

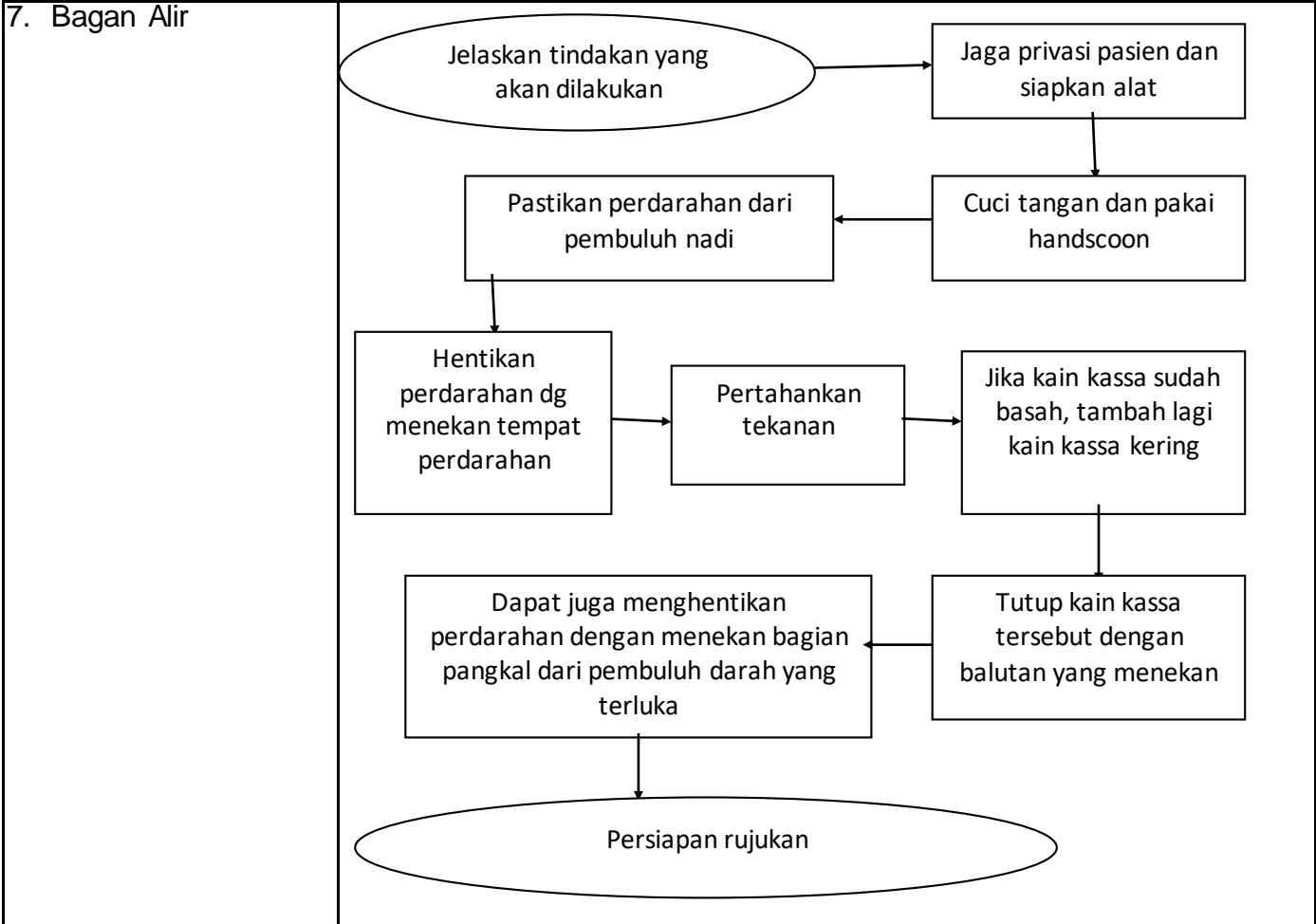
	PENANGANAN PERDARAHAN PEMBULUH NADI		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/229/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-2		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Terjadinya perdarahan (pecahnya pembuluh darah)		
2. Tujuan	Untuk menghentikan perdarahan dan meminimalkan komplikasi		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor : 440/057/424.072.31/III/2018 tentang pelayanan klinis di UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan.		
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014.		
5. Alat dan Bahan	ALAT: 1. Senter 2. Bengkok BAHAN: 1. Kassa 2. Handscoon 3. Larutan NaCl		
6. Prosedur	1. Petugas menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan mengisi lembar informed consent 2. Petugas menjaga privasi pasien dan menyiapkan alat 3. Petugas mencuci tangan dan menggunakan handscoon 4. Petugas memastikan perdarahan berasal dari pembuluh nadi 5. Petugas segera menghentikan perdarahan dengan menekan tempat perdarahan dengan setumpuk kain kassa 6. Petugas mempertahankan tekanan 7. Jika kain kassa sudah basah, petugas menambah dengan		

