



PROTOKOL UNTUK PENJAGAAN PESAKIT DENGAN TRAKEOSTOMI TIUB

DISEDIAKAN OLEH :

MA AZUMERUDY BIN ABD.RAMAN
JAB. OTORINOLARINGOLOGI,
HOSPITAL MELAKA.

DISEMAK OLEH :

MR. (DR) ABD.RAZAK HJ.AHMAD,
PAKAR PERUNDING & KETUA JABATAN,
JABATAN OTORINOLARINGOLOGI,
HOSPITAL MELAKA.

STANDARD OF PRACTICE : Penjagaan pesakit dengan trakeostomi

1. Penilaian



A. *Penjagaan selepas pembedahan trakeostomi* (kurang daripada 7 hari selepas pembedahan atau trakeostomi yang tidak sembuh)

1. Penilaian di buat paling kurang setiap 4 jam
 - a. Tanda-tanda vital : kadar pernafasan, 'pulse' oxymeter, pergerakan dada, bunyi pernafasan, nadi dan lain-lain lagi.
 - b. Keupayaan pesakit untuk batuk dan bersihkan sekresi dengan sendiri.
 - c. Bahagian trakeostoma; warna kulit, perdarahan, kebengkakan, krepitus dan lain-lain lagi.
 - d. Sekresi : kuantiti, warna, bau dan konsistensi.
 - e. Kelembapan pada membran mukosa.
 - f. Keperluan alatan untuk membantu komunikasi dan keupayaan untuk menggunakannya.
 - g. Keadaan jahitan luka, tiub trakeostomi dan ikatannya.
 - h. Keupayaan yang berkaitan dalam proses penukaran pernafasan.

- i. Status pada cuff trakeostomi, jumlah udara yang perlu dimasukkan dan tekanan pada cuff itu sendiri untuk pesakit yang menggunakan ventilator.
- j. Keupayaan pesakit untuk menelan dan bukti-bukti berlakunya aspirasi (batuk ketika menelan dan makanan atau air terkeluar dari trakeostomi)
- k. Pastikan pesakit dan keluarganya sendiri mengambil bahagian dalam penjagaan trakeostomi seperti sedutan, menitikkan air normal saline dalam trakeostomi, penukaran tiub dan dressing.

B. Penjagaan seterusnya selepas 7 hari pembedahan (kecuali bagi pesakit yang mempunyai luka yang belum sembuh)

1. Lakukan penilaian setiap 8 jam mengikut langkah-langkah a – k seperti di atas.

II. Intervensi

A. Penjagaan pesakit selepas pembedahan trakeostomi.

1. Galakkan pesakit batuk dan menarik nafas dalam-dalam.
2. Lakukan sedutan seberapa kerap yang mungkin mengikut kuantiti sekresi (mengikut keadaan penyakit yang di alami) dan keupayaan pesakit untuk membersihkan saluran pernafasannya sendiri.
3. Sediakan persekitaran yang mempunyai ciri-ciri humiditi seperti yang di arahkan.(tracheal mask, humidifier dan mist collar) – bilik berhawa dingin akan menyebabkan kekeringan pada lapisan mukosa trak pernafasan dan cuaca panas akan menyebabkan sekresi menjadi pekat dan akhirnya menjadi keras.
4. Bersihkan trakeostoma dan lakukan dressing setiap hari mengikut keadaan luka yang ada jangkitan, dressing itu sendiri (tidak bersih dan kering) atau trakeostoma itu lembab dan kotor.

5. Tukarkan tali ikatan pada tiub itu secara PRN dan bila tali itu telah kotor (sila buat pemerhatian terhadap iritasi pada kulit).
6. Lakukan inflasi dan deflasi cuff berdasarkan arahan pakar atau peg. perubatan. Dapatkan pandangan pakar dalam penilaian terhadap tekanan cuff, isipadu cuff dan kekerapan deflasi cuff.

