

	<b>PELAYANAN POLI GERIATRI TERPADU</b>		
	NO DOKUMEN 065/280/RSMN/2019	NO REVISI 0	HALAMAN /2
<b>SPO</b>	TANGGAL TERBIT 01 Maret 2019	Ditetapkan oleh <b>DIREKTUR</b>  <u>drg. ERNOVIANA, M.Kes</u> NIP. 19601118 198701 2 001	

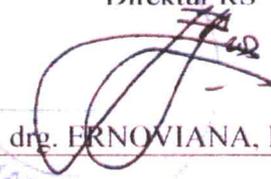
Pengertian	<p>Pelayanan Poli Geriatri Terpadu adalah Pelayanan yang diberikan kepada pasien Lanjut Usia (usia 60 tahun atau lebih) dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memiliki lebih dari satu penyakit fisik dan /atau psikis; atau</li> <li>b. Memiliki satu penyakit dan mengalami gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan</li> </ol>
Tujuan	Pelayanan Geriatri Terpadu yang paripurna dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit.</li> <li>2. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir Nomor 189/10/RSUD-M. Natsir/2019 tentang Penetapan Tim Terpadu Geriatri Rumah Sakit Umum Daerah M. Natsir tahun 2019</li> <li>3. Keputusan Direktur RSUD Mohammad Natsir Nomor 189/27/RSMN/2019 tentang Jenis Pelayanan Geriatri RSUD Mohammad Natsir</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang ke Poli Geriatri (Gedung Pusako Lantai I) dan mengambil nomor antrian</li> <li>2. Pasien dipanggil oleh bagian pendaftaran untuk</li> </ol>

	<b>PELAYANAN POLI GERIATRI TERPADU</b>		
	NO DOKUMEN 065/280/RSMN/2019	NO REVISI 0	HALAMAN /2
<b>SPO</b>	TANGGAL TERBIT 01 Maret 2019	Ditetapkan oleh DIREKTUR  <u>drg. ERNOVIANA, M.Kes</u> NIP. 19601118 198701 2 001	

	<p>melakukan registrasi, kemudian status pasien diserahkan oleh bagian rekam medis keperawat poli geriatri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Perawat memanggil pasien sesuai nomor antrian kemudian melakukan anamnesa (pemeriksaan awal)</li> <li>4. Status pasien diserahkan ke dokter, kemudian dokter melakukan pemeriksaan / tindakan yang diperlukan.</li> <li>5. Pasien akan diberikan surat pengantar pemeriksaan jika membutuhkan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, radiologi, fisioterapi, konsultasi gizi, atau pengantar rawat inap</li> <li>6. Bagian farmasi mengambil resep obat ke perawat kemudian memanggil pasien untuk menyerahkan obat</li> </ol> <p>Pasien melakukan pembayaran dikasir (khusus pasien umum), dan pasien bisa pulang</p>
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laboratorium</li> <li>2. Radiologi</li> <li>3. Rehabilitasi Medik</li> <li>4. Rekam Medis</li> <li>5. Farmasi</li> <li>6. Petugas Gizi</li> <li>7. Ruang Rawat Inap Akut</li> </ol>

 <b>RSUD SOLOK</b>	<b>IMOBILISASI</b>		
	No Dokumen 065/283/RSMN/2019	No Revisi 00	Halaman /4
<b>PANDUAN PRAKTEK KLINIK</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS  drg. ERNOVIANA, M Kes	

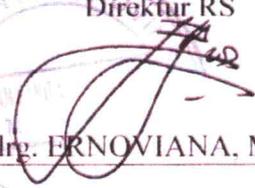
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas mobilitas ditempat tidur, transfer atau ambulasi selama tiga hari atau lebih.</p>
<b>ANAMNESIS</b>	<p>Penyebab Imobilisasi pada Lansia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan muskuloskeletal</li> <li>• Gangguan Neurologis</li> <li>• Penyakit Kardiovaskuler</li> <li>• Penyakit Paru</li> <li>• Faktor sensorik</li> <li>• Penyebab lingkungan</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Riwayat dan lama disabilitas / imobilisasi</li> <li>2. Kondisi medis yang merupakan faktor risiko dan penyebab imobilisasi</li> <li>3. Kondisi premorbid</li> <li>4. Obat – obat yang dikonsumsi</li> <li>5. Nyeri</li> <li>6. Faktor lingkungan</li> <li>7. Faktor psikologis</li> <li>8. Interaksi sosial</li> </ol>