setumpuk kain kassa lagi tanpa mengambil kassa sebelumnya

8. Petugas menutup kain kassa tersebut dengan balutan yang menekan

9. Petugas dapat juga menghentikan perdarahan dengan menekan bagian pangkal dari pembuluh darah yang terluka

10. Petugas lain menyiapkan pasien untuk dirujuk






8. Unit Terkait Ruang Tindakan

9. Dokumen Terkait Rekam Medik

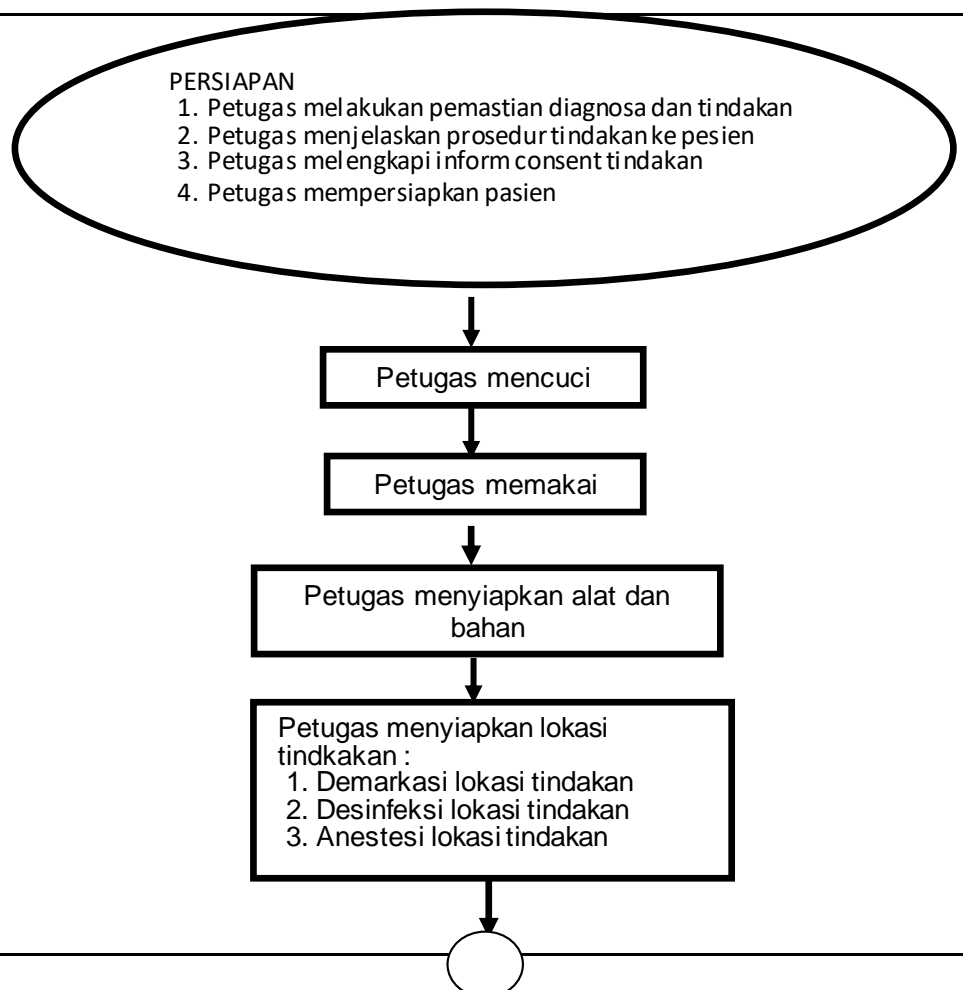
10. Rekam historis perubahan

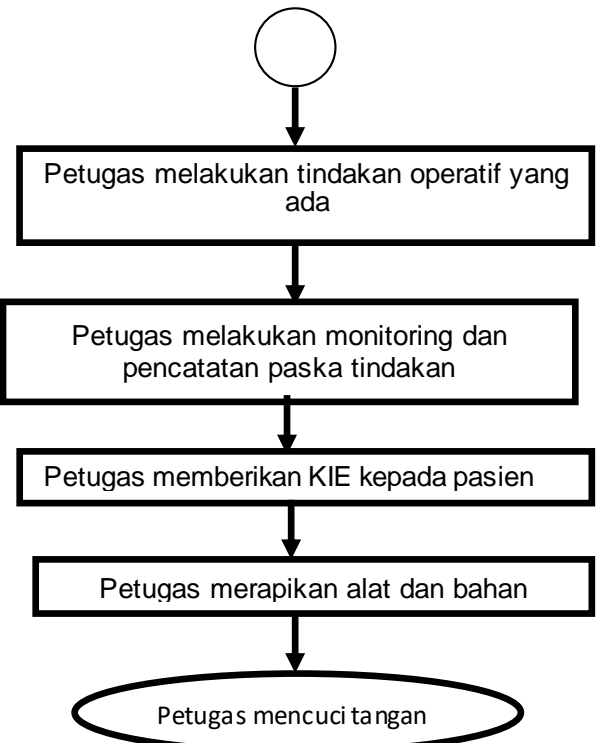
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan




	PENANGANAN SYOK HIPOVOLEMİK		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/230/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Adalah suatu kondisi gangguan hemodinamik akibat adanya kekurangan plasma yang disebabkan diantaranya : pendarahan, diare / muntah hebat, luka bakar luas, demam tinggi, dehidrasi		
2. Tujuan	Sebagai pedoman bagi petugas unit Gawat Darurat dalam penanganan Syok Hipovolemik		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor : 440/057/424.072.31/III/2018 tentang pelayanan klinis di UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan .		
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014		
5. Alat dan Bahan	ALAT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunting 2. Perlak 3. Bengkok BAHAN: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dower kateter 2. Urine bag 3. Aquabidest 4. Handscoon 5. Plester 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima pasien 2. Petugas melakukan anamnesis : keluhan utama, riwayat penyakit, penyebab syok. 		

