

Protap Home Care

Kecamatan Palaran, Samarinda



Oleh: dr. H. Hatmoko

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat-Nya, sehingga kami dapat menyusun " PROSEDUR TETAP " Penatalaksanaan Perawatan Penderita di rumah atau Home Care. Prosedur Tetap ini kami susun berdasarkan Pedoman Pengobatan Pelayanan Dasar Depkes RI tahun 2006, Pedoman Diagnosa dan Terapi RSUD Dr Sutomo Surabaya tahun 2008, dan beberapa panduan perawatan medis yang kami anggap sesuai dengan kondisi epidemiologi di wilayah Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

Home Care di Kecamatan Palaran, Kota Samarinda, sejatinya sudah berlangsung lama, namun masih bersifat individual, belum terorganisir secara rapi dan tidak terencana. Dalam 6 tahun terakhir, tepatnya sejak pertengahan tahun 2004, Home Care Di Kecamatan Palaran, Kota Samarinda sudah mulai dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan dokter dan paramedis. Selain memberikan Pelayanan Perawatan Medis di rumah yang bersifat kuratif (pengobatan), dalam perkembangannya Home Care juga memberikan Pelayanan Perawatan Medis yang bersifat Rehabilitatif (pemulihan) dan Paliatif (suportif), terutama bagi penderita penyakit berat dimana pihak RS tidak mampu lagi merawatnya.

Ke depan, Home Care yang kami kelola ini diharapkan dapat membantu masyarakat, khususnya masyarakat Kecamatan Palaran, sebagai salah satu pilihan perawatan medis di rumah bagi penderita yang ingin dirawat dalam lingkungan keluarga. Walaupun fasilitas Home Care sangat terbatas dibanding RS, kami bertekad untuk mengedepankan mutu pelayanan dengan biaya yang relatif murah dan terjangkau. Untuk menjaga kualitas pelayanan, kami memandang perlu disusunnya Standart

Operasional Prosedure (SOP) yang baku, sederhana, namun menggunakan kaidah-kaidah standar

Pengobatan Medik dan Perawatan yang professional. SOP ini kami sederhanakan dalam bentuk Protap yang meliputi Protap Umum dan Protap Perawatan untuk penyakit-penyakit yang kerap terjadi di wilayah Kecamatan Palaran, Kota Samarinda.

Kami menyadari bahwa penyusunan Protap ini masih banyak kekurangannya, karena itu kami sangat menghargai saran dan kritik dari berbagai pihak untuk perbaikan pelayanan Home Care pada masa yang akan datang.

Samarinda, 01 Agustus

2010 dr. H. Hatmoko

DAFTAR ISI

PRAKATA.....	1
PROTAP UMUM.....	5
ALUR PELAYANAN.....	7
BAGAN ALUR PELAYANAN HOME CARE.....	7
TATALAKSANA HOME CARE.....	8
PRA HOME CARE.....	8
PELAKSANAAN HOME CARE.....	8
KONTROL DAN PEMERIKSAAN.....	8
PASCA HOME CARE.....	9
PROTAP PERAWATAN EMERGENCY.....	10
SYOK ANAFILAKSIS.....	10
PENYEBAB.....	10
REAKSI TUBUH.....	10
DERAJAT ALERGI.....	11
PENATALAKSANAAN REAKSI ALERGI.....	11
SESAK NAFAS (DYSPNEU).....	12
PENYEBAB:.....	12
PENYAKIT-PENYAKIT PENYEBAB SESAK NAFAS.....	12
PENTING PADA ANAMNESA :.....	12
ASMA BRONKIALE.....	12
PAYAH JANTUNG (DECOMPENSASI CORDIS).....	13
DISPEPSIA (GRASITIS).....	13
PENATALAKSANAAN UMUM SESAK NAFAS.....	13
KEJANG DEMAM.....	14
KEJANG DEMAM SEDERHANA.....	14
PENATALAKSANAAN PERTOLONGAN PERTAMA.....	14
KEJANG DEMAM KOMPLIKATA.....	15
PENCEGAHAN.....	15
KEJANG TANPA DEMAM.....	15
PENATALAKSANAAN.....	15
KEJANG PADA DEWASA.....	15
KOLIK ABDOMEN.....	16
DIAGNOSA BANDING.....	16
PENATALAKSANAAN.....	17

ANAMNESA.....	17
PEMERIKSAAN.....	17
TINDAKAN.....	17
KERACUNAN (INTOKSIKASI).....	18
PENATALAKSANAAN UMUM.....	18
RACUN MELALUI MULUT.....	18
RACUN MELALUI MATA.....	18
RACUN INHALASI.....	18
ALKOHOL.....	18
AMIDOPIRIN (ANTALGIN).....	18
SABUN DAN DETERGEN RUMAH TANGGA.....	19
INSEKTISIDA.....	19
GAGAL JANTUNG (DECOMPENSASI CORDIS).....	19
KRITERIA DIAGNOSTIK.....	19
PERAWATAN.....	20
FAKTA SEPUTAR GAGAL JANTUNG.....	20
PROTAP PERAWATAN PENYAKIT.....	21
GASTRO ENTERITIS.....	21
GE PADA DEWASA.....	21
PENYEBAB.....	22
PENATALAKSANAAN.....	22
GE PADA BAYI DAN ANAK.....	22
PENATALAKSANAAN.....	23
DEMAM TIPOID (TYPHUS ABDOMINALIS).....	24
GEJALA KLINIS.....	24
PENATALAKSANAAN.....	24
PENATALAKSANAAN PADA ANAK.....	25
MALARIA.....	25
PERJALANAN PENYAKIT.....	25
GEJALA KLINIS.....	26
PENATALAKSANAAN.....	26
DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD).....	27
GEJALA KLINIS.....	27
PRINSIP PENATALAKSANAAN.....	27
PENATALAKSANAAN RAWAT JALAN.....	27
PENATALAKSANAAN PENDERITA DIRAWAT.....	27

PERAWATAN LUKA (VULNUS).....	28
PENATALAKSANAAN.....	28
PENGOBATAN.....	28
HIPERTENSI.....	30
KLASIFIKASI TEKANAN DARAH.....	30
PENATALAKSANAAN.....	30
Terapi Tanpa Obat:.....	30
TERAPI OBAT ANTIHIPERTENSI.....	30
SINDROMA NEFROTİK (NEPHROTIC SYNDROME).....	32
PENYEBAB UTAMA.....	32
GEJALA KLINIS.....	32
KRITERIA DIAGNOSTIK.....	32
PENATALAKSANAAN.....	33
PENUTUP.....	34
REFERENSI.....	34

PROTAP UMUM

Prosedur Tetap (Protap) Umum Home Care adalah pedoman tatalaksana perawatan secara umum, berlaku bagi segenap komponen pelaksana Home Care, baik bagi Dokter maupun Bidan dan Perawat. Dalam hal yang bersifat khusus semisal: tatalaksana biaya Perawatan, pengelolaan Obat dan Bahan Habis Pakai atau yang lain, diatur dalam pedoman tersendiri.

1. Pelaksana Home Care menerima Penderita dari Dokter Penanggung Jawab, Dokter Praktek, Institusi

Pelayanan Medis atau atas kemauan penderita (keluarganya) dengan indikasi Rawat Inap maupun pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan perawatan penunjang (paliatif) karena berbagai alasan. Langkah awal adalah:

- Pelaksana Home Care mencatat identitas Penderita di Register dan Kartu Status Home Care.
- Periksa Tanda Vital (Tensi, Suhu, Nadi, Respirasi) dan catat di

Buku Vital Sign 2. Melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Bila ada instruksi tertulis: Lakukan sesuai instruksi / tindakan
- Bila belum ada instruksi: Konsultasi Dokter
- Bila Dokter sulit dihubungi: berikan pertolongan pertama sesuai keadaan penderita pada saat itu, misalnya pasang Infus, perawatan luka, pasang kateter, dan lain-lain.
- Setelah diberikan terapi / tindakan, berikan penjelasan kepada penderita atau keluarganya tentang tata cara mengawasi cairan infus, dan tindakan medis lainnya.
- Mencatat setiap tindakan / terapi / konsultasi, dalam Lembar Status.
- Memberi tahu keluarga penderita tentang tata cara menghubungi pelaksana bila sewaktu-waktu diperlukan terkait dengan keluhan penderita.

