



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN

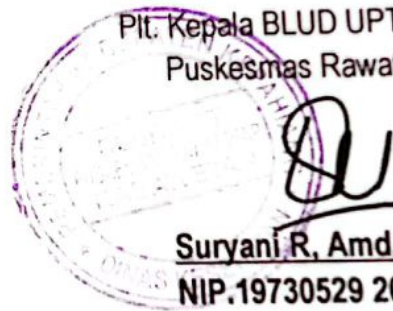


Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG

DAFTAR PELAYANAN ANESTESI /SEDASI YANG TERSEDIA

NO	NAMA ANESTESI /SEDASI	KETERANGAN
1.	Anestesi Local Dengan Lidocain	Kasus Luka Robek, Insisi
2.	Anestesi Dengan Phantocain	Kasus Mata
3.	Anestesi Dengan Chloretyl	Kasus Ringan

Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan



Suryani R, Amd.Keb
NIP.19730529 200012 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD)
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN



Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG

ANALISIS DAN TINDAK LANJUT KTD, KTC, KPC DAN KNC

NO	Identifikasi Resiko	Analisis	Rencana Tindak Lanjut
1.	Resiko terjadinya jatuh pada lansia	Lantai didepan loket licin sehingga menyebabkan adanya resiko jatuh pada lansia dan pada pasien struk	Mengusulkan untuk disediakan handling dan kursi ruda untuk pasien struk
2.	Resiko	Terdapat lantai UGD yang pecah	Mengusulkan untuk mengganti keramik yang pecah
3.	Resiko terjatuh/terpeleset	Kongsol kurang panjang sehingga saat hujan air membasahi lantai	Mengusulkan menambah panjang kongsol
4.	Resiko pasien jatuh dari bed	Roda pada bed yang di rawat inap bermasalah	Mengusulkan perbaikan roda bed/tempat tidur pasien

Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan

Suryani R. Amd. Keb
NIP.19730529 200012 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN

BADAN LAYANAN UMUM DAERAH

UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN

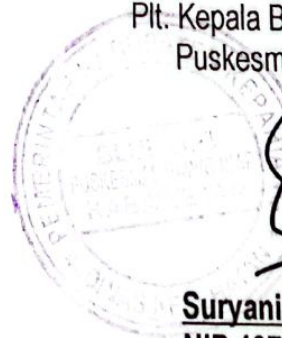
Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG



**DAFTAR KASUS GAWAT DARURAT & BERESIKO TINGGI
YANG BIASA DITANGANI**

NO	NAMA KASUS	KETERANGAN
1.	Dehidrasi ringan sedang (DRS)	Observasi
2.	Dypepsia	Observasi
3.	Gastritis akut	Observasi
4.	KLL dengan luka robek tanpa fraktur	Observasi
5.	Hipoglekemi	Rujuk RS Kepahiang
6.	Hipertropi prostat	Rujuk RS Kepahiang
7.	HT urgenci gr II (Darurat)	Rujuk RS Kepahiang
8.	Colic abdomen	Observasi
9.		
0.		

Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan



Suryani R, Amd.Keb
NIP.19730529 200012 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN

Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan (39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG



PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : _____
Umur/Jenis Kelamin : _____/Laki-laki/Perempuan*
Alamat : _____
Bukti diri/KTP : _____
Menyatakan dengan sesungguhnya kami

SETUJU / MENOLAK

Untuk dilakukan tindakan medik berupa: _____

Terhadap diri saya sendiri*/Anak*/Isteri*/Suami*/Ayah*/Ibu* saya dengan

Nama : _____
Umur/Jenis Kelamin : _____/Laki-laki/Perempuan*
Alamat : _____
Diagnosa : _____
Nomor Rekam Medik : _____

Yang tujuan, sifat dan perlunya tindakan medik tersebut di atas, serta risiko yang dapat ditimbulkannya dan upaya mengatasinya telah cukup dijelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Yang Melakukan tindakan

Kepahiang,
Yang Membuat Pernyataan

Perawat

Saksi dari Keluarga Pasien

* Lingkari jawabannya dan coret yang tidak perlu



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN



Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHANG

SURAT INFORMED CONSENT TINDAKAN MEDIS

Saya/keluarga yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (L / P)
Umur :
Alamat :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan bahwa saya telah diberikan informasi, penjelasan, dan peringatan terhadap bahaya, risiko dan komplikasi yang mungkin timbul yang berhubungan dengan penyakit dan atau tindakan medis berupa

Dan saya juga telah memahami sepenuhnya atas informasi dan penjelasan diberikan oleh Petugas kesehatan, serta bertanggungjawab secara penuh atas keputusan yang saya ambil.

PERSETUJUAN/PENOLAKAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa :

Terhadap diri saya sendiri/*sebagai orang tua/*suami/*istri/*anak/*wali dari :

Nama : (L / P)
Umur :
Alamat :

No. RM :

Demikian surat ini saya buat dan saya tanda tangani dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Saksi,

(.....)

Kabawetan,..... 20.....

Jam

Yang membuat pernyataan,

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN



Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan (39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG

INFORMED CONSENT RUJUKAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur : L / P

Alamat :

Hubungan dengan pasien :

Setelah mendapat penjelasan yang sejelas-jelasnya dan mengerti sepenuhnya mengenai **Tindakan Rujukan**, dengan ini kami menyatakan bersedia untuk dilakukan Rujukan ke
....., terhadap :

Nama :

Umur :L / P

Alamat :

Hal tersebut dimaksudkan untuk memberikan pemeriksaan dan penanganan yang sesuai dan sebaik-baiknya untuk kepentingan pasien.

Demikian surat persetujuan (*Informed Consent*) ini dibuat tanpa ada unsur paksaan oleh siapapun untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kabawetan,20...

Saksi - saksi
Petugas I

Yang membuat persetujuan

(.....)

(.....)

Petugas II

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN

Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com. Hp. 082374100432, KEPAHIANG



SURAT KEPUTUSAN
KEPALA PUSKESMAS KABAWETAN
Nomor : 440/030 /PKM-KBW/2022

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS PUSKESMAS KABAWETAN
KEPALA PUSKESMAS KABAWETAN

MENIMBANG :

- a. bahwa pelayanan klinis Puskesmas dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien;
- b. bahwa Pelayanan klinis harus diberikan dengan efektif dan efisien. Dalam perencanaan dan pelaksanaannya harus menghindari pengulangan yang tidak perlu. Untuk itu perlu upaya pendukung yang sesuai dengan kemampuan puskesmas, dan dipadukan sebagai hasil kajian dalam merencanakan dan melaksanakan layanan klinis bagi pasien;
- c. bahwa dalam penyelenggaraan upaya kesehatan secara efektif dan efisien, diperlukan prosedur pendaftaran hingga pemulangan pasien dan rujukan serta mekanisme komunikasi yang baik antara petugas pelayanan kesehatan sebagai pemberi pelayanan dan pasien sebagai penerima pelayanan di Puskesmas Kabawetan
- d. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut poin a, b, dan c serta untuk menjamin pelayanan klinis dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien, bermutu, dan memperhatikan keselamatan pasien, maka perlu disusun kebijakan pelayanan klinis di Puskesmas Kabawetan.

MENGINGAT :

- 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014, tentang Puskesmas;
- 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015, tentang Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;
- 4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota;

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN :

KESATU Kebijakan pelayanan klinis di Puskesmas Kabawetan sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.

KEDUA

Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Kabawetan

Pada tanggal 02 Januari 2022

Pil. Kepala Puskesmas Kabawetan



Suryani R, Amd.Keb

NIP.19730529 200012 2 004

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS
TANGGAL : 02 Januari 2022
NOMOR : 440 / /PKM-KBW/2022
TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS
PUSKESMAS KABAWETAN

A. PENDAFTARAN PASIEN

A. PENDAFTARAN PASIEN

1. Pendaftaran pasien harus dipandu dengan prosedur yang jelas
2. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang kompeten yang memenuhi kriteria sebagai berikut: minimal lulusan SMA/SMK
3. Pendaftaran pasien memperhatikan keselamatan pasien
4. Identitas pasien harus dipastikan minimal dengan dua cara dari cara identifikasi sebagai berikut: nama pasien, tanggal lahir pasien, alamat/tempat tinggal, dan nomor rekam medis
5. Informasi tentang jenis pelayanan klinis yang tersedia, dan informasi lain yang dibutuhkan masyarakat yang meliputi: tarif, jenis pelayanan, ketersediaan tempat tidur, dan informasi tentang kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang lain harus dapat disediakan di tempat pendaftaran
6. Hak dan kewajiban pasien harus diperhatikan pada keseluruhan proses pelayanan yang dimulai dari pendaftaran
7. Hak-hak pasien meliputi:
 1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas Ujan Mas
 2. Mendapatkan informasi tentang penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan dilakukan dan upaya pencegahan penyakit tidak kambuh lagi
 3. Meminta konsultasi medis
 4. Menyampaikan pengaduan, saran, kritik dan keluhan berkaitan dengan pelayanan
 5. Memperoleh pelayanan yang bermutu, aman, nyaman, adil, jujur, dan manusiawi
 6. Memperoleh informasi mengenai hasil pemeriksaan yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan, tujuan tindakan, alternatif tindakan, resiko, biaya, komplikasi yang mungkin terjadi dan efek samping terhadap tindakan yang dilakukan
 7. Memberikan persetujuan atau menolak akan tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya kecuali untuk kasus KLB dan kasus yang membahayakan masyarakat
 8. Memilih tenaga kesehatan jika dimungkinkan
8. Kewajiban pasien meliputi:
 1. Membawa kartu berobat dalam setiap kunjungan
 2. Membawa kartu BPJS/KIS bagi pasien yang terdaftar
 3. Mengikuti alur pelayanan pasien
 4. Mentaati segala peraturan dan tata tertib yang berlaku di Puskesmas Ujan Mas
 5. Memberi informasi yg lengkap dan benar tentang masalah kesehatannya kepada tenaga kesehatan di Puskesmas Ujan Mas
9. Kendala fisik, bahasa, dan budaya serta penghalang lain wajib diidentifikasi dan ditindak lanjuti