 RSUD SOLOK	<b>IMOBILISASI</b>		
	No Dokumen 065/283/RSMN/2019	No Revisi 00	Halaman /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS  drg. ERNOVIANA, M Kes	

PEMERIKSAAN FISIK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status kardiopulmonal</li> <li>2. Muskuloskeletal</li> <li>3. Status neurologis</li> <li>4. Status Fungsional</li> <li>5. Status mental</li> <li>6. Status kognitif</li> <li>7. Tingkat imobilitas</li> </ol>
PENGERTIAN	<p>Imobilisasi adalah ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas mobilitas ditempat tidur, transfer atau ambulasi selama tiga hari atau lebih.</p>
KRITERIA DIAGNOSIS	Anamnesis
	Pemeriksaan Fisik
	Pemeriksaan Penunjang
PENATALAKSANAAN	<p><b>Tatalaksana Umum</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerjasama tim medis interdisiplin dengan partisipasi pasien, keluarga, dan pramuwerda</li> <li>2. Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai bahaya tirah baring lama, pentingnya latihan bertahap dan ambulasi dini, serta mencegah ketergantungan pasien dengan melakukan</li> </ol>

 <b>RSUD SOLOK</b>	<b>IMOBILISASI</b>		
	No Dokumen 065/283/RSMN/2019	No Revisi 00	Halaman /4
<b>PANDUAN PRAKTEK KLINIK</b>	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS  drg. ERNOVIANA, M Kes	

	<p>aktivitas kehidupan sehari-hari sendiri, semampu pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Dilakukan pengkajian geriatri paripurna, perumusan target fungsional dan pembuatan rencana terapi yang mencakup pula perkiraan waktu yang diperlukan untuk mencapai target terapi.</li> <li>4. Tatalaksana infeksi, malnutrisi, anemia, gangguan cairan dan elektrolit yang mungkin terjadi pada kasus imobilisasi, serta penyakit atau kondisi penyerta lainnya.</li> <li>5. Evaluasi seluruh obat-obatan yang dikonsumsi</li> <li>6. Berikan nutrisi yang adekuat, asupan cairan dan makanan yang mengandung serat serta suplemen vitamin dan mineral.</li> <li>7. Program latihan dan remobilisasi dimulai ketika kestabilan kondisi medis sudah tercapai, meliputi latihan mobilitas ditempat tidur, lingkup gerak sendi, latihan penguatan otot, latihan koordinasi / keseimbangan, transfer dengan bantuan, dan ambulasi terbatas.</li> <li>8. Bila diperlukan sediakan dan ajarkan cara penggunaan alat bantu berdiri dan ambulasi</li> <li>9. Manajemen miksi dan defekasi.</li> </ol>
--	--

 RSUD SOLOK	<b>IMOBILISASI</b>		
	No Dokumen 065/283/RSMN/2019	No Revisi 00	Halaman /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	Tanggal Terbit	Ditetapkan: Direktur RS  drg. ERNOVIANA. M Kes	

	<p><b>Tatalaksana Khusus</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tatalaksana faktor risiko imobilisasi</li> <li>2. Tatalaksana akibat imobilisasi</li> <li>3. Pada kondisi kondisi khusus, konsulkan kondisi medik kepada dokter spesialis yang kompeten</li> <li>4. Lakukan remobilisasi segera dan bertahap pada pasien yang mengalami sakit atau dirawat di rumah sakit dan panti werda untuk mencegah imobilisasi lebih lanjut.</li> <li>5. Upayakan dukungan lingkungan dan ketersediaan alat bantu untuk mobilitas yang adekuat bagi lansia yang mengalami disabilitas permanen</li> </ol>
KOMPLIKASI	Trombosis. Emboli paru, kelemahan otot, kontraktur otot dan sendi, osteoporosis, ulkus dekubitus, hipotensi postural. Pneumonia dan infeksi saluran kemih, gangguan nutrisi, dan konstipasi