3. Awasi keadaan umum penderita secara berkala, termasuk pengamatan Vital Sign. Tulis dan buat

grafiknya setiap 6 - 8 jam di Lembar Status atau Buku Vital Sign Home Care.

4. Melaksanakan petunjuk / perintah pengobatan selanjutnya dari Dokter

5. Pemberian obat oral diatur sesuai skedul pengobatan dan kenyamanan penderita.

6. Apabila kondisi Pasien menurun atau mengalami perubahan mendadak, segera konsultasi ke

Dokter Konsultan (dokter penanggung jawab) atau langsung dirujuk ke RS dengan pendampingan. 7. Jika terjadi Anafilaksis shock, tangani sesuai Protap Anafilaksis, kemudian baru konsultasi

8. Pelaksana Home Care hendaknya memberikan tindakan atas rekomendasi Dokter, kecuali Dokter

tidak bisa dihubungi atau pasien memerlukan tindakan cepat.

9. Penggunaan obat dan BHP dicatat di Buku Stok masing-masing pelaksana Home Care.
10. Pasien yang perlu pemeriksaan Laboratorium disiapkan oleh Petugas Pelaksana Home Care,
kemudian dikirim ke Bagian Laboratorium Puskesmas Palaran. Selanjutnya,
hasil Laboratorium dikonsultasikan kepada dokter.
11. Konsultasi Pasien dapat dilakukan melalui Tilpon atau SMS.
12. Jika diperlukan follow up, pasien dapat diperiksa ke Dokter Konsultan (praktek).
13. Rujukan ke Rumah Sakit di Samarinda didampingi Petugas Jaga
14. Pasien yang tidak dapat ditangani di Rumah atau memerlukan tindakan lebih lanjut atau tindakan
operatif, dirujuk ke Rumah Sakit di Samarinda, disertai Rujukan dan tindakan sementara yang sudah
dilakukan.
15. Penggunaan mobil Ambulance hendaknya bekerjasama dengan pihak Puskesmas dan dikenai tarif
sesuai Perda yang berlaku.
16. Dokter dan Pelaksana Home Care tidak diperkenankan menerima sesuatu dan melakukan
deal-deal
dengan pihak manapun yang berujung pada pembengkakan biaya Home Care.
17. Dokter bersama pelaksana Home Care hendaknya membuat standarisasi obat sesuai keperluan
berdasarkan indikasi medis dan memilih Apotik yang kredibel dalam pengadaan obat.
Dalam
menentukan jenis obat hendaknya mempertimbangkan daya jangkau penderita tanpa mengurangi kualitas obat.
18. Penggantian Petugas pelaksana, oleh berbagai sebab, hendaknya melakukan
serah terima,
meliputi: kondisi Pasien, obat dan tindakan medis, sesuai skedul yang telah ditetapkan.
19. Semua komponen Home Care hendaknya bersikap ramah dengan Penderita dan
keluarganya,
memberikan support serta mendidik penderita berkenaan dengan penyakitnya.

PENGINGAT

Sekali lagi, harap diingat oleh sejawat dokter dan paramedis, seberapa baiknya ProTap disusun,

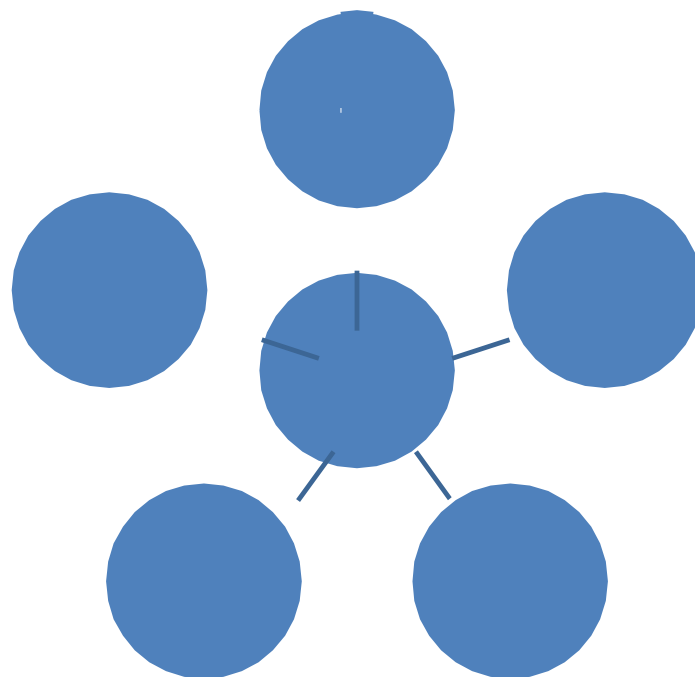
menjadi tiada berarti tanpa dipatuhi. Ibarat kumpulan kata tanpa makna. Tindakan medis hendaknya berlandaskan kepada referensi terkini. Up date dan perbaikan adalah tanggung jawab dokter dan pelaksana Home Care berdasarkan panduan Asuhan Keperawatan dan Protap Home Care serta perkembangan pengetahuan perawatan medis.

ALUR PELAYANAN

Secara garis besar, alur pelayanan Home Care Kecamatan Palaran, Samarinda, sebagaimana tertera pada list di bawah.

- Setiap Pasien, mendapatkan Pelayanan Home Care melalui Dokter Penanggung Jawab, Dokter Konsultan atau langsung melalui Petugas Pelaksana Home Care.
- Petugas Pelaksana Home Care melaksanakan Pelayanan Medis sesuai instruksi Dokter atau Prosedur Tetap Home Care Kecamatan Palaran, Samarinda.
- Petugas Pelaksana Home Care membuat Registrasi dan mencatat di Lembar Status Penderita
- Petugas Pelaksana Home Care mengunjungi Rumah Pasien secara berkala.
- Petugas Pelaksana yang berhalangan dalam perawatan Home Care dapat digantikan oleh petugas lain dengan melakukan serah terima.
- Penderita dirawat hingga sembuh atau hingga akhir perawatan pada perawatan paliatif.
- Apabila perlu dirujuk, maka Pasien dirujuk setelah mendapatkan tindakan stabilisasi
- Apabila Penderita meninggal dunia, Petugas Pelaksana membuat laporan kematian sejak masa perawatan.

BAGAN ALUR PELAYANAN HOME CARE



TATALAKSANA HOME CARE

Berikut ini adalah panduan singkat tatalaksana Home Care, mulai Pra Perawatan di rumah penderita hingga Pasca Perawatan dan jika diperlukan hingga Rehabilitasi serta sistem Reveral.

PRA HOME CARE

1. Dokter dan Tim Home Care merencanakan skedul perawatan penderita sesuai jenis perawatan,
jenis penyakit, gradasi penyakit, dan kondisi klinis penderita berdasarkan Prosedur Perawatan.
Jenis Perawatan, meliputi: Perawatan Kuratif, Perawatan Suportif, Perawatan Rehabilitatif,
Perawatan Paliatif, Perawatan Emergency dan Perawatan Pra-Reveral.
2. Dokter dan Tim Home Care merencanakan pemeriksaan penunjang diagnostik dan follow up jika diperlukan, seperti: Laboratorium, Rontgen dan lain-lain.
3. Pelaksana Home Care mempersiapkan sarana prasarana perawatan, meliputi: Tensimeter, Termometer, Infus Set, Intravena Cath, Cairan infus, Sputum, Needle, Nebulizer, dan lain-lain sesuai keperluan perawatan masing-masing kasus.