B. PENGKAJIAN, KEPUTUSAN, DAN RENCANA LAYANAN

1. Kajian awal dilakukan secara paripurna dilakukan oleh tenaga yang kompeten melakukan pengkajian

2. Kajian awal meliputi kajian medis, kajian keperawatan, kajian kebidanan, dan kajian lain oleh tenaga profesi kesehatan sesuai dengan kebutuhan
3. Proses kajian dilakukan mengacu standar profesi dan standar asuhan
4. Proses kajian dilakukan dengan memperhatikan tidak terjadinya pengulangan yang tidak perlu
5. Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medis
6. Proses kajian dilakukan sesuai dengan langkah-langkah SOAP
7. Pasien dengan kondisi gawat atau darurat harus diprioritaskan dalam pelayanan
8. Kajian dan perencanaan asuhan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten
9. Jika dilakukan pelayanan secara tim, tim kesehatan antar profesi harus tersedia
10. Pendelegasian wewenang baik dalam kajian maupun keputusan layanan harus dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang
11. Pendelegasian wewenang diberikan kepada tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan
12. Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai
13. Peralatan dan tempat pelayanan wajib menjamin keamanan pasien dan petugas
14. Rencana layanan dan pelaksanaan layanan dipandu oleh prosedur klinis yang dibakukan
15. Jika dibutuhkan rencana layanan terpadu, maka kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan disusun secara kolaboratif dalam tim layanan yang terpadu
16. Rencana layanan disusun untuk tiap pasien, dan melibatkan pasien
17. Penyusunan rencana layanan mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan tata nilai budaya pasien
18. Rencana layanan disusun dengan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya
19. Risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan layanan harus diidentifikasi.
20. Efek samping dan risiko pelaksanaan layanan dan pengobatan harus diinformasikan kepada pasien
21. Rencana layanan harus dicatat dalam rekam medis
22. Rencana layanan harus memuat pendidikan/penyuluhan pasien

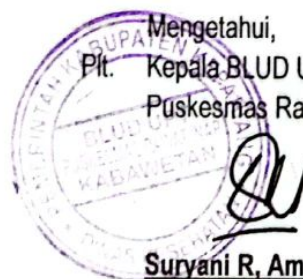
C. PELAKSANAAN LAYANAN;

1. Pelayanan klinis yang disediakan meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
2. Pelaksanaan layanan dipandu dengan pedoman dan prosedur pelayanan klinis
3. Pedoman dan prosedur layanan klinis meliputi: pelayanan medis, keperawatan, kebidanan, dan pelayanan profesi kesehatan yang lain
4. Pelaksanaan layanan dilakukan sesuai rencana layanan
5. Pelaksanaan layanan dan perkembangan pasien harus dicatat dalam rekam medis
6. Jika dilakukan perubahan rencana layanan harus dicatat dalam rekam medis
7. Tindakan medis/pengobatan yang berisiko wajib diinformasikan pada pasien sebelum mendapatkan persetujuan
8. Pemberian informasi dan persetujuan pasien (informed consent) wajib didokumentasikan
9. Pelaksanaan layanan klinis harus dimonitor, dievaluasi, dan ditindak lanjut
10. Evaluasi harus dilakukan terhadap evaluasi dan tindak lanjut
11. Kasus-kasus gawat darurat harus diprioritaskan dan dilaksanakan sesuai prosedur pelayanan pasien gawat darurat
12. Kasus-kasus berisiko tinggi harus ditangani sesuai dengan prosedur pelayanan kasus berisiko tinggi
13. Kasus-kasus yang perlu kewaspadaan universal terhadap terjadinya infeksi harus ditangani dengan memperhatikan prosedur pencegahan (kewaspadaan universal)
14. Pemberian obat/cairan intravena harus dilaksanakan dengan prosedur pemberian obat/cairan intravena yang baku dan mengikuti prosedur aseptik.
15. Kinerja pelayanan klinis harus dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang jelas

16. Hak dan kebutuhan pasien harus diperhatikan pada saat pemberian layanan.
17. Keluhan pasien/keluarga wajib diidentifikasi, didokumentasikan dan ditindak lanjuti
18. Pelaksanaan layanan dilaksanakan secara tepat dan terencana untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu
19. Pelayanan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, perencanaan layanan, pelaksanaan layanan, pemberian obat/tindakan, sampai dengan pasien pulang atau dirujuk harus dijamin kesinambungannya
20. Pasien berhak untuk menolak pengobatan
21. Pasien berhak untuk menolak jika dirujuk ke sarana kesehatan lain
22. Penolakan untuk melanjutkan pengobatan maupun untuk rujukan dipandu oleh prosedur yang baku.
23. Jika pasien menolak untuk pengobatan atau rujukan, wajib diberikan informasi tentang hak pasien untuk membuat keputusan, akibat dari keputusan, dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut
24. Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dipandu dengan prosedur baku
25. Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dilaksanakan oleh petugas yang kompeten
26. Sebelum melakukan anestesi dan pembedahan harus mendapatkan informed consent
27. Status pasien wajib dimonitor setelah pemberian anestesi dan pembedahan
28. Pendidikan/penyuluhan kesehatan pada pasien dilaksanakan sesuai dengan rencana layanan

D. RENCANA RUJUKAN DAN PEMULANGAN

1. Pemulangan pasien rawat inap dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang berlaku
2. Dokter yang menangani bertanggung jawab untuk melaksanakan proses pemulangan/rujukan
3. Umpan balik dari fasilitas rujukan wajib ditindak lanjuti oleh dokter yang menangani
4. Jika pasien tidak mungkin dirujuk, puskesmas wajib memberikan alternatif pelayanan
5. Rujukan pasien harus disertai dengan resume klinis
6. Resume klinis meliputi: nama pasien, kondisi klinis, prosedur/tindakan yang telah dilakukan, dan kebutuhan akan tindak lanjut
7. Pasien diberi informasi tentang hak untuk memilih tempat rujukan
8. Pasien dengan kebutuhan khusus perlu didampingi oleh petugas yang kompeten
9. Kriteria merujuk pasien meliputi
 - a) Pada Hasil pemeriksaan fisik sudah dipastikan tidak mampu diatasi.
 - b) Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi.
 - c) Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai dengan kehadiran pasien.
 - d) Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu
10. Pada saat pemulangan, pasien/keluarga pasien harus diberi informasi tentang tindak lanjut layanan.



Mengetahui,
 Plt. Kepala BLUD UPT
 Puskesmas Rawat Inap Kabawetan

Suryani R, Amd.Keb

NIP.19730529 200012 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN KEPAHIANG
DINAS KESEHATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
UPT PUSKESMAS RAWAT INAP KABAWETAN



Jln. Lintas Kabawetan kel. Tangsi Baru, Kecamatan Kabawetan(39376)
email : pkmbwt@gmail.com Hp. 082374100432. KEPAHIANG

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS KABAWETAN KABUPATEN KEPAHIANG
NOMOR : 440/ 031 /C.9.1/ PKM-KBW/2022

TENTANG

**PENANGANAN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) ,KEJADIAN TIDAK CEDERA (KTC)
KEJADIAN POTENSIAL CEDERA (KPC), DAN KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC)
PUSKESMAS KABAWETAN**

KEPALA PUSKESMAS KABAWETAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu klinis dan keselamatan pasien maka tenaga klinis wajib berperan aktif dalam pelaksanaannya.
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana yang dimaksud perlu ditetapkan dengan Keputusan Kepala Puskesmas Kabawetan tentang penanganan Kejadian tidak diharapkan (KTD), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
- Mengingat
1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
 2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tetang Kesehatan;
 3. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat..
 5. Peraturan Daerah nomor 04 Tahun 2008 Tentang Urusan Pemerintahan yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Kabupaten Kepahiang.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- KESATU : Keputusan Kepala Puskesmas Tentang Penanganan kejadian tidak diharapkan (ktd) ,kejadian potensial cedera (kpc), dan kejadian nyaris cedera (knc) Puskesmas Kabawetan.
- KEDUA : Penanganan kejadian tidak diharapkan (ktd) , kejadian potensial cedera (kpc) dan kejadian nyaris cedera (knc) Puskesmas Kabawetan tercantum dalam diktum KESATU, sebagaimana terlampir dalam keputusan ini.
- KETIGA : Segala biaya akibat dikeluarkannya keputusan ini di bebaskan pada

anggaran Puskesmas Kabawetan Kabupaten Kepahiang.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ada kekeliruan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Kabawetan
Pada tanggal 02 Januari 2022
Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan



SURYANI, R, Amd, Keb
NIP.19730529 200012 2 004

Lampiran : Surat Keputusan Kepala
Puskesmas Kabawetan Kabupaten
Kepahiang
Nomor : 440/ /PKM-
KBW/2022
Tanggal : 02 Januari 2022

**PENANGANAN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) ,
KEJADIAN POTENSIAL CEDERA (KPC), DAN KEJADIAN NYARIS CEDERA (KNC)
PUSKESMAS KABAWETAN**

A. PENDAHULUAN

Keselamatan pasien adalah suatu system dimana puskesmas membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi akses risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera.

B. TEMA

Penanganan KTD, KPC, dan KNC akan meningkatkan mutu pelayanan medis

C. TUJUAN

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di puskesmas
2. Meningkatkan akuntabilitas Puskesmas terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya KTD, KPC, dan KNC di Puskesmas
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD
Terlaksananya kegiatan audit medis

D. SASARAN

1. Puskesmas
2. Puskesmas Pembantu
3. Poskesdes
4. Posyandu

E. BENTUK KEGIATAN

Penanganan terhadap terjadinya kasus KTD, KPC dan KNC adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi kasus
2. Pelaporan kepada Tim Mutu Puskesmas

3. Analisis kasus oleh Tim Mutu Puskesmas
4. Penyusunan Rencana Perbaikan oleh Tim Mutu Puskesmas
5. Implementasi/Pelaksanaan Perbaikan pada Mutu Layanan Klinis oleh semua tenaga klinis di Puskesmas.
6. Pencegahan terulangnya kembali kasus yang sama oleh semua tenaga klinis di Puskesmas.