3. Petugas melakukan pemeriksaan fisik :
 - Keadaan umum gelisah, penurunan kesadaran
 - TD menurun, nadi dan respirasi meningkat, perfusi jaringan menurun, produksi urin menurun.
4. Petugas melakukan penanganan syok.
 - Memposisikan pasien terlentang kaki lebih tinggi
 - Membebaskan jalan napas, melakukan pemasangan O2 2-4 apm.
 - Memberikan cairan melalui intravena kristaloid RL 1 jam pertama 20cc/kgBB/ jam
5. Petugas mengatasi penyebab syok
6. Petugas melakukan evaluasi tindakan dan melakukan observasi tanda-tanda vital pasien
7. Petugas menurunkan jumlah tetesan bila ada perbaikan 10cc / kgBB/jam
8. Petugas mencatat hasil pemeriksaan dalam rekam medik pasien
9. Petugas merujuk pasien ke Rumah Sakit bila tidak ada perbaikan selama 1-2 jam

7. Bagan Alir



	 <pre> graph TD Start(()) --> A[Petugas melakukan tindakan operatif yang ada] A --> B[Petugas melakukan monitoring dan pencatatan paska tindakan] B --> C[Petugas memberikan KIE kepada pasien] C --> D[Petugas merapikan alat dan bahan] D --> End([Petugas mencuci tangan]) </pre>												
8. Unit Terkait	Ruangan Tindakan												
9. Dokumen Terkait	Rekam Medik												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="526 1198 1460 1467"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang diubah</th> <th>Isi perubahan</th> <th>Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										

