil skrining gizi lanjut skor &gt;3, lanjut lakukan asesmen gizi</p>		<p>Lihat risiko malnutrisi melalui skrining awal dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/kinis, Riwayat makan termasuk alergi makanan, pola kebiasaan makan, asupan makan sebelum MRS ( menggunakan FFQ dan FR24 jam ) serta riwayat personal</p>



<p>d. ASESMEN FARMASI</p>	<p>Telaah Resep :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep</li> <li>2. Tepat obat : pemilihan obat sesuai dengan <i>drug of choice</i> pengobatan TB setelah diagnosis ditegakkan dengan benar.</li> <li>3. Tepat cara pemberian obat : OAT harus diberikan secara utuh (tidak boleh dibelah dan tidak boleh digerus). Obat diberikan pada pada saat perut kosong atau paling cepat 1 jam setelah makan. Apabila OAT lepas diberikan dalam bentuk puyer, maka semua obat tidak boleh digerus bersama dan dicampur dalam satu puyer.</li> <li>4. Tepat frekuensi pemberian obat: OAT diberikan sesuai regimen pengobatan, kategori 1: 2RHZE/4RH3, kategori 2: 2RHZES/RHZE/5RH3E3</li> <li>5. Tidak ada interaksi obat : meminimalkan peresepan obat yang berinteraksi dengan OAT.</li> <li>6. Tidak ada duplikasi</li> <li>7. Tidak ada kontra indikasi</li> </ol> <p>Rekonsiliasi Obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>2. Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>3. Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ol>		
<p>5. DIAGNOSIS</p>			
<p>a. DIAGNOSIS MEDIS</p>	<p>a. Anamnesis: Batuk lebih dari 2 minggu, batuk darah, sesak napas, berat badan menurun, nyeri dada, keringat malam, lemas, susah tidur</p>		

	b. Pemeriksaan fisis : dapat ditemui peningkatan suhu badan dan atau dapat ditemukan pembesaran kelenjar getah bening dan atau pemeriksaan fisis toraks dapat ditemukan suara napas ronki	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	c. Standar baku emas diagnosis: sputum BTA positif dan atau Tes cepat molekuler ditemukan Mtb dan sensitivitas rifampisin.	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	d. Foto toraks tampak gambaran TB aktif	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
<b>b. DIAGNOSIS GIZI MEDIS</b>	a. <i>Mild protein energy malnutrition</i> (ICD 10-E44.1)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Berdasarkan hasil konsultasi dari DPJP	
	b. <i>Moderate Protein Energy Malnutrition</i> (ICD10-E44.0)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	c. <i>Severe Protein Energy Malnutrition with Nutrition Marasmus</i> (ICD10-E41)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	d. <i>Severe Protein Energy Malnutrition with Nutritional Kwarshiorkor</i> (ICD10-E40)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	e. <i>Severe Protein Energy Malnutrition Energy Malnutrition with Marasmic Kwarshiorkor</i> (ICD10-E42)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
<b>c. DIAGNOSIS KEPERAWATAN</b>	a. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>											Masalah keperawatan yang dijumpai setiap hari. Dibuat oleh perawat penanggung jawab. Mengacu pada diagnosis SDKI	
	b. Gangguan pertukaran gas (D.0003)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	c. Pola napas tidak efektif (D.0005)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	d. Defisit nutrisi (D.0019)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	e. Hipertermia (D.0130)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	f. Risiko infeksi (D.0142)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	g. Gangguan pola tidur (D.0055)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	h. Ansietas (D.0080)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
	i. Risiko distres spiritual (D.0100)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												



d. DIAGNOSIS GIZI	4. Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan (tidak nafsu makan, sesak) ditandai dengan estimasi asupan energi protein kurang dari kebutuhan (<80%), makan sedikit (NI-2.1)							Sesuai dengan data asesemen. Kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan.
	5. Adanya KEP (Kekurangan Energi Protein) berkaitan dengan keadaan penyakit katabolik yang lama (Tuberculosis Paru) ditandai dengan IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ; albumin rendah; badan tampak kurus; kehilangan massa otot; edema ekstremitas (NI-5.2)							
	6. Penurunan berat badan yang tidak direncanakan berkaitan dengan katabolisme yang berlebihan ditandai dengan kehilangan cadangan lemak tubuh; IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> (NC-3.2)							
6. DISCHARGE PLANNING	<b>Medis</b> ii. Makan makanan tinggi protein iii. Konsumsi obat secara rutin iv. Jika ada efek samping obat hubungi fasilitas kesehatan atau dokter							
	<b>Keperawatan</b> 1. Ajarkan teknik batuk efektif 2. Ajarkan teknik <i>pursed lip breathing</i> dan <i>diaphragmatic breathing</i> 3. Ajarkan terkait diet direkomendasikan (kebutuhan karbohidrat, protein, lemak dan vitamin D) 4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5. Ajarkan etika batuk 6. Informasikan pasien konsekuensi tidak memakai obat atau menghentikan pemakaian obat secara tiba-tiba 7. Informasikan secara faktual mengenai pengobatan							

	<p><b>Farmakologis</b>  Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahan awal dan tahap lanjutan :</p> <p>a. Tahap awal : pengobatan diberikan setiap hari, tujuannya untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan.</p> <p>b. Tahap lanjutan : pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan.</p> <p>Paduan OAT kategori 1 diberikan selama 6 bulan, dibagi menjadi 2 tahapan yaitu 2 bulan tahap awal dan 4 bulan tahap lanjutan.</p> <p>Paduan OAT kategori 2 diberikan selama 8 bulan, dibagi menjadi 2 tahapan yaitu 3 bulan tahap awal dan 5 bulan tahap lanjutan.</p>		
<b>7. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
a. EDUKASI/INFORMASI MEDIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minum obat secara rutin, tepat waktu dan tepat dosis</li> <li>2. Edukasi efek samping obat seperti mual, muntah, gatal, bintik kemerahan di badan, mata kuning atau efek samping lainnya</li> <li>3. Edukasi kepada pengawas minum obat</li> <li>4. Istirahat teratur, makan makanan tinggi protein</li> <li>5. Dapat berolahraga sesuai kemampuan</li> <li>6. Edukasi berhenti merokok</li> <li>7. Edukasi batuk dan menggunakan masker</li> </ol>		



<p>b. EDUKASI &amp; KONSELING GIZI</p>	<p>Edukasi gizi tentang diet TETP, meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, pembatasan diet, mengelola atau memodifikasi makanan. Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan. Edukasi berhenti merokok, apabila pasien perokok</p>		<p>Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan pada hari ke-6 atau hari ke-7.</p>
<p>c. EDUKASI KEPERAWATAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan teknik batuk efektif dan memotivasi untuk melakukan batuk efektif</li> <li>2) Berikan informasi pentingnya penghentian merokok</li> <li>3) Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam, berputar dan batuk (teknik <i>pursed lip breathing</i> dan <i>diaphragmatic breathing</i>)</li> <li>4) Anjurkan diet yang diprogramkan (kebutuhan karbohidrat, protein, lemak dan vitamin)</li> <li>5) Anjurkan tirah baring</li> <li>6) Ajarkan etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai yang diresepkan</li> <li>7) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mendukung tidur</li> <li>8) Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>9) Ajarkan cara berpartisipasi dalam kegiatan ibadah</li> </ol>		<p>Edukasi Keperawatan diberikan sejak awal masuk, selanjutnya dimonitoring sampai pulang</p>

d. EDUKASI FARMASI

Informasi obat :

1. Kepatuhan minum obat  
Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:
  - a. Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi.
  - b. Diberikan dalam dosis yang tepat.
  - b. Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.
  - c. Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.
2. Cara menggunakan obat yang benar
  - ✓ OAT KDT harus diberikan secara utuh (tidak boleh dibelah, dan tidak boleh digerus)
  - ✓ Obat diberikan pada saat perut kosong, atau paling cepat 1 jam setelah makan
  - ✓ Apabila OAT lepas diberikan dalam bentuk puyer, maka semua obat tidak boleh digerus bersama dan dicampur dalam satu puyer
3. Cara menyimpan obat yang benar
  - ✓ OAT disimpan pada suhu dibawah 25 derajat celsius.

	<b>Konseling obat :</b> 1. Gejala efek samping obat terdeteksi ✓ Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut : Semua OAT diminum malam sebelum tidur. ✓ Warna kemerahan pada air seni (urine) : Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien. ✓ Kesemutan dan rasa terbakar di kaki : Beri vitamin B6 (piridoxin) 100mg per hari. 2. Reaksi obat tidak diharapkan ➢ Muntah, bingung (kecurigaan gagal hati) : hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati. ➢ Gangguan penglihatan : hentikan Etambutol ➢ Purpura dan renjatan (Syok) : hentikan Rifampicin.		
<b>PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>8. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
a. INJEKSI	Ranitidin		Sesuai indikasi
	Vitamin injeksi		Sesuai indikasi
	Antibiotik		Jika ada infeksi sekunder
b. CAIRAN INFUS	Ringer laktat		Sesuai kebutuhan cairan
c. OBAT ORAL	a. Rifampisin (R) diberikan dalam dosis 10 mg/KgBB per hari secara oral, atau 10 mg/kgBB oral dua kali seminggu dengan perlakuan DOT, maksimal 600 mg/hari. Dikonsumsi pada waktu perut kosong agar baik penyerapannya.		



	b. Isoniazid (H) diberikan dalam dosis 5 mg/kgBB oral tidak melebihi 300 mg per hari untuk TB paru aktif, sedangkan pada TB laten pasien dengan berat badan >30 kg diberikan 300 mg oral. Pemberian isoniazid juga bersamaan dengan Piridoksin (vitamin B6) 25-50 mg sekali sehari untuk mencegah neuropati perifer										
	c. Pirazinamid (Z) pada pasien dengan HIV negatif diberikan 15-30 mg/kgBB per hari secara oral dalam dosis terbagi, tidak boleh melebihi dua gram per hari. Atau dapat diberikan dua kali seminggu dengan dosis 50 mg/kg BB secara oral.										
	d. Etambutol (E) pada fase intensif dapat diberikan 20 mg/kgBB. Sedangkan pada fase lanjutan dapat diberikan 15 mg/kgBB , atau 30 mg/kgBB diberikan 3 kali seminggu, atau 45 mg/kgBB diberikan 2 kali seminggu.										
	e. Streptomisin (S) dapat diberikan 15 mg/kgBB secara intra muskular, tidak melebihi satu gram per hari. Atau dapat diberikan dengan dosis dua kali per minggu, 25-30 mg/kgBB secara intra muskular, tidak melebihi 1,5 gram per hari.										
	f. Obat batuk (asetilsistein/ ambroxol/ OBH/ codein)										
<b>1. INTERVENSI</b>											
a) Intervensi Medis	Pemasangan infus										Sesuai dengan rekomendasi DPJP
	Pemberian Oksigen										
	Pemberian obat										
b) Intervensi Keperawatan	Manajemen jalan napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140) Latihan batuk efektif (SIKI: I.01006)										Sesuai dengan PAK yang mengacu pada SIKI & NIC



	Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC:3350) Terapi Oksigen (SIKI: I. 01026, NIC : 3320)											
	Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC:3350) Manajemen Jalan Napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140)											
	Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119)											
	Manajemen hipertermia/ Perawatan Demam (SIKI: I.15506, NIC : 3740)											
	Pencegahan infeksi (SIKI: I.14539) Kontrol infeksi (NIC: 6540)											
	Dukungan tidur (I. 05174)											
	Reduksi ansietas (I.09314)											
	Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)											
c) Intervensi Gizi	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/Gizi											
	Jenis Diet : Diet TETP Bentuk diet : cair/saring/lunak/biasa Jalur Makanan: per oral/NGT /Parenteral (Tergantung Kondisi Pasien )											Kebutuhan Gizi disesuaikan dengan usia, BB, TB dan kondisi klinis Pasien. Bentuk dan jalur makanan disesuaikan dengan daya terima pasien.
d) Intervensi Farmasi	Rekomendasi kepada DPJP											
10. MONITORING & EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)												

a. Dokter DPJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor gejala berupa batuk berkurang, bebas batuk darah 24 jam, sesak berkurang, nyeri dada berkurang, nafsu makan membaik, dapat beraktivitas mandiri</li> <li>- Monitor tanda vital : TTV stabil</li> <li>- Monitor laboratorium : Darah rutin jika ada indikasi (gejala bertambah atau ada keluhan tambahan)</li> <li>- Monitor foto toraks jika terdapat keluhan tambahan seperti sesak napas bertambah saat perawatan</li> </ul>		
b. Keperawatan	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		
c. Gizi	Monitoring Asupan Makan		<p>Sesuai dengan masalah gizi dan tanda/gejala yang akan dilihat kemajuannya.</p> <p>Monev pada hari ke-4 atau ke-5.</p> <p>Mengacu pada IDNT (<i>International Dietetic &amp; Nutrition Terminology</i>)</p>
	Monitoring Biokimia Terkait Gizi		
	Monitoring Fisik/klinis Terkait gizi		
	Monitoring Antropometri		
d. Farmasi	<b>Monitoring interaksi obat :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat anti TBC: Rifampicin. Pasien TBC yang mendapat terapi Obat Anti TBC (OAT) tidak direkomendasikan melakukan kontrasepsi dengan pil KB.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rifampisin dan Amlodipin : Rifampisin menurunkan efek amlodipin dengan mengubah metabolisme obat amlodipin. Monitoring ketat dan tingkalkan dosis amlodipine jika diperlukan.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- INH dan Omeprazol : Isoniazid meningkatkan efek omeprazol dengan megubah metabolisme obat omeprazole.</li> <li>- Dihindari dan gunakan alternatif lain</li> </ul>		



11. MOBILISASI/ REHABILITASI									
a. Medis	Mobilisasi dini								
b. Keperawatan	Mobilisasi dini								
c. Fisioterapi									
12. OUTCOME/HASIL									
a. Medis	- Keluhan berkurang								
	- Nafsu makan membaik								
b. Keperawatan	1. Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat								Mengacu pada SLKI Dilakukan dalam 3 shift
	2. Pertukaran gas (L.01003) meningkat								
	3. Pola napas (L.01004) membaik								
	4. Status nutrisi (L.03030) membaik								
	5. Termoregulasi (L.14134) membaik								
	6. Tingkat Infeksi (L.14137) menurun								
	7. Pola tidur (L.05045) membaik								
	8. Tingkat ansietas (L.09093) menurun								
	9. Status spiritual (L.09091) membaik								
c. Gizi	Asupan makan $\geq$ 80%								Status Gizi Optimal
d. Farmasi	Telaah obat : a. Tepat pasien b. Tepat obat c. Tepat dosis d. Tepat rute pemberian Tepat waktu pemberian								Meningkat kualitas hidup pasien
13. KRITERIA BILANG	Tidak sesak								Status pasien/ tanda vital sesuai



	Nafsu makan meningkat																	dengan PPK
	Pola tidur tidak terganggu																	
	Dapat beraktivitas kembali																	
14. 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 control																	
VARIAN																		

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

( )

( )

( )

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan

**CLINICAL PATHWAY  
PPOK  
RSUD HAJI MAKASSAR**

**No. RM:**

*Nama Pasien:* BB: Kg

*Jenis Kelamin:* TB: cm

*Tanggal Lahir:* Tgl Masuk: Jam:

*Diagnosa Masuk RS:* Tgl. Keluar: Jam:

*Penyakit Utama:* Kode ICD: Lama Rawat : Hari

*Penyakit Penyerta:* Kode ICD: Rencana Rawat :

*Komplikasi:* Kode ICD: R. Rawat/Kelas : /

*Tindakan:* Kode ICD: Rujukan : Ya/Tidak

*Dietary Counseling and Surveillance Kode ICD: Z71.3*

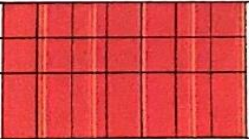


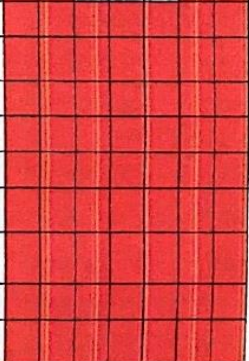

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN	HARI PENYAKIT							KETERANGAN
		1	2	3	4	5	6	7	
		HARI RAWAT							
		1	2	3	4	5	6	7	
1. ASESMEN AWAL									
a. ASESMEN AWAL MEDIS	Dokter IGD : - Triase - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik - Pemeriksaan arus puncak respirasi dengan Peak Flowmeter bila ada								OS masuk melalui IGD
	Dokter Spesialis Paru : - Anamnesis - Pemeriksaan Fisik : pemeriksaan spirometry dengan hasil: ✓ Obstruksi: FEV1/KVP<70%								OS masuk melalui RJ. Pemeriksaan <i>spirometry</i> dapat dilakukan saat pasien stabil.
									Varian
b. ASESMEN AWAL KEPERAWATAN	Perawat IGD : Pengkajian IGD : - Triase ABCD - Anamnesis : Riwayat sebelum masuk RS, Riwayat penyakit sekarang (batuk, sesak) - Pemeriksaan fisik sistem respirasi: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi								OS masuk melalui IGD
2. PEMERIKSAAN PENUNJANG									
a. LABORATORIUM	Darah Rutin								Hasil pemeriksaan laboratorium bisa normal bisa tidak normal
b. RADIOLOGI	Foto Thorax: hasil emfisema/bronchitis/hiperplasi paru								
3. KONSULTASI	Konsultasi dilakukan apabila ada indikasi medis yang lain								
4. ASESMEN LANJUTAN									



a. ASESMEN MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnesis</li> <li>- Riwayat keluhan</li> <li>- Pemeriksaan fisik lanjutan</li> </ul>		
b. ASESMEN KEPERAWATAN	<p>Perawat Primer :</p> <p>Pengkajian awal keperawatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan fisik lanjutan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala Umum : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sesak napas</li> <li>✓ Batuk kronis</li> <li>✓ Produksi dahak</li> </ul> </li> <li>• Gejala Berat: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sesak napas terus-menerus saat beraktivitas yang akhirnya menyebabkan sesak napas saat beraktivitas.</li> </ul> </li> <li>• Gejala lain: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eksaserbasi</li> <li>✓ Batuk dan produksi dahak yang lama</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		OS dari IGD masuk ke ruang rawat inap
c. ASESMEN GIZI	<p>Tenaga Gizi (Nutritionis/Dietisien)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika ada jawaban "YA" pada skrining gizi awal dilakukan skrining gizi lanjut dengan mengkaji : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Data antropometri (IMT, BB/TB pada dewasa; dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang</li> <li>- Skor Asupan Gizi</li> <li>- Skor Kehilangan BB</li> <li>- Jika hasil skrining gizi lanjut skor &gt;3, lanjut lakukan asesmen gizi.</li> </ul> </li> </ol>		Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi lanjut dan asesmen yang dilakukan dalam waktu 48 jam.
d. ASESMEN FARMASI	<p>Telaah resep :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep</li> <li>▪ Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi</li> <li>▪ Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat</li> <li>▪ Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intravena drip</li> <li>▪ Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai</li> <li>▪ Tepat frekuensi pemberian</li> <li>▪ Tidak ada interaksi obat</li> <li>▪ Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat</li> <li>▪ Tidak ada kontraindikasi</li> </ul>		Dilanjutkan dengan intervensi farmasi yang sesuai hasil Telaah dan Rekonsiliasi obat