F. PENUTUP

Demikian program ini disusun untuk memberikan gambaran mengenai penanganan KTD, KPC, dan KNC di Puskesmas Kabawetan

Kabawetan, 02 Januari 2022

Plt. Kepala BLUD UPT

Puskesmas Rawat Inap Kabawetan



Suryani R, Amd.Keb

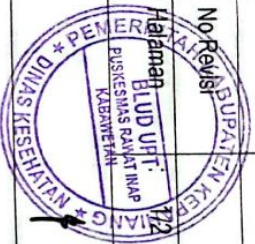
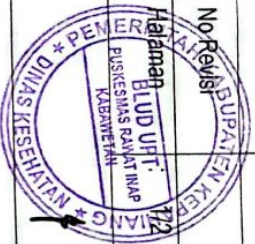
NIP.19730529 200012 2 004

REGISTER PELAPORAN KNC, KTD, KTC
PUSKESMAS KABAWETAN

UNIT : UGD

NO	TANGGAL	URAIAN	KNIC	KTD	KTC	ANALIS	TINDAK LANJUT

INJEKSI INTRA VENA

	SOP			
	No. Dokumen	: 440/ 101	/PKM-KBW/II/2022	
	Terbitan	: 02 Januari 2022		
	No. Revisi			
				
PUSKESMAS KABAWETAN				SURYANI, R. Amd.Keb NIP.19730529 20012 2 004

1. Pengertian	Injeksi intra vena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat kedalam pembuluh darah vena dengan menggunakan obat.
2. Tujuan	• Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi dari pada dengan injeksi parenteral. • Untuk menghindari terjadi terjadinya kerusakan jaringan • Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Kabawetan No. 440/ /PKM-KBW/2022 tentang pendelegasian wewenang dokter kepada tenaga para medis.
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer
5. Langkah - langkah	Tempat Injeksi • Pada lengan (vena basilika dan vena setailka) • Pada Tungkal (vena saphenous) • Pada leher (vena jugularis) • Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis) Peralatan • Rekam medis • Kapas alkohol • Sarung tangan • Obat yang sesuai • Spotit 2 ml – 5ml • Bak spuit • Baki obat • Plester • Perlak pengalas • Pembendungan vena (turniquet) • Kassa steril (bila perlu) • Bengkok Prosedur Kerja a. Petugas mencuci tangan b. Siapkan obat dengan prinsip 6 benar c. Petugas menggunakan sarung tangan d. Petugas menyapa pasien e. Petugas mencocokkan identitas pasien f. Petugas memberi tahu pasien dan jelaskan prosedur yang akan diberikan g. Petugas mengatur pasien pada posisi pasien terbanyak h. Petugas membebaskan lengan pasien dari baju atau kemeja i. Petugas memasang toniquet

INJEKSI INTRA VENA



PUSKESMAS
KABAWETAN

SOP

No. Dokumen : 440/ 01 /PKM-KBW/II/2022

Terbitan : 02 Januari 2022

No Revisi 0

Halaman 1/2



SURYANI, R, Amd.Keb
NIP.19730529 20012 2 004

peradangan, atau rasa gatal. Menghindari gangguan absorpsi obat atau cedera dan nyeri berlebihan.

- k. Pelugas membersihkan area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol
- l. Pegang kapas alkohol, dengan jari – jari tengah pada tangan non dominan
- m. Buka tutup jarum, Tarik kulit dibawah kurang lebih 2,5 cm dibawah area penusukan dengan tangan non dominan. Membuat kulit menjadi lebih kencang dan vena tidak bergeser, memudahkan penusukan. seajir vena yang akan ditusuk perlahan dan pasti. Pegang jarum pada posisi 30.
- n. Rendahkan posisi jarum sejajr kulit dan tusukan jarum kedalam vena
- o. Lakukan aspirasi dengan tangan non dominan menahan barrel dari spuit dan tan gan dominan menarik plunger
- p. Observasi adanya darah pada spuit
- q. Jika ada darah, lepaskan toniquet dan masukan obat perlahan - lahan
- r. Keluarkan jarum dengan sudut yang sama seperti saat dimasukkan , sambil menekan dengan menggunakan kapas alkohol pada area penusukan.
- s. Tutup area penusukan dengan menggunakan kapas alkohol.
- t. Kembalikan posisi klien
- u. Letakkan peralatan yang sudah tidak diperlukan ke dalam bengkok
- v. Buka sarung tangan
- w. Cuci tangan
- x. Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan.

6. Dokumen terkait

Rekam medis, Inform consent

7. Unit Terkait

UGD, POLI ANAK,POLI UMUM,POLI LANSIA, POLI GIGI, Rawat Inap

8. Rekam historis
perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal mulai diberlakukan



PUSKESMAS
KABAWETAN

PERSIAPAN PASIEN RUJUKAN

No. Dokumen : 440/ 102 /PKM-KBW/2022

SOP

No. Revisi : 01
Tanggal terbit : 02 Januari 2022



SURYANI R, Amd Keb
NIP. 19730529200012032004

1. Pengertian	Persiapan pasien rujukan adalah mempersiapkan pasien sebelum dirujuk dari mulai pemeriksaan, persiapan surat rujukan, persiapan tempat rujukan dan sarana transportasi pasien.
2. Tujuan	Sebagai acuan bagi petugas dalam persiapan merujuk ke institusi lain
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Persiapan Pasien Rujukan
4. Referensi	1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer
5. Prosedur / Langkah-langkah	1. Petugas melakukan anamnesa, 2. Petugas melakukan vital sign, 3. Petugas melakukan pemeriksaan fisik, 4. Petugas menentukan diagnosa, 5. Petugas memberikan tindakan life saving pada pasien terlebih dahulu, 6. Petugas melakukan tindakan menstabilkan pasien terlebih dahulu, 7. Petugas melakukan rencana rujukan bila pasien masuk dalam kategori rujukan, 8. Petugas menyampaikan rencana rujukan pada pasien dan keluarga, 9. Petugas menyiapkan form persetujuan rujukan, 10. Petugas meminta keluarga pasien/pasien menandatangani form persetujuan rujukan, 11. Petugas menyiapkan surat rujukan, 12. Petugas menghubungi RS tempat rujukan yang dituju, 13. Petugas menyiapkan sarana transportasi (ambulance), 14. Petugas memeriksa kembali kelengkapan peralatan dalam mobil ambulance, 15. Petugas mendampingi pasien jika dalam kondisi kegawatdaruratan, 16. Pasien diberangkatkan ke rumah sakit tanpa didampingi petugas jika dalam kondisi tidak gawat darurat, 17. Petugas mendokumentasi data pasien yang dirujuk ke dalam buku rujukan pasien. 18. Petugas menghubungi RS tempat rujukan yang dituju, 19. Petugas menyiapkan sarana transportasi (ambulance),



PERSIAPAN PASIEN RUJUKAN

No. Dokumen : 440/ 102 /PKM-KBW/2022

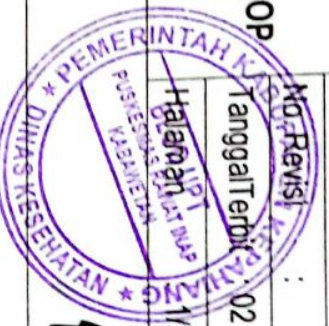
No. Revisi :

SOP

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 1/2

PUSKESMAS
KABAWETAN



SURYANI R, Amd.Keb
NIP.197305292000120320

	20. Petugas memeriksa kembali kelengkapan peralatan dalam mobil ambulance, 21. Petugas mendampingi pasien jika dalam kondisi kegawatdaruratan, 22. Pasien diberangkatkan ke rumah sakit tanpa didampingi petugas jika di kondisi tidak gawat darurat, 23. Petugas mendokumentasi data pasien yang dirujuk ke dalam buku ruj pasien.		
6. Bagan Alir			
7. Hal hal yang perlu diperhatikan			
8. Unit Terkait	PONED, Rawat inap, KIA, UGD		
9. Dokumen Terkait	Rekam medik Buku Rujukan pasien		
10. Rekam historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan
			Tanggal mulai diberlakukan



SOP

No Dokumen : 440/103 /PKM-KBW/2022
No Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022
Halaman : 1/2



PUSKESMAS
KABAWETAN

SURYANI R, Amd,Keb
NIP.19730529200012032004



PENYULUHAN DI DALAM GEDUNG

Pengertian	Penyuluhan didalam gedung adalah Kegiatan penyuluhan yang ditampilkan di Institusi bersangkutan seperti Puskesmas ataupun Puskesmas Pembantu dan didalam ruangan
Tujuan	Tercapainya perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan positif dari Individu/Masyarakat dalam bidang kesehatan
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Ujan Mas No : 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penyuluhan di Dalam Gedung
Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer
6 Prosedur/Langkah- langkah	Alat dan Bahan : 1. TOA 2. Materi. Leaflet Langkah Langkah: 1. Persiapan • Menentukan maksud dan tujuan penyuluhan • Menentukan sasaran pendengar • Mempersiapkan materi • Topik yang dikemukakan hanya satu masalah sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran • Mempersiapkan alat peraga dan mediaa penyuluhan (Leaflet,poster, dll) • Absensi peserta • Mempersiapkan tempat dan waktu yang tepat • Mempersiapkan bahan bacaan (jika diperlukan) 2. Pelaksanaan • Perkenalan diri • Mengemukakan maksud dan tujuan • Menjelaskan point-point isi penyuluhan • Menyampaikan penyuluhan dengan suara jelas dan irama yang tidak membosankan • Tujukan tatapan mata pada setiap pendengar dan tidak tetap duduk di tempat • Selingi dengan humor segar • Pergunakan bahasa sederhana • Ciptakan suasana relax (santai), pancinglah pendengar agar turut berpartisipasi. • Beri waktu untuk tanya jawab • Berikan kesimpulan • Tutup penyuluhan dengan salam

		PENYULUHAN DI DALAM GEDUNG				
		SOP	No. Dokumen : 440/103. / PKM-KBW/2022 No Revisi : Tanggal Terbit : 02 Januari 2022 Halaman : 1/2			
PUSKESMAS KABAWETAN						SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004
7	Bagan Alur					
8	Hal – hal yang perlu diperhatikan					
9	Unit terkait	• Sekolah dan kecamatan • Rawat jalan • Rawat inap • UGD				
10	Dokumen terkait					
11	Rekaman Histori	NO YANG DIUBAH	ISI PERUBAHAN	TGL MULAI DIBERLAKUKAN		

 PUSKESMAS KABAWETAN	PENDIDIKAN DAN PENYULUHAN KEPADA PASIEN		 SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004
	SOP		
	No. Dokumen : 440/ 101 /PKM-KBW/2022	No. Revisi :	
	Tanggal Terbit : 02 Januari 2022	Halaman :	