PELAKSANAAN HOME CARE

1. Pelaksana Home Care mengunjungi rumah penderita secara berkala sesuai skedul perawatan untuk melaksanakan perawatan dan tindakan medis berdasarkan skedul perawatan.
2. Pelaksana Home Care melaporkan kondisi klinis setiap penderita dan keluhan serta tindakan medis yang sudah dilakukan, meliputi: Kondisi umum terkini setiap penderita, Hasil laboratorium dan obat atau tindakan medis yang telah diberikan dan respon hasil pengobatan.
3. Dokter memonitor pelaksanaan Home Care oleh pelaksana perawatan melalui sarana komunikasi untuk menilai hasil perawatan dan menentukan langkah selanjutnya.

4. Dokter dan Tim Home Care mendiskusikan setiap kasus selama masa Home Care dan Pasca Home Care untuk evaluasi dan perbaikan kualitas perawatan penderita.

KONTROL DAN PEMERIKSAAN

1. Dokter memberikan terapi dan instruksi tindakan medis atau laboratorium serta advis sesuai kondisi klinis penderita pemeriksaan saat penderita kontrol.

2. Dokter memberikan support dan berdialog dengan penderita dan atau keluarganya, secara santun dan bersahabat ketika penderita menjalani kontrol.

PASCA HOME CARE

1. Dokter bersama-sama Pelaksana Home Care melakukan evaluasi klinis setiap penderita pasca pelaksanaan Home Care untuk perbaikan kualitas perawatan di masa yang akan datang.
2. Dokter dan Pelaksana Home Care membuat skedul perawatan jangka panjang bagi penderita yang memerlukan Perawatan Rehabilitatif, seperti: pasca stroke, decompensasi cordis, dan lain-lain.
3. Dokter memberikan bimbingan teknis medis kepada Pelaksana Home Care secara berkala untuk meningkatkan kualitas perawatan.
4. Dokter dan Pelaksana Home Care mengadakan review kasus-kasus khusus dan kasus-kasus yang sering memerlukan Home Care.

CATATAN PENTING

1. Dalam hal memberikan bimbingan teknis medis kepada paramedis, dokter hendaknya senantiasa berlandaskan referensi terkini dan bersikap sebagai partnership. Konsekuensinya, seorang dokter hendaknya rajin membaca dan menganjurkan membaca pula kepada paramedis dengan menunjukkan referensi bahan bacaan.
2. Bimbingan Teknis meliputi: review penyakit-penyakit yang sering memerlukan Home Care, teknis perawatan, teknis tindakan medis dan obat-obatan serta peralatan penunjang perawatan terbaru, untuk meningkatkan kualitas pelayanan Home Care.

3. Dokter dan Tim Home Care perlu merencanakan pengadaan LCD Projector untuk _____ menunjang

Bimbingan Teknis dan review.

4. Dokter Penanggung Jawab dan Tim Home Care menjalin kerjasama dengan para ahli _____ dalam _____ rangka upaya peningkatan kualitas pelayanan Home Care.

PROTAP PERAWATAN EMERGENCY

Yang dimaksud Emergency, adalah kondisi atau penyakit yang memerlukan penanganan khusus berdasarkan tingkat kedaruratan yang mengancam keselamatan penderita. Pada dasarnya semua penderita dengan kondisi atau penyakit apapun perlu mendapatkan penanganan yang cepat pada tahap awal untuk kemudian dilakukan evaluasi dan penatalaksanaan sesuai kondisi penyakitnya.

SYOK ANAFILAKSIS

Reaksi syok anafilaksis adalah terjadinya reaksi renjatan (syok) yang memerlukan tindakan emergency karena bisa terjadi keadaan yang gawat bahkan bisa menimbulkan kematian. Kalangan awam menerjemahkan keracunan, padahal sesungguhnya adalah resiko dari tindakan medis atau penyebab lain yang disebabkan faktor imunologi.

Perlu diingat bahwa reaksi alergi tidak semata ditentukan oleh jumlah alergen. Meski begitu seyogyanya setiap pemberian obat tertentu (umumnya antibiotika secara parenteral) dilakukan test kulit untuk melihat ada tidaknya reaksi alergi. Selain itu penting untuk memberikan penjelasan dan cacatan kepada penderita yang mempunyai riwayat alergi, agar tidak terjadi reaksi syok anafilaksis.

PENYEBAB

1. Obat-obatan:
 - Protein: Serum heterolog, vaksin,ektrak alergen
 - Non Protein: Antibiotika,sulfonamid, anestesi lokal, salisilat.
2. Makanan: berbagai jenis makanan yang menimbulkan reaksi alergi setelah mengkonsumsinya.
3. Lain-lain: Olah raga, berlari, sengatan (tawon, semut, dan lain-lain)

REAKSI TUBUH

1. Lokal: Urtikaria, angio-edema

2. Sistemik:

- Kulit/mukosa: konjungtivitis, rash, urtikaria
- Saluran napas: edema laring, spasme bronkus
- Kardiovaskuler: aritmia
- Saluran cerna: mual, muntah, nyeri perut, diare

DERAJAT ALERGI

1. Ringan: Rasa tidak enak, rasa penuh di mulut, hidung tersumbat, edema pre-orbita, kulit gatal, mata berair.
2. Sedang: Seperti di atas, ditambah bronkospasme
3. Berat (syok):
 - Gelisah, kesadaran menurun
 - Pucat, keringat banyak, acral dingin
 - Jantung berdebar, nyeri dada, takikardi, takipneu
 - Tekanan darah menurun, oliguri

PENATALAKSANAAN REAKSI ALERGI

1. Ringan: Stop alergen, beri Antihistamin
2. Sedang:
 - Seperti di atas di tambah: aminofilin atau inj. Adrenalin 1/1000 0,3 ml sc/im, dapat diulang tiap 10-15 menit sampai sembuh, maksimal 3 kali.
 - Amankan jalan nafas, Oksigenasi.
3. Berat:
 - Seperti sedang ditambah: posisi terlentang, kaki di atas
 - Infus NaCl 0,9% atau D5%
 - Hidrokortison 100 mg atau deksametason iv tiap 8 jam
 - Bila gagal: beri difenhidramin HCl 60-80 mg iv secara pelan > 3 menit
 - Jika alergen adalah suntikan, pasang manset di atas bekas suntikan (dilepas tiap 10-15 menit) dan beri adrenalin 0,1-0,5 ml im pada bekas suntikan
 - Awasi tensi, nadi, suhu tiap 30 menit
 - Setelah semua upaya dilakukan, jika dalam 1 jam tidak ada perbaikan rujuk ke RS.

P E N T I N G

Semua jenis obat mempunyai potensi sebagai alergen, dan dapat menyebabkan hipersensitif dengan berbagai derajat reaksi alergi. Dalam menghadapi reaksi alergi

berat yakni syok anafilaksis, yang
diperlukan adalah ketenangan, namun harus cepat memberikan pertolongan.

SESAK NAFAS (DYSPNEU)

PENYEBAB:

- Berbagai penyakit yang memerlukan penanganan cepat
- Jika diagnosis dan terapi terlambat → fatal
- Penatalaksanaan, anamnesis, pemeriksaan jasmani yang seksama → sangat penting.

PENYAKIT-PENYAKIT PENYEBAB SESAK NAFAS

- Alergi: Asma Bronkiale
- Kardiologi: Payah Jantung
- Pulmonologi: Efusi pleura, Pneumonia, Pneumothoraks, Penyakit Paru Obstruksi Menahun (PPOM)
- Penyakit dalam: Gastritis, Esofagitis
- Psikiatri: Kesakitan atau ketegangan

PENTING PADA ANAMNESA :

- Sejak Kapan: Baru saja ? Sudah lama dan kambuh-kambuhan ? Tiba-tiba atau perlahan ?
- Apakah timbul sesudah kegiatan fisik berat ?
- Apakah timbul bila berjalan jauh atau naik tangga ?
- Apakah disertai batuk-batuk ?
- Apakah disertai sputum : banyak? Berbuih?
- Mengandung darah ?
- Apakah disertai nyeri dada kiri?