	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Rekonsiliasi obat <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>▪ Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>▪ Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ul> </li> </ul>									
5. DIAGNOSIS										
a. DIAGNOSIS MEDIS	PPOK									
b. DIAGNOSIS GIZI MEDIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Mild Protein Energy Malnutrition</i> (ICD10-E44.1)</li> <li>2. <i>Moderate Protein Energy Malnutrition</i> (ICD10-E44.0)</li> <li>3. <i>Severe Protein Energy Malnutrition with Nutritional Marasmus</i> (ICD10-E41)</li> <li>4. <i>Severe Protein Energy Malnutrition with Nutritional Kwashiorkor</i> (ICD10-E40)</li> <li>5. <i>Severe Protein Energy Malnutrition with Marasmic Kwashiorkor</i> (ICD10-E42)</li> </ol>									Berdasarkan hasil konsultasi dari DPJP
c. DIAGNOSIS KEPERAWATAN	1. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)									Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan berdasarkan SDKI
	2. Gangguan pertukaran gas (D.0003)									
	3. Pola napas tidak efektif (D.0005)									
	4. Defisit nutrisi (D.0019)									
	5. Intoleransi aktivitas (D.0056)									
	6. Risiko infeksi (D.0142)									
	7. Gangguan pola tidur (D.0055)									
	8. Ansietas (D.0080)									
	9. Risiko distres spiritual (D.0100)									
d. DIAGNOSIS GIZI	1. Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan (tidak nafsu makan, sesak) ditandai dengan estimasi asupan energi protein kurang dari kebutuhan (<80%), makan sedikit (NI-2.1)									Sesuai dengan data asesemen. Kemungkinan saja ada diagnosis lain atau diagnosis berubah selama perawatan
	2. Adanya KEP (Kekurangan Energi Protein) berkaitan dengan keadaan penyakit katabolik yang lama (PPOK) ditandai dengan IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ; albumin rendah; badan tampak kurus; kehilangan massa otot; edema ekstremitas (NI-5.2)									
	3. Penurunan berat badan yang tidak direncanakan berkaitan dengan katabolisme yang berlebihan ditandai dengan kehilangan cadangan lemak tubuh; IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> (NC-3.2)									



6. DISCHARGE PLANNING	- Menggunakan obat-obatan inhalasi dengan baik dan benar		Program Pendidikan pasien dan keluarga oleh DPJP dan NAKES yang lain.
	- Berhenti merokok		
	- Rehabilitasi paru		
	- Menjaga kebersihan - Menjaga asupan nutrisi		
7. EDUKASI TERINTEGRASI			
a. EDUKASI/ INFORMASI MEDIS	- Mampu menggunakan alat-alat inhalasi dengan benar sesuai dengan instruksi dokter		Edukasi dan informasi disampaikan oleh dokter DPJP
	- Jika sesak bertambah hubungi dokter		
	- Berhenti merokok		
b. EDUKASI & KONSELING GIZI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Edukasi gizi tentang diet TETP, Rendah Karbohidrat meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mengelola atau memodifikasi makanan</li> <li>Edukasi pembatasan diet</li> <li>Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan</li> </ol>		Edukasi Gizi dilakukan saat awal masuk dan pada hari ke-6 atau hari ke-7
e. EDUKASI KEPERAWATAN	1. Ajarkan teknik batuk efektif dan motivasi untuk melakukan batuk efektif		Edukasi Keperawatan diberikan sejak awal masuk, selanjutnya dimonitoring sampai pulang
	2. Berikan informasi pentingnya penghentian merokok dan kurangi paparan agen berbahaya lainnya		
	3. Ajarkan teknik <i>diaphragmatic breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i>		
	4. Anjurkan diet Tinggi Energi Tinggi Protein/TETP		
	5. Anjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap		
	6. Ajarkan tentang etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai dengan yang diresepkan		
	7. Ajarkan teknik non farmakologi ( <i>progressive muscle relaxation</i> , aromaterapi) untuk mendukung tidur		
	8. Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis		
	9. Menawarkan pasien untuk berdoa atau melakukan review masa lalu dengan mengingat kembali hal positif yang telah dicapai selama hidup		
d. EDUKASI FARMASI	<p><b>Informasi obat :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kepatuhan waktu minum obat</li> <li>Diberikan dalam dosis yang tepat</li> <li>Perawat di ruang perawatan : memberi obat ke pasien setiap waktu/jam pemberian obat serta memastikan obat sudah di minum (oral)/disuntikkan (injeksi)/nebulizer(inhalasi)/inhaler dengan mengisi dan memberi paraf pada lembar kardeks obat pasien di berkas rekam medik (BRM).</li> <li>Sediaan obat yang telah direkonstitusi berupa ampul, vial, spuit, jika telah digunakan dibuang di <i>safety box</i></li> </ul> <p>Antibiotika yang sudah direkonstitusi tidak boleh lagi disimpan (harus langsung digunakan) karena di RS belum ada ruang pencampuran (LAF) yang dapat mencegah sediaan terkontaminasi bakteri pirogen saat rekonstitusi dilakukan</p>		Edukasi diberikan oleh TIM Farmasi



### Cara menggunakan obat yang benar

#### a) Cara menggunakan obat oral

Obat dimasukkan di mulut dan ditelan dengan minum air putih. Obat diminum sesuai aturan pakai pemberian obat, misalnya aturan pakai 3 x 1 artinya pemberian obat tiap 8 jam, 2 x 1 tiap 12 jam, 1 x 1 tiap 24 jam. Diminum sesudah atau sebelum makan.

#### b) Cara menggunakan obat nebulizer :

- Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir untuk mencegah kuman ikut masuk ke paru-paru lewat tangan yang menyentuh alat.
- Siapkan obat yang akan digunakan. Jika obat sudah dicampur, tuang langsung ke dalam wadah obat nebulizer. Jika belum, masukkan satu per satu dengan menggunakan pipet atau alat suntik.
- Tambahkan cairan saline jika diperlukan dan diresepkan dokter.
- Hubungkan wadah obat ke mesin dan juga masker ke bagian atas wadah.
- Pasang masker di wajah hingga menutupi hidung dan mulut. Pastikan pinggiran masker tersegel baik dengan wajah, agar tidak ada uap yang keluar dari sisi-sisi masker.
- Hidupkan mesin kemudian tarik napas dengan hidung dan keluarkan perlahan melalui mulut. Anda bisa mengakhirinya saat tidak ada lagi uap yang keluar. Ini tandanya obat sudah habis.
- Pemakaian nebulizer umumnya memakan waktu kurang lebih 15-20 menit

#### c) Cara menggunakan obat inhaler :

- Berdirilah atau duduk dengan tegak.
- Kocok *inhaler* selama 5 detik.
- Miringkan kepala sedikit ke belakang, lalu tarik napas dan hembuskan napas panjang.
- Masukkan *inhaler* di antara gigi anda dan tutup mulut hingga rapat dengan *inhaler*
- Tekan *inhaler* dengan cepat untuk melepaskan obat.
- Tarik napas segera setelah obat *inhaler* tersemprot keluar agar obat masuk ke dalam paru-paru.
- Tahan napas selama 10 detik untuk membiarkan obat masuk ke dalam paru-paru. Tunggu sekitar 30–60 detik sebelum mengambil hirupan yang kedua.
- Bersihkan permukaan mulut *inhaler* dengan tisu dan bersihkan area mulut dengan cara kumur-kumur dengan air

#### d) Cara menggunakan obat injeksi

- Jika sediaan vial adalah serbuk kering, maka perlu dilakukan rekonstitusi/pencampuran dengan pelarut yang sesuai.
- Jika sediaan vial bentuk cair dan ampul maka tidak perlu direkonstitusi.
- Obat diberikan secara intravena atau intramuscular. Perhatikan cara pemberian obat.

#### Konseling obat :

- Gejala efek samping obat terdeteksi
- Apoteker menyampaikan ke pasien kemungkinan efek samping yang akan timbul jika menggunakan antibiotika, misalnya alergi, atau ketika menggunakan obat-obat dan merasakan efek samping yang tidak diharapkan untuk segera melapor ke perawat.
- Reaksi lokal di area penyuntikan.

PENGISIAN FOR-MULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI												
B. TERAPI MEDIKAMENTOSA												
a. INJEKSI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ceftriaxon 1 x 1-2 gram; Cefotaksim 2 x 1-2 gram selama 3-5 hari</li> <li>Levofloksasin 1 x 500-750 mg</li> <li>Moxifloksasin 1 x 400mg</li> </ul>											Diberikan hari 1-5, dan dilanjutkan obat oral. Pemberian injeksi tergantung hasil LAB pasien
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ranitidine injeksi sesuai indikasi</li> </ul>											Ranitidine diberikan sebagai profilaksis efek samping obat
b. NEBULIZER/ INHALASI	Nebulizer : <ul style="list-style-type: none"> <li>Salbutamol 2,5 mg (Ventolin nebulizer) 3-4 x 1</li> <li>Ipratropium bromide &amp; Salbutamol (Combivent nebulizer) 3-4 x 1</li> <li>Fluticasone propionate 0,5 ng/2ml nebulizer (Flixotide) 3-4 x 1</li> </ul>											Peresepan tergantung tingkat keluhan/keparahan pasien. Dapat dikombinasi tergantung indikasi.
	Inhalasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>Fenoterol HBr 100-200 mcg (Berotec) 3 x 1 hirup</li> <li>Salbutamol 200 mcg (Ventolin) 3 x 1 hirup</li> <li>Indakaterol 150 mcg (Onbrez Breezhaler) 1 x 1 hirup</li> <li>Tiotropium bromida 2,5 mcg (Spiriva respimant; Spiriva handihaler) 1 x 1 hirup</li> <li>Budenosida 200mg (Pulmicort) 3 x 1 hirup</li> <li>Budenosid/Formoterol 160/4,5 mcg (Symbicort) 2-3 x 1 hirup</li> <li>Salmeterol xinafoate/Flutikasone propionat 50/100mcg (Seretide Diskus) 2-3 x 1 hirup</li> </ul>											Peresepan tergantung tingkat keluhan/keparahan pasien. Dapat dikombinasi tergantung indikasi.
c. CAIRAN INFUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ringer laktat 500 ml</li> <li>Natrium Klorida 0,9% 500 ml</li> <li>Natrium klorida 100 ml (bersama dengan antibiotik Ceftriakson)</li> </ul>											Ringer Laktat kontraindikasi dengan ceftriaxone
d. OBAT ORAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aminofilin 100mg; Aminofilin 200mg 3 x 1</li> <li>Metil prednisolon 4mg 3 x 1</li> <li>Ambroxol 30 mg 3 x 1</li> <li>Codein 10 mg 3 x 1</li> <li>Acetylcystein 200mg 3 x 1</li> </ul>											Dapat dikombain dengan obat injeksi
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefiksim 2 x 100mg; 1 x 200mg selama 3-5 hari</li> <li>Azitromisin 1 x 500 mg selama 3-5 hari</li> <li>Levofloksasin 1 x 500-750mg selama 3-5 hari</li> </ul>											Obat oral dilanjutkan di rumah dari hari 8-hari ke 10
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ranitidine 2 x 1 (sesuai indikasi)</li> </ul>											Sesuai indikasi medis



9. INTERVENSI			
a. INTERVENSI MEDIS	Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Eksaserbasi - Nebulizer/Inhalasi - Pemberian oksigen sesuai indikasi - Pemasangan infus - Pemasangan ventilasi jika gejala memburuk/sesuai indikasi medis		
b. INTERVENSI KEPERAWATAN	Manajemen jalan napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140)		Mengacu pada NIC dan SIKI
	Latihan batuk efektif (SIKI: I.01006)		
	Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC:3350)		
	Terapi Oksigen (SIKI: I. 01026, NIC : 3320)		
	Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC:3350)		
	Manajemen Jalan Napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140)		
	Manajemen nutrisi (I.03119)		
	Manajemen energi (I. 05176)		
	Terapi aktivitas (SIKI: I.05186)		
	Pencegahan infeksi (SIKI: I.14539)		
Kontrol infeksi (NIC: 6540)			
Dukungan tidur (I. 05174)			
Reduksi ansietas (I.09314)			
Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269)			
Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)			
c. INTERVENSI GIZI	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/Gizi		Kebutuhan Gizi disesuaikan dengan usia, BB, TB dan kondisi klinis Pasien. Bentuk dan jalur makanan disesuaikan dengan daya terima pasien.
	Jenis Diet : Diet TETP, Rendah Karbohidrat Bentuk diet : cair/saring/lunak/biasa Jalur Makanan : per oral/NGT/Parenteral (Tergantung Kondisi Pasien )		
d. INTERVENSI FARMASI	Rekomendasi kepada DPJP		Sesuai dengan hasil Monitoring.
10. MONITORING& EVALUASI (Monitor Perkembangan Pasien)			



a. DOKTER DPJP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuai Gejala: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sesak berkurang</li> <li>✓ Batuk berkurang</li> <li>✓ Nafsu makan membaik</li> <li>✓ Mampu ADL secara mandiri</li> <li>✓ Suara napas <i>wheezing</i> berkurang</li> </ul> </li> <li>- Sesuai objektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ TTV Stabil</li> <li>✓ Saturasi oksigen target minimal 88 – 92%</li> </ul> </li> </ul>			
b. KEPERAWATAN	Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan			
c. GIZI	Monitoring Asupan Makan			<p>Sesuai dengan masalah gizi dan tanda/gejala yang akan dilihat kemajuannya. Monev pada hari ke-5 atau ke-6. Mengacu pada IDNT (<i>International Dietetic &amp; Nutrition Terminology</i>)</p>
	Monitoring Biokimia Terkait Gizi			
	Monitoring Fisik/klinis Terkait gizi			
d. FARMASI	<p>Monitoring interaksi obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penggunaan obat golongan kuinolon secara bersamaan dengan obat golongan antasida, akan membentuk khelat yang tidak larut antara kation yang terkandung dalam antasida dengan gugus 3-karboksil dan 4-keto dari antibiotik golongan kuinolon yang akan menurunkan absorpsinya.</li> <li>2. Seftriakson dapat berikatan dengan kalsium di dalam ringer laktat, sehingga menimbulkan presipitasi (endapan kristal) di dalam aliran darah yang dapat mengakibatkan flebitis</li> <li>3. Penggunaan sefotaksim bersamaan dengan obat yang juga bersifat nefrotoksik, seperti golongan aminoglikosida atau diuretik poten perlu dihindari</li> </ol>			

	<p>Monitoring efek samping obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah dapat diprediksikan atau tertera dalam literatur, meliputi aksi farmakologik yang berlebihan, respon karena penghentian obat.</li> <li>2. Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius, meliputi reaksi alergi, reaksi faktor genetik, reaksi idiosinkrati.</li> </ol> <p>Bentuk monitoring berupa pemantauan langsung ke pasien setelah menggunakan obat-obat tersebut dan penanganan jika terjadi efek samping serta menghubungi DPJP.</p> <p>Monitoring dilakukan dengan membuat laporan MESO dalam form berwarna kuning, dan dilaporkan ke BPOM. Pemantauan dan Pelaporan efek samping obat dikoordinasikan oleh Panitia Farmasi dan Terapi RS</p>									
<b>11. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>										
a. MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi bertahap</li> <li>- Rehabilitasi medis: <i>pulsed lips breathing (PLB)</i> dan <i>chest exercise</i></li> </ul>									
b. KEPERAWATAN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Latihan berjalan</li> <li>- Latihan fisioterapi dada dan Latihan batuk efektif</li> </ul>									Latihan berjalan Sesuai batas toleransi pasien
<b>12. OUTCOME/HASIL</b>										
a. MEDIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesak berkurang</li> <li>- Batuk berkurang</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> <li>- Mampu ADL secara mandiri</li> <li>- Suara napas <i>wheezing</i> berkurang</li> <li>- TTV Stabil</li> </ul>									
b. KEPERAWATAN	Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat									Mengacu pada SLKI Dilakukan dalam 3 shift
	Pertukaran gas (L.01003) meningkat									
	Pola napas (L.01004) membaik									
	Status nutrisi (L.03030) membaik									
	Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat									
	Tingkat infeksi (L.14137) menurun									



	Pola tidur (L.05045) membaik											
	Tingkat ansietas (L.09093) menurun											
	Status spiritual (L.09091) membaik											
c. GIZI	Asupan makan ≥ 80%											Status Gizi Optimal. Diharapkan hari 1-6 intake nutrisinya adekuat.
d. FARMASI	1. Telaah obat ✓ Tepat pasien ✓ Tepat obat ✓ Tepat dosis ✓ Tepat rute pemberian ✓ Tepat waktu pemberian											Meningkat kualitas hidup pasien. Tujuan agar efek terapi tercapai
	2. Obat rasional (obat sudah sesuai dengan fomularium dan tidak tidak terjadi polifarmasi)											
13. KRITERIA PULANG	Sesak berkurang/hilang											Status pasien/ tanda vital sesuai dengan PPK
	Batuk berkurang/hilang											
	ADL secara mandiri											
	Nafsu makan membaik TTV dalam batas normal											
14. RENCANA PULANG/EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN	Obat harus diminum secara teratur											Pasien membawa resume perawatan/ surat rujukan/ surat kontrol/ homecare saat pulang
	Mampu menggunakan obat inhalasi secara baik dan benar											
	Kontrol penyakit sesuai instruksi dokter											
VARIAN												

Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

Perawat Penanggung Jawab

Pelaksana Verifikasi

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

Keterangan :

	Yang harus dilakukan
	Bisa atau tidak
√	Bila sudah dilakukan



**LAMPIRAN 6: LEMBAR CEKLIST *INTEGRATED CLINICAL PATHWAY* (ICP) DYSPEPSIA, TYPHOID, PNEUMONIA DAN TB PARU RSUD HAJI MAKASSAR**

**1. Lembar Ceklist ICP Dyspepsia**

Inisial Pasien :  
 Jenis Kelamin :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Diagnosa Masuk :  
 Tanggal Masuk :  
 Tanggal Keluar :  
 Lama Rawat :  
 Komplikasi :  
 Rujukan :

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN WAJIB	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
<b>1. ASESMEN AWAL</b>			
<b>a. Asesmen Awal Medis</b>	<b>Hari 1:</b> Masuk melalui IGD : 1) Anamnesis: Keluhan Utama: riwayat penyakit sekarang ,riwayat penyakit dahulu, riwayat sosial ekonomi dan budaya 2) Pemeriksaan fisik: 3) Pemeriksaan penunjang EKG atas indikasi (umur $\geq$ 40 tahun)		
<b>b. Asesmen Awal Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> Pemeriksaan IGD: 1) Triase		

	<p>2) Anamnesis: Alasan utama masuk rumah sakit, riwayat penyakit, status psikologis, mental, sosial, ekonomi dan budaya tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, riwayat alergi, skrining gizi, nyeri,</p> <p>3) Pemeriksaan fisik didapatkan keluhan antara lain</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Nyeri epigastrium terlokalisasi</li> <li>b) Nyeri hilang setelah makan atau pemberian antacid</li> <li>c) Nyeri saat lapar</li> <li>d) Nyeri episodic</li> <li>e) Mudah kenyang</li> <li>f) Perut terasa cepat penuh saat makan</li> <li>g) Mual</li> <li>h) Muntah</li> <li>i) Rasa tidak nyaman bertambah saat makan</li> <li>j) <i>Upper abdominal bloating</i></li> </ol>		
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<b>Laboratorium</b>	<b>Hari 1:</b> Pemeriksaan darah rutin (HB,HT,Leukosit)		
<b>3. ASESMEN LANJUTAN</b>			
<b>a. Asesmen Medis</b>	<p><b>Hari 1-3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anamnesis : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Evaluasi keluhan</li> <li>b) Evaluasi adakah tanda bahaya</li> </ol> </li> <li>2) Pemeriksaan fisik</li> <li>3) Rencana pemeriksaan penunjang yang di perlukan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) USG</li> <li>b) Endoskopi</li> </ol> </li> </ol>		
<b>b. Asesmen Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <p>TTV, Skala nyeri dan Status nutrisi: Kaji skala nyeri, nafsu makan, pola makan, serta mengkaji rasa nyaman serta tingkat kecemasan</p>		
<b>c. Asesmen Gizi</b>	<b>Hari 1-2:</b>		