	HIPOGLIKEMIA		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/216/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-4		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Hipoglikemia adalah keadaan dimana kadar glukosa darah <60 mg/dL, atau dengan gejalaklinis dan kadar glukosa darah <80 mg/dL.		
2. Tujuan	Sebagai acuan penanganan pasien DM dengan hipoglikemia		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	KMK RI No. HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.		
5. Alat dan Bahan	Alat : Alat pemeriksaan dasar Bahan : Obat sesuai SOP		
6. Prosedur	Dokter melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, diagnosis dan terapi <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anamnesa Menentukan tanda dan gejala hipoglikemia: Tanda dan gejala hipoglikemia dapat bervariasi pada setiap individu dari yang ringan sampai berat, sebagai berikut: rasa gemetar, perasaan lapar, pusing, keringat dingin, jantung berdebar, gelisah, terjadi penurunan kesadaran bahkan sampai koma dengan atau tanpa kejang. terdapat riwayat penggunaan preparat insulin atau obat hipoglikemik oral ✓ Pemeriksaan : Gula darah < 60mg/dl atau Gula darah < 80 dengan gejala klinis ✓ Penatalaksanaan 		

- Stadium permulaan (sadar):
 1. Berikan gula murni 30 gram (2 sendok makan) atau sirop/ permen atau gula murni(bukan pemanis pengganti gula atau gula diet/ gula diabetes) dan makanan yang mengandung karbohidrat.
 2. Hentikan obat hipoglikemik sementara. Pantau glukosa darah sewaktu tiap 1-2 jam.
 3. Pertahankan GD sekitar 200 mg/dL (bila sebelumnya tidak sadar).
 4. Cari penyebab hipoglikemia dengan anamnesis baik auto maupun allo anamnesis.
- Stadium lanjut (koma hipoglikemia atau tidak sadar dan curiga hipoglikemi)
 1. Diberikan larutan dekstrosa 40% sebanyak 2 flakon (=50 mL) bolus intra vena.
 2. Diberikan cairan dekstrosa 10 % per infuse ,6 jam perkolf.
 3. Periksa GD sewaktu (GDs),kalau memungkinkan dengan glukometer:

Bila GDs < 50 mg /dL □ bolus dekstrosa 40% 50 % ml IV.

Bila GDs < 100 mg /dL □ bolus dekstrosa 40 % 25 % mL IV.

Periksa GDS setiap satu jam setelah pemberian dekstrosa 40%

Bila GDs < 50 mg/dL □ bolus dekstrosa 40 % 50 mL IV.

Bila GDs <100 mg/dL □ bolus dekstrosa 40 % 25 mL IV.

Bila GDs 100 – 200 mg /dL □ tanpa bolus dekstrosa 40 %.

Bila GDs > 200 mg/dL □ pertimbangan menurunkan kecepatan drip dekstrosa 10%.
 4. Bila GDs > 100 mg/dL sebanyak 3 berturut – turut, pemantauan GDs setiap 2 jam,dengan protokol sesuai diatas, bila GDs >200 mg/dL,pertimbangkan mengganti infus dengan dekstrosa 5 % atau NaCl 0,9 %.
 5. Bila GDs >100 mg/dL sebanyak 3 kali berturut-turut, pemantauan GDs setiap 4 jam,dengan protokol sesuai diatas. Bila GDs > 200 mg/dL,pertimbangkan mengganti infus dengan dekstrosa 5 % atau NaCl 0.9 %.