ASMA BRONKIALE

Anamnesa:

- Sering kambuh pada saat-saat tertentu (menjelang pagi, udara dingin, banyak debu, dll)
- Nafas berbunyi, disertai/ tanpa sputum
- Kadang ada riwayat alergi (makanan tertentu, Obat, dll)
- Ada riwayat alergi/ sesak pada keluarga lain yang sedarah
- Kadang dicetuskan oleh stres.

|

{ }

PAYAH JANTUNG (DECOMPENSASI CORDIS)

Anamnesa:

- Timbul setelah aktivitas fisik berat (jalan jauh, naik tangga, dll) dan berkurang dengan istirahat
- Lebih enak berbaring dengan bantal tinggi.

Adapun dugaan penyakit-penyakit Efusi Pleura, Pneumonia, Pneumothorax, Penyakit Paru Obstruktif Menahun, dapat dilakukan melalui anamnesa yang ditandai dengan: Sesak napas terus-menerus dan berkepanjangan.

DISPEPSIA (GASTRITIS)

Sesak nafas di hulu hati, sesaknya berhubungan dengan kecemasan, makanan, misalnya sesudah makan makanan yang merangsang (pedas, kecut, kopi, dll)

PENATALAKSANAAN UMUM SESAK NAFAS

- Diagnosis Pasti : anamnesis, pemeriksaan fisik, foto thorak, EKG.
- Berikan O₂: 2-4 liter/ menit tergantung derajat sesaknya (secara intermiten)
- Infus D5% 8 tetes/menit, jika bukan payah jantung → tetesan dapat lebih cepat
- Posisi setengah duduk atau berbaring dengan bantal tinggi → usahakan yang paling enak buat pasien. Bila syok → Posisi kepala jangan tinggi.
- Cari penyebab → tindakan selanjutnya tergantung penyebab. PERHATIAN :
 - Pada panyak jantung → jangan beri infus NaCl, dan tetesan harus pelan sekali → agar tidak makin memberatkan beban jantung
 - Pada (riwayat) sakit dada → jangan injeksi adrenalin → fatal
 - Pada PPOM, jika diperlukan O₂ → aliran kecil : 1-2 liter/ menit → untuk mencegah Apnea. Pengobatan Spesifik:

Penatalaksanaan secara spesifik dilanjutkan sesuai dengan kausanya.

Sesak ... tidak melulu berkaitan dengan kondisi paru saja ... payah jantung atau decompensasi cordis atau pembesaran jantung (sengaja penulis menggunakan istilah pembesaran dan bukan pembengkakan agar orang tidak takut) juga sesak.

Menangis terengah-engah juga menyesakkan, demikian pula dispepsia, ulu hati serasa terdorong ke atas hingga dada terasa sesak dan terhimpit.

KEJANG DEMAM

Kejang Demam ialah kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh yang disebabkan oleh proses ekstrakranial.

Pembagian:

1. Kejang Demam Sederhana (KDS)
2. Kejang Demam Komplikata

KEJANG DEMAM SEDERHANA

Penyebab: OMP, Bronkopneumonia, Tonsilofaringitis akut, GE, dll. Gejala dan Tanda:

* Umur 6 bulan - 4 tahun

* Lama kejang < 15 menit

* Kejang bersifat umum

* Kejang terjadi dalam 16 jam sesudah terjadi kenaikan suhu tubuh * Frekuensi < 4 x/ tahun

* Gambaran EEG normal (diperiksa sedikitnya 1 minggu setelah kejang)

PENATALAKSANAAN PERTOLONGAN PERTAMA

* Bebaskan jalan Nafas

* Letakan karet antara kedua rahang supaya lidah tidak tergigit * Monggarkan pakaian

* Tempatkan penderita sedemikian rupa supaya tidak cedera. * Memberantas kejang secepatnya:

1. Beri Diazepam (Valium) iv pelan-pelan (dalam 2-3 menit) dengan dosis:

- BB < 10 kg: 0,5 mg/ kg BB minimal 2,5 mg atau Stesolid suppos. 5 mg
- BB > 10 kg: 0,5 mg/ kg BB minimal 7,5 mg atau stesolid suppos. 10 mg
- Bila dalam 20 menit tidak berhenti dapat diulangi dengan dosis yang sama dan bila dalam 20

—menit tidak juga berhenti -> ulangi dengan dosis yang sama tetapi im.

2. Jika tidak ada Diazepam dapat diberikan Fenobarbital (Luminal) im/iv dengan dosis :
 - Usia < 1 tahun: 50 mg → dalam 15 menit tidak berhenti → ulangi dengan dosis 30 mg.

- Usia > 1 tahun: 75 mg → dalam 15 menit tidak berhenti → ulangi dengan dosis 50 mg.
 - Turunkan panas dengan kompres air/ es, dan beri parasetamol 10 mg/kg BB/ dosis.
 - Cari penyebab: beri Diazepam dan parasetamol untuk penyakit-
penyakit yang disertai
demam.
-

KEJANG DEMAM KOMPLIKATA

Penyebab:

Meningitis, Ensefalitis, Abses

Otak. Gejala dan Tanda:

Di luar kriteria Kejang Demam Sederhana (KDS)

PENCEGAHAN

Beri fenobarbital (Luminal) 5-7 mg/kg/24 jam dibagi dalam 3 dosis, diberikan sampai 2 tahun bebas kejang atau sampai usia 6 tahun.

KEJANG TANPA DEMAM

Kejang tanpa demam adalah bangkitan kejang yang terjadi tanpa disertai kenaikan suhu tubuh, dapat bersifat klonik maupun tonis. Umumnya karena proses intrakranial yang merupakan kelanjutan kejang demam komplikata, misalnya terjadi epilepsi.

PENATALAKSANAAN

Sama dengan Kejang Demam Komplikata, tetapi tanpa penurunan panas

KEJANG PADA DEWASA

Prinsip penatalaksanaan sama dengan anak, hanya berbeda dosis, yaitu :

- Diazepam 1- 20 mg iv pelan-pelan, 30 menit tidak berhenti ulangi dengan dosis sama, dapat sampai
3 kali.
- Bila tidak ada Diazepam, dapat diberikan Luminal 100 mg im, dapat diulang 3 kali.

- Jika usaha tersebut tidak menolong dan terjadi status konvulsi: rujuk dengan infus D10% terpasang didampingi seorang paramedis.

KOLIK ABDOMEN

Berdasarkan letaknya, maka secara garis besar dapat dibuat prakiraan diagnosa sebagaimana pembagian di bawah ini.

DIAGNOSA BANDING

KANAN ATAS:

- Kolesistitis akut
- Pankreasitis akut
- Perforasi tukak peptik
- Hepatitis akut
- Abses hati
- Kongestif hepatomegali akut
- Pneumonia dengan reaksi pleura

KIRI ATAS:

- Perforasi lambung
- Pankreasitis akut
- Perforasi kolon
- Pneumonia dengan reaksi pleura
- Infark Miokard
- Pielonefritis akut

PERI UMBILIKAL:

- Obstruksi
- Apendiksitis
- Pankreasitis akut

- Hernia strangulasi

- Divertikulitis

KANAN BAWAH:

- Apendiksitis
- Adneksitis
- Endometriosis
- KET (kehamilan ektopik terganggu)
- Divertikulitis
- Perforasi caecum

- Batu ureter

- Hernia

- Abses psoas

KIRI BAWAH:

- Divertikulitis
- Adneksitis / Endometriosis
- Perforasi kolon / sigmoid
- Batu ureter
- Hernia
- Abses psoas

PENATALAKSANAAN

ANAMNESA

- Bagaimana sifat nyeri
- Lokasi nyeri: menyebar / tidak ? Bagaimana menyebarnya?
- Apakah disertai muntah? Disertai demam?
- Apakah disertai sesak nafas?
- Apakah disertai debar-debar?
- Adakah tanda-tanda kehamilan (untuk KET)
- Adakah riwayat gastritis/dispepsia?
- Bagaimana BAK, dan bagaimana BAB? Apakah bisa kentut?