1. Pengertian	Pendidikan dan penyuluhan kepada pasien adalah Tindakan memberikan pengertian kepada pasien/ keluarga yang berhubungan dengan keluhan atau penyakitnya, untuk mempercepat proses penyembuhan			
2. Tujuan	Memberikan pengertian kepada pasien/ keluarga agar memahami masalah penyakitnya,dengan harapan membantu mempercepat penyembuhan dan menghindari priaku/ pola hidup yang keliru			
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Kawetan No : 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Pendidikan dan Penyuluhan Kepada Pasien			
4. Referensi	1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer			
5. Prosedur / Langkah-langkah	Alat dan Bahan : Brosur/poster/alat peraga Langkah langkah : 1. Petugas menentukan diagnosa, rencana terapi atau tindakan 2. Petugas memberikan penyuluhan kepada pasien/ keluarga tentang: a. Informasi penyakit yang diderita pasien b. Penggunaan obat secara aman dan efektif untuk semua obat yang dikonsumsi pasien c. Penggunaan peralatan medis secara aman dan efektif d. Makanan yang dianjurkan dan makanan yang dilarang di konsumsi e. Aspek etika dalam pengobatan f. PHBS 3.Petugas memberikan kesempatan bertanya kepada pasien 4.Petugas selesai melakukan penyuluhan dalam asuhan pasien, dengan mencatat kegiatan pada rekam medik			
6. Bagan Alir				
7. Hal – Hal Yang Perlu Diperhatikan				
8. Unit Terkait	Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA-KB, UGD			
9. Dokumen terkait				
10. Rekaman historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

KEWASPADAAN UNIVERSAL



SOP

Halaman

No Dokumen : 440/ 105 /PKM-KBW/2022
No Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022



SURYANI R, Amd.Keb
NIP.19730529200012032004



1. Pengertian	Kewaspadaan Universal adalah Tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi
2. Tujuan	Untuk menurunkan risiko penularan patogen melalui darah tubuh atau semua cairan tubuh, sekresi dan ekskresi (kecuali keringat) luka pada kulit dan selaput lendir, kulit dan membran mukosa yang tidak utuh dari sumber yang diketahui maupun yang tidak diketahui.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No : 440/ /PKM-KBW/2022 tentang Kewaspadaan Universal
4. Referensi	1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer
5. Prosedur	1. Cuci tangan Cuci tangan berfungsi mengurangi kotoran dan flora yang ada di tangan dengan menggunakan sabun atau detergen Langkah mencuci tangan adalah petugas melakukan langkah sebagai berikut: 1.1 Gunakan wastapel yang mudah digapai dengan air mengalir. 1.2 Lepaskan lap tangan dan gulung lengan panjang keatas pergelangan tangan. Hindari memakai cincin, lepaskan selama mencuci tangan. 1.3 Jaga supaya kuku tetap pendek dan datar. 1.4 Inspeksi permukaan tangan dan jari akan adanya luka atau sayatan pada kulit dan kutikula. 1.5 Berdiri di depan wastapel. Jaga agar tangan dan seragam tidak menyentuh wastapel. 1.6 Alirkan air. 1.7 Hindari percikan air mengenai seragam. 1.8 Basahi tangan dan lengan bawah dengan seksama. Pertahankan supaya tangan dan lengan bawah lebih rendah daripada siku selama mencuci tangan. 1.9 Taruh sedikit sabun biasa atau sabun anti microbial cair pada tangan, sabuni dengan seksama.



PUSKESMAS
KABAWETAN

KEWASPADAAN UNIVERSAL

No. Dokumen : 440/ 105 /PKM-KBW/2022

No. Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

SOP

Halaman :



SURYANI R, Amd.Keb
NIP.19730529200012032004



- 1.10 Gosok telapak tangan dilanjutkan dengan punggung tangan lalu sela-sela jari, lalu buku-buku jari dengan gerakan mengunci, putar ibu jari dan putar ujung jari gerakan dilakukan sebanyak 4 kali.
- 1.11 Bilas di bawah air yang mengalir dengan gerakan yang sama dengan di atas,
- 1.13 Keringkan tangan dengan seksama dan jari tangan ke pergelangan tangan dan lengan bawah dengan handuk kertas (tissue) atau pengering,
- 1.14 Tutup kran air dengan tissue atau dengan siku petugas,
- 1.15 Buang tissue pada tempat yang tepat.
2. Menggunakan Alat Pelindung Diri
- Jenis alat pelindung: Sarung tangan, masker dan gaun pelindung. Tidak semua alat pelindung tubuh harus dipakai, tetapi tergantung pada jenis tindakan yang akan dikerjakan.
- 2.1 Sarung Tangan
- Prosedur pemakaian sarung tangan steril adalah sebagai berikut:
 - a. Cuci tangan
 - b. Siapkan area yang cukup luas, bersih dan kering untuk membuka paket sarung tangan.
 - c. Buka pembungkus sarung tangan, minta bantuan petugas lain untuk membuka pembungkus sarung tangan. Letakan sarung tangan dengan bagian telapak tangan menghadap keatas
 - d. Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang pada sisi sebelah dalam lipatannya, yaitu bagian yang akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai
 - e. Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka. Masukkan tangan (jaga sarung tangan supaya tidak menyentuh permukaan)
 - f. Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatannya, yaitu bagian yang tidak akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai



PUSKESMAS
KABAWETAN

KEWASPADAAN UNIVERSAL

No. Dokumen : 440/ 105 /PKM-KBW/2022

No. Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

SOP

Halaman : 1



SURYANI R, Amd.Keb
NIP.19730529200012032004



- g. Pasang sarung tangan yang kedua dengan cara memasukkan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan, dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas dan enak di tangan.
- 2.2 Pelindung Wajah (Masker)
- Pemakaian pelindung wajah ini dimaksudkan untuk melindungi selaput lender hidung, mulut selama melakukan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah dan cairan tubuh lain.
- Langkah – langkah pemakaian masker sebagai berikut :
- a. Ambil bagian tepi atas masker (biasanya sepanjang tepi tersebut / metal yang tipis).
 - b. Pegang masker pada dua tali atau ikatan bagian atas. Ikatan dua tali atas pada bagian atas belakang kepala dengan tali melewati atas telinga.
 - c. Ikatkan dua tali bagian bawah pas eratnya sekeliling leher dengan masker sampai dibawah dagu.
 - d. Dengan lembut jepitkan pita metal bagian atas pada batang hidung.
- 2.3 Gaun pelindung
- Cara menggunakan gaun pelindung sebagai berikut :
- a. Hanya bagian luar saja yang terkontaminasi, karena tujuan pemakaian gaun untuk melindungi pemakai dari infeksi.
 - b. Gaun dapat dipakai sendiri oleh pemakai atau dipakaikan oleh orang lain

Bagan Alir

-

Hal – hal Yang Perlu diperhatikan

Unit terkait

Semua Unit

dokumen Terkait

Rekam Medik

Rekamam Historis perubahan

NO

Yang diubah

Isi Perubahan

Tanggal mulai diberlakukan

	PENANGANAN PASIEN BERESIKO TINGGI		
	No. Dokumen	: 440/ 106 /PKM-PKM/2022	
	No. Revisi	:	
	Tanggal Terbit	: 02 Januari 2022	
SOP			
		SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004	
PUSKESMAS KABAWETAN			

1. Pengertian	Penanganan pasien berisiko tinggi adalah tindakan yang dilakukan dalam rangka pencegahan terhadap terjadinya infeksi yang mungkin diperoleh akibat pelayanan yang diberikan baik petugas maupun pasien dalam penanganan pasien berisiko tinggi		
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan penanganan pasien resiko tinggi di Puskesmas Kabawetan		
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No : 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penangan Pasien Berisiko Tinggi		
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas 4. Permenkes NO 5 Tahun 2014 Tentang panduan praktek klinis bagi dokter di fasilitas kesehatan primer		
5. Prosedur/Langkah - Langkah	1. Petugas menyiapkan Alat Perlindungan Dini (APD) , berupa masker, sarung tangan, desinfektan,Hasmat, face shil, sepatu boot 2. Petugas mencuci tangan, 3. Petugas memakai APD sebelum melaksanakan tugas/kontak dengan pasien yang mempunyai resiko menularkan penyakit, 4. Petugas melakukan anamnesa pada pasien, 5. Petugas melakukan vital sign, 6. Petugas melakukan pemeriksaan fisik, 7. Petugas menentukan diagnosa, 8. Petugas melakukan rencana terapi/tindakan, 9. Petugas melaksanakan tindakan, 10. Petugas mencuci tangan dengan sabun pada air yang mengalir setiap kali sebelum dan setelah kontak dengan pasien, 11. Petugas menyimpan kembali APD pada tempatnya sesuai tata cara penyimpanan, kecuali bagi APD yang disposable, 12. Petugas mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan di dalam rekam medis.		
6. Bagan Alir			
7. Hal – hal Yang Perlu diperhatikan			
8. Unit terkait	Semua Unit		
9. Dokumen Terkait	Rekam Medik		
10.Rekaman Historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan
			Tanggal mulai diberlakukan

PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT		
 PUSKESMAS KAWATMAN KABAWETAN		 SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004
SOP No. Dokumen : 440/ 107 /PKM-KBW/2022 No. Revisi : Tanggal Terbit : 02 Januari 2022 Halaman : 1/2 1		
1. Pengertian	Penanganan pasien gawat darurat adalah suatu pertolongan yang cepat dan tepat pada pasien untuk mencegah kematian maupun kecacatan	
2. Tujuan	1. Mencegah kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, sehingga dapat hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat sebagaimana mestinya. 2. Merujuk penderita gawat darurat melalui system rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai. 3. Menanggulangi korban bencana.	
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No. 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penanganan Pasien Gawat Darurat	
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas	
5. Prosedur / Langkah-langkah	Alat dan bahan : - o Oksigen Nasal Kanul/ Sungkup Oksigen, Ambu Bag, Gudel,Sarung tangan steril, Intus set, Cairan Kristaloid, Spuit, Kassa steril Langkah langkah : 1. Petugas menerima pasien. 2. Pasien teridentifikasi gawat darurat. 3. Petugas menilai potensi bahaya pada lokasi yang mungkin mengancam pasien, penolong ataupun orang lain disekitar tempat kejadian. 4. Petugas memeriksa kesadaran pasien : a. Alert untuk sadar penuh tanpa rangsangan dari luar. b. Verbal/Voice untuk respon suara dari luar. c. Pain respon terhadap rangsangan nyeri. d. Unresponsif sama sekali tak ada respon. 5. Petugas mengaktifkan integrated emergency system meminta bantuan kepada orang sekitar. 6. Petugas memeriksa nadi karotis : a. Bila nadi tak teraba : petugas melakukan kompresi jantung paru RJP/CPR Dewasa 30 kompresi 2 Tiupan, untuk bayi 3 kompresi 1 tiupan. b. Bila nadi karotis teraba : petugas memeriksa pernafasan pasien dengan look, listen dan feel. 7. RJP/CPR dihentikan apabila : a. Korban sadar atau ada respon. b. CPR dihentikan oleh dokter yang bertanggung jawab karena tidak ada harapan hidup lagi. c. Jika petugas kelelahan dan sudah dilakukan dalam waktu yang lama lebih 30 menit. 8. Petugas memeriksa jalan nafas pasien apakah ada sumbatan atau tidak. 9. Bila terdapat sumbatan jalan nafas petugas melakukan pembebasan jalan nafas dengan tehnik : Heimlich manuver, Abdominal thrust, Chest trust, Black blows. 10. Petugas memeriksa pernafasan pasien bila tidak bernafas berikan nafas buatan : mulut ke mulut 2 kali tiupan hidung tertutup, mulut ke masker atau dengan alat bag valve masker.	