7. Pastikan peralatan-peralatan di bawah ada bersama pesakit;
 - a. tiub trakeostomi pelbagai saiz
 - b. tracheal dilator
 - c. kateter untuk sedutan
 - d. mesin sedutan
 - e. bag ventilator seperti ambu bag.
8. Penyediaan aspek-aspek keselamatan seperti bilik / katil pesakit mestilah berdekatan dengan kaunter jururawat, set kecemasan/troli kecemasan dan sistem pemanggil / butang panggilan kecemasan di kepala katil pesakit.
9. Posisi pesakit ;- semi fowler atau semi-upright.
10. Memberi tunjuk ajar kepada pesakit dan keluarganya secepat mungkin mengenai cara-cara sedutan, penukaran tiub dan cara penukaran dressing.
11. Membantu pesakit supaya berkemampuan untuk menyesuaikan diri serta gaya hidup seharian mengikut keperluan masing- masing.

B. Penjagaan seterusnya selepas 7 hari pembedahan.

1. Kekalkan intervensi di atas.
2. Uruskan masa penukaran tiub trakeostomi di masa akan datang.

3. Untuk pesakit pediatrik, jangan tukar tiub trakeostomi dalam jangkamasa 1 jam selepas mengambil makanan.

C. Peringatan bagi semua pesakit dengan trakeostomi.

1. Sila beritahu pakar atau peg. Perubatan sekiranya berlaku '**accidental de-cannulation**', dan **tanda-tanda pendarahan**.
2. Tentukan pakar atau peg. perubatan yang bertanggungjawab jika berlakunya 'accidental de-cannulation'. Setelah 're-cannulation' dilakukan, sila ikut penilaian di bahagian A.1 (a – e).
3. Sediakan proses pembelajaran untuk pesakit dan keluarga yang terlibat tentang penjagaan trakeostomi dan **pastikan** pesakit mempunyai kriteria-kriteria discaj di mana mereka telah tahu bagaimana untuk melakukan sedutan, menukar dressing, menjaga bahagian stoma, telah menyediakan peralatan seperti mesin penyedut, tiub, kateter, losyen untuk dressing dan normal saline untuk instilasi sebelum dibenarkan pulang.
4. Bagi pesakit / waris yang tidak pandai menjaga tube dengan baik, penggunaan tube metal digalakkan.

D. Tatacara Penukaran Tiub Trakeostomi



1. Sediakan peralatan :-
 - Saiz tiub trakeostomi yang sesuai
 - jika menggunakan cuffed tiub, uji cuff dengan inflasi udara dan pastikan tiada kebocoran pada cuff itu.

- Tali reben
- Tracheal dilator
- Mesin sedutan dan kateter penyedut mengikut saiz tiub
- 2 gallipot, 1 kidney dish, 1 dissecting forcep dan dressing forcep.
- Gunting
- Gauze ('keyhole dressing') dan cotton ball
- Troli kecemasan
- Normal Saline 0.9% untuk mencuci trakeostoma
- Acriflavine lotion untuk dressing jika trakeostoma masih ada inflammasi / jangkitan.
- Lubricant – KY Jelly untuk disapu pada bah.kanula tiub trakeostomi.
- Personnel protective equipment : Sterile glove, plastic apron, mask dan goggle (jika perlu) sebagai “standard precaution”.

2. Sediakan pesakit :-

Posisi – pesakit boleh duduk dan mendongak atau baring posisi supine dengan leher hiperekstensi.



3. Bersihkan sekeliling trakeostoma dengan cotton + N/saline.
4. Arahkan pembantu memotong tali reben pada pesakit dan cabutkan tiub.
5. Secepat mungkin,bersihkan trakeostoma (cotton+N/saline) dan masukkan tiub yang baru.

6. Letakkan 'keyhole' dressing pada tiub dan ikat reben mengikut antara 2 kaedah ini;
 - a. 'one person method'
 - b. 'two person method'

****di mana ia berdasarkan keadaan pesakit sama ada pesakit boleh bangun atau hanya mampu terbaring seperti pesakit yang ada ventilator, pesakit pos-operatif atau pesakit koma.***

7. Posisikan pesakit pada posisi semi-fowler.
8. Lakukan pemerhatian dari aspek pernafasan dan 'oxygen saturation' sebelum meninggalkan pesakit.

Peringatan.

Trakeostomi tube boleh ditukar selepas 3-5 hari pembedahan, 2 -3 hari selepas setiap petukaran dilakukan atau apabila tube tersumbat dan tidak boleh dibuka dengan sedutan. 2 tube diberikan kepada pesakit. Tube yang ditukar hendaklah di bersihkan dan diberi pada pesakit bagi tujuan penukaran akan datang.

Jab. ORL/HM / 12/2002