PEMERIKSAAN

- Tensi, nadi, pernafasan, suhu
- Pemeriksaan abdomen : lokasi nyeri, adakah nyeri tekan / nyeri lepas ?
Adakah pembesaran hati, apakah teraba massa ?
- Pemeriksaan rektal : lokasi nyeri pada jam berapa, adakah faeces, adakah darah ?
- Laboratorium : Leukosit dan Hb

TINDAKAN

- Infus RL dan jika anuria: infus RL:D5 = 1:1
- Bila dehidrasi berat: infus diguyur, dipasang kateter dauwer
- Beri analgetik ringan (xylomidon), Spasmolitik: Baralgin, Sulfas Aliopin (inj) ; jika kesakitan sekali →
beri petidin 1 amp im, jangan beri Antibiotik kalau penyebab tidak jelas
- Bila gelisah penderita gelisah, beri Diazepam 10 mg iv, bisa diulang tiap 30 menit
- Bila panas, beri: antipiretik (Parasetamol)
- Bila keadaan umum jelek, beri supportif Vitamin / Alinamin F (inj),
Cortison inj 3 cc atau
Deksametason 2 amp
- Bila dengan upaya di atas keadaan tidak membaik, rujuk ke RSUD
- Penatalaksanaan selanjutnya, berdasarkan spesifikasi penyakitnya

KERACUNAN (INTOKSIKASI)

PENATALAKSANAAN UMUM

Prinsipnya, penatalaksanaan keracunan adalah mencegah/menghentikan Penyerapan Racun. Berdasarkan tempat masuknya, maka perawatan awal adalah sebagai berikut:

RACUN MELALUI MULUT

- ✧ Norit 2 sendok takar + 1 gelas air teh pekat + 1 sendok takar antasida
 - ✧ Rangsang muntah: rangsang dinding faring dengan jari yang telah dibersihkan.
 - ✧ Perhatian: rangsang muntah tidak boleh dilakukan pada keracunan zat korosif dan penderita dengan gangguan kesadaran
 - ✧ Pencakar dengan Na Sulfat atau klisma dengan air sabun per-rektal
-

RACUN MELALUI MATA

- ✧ Pakaian yang terkena dilepas
 - ✧ Bilas kulit dengan air sabun
-

RACUN INHALASI

- Pindahkan penderita ke tempat yang aman, dan lakukan nafas buatan dengan ambubag.
 - Penatalaksanaan Spesifik dan Antidotum: Sesuai dengan jenis masing-masing racun/toksin.
-

ALKOHOL

Gejala: Emosi labil, kulit merah, muntah, depresi pernafasan, stupor, koma Tindakan:

- ✧ Emesis, bilas lambung
- ✧ Infus glukosa

AMIDOPIRIN (ANTALGIN)

Gejala: Edema angionerotika dan kelainan kulit, gelisah Tindakan:

- ✧ Antihistamin
 - ✧ Epinefrin 0,3 ml sc
 - ✧ Kortikosteroid parenteral dan atau oral
-

SABUN DAN DETERGEN RUMAH TANGGA

Gejala: Muntah, diare

Tindakan:

- * Emesis
- * Bilas lambung (kalau tertelan banyak)

INSEKTISIDA

Gejala: Muntah, parestesi, tremor, kejang, edem paru, sesak nafas, bahkan bisa koma dan fatal Tindakan:

- Bilas lambung → Pencahar
 - * Kalsium glukonat 10% 10 ml iv
- secara lambat * Jika kondisi jelek, rujuk ke RS

I N G A T

Hati hati menempatkan bahan berbahaya dalam rumah.

Contoh: jangan menaruh minyak tanah dalam botol minuman. Kadang terjadi seorang anak terminum minyak tanah dari botol minuman karena dikira air mineral.

GAGAL JANTUNG (DECOMPENSASI CORDIS)

Keluhan tersering penderita gagal jantung, adalah sesak napas, terutama saat aktifitas, pada stadium awal. Bila tidak segera diobati, sesak makin memberat, kemudian mengalami ortopnea lalu terjadi paroxysmal nocturnal dyspnea dan sesak saat istirahat.

KRITERIA DIAGNOSTIK

- Sesak nafas setelah aktivitas
- Oedema atau oedema anasarka
- Ada bising jantung (mur-mur) dan gangguan irama jantung
- Ada tanda-tanda oedem paru (ronchi basah)
- Ada pembesaran hepar

PERAWATAN

- Oksigenasi, bila sesak sekali: 1-2 L/menit
- Pasang infus D5% tetesan maintenance
- Furosemide injeksi iv/im 40 mg per hari
- Beri KCl per kolf (1 kali per hari)
- Beri alinamin F injeksi 1 amp. 1 kali per hari untuk suplemen
- Terapi oral: Digoxin 2 x 1 tab
- Roborantia
- Diet: TKTP, bedrest total
- Foto thorax
- Jika tiga hari tidak ada perbaikan (rujuk ke RSUD)
- Awasi KU dan vital sign. Awasi volume cairan urine yang keluar selama 24 jam

FAKTA SEPUTAR GAGAL JANTUNG

Dalam buku "Current Medical Diagnosis & Treatment" disebutkan bahwa sekitar 30 hingga 50% penderita yang diopname, kembali masuk perawatan dalam 3-6 bulan. Tentu hal ini menambah beban biaya yang pada gilirannya penderita enggan masuk RS lagi dan akhirnya kondisinya memburuk lalu pasrah.

Untuk menghindari "deteriorasi" klinik, diperlukan langkah bijak dan terencana agar kondisi

klinis penderita dapat terpantau secara berkesinambungan, terutama bagi penderita kalangan bawah. Pemantauan dapat dilakukan di tingkat pelayanan dasar, misalnya dengan kemudahan layanan di Puskesmas, atau pemantauan keadaan klinis penderita di rumah, serta penyesuaian diuretik. Langkah ini setidaknya dapat mencegah rawat inap ulang.

Prognosa gagal jantung masih jelek, dengan angka kematian berkisar 5% pada penderita

dengan gejala ringan hingga mencapai 30-50% pada penderita dengan gejala berat. Prognosa lebih buruk pada Gagal jantung dengan penyulit, seperti disfungsi ventrikel kiri. Sekitar 40-50% penderita gagal jantung, dapat mengalami kematian

mendadak.

|

20

_____ () _____

PROTAP PERAWATAN PENYAKIT

Pada Protap Penyakit ini, untuk sementara kami tampilkan penyakit-penyakit yang masih memungkinkan dirawat secara Home Care, khususnya di Kecamatan Palaran, Samarinda.

GASTRO ENTERITIS

Gejala dan tanda umum

Diare dan muntah dapat mengakibatkan pengeluaran cairan dan elektrolit dalam jumlah banyak, yang dapat berakibat:

1. Syok hipovolemik
2. Kekurangan elektrolit
3. Kegagalan ginjal mendadak
4. Asidosis metabolik, disebabkan: (a) Pengeluaran ion bicarbonat dalam jumlah besar, (b) Akibat kegagalan ginjal mendadak, (c) Pembakaran energi secara anaerobik

PENGGOLONGAN GE

GE PADA DEWASA

1. Dehidrasi Ringan: (kehilangan cairan: 40-50 ml/kg BB)

Gejala klinis:

- Keadaan umum: Haus, sadar, gelisah
- Nadi, respirasi, tekanan darah, turgor, mata, urine: Normal. Mukosa: basah

2. Dehidrasi Sedang: (kehilangan cairan: 60-90 ml/kg BB)

Gejala klinis:

- Keadaan umum: Haus dan gelisah
- Nadi: cepat dan kecil, respirasi: agak cepat, tekanan darah: normal/turun, turgor: kurang, mata: cekung, mukosa: kering, urinasi: kurang

3. Dehidrasi Berat: (kehilangan cairan: 100-120 ml/kg BB)

Gejala klinis:

- Keadaan umum: ngantuk, lemah, koma

- Nadi: tidak teraba, respirasi: cepat dan dalam, tekanan darah: <80 mmHg/tak terukur, turgor: kurang sekali, mata: cekung sekali, mukosa: kering sekali, urinasi: tidak ada