	<p>Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jika ada jawaban ya pada skrining gizi awal di lakukan skrining gizi lanjut dengsn mengkaji: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Data antropometri (IMT, BB/ TB pada anak, dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang</li> <li>b) Skor asupan gizi</li> <li>c) Skor kehilangan BB</li> </ol> </li> <li>2) Jika hasil skrining gizi lanjut skor lebih dari 3, lanjutkan asesmen gizi</li> </ol>		
<p><b>d. Asesmen Farmasi</b></p>	<p><b>Hari 1-5:</b> Telaah Resep :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep</li> <li>2) Tepat obat: pemilihan obat sesuai dengan drug of choice pengobatan dyspepsia setelah diagnosis ditegakkan dengan benar.</li> <li>3) Tepat cara pemberian obat: Obat diminum dalam keadaan perut kosong, 1-2 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan.</li> <li>4) Tepat frekuensi pemberian obat : Obat diminum sesuai aturan pakai 3x1 artinya pemberian obat tiap 8 jam, 2x1 tiap 2 jam, 1x1 tiap 24 jam.</li> <li>5) Tidak ada interaksi obat :</li> <li>6) Tidak ada duplikasi</li> <li>7) Tidak ada kontra indikasi</li> </ol> <p><b>Hari 1, 2 &amp; 5:</b> Rekonsiliasi Obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>2) Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>3) Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ol>		



<b>4. DIAGNOSIS</b>			
<b>a. Diagnosis Medis</b>	<b>Hari 1-5:</b> Dyspepsia		
<b>b. Diagnosis Keperawatan</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Nyeri akut (D.0077) 2) Nausea (D.0076) 3) Defisit Nutrisi (D.001 ) 4) Risiko hipovolemia (D.0034) 5) Gangguan pola tidur (D.0055) 6) Ansietas (D. 0080) 7) Risiko distress spiritual ( D.0100)		
<b>c. Diagnosis Gizi</b>	<b>Hari 1-2:</b> 1) Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan kesulitan makan, tidak nafsu makan, mual, sakit perut ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan (<80%) (NI-2.1). 2) Kekurangan cairan per oral berkaitan demam, muntah, tidak dapat mencukupi kebutuhan ditandai dengan estimasi asupan cairan < 60% dari kebutuhan (NI-3.1). 3) Perubahan fungsi gastrointestinal berkaitan dengan dyspepsia ditandai dengan mual, muntah, kembung, sakit perut (NC-1.4) 4) Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual, muntah, diare dll (NB-1.5) 5) Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual, muntah, diare dll (NB-1.5)		
<b>5. DISCHARGE PLANNING</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Edukasi pola makan, menghindari makanan yang meningkatkan asam lambung, makan tiap 2 jam, 2) Menghindari faktor pencetus dipepsia 3) Mengenalkan alarm simtom		

	4) Menghindari stress 5) Kontrol sesuai jadwal yang ditentukan		
<b>6. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>a. Edukasi/ Informasi Medis</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Memberikan edukasi Diet lambung, makan teratur dll. 2) Menghindari faktor pencetus keluhan 3) Menghindari stres 4) Memberikan edukasi tanda bahaya untuk Dyspepsia (alarm simtom)		
<b>b. Edukasi &amp; Konseling Gizi</b>	<b>Hari 1,2 &amp;5:</b> 1) Edukasi gizi tentang diet lambung meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mengelola atau memodifikasi makanan. 2) Edukasi pembatasan diet 3) Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan.		
<b>c. Edukasi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya relaksasi napas dalam) 2) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (misalnya akupresur) 3) Ajarkan tentang diet yang diprogramkan (diet lunak) 4) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5) Ajarkan teknik non farmakologi yang memancing tidur ( <i>progressive muscle relaxation</i> ) 6) Ajarkan teknik relaksasi (relaksasi napas dalam) 7) Ajarkan cara berpartisipasi dalam ibadah		
<b>d. Edukasi Farmasi</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Memberi edukasi dan informasi terkait waktu minum obat pasien serta memantau kepatuhan pasien dalam menggunakan obatnya. 2) Obat diminum dalam keadaan perut kosong, 1-2 jam sebelum makan atau		

	2 jam sesudah makan. 3) Obat diminum sesuai aturan pakai 3x1 artinya pemberian obat tiap 8 jam, 2x1 tiap 2 jam, 1x1 tiap 24 jam.		
<b>7. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
<b>a. Injeksi</b>	<b>Hari 1-4:</b> 1) Antagonis H2 : Ranitidin 50 mg /12 jam/iv 2) Penghambat pompa proton : Omeprazole 20mg/12 jam/iv		
<b>b. Cairan Infus</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) RINGER LAKTAT (RL) infus RL masuk untuk pemulihan cairan/elektrolit yang hilang. 2) DEXTROSE 5% digunakan untuk pasien yang susah makan, karena itu di beri glukosa secara iv agar tidak terjadi hipoglikemi. 3) NaCL 0,9% sebagai pengganti cairan elektrolit, menyeimbangkan tubuh NS cairan infus untuk elektrolit keseimbangan cairan dalam tubuh.		
<b>c. Obat Oral</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Antasida tablet : 3x sehari 1 tablet 2) Antasida sirup : 3x sehari 1 C (sendok makan) 3) Sucralfat sirup : 3x sehari 1 C (sendok makan)  <b>Hari 5:</b> 1) Ranitidin 15 mg tablet 2x sehari 1 tablet 2) Omeprazole 20 mg kapsul : 2x sehari 1 kapsul 3) Lansoprazole 30mg kapsul 1x sehari 1 kapsul		
<b>8. TATALAKSANA/INTERVENSI</b>			
<b>a. Intervensi Medis</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Menganjurkan pasien untuk makan sesuai diet yang telah di tentukan atau disiapkan oleh Rumah sakit 2) Memastikan adanya perbaikan dalam keluhan nyeri		



<b>b. Intervensi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Manajemen nyeri (SIKI: I.08238, NIC: 1400) 2) Manajemen mual (SIKI: I.03117, NIC : 1450) 3) Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119, NIC: 1100) 4) Manajemen hipovolema (SIKI: I.03098, NIC: 4180) 5) Dukungan tidur (I. 05174) 6) Reduksi ansietas (I.09314) 7) Dukungan perkembangan spiritual (SIKI: I.09269) 8) Dukungan pelaksanaan ibadah (SIKI: I.09262)		
<b>c. Intervensi Gizi</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Pemenuhan kebutuhan nutrisi/ gizi 2) Diet : lambung 3) Bentuk : cair, saring, lunak 4) Jalur : per oral/enteral		
<b>9. MONITORING &amp; EVALUASI</b>			
<b>a. Dokter DPJP</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Monitor perbaikan keluhan dan klinis pasien 2) Memastikan tidak ada alarm sintom 3) Memastikan pasien memahami edukasi yang telah di sampaikan		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-5:</b> Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1:</b> Monitoring biokimia terkait gizi  <b>Hari 1-5:</b> 1) Monitoring asupan makan 2) Monitoring fisik/klinis terkait gizi  <b>Hari 1, 4 &amp;-5:</b> Monitoring antropometri		

<b>d. Farmasi</b>	<p><b>Hari 1-5:</b> Monitoring efek samping obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah diprediksikan</li> <li>2) Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius</li> </ol> <p>Pemantauan terapi obat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) DRPs yang mungkin akan terjadi.</li> <li>2) Efikasi terapi dan efek merugikan dari regimen</li> <li>3) Perubahan fisiologik pasien, contoh: penurunan fungsi ginjal pada pasien geriatri mencapai 40%)</li> <li>4) Efisiensi pemeriksaan laboratorium</li> </ol>		
<b>10. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>			
<b>Medis</b>	<b>Hari 1-5:</b> Early mobilisasi		
<b>11. OUTCOME/HASIL</b>			
<b>a. Medis</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak ada nyeri</li> <li>2) Kondisi stabil dan membaik</li> <li>3) Hasil Laboratorium normal</li> </ol>		
<b>b. Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingkat nyeri (L.08066) menurun</li> <li>2) Tingkat nausea (L.08065) menurun</li> <li>3) Status nutrisi (L.03030) membaik</li> <li>4) Status cairan (L.03028) membaik</li> <li>5) Pola tidur (L.05045) membaik</li> <li>6) Tingkat ansietas (L.09093) menurun</li> <li>7) Status spiritual (L.09091) membaik</li> </ol>		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 5:</b> Asupan makan $\geq$ 80%		
<b>d. Farmasi</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Telaah obat:</li> </ol>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tepat pasien</li> <li>b) Tepat obat</li> <li>c) Tepat dosis</li> <li>d) Tepat rute pemberian</li> <li>e) Tepat waktu pemberian</li> </ul> 2) Obat rasional (sesuai formularium dan tidak terjadi polifarmasi = penggunaan obat lebih dari 3 dengan indikasi yg sama)		
<b>12. KRITERIA PULANG</b>	<b>Hari 5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak ada nyeri</li> <li>2) Kondisi stabil dan membaik</li> <li>3) Hasil Laboratorium normal</li> </ul>		
<b>13. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN</b>	<b>Hari 1-5:</b> Pasien mendapatkan surat Kontrol dan Kontrol sesuai jadwal		
<b>VARIAN</b>			
<b>TOTAL SKOR</b>			



## 2. Lembar Ceklist ICP Typhoid

Inisial Pasien :  
 Jenis Kelamin :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Diagnosa Masuk :  
 Tanggal Masuk :  
 Tanggal Keluar :  
 Lama Rawat :  
 Komplikasi :  
 Rujukan :

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN WAJIB	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
<b>1. ASESMEN AWAL</b>			
<b>a. Asesmen Awal Medis</b>	<b>Hari 1:</b> Dokter IGD  <b>Hari 1-6:</b> Dokter Spesialis		
<b>b. Asesmen Awal Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> 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, nyeri, status fungsional: bartel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge		
<b>2. LABORATORIUM</b>	<b>Hari 1:</b> 1) DPL 2) Fungsi Hati : SGOT/SGPT 3) Ureum/Creatinin 4) GDS/Elektrolit		

	5) Kultur Darah Gall  <b>Hari 1, 3, 4 &amp; 5:</b> Widal, Ig M Salmonella		
<b>3. ASESMEN LANJUTAN</b>			
<b>a. Asesmen Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b> Dokter DPJP: Visite harian/ Follow up		
<b>b. Asesmen Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> TTV dan Status nutrisi: nafsu makan, mual, muntah, diare, konstipasi (Dilakukan dalam 3 Shift)		
<b>c. Asesmen Gizi</b>	<b>Hari 1-2:</b> Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien) 1) Lihat risiko malnutrisi melalui skrining gizi dan mengkaji data antropometri, biokimia, fisik/ klinis, riwayat makan termasuk alergi makanan serta riwayat personal. 2) Asesmen dalam waktu 48 jam.		
<b>d. Asesmen Farmasi</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Telaah Resep: a) Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep b) Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi c) Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat d) Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intavena drip e) Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai f) Tepat frekuensi pemberian g) Tidak ada interaksi obat h) Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat i) Tidak ada kontraindikasi		

	<p>2) Rekonsiliasi Obat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.</li> <li>b) Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</li> <li>c) Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</li> </ol>		
<b>4. DIAGNOSIS</b>			
<b>a. Diagnosis Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b> Demam Tifoid		
<b>b. Diagnosis Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-6:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hipertermia (D.0130)</li> <li>2) Defisit nutrisi ((D.0019))</li> <li>3) Nyeri akut (D.0077)</li> <li>4) Diare (D.0020)</li> <li>5) Risiko hipovolemia (D.0034)</li> <li>6) Gangguan pola tidur (D.0055)</li> <li>7) Defisit pengetahuan (D.0111)</li> <li>8) Ansietas (D.0080)</li> <li>9) Risiko distress spiritual (D.0100)</li> </ol>		
<b>c. Diagnosis Gizi</b>	<p><b>Hari 1-2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan kesulitan makan, tidak nafsu makan, mual, sakit perut ditandai dengan estimasi asupan makan kurang dari kebutuhan</li> <li>2) Kekurangan cairan per oral berkaitan demam, muntah, tidak dapat mencukupi kebutuhan ditandai dengan estimasi asupan cairan kurang &lt;60% dari kebutuhan</li> <li>3) Perubahan fungsi gastrointestinal berkaitan dengan dyspepsia ditandai dengan mual, muntah, kembung, sakitperut.</li> <li>4) Pola makan yang tidak teratur berkaitan dengan keluarga/biologis/genetik atau lingkungan terkait keinginan untuk kurus ditandai dengan mual,</li> </ol>		



	muntah, diare		
<b>5. DISCHARGE PLANNING</b>			
<b>Farmasi</b>	<b>Hari 5:</b> 1) Antibiotika di minum rutin dan tepat waktu 2) Obat diberikan selama 3 – 5 hari, selanjutnya kontrol post opname ke rumah sakit		
<b>6. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>a. Edukasi/ Informasi Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Penjelasan Diagnosis 2) Rencana terapi		
<b>b. Edukasi &amp; Konseling Gizi</b>	<b>Hari 1, 2, 4 &amp; 5:</b> Diet lambung bentuk saring atau lambung		
<b>c. Edukasi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Mengajarkan tirah baring 2) Mengajarkan diet yang diprogramkan (diet lunak) 3) Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi napas dalam) 4) Menginstruksikan diet rendah serat, tinggi protein, tinggi kalori, sesuai kebutuhan 5) Mengajarkan memperbanyak asupan cairan oral 6) Mengajarkan teknik relaksasi otot autogenik atau bentuk non farmakologi lainnya untuk memancing tidur ( <i>progressive muscle relaxation</i> ) 7) Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat (mencakup perilaku yang mempromosikan kebersihan seperti mencuci tangan dengan sabun dan air untuk mengurangi penyebaran penyakit typhoid) 8) Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 9) Mengajarkan cara berpartisipasi dalam ibadah		
<b>PENGISIAN FORMULIR INFORMASIDAN EDUKASI TERINTEGRASI</b>	<b>Hari 1:</b> Lembar Edukasi Terintegrasi (TTD Keluarga/Pasien)		

<b>7. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
<b>a. Injeksi</b>	<b>Hari 1-5:</b> Cefalosporin generasi 3: Ceftriaxone 1 x 3-4 gr selama 3 - 5 hari atau Cefotaxime 2 - 3 x1 gr		
<b>b. Cairan Infus</b>	<b>Hari 1-5:</b> NaCl 0.9 100 cc bersama dengan pemberian antibiotic ceftriakson		
<b>c. Obat Oral</b>	<b>Hari 6:</b> Ciprofloxacin 2 x 400 mg selama 5 hari		
<b>8. TATALAKSANA/INTERVENSI</b>			
<b>a. Intervensi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Manajemen hipertermia (SIKI: I.15506) atau Perawatan Demam (NIC: 3740) 2) Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119, NIC: 1100) 3) Manajemen Nyeri (SIKI: I.08238, NIC: 1400) 4) Manajemen diare (SIKI: I.03101, NIC: 0460) 5) Manajemen hipovolemia (SIKI: I.03116, NIC: 4180) 6) Dukungan Tidur (I. 05174) atau Peningkatan Tidur (1850) 7) Edukasi kesehatan (SIKI: I.12383) 8) Reduksi ansietas (I.09314) atau Pengurangan kecemasan (5820) 9) Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) 10) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)		
<b>b. Intervensi Gizi</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) (NI-2.1) : Asupan makan per oral tidak adekuat 2) (NC-1.4) : Kekurangan cairan per oral 3) (NC-1.4) : Perubahan fungsi gastrointestinal 4) (NB-1.5): Pola makan yang tidak teratur		
<b>9. MONITORING &amp; EVALUASI</b>			
<b>a. Dokter DPJP</b>	<b>Hari 1-6:</b> Asesmen ulang & review verifikasi rencana asuhan (monitor perkembangan pasien)		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis		

	keperawatan yang telah ditetapkan.		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1-6:</b> Monitoring asupan makan		
<b>d. Farmasi</b>	<p><b>Hari 1:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Seftriakson dapat berikatan dengan kalsium di dalam ringer laktat, sehingga menimbulkan presipitasi (endapan kristal) di dalam aliran darah yang dapat mengakibatkan phlebitis</li> <li>2) Penggunaan sefotaksim bersamaan dengan obat yang juga bersifat nefrotoksik, seperti golongan aminoglikosida atau diuretik poten perlu dihindari</li> </ol> <p><b>Hari 1-6:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitoring Efek Samping Obat <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah dapat diprediksikan atau tertera dalam literatur, meliputi aksi farmakologik yang berlebihan, respon karena penghentian obat</li> <li>b) Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius, meliputi reaksi alergi, reaksi faktor genetik, reaksi idiosinkrati.</li> <li>c) Bentuk monitoring berupa pemantauan langsung ke pasien setelah menggunakan obat-obat tersebut dan penanganan jika terjadi efek samping serta menghubungi DPJP.</li> <li>d) Monitoring dilakukan dengan membuat laporan MESO dalam form berwarna kuning, dan dilaporkan ke BPOM. Pemantauan dan Pelaporan efek samping obat dikoordinasikan oleh Panitia Farmasi dan Terapi RS</li> </ol> </li> <li>2) Pemantauan Terapi Obat Pemantauan terapi obat (dilakukan secara berkesinambungan dan di evaluasi secara teratur untuk mengoptimalkan efek terapi dan meminimalkan efek yang tidak dikehendaki). Proses pemantauan terapi obat (PTO) mencakup pengkajian : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pilihan obat, dosis, cara pemberian obat</li> </ol> </li> </ol>		



	<p>b) Respons terapi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD)</p> <p>c) Rekomendasi perubahan atau alternatif terapi</p> <p>d) Obat antibiotik harus diberikan rutin tepat waktu pemberian, tidak boleh terputus, untuk mencegah terjadinya resistensi obat.</p> <p><b>Hari 6:</b> Monitoring interaksi obat penggunaan obat golongan kuinolon secara bersamaan dengan obat golongan antasida, akan membentuk khelat yang tidak larut antara kation yang terkandung dalam antasida dengan gugus 3-karboksil dan 4-keto dari antibiotik golongan kuinolon yang akan menurunkan absorpsinya.</p>		
<b>10. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>			
<b>Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> Mobilisasi bertahap dari miring kiri dan kanan, duduk bersandar di tempat tidur, duduk berjuntai, berdiri dan berjalan		
<b>11. OUTCOME/HASIL</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 1:</b> Tegaknya diagnosis berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik  <b>Hari 2-5:</b> Didapatkan diagnosis definitif salmonella typhi atau salmonella paratyphi dari pemeriksaan penunjang		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Termoregulasi (L.14134) membaik 2) Status nutrisi (L.03030) membaik 3) Tingkat nyeri (L.08066) menurun 4) Eliminasi fekal (L.04033) membaik 5) Status cairan (L.03028) membaik 6) Pola tidur (L.05045) membaik 7) Tingkat pengetahuan (L.12111) membaik		

	8) Tingkat ansietas (L.09093) menurun 9) Status spiritual (L.09091) membaik		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1-6:</b> Asupan makan $\geq$ 80%  <b>Hari 4 &amp; 5:</b> Optimalisasi status gizi		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Telaah obat: a) Tepat pasien b) Tepat obat c) Tepat dosis d) Tepat rute pemberian e) Tepat waktu pemberian 2) Obat rasional (sesuai formularium nasional dan formularium rs dan tidak terjadi polifarmasi)		
<b>12. KRITERIA PULANG</b>	<b>Hari 4:</b> 1) Umum: Hemodinamik stabil, <i>Intake</i> baik 2) Khusus: Demam turun, kesadaran baik, tidak ada komplikasi		
<b>13. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Resume Medis dan Keperawatan 2) Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien  <b>Hari 1-6:</b> Surat pengantar kontrol		
<b>VARIAN</b>			
<b>TOTAL SKOR</b>			

### 3. Lembar Ceklist ICP Pneumonia

Inisial Pasien :  
 Jenis Kelamin :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Diagnosa Masuk :  
 Tanggal Masuk :  
 Tanggal Keluar :  
 Lama Rawat :  
 Komplikasi :  
 Rujukan :

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN WAJIB	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
<b>1. ASESMEN AWAL</b>			
<b>a. Asesmen Awal Medis</b>	<b>Hari 1:</b> 1) Dokter IGD : anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemerikaan penunjang (Lab, foto toraks) 2) Dokter Spesialis Paru: anamnesis, pemeriksaan fisis dan pemerikaan penunjang (Lab, foto toraks)		
<b>b. Asesmen Awal Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> Perawat IGD: 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, nyeri, status fungsional: barthel index, risiko jatuh, risiko decubitus, kebutuhan edukasi dan Discharge Planning Perawat		
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<b>Laboratorium</b>	<b>Hari 1:</b> 1) Leukosit $\geq$ 10.000 atau $<$ 4500		



