

Pemeriksaan Lab. Dasar

BAB I

Latar Belakang

Prosedur dan pemeriksaan khusus dalam keperawatan merupakan bagian dari tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dilaksanakan secara tim, perawat melakukan fungsi kolaboratif dalam memberikan tindakan.

Hasil suatu pemeriksaan laboratorium sangat penting dalam membantu diagnosa, memantau perjalanan penyakit serta menentukan prognosa. Karena itu perlu diketahui faktor yang mempengaruhi hasil pemeriksaan laboratorium. Terdapat 3 faktor utama yang dapat mengakibatkan kesalahan hasil laboratorium yaitu :

1. Faktor Pra instrumentasi : sebelum dilakukan pemeriksaan.
2. Faktor Instrumentasi : saat pemeriksaan (analisa) sample.
3. Faktor Pasca instrumentasi : saat penulisan hasil pemeriksaan.

Pada tahap prainstrumentasi sangat penting diperlukan kerjasama antara petugas , pasien dan dokter. Karena tanpa kerja sama yang baik akan mengganggu /mempengaruhi hasil pemeriksaan laboratorium. Yang termasuk dalam tahapan pra instrumentasi meliputi :

1. Pemahaman instruksi dan pengisian formulir laboratorium.
2. Persiapan penderita.
3. Persiapan alat yang akan dipakai.
4. Cara pengambilan sample.
5. Penanganan awal sampel (termasuk pengawetan) & transportasi.

1.2. Tujuan Penulisan

1.2.1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh informasi tentang klien, penyakit, dan kebutuhan klien serta meningkatkan kemampuan dalam penyusunan dan penyajian laporan sesuai dengan pengalaman nyata dilapangan serta melaksanakan pendokumentasian hasil pemeriksaan klien.

1.2.2. Tujuan Khusus

1.2.2.1. Mahasiswa mampu memahami pemeriksaan laboratorium pada pasien yang berkunjung ke Puskesmas Panarung Palangka Raya.

1.2.2.2. Mahasiswa mampu mendokumentasikan hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien yang berkunjung di pelayanan kesehatan Puskesmas Panarung Palangka Raya.

1.2.2.3. Mahasiswa mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terjadi antara teori dengan pelaksanaan pemeriksaan dan pendokumentasian pemeriksaan laboratorium.

1.3. Batasan masalah

Pada laporan ini hanya membahas tentang pengertian, tujuan, prosedur pemeriksaan dan hasil pemeriksaan laboratorium.

1.4. Metode Penulisan

1.4.1. Metode Pembuatan Laporan Studi Kasus

Metode yang digunakan adalah deskriptif dengan pemaparan kasus menggunakan pendekatan

proses keperawatan.

1.4.2. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dengan cara wawancara dan observasi hasil pemeriksaan fisik dan anamnesa perawat dan dokter.

1.3.3. Metode kepustakaan dan Internet

Pengumpulan data tentang prosedur dan tujuan pemeriksaan laboratorium diambil dari buku – buku dan situs website di internet.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. Pengertian

Pemeriksaan laboratorium adalah suatu tindakan dan prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan/sample dari penderita, dapat berupa urine (air kencing), darah, sputum (dahak), atau sample dari hasil biopsy (www.dokter.indo.net.id).

2.2. Tujuan

1. Mendeteksi penyakit
2. Menentukan risiko
3. Memantau perkembangan penyakit
4. Memantau pengobatan dan lain-lain
5. Mengetahui ada tidaknya kelainan/penyakit yang banyak dijumpai dan potensial membahayakan

2.3. Prosedur pra Instrumentasi

Pada tahap ini sangat penting diperlukan kerjasama antara petugas , pasien dan dokter. Hal ini karena tanpa kerjasama yang baik akan mengganggu /mempengaruhi hasil pemeriksaan laboratorium menurut www.dokter.indo.net.id.

Yang termasuk dalam tahapan pra instrumentasi meliputi :

1. Pemahaman instruksi dan pengisian formulir laboratorium.
2. Persiapan penderita
3. Persiapan alat yang akan dipakai
4. Cara pengambilan sample
5. Penanganan awal sampel (termasuk pengawetan) & transportasi.

Pemahaman instruksi dan pengisian formulir

Pada tahap ini perlu diperhatikan benar, apa yang diperintahkan oleh dokter dan dipindahkan ke dalam formulir. Hal ini penting untuk menghindari pengulangan pemeriksaan yang tidak penting, membantu persiapan pasien sehingga tidak merugikan pasien dan menyakiti pasien. Pengisian formulir dilakukan secara lengkap meliputi identitas pasien : nama, alamat / ruangan, umur, jenis kelamin, data klinis / diagnosa, dokter pengirim, tanggal dan kalau diperlukan pengobatan yang sedang diberikan. Hal ini penting untuk menghindari tertukarnya hasil ataupun dapat membantu intepretasi hasil terutama pada pasien yang mendapat pengobatan khusus dan jangka panjang.

Persiapan penderita

Puasa

Dua jam setelah makan sebanyak kira-kira 800 kalori akan mengakibatkan peningkatan volume

plasma, sebaliknya setelah berolahraga volume plasma akan berkurang. Perubahan volume plasma akan mengakibatkan perubahan susunan kandungan bahan dalam plasma dan jumlah sel / μ l darah.

Obat

Penggunaan obat dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan hematologi misalnya : asam folat, Fe, vitamin B12 dll. Pada pemberian kortikosteroid akan menurunkan jumlah eosinofil, sedang adrenalin akan meningkatkan jumlah leukosit dan trombosit. Pemberian transfusi darah akan mempengaruhi komposisi darah sehingga menyulitkan pembacaan morfologi sediaan apus darah tepi maupun penilaian hemostasis. Antikoagulan oral atau heparin mempengaruhi hasil pemeriksaan hemostasis.

Waktu pengambilan

Umumnya bahan pemeriksaan laboratorium diambil pada pagi hari terutama pada pasien rawat inap. Kadar beberapa zat terlarut dalam urin akan menjadi lebih pekat pada pagi hari sehingga lebih mudah diperiksa bila kadarnya rendah. Kecuali ada instruksi dan indikasi khusus atas perintah dokter.

Selain itu juga ada pemeriksaan yang tidak melihat waktu berhubungan dengan tingkat kegawatan pasien dan memerlukan penanganan segera disebut pemeriksaan sito. Beberapa parameter hematologi seperti jumlah eosinofil dan kadar besi serum menunjukkan variasi diurnal, hasil yang dapat dipengaruhi oleh waktu pengambilan. Kadar besi serum lebih tinggi pada pagi hari dan lebih rendah pada sore hari dengan selisih 40-100 μ g/dl. Jumlah eosinofil akan lebih tinggi antara jam 10 pagi sampai malam hari dan lebih rendah dari tengah malam sampai pagi.

Posisi pengambilan

Posisi berbaring kemudian berdiri mengurangi volume plasma 10 % demikian pula sebaliknya. Hal lain yang penting pada persiapan penderita adalah menenangkan dan memberitahu apa yang akan dikerjakan sebagai sopan santun atau etika sehingga membuat penderita atau keluarganya tidak merasa asing atau menjadi obyek.

Persiapan alat

Dalam mempersiapkan alat yang akan digunakan selalu diperhatikan instruksi dokter sehingga tidak salah persiapan dan berkesan profesional dalam bekerja.

Pengambilan darah

Yang harus dipersiapkan antara lain : kapas alkohol 70 %, karet pembendung (torniket) spuit sekali pakai umumnya 2.5 ml atau 5 ml, penampung kering bertutup dan berlabel. Penampung dapat tanpa anti koagulan atau mengandung anti koagulan tergantung pemeriksaan yang diminta oleh dokter. Kadang-kadang diperlukan pula tabung kapiler polos atau mengandung antikoagulan.

Penampungan urin

Digunakan botol penampung urin yang bermulut lebar, berlabel, kering, bersih, bertutup rapat dapat steril (untuk biakan) atau tidak steril. Untuk urin kumpulan dipakai botol besar kira-kira 2 liter dengan memakai pengawet urin.

Penampung khusus

Biasanya diperlukan pada pemeriksaan mikrobiologi atau pemeriksaan khusus yang lain. Yang penting diingat adalah label harus ditulis lengkap identitas penderita seperti pada formulir termasuk jenis pemeriksaan sehingga tidak tertukar.

Cara pengambilan sample

Pada tahap ini perhatikan ulang apa yang harus dikerjakan, lakukan pendekatan dengan pasien

atau keluarganya sebagai etika dan sopan santun, beritahukan apa yang akan dikerjakan. Selalu tanyakan identitas pasien sebelum bekerja sehingga tidak tertukar pasien yang akan diambil bahan dengan pasien lain. Karena kepanikan pasien akan mempersulit pengambilan darah karena vena akan konstiksi. Darah dapat diambil dari vena, arteri atau kapiler. Syarat mutlak lokasi pengambilan darah adalah tidak ada kelainan kulit di daerah tersebut, tidak pucat dan tidak sianosis. Lokasi pengambilan darah vena : umumnya di daerah fossa cubiti yaitu vena cubiti atau di daerah dekat pergelangan tangan. Selain itu salah satu yang harus diperhatikan adalah vena yang dipilih tidak di daerah infus yang terpasang / sepihak harus kontra lateral.

Darah arteri dilakukan di daerah lipat paha (arteri femoralis) atau daerah pergelangan tangan (arteri radialis). Untuk kapiler umumnya diambil pada ujung jari tangan yaitu telunjuk, jari tengah atau jari manis dan anak daun telinga. Khusus pada bayi dapat diambil pada ibu jari kaki atau sisi lateral tumit kaki.

a) Cara pengambilan darah kapiler :

dilakukan tindakan aseptik → dengan alkohol 70 %, biarkan kering
lakukan tusukan dengan arah memotong garis sidik jari →
tetesan pertama dibuang dengan menggunakan kapas kering →
selanjutnya dapat diambil dengan menggunakan tabung kapiler. →

b) Cara pengambilan darah vena :

Lakukan pembendungan dengan torniket →

Dilakukan tindakan aseptik → dengan alkohol 70 % dengan arah putaran melebar menjauhi titik tengah, biarkan kering

Ambil spuit dengan arah mulut jarum dan skala menghadap ke atas →

Arah tusukan jarum membentuk sudut sekitar $10-30^\circ$ terhadap permukaan kulit. →

→ Bila sudah terkena venanya, isap pelan-pelan darah supaya tidak terjadi hemolisis - cabut jarum, dengan sebelumnya melepas dan menekan daerah tusukan.

Jarum dilepas kemudian alirkan darah ke dalam penampung melalui dinding penampung perlahan-lahan sehingga tidak hemolisis. →

Bila penampung menggunakan antikoagulan segera campur darah dengan mengocok tabung seperti angka 8. →

Untuk pemeriksaan hematologi biasanya digunakan antikoagulan Na_2EDTA / K_2EDTA , sedang untuk hemostasis digunakan Na sitrat 0.109 M. Jangan melakukan pembendungan terlalu lama karena akan terjadi perubahan komposisi plasma karena terjadi hemokonsentrasi, selain itu pada darah kapiler jangan menekan-nekan ujung jari karena akan terbawa cairan jaringan.

c) Cara pengambilan darah arteri :

Siapkan semprit yang telah dibasahi antikoagulan heparin steril

tanda-tanda pembuluh darah arteri /nadi adalah terabanya denyutan yang tidak ditemukan pada vena

bila telah ditemukan arteri, lakukan tindakan aseptis dengan alkohol 70 % dengan 2 jari telunjuk dan jari tengah lakukan fiksasi arteri tersebut

kemudian lakukan tusukan / pungsi tegak lurus (karena letaknya dalam) sampai terkena arteri tersebut. Bila arteri telah tercapai akan tampak darah yang akan mengalir sendiri oleh tekanan darah ke dalam semprit yang telah mengandung heparin. Cabut semprit dan segera ditutup dengan gabus sehingga tidak terkena udara. Goyangkan semprit sehingga darah tercampur rata dan tidak membeku. Tekan bekas pungsi dengan baik sampai tidak tampak darah mengalir. Hal ini tidak sama dengan vena karena dengan vena lebih mudah membeku daripada arteri.