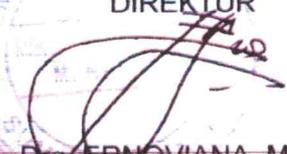
	<b>INKONTINENSIA URIN</b>		
	NO. DOKUMEN 065/281/RSMN/2019	NO REVISI 00	HALAMAN /2
TANGGAL REVISI Maret 2019	 DITETAPKAN DIREKTUR Drg. ERNOVIANA, M Kes		
<b>PENGERTIAN ANAMNESIS</b>	Keluarnya urin yang tidak terkontrol pada waktu yang tidak dikehendaki tanpa memperhatikan jumlahnya yang mengakibatkan masalah sosial dan higienis penderitanya. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu timbulnya inkontinensia</li> <li>• Faktor-faktor risiko yang mungkin menimbulkan inkontinensia</li> </ul>		
<b>PEMERIKSAAN FISIK</b>	Pemeriksaan <ul style="list-style-type: none"> <li>• umum</li> <li>• Pemeriksaan urologik</li> <li>• Pemeriksaan ginekologik</li> </ul>		
<b>KRITERIA DIAGNOSIS DIAGNOSIS KERJA</b>	INKONTINENSIA URIN		
<b>DIAGNOSIS BANDING</b>	Urinalisis, kultur urin, sitologi urin, gula darah, kalsium darah, fungsi ginjal, USG ginjal, cytoureteroskopi		
<b>PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>	Urinalisis, kultur urin, sitologi urin, gula darah, kalsium darah, fungsi ginjal, USG ginjal, cytoureteroskopi.		
<b>TERAPI</b>	Hioscamin 3x0,125mg, tolterodin 2x4mg, imipramin 3x25mg, pseudoefedrin 3x30mg, doxazosin 4x1-4mg, tamsulosin 1x0,4mg		
<b>LAMA PERAWATAN</b>			
<b>EDUKASI</b>			
<b>PROGNOSIS</b>	Quo ad vitam		

TINGKAT EVIDENS	I
TINGKAT REKOMENDASI	A
PENELAAH KRITIS	dr. Ali Mudiarnis, Sp.PD, K-Ger FINASIM
INDIKATOR MEDIS	
KEPUSTAKAAN	

 RSJID M. NATSIR SOLOK	SINDROM DELIRIUM AKUT		
	NO. DOKUMEN 065/282/RSMN/2019	NO. REVISI 00	HALAMAN /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	TANGGAL REVISI	DITETAPKAN DIREKTUR  Drg. ERNOVIANA, M.Kes	
PENGERTIAN	<p>Sindrom Delirium Akut adalah sindrom mental organik yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuatif. Penyebabnya yaitu defisiensi neurotransmitter asetilkolin, gangguan metabolisme oksidatif di otak yang berkaitan dengan hipoksia dan hipoglikemia, meningkatnya sitokin otak pada penyakit akut sehingga mengganggu transduksi sinyal neurotransmitter akibatnya menimbulkan gejala serebral dan aktivitas psikomotor.</p>		
ANAMNESIS	<p>a. Gejala yang dapat dijumpai yaitu gangguan kognitif global berupa gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi (halusinasi, ilusi), gangguan proses pikir (disorientasi waktu, tempat dan orang), komunikasi tidak relevan, autoanamnesa sulit dipahami.</p> <p>b. Terdapat tiga tipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperaktif (pasien mengamuk, menyerang, halusinasi dengan kesadaran menurun)</li> <li>• Hipoaktif (pasien sering tidak terdiagnosis karena seperti koma,</li> </ul>		