	2) Neutrofil meningkat		
<b>3. ASESMEN LANJUTAN</b>			
<b>a. Asesmen Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Dokter DPJP (visite harian): a) Monitoring keluhan pasien b) Monitoring foto toraks dan lab pasien 2) Dokter non DPJP/ dr. Ruangan (atasi indikasi)		
<b>b. Asesmen Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> Perawat primer (3 shift): 1) Pemeriksaan gejala umum: a) Demam: Suhu 39.5 – 40.5°C dan disertai infeksi ringan. b) Batuk c) Bunyi napas mengi, stridor, crackles d) Sesak napas e) Nyeri dada f) Takipnea g) Kelemahan h) Diaphoresis i) Kehilangan selera makan j) Insomnia 2) Gejala berat: a) Kondisi berat bisa terjadi pada bayi berupa muntah, kejang, letargis, sianosis, dan distress pernapasan berat b) Meningismus c) Sumbatan nasal pada bayi d) Apnea		

<p><b>c. Asesmen Gizi</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b>          Tenaga Gizi (Nutrisionis/Dietisien)          1) Jika ada jawaban ya pada skrining gizi awal di lakukan skrining gizi lanjut dengan mengkaji:              a) Data antropometri (IMT,BB/ TB pada anak, dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang)              b) Skor asupan gizi              c) Skor kehilangan BB          2) Jika hasil skrining gizi lanjut skor lebih dari 3, lanjutkan asesmen gizi</p>		
<p><b>d. Asesmen Farmasi</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b>          Telaah resep:          1) Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep          2) Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi          3) Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat          4) Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intravena drip          5) Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai          6) Tepat frekuensi pemberian          7) Tidak ada interaksi obat          8) Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat          9) Tidak ada kontraindikasi</p> <p><b>Hari 1:</b> Rekonsiliasi obat: Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.  <b>Hari 2:</b> Rekonsiliasi obat: Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama  <b>Hari 6 &amp; 7:</b> Rekonsiliasi obat: Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</p>		

4. DIAGNOSIS			
<b>a. Diagnosis Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> Pneumonia		
<b>b. Diagnosis Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)</li> <li>2) Gangguan pertukaran gas (D.0003)</li> <li>3) Pola napas tidak efektif (D.0005)</li> <li>4) Nyeri akut (D.0077)</li> <li>5) Intoleransi aktivitas (D.0056)</li> <li>6) Risiko infeksi (D.0142)</li> <li>7) Risiko distress spiritual (D.0100)</li> </ol> <p><b>Hari 1-4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hipertermi (D.0130)</li> <li>2) Gangguan pola tidur (D.0055)</li> </ol> <p><b>Hari 1-3:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Risiko defisit nutrisi (D.0032)</li> <li>2) Risiko hipovolemia (D.0036)</li> </ol> <p><b>Hari 6 &amp; 7:</b> Ansietas (D.0080)</p>		
<b>c. Diagnosis Gizi</b>	<p><b>Hari 1-2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan (tidak nafsu makan, sesak) ditandai dengan estimasi asupan energi protein kurang dari kebutuhan (&lt;80%), makan sedikit (NI-2.1)</li> <li>2) Adanya KEP (Kekurangan Energi Protein) berkaitan dengan keadaan penyakit katabolik yang lama (Pneumonia) ditandai dengan IMT &lt;18,5 kg/m<sup>2</sup>; albumin rendah; badan tampak kurus; kehilangan massa otot; edema ekstremitas (NI-5.2)</li> <li>3) Penurunan berat badan yang tidak direncanakan berkaitan dengan</li> </ol>		

	<p>katabolisme yang berlebihan ditandai dengan kehilangan cadangan lemak tubuh; IMT &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup> (NC-3.2)</p> <p>4) Kesulitan menelan berkaitan dengan radang paru (pneumonia) ditandai dengan waktu makan yang lama estimasi penurunan asupan makan; menghindari makanan/saat makan (NC-1.1)</p>		
<b>5. DISCHARGE PLANNING</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi Kebutuhan Edukasi &amp; Latihan Selama Perawatan</li> <li>2) Etika Batuk</li> <li>3) Identifikasi kebutuhan di rumah</li> <li>4) Rehabilitasi paru berupa <i>breathing exercise</i></li> <li>5) Konsumsi obat sesuai instruksi dokter</li> <li>6) Konsumsi makanan yang bergizi</li> <li>7) Edukasi berhenti merokok</li> </ol> <p><b>Hari 1 &amp; 7 (Farmasi):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Antibiotika di minum rutin dan tepat waktu, tidak boleh terputus</li> <li>2) Obat diberikan selama 3 – 5 hari, selanjutnya kontrol post opname ke rumah sakit</li> </ol>		
<b>6. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>a. Edukasi/ Informasi Medis</b>	<p><b>Hari 1-6:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rehabilitasi paru berupa <i>breathing exercise</i></li> <li>2) Konsumsi obat sesuai instruksi dokter</li> <li>3) Konsumsi makanan yang bergizi</li> <li>4) Edukasi berhenti merokok</li> <li>5) Edukasi menggunakan masker</li> </ol>		
<b>b. Edukasi &amp; Konseling Gizi</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Edukasi gizi tentang diet lambung meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta mengelola atau memodifikasi makanan</li> <li>2) Edukasi pembatasan diet</li> <li>3) Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet</li> </ol>		



	yang diberikan		
<b>c. Edukasi Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan teknik batuk efektif</li> <li>2) Berikan informasi pentingnya penghentian merokok</li> <li>3) Ajarkan teknik <i>slow deep breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i>)</li> <li>4) Anjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap</li> <li>5) Anjurkan tirah baring</li> <li>6) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya <i>slow deep breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i>)</li> <li>7) Anjurkan diet Tinggi Energi Tinggi Protein/TETP</li> <li>8) Dorong untuk memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>9) Ajarkan etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai dengan yang diresepkan</li> <li>10) Ajarkan teknik non farmakologi (mis. <i>progressive muscle relaxation</i>, aromaterapi) untuk mendukung tidur</li> <li>11) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>12) Menawarkan pasien untuk berdoa atau melakukan review masa lalu dengan mengingat kembali hal positif yang telah dicapai selama hidup</li> </ol>		
<b>d. Edukasi Farmasi</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informasi obat: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kepatuhan waktu minum obat</li> <li>b) Diberikan dalam dosis yang tepat</li> <li>c) Perawat di ruang perawatan: memberi obat ke pasien setiap waktu/jam pemberian obat serta memastikan obat sudah di minum (oral)/disuntikkan (injeksi) (dengan mengisi dan memberi paraf pada lembar kardeks obat pasien di berkas rekam medik (BRM).</li> </ol> </li> <li>2) Cara menggunakan obat yang benar <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Cara menggunakan obat oral: Obat dimasukkan di mulut dan ditelan dengan minum air putih. Diminum sesudah atau sebelum makan.</li> </ol> </li> </ol>		

	<p>b) Cara menggunakan obat injeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obat diberikan secara intravena atau intramuscular.</li> <li>▪ Moksifloksasin infus 400 mg, rute infus intravena dengan tetesan infus lambat, durasi 60 menit ke atas. Jika terjadi plebitis atau ada reaksi nyeri dapat ditambahkan dengan cabang cairan fisiologis (NaCl)</li> <li>▪ Levofloksasin inf 500 mg, rute infus intravena, dengan tetesan infus 30-60 menit</li> </ul> <p>3) Konseling obat:</p> <p>a) Gejala efek samping obat terdeteksi</p> <p>b) Reaksi lokal di area penyuntikan</p> <p><b>Hari 1-5:</b></p> <p>1) Sediaan obat yang telah direkonstitusi berupa ampul, vial, spuit, jika telah digunakan dibuang di <i>safety box</i></p> <p>2) Antibiotika yang sudah direkonstitusi tidak boleh lagi disimpan (harus langsung digunakan) karena di RS belum ada ruang pencampuran (LAF) yang dapat mencegah sediaan terkontaminasi bakteri pirogen saat rekonstitusi dilakukan.</p>		
<b>PENGISIAN FORMULIR INFORMASI DAN EDUKASI TERINTEGRASI</b>	<b>Hari 1:</b> Lembar Edukasi Terintegrasi (TTD Keluarga/Pasien)		
<b>7. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
<b>a. Injeksi</b>	<p><b>Hari 1-5:</b></p> <p>1) Levofloksasin 1x 750mg</p> <p>2) Moksifloksasin 1x 400 mg</p>		
<b>b. Cairan Infus</b>	<b>Hari 1-5:</b> Ringer Laktat 20 tts/i		
<b>c. Obat Oral</b>	<p><b>Hari 6 &amp; 7:</b></p> <p>1) Klaritromisin 1x 500 mg selama 3- 5hari</p> <p>2) Azitromisin 1x 500 mg selama 3-5 hari</p>		

8. TATALAKSANA/INTERVENSI			
<b>a. Intervensi Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Oksigen 2) Infus 3) Penggunaan ventilator sesuai indikasi		
<b>b. Intervensi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Manajemen jalan napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140) 2) Latihan batuk efektif (SIKI: I.01006) 3) Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC: 3350) 4) Terapi Oksigen (SIKI: I. 01026, NIC : 3320) 5) Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC: 3350) 6) Manajemen Jalan Napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140) 7) Manajemen energi (I. 05176) 8) Terapi aktivitas (SIKI: I.05186) 9) Manajemen hipertermia/Perawatan Demam (SIKI: I.15506, NIC: 3740) 10) Manajemen nyeri (SIKI: I. 08238) 11) Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119) 12) Manajemen hipovolemia (SIKI :I.03116, NIC : 4180) 13) Pencegahan infeksi (SIKI: I.14539) 14) Kontrol infeksi (NIC: 6540) 15) Dukungan tidur (I. 05174) 16) Reduksi ansietas (I.09314) 17) Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) 18) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)		
<b>c. Intervensi Gizi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Pemenuhan kebutuhan nutrisi/gizi 2) Diet: TETP 3) Bentuk: cair, saring, lunak, biasa 4) Jalur: per oral/entera		

9. MONITORING & EVALUASI			
<b>a. Dokter DPJP</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitor gejala: sesak berkurang, batuk berkurang, bebas demam 2) Monitor tanda vital pasien 3) Monitor lab dan foto toraks		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitoring Asupan Makan 2) Monitoring Biokimia Terkait Gizi 3) Monitoring Fisik/klinis Terkait gizi 4) Monitoring Antropometri		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitoring interaksi obat: Penggunaan obat golongan kuinolon secara bersamaan dengan obat golongan antasida, akan membentuk khelat yang tidak larut antara kation yang terkandung dalam antasida dengan gugus 3-karboksil dan 4-keto dari antibiotik golongan kuinolon yang akan menurunkan absorpsinya 2) Monitoring efek samping obat: a) Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah dapat diprediksikan atau tertera dalam literatur b) Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius, meliputi reaksi alergi. 3) Pemantauan terapi obat : a) Pilihan obat, dosis, cara pemberian obat b) Respons terapi dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (ROTD) c) Rekomendasi perubahan atau alternatif terapi		



	<p>d) Obat antibiotik harus diberikan rutin tepat waktu pemberian, tidak boleh terputus, untuk mencegah terjadinya resistensi obat.</p> <p>e) Perubahan fisiologik pasien (penurunan fungsi ginjal pasien geriatrik mencapai 40%)</p>		
<b>10. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> Mobilisasi bertahap		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Batuk efektif 2) Fisioterapi dada		
<b>c. Fisioterapi</b>	<b>Hari 1-7:</b> Fisioterapi dada		
<b>11. OUTCOME/HASIL</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Keluhan berkurang 2) Terjadi perbaikan hasil LAB: Lecositosis dalam batas normal 3) Foto Thorax tampak perbaikan  <b>Hari 2-6:</b> Bebas demam dalam 48 jam, suhu axila kurang dari 37,5°C		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat 2) Pertukaran gas (L.01003) meningkat 3) Pola napas (L.01004) membaik 4) Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat 5) Termoregulasi (L.14134) membaik 6) Tingkat nyeri (L.08066) menurun 7) Status cairan (L.03028) membaik 8) Tingkat infeksi (L.14137) menurun 9) Pola tidur (L.05045) membaik 10) Tingkat ansietas (L.09093) menurun 11) Status spiritual (L.09091) membaik		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 6:</b> Asupan makan $\geq$ 80%		

<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Telaah obat: a) Tepat pasien b) Tepat obat c) Tepat dosis d) Tepat rute pemberian e) Tepat waktu pemberian 2) Obat rasional (sesuai formularium dan tidak ada polifarmasi)		
<b>12. KRITERIA PULANG</b>	<b>Hari 4:</b> 1) Keluhan berkurang 2) Bebas demam dalam 48 jam suhu axila kurang dari 37,5°c 3) Terjadi perbaikan hasil LAB: Lecositosis dalam batas normal		
<b>13. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Konsumsi makanan yang bergizi 2) Edukasi berhenti merokok 3) Edukasi menggunakan masker		
<b>VARIAN</b>			
<b>TOTAL SKOR</b>			

**4. Lembar Ceklist ICP TB Paru**

Inisial Pasien :  
 Jenis Kelamin :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Diagnosa Masuk :  
 Tanggal Masuk :  
 Tanggal Keluar :  
 Lama Rawat :  
 Komplikasi :  
 Rujukan :

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN WAJIB	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
<b>1. ASESMEN AWAL</b>			
<b>a. Asesmen Awal Medis</b>	<b>Hari 1:</b> 1) Dokter IGD: a) Triage b) Anamnesis c) Pemeriksaan fisik d) Pemeriksaan penunjang 2) Dokter Spesialis Paru: a) Anamnesis, b) Pemeriksaan fisik, c) Pemeriksaan penunjang		
<b>b. Asesmen Awal Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> 1) Triage: Pengkajian ABCD 2) Anamnesis : Alasan utama masuk rumah sakit, antara lain: a) Sering batuk (batuk lebih dari 3 minggu)		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Sesak napas jika batuk</li> <li>c) Nafsu makan menurun</li> <li>d) Perasaan lemas</li> </ul> <p>3) Riwayat Kesehatan: Riwayat penyakit, &amp; Riwayat alergi  4) Pengkajian status psikologis, mental, sosial, ekonomi &amp; budaya  5) Skrining gizi (TB, BB, IMT)  6) Pemeriksaan fisik sistem respirasi (IPPA), tingkat kesadaran, tanda-tanda vital</p>		
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<b>a. Laboratorium</b>	<b>Hari 1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Pemeriksaan darah Rutin</li> <li>2) Pemeriksaan elektrolit</li> <li>3) Pemeriksaan fungsi ginjal</li> <li>4) Pemeriksaan fungsi hati</li> </ul>		
<b>b. Radiologi</b>	<b>Hari 1 &amp; 2:</b> Pemeriksaan X.Ray: Thoraks foto		
<b>3. KONSULTASI</b>	<b>Hari 1:</b> Dokter IGD melakukan konsultasi ke DPJP sesuai keadaan umum pasien		
<b>4. ASESMEN LANJUTAN</b>			
<b>a. Asesmen Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b> Batuk lebih dari 2 minggu, batuk darah, sesak napas, berat badan menurun, nyeri dada, keringat malam, lemas, susah tidur		
<b>b. Asesmen Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> Melakukan pengkajian lanjutan, antara lain: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Batuk berdahak lebih dari 2 minggu. Karakteristik dahak (kering, produktif dengan sputum purulen dan/ atau bercampur darah)</li> <li>2) Berkeringat di malam hari tanpa aktivitas</li> <li>3) Malaise</li> <li>4) Keluhan demam meriang lebih dari 1 bulan</li> <li>5) Nyeri dada</li> </ul> <b>Hari 1-7:</b> Memantau TTV (Tekanan darah, Nadi, Suhu, Pernapasan)		



<p><b>c. Asesmen Gizi</b></p>	<p><b>Hari 1-2:</b>          Tenaga Gizi (Nutritionis/Dietisien)          1) Jika ada jawaban YA pada skrining gizi awal dilakukan skrining gizi lanjut dengan mengkaji:              a) Data antropometri (IMT : BB/TT pada anak; LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang)              b) Skor asupan Gizi              c) Skor kehilangan BB          2) Jika hasil skrining gizi lanjut skor &gt;3, lanjut lakukan asesmen gizi</p>		
<p><b>d. Asesmen Farmasi</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b>          1) Telaah Resep:              a) Kejelasan penulisan resep: tulisan dokter harus jelas saat menulis resep              b) Tepat obat: pemilihan obat sesuai dengan drug of choice pengobatan TB setelah diagnosis ditegakkan dengan benar.              c) Tepat cara pemberian obat: OAT harus diberikan secara utuh (tidak boleh dibelah dan tidak boleh digerus). Obat diberikan pada pada saat perut kosong atau paling cepat 1 jam setelah makan. Apabila OAT lepas diberikan dalam bentuk puyer, maka semua obat tidak boleh digerus bersama dan dicampur dalam satu puyer.              d) Tepat frekuensi pemberian obat: OAT diberikan sesuai regimen              e) Tidak ada interaksi obat: meminimalkan peresepan obat yang berinteraksi dengan OAT.              f) Tidak ada duplikasi              g) Tidak ada kontra indikasi          2) Rekonsiliasi Obat:              a) Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah.              b) Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama              c) Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</p>		

<b>5. DIAGNOSIS</b>			
<b>a. Diagnosis Medis</b>	<p><b>Hari 1-6:</b> Anamnesis: Batuk lebih dari 2 minggu, batuk darah, sesak napas, berat badan menurun, nyeri dada, keringat malam, lemas, susah tidur</p> <p><b>Hari 1-2:</b> Foto toraks tampak gambaran TB aktif</p> <p><b>Hari 3-4:</b> Standar baku emas diagnosis: sputum BTA positif dan atau Tes cepat molekuler ditemukan Mtb dan sensitivitas rifampisin.</p>		
<b>b. Diagnosis Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)</li> <li>2) Gangguan pertukaran gas (D.0003)</li> <li>3) Pola napas tidak efektif (D.0005)</li> <li>4) Defisit nutrisi (D.0019)</li> <li>5) Hipertermia (D.0130)</li> <li>6) Risiko infeksi (D.0142)</li> </ol> <p><b>Hari 1-4:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gangguan pola tidur (D.0055)</li> <li>2) Ansietas (D.0080)</li> <li>3) Risiko distress spiritual (D.0100)</li> </ol>		
<b>c. Diagnosis Gizi</b>	<p><b>Hari 1-2:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan ditandai dengan estimasi asupan energi protein kurang dari kebutuhan (&lt;80%), makan sedikit (NI-2.1)</li> <li>2) Adanya KEP (Kekurangan Energi Protein) berkaitan dengan keadaan penyakit katabolik yang lama (Tuberculosis Paru) ditandai dengan IMT &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup>; albumin rendah; badan tampak kurus; kehilangan massa otot; edema ekstremitas (NI-5.2)</li> <li>3) Penurunan berat badan yang tidak direncanakan berkaitan dengan katabolisme yang berlebihan ditandai dengan kehilangan cadangan lemak tubuh; IMT &lt; 18,5 kg/m<sup>2</sup> (NC-3.2)</li> </ol>		

<b>6. DISCHARGE PLANNING</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Makan makanan tinggi protein 2) Konsumsi obat secara rutin 3) Jika ada efek samping obat hubungi fasilitas kesehatan atau dokter		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Ajarkan teknik batuk efektif 2) Ajarkan teknik pursed lip breathing dan diaphragmatic breathing 3) Ajarkan terkait diet direkomendasikan (kebutuhan karbohidrat, protein, lemak dan vitamin D) 4) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 5) Ajarkan etika batuk 6) Informasikan pasien konsekuensi tidak memakai obat atau menghentikan pemakaian obat secara tiba-tiba 7) Informasikan secara faktual mengenai pengobatan		
<b>c. Farmakologis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Pengobatan TB harus selalu meliputi pengobatan tahan awal dan tahap lanjutan: a) Tahap awal: pengobatan diberikan setiap hari, tujuannya untuk secara efektif menurunkan jumlah kuman yang ada dalam tubuh pasien dan meminimalisir pengaruh dari sebagian kecil kuman yang mungkin sudah resisten sejak sebelum pasien mendapatkan pengobatan. b) Tahap lanjutan: pengobatan tahap lanjutan bertujuan membunuh sisa-sisa kuman yang masih ada dalam tubuh, khususnya kuman persisten sehingga pasien dapat sembuh dan mencegah terjadinya kekambuhan. 2) Paduan OAT kategori 1 diberikan selama 6 bulan, dibagi menjadi 2 tahapan yaitu 2 bulan tahap awal dan 4 bulan tahap lanjutan. 3) Paduan OAT kategori 2 diberikan selama 8 bulan, dibagi menjadi 2 tahapan yaitu 3 bulan tahap awal dan 5 bulan tahap lanjutan.		