PENYEBAB

1. GE coliform (diare, mutah, tanpa mules, tanpa tinismus) → sering dehidrasi berat, R/ tetrasiklin 4x500 mg 3 hari)
2. GE desentriiform (kolik,,diare,tenemus,lendir,darah) → jarang dehidrasi:
 - Entamuba histolitika : R/ Metronidazol 3x500mg (selama 5 hari) dengan Tetrasiklin 3X500 mg (5-10 hari)
 - Shigella atau Salmonela : R/ Chloramphenicol 4 x 500 mg (7-14 hari)
3. GE tidak spesifik, tidak memerlukan antibiotik (kasus terbanyak)

PENATALAKSANAAN

Prinsip Perawatan:

Urutan Tindakan:

1. Mengganti cairan dan eletrolit yang hilang
 2. Mengenal dan mengatasi komplikasi
 3. Memberantas penyebab
1. Menentukan derajat dehidrasi
 2. Rehidrasi oral dan infus
 3. Pemberian terapi sesuai penyebab

GE PADA BAYI DAN ANAK

1. Dehidrasi Ringan: Kekurangan cairan 0-5% (25 ml/Kg BB)

Gejala Klinis:

- Kesadaran: compus mentis
- Nadi: 120 x/menit
- Pernapasan: normal
- Ubun-ubun besar: agak cekung
- Mata: agak cekung
- Turgor dan tonus: normal

2. Dehidrasi Sedang: Kekurangan cairan 5-10% (75 ml/Kg BB)

Gejala Klinis:

- Kesadaran: gelisah
- Nadi: 120-130 x/menit
- Pernapasan: agak cepat
- Ubun-ubun besar: cekung
- Mata: cekung
- Turgor dan tonus: agak kurang

3. Dehidrasi Berat: Kekurangan cairan > 10% (125 ml/Kg BB)

Gejala Klinis:

- Kesadaran: apatis, koma
- Nadi: > 140 x/menit
- Pernapasan: kusmaull
- Ubun-ubun besar: cekung sekali

PENATALAKSANAAN

Prinsip perawatan: adalah mengatasi dehidrasi

DEHIDRASI RINGAN DAN SEDANG

1. Oralit, LGG (dengan sendok, bukan dengan botol) walau muntah: diteruskan
2. ASI diteruskan
3. Kalau muntah terus menerus → infus RL

DEHIDRASI BERAT

1. Infus RL
2. Pada umumnya GE pada anak/bayi disebabkan oleh rotavirus tidak perlu antibiotika, kecuali jelas ada tanda-tanda infeksi bakteri (persentase kecil)
3. Kalau kembung KCl peroral 75 mg/kg BB/hari (bila kembungnya sebelum diare -> curigai Ileus)
4. Refeeding : bersamaan dengan rehidrasi (tidak perlu menunggu 24 jam)
5. Kalau curiga Kolera (BAB seperti air cucian beras, presyok/syok): → Infus RL:
 - a) 1 jam pertama tetesan 10 x BB tetes/menit: bila 1 jam teratasi lanjutkan sampai 2-3 jam, bila 1 jam belum teratasi teruskan sampai teratasi
 - b) 7 jam berikutnya tetesan 3 X BB tetes/menit
 - c) Tetrasiklin 30-50 mg/kg BB/hari dibagi dalam 4 dosis

Link terkait:

Download Panduan Penatalaksanaan Gastro Enteritis online di: [unicef](#) | [WHO](#)

Lebih jauh tentang Rehidrasi GE, silahkan download formula rehidrasi dalam format flash swf. Klik kanan download, lalu pilih Save Target As ... Klik : [Download](#)



DEMAM TIPOID (TYPHUS ABDOMINALIS)

Demam tifoid adalah penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh kuman *Salmonella typhi* dengan masa tunas rata-rata 6-14 hari.

GEJALA KLINIS

- Demam > 7 hari, terutama pada malam hari, dan tidak spesifik
- Gangguan saluran pencernaan: nyeri perut, sembelit/diare, muntah
- Dapat ditemukan: lidah kotor (bukan lidah putih), splenomegali, hepatomegali
- Gangguan kesadaran : iritabel-delirium, apati sampai semi-koma
- Bradikardi relatif, Rose-spots, epistaksis (jarang ditemukan)
- Laboratorium : titer Widal 1/200 atau lebih atau 1/320 pada pemeriksaan ulangan dan klinis.

Diagnosa pasti dengan kultur (biakan kuman). Titer aglutinin bisa tetap positif setelah

beberapa minggu, bulan bahkan tahun, walau penderita sudah sehat.

Kadang leukositosis,

kadang leukopeni.

PENATALAKSANAAN

1. Bet rest total (tirah baring absolut) sampai minimal 7 hari bebas panas atau selama 14 hari,

lalu mobilisasi secara bertahap dari duduk, berdiri dan jalan pada 7 hari bebas panas

2. Diet tetap makan nasi, tinggi kalori dan protein (rendah serat): lihat Buku Ajar Penyakit Dalam

jilid 1, edisi 3 cetakan ke 7, halaman 439, PAPDI, tahun 2004

3. Medikamentosa:

- Antipiretik (Parasetamol setiap 4-6 jam)
- Roborantia (Becom-C, dll)
- Antibiotika:
 - Kloramfenikol, Thiamfenikol : 4x500 mg, jika sampai 7 hari panas tidak turun (obat diganti)
 - Amoksisilin/ampisilin : 1 gr/6 jam selama fase demam. Bila demam turun -> 750 mg/6 jam sampai 7 hari bebas panas

- Kotrimoksasol : 2 X 960 mg Selama 14 hari atau sampai 7 hari bebas panas. Jika terjadi

leukopeni (obat diganti)

- Golongan sefalosporin generasi III
-

(mahal) ▪ Golongan quinolon (bila ada MDR)

PENATALAKSANAAN PADA ANAK

- Klorampenikol : 50-100 mg/kg BB/dibagi dalam 4 dosis sampai 3 hari bebas panas / minimal 14 hari. Pada bayi < 2 minggu : 25 mg/kg BB/hari dalam 4 dosis. Bila dalam 4 hari panas tidak turun obat dapat diganti dengan antibiotika lain (lihat di bawah)
- Kotrimoksasol : 8-20 mg/kg BB/hari dalam 2 dosis sampai 5 hari bebas panas / minimal 10 hari
- Bila terjadi ikterus dan hepatomegali : selain Kloramfenikol diterapi dengan Ampisilin 100 mg/kg BB/hari selama 14 hari dibagi dalam 4 dosis
- Bila dengan upaya-upaya tersebut panas tidak turun juga, rujuk ke RSUD PERHATIAN
- Jangan mudah memberi golongan quinolon. Obat golongan quinolon tidak dianjurkan pada wanita hamil dan anak di bawah usia 16 tahun.
- Jangan mudah memberi Kloramfenikol bagi kasus demam yang belum pasti Demam Tifoid, mengingat komplikasi Agranulositosis
- Tidak semua demam dengan leukopeni adalah Demam Tifoid
- Demam < 7 hari tanpa leukositosis pada umumnya adalah infeksi virus, jangan beri kloramfenikol

MALARIA

Malaria adalah infeksi Protozoa (Plasmodium), yang ditularkan melalui gigitan nyamuk Anopheles.