6. Bila GDs > 100 mg/dL sebanyak 3 kali berturut-turut, *sliding scale* setiap 6 jam:

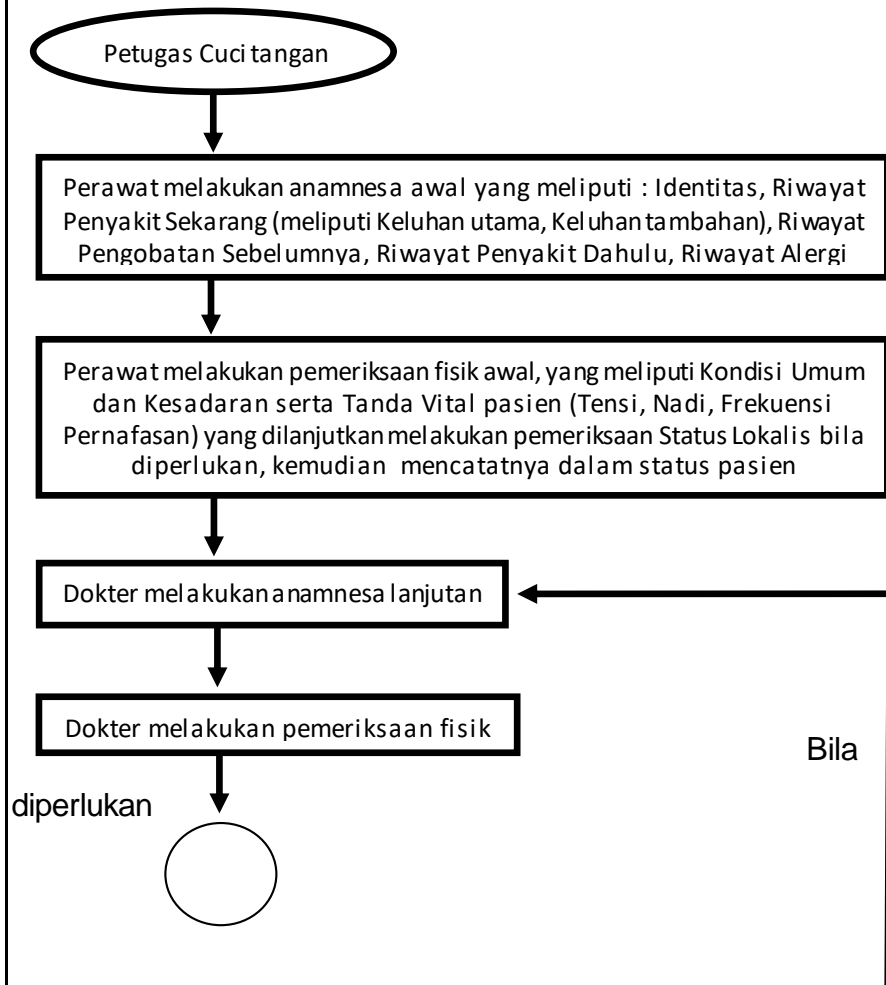
Gula Darah (mg/dL) Reguler Insulin (unit, subkutan)