Segera kirim ke laboratorium (sito)

Perbedaan darah arteri dan vena :

- 1) Lokasi tusukan lebih dalam
- 2) Teraba denyutan yang tidak ada pada vena
- 3) Warna darah lebih merah terang dibandingkan vena
- 4) Darah akan mengalir sendiri ke dalam semprit.

Penanganan awal sampel & transportasi

Pada tahap ini sangat penting diperhatikan karena sering terjadi sumber kesalahan ada disini.

Yang harus dilakukan :

- 1) Catat dalam buku ekspedisi dan cocokan sampel dengan label dan formulir. Kalau sistemnya memungkinkan dapat dilihat apakah sudah terhitung biayanya (lunas).
- 2) Jangan lupa melakukan homogenisasi pada bahan yang mengandung antikoagulan
- 3) Segera tutup penampung yang ada sehingga tidak tumpah
- 4) Segera dikirim ke laboratorium karena tidak baik melakukan penundaan
- 5) Perhatikan persyaratan khusus untuk bahan tertentu seperti darah arteri untuk analisa gas darah, harus menggunakan suhu 4-8° C dalam air es bukan es batu sehingga tidak terjadi hemolisis. Harus segera sampai ke laboratorium dalam waktu sekitar 15-30 menit. Perubahan akibat tertundanya pengiriman sampel sangat mempengaruhi hasil laboratorium. Sebagai contoh penundaan pengiriman darah akan mengakibatkan penurunan kadar glukosa, peningkatan kadar kalium. Hal ini dapat mengakibatkan salah pengobatan pasien. Pada urin yang ditunda akan terjadi pembusukan akibat bakteri yang berkembang biak serta penguapan bahan terlarut misalnya keton. Selain itu nilai pemeriksaan hematologi juga berubah sesuai dengan waktu. Tabel berikut menggambarkan batas waktu maksimum yang diijinkan :

- Kadar hemoglobin stabil

- Jumlah leukosit

< align="center">

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1. Data pasien

Nama : Ny. R

Umur : 38 tahun

Alamat : Jln. Meranti No. XX

Keluhan : badan terasa lemah, pusing, kalau berdiri terasa mau pingsan.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium : Hb 9,6 gr/dL.

3.2. Prosedur Pemeriksaan

a) Penerimaan pasien

Menerima pasien di ruang laboratorium dan mempersilahkan pasien untuk duduk dihadapan pemeriksa. →

Meminta status pengantar pasien dari dokter yang merujuk untuk pemeriksaan laboratorium. →

Membaca pengantar pemeriksaan. →

Menanyakan keluhan pasien. →

Menanyakan Kartu Identitas Penduduk pasien, untuk tujuan pendokumentasian. →

Mempersiapkan alat dekat pasien. →

→ Memberitahukan pasien bahwa prosedur memerlukan pengambilan sample darah dengan menggunakan spuit 3 cc, dan jarum akan ditusukkan pada pembuluh darah di tangan pasien.

Membebaskan area yang akan di ditusukkan jarum suntik dari kain/lengan baju, meluruskan tangan pasien diatas meja pemeriksa. →

Pemeriksa mencuci tangan. →

Selanjutnya masuk dalam prosedur tindakan pemeriksaan haemoglobin cara Sahli. →

3.3. Prosedur pemeriksaan haemoglobin cara Sahli

3.4. Pendokumentasian

BAB IV

PEMBAHASAN

a) 4.1. Latar Belakang

Pada pendahuluan telah dikemukakan bahwa pemeriksaan laboratorium merupakan prosedur pemeriksaan khusus yang dilakukan pada pasien untuk membantu menegakan diagnosis.

Prosedur dan pemeriksaan khusus dalam keperawatan merupakan bagian dari tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dilaksanakan secara tim, perawat melakukan fugsi kolaboratif dalam memberikan tindakan.

Hasil suatu pemeriksaan laboratorium sangat penting dalam membantu diagnosa, memantau perjalanan penyakit serta menentukan prognosa daari suatu penyakit/keluhan pasien.

4.2. Tinjauan teori

Sekumpulan pemeriksaan laboratorium yang dirancang untuk tujuan tertentu misalnya untuk mendeteksi penyakit, menentukan risiko, memantau perkembangan penyakit, memantau pengobatan, dan lain-lain. Mengetahui ada tidaknya kelainan/penyakit yang banyak dijumpai dan potensial membahayakan.

Pemeriksaan dasar yang juga merupakan proses General medical Check Up (GMC) meliputi : Hematologi Rutin, Urine Rutin, Faeces Rutin, Bilirubin Total, Bilirubin Direk, GOT, GPT, Fosfatase Alkali, Gamma GT, Protein Elektroforesis, Glukosa Puasa, Urea N, HBsAg, Kreatinin, Asam Urat, Kolesterol Total, Trigliserida, Kolesterol HDL, Kolesterol LDL-Direk.

Namun pada pemeriksaan laboratorium Puskesmas terdapat perbedaan dengan teori laboratorium Prodia yang merupakan laboratorium kesehatan swasta terbesar di Indonesia dan merupakan pusat rujukan General Medical Check Up (GMC) yang menggunakan pemeriksaan dengan teknologi yang cukup canggih dan modern. Di Puskesmas pemeriksaan umumnya dilakukan secara sederhana, meskipun demikian laboratorium puskesmas sudah dilengkapi dengan peralatan yang memadai dengan dilengkapi tenaga pemeriksa yang spesialis di bidang analisis laboratorium, sehingga mutu hasil pemeriksaan pun tidak perlu diragukan lagi.

4) Pemeriksaan urine

Derajat keasaman/pH →

Protein →

Bilirubin →

Glukosa →

HCG test/tes kehamilan→
5) Pemeriksaan darah
Haemoglobin/Hb cara Sahli→
Golongan darah→
Widal→
Malaria→
6) Pemeriksaan sputum/dahak
BTA (basil tahan asam).→

Dalam pemeriksaan kesalahan pemeriksaan mungkin saja terjadi, sehingga akan mempengaruhi hasil pemeriksaan laboratorium. Terdapat 3 faktor utama yang dapat mengakibatkan kesalahan hasil laboratorium yaitu :

- 1) Faktor Pra instrumentasi : sebelum dilakukan pemeriksaan.
- 2) Faktor Instrumentasi : saat pemeriksaan (analisa) sample.
- 3) Faktor Pasca instrumentasi : saat penulisan hasil pemeriksaan.

4.3. Tinjauan Kasus

Nama : Ny. R

Umur : 38 tahun

Alamat : Jln. Meranti No. 138

Keluhan : badan terasa lemah, pusing, kalau berdiri terasa mau pingsan.

Hasil Pemeriksaan Laboratorium : Hb 9,6 gr/dL.

Dari data di atas dapat dilihat bahwa Ny. S dengan keluhan ; badan terasa lemah, pusing, kalau berdiri terasa mau pingsan dicurigai menderita anemia dan dengan dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hb 9,6 gr/dL dapat didefinisikan Ny. S menderita anemia.

Untuk pencatatan dan pelaporan ditulis dalam buku pendokumentasian ruangan laboratorium dan lembar pengantar pasien untuk diserahkan kembali kepada dokter pemeriksa dengan tujuan terapi lanjutan atau pengobatan yang tepat pada kebutuhan pasien saat itu.

Dengan hasil pemeriksaan laboratorium inilah diagnosis dari keluhan – keluhan pasien ditegakkan, sehingga terapi yang diberikan efektif dan efisien.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

a) Kesimpulan

Dari pendahuluan, tinjauan teori tinjauan kasus dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa :

- 1) Pemeriksaan laboratorium merupakan prosedur pemeriksaan khusus yang dilakukan pada pasien untuk membantu menegakan diagnosis.
- 2) Sekumpulan pemeriksaan laboratorium yang dirancang untuk tujuan tertentu misalnya untuk mendeteksi penyakit, menentukan risiko, memantau perkembangan penyakit, memantau pengobatan, dan lain-lain. Mengetahui ada tidaknya kelainan/penyakit yang banyak dijumpai dan potensial membahayakan.
- 3) Di Puskesmas pemeriksaan umumnya dilakukan secara sederhana, meskipun demikian laboratorium puskesmas sudah dilengkapi dengan peralatan yang memadai dengan dilengkapi tenaga pemeriksa yang spesialis di bidang analisis laboratorium, sehingga mutu hasil pemeriksaan pun tidak perlu diragukan lagi.
- 4) Pemeriksaan laboratorium Puskesmas meliputi : Pemeriksaan urine (Derajat keasaman/pH,

Protein, Bilirubin, Glukosa, HCG test/tes kehamilan) ; Pemeriksaan darah (Haemoglobin/Hb cara Sahli, Golongan darah, Widal, Malaria) ; Pemeriksaan sputum/dahak (BTA/basil tahan asam).

5) Ny. S dengan keluhan ; badan terasa lemah, pusing, kalau berdiri terasa mau pingsan dicurigai menderita anemia dan dengan dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hb 9,6 gr/dL dapat didefinisikan Ny. S menderita anemia.

6) Setelah pemeriksaan dilakukan pendokumentasian hasil pemeriksaan. Dokumentasi dibuat untuk pelaporan tindakan dan hasil tindakan benar telah dilakukan. Dokumentasi dibuat untuk bahan laporan pertanggungjawaban ruangan laboratorium puskesmas dan laporan hasil pemeriksaan kepada dokter yang menujuk pasien ke laboratorium.

Saran

5.2.1. Bagi institusi pendidikan.

Diharapkan agar mahasiswa mendapatkan bimbingan yang lebih mendalam tentang fungsi dan peran mahasiswa perawat/perawat dalam proses pemeriksaan laboratorium, batasan tindakan, dan prosedur kolaboratif dalam pemeriksaan laboratorium.

5.2.2. Bagi institusi Puskesmas Panarung

Bagi institusi Puskesmas Panarung khususnya ruang laboratorium tetap di tingkatkan mutu pelayanan kesehatan dan pendokumentasian data hasil pemeriksaan kesehatan pasien, sehingga dapat menjadi tambahan pengetahuan dan bimbingan bagi mahasiswa dilahan praktek dalam melaksanakan proses keperawatan dan kolaboratif perawat dalam tindakan pemeriksaan laboratorium.

DAFTAR PUSTAKA

Hidayat, Alimul A. 2004. Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia. Jakarta : ecg

Diagnosis hepatitis A

[Tes serologi](#) untuk mengetahui adanya immunoglobulin M (IgM) terhadap vius [hepatitis A](#) digunakan untuk mendiagnosa [hepatitis A](#) akut. IgM antivirus [hepatitis A](#) bernilai positif pada awal gejala. Keadaan ini biasanya disertai dengan peningkatan kadar serum alanin aminotransferase (ALT/SGPT). Jika telah pasien telah sembuh, antibodi IgM akan menghilang dan sebaliknya antibodi IgG akan muncul. Adanya antibodi IgG menunjukkan bahwa penderita pernah terkena [hepatitis A](#). Secara garis besar, jika seseorang terkena [hepatitis A](#) maka hasil pemeriksaan laboratorium akan seperti berikut:

- Serum IgM anti-VHA positif
- Kadar serum bilirubin, gamma globulin, ALT dan AST meningkat.
- Kadar alkalin fosfate, gamma glutamil transferase dan total bilirubin meningkat.