PENYEBAB

1. Plasmodium vivax
2. Plasmodium malariae
3. Plasmodium falciparum
4. Plasmodium ovale

PERJALANAN PENYAKIT

- Demam terjadi saat sporulasi dan destruksi eritrosit, keluar zat pirogen menimbulkan demam

- Anemia karena sporulasi dan destruksi Eritrosit
 - Terjadi Aglutinasi Erytrosit intravaskuler
 - Anoksia sel karena anemia dan aglutinasi
 - Hepatospleenomegali karena hypertrofi RES
-
- Ikterus krn hemolisis eritrosit intravaskuler
 - Anemia Malaria oleh *P. falsifarum* lebih hebat daripada lain

GEJALA KLINIS

- Masa tunas antara 10-14 hari
- Fase prodormal: menggigil, demam, nyeri kepala, nyeri otot, anoreksi, lelah
- Gejala khas: serangan berulang paroksismal, menggigil-demam-berkeringat-rekonvalesen
- Ikterus, Anemia, Hepatomegali, Spleenomegali, Hipotensi postural, Urobilinuria
- Plasmodium vivax: demam tiap hari ke 3
- Plasmodium falsifarum: demam kurang 48 jam
- Plasmodium malariae: demam tiap 72 jam
- Adakalanya campuran hingga gejalanya tidak khas

PENATALAKSANAAN

1. Tirah baring
2. Infus Cairan dengan tetesan pemeliharaan (kecuali ada tanda dehidrasi)
3. Medikamentosa:
 - Sulfadoksin pirimetamin 3 tab (dosis tunggal)
 - Kloroquin: Hari I - II 600 mg ds tunggal dan hari III 300 mg dosis tunggal
 - Primaquin: 15 mg selama 3 hari (P. vivax, ovale dan malariae selama 5 hari),
atau 14 hari
menurut bebarapa referensi lain
 - Roborantia bila perlu
4. Bila ada penyulit, atasi penyakit penyulit sesuai jenis penyakitnya
5. Malaria oleh P.falsifarum berat: obat seperti di atas, ditambah:
 - Rehidrasi
 - Antikonvusi
 - Transfusi atau Dialisis
 - Plasma expander, bila berat: Rujuk

|

()

DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

DBD adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan virus Dengue tipe I-IV, disertai demam 5-7 hari gejala-gejala perdarahan, dan bila timbul syok: angka kematian cukup tinggi.

GEJALA KLINIS

1. Derajat 1: panas 2-7 hari, gejala umum tidak khas, RL (+)
2. Derajat 2: seperti derajat I + perdarahan spontan (petekie, ekimosa, epistaksis, hematemesis,
melena, perdarahan gusi, uterus, telinga, dll)
3. Derajat 3: ada gejala kegagalan peredaran darah seperti nadi lemah dan cepat (> 120 / menit),
tekanan nadi sempit (< 20 mmHg), tekanan darah menurun dapat mencapai 0
4. Derajat 4: nadi tidak teraba, tekanan darah tidak terukur, denyut jantung > 140 / menit, acral
dingin, berkeringat, kulit biru
5. Gejala Lain:
 - Hati membesar, nyeri spontan dan pada perabaan
 - Asites
 - Cairan dalam rongga pleura (kanan)
 - Ensefalopati: kejang, gelisah, sopor, koma

PRINSIP PENATALAKSANAAN

- Memperbaiki keadaan umum
- Mencegah keadaan yang lebih parah
- Memperbaiki syok dan perdarahan (pen: rehidrasi sampai hari ke 7, namun hati-hati pada hari ke 6 - 7 dapat terjadi arus balik cairan intersitiel ke pembuluh darah)

PENATALAKSANAAN RAWAT JALAN

- Minum susu / Oralit / LGG sampai air kencing cukup banyak
- Pesankan pada penderita : bila lemah, gelisah, kaki tangan dingin → segera ke RS
- Kontrol tiap hari terutama hari ke 4 atau 5 → anamnesis, pemeriksaan fisik, Hematokrit

PENATALAKSANAAN PENDERITA DIRAWAT

TANPA SYOK:

-
- Minum susu/oralit/LGG sebanyak-banyaknya

- Bila mutah / sakit perut (infus RL dengan tetesan pemeliharaan)

- Antipiretik bila perlu (jangan beri aspirin/salisilat)
- Antibiotika hanya diberikan jika ada infeksi

sekunder DENGAN SYOK:

- Infus RL 20 ml/kg BB, evaluasi tiap 15 menit pada jam pertama
- Oksigenasi bila perlu
- Dexametason 2-5 mg/kg BB tiap 4-6 jam sampai keadaan stabil
- Bila dalam 30 menit pertama nadi dan tensi belum ada perbaikan → rujuk ke RSUD atau RS lain disertai oksigenasi
- Antipiretik dan antibiotik sama dengan yang tanpa syok

PERAWATAN LUKA (VULNUS)

PENATALAKSANAAN

- Antisepsis sekitar luka
- Cuci dengan betadine
- Pada fraktur terbuka : cuci dengan NaCl 0,9%
- Antisepsis luka
- Untuk luka kotor : cuci dengan H₂O₂ (perhidrol) kemudian NaCl 0,9%
- Untuk fraktur terbuka : cuci dengan NaCl 0,9%
- Untuk luka bersih : cuci
- Selanjutnya beri betadine: untuk semua jenis luka
- Hecthing (Jahit) kalau memang diperlukan

PERHATIAN:

Luka dengan fraktur/ruptur tendon jangan dijahit, tetapi dicuci dengan NaCl 0,9%: tutup dengan kasa steril, bila ada perdarahan: ditampon / verban: rujuk ke RSUD / RS.

PENGobatan

- Bila luka kotor/lebar/dalam beri ATS 1.500 IU (tes dulu) atau TT 0,5 ml
- Inj. PP (tes dulu) atau inj Ampisilin 4x500mg-1gr per hari
- Antibiotika: Cefadroxyl 3x500 mg, atau Amoksisilin 3-4x500 mg, atau jenis lain.
- Analgesik jika perlu



CATATAN PENTING

- Luka lecet cukup diolesi betadine tanpa ditutup, tanpa ATS, tanpa AB
- Anestesi lokal diberikan sebelum luka dibersihkan, untuk mengurangi rasa sakit
- Luka pada kepala, cukur dulu sekitar luka sebelum dijahit. Jahitan pada kepala dapat diangkat
pada hari kelima atau jika luka sudah sembuh.
- Luka yang dalam dijahit berlapis, bagian dalam memakai catgut dan bagian luar memakai silk.
- Luka yang cukup panjang, jahitan sebaiknya mulai dari tengah
- Luka berbentuk V, sudut dasar V dijahit terdahulu
- Luka yang banyak mengeluarkan darah, terlebih dahulu klem dan jahit yang rapat pada sumber darah. Jika darah berhenti → jahitan dilanjutkan.
- Setelah selesai dijahit ternyata masih merembes → bongkar → Jahit ulang → bekas jahitan didep agak kuat. Jika masih merembes → rujuk ke RS
- Pada kondisi terputusnya pembuluh darah besar → klem/dep/ tampon yang kuat dengan kasa steril → rujuk ke RS dengan infus terpasang
- Selesai menjahit, dengan pinset sirurgi tepi kulit dibuat ektropion (membuka keluar)
- Kontrol sebaiknya pada hari 3-4 setelah dijahit → angkat jahitan pada hari ke 6-7
- Pada luka yang terlalu panjang atau terjadi infeksi → jahitan diangkat selang-seling (bertahap)
- Saat mengangkat jahitan, potong benang pada ujung yang berlawanan dengan simpul.
- Kalau pada jahitan terdapat PUS → buka → bersihkan, kompres dengan Revanol 2 kali sehari
- Tidak semua luka perlu ATS → lihat kriteria di atas

Luka kecil kadang menimbulkan petaka bila tidak diobati dengan benar, berupa infeksi jaringan lunak (swelling). Bila terjadi hal demikian, memerlukan waktu penyembuhan yang lama.

HIPERTENSI

Kasus hipertensi pada seseorang cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya umur,

demikian pula angka kematian dan kesakitan kasus kardiovaskuler cenderung meningkat sebagai akibat meningkatnya tekanan darah sistolik dan diastolik.