 RSUD M. NATSIR SOLOK	<b>SINDROM DELIRIUM AKUT</b>		
	NO. DOKUMEN 065/282/RSMN/2019	NO. REVISI 00	HALAMAN /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	TANGGAL REVISI	 DITETAPKAN DIREKTUR 40 Drg. ERNOVIANA, M Kes	
	prognosis lebih buruk <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe campuran</li> </ul>		
PEMERIKSAAN FISIK	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan kesadaran</li> <li>2. Perubahan aktivitas psikomotor baik hipoaktif, hiperaktif campuran keduanya, atau normal.</li> <li>3. Pasien dapat berada dalam kondisi <i>fully alert</i> disatu hari dan namun hari berikutnya pasien tampak gelisah</li> <li>4. Gangguan konsentrasi dan perhatian terganggu saat pembicaraan</li> </ol>		
KRITERIA DIAGNOSIS	Anamnesis		
	Pemeriksaan Fisik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan neurologis untuk mendeteksi defisit neurologis fokal</li> <li>• Tingkat kesadaran</li> <li>• Pemeriksaan tanda-tanda vital</li> <li>• Pemeriksaan fisik lengkap</li> <li>• Pemeriksaan status mental</li> </ul>		
	Pemeriksaan Penunjang ( Foto Thorak, CT Scan, dll)		
DIAGNOSIS KERJA	Sindrom Delirium Akut		
DIAGNOSIS BANDING	Demensia, Depresi		

 RSJD M. NATSIR SOLOK	<b>SINDROM DELIRIUM AKUT</b>		
	NO. DOKUMEN 065/282/RSMN/2019	NO. REVISI 00	HALAMAN /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	TANGGAL REVISI	DITETAPKAN DIREKTUR 	
	<b>Penatalaksana</b>		
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tujuan pengobatan : menemukan dan mengatasi faktor penyebab / pencetus serta faktor predisposisi.</li> <li>2. Penanganan tidak hanya dari aspek jasmaniah, namun juga dari aspek psikologik, kognitif, lingkungan serta pemberian obat.</li> <li>3. Berikan oksigen, pasang infus dan monitor tanda-tanda vital pasien setidaknya 4 jam sekali.</li> <li>4. Segera dapatkan hasil pemeriksaan penunjang untuk memandu langkah selanjutnya, tujuan utama terapi adalah mengatasi faktor pencetus.</li> <li>5. Jika khawatir aspirasi dapat dipasang pipa nasogastrik</li> <li>6. Kateter urin dipasang terutama jika terdapat ulkus dekubitus disertai inkontinensia urin.</li> <li>7. Awasi kemungkinan imobilisasi</li> <li>8. Hindari sebisa mungkin pengikatan tubuh untuk mencegah imobilisasi, jika memang diperlukan, gunakan dosis rendah obat neuroleptik dan atau benzodiazepin dan monitor status neurologisnya, pertimbangkan penggunaan antipsikotik atipikal. Kaji ulang intervensi ini</li> </ol>		

RSUD M. NATSIR SOLOK	SINDROM DELIRIUM AKUT		
	NO. DOKUMEN 065/282/RSMN/2019	NO. REVISI 00	HALAMAN /4
PANDUAN PRAKTEK KLINIK	TANGGAL REVISI	DITETAPKAN DIREKTUR  Dr. ERNOVIANA M Kes	
	<p>setiap hari, targetnya adalah penghentian obat psikotik dan pembatasan penggunaan obat tidur secepatnya</p> <p>9. Kaji status hidrasi secara berkala, hitung <i>urin output</i> setiap 4 jam</p> <p>10. Ruang tempat pasien harus mempunyai penerangan yang cukup, terdapat jam dan kalender yang besar dan jika memungkinkan diletakkan barang-barang yang familiar bagi pasien dari rumah, hindari stimulus berlebihan, keluarga dan tenaga kesehatan harus berupaya sesering mungkin mengingatkan pasien mengenai hari dan tanggal, jika kondisi klinis sudah memungkinkan pakai alat bantu dengar atau kacamata yang biasa digunakan oleh pasien sebelumnya, motivasi untuk berinteraksi sesering mungkin dengan keluarga dan tenaga kesehatan, evaluasi strategi orientasi realitas, beritahu kepada pasien bahwa dirinya sedang bingung dan disorientasi namun kondisi tersebut dapat membaik.</p>		
Komplikasi	Fraktur, Hipotensi sampai renjatan, trombosis vena dalam, emboli paru, sepsis		