Diagnosis hepatitis B

Diagnosis pasti [hepatitis B](#) dapat diketahui melalui pemeriksaan:

- HBsAg (antigen permukaan virus [hepatitis B](#)) merupakan material permukaan/kulit VHB. HBsAg mengandung protein yang dibuat oleh sel-sel hati yang terinfeksi VHB.

Jika hasil tes HBsAg positif, artinya individu tersebut terinfeksi VHB, karier VHB, menderita [hepatatitis B](#) akut ataupun kronis. HBsAg bernilai positif setelah 6 minggu infeksi VHB dan menghilang dalam 3 bulan. Bila hasil tetap setelah lebih dari 6 bulan berarti hepatitis telah berkembang menjadi kronis atau pasien menjadi karier VHB.

- Anti-HBsAg (antibodi terhadap HBsAg) merupakan antibodi terhadap HbsAg. Keberadaan anti-HBsAg menunjukkan adanya antibodi terhadap VHB. Antibodi ini memberikan perlindungan terhadap penyakit [hepatatitis B](#). Jika tes anti-HbsAg bernilai positif berarti seseorang pernah mendapat vaksin VHB ataupun immunoglobulin. Hal ini juga dapat terjadi pada bayi yang mendapat kekebalan dari ibunya. Anti-HbsAg positif pada individu yang tidak pernah mendapat imunisasi [hepatatitis B](#) menunjukkan bahwa individu tersebut pernah terinfeksi VHB.
- HBeAg (antigen VHB), yaitu antigen e VHB yang berada di dalam darah. HbeAg bernilai positif menunjukkan virus VHB sedang aktif bereplikasi atau membelah/memperbanyak diri. Dalam keadaan ini infeksi terus berlanjut. Apabila hasil positif dialami hingga 10 minggu maka akan berlanjut menjadi [hepatatitis B](#) kronis. Individu yang memiliki HbeAg positif dalam keadaan infeksius atau dapat menularkan penyakitnya baik kepada orang lain maupun janinnya.
- Anti-Hbe (antibodi HbeAg) merupakan antibodi terhadap antigen HbeAg yang diproduksi oleh tubuh. Anti-HbeAg yang bernilai positif berarti VHB dalam keadaan fase non-replikatif.
- HBcAg (antigen core VHB) merupakan antigen core (inti) VHB, yaitu protein yang dibuat di dalam inti sel hati yang terinfeksi VHB. HbcAg positif menunjukkan keberadaan protein dari inti VHB.
- Anti-HBc (antibodi terhadap antigen inti hepatitis B) merupakan antibodi terhadap HbcAg. Antibodi ini terdiri dari dua tipe yaitu IgM anti HBc dan IgG anti-HBc. IgM anti HBc tinggi menunjukkan infeksi akut. IgG anti-HBc positif dengan IgM anti-HBc negatif menunjukkan infeksi kronis pada seseorang atau orang tersebut pernah terinfeksi VHB.

Diagnosis hepatitis C

Diagnosis [hepatitis C](#) ditentukan dengan pemeriksaan serologi untuk menilai kadar antibodi. Selain itu pemeriksaan molekuler juga dilakukan untuk melihat partikel virus. Sekitar 80% kasus infeksi [hepatitis C](#) berubah menjadi kronis. Pada kasus ini hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya enzim alanine aminotransferase (ALT) dan peningkatan aspartate aminotransferase (AST).

Pemeriksaan molekuler dilakukan untuk mendeteksi RNA VHC. Tes ini terdiri dari tes kualitatif dan kuantitatif. Tes kualitatif menggunakan teknik PCR (Polymerase Chain Reaction). Tes yang dapat mendeteksi RNA VHC ini dilakukan untuk mengkonfirmasi viremia (adanya VHC dalam darah) dan juga menilai respon terapi. Tes ini juga berguna bagi pasien yang anti-HCV-nya negatif tetapi memiliki gejala klinis [hepatitis C](#). Selain itu tes ini juga dilakukan pada pasien [hepatitis](#) yang belum teridentifikasi jenis virus penyebabnya.

Tes kuantitatif sendiri terbagi lagi menjadi dua, yaitu metode dengan teknik branched-chain DNA dan teknik reverse-transcription PCR. Tes kuantitatif ini berguna untuk menilai derajat perkembangan penyakit. Pada tes kuantitatif ini pula dapat diketahui derajat viremia. Sedangkan biopsi hati (pengambilan sampel jaringan [organ hati](#)) dilakukan untuk mengetahui derajat dan tipe kerusakan sel-sel hati ([liver](#)).

Pemeriksaan Laboratorium Bukanlah Penentu Diagnosis Penyakit

Seorang pasien mengeluhkan adanya rentang waktu antara mulai dirawat di rumah sakit sampai dengan ditegakkannya diagnosis (nama penyakit). Pasien tersebut menderita demam dua hari dan minta dirawat inap. Pada hari keempat demam barulah dokter yang merawat memberitahukan diagnosis. Pasien tersebut mengeluh, “Sudah dirawat dua hari kok baru sekarang ketahuan penyakitnya. Rumah sakit dan dokter macam apa ini?”

Dalam tulisan saya yang terdahulu sudah dijelaskan mengenai urutan pekerjaan yang dilakukan dokter dalam mengelola pasien. Dalam tulisan tersebut, terdapat pengertian-pengertian yang berkaitan dengan pengelolaan pasien, misalnya diagnosis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi, dan lain-lain. Sebelum melanjutkan, ada baiknya anda membaca terlebih dahulu tulisan tersebut untuk lebih memahami tulisan ini, yang hanya menggarisbawahi kesan kebanyakan orang bahwa diagnosis ditentukan hanya dari pemeriksaan laboratorium.

Pada prinsipnya, pemeriksaan laboratorium adalah pemeriksaan penunjang. Sampel yang dipakai dalam pemeriksaan laboratorium cukup bervariasi. Sampel tersebut antara lain darah, urin (air seni), feses (tinja), usapan tenggorok, cairan serebrospinal (cairan otak), dan lain-lain.

Pemeriksaan ini sendiri dapat dibedakan menjadi beberapa macam, yaitu pemeriksaan sitologi (melihat sel, dengan mikroskop), pemeriksaan hematologi (darah), pemeriksaan kimia (mengukur kadar suatu bahan dalam cairan), pemeriksaan serologi, dan lain-lain.

Pemeriksaan laboratorium selain melibatkan sampel juga melibatkan bahan kimia, peralatan elektronik, peralatan mekanik, dan manusia yang menjalankannya. Semua aspek ini secara kolektif menentukan kualitas pemeriksaan laboratorium. Apabila semua aspek ini kita anggap sempurna, sebenarnya tiap-tiap macam pemeriksaan laboratorium mempunyai kualitas yang bervariasi dari sudut pandang dokter yang memerlukan pemeriksaan tersebut. Untuk menentukan akurasi dan kualitas suatu pemeriksaan laboratorium, setiap macam dan tujuan pemeriksaan laboratorium mempunyai karakter statistik yang diberi nama sensitivitas dan spesifisitas. Sensitivitas digambarkan sebagai berikut. Seandainya ada seratus orang yang dikatakan menderita suatu penyakit oleh tes dengan sensitivitas 100%, maka seratus orang tersebut memang BENAR menderita penyakit tersebut. Oleh karena itu, hasil negatif menggunakan pemeriksaan dengan sensitivitas 100% berarti orang tersebut tidak menderita penyakit. Tes dengan sensitivitas tinggi dengan demikian bermanfaat tinggi untuk menyingkirkan kemungkinan suatu penyebab penyakit.

Spesifisitas tidak sama dengan sensitivitas. Andaikan ada sebuah tes dengan spesifisitas 100%. Tes ini digunakan untuk memeriksa seratus orang. Apabila seratus orang tersebut memperoleh hasil negatif, maka TIDAK ADA satupun dari seratus orang tersebut yang benar menderita penyakit itu. Oleh karena itu, hasil positif menggunakan pemeriksaan dengan spesifisitas 100% berarti orang tersebut benar-benar menderita penyakit tersebut.

Pada kenyataannya, tidak ada tes laboratorium dengan sensitivitas sekaligus spesifisitas 100%. Akurasi pemeriksaan laboratorium selalu merupakan kompromi atas nilai sensitivitas dan nilai

spesifisitasnya. Dengan demikian, masih ada kemungkinan seseorang menderita suatu penyakit walaupun hasil tesnya negatif dan sebaliknya. Anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang lainnya perlu digabungkan dan dianalisis untuk dibuat kesimpulan sebagai suatu diagnosis kerja.

Selain sensitivitas dan spesifisitas di atas, ada hal lain yang diperlukan dalam mengelola pemeriksaan laboratorium yang baik. Salah satunya adalah waktu. Waktu diambilnya sampel sangat menentukan hasil. Salah satu contoh adalah pengambilan sampel apusan darah untuk melihat protozoa penyebab malaria paling baik diambil saat pasien menggigil dan demam.

Contoh lain adalah pemeriksaan Widal yang sebenarnya perlu dilakukan setelah satu minggu demam sebanyak dua kali selang satu minggu untuk menilai kenaikan konsentrasi. Kenaikan inilah yang mengkonfirmasi suatu diagnosis demam tifoid (secara luas disebut sebagai tifus/typhus – sebenarnya bukan istilah yang benar).

Sensitivitas, spesifisitas, dan waktu pemeriksaan adalah tiga faktor yang sering menimbulkan pertanyaan seperti pada paragraf pertama di atas. Tidak ada pemeriksaan laboratorium yang bisa tepat seratus persen pada setiap saat pemeriksaan. Secanggih apapun pemeriksaan laboratorium tetap harus mempertimbangkan proses penyakit dan waktu yang tepat untuk dilakukan pemeriksaan. Oleh karena itu, sebaiknya pemeriksaan laboratorium diminta oleh dokter setelah melakukan serangkaian anamnesis dan pemeriksaan fisik. Melakukan pemeriksaan laboratorium secara sembarangan dapat mengaburkan diagnosis dan menghamburkan sumber daya. (Robertus Arian D. – Hospitalist)

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

PEMERIKSAAN KIMIA DARAH/SERUM UNTUK PENYAKIT JANTUNG

NILAI NORMAL PEMERIKSAAN ENZIM JANTUNG

No. Jenis Pemeriksaan Satuan Bayi Anak Dewasa

Pria Wanita

1 CPK/CK U_g/ml 5-35 5-25

IU/L 5-580 0-70 30-180 25-150

2 CKMB U/L 10-13

3 LDH U/L 80-240

4 SGOT/AST U/L s/d 37 s/d 31

5 SGPT/ALT U/L s/d 42 s/d 32

1. CK/CPK (creatin posfo Kinase)

Enzim berkonsentrasi tinggi dalam jantung dan otot rangka, konsentrasi rendah pada jaringan otak, berupa senyawa nitrogen yang terfosforisasi dan menjadi katalisator dalam transfer posfat ke ADP (energy)

Kadarnya meningkat dalam serum 6 jam setelah infark dan mencapai puncak dalam 16-24 jam, kembali normal setelah 72 jam.

Peningkatan CPK merupakan indikator penting adanya kerusakan miokardium.