<b>7. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>a. Edukasi/ Informasi Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Minum obat secara rutin, tepat waktu dan tepat dosis 2) Edukasi efek samping obat seperti mual, muntah, gatal, bintik kemerahan di badan, mata kuning atau efek samping lainnya 3) Edukasi kepada pengawas minum obat 4) Istirahat teratur, makan makanan tinggi protein 5) Dapat berolahraga sesuai kemampuan 6) Edukasi berhenti merokok 7) Edukasi batuk dan menggunakan masker		
<b>b. Edukasi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Ajarkan teknik batuk efektif dan memotivasi untuk melakukan batuk efektif 2) Berikan informasi pentingnya penghentian merokok 3) Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam, berputar dan batuk (teknik <i>pursed lip breathing</i> dan <i>diaphragmatic breathing</i> ) 4) Anjurkan diet yang diprogramkan (kebutuhan karbohidrat, protein, lemak dan vitamin) 5) Anjurkan tirah baring 6) Ajarkan etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai yang diresepkan 7) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mendukung tidur 8) Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 9) Ajarkan cara berpartisipasi dalam kegiatan ibadah		
<b>c. Edukasi Farmasi</b>	<b>Hari 1, 6 &amp; 7:</b> 1) Informasi obat: a) Kepatuhan minum obat <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengobatan yang adekuat harus memenuhi prinsip:</li> <li>▪ Pengobatan diberikan dalam bentuk paduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya</li> </ul>		



	<p>resistensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diberikan dalam dosis yang tepat.</li> <li>▪ Ditelan secara teratur dan diawasi secara langsung oleh PMO (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan.</li> <li>▪ Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup, terbagi dalam dua (2) tahap yaitu tahap awal serta tahap lanjutan, sebagai pengobatan yang adekuat untuk mencegah kekambuhan.</li> </ul> <p>b) Cara menggunakan obat yang benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OAT KDT harus diberikan secara utuh (tidak boleh dibelah, dan tidak boleh digerus)</li> <li>▪ Obat diberikan pada saat perut kosong, atau paling cepat 1 jam setelah makan</li> <li>▪ Apabila OAT lepas diberikan dalam bentuk puyer, maka semua obat tidak boleh digerus bersama dan dicampur dalam satu puyer</li> </ul> <p>c) Cara menyimpan obat yang benar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OAT disimpan pada suhu dibawah 25 derajat</li> </ul> <p>2) Konseling obat:</p> <p>a) Gejala efek samping obat terdeteksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tidak ada nafsu makan, mual, sakit perut: Semua OAT diminum malam sebelum tidur.</li> <li>▪ Warna kemerahan pada air seni (urine): Tidak perlu diberi apa-apa, tapi perlu penjelasan kepada pasien.</li> <li>▪ Kesemutan dan rasa terbakar di kaki: Beri vitamin B6 (piridoxin) 100mg per hari.</li> </ul> <p>b) Reaksi obat tidak diharapkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muntah, bingung (kecurigaan gagal hati): hentikan semua OAT, segera lakukan tes fungsi hati.</li> <li>▪ Gangguan penglihatan: hentikan Etambutol</li> <li>▪ Purpura dan renjatan (Syok): hentikan Rifampicin.</li> </ul>		
--	--	--	--

<b>PENGISIAN FORMULIR INFORMASIDAN EDUKASI TERINTEGRASI</b>	<b>Hari 1:</b> Lembar Edukasi Terintegrasi (TTD Keluarga/Pasien)		
<b>8. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
<b>a. Cairan Infus</b>	<b>Hari 1-4:</b> Ringer laktat		
<b>b. Obat Oral</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rifampisin (R) diberikan dalam dosis 10 mg/KgBB per hari secara oral, atau 10 mg/kgBB oral dua kali seminggu dengan perlakuan DOT, maksimal 600 mg/hari. Dikonsumsi pada waktu perut kosong agar baik penyerapannya.</li> <li>2) Isoniazid (H) diberikan dalam dosis 5 mg/kgBB oral tidak melebihi 300 mg per hari untuk TB paru aktif, sedangkan pada TB laten pasien dengan berat badan &gt;30 kg diberikan 300 mg oral. Pemberian isoniazid juga bersamaan dengan Piridoksin (vitamin B6) 25-50 mg sekali sehari untuk mencegah neuropati perifer</li> <li>3) Pirazinamid (Z) pada pasien dengan HIV negatif diberikan 15-30 mg/kgBB per hari secara oral dalam dosis terbagi, tidak boleh melebihi dua gram per hari. Atau dapat diberikan dua kali seminggu dengan dosis 50 mg/kg BB secara oral.</li> <li>4) Etambutol (E) pada fase intensif dapat diberikan 20 mg/kgBB. Sedangkan pada fase lanjutan dapat diberikan 15 mg/kgBB , atau 30 mg/kgBB diberikan 3 kali seminggu, atau 45 mg/kgBB diberikan 2 kali seminggu.</li> <li>5) Streptomisin (S) dapat diberikan 15 mg/kgBB secara intra muskular, tidak melebihi satu gram per hari. Atau dapat diberikan dengan dosis dua kali per minggu, 25-30 mg/kgBB secara intra muskular, tidak melebihi 1,5 gram per hari.</li> </ol> <p><b>Hari 1-4:</b> Obat batuk (asetilsistein/ ambroxol/ OBH/ codein)</p>		

<b>9. TATALAKSANA/INTERVENSI</b>			
<b>a. Intervensi Medis</b>	<b>Hari 1-2:</b> 1) Pemasangan infus 2) Pemberian Oksigen  <b>Hari 1-7:</b> Pemberian obat		
<b>b. Intervensi Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Manajemen jalan napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140) 2) Latihan batuk efektif (SIKI: I.01006) 3) Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC: 3350) 4) Terapi Oksigen (SIKI: I. 01026, NIC: 3320) 5) Manajemen Jalan Napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140) 6) Manajemen nutrisi (SIKI: I. 03119) 7) Manajemen hipertermia/ Perawatan Demam (SIKI: I.15506, NIC: 3740) 8) Kontrol infeksi (NIC: 6540) 9) Pencegahan infeksi (SIKI: I.14539) 10) Dukungan tidur (I. 05174) 11) Reduksi ansietas (I.09314) 12) Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269) 13) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)		
<b>c. Intervensi Gizi</b>	<b>Hari 1-7:</b> Pemenuhan kebutuhan nutrisi/gizi		
<b>d. Intervensi Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> Rekomendasi kepada DPJP		
<b>10. MONITORING &amp; EVALUASI</b>			
<b>a. Dokter DPJP</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitor gejala berupa batuk berkurang, bebas batuk darah 24 jam, sesak berkurang, nyeri dada berkurang, nafsu makan membaik, dapat beraktivitas mandiri 2) Monitor tanda vital : TTV stabil 3) Monitor laboratorium : Darah rutin jika ada indikasi (gejala bertambah atau ada keluhan tambahan)		

	4) Monitor foto toraks jika terdapat keluhan tambahan seperti sesak napas bertambah saat perawatan		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1:</b> Monitoring biokimia terkait gizi  <b>Hari 1-7:</b> 1) Monitoring asupan makan 2) Monitoring fisik/klinis terkait gizi  <b>Hari 1, 2 &amp; 6:</b> Monitoring antropometri		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> Monitoring interaksi obat : 1) Obat anti TBC: Rifampicin. Pasien TBC yang mendapat terapi Obat Anti TBC (OAT) tidak direkomendasikan melakukan kontrasepsi dengan pil KB. 2) Rifampisin dan Amlodipin: Rifampisin menurunkan efek amlodipin dengan mengubah metabolisme obat amlodipin. 3) Monitoring ketat dan tingkatkan dosis amlodipine jika diperlukan. 4) INH dan Omeprazol: Isoniazid meningkatkan efek omeprazol dengan mengubah metabolisme obat omeprazole. 5) Dihindari dan gunakan alternatif lain		
<b>11. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>			
<b>Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b> Mobilisasi dini		
<b>12. OUTCOME/HASIL</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Keluhan berkurang 2) Nafsu makan membaik		



<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat 2) Pertukaran gas (L.01003) meningkat 3) Pola napas (L.01004) membaik 4) Status nutrisi (L.03030) membaik 5) Termoregulasi (L.14134) membaik 6) Tingkat infeksi (L.14137) menurun 7) Pola tidur (L.05045) membaik 8) Tingkat ansietas (L.09093) menurun 9) Status spiritual (L.09091) membaik		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 7:</b> Asupan makan $\geq$ 80%		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-6:</b> (Kualitas hidup pasien meningkat) Telaah obat: 1) Tepat pasien 2) Tepat obat 3) Tepat dosis 4) Tepat rute pemberian 5) Tepat waktu pemberian		
<b>13. KRITERIA PULANG</b>	<b>Hari 7:</b> 1) Tidak sesak 2) Nafsu makan meningkat 3) Pola tidur tidak terganggu 4) Dapat beraktifitas kembali		
<b>14. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN</b>	<b>Hari 1-6:</b> 1) Resume Medis dan Keperawatan 2) Penjelasan diberikan sesuai dengan keadaan umum pasien <b>Hari 6:</b> Surat pengantar kontrol		
<b>VARIAN</b>			
	<b>TOTAL SKOR</b>		

### 5. Lembar Ceklist ICP PPOK

Inisial Pasien :  
 Jenis Kelamin :  
 Umur :  
 Pekerjaan :  
 Diagnosa Masuk :  
 Tanggal Masuk :  
 Tanggal Keluar :  
 Lama Rawat :  
 Komplikasi :  
 Rujukan :

KEGIATAN	URAIAN KEGIATAN WAJIB	DILAKUKAN	
		YA	TIDAK
<b>1. ASESMEN AWAL</b>			
<b>a. Asesmen Awal Medis</b>	<b>Hari 1:</b> Dokter IGD: 1) Triase 2) Anamnesis 3) Pemeriksaan Fisik 4) Pemeriksaan arus puncak respirasi dengan Peak Flowmeter bila ada Dokter Spesialis Paru: 1) Anamnesis 2) Pemeriksaan Fisik: pemeriksaan spirometry dengan hasil: Obstruksi (FEV1/KVP<70%)		
<b>b. Asesmen Awal Keperawatan</b>	<b>Hari 1:</b> Pengkajian IGD (Perawat IGD): 1) Triase ABCD 2) Anamnesis : Riwayat sebelum masuk RS, Riwayat penyakit sekarang		

	(batuk, sesak) 3) Pemeriksaan fisik sistem respirasi: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi		
<b>2. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>			
<b>a. Laboratorium</b>	<b>Hari 1:</b> Darah Rutin		
<b>b. Radiologi</b>	<b>Hari 1:</b> Foto Thorax: hasil empisema/bronchitis/hiperplasi paru		
<b>3. ASESMEN LANJUTAN</b>			
<b>a. Asesmen Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Anamnesis 2) Riwayat keluhan 3) Pemeriksaan fisik lanjutan		
<b>b. Asesmen Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> Perawat Primer: 1) Gejala Umum : a) Sesak napas b) Batuk kronis c) Produksi dahak 2) Gejala Berat: Sesak napas terus-menerus saat beraktivitas yang akhirnya menyebabkan sesak napas saat beraktivitas. 3) Gejala lain: a) Eksaserbasi b) Batuk dan produksi dahak yang lama		
<b>c. Asesmen Gizi</b>	<b>Hari 1-2:</b> Tenaga Gizi (Nutritionis/Dietisien): 1) Jika ada jawaban “YA” pada skrinning gizi awal dilakukan skrinning gizi lanjut dengan mengkaji: a) Data antropometri (IMT, BB/TB pada dewasa; dan LILA pada pasien yang tidak bisa ditimbang b) Skor Asupan Gizi c) Skor Kehilangan BB 2) Jika hasil skrinning gizi lanjut skor >3, lanjut lakukan asesmen gizi.		

<p><b>d. Asesmen Farmasi</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b> Telaah resep :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kejelasan penulisan resep : tulisan dokter harus jelas saat menulis resep sesuai panduan penulisan resep</li> <li>2) Tepat obat : penulisan resep mengacu pada formularium nasional dan formularium rumah sakit untuk efektivitas dan efisiensi</li> <li>3) Tepat dosis : pemilihan dosis obat yang tepat</li> <li>4) Tepat cara pemberian obat : cara pemberian obat harus jelas, baik inhaler, nebulizer, tablet, intravena, intravena drip</li> <li>5) Tepat waktu pemberian : waktu pemberian obat harus sesuai</li> <li>6) Tepat frekuensi pemberian</li> <li>7) Tidak ada interaksi obat</li> <li>8) Tidak ada duplikasi : duplikasi dari kelompok terapeutik atau bahan aktif yang tidak tepat</li> <li>9) Tidak ada kontraindikasi</li> </ol> <p><b>Hari 1:</b> Rekonsiliasi obat: Saat pasien masuk Rumah Sakit, apoteker memeriksa obat-obatan yang dibawa oleh pasien dari rumah</p> <p><b>Hari 2:</b> Rekonsiliasi obat: Pasien mengalami perpindahan bangsal atau unit layanan lain dalam suatu instansi Rumah Sakit yang sama</p> <p><b>Hari 6 &amp; 7:</b> Rekonsiliasi obat: Perpindahan dari Rumah Sakit menuju ke Rumah atau Rumah Sakit lain.</p>		
<p><b>4. DIAGNOSIS</b></p>			
<p><b>a. Diagnosis Medis</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b> PPOK</p>		
<p><b>b. Diagnosis Keperawatan</b></p>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)</li> <li>2) Gangguan pertukaran gas (D.0003)</li> <li>3) Pola napas tidak efektif (D.0005)</li> <li>4) Defisit nutrisi (D.0019)</li> <li>5) Intoleransi aktivitas (D.0056)</li> <li>6) Risiko infeksi (D.0142)</li> </ol>		



	7) Gangguan pola tidur (D.0055) 8) Ansietas (D.0080) 9) Risiko distress spiritual (D.0100)		
<b>c. Diagnosis Gizi</b>	<b>Hari 1-2:</b> 1) Asupan makan per oral tidak adekuat berkaitan dengan menurunnya kemampuan mengkonsumsi makanan (tidak nafsu makan, sesak) ditandai dengan estimasi asupan energi protein kurang dari kebutuhan (<80%), makan sedikit (NI-2.1) 2) Adanya KEP (Kekurangan Energi Protein) berkaitan dengan keadaan penyakit katabolik yang lama (PPOK) ditandai dengan IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> ; albumin rendah; badan tampak kurus; kehilangan massa otot; edema ekstremitas (NI-5.2) 3) Penurunan berat badan yang tidak direncanakan berkaitan dengan katabolisme yang berlebihan ditandai dengan kehilangan cadangan lemak tubuh; IMT < 18,5 kg/m <sup>2</sup> (NC-3.2)		
<b>5. DISCHARGE PLANNING</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Menggunakan obat-obatan inhalasi dengan baik dan benar 2) Berhenti merokok 3) Rehabilitasi paru 4) Menjaga kebersihan 5) Menjaga asupan nutrisi		
<b>6. EDUKASI TERINTEGRASI</b>			
<b>a. Edukasi/ Informasi Medis</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Mampu menggunakan alat-alat inhalasi dengan benar sesuai dengan instruksi dokter 2) Jika sesak bertambah hubungi dokter 3) Berhenti merokok		
<b>b. Edukasi &amp; Konseling Gizi</b>	<b>Hari 1, 2, 7 &amp; 7:</b> 1) Edukasi gizi tentang diet TETP, Rendah Karbohidrat meliputi tujuan, syarat, bahan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan, serta		

	<p>mengelola atau memodifikasi makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Edukasi pembatasan diet</li> <li>3) Memberikan motivasi pasien agar mau menjalankan dan mematuhi diet yang diberikan</li> </ol>		
<b>c. Edukasi Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ajarkan teknik batuk efektif dan motivasi untuk melakukan batuk efektif</li> <li>2) Berikan informasi pentingnya penghentian merokok dan kurangi paparan agen berbahaya lainnya</li> <li>3) Ajarkan teknik <i>diaphragmatic breathing</i> atau <i>pursed lip breathing</i></li> <li>4) Anjurkan diet Tinggi Energi Tinggi Protein/TETP</li> <li>5) Anjurkan melakukan aktivitas fisik secara bertahap</li> <li>6) Ajarkan tentang etika batuk dan pentingnya mengonsumsi antibiotik sesuai dengan yang diresepkan</li> <li>7) Ajarkan teknik non farmakologi (<i>progressive muscle relaxation</i>, aromaterapi) untuk mendukung tidur</li> <li>8) Menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis</li> <li>9) Menawarkan pasien untuk berdoa atau melakukan review masa lalu dengan mengingat kembali hal positif yang telah dicapai selama hidup</li> </ol>		
<b>d. Edukasi Farmasi</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <p>Informasi obat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kepatuhan waktu minum obat</li> <li>2) Diberikan dalam dosis yang tepat</li> <li>3) Perawat di ruang perawatan: memberi obat ke pasien setiap waktu/jam pemberian obat serta memastikan obat sudah di minum (oral)/disuntikkan (injeksi)/nebulizer (inhalasi)/inhaler dengan mengisi dan memberi paraf pada lembar kardeks obat pasien di berkas rekam medik (BRM).</li> <li>4) Sediaan obat yang telah direkonstitusi berupa ampul, vial, spuit, jika telah digunakan dibuang di <i>safety box</i></li> </ol> <p>Antibiotika yang sudah direkonstitusi tidak boleh lagi disimpan (harus langsung digunakan) karena di RS belum ada ruang pencampuran (LAF)</p>		

	<p>yang dapat mencegah sediaan terkontaminasi bakteri pirogen saat rekonstitusi dilakukan.</p> <p>1) Cara menggunakan obat nebulizer :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir untuk mencegah kuman ikut masuk ke paru-paru lewat tangan yang menyentuh alat.</li> <li>b) Siapkan obat yang akan digunakan. Jika obat sudah dicampur, tuang langsung ke dalam wadah obat nebulizer. Jika belum, masukkan satu per satu dengan menggunakan pipet atau alat suntik.</li> <li>c) Tambahkan cairan saline jika diperlukan dan diresepkan dokter.</li> <li>d) Hubungkan wadah obat ke mesin dan juga masker ke bagian atas wadah.</li> <li>e) Pasang masker di wajah hingga menutupi hidung dan mulut. Pastikan pinggiran masker tersegel baik dengan wajah, agar tidak ada uap yang keluar dari sisi-sisi masker.</li> <li>f) Hidupkan mesin kemudian tarik napas dengan hidung dan keluarkan perlahan melalui mulut. Anda bisa mengakhirinya saat tidak ada lagi uap yang keluar. Ini tandanya obat sudah habis.</li> <li>g) Pemakaian nebulizer umumnya memakan waktu kurang lebih 15-20 menit</li> </ol> <p>2) Cara menggunakan obat inhaler :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Berdirilah atau duduk dengan tegak.</li> <li>b) Kocok <i>inhaler</i> selama 5 detik.</li> <li>c) Miringkan kepala sedikit ke belakang, lalu tarik napas dan hembuskan napas panjang.</li> <li>d) Masukkan <i>inhaler</i> di antara gigi anda dan tutup mulut hingga rapat dengan <i>inhaler</i></li> <li>e) Tekan <i>inhaler</i> dengan cepat untuk melepaskan obat.</li> <li>f) Tarik napas segera setelah obat <i>inhaler</i> tersemprot keluar agar obat masuk ke dalam paru-paru.</li> </ol>		
--	---	--	--