KLASIFIKASI TEKANAN DARAH

The sixth report of Joint National Committee on detection, education and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arc Intern Med 1997

KLASIFIKASI	SITOLIK	DIASTOLIK	TINDAK LANJUT
Normal	< 130 mm Hg	< 85 mmHg	Kontrol dalam 2 tahun
Normal Tinggi	130-139 mm Hg	85-89 mm Hg	Kontrol dalam 1 tahun
Hipertensi Ringan	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg	Kontrol dalam 2 bulan
Hipertensi Sedang	160-179 mm Hg	100-109 mm Hg	Kontrol dalam 1 bulan
Hipertensi Berat	> 180 mm Hg	> 110 mm Hg	Kontrol dalam 1 minggu

PENATALAKSANAAN

TERAPI TANPA OBAT:

- Untuk hipertensi ringan dan sebagai tindakan suportif pada hipertensi sedang dan berat
- Diet rendah garam 5 gr / hari dan rendah lemak
- Menurunkan BB Pada Obesitas (penurunan BB tiap 1 kg → tensi turun 1,5-2,5 mmHg)
- Olah raga teratur, sesuai usia dan kemampuan
- Berhenti merokok dan minum alkohol

TERAPI OBAT ANTIHIPERTENSI

Pilihan obat antihipertensi (dapat tunggal/ kombinasi)

- Diuretik: HCT 1-2 X 25 mg/ hari atau furosemid 1-2 X 40 mg/hari. Kontraindikasi: DM, Gout
- Beta bloker : Propanolol 2-3 X 10 mg / hari. Kontraindikasi : Asma, DM, Gagal Jantung
- Adrenergik neuron bloker : Reserpin 1-3 X 0,1 mg . Kontraindikasi : ulkus ventrikuli
- ACE-inhibitor: captopril 2-3x12,5 mg-25 mg
- Kalsium Antagonis: amlodipine 1 x 5 mg-10 mg, dan lain-lain

HIPERTENSI RINGAN

- Terapi tanpa obat selama 1 bulan → kontrol
- Diastolik < 100 mmHg → kontrol tiap 3 bulan
- Diastolik > 100 mmHg → Tetapi obat tunggal + kontrol setiap 1-2 bulan, jika tidak terkendali → kombinasi 2 obat

HIPERTENSI SEDANG

- Diuretik dengan Beta bloker atau obat anti hipertensi golongan lain
- Kontrol setiap 1-2 bulan

HIPERTENSI BERAT

- Kalsium Antagonis, misalnya Amlodipine 5 mg atau 10 mg
- Kombinasi 2 jenis antihipertensi
- Diuretik iv → Evaluasi dan bila tidak membaik →

rujuk ke RS

KRISIS HIPERTENSI

Pada keadaan ini, tekanan darah harus diturunkan dalam waktu 1 jam.

HIPERTENSI ENSEFALOPATI

Adalah sindrom klinik akut reversibel karena kenaikan tekanan darah secara tiba-tiba, dengan gejala:

- Sakit kepala hebat, mual, muntah, mengantuk, bingung
- Kejang umum sampai koma
- Tekanan darah biasanya > 250 / 150 mmHg (tetapi bersifat individualistik)

HIPERTENSI MALIGNA

Dapat disertai komplikasi pada target organ. Tekanan darah > 200/130 mmHg, disertai komplikasi:

- Dekompensasi kardiak kiri dan edem pulmonum
- Infark jantung atau Unstable angina pectoris
- Perdarahan intrakranial
- Gagal jantung progresif

TANTANGAN

Pada umumnya kebanyakan orang mengidentikkan sakit kepala atau pusing dengan hipertensi. Akibatnya bagi penderita hipertensi yang kebetulan disertai sakit kepala, akan menghentikan

obatnya ketika keluhan sakit kepala atau pusingnya hilang. Tak ayal tekanan

darahnya bisa naik lagi bahkan adakalanya meningkat di atas 200 mmHg tanpa keluhan, tahu-tahu terjadi stroke. Inilah pentingnya penjelasan seksama kepada penderita hipertensi untuk kontrol sesuai klasifikasi, sehingga dapat menghindari timbulnya penyulit yang tidak diinginkan.

SINDROMA NEFROTIK (NEPHROTIC SYNDROME)

Adalah kumpulan gejala klinis yang bisa disebabkan oleh banyak penyakit, ditandai dengan meningkatnya permeabilitas membran glomerulus terhadap protein sehingga protein keluar melalui ginjal, dengan gejala utama terjadinya proteinuria lebih 3,5 gram per hari.

PENYEBAB UTAMA

- Penyakit Glomerulus primer (glomerulonefropati primer)
- Kelainan Glomerulus sekunder karena penyakit lain:
- Infeksi: sifilis, malaria, tuberkulosis, tifus, virus
- Nefrotoksin: diuretik merkuri, bismuth
- Alergen: sengatan lebah, gigitan ular, tepungsari
- Penyakit jaringan ikat: SLE (penyakit lupus), periarthritus nodosa, penyakit Good-pasture, dermatomiositis, giant cell arthritis
- Penyakit-penyakit lain: penyakit Hodgkin, mieloma, leukemia, diabetes, gagal jantung kongestif, trombosis vena renalis, obstruksi vena kava inferior, dll

GEJALA KLINIS

- Kencing berbuih
- Sembab tungkai, wajah, dan makin menyeluruh ke seluruh tubuh (anasarka)
- Bila ada cairan pleura dapat timbul sesak napas
- Sebah dan perut membuncit (asites)

KRITERIA DIAGNOSTIK

- Oedem anasarka/oedem lokal
- Riwayat oedem palpebra pada pagi hari (bangun tidur)
- Ada hipertensi/tidak
- Proteinuri (+) s/d (++++)

=====

=====

=====

=====

PENATALAKSANAAN

- Bed rest
- Diet TKTP dan rendah Garam
- Imunosupresif, hanya diberikan pada penderita yang resisten terhadap steroid
- Beri Lasix injeksi atau Furosemide 40-80 mg per hari, bila perlu
- Tampung urine setiap hari dan timbang BB tiap hari
- Prednison 2 mg/kg BB/hari (maksimal 80 mg per hari) dibagi 3-4 dosis, selama 4 minggu, kemudian dosis diturunkan secara tapering sampai 5-10 mg per hari
- Antiagregasi platelet Dipiridamol 3x75 mg per hari, dimulai dengan dosis 3x25 mg
- Infus Albumin
- Pengobatan penyakit primernya
- Jika 3 hari tidak ada perbaikan: rujuk ke RS

Penyakit ini memerlukan perawatan jangka panjang (bulanan bahkan tahunan), karenanya perlu penjelasan kepada penderita dan atau keluarganya. Sebaiknya kontrol protein urine secara teratur, walaupun sudah normal dan tidak lagi ada tanda edema.



()

PENUTUP

Demikian Prosedur Tetap Home Care ini dibuat dengan harapan dapat membantu Petugas Pelaksana Home Care, baik medis maupun Paramedis dalam upaya optimalisasi perawatan penderita.

Kami menyadari bahwa Prosedur Tetap ini masih sangat sederhana, karena itu kritik dan saran perbaikan dari berbagai pihak khususnya Teman Sejawat para Dokter Spesialis sangat kami harapkan.

Akhirnya kami ucapkan terimakasih kepada Teman Sejawat dan Tim Home Care Kecamatan Palaran, Samarinda, yang telah membantu kami dalam penyusunan Buku ini, teriring do'a semoga upaya kita mendapatkan ridlo dari Allah SWT. Amin.

Samarinda, 01 Agustus 2010.

dr. H. Hatmoko

REFERENSI

1. Principles of Internal Medicine, Harrison, Fifth edition
2. PDT UPF Ilmu Kesehatan Anak RSUD Dr Soetomo Surabaya, 2008
3. Continuing Education Ilmu Kesehatan Anak FK Unair, 2008
4. Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak FKUI, jilid 1 dan 2, cetakan ke 11, 2005
5. PDT UPF Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr Soetomo Surabaya, 2008
6. PDT UPF Ilmu Penyakit Jantung RSUD Dr Soetomo Surabaya, 2008
7. PDT UPF Ilmu Penyakit Paru RSUD Dr Soetomo Surabaya, 2008
8. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid 1 dan 2, edisi 3, PAPDI, 2004
9. Diagnosis dan Terapi Kedokteran Ilmu Penyakit Dalam, jilid 1 dan 2, edisi 1, 2002