Nilai normal :

Dewasa pria : 5-35 Ug/ml atau 30-180 IU/L

Wanita : 5-25 Ug/ml atau 25-150 IU/L

Anak laki-laki : 0-70 IU/L

Anak wanita : 0-50 IU/L

Bayi baru lahir : 65-580 IU/

No. Peningkatan CPK Penyebab

1. Peningkatan 5 kali atau lebih atau lebih dari nilai normal Infark jantung

Polimiositis

Distropia muskularis duchene

2. Peningkatan ringan/sedang (2-4 kali nilai normal) Kerja berat

Trauma

Tindakan bedah

Injeksi I.M

Miopati alkoholika

Infark miokard/iskemik berat

Infark paru/edema paru

3. Dengan hipotiroidisme Psikosis akut

Sumber. FK.Widmann, 1994

2. CKMB (Creatinkinase label M dan B)

Jenis enzim yang terdapat banyak pada jaringan terutama otot, miokardium, dan otak. Terdapat 3 jenis isoenzim kreatinase dan diberi label M (muskulus) dan B (Brain), yaitu :

Isoenzim BB : banyak terdapat di otak

Isoenzim MM : banyak terdapat pada otot skeletal

Isoenzim MB : banyak terdapat pada miokardium bersama MM

Otot bergaris berisi 90% MM dan 10% MB

Otot jantung berisi 60% MM dan 40% MB

Peningkatan kadar enzim dalam serum menjadi indicator terpercaya adanya kerusakan jaringan pada jantung.

Nilai normal kurang dari 10 U/L

Nilai > 10-13 U/L atau > 5% total CK menunjukkan adanya peningkatan aktivitas produksi enzim.

Klinis:

Peningkatan kadar CPK dapat terjadi pada penderita AMI, penyakit otot rangka, cedera cerebrovaskuler.

Peningkatan iso enzim CPK-MM, terdapat pada penderita distrofi otot, trauma hebat, paska operasi, latihan berlebihan, injeksi I.M, hipokalemia dan hipotiroidisme.

Peningkatan CPK-MB : pada AMI, angina pectoris, operasi jantung, iskemik jantung, miokarditis, hipokalemia, dan defibrilasi jantung.

Peningkatan CPK-BB : terdapat pada cedera cerebrovaskuler, pendarahan sub arachnoid, kanker otak, cedera otak akut, syndrome reye, embolisme pulmonal dan kejang.

Obat-obat yang meningkatkan nilai CPK : deksametason, furosemid, aspirin dosis tinggi, ampicillin, karbenicillin dan klofibrat.

3. LDH (laktat dehidrogenase)

Merupakan enzim yang melepas hydrogen dari suatu zat dan menjadi katalisator proses konversi laktat menjadi piruvat. Tersebar luas pada jaringan terutama ginjal, rangka, hati dan miokardium. Peningkatan LDH menandakan adanya kerusakan jaringan. LDH akan meningkat sampai puncak 24-48 jam setelah infark dan tetap abnormal 1-3 minggu kemudian.

Nilai normal : 80-240 U/L

Kondisi yang meningkatkan LDH

No. Peningkatan LDH Kondisi atau penyebab

1 Peningkatan 5X nilai normal atau lebih Anemia megaloblastik

Karsinoma metastasis

Shok dan hypoxia

Hepatitis

Infark ginjal

2 Peningkatan sedang (3-5 X normal) Miokard infark

Infark paru

Kondisi hemolitik

Leukemia

Infeksi mononukleus

Delirium remens

Distropia otot

3 Peningkatan ringan (2-3Xnormal) Penyakit hati

Nefrotik sindrom

Hipotiroidisme

Kolagitis

Sumber. FK.Widmann,1994

4. Troponin

Merupakan kompleks protein otot globuler dari pita I yang menghambat kontraksi dengan memblokir interaksi aktin dan myosin. Apabila bersenyawa dengan Ca^{++} , akan mengubah posisi molekul tropomiosin sehingga terjadi interaksi aktin-miosin. Protein regulator ini terletak didalam apparatus kontraktile miosit dan mengandung 3 sub unit dengan tanda C, I, T.

Peningkatan troponin menjadi pertanda positif adanya cedera sel miokardium dan potensi terjadinya angina.

Nilai normal < 0,16 U_g/L

5. SGOT (Serum glutamik oksaloasetik transaminase)

Adalah enzim transaminase sering juga disebut juga AST (aspartat amino transferase) katalisator-katalisator perubahan asam amino menjadi asam alfa ketoglutarat.

Enzim ini berada pada serum dan jaringan terutama hati dan jantung. Pelepasan enzim yang tinggi kedalam serum menunjukkan adanya kerusakan terutama pada jaringan jantung dan hati.

Pada penderita infark jantung, SGOT akan meningkat setelah 12 jam dan mencapai puncak setelah 24-36 jam kemudian, dan akan kembali normal pada hari ke-3 sampai hari ke-5.

Nilai normal :

Laki-laki s/d 37 U/L

Wanita s/d 31 U/L

Kondisi yang menyebabkan peningkatan SGOT

No. Peningkatan SGOT Kondisi/penyebab

1 Peningkatan ringan (< 3X normal)

2 Peningkatan sedang (3-5X normal)

3 Peningkatan tinggi (>5X normal)

Sumber: Fk. Wimann, 1994

6. SGPT (serum glutamik pyruvik transaminase):

Merupakan enzim transaminase yang dalam keadaan normal berada dalam jaringan tubuh terutama hati. Sering disebut juga ALT (alanin aminotransferase).

Peningkatan dalam serum darah mengindikasikan adanya trauma atau kerusakan pada hati.

Nilai normal :

Laki-laki : s/d 42 U/L

Wanita : s/d 32 U/L

a. Peningkatan SGOT/SGPT : > 20X normal : hepatitis virus, hepatitis toksis.

b. Peningkatan 3-10x normal : infeksi mononuklear, hepatitis kronik aktif, obstruksi empedu ekstra hepatic, sindrom reye, dan infark miokard (AST>ALT).

c. Peningkatan 1-3X nilai normal : pancreatitis, perlemakan hati, sirosis Laennec, dan sirosis biliar.

7. HBDH (alfa hydroxygutiric dehidrogenase)

Merupakan enzim non sfesifik. Untuk diagnostic miokard infark.

Pemeriksaan ini bertujuan untuk membedakan LDH 1,2 dan LDH 3,4. Peningkatan HBDH biasanya juga menandai adanya miokard infark dan juga diikuti peningkatan LDH.

ANALISA PEMERIKSAAN URINE

1. Pemeriksaan Berdasarkan Warna Urine

No Warna urine Penyebab patologis Penyebab non patologis

1 Merah Ada hemoglobin, mioglobin dan porfirin (berarti ada perdarahan saluran kencing) - Oleh karena obat tertentu

- Karena zat warna dari makanan tertentu, misal biet, senna, robarber

2 Jingga Zat warna empedu - Karena obat-obat: antiseptic saluran kencing, pyridium, dan obat fenothiazin

3 Kuning - Urine pekat

- Keberadaan urobilin dan bilirubin - Obat preparat vitamin dan obat psikoaktif

4 Hijau - Keberadaan biliverdin

- Keberadaan bakteri pseudomonas - Obat preparat vitamin dan obat psikoaktif

5 Biru Tak patologis Deuretika tertentu

6 Coklat - Keberadaanhematin asam, mioglobin dan zat warna empedu - Obat-obat

nitrofurantioin, levodopa

7 Hitam/ hampir hitam Keberadaan melanin, kaskara, senyawa besi dan fenol - Obat levodopa, kaskara, senyawa besi dan fenol

2. Analisa berdasarkan keberadaan gula dalam urine

No Gula dalam urine Penafsiran

1 Urine+bersama hiperglikemi - Penyakit DM

- Penyakit endokrien, hipertiroidisme, dan feokromositosis

- Pankreatitis, Ca pancreas

- Dispusi SSF: asfiksia, perdarahan/ tumor hipotalamus

- Gangguan metabolismeberat: luka bakar berat, uremia, penyakit hati berat, sepsis

- Obat kortikosteroid dan thiazid

2 Urine+, tanpa hiperklikimia Disfungsi tubulus ginjal, kehamilan, gula non glucose

3. Penafsiran keberadaan protein dalam urine

No Keberadaan protein dalam urine Tafsiran gangguan organ/ penyakit

1 Proteinurea ringan

<0,5 gr / hari - Orang sehat setelah kerja jasmani berat

- Kondisi demam, stress emosi, hipertensi

- Disfungsi tubulus ginjal

- Ginjal polikistik

- Infeksi saluran urine distal

- Hemoglobinuria karena hemolisis berat

2 Protein urea sedang

0,5- 3 gr/ hari - Glumerulonefritis kronis

- Gagal jantung kongesti

- Nefropatie DM

- Pielonefritis

- Myeloma multiple

- Preeklamsia

3 Proteinuria berat

<3 gr / hari - Glumerulonefritis akut

- Glumerulonefritis kronis berat

- Nefrosis lipoid

- Nefropatie DM berat

- Nefritis pada lupus

- Penyakit amiloid

4. Penafsiran keberadaan hemoglobin dalam urine

No Keadaan hemoglobinuria Tafsiran gangguan organ/ penyakit

1 Eritrosit utuh dalam sediment tanpa silinder - Cemaran darah menstruasi

- Akibat aktifitas jasmani berat

- Trauma pada saluran kencing
- Sistitis
- Kencing batu
- Tumor ginjal
- Hipertensi berat
- Penggunaan obat anti koagulan
- Penyakit sel sabit
- 2 Eritrosit utuh diikuti adanya selinder eritrosit, selinder bergranula dan proteinuria - GNC
- Nefritis
- Poliartthritis
- Nefropatie alergi
- 3 Dalam sedimen tak ada eritrosit utuh - Lisis eritrosit dalam sirkulasi
- Hemolisis tranfusi/ tranfusi darah hemolisis

5. Tafsiran keberadaan silinder dalam urine

No Jenis silinder Penafsiran

1 Hialin 1. Gerak badan berat pada orang normal

2. Gagal jantung kongesti

3. Nefropatie DM

4. Glomerulo nefritis kronis

2 Eritrosit 1. Glomerulonefritis akut

2. Endokarditis bacterial

3. Nefritis lupus

4. Infark ginjal

3 Lekosit 1. Pyelonefritis akut

2. Nefritis

4 Epithel 1. Nekrosis tubuler

2. Infeksi cytomegalovirus

3. Keracunan logam berat atau salsilat

5 Granuler

(butir kasar/halus) 1. Sindrom nefrotik

2. Pyelonefritis

3. Glomerulonefritis

4. Keracunan tinbal

6 Lilin 1. Atropi tubulus ginjal berat

6. Penafsiran terhadap kadar bilirubin serum, bilirubin urine dan urobilin urine

No Bilirubin serum Bilirubin urine Urobilin urine Tafsiran

1 Indirek meningkat

Direk normal (n) Negative (-) Meningkat Hemolisis

2 Indirek normal

Direk (n) – meningkat Negative (-) Meningkat Kerusakan sel hati awal

3 Indirek meningkat

Direk meningkat Meningkat Meningkat Kerusakan sel hati berat

4 Indirek (n)

Direk meningkat Meningkatkan Negative (-) Obstruksi saluran empedu ekstra atau infra empatik

7. Pemeriksaan Bence Jones

Adalah pemeriksaan urine untuk mendeteksi keberadaan protein patologis dengan cara mencampur urine dengan asam asetat dan dipanaskan. Dinyatakan positif apabila terjadi kekeruhan pada saat urine dingin. Biasanya dilakukan pada penderita Myeloma Multiple. Reaksi bence jones (+) dapat juga terjadi pada tumor tulang dan leukemia.

8. Pemeriksaan 5 Hidroxyindolo Acetic Acid (5-HIAA)

5 HIAA adalah zat yang banyak ditemukan pada penderita dengan sindrom carcinoid, dimana penghasilan serotonin berlebihan. 5 HIAA adalah derivat indol hasil metabolisme serotonin berlebihan. Tes dilakukan dengan menggunakan reagen Ehrlich, dan dinyatakan normal apabila didalam tes terjadi warna biru yang jelas.

