



PENATALAKSANAAN SYOK ANAFILAKTIK

Rumah Sakit Unhas

Nomor Dokumen
5812/UN4.24/OT.01.00/2022

Nomor Revisi
-

Halaman
1/3

PROSEDUR
OPERASIONAL
STANDAR

Tanggal Terbit

Ditetapkan

Direktur Utama

Komite Farmasi
& Terapi
Rasional

28 Juni 2022



Dr. dr. St. Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp. OG (K)
NIP 196704091996012001

Pengertian

Reaksi anafilaktik adalah reaksi hipersensitifitas generalisata atau sistemik yang terjadi dengan cepat (umumnya 5-30 menit sesudah suntikan) serius dan mengancam jiwa. Jika reaksi tersebut cukup hebat dapat menimbulkan syok yang disebut sebagai syok anafilaktik.

Tujuan

Sebagai panduan praktik klinis, untuk memberikan pertolongan yang cepat dan tepat untuk menerapkan langkah-langkah penanganan syok anafilaktik.

Kebijakan

1. Pertolongan pertama untuk *life saving* boleh dilakukan oleh perawat yang berpengalaman dan berpengetahuan dan atau dokter.
2. Disiapkan obat-obatan pada tas/ troli emergensi : tensimeter dan stetoskop, Tabung Oksigen dengan flowmeter, abocath 16/18, Beberapa spuit 1 ml, Beberapa infus set, Satu ampul epinefrin 1 : 1000, aminofilin ampul, difenhidramin vial, dexamethasone ampul, beberapa kantong nacl 0.9 % atau Dextrose 5%.

Prosedur

1. Hentikan pemberian bahan penyebab dan minta pertolongan
2. berbaring dengan kedua tungkai diangkat (diganjal dengan kursi) akan membantu menaikkan venous return sehingga tekanan darah ikut meningkat.
3. Pemberian Oksigen 3-5 ltr/menit harus dilakukan, pada keadaan yang amat ekstrim tindakan trakeostomi atau krikotiroidektomi perlu dipertimbangkan.
4. Pemasangan infus, Cairan plasma expander (Dextran) merupakan pilihan utama guna dapat mengisi volume intravaskuler secepatnya. Jika cairan tersebut tak tersedia, Ringer Laktat atau NaCl fisiologis dapat dipakai sebagai cairan pengganti. Pemberian cairan infus sebaiknya dipertahankan sampai tekanan darah kembali optimal dan stabil.
5. Adrenalin 0,3 - 0,5 ml dari larutan 1 : 1000 diberikan secara intramuskuler yang dapat diulangi 5-10 menit. Dosis ulangan umumnya diperlukan, mengingat lama kerja adrenalin cukup singkat. Jika respon pemberian secara intramuskuler kurang efektif, dapat diberi secara intravenous setelah 0,1 - 0,2 ml adrenalin dilarutkan dalam spuit 10 ml dengan NaCl fisiologis, diberikan perlahan-lahan. Pemberian subkutan, sebaiknya dihindari pada syok anafilaktik karena efeknya lambat bahkan mungkin tidak ada akibat vasokonstriksi pada kulit, sehingga absorpsi obat tidak terjadi.
6. Aminofilin, dapat diberikan dengan sangat hati-hati apabila bronkospasme belum hilang dengan pemberian adrenalin. 250 mg aminofilin diberikan perlahan-lahan selama 10 menit intravena. Dapat dilanjutkan 250 mg lagi melalui drips infus bila dianggap perlu.
7. Antihistamin dan kortikosteroid merupakan pilihan kedua setelah adrenalin. Kedua obat tersebut kurang manfaatnya pada tingkat syok anafilaktik, dapat diberikan setelah gejala klinik mulai membaik guna mencegah komplikasi selanjutnya berupa serum sickness atau prolonged effect. Antihistamin yang biasa digunakan adalah difenhidramin HCl 5 - 20 mg IV dan untuk golongan kortikosteroid dapat digunakan deksametason 5 - 10 mg IV atau hidrokortison 100 - 250 mg IV.
8. Resusitasi Kardio Pulmoner (RKP), seandainya terjadi henti jantung (cardiac arrest) maka prosedur resusitasi kardiopulmoner segera harus dilakukan sesuai dengan falsafah ABC dan seterusnya. Mengingat kemungkinan terjadinya henti jantung pada suatu syok anafilaktik selalu ada, maka sewajarnya ditiap ruang praktek seorang dokter tersedia



Rumah Sakit Unhas

PENATALAKSANAAN SYOK ANAFILAKTIK

Nomor Dokumen
5812/UN4.24/OT.01.00/2022

Nomor Revisi
-

Halaman
2/3

selain obat-obat emergency, perangkat infus dan cairannya juga perangkat resusitasi (Resuscitation kit) untuk memudahkan tindakan secepatnya.

Dosis intramuskuler adrenalin pada anak	
> 5 tahun	0,5 ml dengan pengenceran 1 : 1000
4 tahun	0,4 ml dengan pengenceran 1 : 1000
3 tahun	0,3 ml dengan pengenceran 1 : 1000
2 tahun	0,2 ml dengan pengenceran 1 : 1000
1 tahun	0,1 ml dengan pengenceran 1 : 1000

9. Penatalaksanaan Lanjut

- Berikan antihistamin. H1 bloker misalnya klorfeniramin (10 mg IV) dan H2 bloker ranitidin (50 mg IV lambat) atau simetidin (200 mg IV lambat).
- Kortikosteroid. Berikan hidrokortison 200 mg IV diikuti dengan 100 – 200 mg 4 sampai 6 jam. Steroid memakan waktu beberapa jam untuk mulai bekerja.
- Buat keputusan apakah membatalkan atau melanjutkan usulan pembedahan.
- Pindahkan pasien di tempat yang perawatannya yang lebih baik (misalnya unit perawatan intensif, ICU) untuk observasi dan terapi lebih lanjut. Reaksi anafilaktik mungkin memakan waktu beberapa jam untuk dapat diatasi dan pasien harus diobservasi secara ketat pada masa-masa tersebut.

Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Instalasi Farmasi2. Instalasi Bedah Central3. Instalasi Rawat Inap4. Instalasi Gawat Darurat5. Instalasi Care Unit6. Semua KSM RS Universitas Hasanuddin
Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer
Petugas Terkait	<ol style="list-style-type: none">1. Semua DPJP2. Semua Perawat Terkait3. Semua Apoteker Instalasi Farmasi



Rumah Sakit Unhas

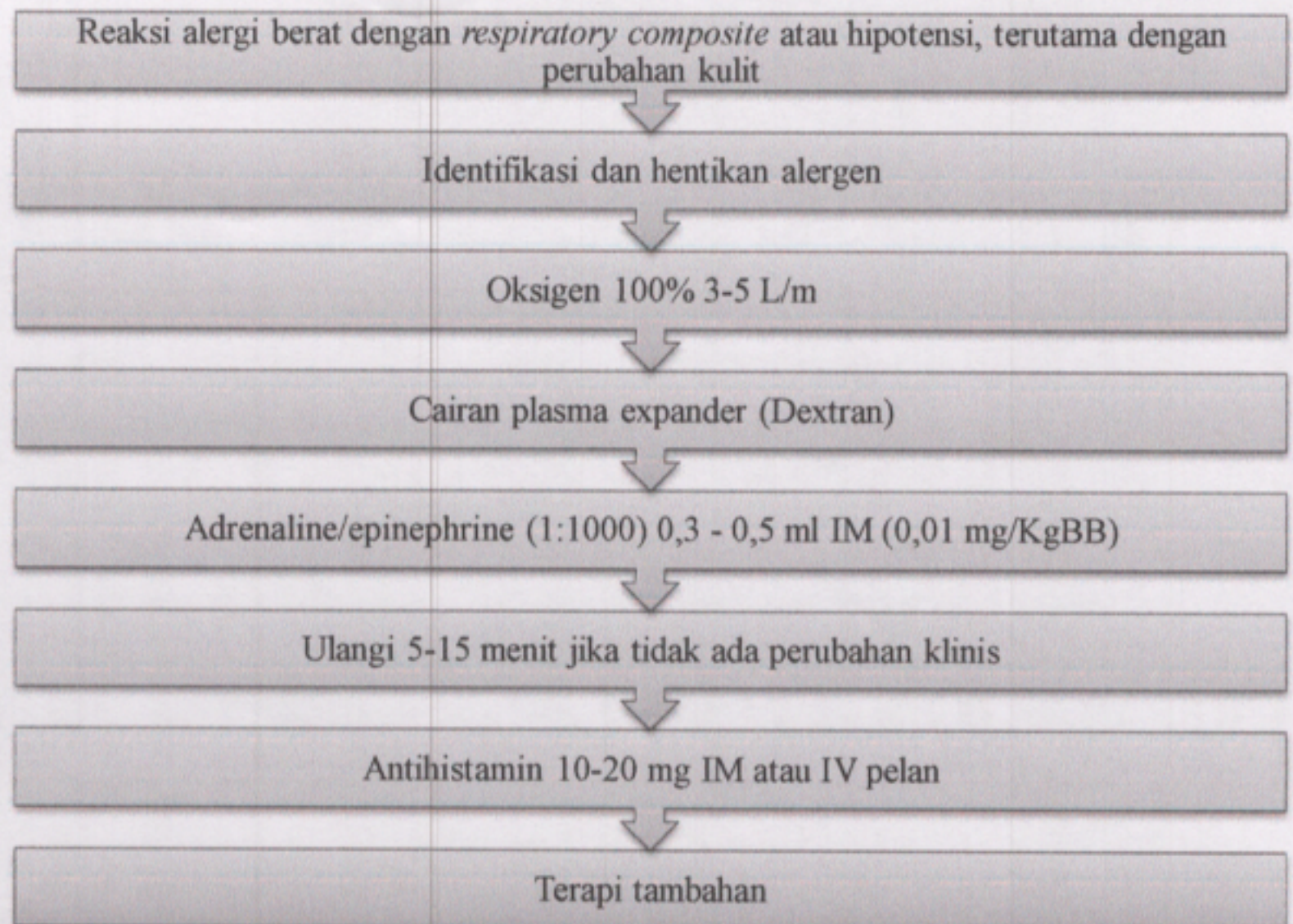
PENATALAKSANAAN SYOK ANAFILAKTIK

Nomor Dokumen
5812/UN4.24/OT.01.00/2022

Nomor Revisi
-

Halaman
3/3

Diagram Alur
(Bila perlu)



Terapi tambahan

- Berikan cairan IV 1-2 L jika tanda-tanda syok tidak ada respon terhadap obat
- Kortikosteroid untuk semua kasus berat, berulang, dan pasien dengan asma
 - Methyl prednisolone 125-250 mg IV
 - Dexamethasone 20 mg IV
 - Hydrocortisone 100-500 mg IV pelan
- Inhalasi short acting β -2 agonist pada bronkospasme berat
- Vasopressor

- Observasi 2 - 3 x 24 jam, untuk kasus ringan cukup 6 jam
- Berikan kortikosteroid dan antihistamin PO 3 x 24 jam