<b>7. TERAPI MEDIKAMENTOSA</b>			
<b>a. Injeksi</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Ceftriaxon 1 x 1-2 gram; Cefotaksim 2 x 1-2 gram selama 3-5 hari 2) Levofloksasin 1 x 500-750 mg 3) Moxifloksasin 1 x 400mg		
<b>b. Nebulizer/ Inhalasi</b>	<b>Hari 1-5:</b> Nebulizer: 1) Salbutamol 2,5 mg (Ventolin nebulizer) 3-4 x 1 2) Ipratropium bromide & Salbutamol (Combivent nebulizer) 3-4 x 1 3) Fluticasone propionate 0,5 ng/2ml nebulizer (Flixotide) 3-4 x 1  <b>Hari 1-7:</b> Inhalasi : 1) Fenoterol HBr 100-200 mcg (Berotec) 3 x 1 hirup 2) Salbutamol 200 mcg (Ventolin) 3 x 1 hirup 3) Indakaterol 150 mcg (Onbrez Breezhaler) 1 x 1 hirup 4) Tiotropium bromida 2,5 mcg (Spiriva respimant; Spiriva handihaler) 1 x 1 hirup 5) Budenosida 200mg (Pulmicort) 3 x 1 hirup 6) Budenosid/Formoterol 160/4,5 mcg (Symbicort) 2-3 x 1 hirup 7) Salmeterol xinafoate/Flutikasone propionat 50/100mcg (Seretide Diskus) 2-3 x 1 hirup		
<b>c. Cairan Infus</b>	<b>Hari 1-5:</b> 1) Ringer laktat 500 ml 2) Natrium Klorida 0,9% 500 ml 3) Natrium klorida 100 ml (bersama dengan antibiotik Ceftriakson)		
<b>d. Obat Oral</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Aminofilin 100mg; Aminofilin 200mg 3 x 1 2) Metil prednisolon 4mg 3 x 1 3) Ambroxol 30 mg 3 x 1 4) Codein 10 mg 3 x 1		

	<p>5) Acetylcystein 200mg 3 x 1</p> <p><b>Hari 6-7:</b></p> <p>1) Cefiksim 2 x 100mg; 1 x 200mg selama 3-5 hari</p> <p>2) Azitromisin 1 x 500 mg selama 3-5 hari</p> <p>3) Levofloksasin 1 x 500-750mg selama 3-5 hari</p>		
<b>8. TATALAKSANA/INTERVENSI</b>			
<b>a. Intervensi Medis</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <p>Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) Eksaserbasi</p> <p>1) Nebulizer/Inhalasi</p> <p>2) Pemberian oksigen sesuai indikasi</p> <p>3) Pemasangan infus</p> <p>4) Pemasangan ventilasi jika gejala memburuk/sesuai indikasi medis</p>		
<b>b. Intervensi Keperawatan</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <p>1) Manajemen jalan napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140)</p> <p>2) Latihan batuk efektif (SIKI: I.01006)</p> <p>3) Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC: 3350)</p> <p>4) Terapi Oksigen (SIKI: I. 01026, NIC : 3320)</p> <p>5) Pemantauan Respirasi (SIKI: I. 01014, NIC: 3350)</p> <p>6) Manajemen Jalan Napas (SIKI: I.01011, NIC: 3140)</p> <p>7) Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>8) Manajemen energi (I. 05176)</p> <p>9) Terapi aktivitas (SIKI: I.05186)</p> <p>10) Pencegahan infeksi (SIKI: I.14539)</p> <p>11) Kontrol infeksi (NIC: 6540)</p> <p>12) Dukungan tidur (I. 05174)</p> <p>13) Reduksi ansietas (I.09314)</p> <p>14) Dukungan Perkembangan Spiritual (SIKI: I.09269)</p> <p>15) Dukungan Pelaksanaan Ibadah (SIKI: I.09262)</p>		
<b>c. Intervensi Gizi</b>	<p><b>Hari 1-7:</b></p> <p>1) Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi/Gizi</p> <p>2) Jenis Diet: Diet TETP, Rendah Karbohidrat</p>		



	3) Bentuk diet: cair/saring/lunak/biasa 4) Jalur Makanan: per oral/NGT/Parenteral (tergantung kondisi pasien)		
<b>9. MONITORING &amp; EVALUASI</b>			
<b>a. Dokter DPJP</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Sesuai Gejala: a) Sesak berkurang b) Batuk berkurang c) Nafsu makan membaik d) Mampu ADL secara mandiri e) Suara napas <i>wheezing</i> berkurang 2) Sesuai objektif: a) TTV Stabil b) Saturasi oksigen target minimal 88 – 92%		
<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> Mengevaluasi respon subyektif dan obyektif setelah dilaksanakan intervensi dan dibandingkan dengan kriteria hasil serta analisis terhadap perkembangan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitoring Asupan Makan 2) Monitoring Fisik/klinis Terkait gizi <b>Hari 1:</b> Monitoring Biokimia Terkait Gizi <b>Hari 1, 6 &amp; 7:</b> Monitoring Antropometri		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Monitoring interaksi obat : a) Penggunaan obat golongan kuinolon secara bersamaan dengan obat golongan antasida, akan membentuk khelat yang tidak larut antara kation yang terkandung dalam antasida dengan gugus 3-karboksil dan 4-keto dari antibiotik golongan kuinolon yang akan menurunkan absorpsinya. b) Seftriakson dapat berikatan dengan kalsium di dalam ringer laktat,		

	<p>sehingga menimbulkan presipitasi (endapan kristal) di dalam aliran darah yang dapat mengakibatkan phlebitis</p> <p>c) Penggunaan sefotaksim bersamaan dengan obat yang juga bersifat nefrotoksik, seperti golongan aminoglikosida atau diuretik poten perlu dihindari</p> <p>2) Monitoring efek samping obat :</p> <p>a) Dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang sudah dapat diprediksikan atau tertera dalam literatur, meliputi aksi farmakologik yang berlebihan, respon karena penghentian obat.</p> <p>b) Tidak dapat diprediksi, adalah efek samping obat yang timbul tidak diketahui penyebabnya dan memberikan efek yang serius, meliputi reaksi alergi, reaksi faktor genetik, reaksi idiosinkrati.</p> <p>3) Bentuk monitoring berupa pemantauan langsung ke pasien setelah menggunakan obat-obat tersebut dan penanganan jika terjadi efek samping serta menghubungi DPJP.</p> <p>4) Monitoring dilakukan dengan membuat laporan MESO dalam form berwarna kuning, dan dilaporkan ke BPOM. Pemantauan dan Pelaporan efek samping obat dikoordinasikan oleh Panitia Farmasi dan Terapi RS</p>		
<b>10. MOBILISASI/ REHABILITASI</b>			
<b>Medis</b>	<b>Hari 1-6:</b>		
	<p>1) Mobilisasi bertahap</p> <p>2) Rehabilitasi medis: <i>pulsed lips breathing</i> (PLB) dan <i>chest exercise</i></p>		
<b>11. OUTCOME/HASIL</b>			
<b>a. Medis</b>	<b>Hari 3-7:</b>		
	<p>1) Sesak berkurang</p> <p>2) Batuk berkurang</p> <p>3) Nafsu makan membaik</p> <p>4) Mampu ADL secara mandiri</p> <p>5) Suara napas <i>wheezing</i> berkurang</p> <p>6) TTV Stabil</p>		

<b>b. Keperawatan</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat 2) Pertukaran gas (L.01003) meningkat 3) Pola napas (L.01004) membaik 4) Status nutrisi (L.03030) membaik 5) Toleransi aktivitas (L.05047) meningkat 6) Tingkat infeksi (L.14137) menurun 7) Pola tidur (L.05045) membaik 8) Tingkat ansietas (L.09093) menurun 9) Status spiritual (L.09091) membaik		
<b>c. Gizi</b>	<b>Hari 7:</b> Asupan makan $\geq$ 80%		
<b>d. Farmasi</b>	<b>Hari 1-7:</b> 1) Telaah obat: a) Tepat pasien b) Tepat obat c) Tepat dosis d) Tepat rute pemberian e) Tepat waktu pemberian 2) Obat rasional		
<b>12. KRITERIA PULANG</b>	<b>Hari 7:</b> 1) Sesak dan batuk berkurang/hilang 2) ADL secara mandiri 3) Nafsu makan membaik 4) TTV dalam batas normal		
<b>13. RENCANA PULANG/ EDUKASI PELAYANAN LANJUTAN</b>	<b>Hari 6 &amp; 7:</b> 1) Obat harus diminum secara teratur 2) Mampu menggunakan obat inhalasi secara baik dan benar 3) Kontrol penyakit sesuai instruksi dokter		
<b>VARIAN</b>			
	<b>TOTAL SKOR</b>		

## LAMPIRAN 7: MASTER DATA PENELITIAN DAN HASIL ANALISIS

### A. MASTER DATA PENELITIAN

#### 1. Dyspepsia

### KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Responden	Karakteristik Responden								
	Inisial	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Pekerjaan		Diagnosa	NO RM	Ruangan/Kelas Perawatan
			Kategori	Kode	Kategori	Kode			
1	S	44	Laki-laki	1	Wiraswasta	2	Dyspepsia	298600	3
2	S	62	Perempuan	2	Pensiunan PNS	7	Dyspepsia	182384	1
3	S	62	Perempuan	2	IRT	5	Dyspepsia	177234	3
4	A	12	perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Dyspepsia	302091	2
5	T	57	perempuan	2	IRT	5	Dyspepsia	302049	3
6	K	27	Perempuan	2	IRT	5	Dyspepsia	203219	3
7	S	51	Perempuan	2	Karyawan	3	Dyspepsia	109044	2
8	A	15	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Dyspepsia	298766	1
9	N	61	laki-laki	1	IRT	5	Dyspepsia	179234	1
10	D	20	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Dyspepsia	255285	3
11	C	22	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Dyspepsia	301867	3
12	J	24	Perempuan	2	IRT	5	Dyspepsia	295215	3
13	A	46	Perempuan	2	Buruh	6	Dyspepsia	212809	3
14	W	36	Perempuan	2	Buruh	6	Dyspepsia	280713	2
15	I	45	Laki-laki	1	Buruh	6	Dyspepsia	288515	3
16	F	23	Laki-laki	1	Pelajar/Mahasiswa	4	Dyspepsia	301810	1
17	S	63	perempuan	2	IRT	5	Dyspepsia	182384	1

**Keterangan:**

- |                      |                  |
|----------------------|------------------|
| 1: PNS               | 5: IRT           |
| 2: Wiraswasta        | 6: Buruh         |
| 3: Karyawan          | 7: Pensiunan     |
| 4: Pelajar/Mahasiswa | 8: Belum Sekolah |

PENERAPAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) DYSPEPSIA

No Responden	Diagnosa	Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																							
		Asemen Awal						Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium) (Hari I)	Asemen Lanjutan							Diagnosis			Discharge Planning (Hari 1-5)	Edukasi Terintegrasi					
		Medis (Hari I)			Keperawatan (Hari I)				Medis (Hari I-3)			Keperawatan (Hari I-5)			Farmasi (Hari 1-5)	Medis (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-5)	Gizi (Hari 1-2)		Medis (Hari 1-5)	Edukasi & Konevling Gizi (Hari 1, 2 & 5)	Keperawatan (Hari 1-5)	Farmasi (Hari 1-5)		
		Anamnesis	Pem. Fisik	Pem. Penunjang	Triase	Anamnesis	Pem. Fisik		Anamnesis	Pem. Fisik	Rencana Pem. Penunjang	TTV	Skala Nyeri	Status Nutrisi	Gizi (Hari 1-2)									Telaah Resep dan Rekonstitusi Obat (Hari 1-5)	
1	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0
2	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
3	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
4	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0
5	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
7	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
8	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
9	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
10	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
12	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
13	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
14	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
15	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0
16	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
17	Dyspepsia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
Total (%)		100,0			100,0			100,0	100,0			100,0			76,5	58,8	100,0	100,0	58,8	88,2	94,1	70,6	76,5	29,4	

Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																							
Injeksi (Hari 1-4) Ranitidin 50 mg/ 12jam/iv atau Omeprazole 20 mg/12jam/iv	Terapi Medikamentosa		Tatalaksana/Intervensi			Monitoring & Evaluasi					Mobilisasi/Rehabilitasi	Outcome/Hasil				Kriteria Pulang (Hari 5)	Rencana Pulang (Hari 1-5)	Total	%	Varian			
	Cairan Infus (1-5) RL, Dextrose, NaCL 0.9%	Obat Oral (Hari 1-5) Antacida Tablet 3x sehari 1 tablet atau Antacida Sirup 3x sehari 1 atau Sucralfat Sirup 3x sehari 1 atau Ranitidin 15 mg tablet 2x sehari 1 tablet atau Omeprazole 20 mg tablet 2x sehari 1 kapsul atau Lansoprazole 30 mg 1x sehari 1 kapsul	Medis (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-5)	Gizi (Hari 1-5)	Dokter DPJP (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-5)	Gizi (Hari 1-5)	Farmasi (Hari 1-5)	Medis (Hari 1-5)	Medis (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-5)	Gizi (Hari 5)	Farmasi (Hari 1-5)									
1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	30	75,0	Febris	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	36	90,0	Febris
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38	95,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	34	85,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	39	97,5	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	37	92,5	Tidak ada
1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	30	75,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	31	77,5	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39	97,5	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	40	100,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38	95,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	39	97,5	Tidak ada
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	82,5	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	38	95,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36	90,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	38	95,0	Tidak ada
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36	90,0	Febris+HT
100,0	94,1	100,0			100,0	100,0	82,4	100,0	100,0	88,2	47,1	100,0	100,0	100,0	82,4	52,9	100,0	100,0	2800,0	87,5			

Keterangan:  
Penerapan ICP:                   Kepatuhan:  
1: Dilakukan                   100% : Patuh  
0: Tidak Dilakukan           <100% : Tidak Patuh

Catatan: Skor yang wajib dilakukan = 40



MUTU KLINIS (OUTCOMES), LENGTH OF STAY (LOS) DAN HOSPITAL COST DYSPEPSIA

No Responden	Diagnosa	Mutu Klinis (Outcomes) (Hari 1-5)									Length Of Stay (LOS)					Hospital Cost					
		Tidak ada Nyeri			Kondisi Stabil dan Membaik			Hasil Lab. Normal			Tgl Masuk	Tgl Keluar	Lama Rawat	Kategori	Kode	Tarif RS (Rp)	Tarif BPJS (Rp)	Selisih BPJS-RS (Rp)	Kategori	Kode	Keterangan
		Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode											
1	Dyspepsia	5	Sesuai ICP	1	5	Sesuai ICP	1	5	Sesuai ICP	1	4	10	6	Tidak Sesuai ICP	0	2.288.000	1.427.400	-860.600	Tidak Sesuai INA-CBGS	0	Selisih Rugi
2	Dyspepsia	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	9	14	5	Sesuai ICP	1	2.115.000	1.998.400	-116.600	Tidak Sesuai INA-CBGS	0	Selisih Rugi
3	Dyspepsia	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	10	15	5	Sesuai ICP	1	1.417.000	1.427.400	10.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
4	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	10	13	3	Sesuai ICP	1	1.540.000	1.712.900	172.900	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
5	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	9	13	4	Sesuai ICP	1	1.170.000	1.427.400	257.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
6	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	9	13	4	Sesuai ICP	1	1.248.000	1.427.400	179.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
7	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	9	12	3	Sesuai ICP	1	850.000	1.712.900	862.900	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
8	Dyspepsia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	17	19	2	Sesuai ICP	1	662.000	1.998.400	1.336.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
9	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	12	15	3	Sesuai ICP	1	985.500	1.998.400	1.012.900	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
10	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	10	14	4	Sesuai ICP	1	1.173.000	1.427.400	254.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
11	Dyspepsia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	4	6	2	Sesuai ICP	1	649.000	1.427.400	778.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
12	Dyspepsia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	5	7	2	Sesuai ICP	1	649.000	1.427.400	778.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
13	Dyspepsia	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	9	13	4	Sesuai ICP	1	1.170.000	1.427.400	257.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
14	Dyspepsia	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	9	14	5	Sesuai ICP	1	1.298.000	1.712.900	414.900	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
15	Dyspepsia	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	9	14	5	Sesuai ICP	1	1.004.500	1.427.400	422.900	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
16	Dyspepsia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	4	2	Sesuai ICP	1	677.000	1.998.400	1.321.400	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
17	Dyspepsia	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	9	14	5	Sesuai ICP	1	3.630.000	1.998.400	-1.631.600	Tidak Sesuai INA-CBGS	0	Selisih Rugi
											Rata-rata		3,8	Sesuai ICP	1	1.325.059	1.645.724	320.665	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung

Keterangan:

Mutu Klinis dan LOS:  
1: Sesuai ICP  
0: Tidak Sesuai ICP

Hospital Cost:  
1: Sesuai INA-CBGS  
0: Tidak Sesuai INA-CBGS

## 2. Typhoid

### KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Responden	Karakteristik Responden							
	Inisial	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Pekerjaan		Diagnosa	Ruangan/Kelas Perawatan
			Kategori	Kode	Kategori	Kode		
1	A	10	Laki-laki	1	Pelajar/Mahasiswa	4	Thypoid	2
2	N	20	Perempuan	2	IRT	5	Thypoid	1
3	A	57	Perempuan	2	Wiraswasta	2	Thypoid	3
4	S	53	Perempuan	2	IRT	5	Thypoid	3
5	S	24	Perempuan	2	IRT	5	Thypoid	3
6	R	17	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Thypoid	3
7	S	49	Perempuan	2	IRT	5	Thypoid	3
8	A	2	Perempuan	2	Belum Sekolah	8	Thypoid	2
9	A	12	perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Thypoid	2
10	A	6	Laki-laki	1	Pelajar/Mahasiswa	4	Thypoid	2
11	M	5	Laki-laki	1	Belum Sekolah	8	Thypoid	3
12	M	24	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	Thypoid	3

**Keterangan:**

- 1: PNS
- 2: Wiraswasta
- 3: Karyawan
- 4: Pelajar/Mahasiswa
- 5: IRT
- 6: Buruh
- 7: Pensiunan
- 8: Belum Sekolah

**PENERAPAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) TYPHOID**

No Responden	Diagnosa	Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																		
		Asesmen Awal			Laboratorium			Asesmen Lanjutan				Diagnosis			Edukasi Terintegrasi					
		Medis (Hari 1)		Keperawatan (Hari 1-6)	(Hari 1)		(Hari 1, 3, 4 & 5)	Medis (Hari 1-6)		Keperawatan (Hari 1-6)		Gizi (Hari 1-2)	Farmasi (Hari 1-6) Telaah Resep dan Rekonsiliasi Obat	Medis (Hari 1-6)	Keperawatan (Hari 1-6)	Gizi (Hari 1-2)	Discharge Planning (Farmasi Hari 5)	Medis (Hari 1-6)	Edukasi & Konseling Gizi (Hari 1, 2, 4 & 5)	Keperawatan (Hari 1-6)
		Dokter IGD (Hari 1)	Dokter Spesialis (Hari 1-6)		DPL, SGOT/SGPT, Ureum/Kreatinin, GDS/Elektrolit, Kultur Darah Gall	Widal, IgM Salmonella		Dokter DPJP: Visite Harian/FU	TTV	Status Nutrisi										
1	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	
3	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	
4	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	
5	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
6	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
7	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	
8	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	
9	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	
10	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	
11	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
12	Thypoid	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
Total (%)		100,0		100,0	100,0			100,0		100,0	50,0	50,0	100,0	100,0	41,7	41,7	100,0	75,0	100,0	

Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																			
Terapi Medikamentosa			Tatalaksana/Intervensi		Monitoring & Evaluasi				Mobilisasi/Rehabilitasi	Outcome/Hasil				Kriteria Pulang (Hari 4)	Rencana Pulang (Hari 1-6)	Total	%		
Injeksi (Hari 1-5)	Cairan Infus (Hari 1-5)	Obat Oral (Hari 6)	Keperawatan (Hari 1-6)	Gizi (Hari 1-6)	Dokter DPJP (Hari 1-6)	Keperawatan (Hari 1-6)	Gizi (Hari 1-6)	Farmasi (Hari 1-6)	Keperawatan (Hari 1-6)	Medis (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-6)	Gizi (Hari 1-6)	Farmasi (Hari 1-6)						
Cefalosporin Generasi 3 (Ceftriakone 1x 3-4 gr hari atau Cefatoxime 2-3x 1 gr)	NaCL 0,9% 100 cc																		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	33	100,0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	97,0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	31	93,9
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	28	84,8
1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	25	75,8
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	29	87,9
1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	25	75,8
1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	25	75,8
1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	24	72,7
1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	24	72,7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	97,0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	97,0
100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	100,0	50,0	75,0	100,0	100,0	100,0	58,3	41,7	100,0	100,0	2533,3	84,444444		

Keterangan:

Penerapan ICP:

1: Dilakukan

0: Tidak Dilakukan

Kepatuhan:

100% : Patuh

<100% : Tidak Patuh

Catatan: Skor yang wajib dilakukan = 33

**MUTU KLINIS (OUTCOMES), LENGTH OF STAY (LOS) DAN HOSPITAL COST TYPHOID**

No Responden	Diagnosa	Mutu Klinis (Outcomes)						Length Of Stay (LOS)					Hospital Cost					
		Tegaknya Diagnosis Berdasarkan Pem. Fisik (Hari 1)			Didapatkan diagnosis definitif salmonella typhi atau salmonella paratyphi dari pemeriksaan penunjang (Hari 2-5)			Tgl Masuk	Tgl Keluar	Lama Rawat	Kategori	Kode	Tarif RS (Rp)	Tarif BPJS (Rp)	Selisih BPJS-RS (Rp)	Kategori	Kode	Keterangan
		Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode											
1	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	7	5	Sesuai ICP	1	1.458.000	2.674.000	1.216.000	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
2	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	13	16	3	Sesuai ICP	1	1.161.500	3.127.000	1.965.500	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
3	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	11	16	5	Sesuai ICP	1	1.352.500	2.229.100	876.600	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
4	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	3	8	5	Sesuai ICP	1	1.525.500	2.229.100	703.600	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
5	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	4	7	3	Sesuai ICP	1	929.500	2.229.100	1.299.600	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
6	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	12	15	3	Sesuai ICP	1	763.000	2.229.100	1.466.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
7	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	6	9	3	Sesuai ICP	1	929.500	2.229.100	1.299.600	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
8	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	9	12	3	Sesuai ICP	1	841.000	2.674.000	1.833.000	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
9	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	10	13	3	Sesuai ICP	1	776.000	2.674.000	1.898.000	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
10	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	7	5	Sesuai ICP	1	1.358.000	2.674.000	1.316.000	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
11	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	4	2	Sesuai ICP	1	980.000	2.229.100	1.249.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
12	Thypoid	1	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	9	13	4	Sesuai ICP	1	1.170.000	2.229.100	1.059.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
<b>Rata-rata</b>										<b>3,7</b>	<b>Sesuai ICP</b>	<b>1</b>	<b>1.103.708</b>	<b>2.452.225</b>	<b>1.348.517</b>	<b>Sesuai INA-CBGS</b>	<b>1</b>	<b>Selisih Untung</b>

**Keterangan:**

**Mutu Klinis dan LOS:**

0: Tidak Sesuai ICP

1: Sesuai ICP

**Hospital Cost:**

0: Tidak Sesuai INA-CBGS

1: Sesuai INA-CBGS

### 3. Pneumonia

## KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Responden	Karakteristik Responden							
	Inisial	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Pekerjaan		Diagnosa	Ruangan/Kelas Perawatan
			Kategori	Kode	Kategori	Kode		
1	R	29	Laki-laki	1	Buruh	6	Pneumonia	3
2	D	38	perempuan	2	IRT	5	Pneumonia	3
3	J	49	Laki-laki	1	Buruh	6	Pneumonia	3
4	K	53	Laki-laki	1	Buruh	6	Pneumonia	3
5	A	5	Laki-laki	1	Belum Sekolah	8	Pneumonia	2

#### Keterangan:

1: PNS

2: Wiraswasta

3: Karyawan

4: Pelajar/Mahasiswa

5: IRT

6: Buruh

7: Pensiunan

8: Belum Sekolah



PENERAPAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) PNEUMONIA

No Responden	Diagnosa	Penerapan Integrated Clinical Pathway (ICP)																	
		Asesmen Awal		Pemeriksaan Penunjang (Laboratorium) (Hari I)		Asesmen Lanjutan					Diagnosis			Discharge Planning (Hari 1-7)	Edukasi Terintegrasi				
		Medis (Hari Dokter IGD dan Spesialis)	Keperawatan (Hari I)	Leukosit $\geq 10.000$ atau $< 4500$	Neutrofil Meningkat	Medis (Hari 1-7)	Dokter non DPJP/ dr. Ruang	Keperawatan Pem. Gejala Umum dan Berat	Gizi (Hari 1-7)	Telaah Resep (Hari 1-7)	Rekonsiliasi Obat (Hari 1, 2, 6 & 7)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)		Gizi (Hari 1-2)	Medis (Hari 1-6)	Edukasi & Konseling Gizi (Hari 1-5)	Keperawatan (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1-7)
1	Pneumonia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
2	Pneumonia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	Pneumonia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
4	Pneumonia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
5	Pneumonia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
Total (%)		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	20,0	

Penerapan Integrated Clinical Pathway (ICP)																							
Terapi Medikamentosa				Tatalaksana/Intervensi				Monitoring & Evaluasi				Mobilitasi/ Rehabilitasi				Outcome/Hasil				Kriteria Pulang (Hari 4)	Rencana Pulang (Hari 1-7)	Total	%
Injeksi (Hari 1-5)		Cairan Infus (1-5)		Obat Oral (6 & 7)		Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Dokter DPJP (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Fisioterapi (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 6)	Farmasi (Hari 1-7)				
Levofloksasin 1x 750 mg	Moksisifloksasin 1x 400 mg	RL 20 tts/i	Klaritromisin 1x 500 mg (3-5 hari)	Azitromisin 1x 500 mg (3-5 hari)	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	36	92,31	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	38	97,44	
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	36	92,31	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	36	92,31	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	37	94,87	
100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	60,0	80,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3160,0	92,9	

Keterangan:

Penerapan ICP:

1: Dilakukan  
0: Tidak Dilakukan

Kepatuhan:

100% : Patuh  
<100% : Tidak Patuh

Catatan: Skor yang wajib dilakukan = 39

MUTU KLINIS (OUTCOMES), LENGTH OF STAY (LOS) DAN HOSPITAL COST PNEUMONIA

No Responden	Diagnosa	Mutu Klinis (Outcomes)										Length Of Stay (LOS)					Hospital Cost							
		Kebutuhan berkurang (Hari 1-7)			Terjadi perbaikan hasil LAB: Leucositosis dalam batas normal (Hari 1-7)			Foto Thorax tampak perbaikan (Hari 1-7)			Bebas demam dalam 48 jam, suhu axilla kurang dari 37,5°C (Hari 2-6)			Tgl Masuk	Tgl Keluar	Lama Rawat	Kategori	Kode	Tarif RS (Rp)	Tarif BPJS (Rp)	Selish BPJS-RS (Rp)	Kategori	Kode	Keterangan
		Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode	Keterangan	
1	Pneumonia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	6	9	3	Sesuai ICP	1	983.000	3.550.100	2.567.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung
2	Pneumonia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	17	19	2	Sesuai ICP	1	2.101.100	3.550.100	1.449.000	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung
3	Pneumonia	2	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	4	8	4	Sesuai ICP	1	1.486.500	3.550.100	2.063.600	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung
4	Pneumonia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	18	21	3	Sesuai ICP	1	1.232.000	3.550.100	2.318.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung
5	Pneumonia	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	1	3	2	Sesuai ICP	1	718.000	4.260.100	3.542.100	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung
														Rata-rata	2,8	Sesuai ICP	1	1.304.120	3.692.100	2.387.980	Sesuai INA-CBGS	1	Selish Untung	

Keterangan:

Mutu Klinis dan LOS:

0: Tidak Sesuai ICP  
1: Sesuai ICP

Hospital Cost:

0: Tidak Sesuai INA-CBGS  
1: Sesuai INA-CBGS

#### 4. TB Paru

### KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Responden	Karakteristik Responden							
	Inisial	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Pekerjaan		Diagnosa	Ruangan/Kelas Perawatan
			Kategori	Kode	Kategori	Kode		
1	C	76	Laki-laki	1	Wiraswasta	2	TB Paru	3
2	S	60	Laki-laki	1	Buruh	6	TB Paru	3
3	N	21	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	TB Paru	3
4	R	51	Perempuan2	2	IRT	5	TB Paru	3
5	B	67	Laki-laki	1	Pelajar/Mahasiswa	2	TB Paru	3
6	R	18	Perempuan	2	Pelajar/Mahasiswa	4	TB Paru	3
7	M	43	Laki-laki	1	Wiraswasta	2	TB Paru	3
8	A	44	Laki-laki	1	Karyawan	3	TB Paru	3
9	N	64	Laki-laki	1	Wiraswasta	2	TB Paru	3
10	M	56	Laki-laki	1	Wiraswasta	2	TB Paru	3
11	M	75	Laki-laki	1	Pensiunan	7	TB Paru	1
12	R	50	Perempuan	2	IRT	5	TB Paru	3

**Keterangan:**

- 1: PNS
- 2: Wiraswasta
- 3: Karyawan
- 4: Pelajar/Mahasiswa
- 5: IRT
- 6: Buruh
- 7: Pensiunan
- 8: Belum Sekolah

PENERAPAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) TB PARU

No Responden	Diagnosa	Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																	
		Asesmen Awal		Pemeriksaan Penunjang		Asesmen Lanjutan				Diagnosis			Discharge Planning			Edukasi Terintegrasi			
		Medis Dokter ICD Spesialis Paru (Hari 1)	Keperawatan (Hari 1)	Laboratorium (Hari 1)	Radiologi (Hari 1 & 2)	Medis (Hari 1-6)	Keperawatan (Hari 1-6)	Gizi (Hari 1-2)	Farmasi (Hari 1-7)		Medis (Hari 1-6)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-2)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Farmakologi (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1, 6 & 7)
									Telaah Resep	Rekonsiliasi Obat									
1	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	TB Paru	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	
3	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
5	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
7	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
9	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	TB Paru	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	
11	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	TB Paru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Total (%)		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	100,0	83,3	91,7	100,0	83,3	100,0	100,0	83,3	

Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																				
Terapi Medikamentosa		Tatalaksana/Intervensi				Monitoring & Evaluasi				Mobilisasi/ Rehabilitasi	Outcome/Hasil				Kriteria Pulang (Hari 7)	Rencana Pulang (Hari 1-6)	Total	%	Varian	
Cairan Infus (Hari 1-4)	Obat Oral (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-2)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1-7)	Dokter DPJP (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-6)	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 7)	Farmasi (Hari 1-6)						
1	RL	Rifampisin, Isoniazid, Pirazinamid, Etambutol, Streptomisin	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	22	62,9	Febris
1			1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	30	85,7	Febris	
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	33	94,3	Tidak ada
1			1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	21	60,0	DM	
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	100,0	Tidak ada
100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	83,3	100,0	100,0	66,7	66,7	100,0	100,0	100,0	75,0	75,0	100,0	75,0	3133,3	92,2		

Keterangan:

Penerapan ICP:

1: Dilakukan  
0: Tidak Dilakukan

Kepatuhan:

100% : Patuh  
<100% : Tidak Patuh

Catatan: Skor yang wajib dilakukan = 35

MUTU KLINIS (OUTCOMES), LENGTH OF STAY (LOS) DAN HOSPITAL COST TB PARU

No Responden	Diagnosa	Mutu Klinis (Outcomes) (Hari 1-7)						Length Of Stay (LOS)					Hospital Cost					
		Keluhan Berkurang			Nafsu Makan Membaik			Tgl Masuk	Tgl Keluar	Lama Rawat (Hari)	Kategori	Kode	Tarif RS (Rp)	Tarif BPJS (Rp)	Selisih BPJS-RS (Rp)	Kategori	Kode	Keterangan
		Hari	Kategori	Kode	Hari	Kategori	Kode											
1	TB Paru	2	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	13	16	3	Sesuai ICP	1	1.701.000	4.260.700	2.559.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
2	TB Paru	6	Sesuai ICP	1	6	Sesuai ICP	1	10	17	7	Sesuai ICP	1	3.302.000	4.260.700	958.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
3	TB Paru	5	Sesuai ICP	1	5	Sesuai ICP	1	10	16	6	Sesuai ICP	1	2.427.000	4.260.700	1.833.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
4	TB Paru	5	Sesuai ICP	1	5	Sesuai ICP	1	12	17	5	Sesuai ICP	1	2.207.000	4.260.700	2.053.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
5	TB Paru	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	2	6	4	Sesuai ICP	1	1.612.000	4.260.700	2.648.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
6	TB Paru	2	Sesuai ICP	1	2	Sesuai ICP	1	6	8	2	Sesuai ICP	1	694.000	4.260.700	3.566.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
7	TB Paru	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	1	6	5	Sesuai ICP	1	2.019.000	4.260.700	2.241.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
8	TB Paru	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	11	16	5	Sesuai ICP	1	1.352.500	4.260.700	2.908.200	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
9	TB Paru	4	Sesuai ICP	1	3	Sesuai ICP	1	3	7	4	Sesuai ICP	1	2.391.000	4.260.700	1.869.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
10	TB Paru	10	Tidak Sesuai ICP	0	11	Tidak Sesuai ICP	0	1	13	12	Tidak Sesuai ICP	0	6.174.000	4.260.700	-1.913.300	Tidak Sesuai INA-CBGS	0	Selisih Rugi
11	TB Paru	5	Sesuai ICP	1	5	Sesuai ICP	1	1	7	6	Sesuai ICP	1	4.614.500	5.965.000	1.350.500	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
12	TB Paru	4	Sesuai ICP	1	4	Sesuai ICP	1	1	6	5	Sesuai ICP	1	1.794.000	4.260.700	2.466.700	Sesuai INA-CBGS	1	Selisih Untung
<b>Rata-rata</b>										<b>5,3</b>	<b>Sesuai ICP</b>	<b>1</b>	<b>2.524.000</b>	<b>4.402.725</b>	<b>1.878.725</b>	<b>Sesuai INA-CBGS</b>	<b>1</b>	<b>Selisih Untung</b>

Keterangan:

Mutu Klinis dan LOS:

0: Tidak Sesuai ICP

1: Sesuai ICP

Hospital Cost:

0: Tidak Sesuai INA-CBGS

1: Sesuai INA-CBGS

## 5. PPOK

### KARAKTERISTIK RESPONDEN

No Responden	Karakteristik Responden							
	Inisial	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin		Pekerjaan		Diagnosa	Ruangan/Kelas Perawatan
			Kategori	Kode	Kategori	Kode		
1	B	74	Laki-laki	1	Pensiunan	7	PPOK	1
2	J	63	Laki-laki	1	Pensiunan	7	PPOK	2

**Keterangan:**

1: PNS

2: Wiraswasta

3: Karyawan

4: Pelajar/Mahasiswa

5: IRT

6: Buruh

7: Pensiunan

8: Belum Sekolah



PENERAPAN INTEGRATED CLINICAL PATHWAY (ICP) PPOK

No Responden	Diagnosa	Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																	
		Asesmen Awal (Hari 1)		Pemeriksaan Penunjang (Hari 1)		Asesmen Lanjutan					Diagnosis			Discharge Planning	Edukasi Terintegrasi				Injeksi (Hari 1-5)
		Medis	Keperawatan	Laboratorium	Radiologi	Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-2)	Farmasi		Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-2)		Medis (Hari 1-7)	Medis (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1,2,7)	Keperawatan (Hari 1-7)	
									Dokter IGD & Spesialis Paru	Telaah Resep (Hari 1-7)				Rekonsiliasi Obat (Hari 1, 2, 6-7)					Ceftriaxon 1 x 1-2 gram; Cefotaksim 2 x 1-2 gram selama 3-5 hari; Levofloksasin 1 x 500-750 mg; Moxifloksasin 1 x 400mg
1	PPOK	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	PPOK	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Total (%)</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Penerapan Integrated Clinical Pathway(ICP)																						
Terapi Medikamentosa					Tatalaksana/Intervensi																	
Nebulizer (Hari 1-5)	Inhalasi (Hari 1-5)	Cairan Infus (Hari 1-4)	Obat Oral		Medis (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Dokter DPJP (Hari 1-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 1-7)	Farmasi (Hari 1-7)	Mobilisasi/Rehabilitasi (Hari 1-6)	Outcome/Hasil				Kriteria Pulang (Hari 7)	Rencana Pulang (Hari 6&7)	Total	%	Varian	
			Hari 1-7:	Hari 6-7:									Medis (Hari 3-7)	Keperawatan (Hari 1-7)	Gizi (Hari 7)	Farmasi (Hari 1-7)						
Salbutamol 2,5 mg; Ipratropium bromide & Salbutamol, Fluticasone propionate 0,5 ug/2ml nebulizer (Flitoxide)	Fenoterol HBr 100-200 mcg; Salbutamol 200 mcg; Indakaterol 150 mcg; Tiotropium bromida 2,5 mcg; Budenosida 200mcg; Budenosid/Formoterol 160/4,5 mcg; Salmeterol xinafoate 50/100mcg	Ringer laktat 500 ml; Natrium Klorida 0,9% 500 ml; Natrium klorida 100 ml	Hari 1-7: Aminofilin 100mg; Aminofilin 200mg; Metil prednisolon 4mg; Ambroxol 30 mg; Codein 10 mg;Acetylcystein 200mg	Hari 6-7: Cefiksim 2 x 100mg; 1 x 200mg; Azitromisin 1 x 500 mg; Levofloksasin 1 x 500-750mg	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36	97,3	FEBRIS
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35	94,6	
<b>100,0</b>		<b>50,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>3550,0</b>	<b>95,9</b>	

Keterangan:

Penerapan ICP:

1: Dilakukan  
0: Tidak Dilakukan

Kepatuhan:

100% : Patuh  
<100% : Tidak Patuh

Catatan: Skor yang wajib dilakukan = 37

MUTU KLINIS (OUTCOMES), LENGTH OF STAY (LOS) DAN HOSPITAL COST PPOK

No Responden	Diagnosa	Mutu Klinis (Outcomes) (Hari 3-7)								Length Of Stay (LOS)				Hospital Cost										
		Sejak Berkurang		Berkurang		Nafsu Makan Membaik		Suaras Napas Wheezing Berkurang		TTV Stabil		Tgl Masuk	Tgl Keluar	Lama Rawat (Hari)	Kategori	Kode	Tarif RS (Rp)	Tarif BPJS (Rp)	Selisih BPJS-RS (Rp)	Kategori	Kode	Keterangan		
		Hari	Keterangan	Hari	Keterangan	Hari	Keterangan	Hari	Keterangan	Hari	Keterangan													
1	PPOK	6	Sesuai ICP	7	Sesuai ICP	4	Sesuai ICP	4	Sesuai ICP	6	Sesuai ICP	8	Tidak Sesuai ICP	17-Mar-23	25-Mar-23	8	Tidak Sesuai ICP	0	5.586.000	5.074.100	-511.900	Tidak Sesuai INA-CBGS	0	Seluruh Rugi
2	PPOK	3	Sesuai ICP	3	Sesuai ICP	2	Sesuai ICP	2	Sesuai ICP	3	Sesuai ICP	4	Sesuai ICP	13-Mar-23	17-Mar-23	4	Sesuai ICP	1	842.000	4.349.200	4.265.000	Sesuai INA-CBGS	1	Seluruh Untung
												Rata-rata	6,0	Sesuai ICP	1	3.214.000	4.711.650	1.876.550	Sesuai INA-CBGS	1	Seluruh Untung			