9. Pemeriksaan Benzidin

Pemeriksaan pada urine maupun feases yang bertujuan mendeteksi keberadaan hemoglobin dan derivatnya pada urine atau feases. Tes dilakukan dengan mencampur bahan pemeriksaan dengan larutan benzidin, dan dinyatakan hasil:

- Negative (-) apabila tidak ada perubahan warna (tetap samar-samar kehijauan)
- Positif 1 (+) warna hijau
- Positif 2 (++) biru hijau
- Positif 3 (+++) biru
- Positif 4 (+++++) biru tua

Biasanya tes dilakukan pada penderita yang dicurigai adanya perdarahan pada saluran kencing maupun pencernaan

10. Pemeriksaan Sulkowitch

Pemeriksaan untuk mengetahui kadar kalsium dalam urine yang dikeluarkan oleh ginjal, dengan menggunakan reagen sulkowitch (asam oxalate, aluminium oxalate, asam asetat glacial, dan aquadest). Bahan urine yang digunakan adalah urine 24 jam yang sebelumnya pasien di puasa dari makanan / minuman yang mengandung kalsium.

Interpretasi hasil :

Negative (-) : tidak terjadi kekeruhan

Positif 1(+) : adakekeruhan halus

Positif 2 (++) : ada kekeruhan sedang

Positif 3 (+++) : kekeruhan agak berat dalam waktu < 20 detik

Positif 4 (+++++) : terjadi kekeruhan berat dan seketika

Nilai normal sampai dengan positif 1 (+)

Positif 3 (+++) sampai positif 4 (+++++)berarti kaadar kalsium dalam urine tinggi dan merupakan akibat dari hiperkalsemia

11. Galli Mainini Test

Adalah test dengan cara menyuntikan urine wanita yang diduga hamil kedalam tubuh katak jantan. Apabila dalam urine katak jantan terdapat spermatozoa hasil sekresi maka tes dinyatakan (+) atau ada kehamilan

12. Esbach

Adalah pemeriksaan kuantitatif albumin dalam urine dengan cara mencampurkan larutan asam pikrat 1% dalam air dan larutan asam sitrat 2% dalam air dengan urine.

Hasil positif dilihat dengan adanya kekeruhan dan tingkat kekeruhan sesuai dengan kuantitatif protein.

13. Pemeriksaan Reduksi

Pemeriksaan untuk mendeteksi adanya glukosa dalam urine dengan menggunakan reagen (missal : benedict, fehling, nylander)

Dinyatakan negative (-) apabila tidak ada perubahan warna, tetap biru sedikit kehijauan (tidak ada glukosa)

Positif 1 (+) : warna hijau kekuningan dan keruh (terdapat 0,5-1% glukosa)

Positif 2 (++) : warna kuning keruh (terdapat 1-1,5% glukosa)

Positif 3 (+++) : warna jingga, seperti lumpur keruh (2-3,5% glukosa)

Positif 4 (++++): merah keruh (> 3,5% glukosa)

Normal : urine reduksi negative

Reduksi + dalam urine menunjukkan adanya hiperglikemia di atas 170 mg%, karena nilai ambang batas ginjal untuk absorbs glukosa adalah 170 mg%. reduksi + disertai hiperglikemia menandakan adanya penyakit diabetes mellitus.

14. Glukosa Kuantitatif Urine

Pemeriksaan untuk mengukur jumlah glukosa dalam gram/24 jam dengan menggunakan reagen benedict kuantitatif.

15. Keton

Pemeriksaan untuk menemukan keberadaan zat keton dalam urine meliputi aseton, asam asetoasetat, asam beta hidroksi butirat. Bahan yang digunakan adalah urine segar karena benda keton ini mudah menguap. Pemeriksaan dilakukan dengan cara mencampurkan urine dengan reagen (Rothera, Gedhad) dan diamati adanya perubahan warna.

Dinyatakan positif (+) apabila terjadi warna ungu kemerahan pada batas kedua cairan. Makin cepat terjadi warna ungu dan makin tua warnanya menggambarkan makin tinggi konsentrasi keton dalam urine. Pemeriksaan ini dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan metabolisme berat terutama pada penderita DM

16. Bilirubin dalam Urine

Merupakan tes (missal: percobaan busa, Harrison) untuk melihat keberadaan bilirubin dalam urine. Bilirubin normal dalam urine negative (-). Bilirubin + menunjukkan adanya proses hemolisis, gangguan hati dan gangguan empedu.

17. Urobilinogen dalam Urine

Urobilinogen merupakan senyawa tak berwarna dibentuk dalam usus dengan mereduksi bilirubin, diekskresikan melalui feaces dan urine dan teroksidasi dalam bentuk urobilin.

Tes untuk melihat keberadaan urobilinogen dalam urine diperlukan bahan segar. Normalnya negative (-).

18. Urobilin

Urobilin merupakan pigmen empedu, tidak berbentuk, berwarna kecoklat-coklatan. Pemeriksaan terhadap keberadaan urobilin dengan menggunakan reagen tertentu (missal: Schlezingler). Hasil positif 1(+), atau positif 2(++) dilihat dari adanya fluoresensi hijau.

19. Pemeriksaan Darah Samar dalam Urine

Tes ini bertujuan untuk mendeteksi adanya hemoglobin dalam urine dengan metode tertentu (missal: benzidine tes atau guayac tes). Dinyatakan positif apabila ada perubahan warna menjadi hilau (+) sampai biru tua(++++).

Dinyatakan negatif apabila tak ada perubahan warna. Tes + berarti ditemukan hemoglobin dalam urine yang mungkin disebabkan oleh pendarahan atau radang pada ginjal/saluran kencing.

20. Pemeriksaan Kloride dalam Urine

Bertujuan untuk menetapkan jumlah/kuantitatif klorde dalam urine 24 jam.

Biasanya menggunakan metode cepat yaitu Fantus.

21. Pemeriksaan benda-benda Nitrogen

Pemeriksaan bertujuan menemukan benda-benda nitrogen terutama nitrit, urea, kreatinin dalam urine. Peningkatan kadar benda nitrogen dalam urine menggambarkan kondisi metabolisme dari protein mulai dari intake, absorpsi, perombakan, metabolisme, destruksi dan ekskresinya.

Pengukuran kreatinin memerlukan bahan urine 24 jam dan hasilnya dapat menggambarkan kondisi fungsi ginjal.

Nilai normal ekskresi kreatinin pada wanita: 0,8 – 1,7 gr/hr; pria: 1,0 – 1,9 gr/hr

22. Pregnosticon Planotes (PPT)

Pemeriksaan untuk menemukan adanya Human Chorionic Gonadotropin (HCG) dalam urine.

Pemeriksaan bertujuan untuk mendeteksi adanya kehamilan pada wanita. Hasil positif menandakan adanya tanda kehamilan pada wanita.

23. PPT Titrasi

Merupakan tes immunologic dengan Human Agglutinin Inhibitor (HAI) untuk melihat keberadaan HCG dalam urine. Dengan pemeriksaan ini hasilnya lebih cepat, akurat dan sensitive karena dalam titer terendah pun sudah dapat terdeteksi.

Normal dalam 20 hari setelah pembuahan HCG +:500 SI/hari. Keakuratan untuk deteksi kehamilan adalah 95-98%. Pada saat ini sudah dikembangkan oleh pabrik alat tes kehamilan yang praktis dan mudah dilakukan oleh masyarakat, hasilnya akurat missal: prognosticon, gravindex, gonovis, deco dan lai-lain.

24. HCG EIA (test Pack)

Adalah pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan HCG dengan metode Enzyme Immuno Assay (EIA). Penggunaan sama dengan pemeriksaan HCG diatas.

25. Asam Urat

Asam urat merupakan produk akhir metabolisme purin dan sulit larut dalam air.

Konsentrasi tinggi dalam urine dapat membentuk batu asam urat dan mencerminkan kadar asam

urat dalam darah yang tinggi dengan segala akibatnya. Pemeriksaan asam urat (uric acid) dalam urine bertujuan untuk mendeteksi asam urat secara kuantitatif dan kualitatif. Biasanya dilakukan pada pasien dengan gangguan ginjal, penyakit gout, radang sendi, batu ginjal/saluran kencing.

26. Pemeriksaan Kimia Urine yang Dipermudah

Pada saat ini pabrik alat kesehatan menciptakan bermacam-macam alat yang mudah dilakukan masyarakat, praktis dan hasilnya akurat untuk pemeriksaan urine, yang berupa kertas, plastic maupun tablet. Kertas/plastic/tablet tersebut mengandung reagen tunggal atau gabungan yang dapat mendeteksi keberadaan suatu zat secara sendiri-sendiri atau beberapa zat sekaligus. Alat-alat tersebut antara lain:

No. Nama Alat/

Bentuk Kandungan reagen Manfaat

1. Albustix

(stik/kertas) Bromphenol blue dan salisilat Mendeteksi protein dalam urine, dinyatakan +: terjadi warna kuning → biru

2. Albutes

(tablet) Sda

3. Clinistix

(stik/tes tape) Glukosa oksidasa dan orthotolidin Deteksi glukosa dalam urine.

+: warna biru

4. Clinitest

(tablet) Na hidroksida dan kuprisulfat Deteksi glukosa +: warna menjadi kuning/jingga

5. Galatest

(serbuk) Garam bismuth Deteksi glukosa +: warna abu-abu sampai hitam

6. Ketostix

(stik/kertas) Na nitoprussida, asam amino asetat, dinatrium posfat Deteksi keton dalam urine

(asam asetoasetat, aceton) +: berubah warna menjadi ungu - sampai merah

7. Acetest

(tablet) Sda Sda

8. Hemastix

(kertas) Peroksidan dan orthotolidin Deteksi darah samar (Hb) +: berubah warna menjadi hijau

→ biru

9. Occultist

(tablet) Sda Sda

10. Ictotest

(tablet) Nitrobenzenediazonium P toluene sulfonat Deteksi bilirubin dalam urine

11. Labstix

(kertas) Kombinasi reagen Deteksi glukosa, protein, keton, darah samar, PH

12. Hemacombistix Sda Sda

27. Fenil Keton Urie (FKU) Pemeriksaan Guthrie

Merupakan pemeriksaan skrening untuk mendeteksi adanya defisiensi enzim hepar yaitu Fenilalanin hidroksidase. Adanya akumulasi penilinin dalam darah dan jaringan yang berasal dari susu dan prolduk protein lain yang dapat menyebabkan kerusakan otak dan retardasi mental. Apabila fenilalanin dalam serum mencapai 4mg/ dl setelah minum susu 3-5 hari disebut tes Guthrie positif (+).

Pemeriksaan FKU pada urine dilakukan setelah bayi berumur 3-4 minggu dan diulang 1-2 minggu kemudian.

Nilai FKU 15 mg / dl atau lebih besar dapat digunakan sebagai indikator yang signifikan adanya kerusakan otak.

Nilai normal:

FKU: negatif, Guthrie. Negatif. Pada anak: 0,5-2,0 mg/ dl

Peningkatan FKU dapat terjadi pada bayi lahir dengan berat badan rendah, encephalopatihepatik, septicemia, galaktosemia, obat aspirin dosis besar.

28. Katekolamin Urie

Merupakan hormon epinefrin dan norepinefrin yang diproduksi oleh kelenjar medulla suprarenalis. Pada orang normal dan setelah latihan atau olahraga produksi katekolamin akan meningkat. Apabila ditemukan kadar katekolamin dalam urine: 3-100 kali lebih besar dari normal menunjukkan adanya penyakit feokromositoma.

Peningkatan dalam jumlah sedang ditemukan pada jumlah kasus psikiatri dan anak yang menderita neuroblastoma maligna.