PENANGANAN PASIEN GAWAT DARURAT

SOP

No. Dokumen : 440/107 /PKM-KBW/2022

No. Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 2/2



PUSKESMAS
KABAWETAN



SURYANI R, Amd.Keb
NIP.19730529200012032004

11. Petugas membuka jalan nafas dengan tehnik head tilt dan chin lift atau jaw thrust agar udara masuk kesaluran nafas.
12. Petugas melakukan recovery posisi bila pasien sudah bisa bernafas.
13. Petugas memastikan pasien bahwa pasien dalam kondisi stabil.
14. Petugas melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu apabila diperlukan.
15. Petugas mendekontaminasi alat-alat yang telah digunakan dan bahan habis pakai.
16. Petugas mencuci alat-alat yang telah digunakan.
17. Petugas mensterilkan alat-alat yang telah dipakai.
18. Petugas membuang bahan habis pakai pada tempat sampah medis.
19. Petugas mencuci tangan.
20. Petugas mendokumentasikan kegiatan didalam rekam medis pasien.

6. Bagan Alir

7. Hal-hal yang perlu diperhatikan

8. Unit Terkait

UGD

9. Dokumen terkait

Rekam medis Pasien

10. Rekaman historis perubahan

NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

 PUSKESMAS KABAWETAN	RUJUKAN PASIEN EMERGENSI		
	No. Dokumen : 440/ PKM KBW/2022 Revisi : Tanggal Terbit : 02 Januari 2022 Halaman : 1/2	 PUSKESMAS KABAWETAN KEMERDEKAAN 1	
SURYANI R, Amd Keb NIP.19730529200012032004			

1. Pengertian	Rujukan pasien emergensi adalah pengiriman pasien gawat darurat untuk mendapatkan pelayanan lebih lanjut terhadap penyakit yang dideritanya. Pasien emergensi adalah kondisi dimana pasien menderita penyakit dan cidera yang dapat menimbulkan kecacatan permanen dan mengancam nyawa pasien.
2. Tujuan	Sebagai acuan kerja dalam menangani pasien gawat darurat yang akan dirujuk.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor : 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Rujukan Emergency
4. Referensi	1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan 2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas
5. Prosedur / Langkah-langkah	A. Pasien yang akan dirujuk harus sudah diperiksa dan layak untuk dirujuk. Adapun kriteria pasien yang dirujuk adalah bila memenuhi salah satu dari : 1. Hasil pemeriksaan fisik sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi di Puskesmas, 2. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata tidak mampu diatasi di Puskesmas, 3. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan. 4. Apabila telah diobati dan dirawat ternyata memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan perawatan di sarana kesehatan yang lebih mampu B. Prosedur standar merujuk pasien. Prosedur Klinis: 1. Melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding. 2. Memberikan tindakan pra rujukan untuk distabilkan dahulu, 3. Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan 4. Untuk pasien gawat darurat harus didampingi petugas Medis/Paramedis yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien. 5. Apabila pasien diantar dengan kendaraan ambulans, agar petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di IGD tujuan sampai ada kepastian

**RUJUKAN PASIEN EMERGENSI****SOP**

No. Dokumen : 440/108 /PKM-KBW/2022

Revisi :

Tanggal terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 1/2

**PUSKESMAS
KAWAWETAN****f****SURYANI R, Amd.Keb
NIP.19730529200012032004**

pasien tersebut mendapat pelayanan (serah terima dengan perawat UGD)

Prosedur Administratif :

1. Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan pra-rujukan.
2. Membuat catatan rekam medis pasien dan lembar observasi (Jika perlu)
3. Memberikan Informed Consent (persetujuan / penolakan rujukan).
4. Membuat surat rujukan,
5. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
6. Menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan tempat tujuan rujukan.
7. Pengiriman pasien ini sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan dan sudah dipastikan kesiapan fasilitas rujukan (telepon UGD yang akan dituju)

6. Bagan Alir

7. Hal hal yang
perlu
diperhatikan

8. Unit Terkait

PONED, Rawat inap, UGD

9. Dokumen
TerkaitRekam medik
Buku Rujukan eksternal
Blanko Rujukan eksternal

10. Rekam Historis

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl.mulai diberlakukan
----	--------------	---------------	------------------------

	TRIASE		
	SOP	No. Dokumen	: 440/ 109 /PKM-KBW/2022
		Revisi	:
		Tanggal terbit	: 02 Januari 2022
		Halaman	: 2/2
PUSKESMAS KABAWETAN			SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004

1. Pengertian	Triase adalah seleksi pasien/mengklasifikasikan pasien berdasarkan suatu kebutuhan pertolongan medis berdasarkan : - Problem yang ada pada pasien ("selection of problems") - Jumlah penderita itu sendiri ("selection of patients") Untuk problem yang ada pada pasien triase harus memilih pasien yang mempunyai problem/gangguan ABC, tanpa melihat sarana yang ada. Sesuai dengan kegawatannya. Sedangkan untuk selection of patient triase melihat kepada beratnya keadaan pasien yang mempunyai kemungkinan hidup lebih besar dihadapkan kepada waktu, sarana dan tenaga yang ada.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan seleksi pasien di unit gawat darurat.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Kabawetan Nomor : 440/ /PKM-KBW/2018 Tentang TRIASE
4. Referensi	- Undang – Undang No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan - Undang – Undang No 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan - Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas
5. Prosedur Langkah-langkah	- Pasien / keluarga pasien mendaftar ke bagian pendaftaran - Pasien dipersilahkan masuk ruang UGD - Sebelum ditempatkan di tempat tidur tindakan, dilakukan asesmen triase, - Jika data hasil asesmen : jalan nafas paten, pernafasan normal, sirkulasi stabil, GCS 15, tidak nyeri/nyeri ringan, kooperatif dikategorikan triase hijau. - Jika data hasil asesmen : jalan nafas paten, pernafasan terjadi distress nafas ringan-sedang, sirkulasi terjadi gangguan haemodinamik sedang-ringanl, GCS 9-14, nyeri sedang-berat, nyeri dada akut, nyeri dada tidak dipengaruhi aktivitas, nyeri dada dijalarkan, tidak kooperatif dikategorikan triase kuning, - Jika data hasil asesmen triase didapatkan data jalan nafas obstruksi/ partial obstruksi, pernafasan distress nafas berat/henti nafas sirkulasi terjadi gangguan haemodinamik sedang-ringanl, GCS < 9 dikategorikan triase merah. <i>Pada pasien kategori merah dan kuning yang perlu dirujuk</i> - Dokter/ petugas melakukan informed consent pada keluarga pasien dan ditandatangani oleh keluarga pasien, - Dokter/ petugas meminta tandatangan surat persetujuan rujukan pada keluarga pasien, - Petugas UGD dan dokter UGD melakukan tindakan life saving dan tindakan medis lainnya pada pasien, - Petugas UGD menyiapkan persiapan rujukan pasien dengan, - Petugas UGD merujuk, <i>Pada pasien dengan kategori hijau dan kuning yang tidak perlu dirujuk</i> - Dokter/ perawat melakukan Informed consent - Keluarga pasien menandatangani surat pernyataan informed consent dan persetujuan di rawat (pada pasien yang perlu di rawat),



PUSKESMAS
KABAWETAN

TRIASE

No. Dokumen : 440/109 /PKM-KBW/2022

SOP

Revisi

Tanggal terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 2/2



SURYANI R, Amd,Keb
NIP.19730529200012032004

14. Petugas UGD dan dokter UGD melakukan tindakan medis kepada pasien,
15. Petugas UGD membuatkan kelengkapan status sesuai dengan kasusnya bagi pasien yang disarankan rawat inap,
16. Keluarga/pengantar pasien yang tidak perlu rawat inap diminta membayar biaya obat-obatan dan tindakan dan diterima oleh petugas sebelum pulang
17. Pasien diberi saran untuk kontrol di BP sesuai dengan jadwal kontrolnya,
18. Pasien dipindahkan di ruang rawat inap (pada pasien yang diperlukan rawat inap,

Pada pasien dengan kategori hitam

19. Dokter / petugas memberikan informasi pada keluarga pasien bahwa pasien telah meninggal dunia dengan pendekatan spiritual,
20. Petugas UGD melakukan perawatan jenazah sebelum dibawa pulang oleh keluarga,
21. Petugas meminjamkan buku yasin kepada keluarga untuk dibacakan dekat jenazah sambil menunggu proses pemulangan jenazah siap.
22. Petugas menghubungi sopir ambulance dan memastikan ambulance siap pakai,
23. Keluarga pasien diperbolehkan membawa jenazah pulang setelah menyelesaikan administrasi.