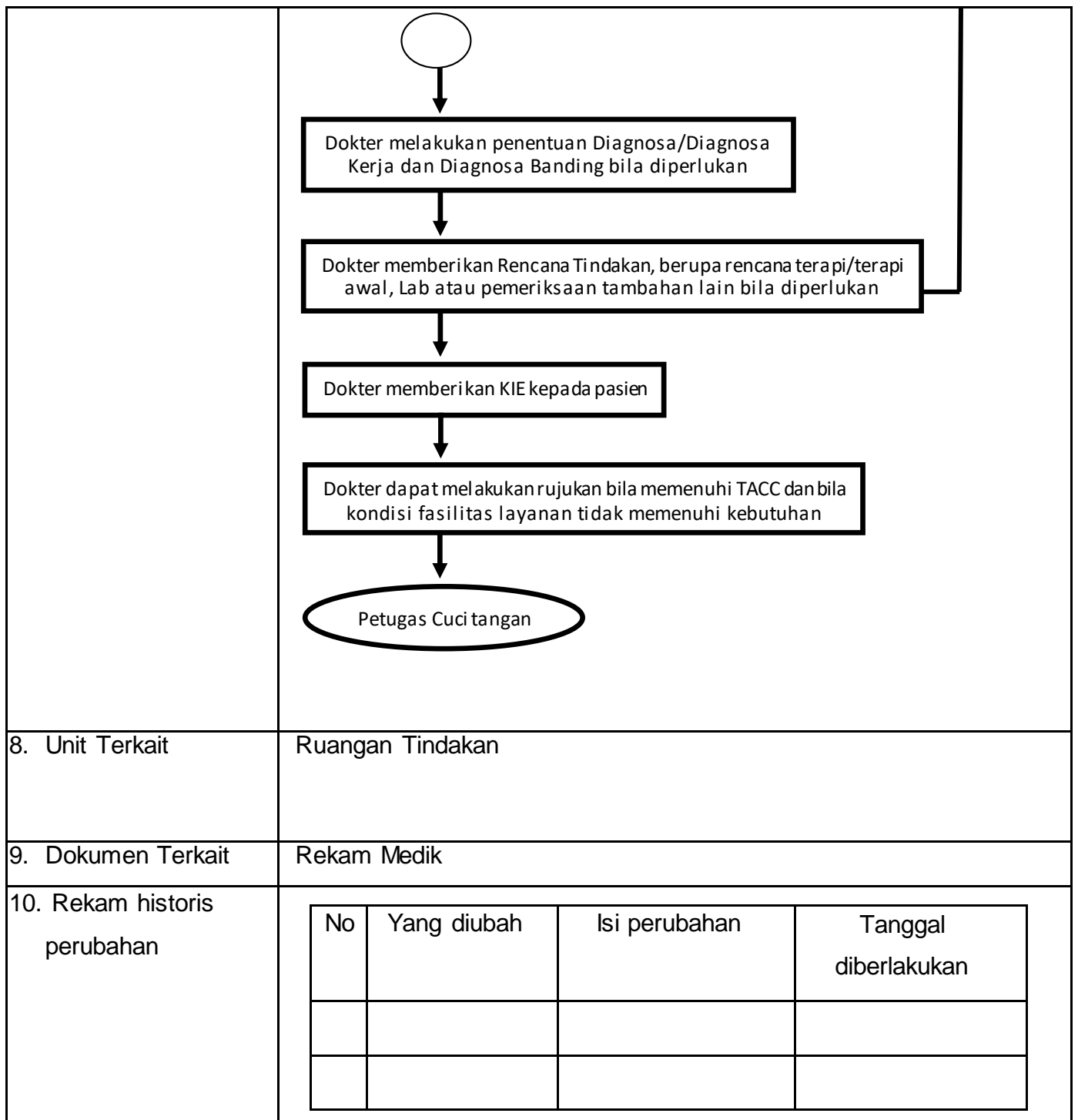
<200	0
200-250	5
250-300	10
300-350	15
>350	20

7. Bila hipoglikemia belum teratasi, dipertimbangkan pemberian antagonis insulin seperti: adrenalin, kortison dosis tinggi, atau glukagon 0,5-1 mg IV/ IM (bila penyebabnya insulin).

8. Bila pasien belum sadar, GDs sekitar 200 mg/dL. Hidrokortison 100 mg per 4 jam selama 12 jam atau deksametason 10 mg IV bolus dilanjutkan 2 mg tiap 6 jam dan manitol 1,5 - 2 g/kg BB IV setiap 6-8 jam, cari penyebab lain penurunan kesadaran.