Nilai normal dalam urine dewasa : total < 100 ug/ 24 jam,

aktivitas tinggi : < 0,59 umol/ 24 jam

epinefrin urie : 10-90 ug/ 24 jam

peningkatan katekolamin ditemukan pada penderita feokromositoma, stress berat, septikemi, shock, luka bakar, peritonitis, neuroblastoma maligna, gangguan psikiatri terutama depresi/ maniakdepresif, dan obat-obatan antibiotic, antihipertensi, adrenalin, isoproterenol, insulin, devolopa, aminofilin, klorpromasin, dan vitamin C dan B dosis tinggi.

29. Ketosteroid-17 dalam Urine (17-KS)

Merupakan hasil metabolisme hormon testosteron yang berasal dari testis dan glandula suprarenalis. Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi adanya disfungsi kortek adrenal.

Penurunan kadar 17-KS menunjukkan hipofungsi kortek adrenal (misal pada penyakit Addison's) hipogonadisme, hipopituitarisme, miksiedema, nefrosis, dan obat-obat: deuretik, tiazid, estrogen, kontrasepsi oral, reserpin, klordiazepoksida, promazin, quinidin, meproamat, dan salisilat.

Peningkatan kadar 17-KS ditemukan pada hiperfungsi kortek adrenal, sindrom cushing's, karsinoma adrenocorte, tumor testis, tumor ovarium, infeksi dan stres hebat, serta obat-obat: ACTH, antibiotika, fenitoin, deksametason, dan spironolakton.

Nilai normal :

Dewasa pria : 8-25 mg/24 jam

Wanita : 5-15 mg/24 jam

Bayi : < 1 mg/24 jam
Anak 1-3 tahun : < 2 mg/24 jam
Anak 3-6 tahun : < 3 mg/24 jam
Remaja wanita : 3-12 mg/24 jam
Lansia : 4-8 mg/24 jam

30. Hidroksi Kortikosteroid-17 (17-OHCS) Urine

Merupakan hasil metabolisme hormon steroid dari korteks adrenal dan dikeluarkan melalui urine (24 jam). Pemeriksaan bertujuan untuk mengkaji fungsi hormon adrenal.

Penurunan 17-OHCS terdapat pada penyakit Addison's, sindrom androgenital, hipopituitarism, hipotiroid, penyakit hati, dan obat-obat: kalsium glukonat, deksametason, fenitoin, reserpin, dan prometasin.

Peningkatan 17-OHCS terdapat pada sindrom Cushing's, kanker adrenal, hiperpituitarism, hipertiroidism, stres berat, eklampsia, dan obat-obat: penisilin, eritromisin, kortison, asetazolamid, vitamin C, tiazid, digoksin, estrogen, kontrasepsi oral, quinidin, spironolakton, dan paraldehid.

Nilai normal :

Dewasa pria : 5-15 mg/24 jam
Wanita : 3-13 mg/24 jam
Rata-rata : 2-12 mg/24 jam
Lansia : lebih rendah dari dewasa
Anak 2-4 tahun : 1-2 mg/24 jam
Anak 5-12 thn : 6-8 mg/24 jam
Bayi : < 1 mg/24 jam

31. Pregnanetriol urine

Merupakan zat sintesis kortikoid yang digunakan untuk mendiagnosa adanya hiperplasi adrenokortikal kongenital. Penurunan kadar menunjukkan hipofungsi hipofisis anterior.

Peningkatan kadar terdapat pada sindroma adrenogenital, hiperfungsi dan hiperplasi adrenokortikal kongenital, dan tumor adrenal.

Normal :

Dewasa pria : 0,4-2,4 mg/24 jam
Wanita : 0,5-2,0 mg/24 jam
Anak : 0-1,0 mg/24 jam
Bayi : 0-0,2 mg/24 jam

32. Tes urine atas obat-obatan

Pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan metabolik yang berasal dari obat. Tes ini dilakukan untuk mengukur kadar obat dalam urine sebagai persentase kadar obat dalam plasma dan

sebagai indikator toksisitas obat.

No. Nama Obat Indikator tes + dalam urine Keterangan

1. Aspirin/salsilat Perubahan warna urine menjadi merah anggur yang mantap
2. Fenotiazin dan derivatnya Ungu kemerahan Langsung
3. PAS (para amino salisilat) Coklat merah
4. Fenol dan derivatnya Ungu

33. Tes urine atas obat-obatan narkotik, miras, psikotropik.

No. Jenis narkotik Nilai Normal Keterangan

1. Amphetamin (Extacy,shabu) - Stimulans
2. Cocain - Stimulans analgetik
3. Opiat (morfin,heroin) -
4. Benzodiazepin - Tranguilizer minor
5. Barbiturat - Tranguilizer minor
6. Mertaquolon (mandax) -
7. Alcohol - Depresan
8. Amytriptilin - Depresan
9. Imipramin - Depresan
10. LSD - Halusinogen
11. Ganja - dep/Stimulans
12. Haloperidol - Tranguilizer mayor
13. Chlorpromazine - Tranguilizer mayor

BAB I

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Visi Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah memandirikan masyarakat untuk hidup sehat dengan misi membuat rakyat sehat. Guna mewujudkan visi dan misi tersebut berbagai program kesehatan telah dikembangkan termasuk pelayanan kesehatan di rumah.

Pelayanan keperawatan yang berkualitas mempunyai arti bahwa pelayanan yang diberikan kepada individu, keluarga ataupun masyarakat

haruslah baik (bersifat etis) dan benar (berdasarkan ilmu dan hukum yang berlaku). Hukum yang mengatur praktik keperawatan telah tersedia dengan lengkap, baik dalam bentuk undang-undang kesehatan, maupun surat keputusan Menkes tentang praktik keperawatan. Dengan demikian melakukan praktik keperawatan bagi perawat di Indonesia adalah merupakan hak sekaligus kewajiban profesi untuk mencapai visi Indonesia sehat tahun 2010.

Implementasi praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat sebenarnya tidak harus dilakukan di rumah sakit, klinik, ataupun di gedung puskesmas tetapi dapat juga dilaksanakan dimasyarakat maupun dirumah pasien. Pelayanan keperawatan yang dilakukan dirumah pasien disebut *Home Care*.

Pelayanan kesehatan di rumah merupakan program yang sudah ada dan perlu dikembangkan, karena telah menjadi kebutuhan masyarakat, Salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang sesuai dan memasyarakat serta menyentuh kebutuhan masyarakat yakni melalui pelayanan keperawatan Kesehatan di rumah atau Home Care. Berbagai faktor yang mendorong perkembangannya sesuai dengan kebutuhan masyarakat yaitu melalui pelayanan keperawatan kesehatan di rumah.

Berbagai faktor yang mendorong perkembangan pelayanan keperawatan kesehatan dirumah antara lain : Kebutuhan masyarakat, perkembangan IPTEK bidang kesehatan, tersedianya SDM kesehatan yang mampu memberi pelayanan kesehatan di rumah

2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas masalah yang akan dibahas dalam makalah ini adalah mengenai konsep home care yang meliputi :

- a. Pengertian Home Care
- b. Konsep/Model Teori Keperawatan Yang Mendukung Home Care
- c. Landasan Hukum Home Care
- d. Skill Dasar Yang Harus dikuasai Perawat
- e. Lingkup Pelayanan Home Care
- f. Isu Dan Legal Aspek
- g. Lingkup Praktik Keperawatan Di Rumah
- h. Mekanisme Pelayanan Home Care

3. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka tujuan dari penyusunan makalah ini adalah :

- a. Menjelaskan pengertian Home Care
- b. Menjelaskan konsep/model teori keperawatan yang mendukung Home Care
- c. Menyebutkan landasan hukum Home Care
- d. Menjelaskan skill dasar yang harus dikuasai perawat
- e. Menjelaskan lingkup pelayanan Home Care
- f. Menjelaskan isu dan legal aspek Home Care
- g. Menjelaskan lingkup praktik keperawatan di rumah
- h. Menjelaskan mekanisme pelayanan Home Care

BAB II PEMBAHASAN

1. Pengertian Home Care

Menurut Departemen Kesehatan (2002) menyebutkan bahwa *home care* adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Pelayanan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien atau keluarga yang direncanakan dan dikoordinasi oleh pemberi pelayanan melalui staf yang diatur berdasarkan perjanjian bersama. Sedangkan menurut Neis dan Mc Ewen (2001) menyatakan *home health care* adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya.

Home Care (HC) menurut Habbs dan Perrin, 1985 adalah merupakan layanan kesehatan yang dilakukan di rumah pasien (Lerman D. & Eric B.L, 1993), Sehingga *home care* dalam keperawatan merupakan layanan keperawatan di rumah pasien yang telah melalui sejarah yang panjang.

Di beberapa negara maju, home care “ (perawatan di rumah), bukan merupakan konsep yang baru, tapi telah dikembangkan oleh William Rathbon sejak tahun 1859 yang dia namakan perawatan di rumah dalam bentuk kunjungan tenaga keperawatan ke rumah untuk mengobati klien yang sakit dan tidak bersedia dirawat di rumah sakit.

Dari beberapa literatur pengertian “home care” adalah:

- a. Perawatan dirumah merupakan lanjutan asuhan keperawatan dari rumah sakit yang sudah termasuk dalam rencana pemulangan (discharge planning) dan dapat dilaksanakan oleh perawat dari rumah sakit semula, oleh perawat komunitas di mana pasien berada, atau tim keperawatan khusus yang menangani perawatan di rumah.
- b. Perawatan di rumah merupakan bagian dari asuhan keperawatan keluarga, sebagai tindak lanjut dari tindakan unit rawat jalan atau puskesmas.
- c. Pelayanan kesehatan berbasis dirumah merupakan suatu komponen rentang keperawatan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka, yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit termasuk penyakit terminal.
- d. Pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien individu dan keluarga, direncanakan, dikoordinasikan dan disediakan oleh pemberi pelayanan yang diorganisir untuk memberi pelayanan di rumah melalui staf atau pengaturan berdasarkan perjanjian kerja (kontrak) (warola,1980 dalam Pengembangan Model Praktek Mandiri keperawatan dirumah yang disusun oleh PPNI dan Depkes).

2. Konsep / Model Teori Keperawatan Yang Mendukung Home Care

a. Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi

- 1) udara bersih,
- 2) air yang bersih,
- 3) pemeliharaan yang efisien
- 4) kebersihan, serta
- 5) penerangan/pencahayaan

Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

b. Teori konsep manusia sebagai unit (Martha E. Rogers)

Dalam memahami konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda – beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian system ketersediaan sebagai satu kesatuan yang utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik yang terdiri dari integritas, resonansi dan helicy. Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi dan helicy merupakan proses terjadinya interaksi antara manusia dengan lingkungan

akan terjadi perubahan baik perlahan – lahan maupun berlangsung dengan cepat. Menurut Rogers (1970), tujuan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi klien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistik keperawatan. Menurut Rogers, 1979 Kerangka Kerja Praktik: “Manusia utuh” meliputi proses sepanjang hidup. Klien secara terus menerus berubah dan menyelaraskan dengan lingkungannya.

c. Teori Transkultural nursing (Leininger)

Leininger percaya bahwa tujuan teori ini adalah untuk memberikan pelayanan yang berbasis pada kultur. Dia percaya bahwa perawat harus bekerja dengan prinsip “care” dan pemahaman yang dalam mengenai “care” sehingga culture’s care, nilai-nilai, keyakinan, dan pola hidup memberikan landasan yang reliabel dan akurat untuk perencanaan dan implementasi yang efektif terhadap pelayanan pada kultur tertentu. Dia meyakini bahwa seorang perawat tidak dapat memisahkan cara pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan kultur (orang biasa dan profesional) terhadap kesehatan, kesejahteraan, sakit, atau pelayanan saat bekerja dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, karena faktor-faktor ini saling berhubungan satu sama lain. Struktur sosial seperti kepercayaan, politik, ekonomi dan kekeluargaan adalah kekuatan signifikan yang berdampak pada “care” dan mempengaruhi kesejahteraan dan kondisi sakit.

d. Theory of Human Caring (Watson, 1979)

Teori ini mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Pandangan teori Jean

Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikial (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikal (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

e. Teori Self Care (Dorothea Orem)

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya. Dalam konsep praktik keperawatan Orem mengembangkan tiga bentuk teori Self Care, di antaranya:

1) Perawatan Diri Sendiri (Self Care)

Self Care: merupakan aktivitas dan inisiatif dari individu serta dilaksanakan oleh individu itu sendiri dalam memenuhi serta mempertahankan kehidupan, kesehatan serta kesejahteraan.