6. Bagan Alir			
7. Hal hal yang perlu diperhatikan			
8. Unit Terkait	1. UGD 2. Rawat Inap		
9. Dokumen terkait	1. Buku Register 2. Buku Rujukan 3. Rekam medik		
10. Rekam Histori	No	Yang dirubah	Isi Perubahan
	1.		Tgl.mulai dipertakukan

	PENCATATAN REKAM MEDIK			
	SOP	No. Dokumen		: 440/ 110 /PKM KBW/2022
		Revisi		:
		Tanggal terbit		: 02 Januari 2022
		Halaman		: 1
		SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004		
PUSKESMAS KABAWETAN				

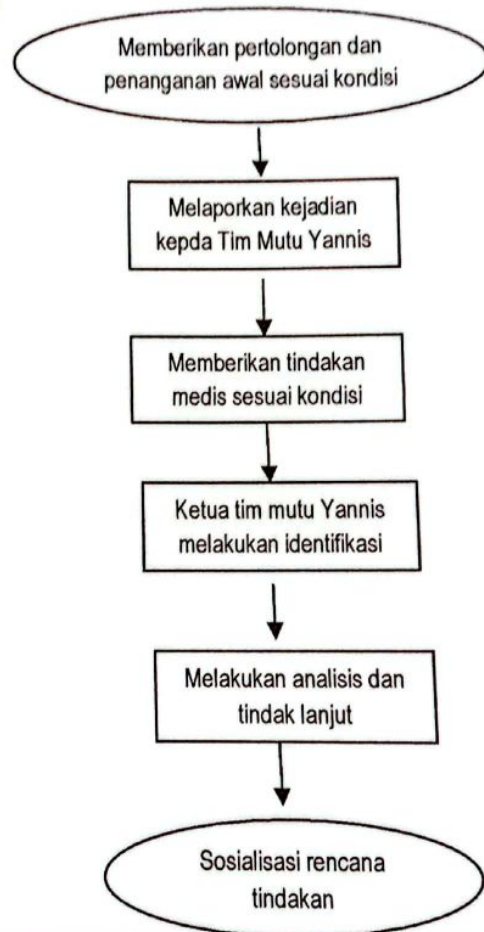
1. Pengertian	Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Pencatatan rekam medis adalah suatu kegiatan mencatat semua informasi yang diperoleh saat anamnesis, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, asesmen, rencana terapi, dan penyuluhan/edukasi pada pasien yang dicatat sesuai Subyektif, Obyektif, Asesmen, Planning (SOAP).			
2. Tujuan	Sebagai acuan dalam penerapan langkah-langkah pencatatan rekam medis dalam rangka peningkatan mutu dan kinerja di Puskesmas Kabawetan			
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala Puskesmas No.440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Pencatatan Rekam Medik			
4. Referensi	Permenkes Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis			
5. Prosedur / Langkah-langkah	1. Kartu rekam medis diterima di unit pelayanan 2. Petugas memanggil pasien ke dalam unit pelayanan 3. Pasien mengecek kesesuaian nama pasien dengan kartu rekam medis 4. Petugas memberi pelayanan sesuai SOAP 5. Petugas mencatat semua informasi yang diperoleh saat pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien 6. Petugas menuliskan paraf/tanda tangan dan nama petugas di rekam medis			
6. Bagan Alir				
7. Hal hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit terkait	Semua Unit			
9. Dokumen terkait				
10. Rekaman Histori Perubahan	No.	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl. Mulai diberlakukan.

	PENANGANAN DAN PELAPORAN KEJADIAN TIDAK DIINGINKAN, KEJADIAN POTENSIAL CEDERA, KEJADIAN TIDAK CEDERA, KEJADIAN NYARIS CEDERA				
	S O P	No Dokumen	: 440/ III /PKM-KBW/2022		
		No Revisi	:		
		Tanggal Terbit	: 2 Januari 2022		
		Halaman	1/2		
PUSKESMAS KABAWETAN					SURYANI R, Amd.Keb NIP.19730529200012032004

1. Pengertian	Penanganan dan pelaporan kejadian tidak diinginkan, kejadian potensial cedera dan kejadian nyaris cedera adalah Prosedur yang mencakup semua kegiatan yang terkait dengan identifikasi, dokumentasi dan pelaporan kasus Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
2. Tujuan	Memberikan pelayanan klinis yang bermutu sehingga puskesmas mampu dalam mengidentifikasi, mendokumentasi, menganalisis dan melaporkan permasalahan mutu pelayanan klinis seperti kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian potensial cedera (KPC) dan kejadian nyaris cedera (KNC) untuk itu perlu dibuat standar prosedur yang dapat membakukan manajemen resiko klinis.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor : 440/ /C.9.1/PKM/KBW/2022 tentang Penanganan dan Pelaporan Kejadian Tidak diinginkan, Kejadian Potensial Cedera, Kejadian Tidak Cedera, Kejadian Nyaris Cedera di Puskesmas Kabawetan.
4. Referensi	1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas
5. Prosedur	Alat dan Bahan : 1. Buku register 2. ATK
6. Langkah – langkah	1. Pemberi pelayanan klinis yang mendapatkan kejadian tidak diinginkan, kejadian potensial cedera dan kejadian nyaris cedera atau resiko medis melakukan pertolongan dan penanganan awal sesuai kondisi 2. Pemberi pelayanan klinis yang mengetahui adanya kejadian tidak diinginkan, kejadian nyaris cedera, kejadian potensial cedera dan resiko klinis melakukan pengamanan berupa isolasi bukti, laporan dan lingkungan, selanjutnya melaporkan kondisi tersebut kepada tim peningkatan mutu pelayanan klinis dan petugas klinis yang berkompeten 3. Pemberi pelayanan klinis memberi tindakan medis dan observasi sesuai kondisi 4. Ketua tim peningkatan mutu pelayanan klinis melakukan indentifikasi dengan mengumpulkan informasi dan bukti yang menyangkut infut, prosedur dan output terjadinya KTD, KNC, KPC dan resiko klinis, semua hasil indentifikasi didokumentasikan dalam lembar manajemen KTD, KNC, KPC dan resiko medis (formulir pelaporan insidens keselamatan) 5. Kepala puskesmas dan tim peningkatan mutu pelayanan mengadakan analisis penyebab dan tindak lanjut penanganan 6. Sosialisasi rencana tindakan dan pelaksanaannya pada rapat rutin puskesmas

	PENANGANAN DAN PELAPORAN KEJADIAN TIDAK DIINGINKAN, KEJADIAN POTENSIAL CEDERA, KEJADIAN NYARIS CEDERA DAN RESIKO KLINIS		
	SOP	No Dokumen : 440/ 11 /PKM-KBW/2022	
		No Revisi :	
		Tanggal Terbit : 02 Januari 2022	
Halaman : 2			
PUSKESMAS KABAWETAN			SURYANI R, Amd. Keb NIP.1930529200012032004

7. Bagan Alir



8. Hal – hal yang perlu diperhatikan	-			
9. Unit Terkait	1. Poli Umum, UGD, Poli Gigi, Poli Anak, Poli KB, Ruang Persalinan, Laboratorium, Poli Ibu, Poli Lansia, Rawat Inap, Apotik			
10.Dokumen Terkait	Register KPC,KNC dan KTD			
11.Rekaman Historis Perubahan				
	No	Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Perubahan



MEMASANG KATETER WANITA

SOP

No. Dokumen : 440/ II2 /PKM-KBW/2022
No. Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022
Halaman



PUSKESMAS
KABAWETAN

Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004

1. Pengertian	Memasukkan selang karet atau plastic melalui uretra ke dalam kandung kemih			
2. Tujuan	1. Sebagai pedoman memasang kateter wanita petugas dalam melakukan pada pasien. 2. Menghilangkan distensi kandung kemih , penatalaksanaan kandung kemih inkompeten, mendapatkan urine steril, mengosongkan kandung kemih secara lengkap			
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Memasang Kateter wanita			
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas 4.PMK No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer			
5. Prosedur/Langkah langkah	1. Menjaga privasi pasien 2. Menyiapkan pasien dengan posisi dorsal recumbent dan melepaskan pakaian bawah 3. Memasang perlak dan pengalas, selimut mandi 4. Memasang pispot dibawah bokong pasien 5. Memakai sarung tangan 6. Mencuci area perineal dengan sabun dan air hangat 7. Mengganti dengan sarung tangan steril 8. Membersihkan vulva dengan air hangat,			
6. Bagan alir				
7. Hal hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit Terkait	UGD, Poned, Poli Umum			
9. Dokumen terkait	Rekam medis			
10. Rekam historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan



MENGHITUNG TETESAN INFUS

SOP

No. Dokumen : 440/ 113 /PKM-KBW/2022
No. Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022
Halaman



PUSKESMAS
KABAWETAN

Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004

1. Pengertian	Menghitung tetesan infus dalam satu menit sesuai dengan anjuran dokter			
2. Tujuan	Sebagai pedoman petugas dalam melakukan penghitungan tetesan infus pada pasien.			
3. Kebijakan	Sebagai acuan bagi petugas dalam menghitung tetesan infus			
4. Referensi	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Menghitung Tetesan Infus			
5. Prosedur/Langkah langkah	1. Petugas menjelaskan tujuan menghitung tetesan infus 2. Petugas mengatur posisi jarum infus memastikan tetesan infus lancar 3. Petugas menghitung banyaknya jumlah tetesan dalam 1 menit dengan menggunakan rumus $\text{Volume total infus} \times \text{faktor tetesan} / \text{total waktu infus dalam 1 menit}$ 4. Petugas mengatur tetesan infus sesuai dengan jumlah tetesan per menit			
6. Bagan alir				
7. Hal hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit Terkait	Rekam Medik UGD, Poned dan Rawat Inap			
9. Dokumen terkait				
10. Rekam historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	PELAYANAN GAWAT DARURAT		
	SOP	No. Dokumen : 440/ 114 /PKM-KBW/2022	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit : 02 Januari 2022	
Halaman 1			
PUSKESMAS KAWAWETAN		Suryani R. Amd. Keb NIP.197305292000122004	