7. Bagan Alir





8. Unit Terkait




Ruangan Tindakan

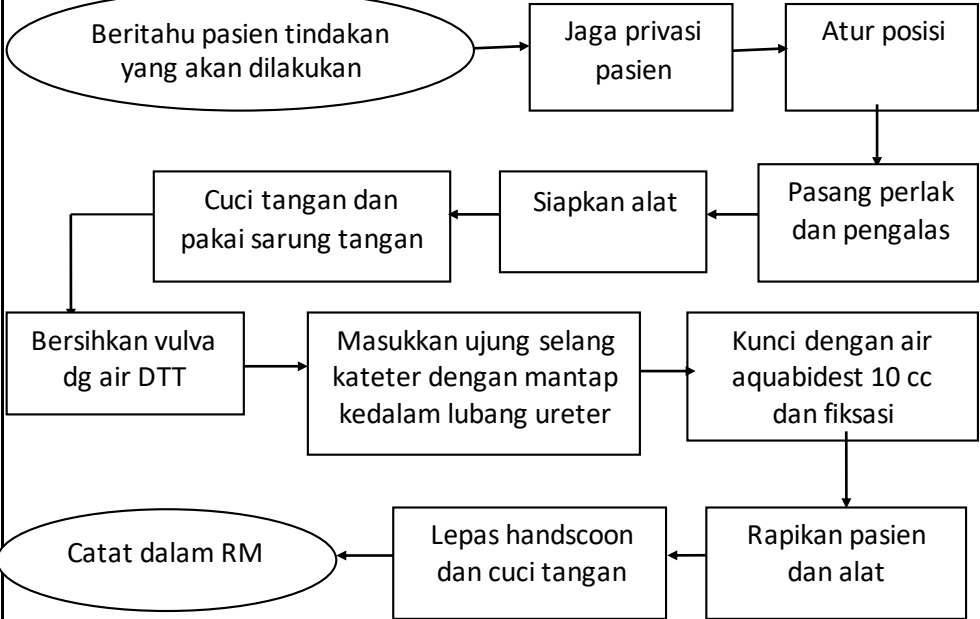
9. Dokumen Terkait

Rekam Medik

10. Rekam historis perubahan




No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	MEMASANG KATETER		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/218/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Memasukkan selang karet atau plastic melalui uretra dan ke dalam kandung kemih		
2. Tujuan	Menghilangkan distensi kandung kemih , penatalaksanaan kandung kemih inkompeten, mendapatkan urine steril, mengosongkan kandung kemih secara lengkap		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014		
5. Alat dan Bahan	ALAT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunting 2. Perlak 3. Bengkok BAHAN: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dower kateter 2. Urine bag 3. Aquabidest 4. Handscoon 5. Plester 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memberitahu tindakan yang akan dilakukan dan pasien mengisi lembar informed consent 2. Menjaga privasi pasien 		




	<ol style="list-style-type: none"> 3. Mengatur pasien dengan posisi dorsal recumbent dan melepaskan pakaian bawah 4. Mamasang perlak dan pengalas, selimut mandi 5. Petugas menyiapkan alat 6. Petugas cuci tangan dan memakai sarung tangan 7. Membersihkan vulva dengan air DTT 8. Kemudian masukkan ujung selang kateter dengan mantap kedalam lubang ureter 9. Setelah itu kunci dengan air aquabidest 10 cc dan fiksasi 10. Petugas merapikan pasien dan alat 11. Petugas melepas handscoon dan cuci tangan 12. Mencatat hasil dokumentasi dalam rekam medik
7. Bagan Alir	 <pre> graph TD Start([Beritahu pasien tindakan yang akan dilakukan]) --> A[Jaga privasi pasien] A --> B[Atur posisi] B --> C[Pasang perlak dan pengalas] C --> D[Siapkan alat] D --> E[Cuci tangan dan pakai sarung tangan] E --> F[Bersihkan vulva dg air DTT] F --> G[Masukkan ujung selang kateter dengan mantap kedalam lubang ureter] G --> H[Kunci dengan air aquabidest 10 cc dan fiksasi] H --> I[Rapikan pasien dan alat] I --> J[Lepas handscoon dan cuci tangan] J --> End([Catat dalam RM]) </pre>
8. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tindakan 2. Kamar Bersalin
9. Dokumen Terkait	Rekam Medik

10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	PELAKSANAAN RESUSITASI JANTUNG PARU		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/219/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-2		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Suatu tindakan darurat sebagai suatu usaha untuk mengembalikan keadaan henti nafas dan atau henti jantung ke fungsi optimal guna mencegah kematian biologis		
2. Tujuan	Mencegah berhentinya sirkulasi dan respirasi dan memberikan bantuan eksternal terhadap sirkulasi dan ventilasi dari pasien yang mengalami henti jantung		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Departemen Kesehatan RI, Dirjenyanmed, 1991, Prosedur Perawatan Dasar Fundamentals of Nursing, Keperawatan		
5. Alat dan Bahan	ALAT: BAHAN: 1. Handscoon 1. 2. Masker		
6. Prosedur	1. Petugas menjelaskan tindakan yang akan dilakukan dan mengisi lembar informed consent 2. Petugas menjaga privasi pasien 3. Petugas menggunakan alat pelindung diri (masker, handscoen) 4. Petugas mengecek kesadaran pasien dengan cara : Memanggil nama, Menanyakan keadaannya, Menggoyangkan bahu pasien, mencubit pasien atau memberikan rangsangan nyeri pada dada. 5. Jika pasien tidak sadar/tidak ada respon, Petugas mengaktifkan		