Self Care Agency: merupakan suatu kemampuan individu dalam melakukan perawatan diri sendiri, yang dapat dipengaruhi oleh usia, perkembangan, sosiokultural, kesehatan dan lain-lain.

Theurapetic Self Care Demand: tuntutan atau permintaan dalam perawatan diri sendiri yang merupakan tindakan mandiri yang dilakukan dalam waktu tertentu untuk perawatan diri sendiri dengan menggunakan metode dan alat dalam tindakan yang tepat.

Self Care Requisites: kebutuhan self care merupakan suatu tindakan yang ditujukan pada penyediaan dan perawatan diri sendiri yang bersifat universal dan berhubungan dengan proses kehidupan manusia serta dalam upaya mempertahankan fungsi tubuh. Self Care Requisites terdiri dari beberapa jenis, yaitu: Universal Self Care Requisites (kebutuhan universal manusia yang merupakan kebutuhan dasar), Developmental Self Care Requisites (kebutuhan yang berhubungan perkembangan individu) dan Health Deviation Requisites (kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi pasien).

2) Self Care Defisit

Self Care Defisit merupakan bagian penting dalam perawatan secara umum di mana segala perencanaan keperawatan diberikan pada saat perawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan seseorang pada saat tidak mampu atau terbatas untuk melakukan self carenya secara terus menerus. Self care defisit dapat diterapkan pada anak yang belum dewasa, atau kebutuhan yang melebihi kemampuan serta adanya perkiraan penurunan kemampuan dalam perawatan dan tuntutan dalam peningkatan self care, baik secara kualitas maupun kuantitas. Dalam pemenuhan perawatan diri sendiri serta membantu dalam proses penyelesaian masalah, Orem memiliki metode untuk proses tersebut diantaranya bertindak atau berbuat untuk orang lain, sebagai pembimbing orang lain, memberi support, meningkatkan pengembangan lingkungan untuk pengembangan pribadi serta mengajarkan atau mendidik pada orang lain.

f. Teori Dinamic dan Self Determination for Self Care (Rice)

Perawat sebagai fasilitator dan koordinator dari pilihan keseimbangan sehat sakit yang ditetapkan oleh pasien.

(Aziz Alimul Hidayat, 2004)

3. Landasan Hukum Home Care

Fungsi Hukum dalam Praktik Perawat :

- a. Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum
- b. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain
- c. Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri
- d. Membantu mempertahankan standard praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum.

Landasan Hukum :

- a. UU Kes.No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan
 - b. PP No. 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
 - c. UU No. 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah
 - d. UU No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
 - e. Kepmenkes No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat
 - f. Kepmenkes No. 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas
 - g. Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Perkesmas.
 - h. SK Menpan No. 94/KEP/M. PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.
 - i. PP No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
 - j. Permenkes No. 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta
- ### 4. Skill Dasar Yang Harus dikuasai Perawat

Home Care SK Dirjen Dirjen YAN MED NO HK. 00.06.5.1.311
menyebutkan ada 23 tindakan keperawatan mandiri yang bisa dilakukan
oleh perawat home care antara lain :

- 1) vital sign
- 2) memasang nasogastric tube
- 3) memasang selang susu besar
- 4) memasang cateter
- 5) penggantian tube pernafasan
- 6) merawat luka dekubitus
- 7) Suction
- 8) memasang peralatan O2
- 9) penyuntikan (IV,IM, IC,SC)
- 10) Pemasangan infus maupun obat
- 11) Pengambilan preparat
- 12) Pemberian huknah/laksatif
- 13) Kebersihan diri
- 14) Latihan dalam rangka rehabilitasi medis
- 15) Tranpostasi klien untuk pelaksanaan pemeriksaan diagnostik
- 16) Penkes
- 17) Konseling kasus terminal
- 18) konsultasi/telepon
- 19) Fasilitasi ke dokter rujukan
- 20) Menyiapkan menu makanan
- 21) Membersihkan Tempat tidur pasien
- 22) Fasilitasi kegiatan sosial pasien
- 23) Fasilitasi perbaikan sarana klien.

v Kompetensi Dasar

a. Memahami dasar-dasar anatomi, fisiologi, patologi tubuh secara umum.

- 1) Menjelaskan anatomi, fisiologi, patologi sebagai sistem tubuh secara umum
- 2) Menjelaskan konsep dasar homeostasis, dan patogenesis.

b. Melaksanakan pemberian obat kepada klien/pasien

- 1) Menjelaskan cara-cara pemberian obat kepada pasien
- 2) Melakukan pemberian obat kepada pasien sesuai resep dokter.

c. Memahami jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien

- 1) Menjelaskan jenis pemeriksaan laboratorium dasar yang diperlukan oleh klien/pasien
- 2) Menjelaskan persiapan klien/pasien yang akan diperiksa di laboratorium
- 3) Mengantarkan klien/pasien untuk periksa di laboratorium.

d. Menunjukkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik

- 1) Menjelaskan definisi komunikasi terapeutik
- 2) Menjelaskan fungsi, dan manfaat komunikasi terapeutik
- 3) Melaksanakan setiap tindakan keperawatan menggunakan komunikasi terapeutik.

e. Menunjukkan kemampuan mengasuh bayi, balita, anak, dan lansia sesuai tingkat perkembangan

- 1) Membangun hubungan antar manusia
- 2) Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
- 3) Mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia
- 4) Merencanakan kebutuhan dasar manusia

f. Menunjukkan kemampuan melayani klien/pasien berpenyakit ringan

- 1) Membangun hubungan antar manusia

- 2) Mengoptimalkan komunikasi terapeutik
 - 3) Mengidentifikasi kebutuhan dasar klien/pasien
 - 4) Merencanakan kebutuhan dasar klien/pasien
 - 5) Melaksanakan kebutuhan dasar klien/ pasien
 - 6) Mendokumentasikan hasil pelaksanaan kebutuhan pasien/klien yang penyakit ringan.
- g. Menerapkan Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Lingkungan Hidup (K3LH)
- 1) Mendeskripsikan keselamatan dan kesehatan kerja (K3)
 - 2) Melaksanakan prosedur K3
 - 3) Menerapkan konsep lingkungan hidup
 - 4) Menerapkan ketentuan pertolongan pertama pada kecelakaan
- i. Memahami kontinum sehat- sakit
- 1) Menjelaskan keseimbangan tubuh manusia normal
 - 2) Menjelaskan definisi sehat-sakit
 - 3) Menjelaskan model-model sehat dan sakit
 - 4) Menjelaskan nilai-nilai yang mempengaruhi kesehatan
 - 5) Menjelaskan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
 - 6) Menjelaskan faktor-faktor resiko dalam kehidupan manusia
 - 7) Menjelaskan dampak sakit pada klien/pasien dan keluarga.
- j. Memahami dasar-dasar penyakit sederhana yang umum di masyarakat
- 1) Menjelaskan penyakit–penyakit sistem integumen sederhana yang umum dimasyarakat
 - 2) Menjelaskan penyakit–penyakit sistem gastro intestinal sederhana yang umum di masyarakat

- 3) Menjelaskan penyakit-penyakit sistem genito urinaria sederhana yang umum di masyarakat
 - 4) Menjelaskan penyakit-penyakit sistem respiratori sederhana yang umum di masyarakat
 - 5) Menjelaskan penyakit-penyakit sistem kardio vaskuler sederhana yang umum di masyarakat
 - 6) Menjelaskan penyakit-penyakit sistem persarafan sederhana yang umum di masyarakat
 - 7) Menjelaskan penyakit-penyakit sistem reproduksi sederhana yang umum di masyarakat.
- k. Memahami peningkatan kesehatan dan pelayanan kesehatan utama
- 1) Menjelaskan tindakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit
 - 2) Menjelaskan tindakan pelayanan kesehatan utama
 - 3) Menjelaskan peran asisten perawat dalam pemberian perawatan utama.
- l. Memahami pemberian obat
- 1) Menjelaskan nomenklatur dan bentuk obat oral
 - 2) Menjelaskan faktor yang mempengaruhi kerja obat
 - 3) Menjelaskan kemampuan memberikan obat oral.
- m. Memahami kemampuan interpersonal dan massa
- 1) Menjelaskan berbagai tingkatan komunikasi
 - 2) Menjelaskan proses komunikasi
 - 3) Menjelaskan bentuk-bentuk komunikasi
 - 4) Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi
 - 5) Mendiskusikan komunikasi terapeutik
 - 6) Menjelaskan bantuan dalam berkomunikasi.
- n. Prinsip-prinsip perkembangan manusia
- 1) Menjelaskan teori pertumbuhan dan perkembangan manusia

- 2) Menjelaskan tahap pertumbuhan dan perkembangan manusia
 - 3) Menjelaskan tentang konsepsi
 - 4) Menjelaskan proses kelahiran.
- o. Memahami tahap-tahap perkembangan manusia
- 1) Menjelaskan perkembangan masa bayi
 - 2) Menjelaskan perkembangan masa balita
 - 3) Menjelaskan perkembangan anak masa usia sekolah
 - 4) Menjelaskan perkembangan masa remaja
 - 5) Menjelaskan perkembangan masa
- p. Dewasa muda
- 1) Menjelaskan perkembangan masa dewasa
 - 2) Menjelaskan perkembangan masa lansia.
- q. Memahami sikap pelayanan perawat sesuai dengan tahapan perkembangan
- 1) Menjelaskan sikap perawat terhadap klien/pasien sesuai dengan tahap perkembangan
 - 2) Menjelaskan pelayanan perawatan kesehatan komunitas dan panti.
- r. Memahami tentang stres
- 1) Menjelaskan konsep stres
 - 2) Menjelaskan adaptasi terhadap stres
 - 3) Menjelaskan respon terhadap stres
 - 4) Menjelaskan proses keperawatan dan adaptasi terhadap stres.
- s. Memahami kebutuhan dasar manusia
- 1) Menjelaskan kebutuhan fisiologis manusia
 - 2) Menjelaskan kebutuhan keselamatan dan rasa aman
 - 3) Menjelaskan kebutuhan cinta dan rasa memiliki
 - 4) Menjelaskan kebutuhan penghargaan dan harga diri

- 5) Menjelaskan kebutuhan aktualisasi diri.
- t. Memahami tentang kesehatan reproduksi
 - 1) Menjelaskan konsep kesehatan reproduksi
 - 2) Menjelaskan anatomi dan fisiologi alat reproduksi
 - 3) Menjelaskan masalah yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi.
 - u. Memahami perilaku empatik 12.1Menjelaskan sikap empatik terhadap kehilangan, kematian, duka cita saat melakukan tindakan keperawatan
 - 1) Menjelaskan bantuan yang diberikan sesuai dengan agama, dan kebutuhan spiritual klien tersebut.
 - v. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital
 - 1) Menjelaskan pedoman untuk mengukur tanda vital
 - 2) Menjelaskan tentang pengukuran suhu tubuh
 - 3) melaksanakan pengukuran nafas
 - 4) Melaksanakan pengukuran nadi.
 - w. Melakukan mobilisasi pasif terhadap klien/pasien
 - 1) Menjelaskan tentang mobilisasi dan pengaturan gerak
 - 2) Menjelaskan gangguan mobilisasi
 - 3) Menjelaskan latihan mobilisasi
 - 4) Menunjukkan kemampuan melakukan mobilisasi pasif dan aktif
 - 5) Menjelaskan gangguan mobilisasi.
 - x. Melakukan pemberian nutrisi 15.1Menjelaskan nutrisi seimbang
 - 1) Menunjukkan kemampuan memberikan makan peroral pada pasien/klien.
 - y. Melaksanakan dokumentasi tindakan keperawatan
 - 1) Menjelaskan komunikasi multidisiplin dalam tim

- 2) Membuat dokumentasi sesuai dengan pedoman.
- z. Melaksanakan tugas sesuai dengan etika keperawatan, dan kaidah hukum
 - 1) Menjelaskan pentingnya etika dan hukum keperawatan dalam melaksanakan tugas
 - 2) Melakukan perilaku kinerja asisten perawat sesuai dengan etika dan hukum keperawatan

5. Lingkup Pelayanan Home Care

Menurut Nuryandari (2004) menyebutkan ruang lingkup pelayanan *home care* adalah:

- a. Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- b. Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
- c. Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
- d. Pelayanan informasi dan rujukan
- e. Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
- f. Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
- g. Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial

Menurut Rice R (2001) jenis kasus yang dapat dilayani pada perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus-kasus khusus yang di jumpai di komunitas.

Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit adalah:

- § Klien dengan penyakit obstruktif paru kronis,

- § Klien dengan penyakit gagal jantung,
- § Klien dengan gangguan oksigenasi,
- § Klien dengan perlukaan kronis,
- § Klien dengan diabetes,
- § Klien dengan gangguan fungsi perkemihan,
- § Klien dengan kondisi pemulihan kesehatan atau rehabilitasi,
- § Klien dengan terapi cairan infus di rumah,
- § Klien dengan gangguan fungsi persyarafan,
- § Klien dengan HIV/AIDS.

Sedangkan kasus dengan kondisi khusus, meliputi :

- § Klien dengan post partum,
- § Klien dengan gangguan kesehatan mental,
- § Klien dengan kondisi usia lanjut,
- § Klien dengan kondisi terminal.

6. Isu Dan Legal Aspek

Secara legal perawat dapat melakukan aktivitas keperawatan mandiri berdasarkan pendidikan dan pengalaman yang di miliki. Perawat dapat mengevaluasi klien untuk mendapatkan pelayanan perawatan di rumah tanpa program medis tetapi perawatan tersebut harus diberikan di bawah petunjuk rencana tindakan tertulis yang ditandatangani oleh dokter. Perawat yang memberi pelayanan di rumah membuat rencana perawatan dan kemudian bekerja sama dengan dokter untuk menentukan rencana tindakan medis.

Isu legal yang paling kontroversial dalam praktik perawatan di rumah antara lain mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Resiko yang berhubungan dengan pelaksanaan prosedur dengan teknik yang tinggi, seperti pemberian pengobatan dan transfusi darah melalui IV di rumah.
- b. Aspek legal dari pendidikan yang diberikan pada klien seperti pertanggungjawaban terhadap kesalahan yang dilakukan oleh anggota keluarga karena kesalahan informasi dari perawat.
- c. Pelaksanaan peraturan Medicare atau peraturan pemerintah lainnya tentang perawatan di rumah.

Karena biaya yang sangat terpisah dan terbatas untuk perawatan di rumah, maka perawat yang memberi perawatan di rumah harus menentukan apakah pelayanan akan diberikan jika ada resiko penggantian biaya yang tidak adekuat. Seringkali, tunjangan dari Medicare telah habis masa berlakunya sedangkan klien membutuhkan perawatan yang terus-menerus tetapi tidak ingin atau tidak mampu membayar biayanya. Beberapa perawat akan menghadapi dilema etis bila mereka harus memilih antara menaati peraturan atau memenuhi kebutuhan untuk klien lansia, miskin dan klien yang menderita penyakit kronik. Perawat harus mengetahui kebijakan tentang perawatan di rumah untuk melengkapi dokumentasi klinis yang akan memberikan penggantian biaya yang optimal untuk klien.

Pasal Krusial Dalam Kepmenkes 1239/2001 Tentang Praktik Keperawatan

- § Melakukan asuhan keperawatan meliputi Pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan dan evaluasi.
- § Pelayanan tindakan medik hanya dapat dilakukan atas permintaan tertulis dokter
- § Dalam melaksanakan kewenangan perawat berkewajiban :

- Menghormati hak pasien
 - Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani
 - Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
 - Memberikan informasi
 - Meminta persetujuan tindakan yang dilakukan
 - Melakukan catatan perawatan dengan baik
- § Dalam keadaan darurat yang mengancam jiwa seseorang , perawat berwenang melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan yang ditujukan untuk penyelamatan jiwa.
- § Perawat yang menjalankan praktik perorangan harus mencantumkan SIPP di ruang praktiknya
- § Perawat yang menjalankan praktik perorangan tidak diperbolehkan memasang papan praktik (sedang dalam proses amandemen)
- § Perawat yang memiliki SIPP dapat melakukan asuhan dalam bentuk kunjungan rumah
- § Persyaratan praktik perorangan sekurang-kurangnya memenuhi :
- Tempat praktik memenuhi syarat
 - Memiliki perlengkapan peralatan dan administrasi termasuk formulir /buku kunjungan, catatan tindakan dan formulir rujukan

7. Lingkup Praktik Keperawatan Di Rumah

Lingkup praktik keperawatan mandiri meliputi asuhan keperawatan perinatal, asuhan keperawatan neonantal, asuhan keperawatan anak, asuhan keperawatan dewasa, dan asuhan keperawatan maternitas, asuhan keperawatan jiwa dilaksanakan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Keperawatan yang dapat dilakukan dengan :

- a. Melakukan keperawatan langsung (direct care) yang meliputi pengkajian bio- psiko- sosio- spiritual dengan pemeriksaan fisik secara langsung, melakukan observasi, dan wawancara langsung, menentukan masalah keperawatan, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan yang memerlukan ketrampilan tertentu untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang menyimpang, baik tindakan-tindakan keperawatan atau tindakan-tindakan pelimpahan wewenang (terapi medis), memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan dan melakukan evaluasi.
- b. Mendokumentasikan setiap tindakan pelayanan yang di berikan kepada klien, dokumentasi ini diperlukan sebagai pertanggung jawaban dan tanggung gugat untuk perkara hukum dan sebagai bukti untuk jasa pelayanan keperawatan yang diberikan.
- c. Melakukan koordinasi dengan tim yang lain kalau praktik dilakukan secara berkelompok.
- d. Sebagai pembela/pendukung (advokat) klien dalam memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan klien dirumah dan bila diperlukan untuk tindak lanjut kerumah sakit dan memastikan terapi yang klien dapatkan sesuai dengan standart dan pembiayaan terhadap klien sesuai dengan pelayanan /asuhan yang diterima oleh klien.
- e. Menentukan frekwensi dan lamanya keperawatan kesehatan di rumah dilakukan, mencangkup berapa sering dan berapa lama kunjungan harus di lakukan.

8. Mekanisme Pelayanan Home Care

Pasien/ klien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dari klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah

sakit, maupun puskesmas, namun pasien/ klien dapat langsung menghubungi agensi pelayanan keperawatan di rumah atau praktek keperawatan per orang untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Pasien / klien pasca rawat inap atau rawat jalan harus diperiksa terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk dirawat di rumah atau tidak.
 - b. Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat di rumah, maka dilakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan di rumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga, akan menentukan masalahnya, dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta jangka waktu pelayanan.
 - c. Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan di rumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan di rumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.
 - d. Secara periodic koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.
- v Persyaratan pasien / klien yang menerima pelayanan perawatan di rumah

- a. Mempunyai keluarga atau pihak lain yang bertanggungjawab atau menjadi pendamping bagi klien dalam berinteraksi dengan pengelola
- b. Bersedia menandatangani persetujuan setelah diberikan informasi (Informed consent)
- c. Bersedia melakukan perjanjian kerja dengan pengelola perawatan kesehatan di rumah untuk memenuhi kewajiban, tanggung jawab, dan haknya dalam menerima pelayanan.

v Berikut tahapan mekanisme pelayanan Home Care :

- a. Proses penerimaan kasus
 - 1) Home care menerima pasien dari rumah sakit, puskesmas, sarana lain, keluarga
 - 2) Pimpinan home care menunjuk menejer kasus untuk mengelola kasus
 - 3) Manajer kasus membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus
- b. Proses pelayanan home care
 - 1) Persiapan
 - Pastikan identitas pasien
 - Bawa denah/ petunjuk tempat tinggal pasien
 - Lengkapi kartu identitas unit tempat kerja
 - Pastikan perlengkapan pasien untuk di rumah
 - Siapkan file asuhan keperawatan
 - Siapkan alat bantu media untuk pendidikan
 - 2) Pelaksanaan
 - Perkenalkan diri dan jelaskan tujuan.
 - Observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat
 - Lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien
 - Membuat rencana pelayanan
 - Lakukan perawatan langsung

- Diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi dll
 - Diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan
 - Dokumentasikan kegiatan
- 3) Monitoring dan evaluasi
- Keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal
 - Kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan
 - Efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana
- 4) Proses penghentian pelayanan home care, dengan kriteria :
- Tercapai sesuai tujuan
 - Kondisi pasien stabil
 - Program rehabilitasi tercapai secara maksimal
 - Keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien
 - Pasien di rujuk
 - Pasien menolak pelayanan lanjutan
 - Pasien meninggal dunia

BAB III

PENUTUP

1. Kesimpulan

Dari pembahasan di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa, home care merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat mencapai kemandirian dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang mereka hadapi.

Perawatan di rumah selain dapat mengurangi kecemasan juga dapat menghemat biaya dari beberapa segi misal biaya kamar, biaya transpor dan biaya lain-lain yang terkait dengan penjaga yang sakit. Tetapi perlu diingat bahwa pasien yang dapat layanan home care adalah pasien yang secara medis dinyatakan aman untuk dirawat di rumah dengan kondisi rumah yang memadai.

2. Saran

a. Bagi perawat

Perawat yang menjalankan perawatan home care hendaknya sudah memiliki SIP, harus kompeten dalam bidangnya, bertanggung jawab terhadap tugasnya.

b. Bagi pasien dan keluarga

Hendaknya pasien dan keluarga dapat bersifat terbuka terhadap perawat home care, manikotti anjuran dari perawa, membantu dalam proses tindakan keperawatan, dan dapat bersifat kooperatif dalam menerima informasi dari perawat.

DAFTAR PUSTAKA

www.homecare.com/

en.wikipedia.org/wiki/Home_care

www.nahc.org

HOME CARE NURSING PRACTICE:CONCEPTS AND APPLICATIONS, FOURT EDITION.
COMO DARLENE/ ISBN 0-323-03072-6/ MOSBY ELSEVIER,St Louis 2006

Asisten keperawatan : suatu pendekatan proses keperawatan/ pengarang, Barbara R Hegner, ester
Caldwell; alih bahasa Jane F Budhi, allenidekania ed6 EGC jakarta 2003

•

Follow by Email

Ada kesalahan di dalam gadget ini

Diberdayakan oleh [Blogger](#).