Keterangan:

Mutu Klinis dan LOS:

0: Tidak Sesuai ICP  
1: Sesuai ICP

Hospital Cost:

0: Tidak Sesuai INA-CBGS  
1: Sesuai INA-CBGS

## B. HASIL ANALISIS

### 1. Karakteristik Responden

**Descriptive Statistics**

Diagnosa Penyakit	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dyspepsia Umur Responden	17	12	63	39.41	18.170
Valid N (listwise)	17				
Thypoid Umur Responden	12	2	57	23.25	19.358
Valid N (listwise)	12				
Pneumonia Umur Responden	5	5	53	34.80	19.136
Valid N (listwise)	5				
TB Paru Umur Responden	12	18	76	52.08	18.637
Valid N (listwise)	12				
PPOK Umur Responden	2	63	74	68.50	7.778
Valid N (listwise)	2				

**Jenis Kelamin Responden**

Diagnosa Penyakit	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dyspepsia Valid	Laki-laki	4	23.5	23.5
	Perempuan	13	76.5	100.0
	Total	17	100.0	100.0
Thypoid Valid	Laki-laki	3	25.0	25.0
	Perempuan	9	75.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0
Pneumonia Valid	Laki-laki	4	80.0	80.0
	Perempuan	1	20.0	100.0
	Total	5	100.0	100.0
TB Paru Valid	Laki-laki	8	66.7	66.7
	Perempuan	4	33.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0
PPOK Valid	Laki-laki	2	100.0	100.0

**Pekerjaan Responden**

Diagnosa Penyakit			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dyspepsia	Valid	Wiraswasta	1	5.9	5.9	5.9
		Karyawan Swasta	1	5.9	5.9	11.8
		Pelajar/Mahasiswa	5	29.4	29.4	41.2
		IRT	6	35.3	35.3	76.5
		Buruh	3	17.6	17.6	94.1
		Pensiunan	1	5.9	5.9	100.0
		Total	17	100.0	100.0	
Thypoid	Valid	Wiraswasta	1	8.3	8.3	8.3
		Pelajar/Mahasiswa	5	41.7	41.7	50.0
		IRT	4	33.3	33.3	83.3
		Belum Sekolah	2	16.7	16.7	100.0
		Total	12	100.0	100.0	
Pneumonia	Valid	IRT	1	20.0	20.0	20.0
		Buruh	3	60.0	60.0	80.0
		Belum Sekolah	1	20.0	20.0	100.0
		Total	5	100.0	100.0	
TB Paru	Valid	Wiraswasta	5	41.7	41.7	41.7
		Karyawan Swasta	1	8.3	8.3	50.0
		Pelajar/Mahasiswa	2	16.7	16.7	66.7
		IRT	2	16.7	16.7	83.3
		Buruh	1	8.3	8.3	91.7
		Pensiunan	1	8.3	8.3	100.0
		Total	12	100.0	100.0	
PPOK	Valid	Pensiunan	2	100.0	100.0	100.0

**Kelas Perawatan**

Diagnosa Penyakit			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dyspepsia	Valid	1	5	29.4	29.4	29.4
		2	3	17.6	17.6	47.1
		3	9	52.9	52.9	100.0
		Total	17	100.0	100.0	
Thypoid	Valid	1	1	8.3	8.3	8.3
		2	4	33.3	33.3	41.7
		3	7	58.3	58.3	100.0
		Total	12	100.0	100.0	
Pneumonia	Valid	2	1	20.0	20.0	20.0
		3	4	80.0	80.0	100.0
		Total	5	100.0	100.0	
TB Paru	Valid	1	1	8.3	8.3	8.3
		3	11	91.7	91.7	100.0
		Total	12	100.0	100.0	
PPOK	Valid	1	1	50.0	50.0	50.0
		2	1	50.0	50.0	100.0
		Total	2	100.0	100.0	

## 2. Penerapan Dan Kelengkapan Pengisian ICP

### Penerapan ICP

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan	Kepatuhan	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Dyspepsia	1	Valid	Tidak Patuh	5	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Patuh	3	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Patuh	8	88.9	88.9	88.9
			Patuh	1	11.1	11.1	100.0
			Total	9	100.0	100.0	
Thypoid	1	Valid	Tidak Patuh	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Patuh	3	75.0	75.0	75.0
			Patuh	1	25.0	25.0	100.0
			Total	4	100.0	100.0	
	3	Valid	Tidak Patuh	7	100.0	100.0	100.0
Pneumonia	2	Valid	Tidak Patuh	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Patuh	4	100.0	100.0	100.0
TB Paru	1	Valid	Patuh	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Patuh	4	36.4	36.4	36.4
			Patuh	7	63.6	63.6	100.0
		Total	11	100.0	100.0		
PPOK	1	Valid	Tidak Patuh	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Patuh	1	100.0	100.0	100.0

### Kelengkapan Pengisian ICP

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan	Kelengkapan	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Dyspepsia	1	Valid	Tidak Lengkap	5	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Lengkap	3	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Lengkap	9	100.0	100.0	100.0
Thypoid	1	Valid	Tidak Lengkap	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Lengkap	4	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Lengkap	7	100.0	100.0	100.0
Pneumonia	2	Valid	Tidak Lengkap	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Lengkap	4	100.0	100.0	100.0
TB Paru	1	Valid	Tidak Lengkap	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	Tidak Lengkap	11	100.0	100.0	100.0
PPOK	1	Valid	Tidak Lengkap	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	Tidak Lengkap	1	100.0	100.0	100.0

### 3. Mutu Klinis/Outcome

#### a. Dyspepsia

#### Descriptives

**Descriptive Statistics**

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tidak Ada Nyeri	17	2	5	3.18	.883
Kondisi Stabil dan Membaik	17	2	5	3.18	.883
Hasil Lab Normal	17	2	5	3.18	.883
Valid N (listwise)	17				

#### Frequency Table

**Tidak Ada Nyeri**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	23.5	23.5	23.5
	3	7	41.2	41.2	64.7
	4	5	29.4	29.4	94.1
	5	1	5.9	5.9	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

**Kondisi Stabil dan Membaik**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	23.5	23.5	23.5
	3	7	41.2	41.2	64.7
	4	5	29.4	29.4	94.1
	5	1	5.9	5.9	100.0
	Total	17	100.0	100.0	

**Hasil Lab Normal**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	23.5	23.5	23.5
	3	7	41.2	41.2	64.7
	4	5	29.4	29.4	94.1
	5	1	5.9	5.9	100.0
	Total	17	100.0	100.0	



**b. Thypoid  
Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tegaknya Diagnosis Berdasarkan Pemfis	12	1	1	1.00	.000
Didapatkan Diagnosis Definitif Salmonella Typhi	12	2	2	2.00	.000
Valid N (listwise)	12				

**Frequency Table**

**Tegaknya Diagnosis Berdasarkan Pemfis**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	100.0	100.0	100.0

**Didapatkan Diagnosis Definitif Salmonella Typhi**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	12	100.0	100.0	100.0

**c. Pneumonia  
Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Keluhan Berkurang	5	2	2	2.00	.000
Perbaikan Hasil Lab	5	2	3	2.20	.447
Perbaikan Foto Thorax	5	2	3	2.60	.548
Bebas Demam Dalam 48 Jam	5	2	3	2.40	.548
Valid N (listwise)	5				

**Frequency Table**

**Keluhan Berkurang**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	5	100.0	100.0	100.0

**Perbaikan Hasil Lab**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	80.0	80.0	80.0
	3	1	20.0	20.0	100.0
	Total	5	100.0	100.0	

**Perbaikan Foto Thorax**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	40.0	40.0	40.0
	3	3	60.0	60.0	100.0
	Total	5	100.0	100.0	

**Bebas Demam Dalam 48 Jam**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	3	60.0	60.0	60.0
	3	2	40.0	40.0	100.0
	Total	5	100.0	100.0	

**d. Tb Paru**  
**Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Keluhan Berkurang	12	2	10	4.58	2.065
Nafsu Makan Membaik	12	2	11	4.67	2.270
Valid N (listwise)	12				

**Frequency Table**

**Keluhan Berkurang**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	2	16.7	16.7	16.7
	4	5	41.7	41.7	58.3
	5	3	25.0	25.0	83.3
	6	1	8.3	8.3	91.7
	10	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

**Nafsu Makan Membaik**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	8.3	8.3	8.3
	3	2	16.7	16.7	25.0
	4	4	33.3	33.3	58.3
	5	3	25.0	25.0	83.3
	6	1	8.3	8.3	91.7
	11	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

**e. PPOK**  
**Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Indikator	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sesak Berkurang	2	3	6	4.50	2.121
Batuk Berkurang	2	3	7	5.00	2.828
Nafsu Makan Membaik	2	2	4	3.00	1.414
Mampu Melakukan ADL Mandiri	2	2	4	3.00	1.414
Suara Napas Weezing Berkurang	2	3	6	4.50	2.121
TTV Stabil	2	4	8	6.00	2.828
Valid N (listwise)	2				

**Frequency Table**

**Sesak Berkurang**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	50.0	50.0	50.0
	6	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

**Batuk Berkurang**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	50.0	50.0	50.0
	7	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

**Nafsu Makan Membaik**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	50.0	50.0	50.0
	4	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

**Mampu Melakukan ADL Mandiri**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	50.0	50.0	50.0
	4	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

**Suara Napas Weezing Berkurang**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	1	50.0	50.0	50.0
	6	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

**TTV Stabil**

	Hari Ke	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	1	50.0	50.0	50.0
	8	1	50.0	50.0	100.0
	Total	2	100.0	100.0	

#### 4. Length of Stay Descriptives

Descriptive Statistics

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dyspepsia	1	Length of Stay	5	2	5	3.40	1.517
		Valid N (listwise)	5				
	2	Length of Stay	3	3	5	3.67	1.155
		Valid N (listwise)	3				
	3	Length of Stay	9	2	6	4.00	1.323
		Valid N (listwise)	9				
Thypoid	1	Length of Stay	1	3	3	3.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Length of Stay	4	3	5	4.00	1.155
		Valid N (listwise)	4				
	3	Length of Stay	7	2	5	3.57	1.134
		Valid N (listwise)	7				
Pneumonia	2	Length of Stay	1	2	2	2.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Length of Stay	4	2	4	3.00	.816
		Valid N (listwise)	4				
TB Paru	1	Length of Stay	1	6	6	6.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Length of Stay	11	2	12	5.27	2.611
		Valid N (listwise)	11				
PPOK	1	Length of Stay	1	8	8	8.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Length of Stay	1	4	4	4.00	.
		Valid N (listwise)	1				



## Frequency Table

### Length of Stay

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan	LOS	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Dyspepsia	1	Valid	2	2	40.0	40.0
			3	1	20.0	60.0
			5	2	40.0	100.0
		Total	5	100.0	100.0	
	2	Valid	3	2	66.7	66.7
			5	1	33.3	100.0
			Total	3	100.0	100.0
	3	Valid	2	2	22.2	22.2
			4	4	44.4	66.7
			5	2	22.2	88.9
			6	1	11.1	100.0
			Total	9	100.0	100.0
Thypoid	1	Valid	3	1	100.0	100.0
			Total	1	100.0	100.0
	2	Valid	3	2	50.0	50.0
			5	2	50.0	100.0
			Total	4	100.0	100.0
	3	Valid	2	1	14.3	14.3
			3	3	42.9	57.1
			4	1	14.3	71.4
5			2	28.6	100.0	
Total			7	100.0	100.0	
Pneumonia	2	Valid	2	1	100.0	100.0
			Total	1	100.0	100.0
	3	Valid	2	1	25.0	25.0
			3	2	50.0	75.0
			4	1	25.0	100.0
Total	4	100.0	100.0			
TB Paru	1	Valid	6	1	100.0	100.0
			Total	1	100.0	100.0
	3	Valid	2	1	9.1	9.1
			3	1	9.1	18.2
			4	2	18.2	36.4
			5	4	36.4	72.7
			6	1	9.1	81.8
			7	1	9.1	90.9
			12	1	9.1	100.0
Total	11	100.0	100.0			
PPOK	1	Valid	8	1	100.0	100.0
			Total	1	100.0	100.0
PPOK	2	Valid	4	1	100.0	100.0
			Total	1	100.0	100.0

**5. Hospital Cost**  
**a. Tarif Riil RS**  
**Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dyspepsia	1	Tarif RS	5	662000	3630000	1613900.00	1274219.585
		Valid N (listwise)	5				
	2	Tarif RS	3	850000	1540000	1229333.33	350087.608
		Valid N (listwise)	3				
	3	Tarif RS	9	649000	2288000	1196500.00	484894.061
		Valid N (listwise)	9				
Thypoid	1	Tarif RS	1	1161500	1161500	1161500.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Tarif RS	4	776000	1458000	1108250.00	349529.565
		Valid N (listwise)	4				
	3	Tarif RS	7	763000	1525500	1092857.14	269400.216
		Valid N (listwise)	7				
Pneumonia	2	Tarif RS	1	718000	718000	718000.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Tarif RS	4	983000	2101100	1450650.00	479887.060
		Valid N (listwise)	4				
TB Paru	1	Tarif RS	1	4614500	4614500	4614500.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Tarif RS	11	694000	6174000	2333954.55	1437928.761
		Valid N (listwise)	11				
PPOK	1	Tarif RS	1	5586000	5586000	5586000.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Tarif RS	1	824000	824000	824000.00	.
		Valid N (listwise)	1				

## Frequency Table

### Tarif RS

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan	Tarif Rill	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Dyspepsia	1	Valid	662000	1	20.0	20.0	20.0
			677000	1	20.0	20.0	40.0
			985500	1	20.0	20.0	60.0
			2115000	1	20.0	20.0	80.0
			3630000	1	20.0	20.0	100.0
		Total		5	100.0	100.0	
	2	Valid	850000	1	33.3	33.3	33.3
			1298000	1	33.3	33.3	66.7
			1540000	1	33.3	33.3	100.0
			Total	3	100.0	100.0	
	3	Valid	649000	2	22.2	22.2	22.2
			1004500	1	11.1	11.1	33.3
			1170000	2	22.2	22.2	55.6
			1173000	1	11.1	11.1	66.7
			1248000	1	11.1	11.1	77.8
1417000			1	11.1	11.1	88.9	
2288000			1	11.1	11.1	100.0	
Total			9	100.0	100.0		
Thypoid	1	Valid	1161500	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	776000	1	25.0	25.0	25.0
			841000	1	25.0	25.0	50.0
			1358000	1	25.0	25.0	75.0
			1458000	1	25.0	25.0	100.0
		Total	4	100.0	100.0		
	3	Valid	763000	1	14.3	14.3	14.3
			929500	2	28.6	28.6	42.9
			980000	1	14.3	14.3	57.1
1170000			1	14.3	14.3	71.4	
1352500			1	14.3	14.3	85.7	
1525500			1	14.3	14.3	100.0	
Total			7	100.0	100.0		
Pneumonia	2	Valid	718000	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	983000	1	25.0	25.0	25.0
			1232000	1	25.0	25.0	50.0
			1486500	1	25.0	25.0	75.0
	2101100	1	25.0	25.0	100.0		
	Total	4	100.0	100.0			
TB Paru	1	Valid	4614500	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	694000	1	9.1	9.1	9.1
1352500			1	9.1	9.1	18.2	

		1612000	1	9.1	9.1	27.3
		1701000	1	9.1	9.1	36.4
		1794000	1	9.1	9.1	45.5
		2019000	1	9.1	9.1	54.5
		2207000	1	9.1	9.1	63.6
		2391000	1	9.1	9.1	72.7
		2427000	1	9.1	9.1	81.8
		3302000	1	9.1	9.1	90.9
		6174000	1	9.1	9.1	100.0
		Total	11	100.0	100.0	
PPOK	1 Valid	5586000	1	100.0	100.0	100.0
	2 Valid	824000	1	100.0	100.0	100.0

**b. Selisih Tarif INA-CBGs dan Tarif Riil RS  
Descriptives**

**Descriptive Statistics**

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Dyspepsia	1	Selisih	5	-1631600	1336400	384500.00	1274219.585
		Valid N (listwise)	5				
	2	Selisih	3	172900	862900	483566.67	350087.608
		Valid N (listwise)	3				
	3	Selisih	9	-860600	778400	230900.00	484894.061
		Valid N (listwise)	9				
Thypoid	1	Selisih	1	1965500	1965500	1965500.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Selisih	4	1216000	1898000	1565750.00	349529.565
		Valid N (listwise)	4				
	3	Selisih	7	703600	1466100	1136242.86	269400.216
		Valid N (listwise)	7				
Pneumonia	2	Selisih	1	3542100	3542100	3542100.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Selisih	4	1449000	2567100	2099450.00	479887.060
		Valid N (listwise)	4				
TB Paru	1	Selisih	1	1350500	1350500	1350500.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	3	Selisih	11	-1913300	3566700	1926745.45	1437928.761
		Valid N (listwise)	11				
PPOK	1	Selisih	1	-511900	-511900	-511900.00	.
		Valid N (listwise)	1				
	2	Selisih	1	4265000	4265000	4265000.00	.
		Valid N (listwise)	1				



## Frequency Table

### Selisih

Diagnosa Penyakit	Kelas Perawatan	Selisih Tarif	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Dyspepsia	1	Valid	-1631600	1	20.0	20.0	20.0
			-116600	1	20.0	20.0	40.0
			1012900	1	20.0	20.0	60.0
			1321400	1	20.0	20.0	80.0
			1336400	1	20.0	20.0	100.0
			Total	5	100.0	100.0	
	2	Valid	172900	1	33.3	33.3	33.3
			414900	1	33.3	33.3	66.7
			862900	1	33.3	33.3	100.0
			Total	3	100.0	100.0	
	3	Valid	-860600	1	11.1	11.1	11.1
			10400	1	11.1	11.1	22.2
			179400	1	11.1	11.1	33.3
			254400	1	11.1	11.1	44.4
			257400	2	22.2	22.2	66.7
422900			1	11.1	11.1	77.8	
778400			2	22.2	22.2	100.0	
Total			9	100.0	100.0		
Thypoid	1	Valid	1965500	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	1216000	1	25.0	25.0	25.0
			1316000	1	25.0	25.0	50.0
			1833000	1	25.0	25.0	75.0
			1898000	1	25.0	25.0	100.0
			Total	4	100.0	100.0	
	3	Valid	703600	1	14.3	14.3	14.3
			876600	1	14.3	14.3	28.6
			1059100	1	14.3	14.3	42.9
			1249100	1	14.3	14.3	57.1
1299600			2	28.6	28.6	85.7	
1466100			1	14.3	14.3	100.0	
Total	7	100.0	100.0				
Pneumonia	2	Valid	3542100	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	1449000	1	25.0	25.0	25.0
			2063600	1	25.0	25.0	50.0
			2318100	1	25.0	25.0	75.0
			2567100	1	25.0	25.0	100.0
			Total	4	100.0	100.0	
TB Paru	1	Valid	1350500	1	100.0	100.0	100.0
	3	Valid	-1913300	1	9.1	9.1	9.1
			958700	1	9.1	9.1	18.2

			1833700	1	9.1	9.1	27.3
			1869700	1	9.1	9.1	36.4
			2053700	1	9.1	9.1	45.5
			2241700	1	9.1	9.1	54.5
			2466700	1	9.1	9.1	63.6
			2559700	1	9.1	9.1	72.7
			2648700	1	9.1	9.1	81.8
			2908200	1	9.1	9.1	90.9
			3566700	1	9.1	9.1	100.0
			Total	11	100.0	100.0	
PPOK	1	Valid	-511900	1	100.0	100.0	100.0
	2	Valid	4265000	1	100.0	100.0	100.0

# DOKUMENTASI