1. Pengertian	Pelayanan Gawat Darurat adalah layanan kesehatan yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah / menanggulangi resiko kematian atau cacat			
2. Tujuan	Sebagai pedoman petugas dalam melakukan pelayanan UGD pada pasien. Sebagai acuan kerja bagi petugas UGD			
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Pelayanan Gawat Darurat			
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas 4.PMK No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer			
5. Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas menyapa pasien yang datang ke Unit Gawat Darurat 2. Petugas mempersiapkan pasien duduk 3. Petugas melakukan anamnesa dan pemeriksaan vital sign 4. Petugas mempersilakan dokter untuk pemeriksaan lebih lanjut/ via telpon 5. Pemeriksa melakukan rujukan externa dan rujukan interna jika diperlukan 6. Pemeriksa menentukan diagnose dan tindak lanjut (rawat inap/ pulang) 7. Petugas melakukan tindakan sesuai advis dokter 8. Petugas menyerahkan resep dan mempersilakan pasien menuju kasir, petugas menyerahkan resep ke ruang obat 9. Petugas kasir menyerahkan resep kepada pasien untuk diserahkan ke ruang obat 10. Petugas mencatat kunjungan pasien UGD dibuku register dan memberi paraf			
6. Bagan alir				
7. Hal hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit terkait	UGD			
9. Dokumen terkait	Rekam medic, resep, buku register, blangko rujukan			
10. Rekam historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	MENDAMPINGI PASIEN KEADAAN TERMINAL		
	SOP	No. Dokumen : 440/ 115 /PKM-KBW/2022	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit : 02 Januari 2022	
Halaman			
		Suryani R, Amd. Keb NIP.197305292000122004	

Pengertian	Pendampingan pada pasien dan keluarga pasien yang tidak mempunyai harapan sembuh dengan memberikan pengertian tentang kondisi pasien pada saat ini.		
Tujuan	Sebagai pedoman petugas dalam melakukan pendampingan pasien dalam keadaan terminal. Memberikan pengertian kepada keluarga pasien tentang kondisi pasien dan dapat memberikan ketenangan pada keluarga pasien		
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Mendampingi Pasien keadaan Terminal		
Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas 4.PMK No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer		
Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas mengamati tanda-tanda pasien kritis 2. Petugas menyarankan agar keluarga mendampingi/ menunggu pasien 3. Petugas membetulkan letak / posisi pasien 4. Petugas mengobservasi keadaan pasien 5. Petugas memberikan kekuatan mental kepada pasien dan keluarga 6. Petugas memberikan pengertian kepada keluarga		
Bagan alir			
Hal hal yang perlu diperhatikan			
Unit terkait	UGD, Rawat Inap		
Dokumen terkait	Catatan medik, Rekam Medik		
Rekam historis perubahan	No	Yang dirubah	Tgl.mulai diberlakukan



**PUSKESMAS
KABAWETAN**

SOP

PENANGANAN KEJANG DEMAM

No. Dokumen : 440/ 116 /PKM-KBW/2022
No. Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman
BLUD UPT
PUSKESMAS RAWAT INAP
KABAWETAN



Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004

1. Pengertian	Penanganan kejang yang berhubungan dengan demam tanpa adanya infeksi sistem saraf pusat / gangguan elektrolit akut			
2. Tujuan	- Sebagai pedoman penanganan kejang demam petugas dalam melakukan pada pasien. - Untuk Memberikan tata laksana yang tepat pada pasien kejang demam			
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penangan Kejang Demam			
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas 4.PMK No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer			
5. Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas menjaga privasi pelanggan 2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri 3. Petugas melindungi lidah dengan spatel yang dibalut kasa atau menggunakan guedel/ mayo 4. Petugas mengatur posisi tidur pasien 5. Petugas mengkaji keadaan pernafasan pasien 6. Petugas melonggarkan pakaian pasien 7. Petugas memberikan obat – obat anti kejang sesuai dengan instruksi (diazepam rektal 0,5 mg/kgBB atau < 10 kg: 5mg, > 10 kg: 10 kg). 8. Jika dalam waktu 5 menit masih kejang segera rujuk ke rumah sakit 9. Petugas memberikan Oksigen adekuat 1l/mnt 10. Petugas memberikan cairan intravena (D5, 1/4S; D5, 1/2S atau RL) 11. Petugas memberikan kompres air hangat untuk menurunkan demam 12. Petugas mengkolaborasi pemberian obat antipiretik paracetamol 10 mg/kg/bb/x tiap 4-6 jam atau ibuprofen 5-10 mg/kgbb/hr tiap 4-6 jam 13. Petugas harus segera merujuk ke rumah sakit jika terdapat indikasi : - Hiperpireksia - Usia < 6 bulan - Kejang demam pertama - Dijumpai kelainan neurologist 14. Petugas memperhatikan reaksi dan menanyakan respon pasien 15. Petugas merapikan pasien			
6. Bagan Alir				
7. Hal hal yang perlu diperhatikan				
8. Unit terkait	UGD, Rawat Inap			
9. Dokumen terkait	Buku atau kartu status pasien, buku register unit pelayanan umum			
10. Rekam historis perubahan	NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	INSISI DAN DRAINASE ABSES		
	SOP	No. Dokumen : 440/ 10117 /PKM-KBW/2022	
		No. Revisi :	
		Tanggal Terbit : 02 Januari 2022	
Halaman : 1/2			
		Suryani R, Amd. Keb NIP.197305292000122004	

Pengertian	Dalam arti umum insisi berarti melakukan irisan pada kulit. Sedangkan dalam khusus, insisi abses berarti mengiris abses untuk mengeluarkan pus yang ada didalamnya Syarat : Irisan harus langsung, tidak terputus-putus langsung sampai ke jaringan subkutis Insisi harus sesuai garis Langer Irisan yang dekat garis persendian harus sejajar dengan aksis / sumbu sendi Insisi sedapat mungkin disembunyikan, misal pada abses mammae Sterilitas harus dijaga Arah insisi tidak boleh tegak lurus dengan alat penting yang ada didaerah itu, misal arteri, vena, syaraf
Tujuan	Sebagai pedoman dalam melakukan pengeluaran cairan pus dari dalam abses Agar cairan pus di dalam abses bisa dikeluarkan.
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Insisi dan Drainase Abses
Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas 4.PMK No. 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Kesehatan Primer
Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas meanamnesia pasien 2. Petugas melakukan pemeriksaan fisik 3. Petugas memberikan nformed consent tentang kondisi pasien dan tindakan yang akan dilakukan 4. Petugas meminta kepada pasien untuk menandatangani form informed consent untuk tindakan yang akan dilakukan 5. Petugas mencuci tangan 7 langkah 6. Petugas menggunakan APD 7. Petugas mempersiapkan alat steril yang akan digunakan untuk ekstraksi kuku 8. Petugas memberikan anestesi blok pada sekitar abses 9. Petugas melakukan insisi di tempat fluktuasi yang maksimal sampai fascia 10. Petugas membuka abses dengan memasukkan klem atau sumbu (secara tumpul) supaya pus bisa keluar 11. Petugas mengeluarkan infiltrat dengan memakai sonde atau dipencet pada abses yang lunak 12. Petugas mengeluarkan infiltrat atau pus sampai bersih 13. Petugas memasukkan tampon lebar kurang lebih 1 cm yang telah mengandung betadine ke dalam rongga abses.tampon tidak boleh terlalu padat,dan disisakan

PENANGANAN FRAKTUR

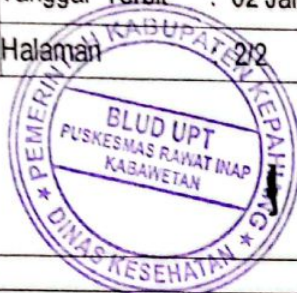


SOP

No. Dokumen : 440/ 118 /PKM-KBW/2022
 No. Revisi :
 Tanggal Terbit : 02 Januari 2022
 Halaman : 2/2



PUSKESMAS
KABAWETAN



Suryani R. Amd. Keb
 NIP.197305292000122004

Pengertian

Penanganan Fraktur adalah suatu usaha mengklasifikasikan berat ringannya fraktur pada tulangdan meminimalkan komplikasi

Tujuan

Sebagai pedoman petugas dalam melakukan Penanganan Fraktur pada pasien Mengklasifikasikan berat ringannya fraktur pada tulang dan meminimalkan komplikasi

Kebijakan

SK Kepala Puskesmas No: 440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penangan fraktur

Referensi

- 1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
- 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas

Prosedur /

Langkah langkah

1. Petugas menjaga privasi pelanggan
2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri
3. Petugas menghentikan perdarahan jika ada
4. Petugas merawat luka jika ada
5. Petugas melakukan pembidaian di daerah suspect fraktur dengan prinsip bidai diikat melalui 2 sendi (imobilisasi 2 sendi)
6. Petugas mengobservasi keadaan pasien
7. Petugas menyiapkan pasien untuk dirujuk
8. Petugas mendokumentasikan semua tindakan yang dilakukan

Bagan Alir

Hal hal yang perlu diperhatikan

Unit Terkait

Dokumen terkait

Buku atau kartu status pasien, buku register unit pelayanan umum

Rekam historis perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl.mulai diberlakukan



PUSKESMAS
KABAWETAN

PENANGANAN EKSTRAKSI KUKU

SOP

No. Dokumen : 440/ 119 /PKM-KBW/2022
No. Revisi :
Tanggal Terbit : 02 Januari 2022
Halaman : 1/2



Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004

1. Pengertian	Ekstraksi kuku adalah melakukan tindakan menarik dan mengangkat kuku, dan dilanjutkan reseksi ringan jaringan granulasi di sekitarnya. Indikasi : - unguis inkarnatus : bagian kuku masuk kedalam kulit pinggir kuku - paronikia : infeksi di sekeliling kuku - abses sub ungula - korpus alienum di bawah kulit - trauma pada kuku - radang / infeksi lain di dorsal dan proksimal kuku
2. Tujuan	Agar jaringan kuku yang sudah rusak atau mati karena trauma dapat terangkat dan mencegah infeksi.
3. Kebijakan	SK Kepala puskesmas Kabawetan No:440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penangan Ekstraksi Kuku
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas
5. Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas mengamnesa pasien 2. Petugas melakukan pemeriksaan fisik 3. Petugas memberikan informed consent tentang kondisi pasien dan tindakan yang akan dilakukan 4. Petugas meminta kepada pasien untuk menandatangani form informed consent untuk tindakan yang akan dilakukan 5. Petugas mencuci tangan 7 langkah 6. Petugas menggunakan APD 7. Petugas mempersiapkan alat steril yang akan digunakan untuk ekstraksi kuku 8. Petugas memberikan anestesi blok pada basis haluks 9. Petugas memegang haluks pada tangan kiri, tangan kanan memegang klem lengkung 10. Petugas memasukkan klem dipinggir kuku yang sehat 11. Petugas mencekam pinggir kuku yang sehat dengan klem 12. Petugas mengunci klem 13. Petugas memutar atau menggulung dengan cepat dan pasti kearah ujung kuku yang lain 14. Setelah kuku terangkat, petugas memotong dan membuang jaringan granulasi yang ada disekitarnya sampai bersih 15. Petugas tidak perlu menjahit perdarahan yang sifatnya difus cukup dilakukan penekanan dengan kasa steril 16. Petugas mengompres luka dengan NaCl 17. Petugas membusuhi betadine pada luka 18. Petugas membalut luka dengan kasa steril 19. Petugas membereskan peralatan 20. Petugas mencuci tangan 7 langkah 21. Petugas memberikan edukasi tentang perawatan luka 22. Petugas memberikan resep obat pada pasien 23. Petugas mendokumentasikan kegiatan pada rekam medis.
6. Bagan Alir	



PUSKESMAS
KABAWETAN

PENANGANAN EKSTRAKSI KUKU

SOP

No. Dokumen : 440/ 115 /PKM-KBW/2022

No. Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 1/2

BLUD UPT
PUSKESMAS RAWAT INAP
KABAWETAN



Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004

7. Hal hal yang
perlu
diperhatikan

8. Unit Terkait

UGD, POLI UMUM

9. Dokumen
terkait

1. Rekam medis
2. Inform Consent

3. Rekam historis
perubahan

NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

Mengetahui,
Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan

Suryani R, Amd.Keb
NIP.19730529 200012 2 004

 PUSKESMAS KAWAWETAN	SOP	PENANGANAN PADA CIDERA KEPALA		 Suryani R, Amd. Keb NIP. 197305292000122004
		No. Dokumen	: 440/120 /PKM-KBW/2022	
		No. Revisi	:	
		Tanggal Terbit	: 02 Januari 2022	
Halaman				

1. Pengertian	PENANGANAN CIDERA KEPALA adalah suatu usaha untuk mengklasifikasikan berat ringannya cidera kepala dan meminimalkan komplikasi.
2. Tujuan	Mengklasifikasikan berat ringannya cidera kepala dan meminimalkan komplikasi
3. Kebijakan	SK Kepala puskesmas Kabawetan No:440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Penangan pada Cidera Kepala
4. Referensi	1.Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2.Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan 3.Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas
5. Prosedur / Langkah langkah	1. Petugas menjaga privasi pelanggan 2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri 3. Petugas melakukan anamnesa terhadap beratnya cidera kepala - CIDERA KEPALA RINGAN - Skor skala koma Glasgow / GCS 15 - Tidak ada kehilangan kesadaran - Tidak ada intoksikasi alkohol atau obat-obat terlarang - Pasien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing - Pasien dapat menderita abrasi, laserasi, atau hematoma kulit kepala - Tidak adanya kriteria cidera kepala sedang – berat - CIDERA KEPALA SEDANG - GCS 7 – 14 - Anamnesa pasca trauma - Muntah - Tanda kemungkinan fraktur cranium (mata rabun tanda battle, hemotimpanum, otoreur/rinorea cairan serebrospinal) - Kejang - CIDERA KEPALA BERAT - GCS 3 – 8 (koma) - Penurunan kesadaran secara progresif - Cidera kepala penetrasi/terba fraktur depresi cranium - Tanda Neurologis local 4. Semua pasien dengan cidera kepala dicurigai mengalami patah tulang leher jadi petugas mempertahankan posisi kepala leher 5. Pasien dengan cidera kepala ringan dapat dipulangkan tanpa perlu pemeriksaan CT scan 6. Petugas memberikan penjelasan mengenai tanda – tanda komplikasi cidera kepala dan meminta pasien untuk segera kembali ke pelayanan kesehatan jika tanda/ gejala komplikasi muncul 7. Petugas merujuk pasien dengan cidera kepala sedang – berat 8. Petugas memperhatikan reaksi dan menanyakan respon 9. Petugas merapikan pelanggan

PENANGANAN PADA CIDERA KEPALA

SOP

No. Dokumen : 440/ 120 /PKM-KBW/2022

No. Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 1/2



Suryani R, Amd. Keb
NIP.197305292000122004



KESMAS
RAWETAN

gan Alir

al hal yang perlu
perhatikan
nit Terkait

UGD, Poli Umum

okumen terkait

Buku atau kartu status pelanggan, buku register unit pelayanan umum

Rekam historis
perubahan

NO	Yang diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

Mengetahui,
Plt. Kepala BLUD UPT
Puskesmas Rawat Inap Kabawetan

Suryani R, Amd.Keb
NIP.19730529 200012 2 004



PUSKESMAS
KABAWETAN

SPO

TERAPI PADA LUKA BAKAR

No Dokumen : 440/17.1.../PKM-KBW/2022

No Revisi :

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman : 1/2



Suryani R, Amd, Keb
NIP. 197305292000122004

Pengertian

Luka bakar adalah cidera pada jaringan tubuh akibat panas, bahan kimia, maupun arus listrik

Derajat luka bakar :

- Luka bakar derajat 1
Merupakan luka bakar yang paling ringan. kulit yang terbakar menjadi merah, nyeri sangat sensitif terhadap sentuhan dan lembab atau membengkak. jika ditekan daerah yang terbakar akan memutih, belum terbentuk lepuhan
- Luka bakar derajat 2
Menyebabkan kerusakan yang lebih dalam. kulit melepuh, dasarnya tampak merah atau keputihan dan terisi oleh cairan kental yang jernih. jika disentuh warnanya menjadi putih dan terasa nyeri
- Luka bakar derajat 3
Menyebabkan kerusakan yang paling dalam. permukaan berwarna putih dan lembut atau berwarna hitam, hangus dan kasar. jika disentuh tidak timbul rasa nyeri karena ujung saraf pada kulit mengalami kerusakan. jika jaringan mengalami kerusakan akibat luka bakar, cairan akan merembes dari pembuluh darah dan menyebabkan pembengkakan. kehilangan sejumlah cairan karena perembesan tersebut bisa menyebabkan syok, tekanan darah sangat rendah, sehingga darah yang mengalir ke otak dan organ lainnya sangat sedikit.

2. Tujuan

Sebagai pedoman penanganan dan pengobatan pada pasien luka bakar

3. Kebijakan

SK Kepala Puskesmas Kabawetan No:440/ /PKM-KBW/2022 Tentang Pelayanan Terapi pada Luka Bakar

4. Referensi

1. Undang – Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang – Undang No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
3. Peraturan Menteri Kesehatan No 75 tahun 2014 Tentang Puskesmas

5. Prosedur / Langkah-
Langkah

1. Petugas melakukan anamnesa
2. Petugas memeriksa tanda-tanda vital pasien
3. Petugas menggunakan APD
4. Petugas mempersiapkan alat-alat yang akan digunakan
5. Petugas melepaskan pakaian penderita
6. Petugas mengidentifikasi derajat luka bakar
7. Petugas melakukan penanganan luka bakar
 - 7.1 luka bakar derajat 1
 - ✓ petugas segera mencuci luka dengan air
 - ✓ petugas membersihkan luka dari bahan kimia dengan cara mengguayur dengan air,
 - ✓ Petugas membuang semua luka bakar yang melekat, jika luka sulit dibersihkan daerah luka bakar diberi obat bius dan digosok dengan sikat,
 - ✓ Petugas membuang lepuhan yang telah pecah,
 - ✓ Petugas mengoleskan krim antibiotik pada daerah luka yang benar – benar bersih,
 - ✓ Petugas memasang perban untuk melindungi luka dari kotoran dan mencegah terjadinya infeksi
 - ✓ Petugas memberikan antibiotik per oral,
 - 7.2 luka bakar derajat II
 - ✓ petugas segera mencuci luka dengan air
 - ✓ petugas membersihkan luka dari bahan kimia dengan cara mengguayur dengan air,
 - ✓ Petugas membuang semua luka bakar yang melekat, jika luka sulit dibersihkan daerah luka bakar diberi obat bius dan digosok dengan sikat,



PUSKESMAS
KABAWETAN

TERAPI PADA LUKA BAKAR

No Dokumen : 4401.121.../PKM KEW/2022

No Revisi :

SPO

Tanggal Terbit : 02 Januari 2022

Halaman

1/2



Suryani R, Amd, Keb
NIP. 197305292000122004



- ✓ Petugas membuang lepuhan yang telah pecah,
- ✓ Petugas mengoleskan krim granulasi pada daerah luka yang benar – benar bersih,
- ✓ Petugas memasang perban untuk melindungi luka dari kotoran dan mencegah terjadinya infeksi
- ✓ Petugas membidai daerah persendian yang mengalami luka bakar agar tidak memperburuk keadaan persendian,
- ✓ Petugas memberikan antibiotik per oral
- 7.3 luka bakar derajat III
 - ✓ petugas segera mencuci luka dengan air
 - ✓ petugas membersihkan luka dari bahan kimia dengan cara menguyur dengan air,
 - ✓ Petugas membuang semua luka bakar yang melekat, jika luka sulit dibersihkan daerah luka bakar diberi obat bius dan digosok dengan sikat,
 - ✓ Petugas membuang lepuhan yang telah pecah,
 - ✓ Petugas mengoleskan krim antibiotik pada daerah luka yang benar – benar bersih,
 - ✓ Petugas memasang perban untuk melindungi luka dari kotoran dan mencegah terjadinya infeksi
 - ✓ Petugas membidai daerah persendian,
 - ✓ Petugas memasang IV line dan memberikan cairan intravena,
 - ✓ Petugas merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.
- 8. Petugas memberikan pendesk mengenai waktu kontrol, perawatan luka di rumah dan nutrisi
- 9. Petugas mendokumentasikan kegiatan.

6. Bagan Alir			
7. HalHal yang perlu diperhatikan			
8. Unit Terkait	UGD, Poi umum		
9. Dokumen terkait	Rekam medis		
10. Rekam historis perubahan	No	Yang dirubah	Isi Perubahan
			Tgl.mulai diberlakukan

Mengetahui,

Plt. Kepala BLUD UPT

Puskesmas Rawel Inap Kabawetan



Suryani R, Amd, Keb

NIP. 19730529 200012 2 004