	<p>SPGDT</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Petugas membuka jalan nafas dengan head tilt chin lift dan membersihkan jalan nafas dari sumbatan 7. Petugas menilai pernafasan dengan cara : Melihat pergerakan dada/perut, Mendengar suara keluar/masuk udara dari hidung atau Merasakan adanya udara dari mulut/hidung pipi atau punggung tangan 8. Jika pasien tidak bernafas, Petugas memberikan nafas buatan sebanyak 2 kali secara perlahan 9. Petugas memeriksa denyut jantung pasien dengan cara meraba arteri karotis, jika arteri carotis teraba cukup memberikan nafas buatan setiap 5 detik sekali 10. Jika arteri carotis tidak teraba, Petugas melakukan kombinasi nafas buatan dan kompresi jantung luar dengan perbandingan 15 : 2 untuk dewasa baik 1 atau 2 penolong dan 3 : 1 untuk neonatus. 11. Setiap 4 siklus (4 kali kompresi dan 5 kali ventilasi), Petugas mengecek pernafasan 12. Jika nafas tetap belum ada, petugas melanjutkan teknik kombinasi dimulai dengan kompresi jantung luar 13. Jika berhasil, petugas menyiapkan untuk penanganan lebih lanjut (merujuk pasien ke rumah sakit dalam keadaan stabil) 14. Petugas mendokumentasikan tiap langkah tindakan 												
7. Bagan Alir													
8. Unit Terkait	Ruangan Tindakan												
9. Dokumen Terkait	Rekam Medik												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="525 1749 1463 2011"> <thead> <tr> <th data-bbox="525 1749 601 1870">No</th> <th data-bbox="601 1749 849 1870">Yang diubah</th> <th data-bbox="849 1749 1160 1870">Isi perubahan</th> <th data-bbox="1160 1749 1463 1870">Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="525 1870 601 1939"></td> <td data-bbox="601 1870 849 1939"></td> <td data-bbox="849 1870 1160 1939"></td> <td data-bbox="1160 1870 1463 1939"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="525 1939 601 2011"></td> <td data-bbox="601 1939 849 2011"></td> <td data-bbox="849 1939 1160 2011"></td> <td data-bbox="1160 1939 1463 2011"></td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										

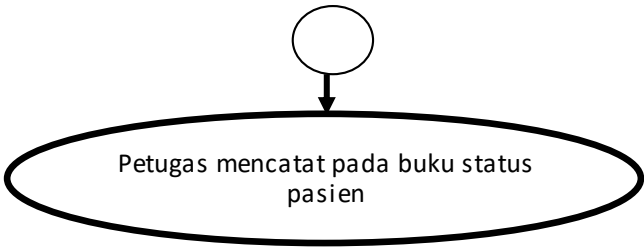
	PEMASANGAN INFUS												
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/220/2018											
		No. Revisi : 00											
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018											
	Halaman : 1-4												
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001										
1. Pengertian	Infus adalah cara memasukan cairan kedalam tubuh manusia melalui parenteral.												
2. Tujuan	1. Sebagai pedoman dalam melakukan pemasangan infus dengan tepat dan benar. 2. Sebagai cara untuk memasukkan cairan melalui parenteral												
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.												
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014.												
5. Alat dan Bahan	ALAT: <ol style="list-style-type: none"> 1. Standar Infus 2. Tourniquet 3. Tong sampah khusus jarum suntik 4. Bengkok BAHAN: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Kapas alcohol</td> <td style="width: 50%;">6. Handscoon</td> </tr> <tr> <td>2. IV kateter</td> <td>7. Cairan yang dibutuhkan</td> </tr> <tr> <td>3. Infus Set</td> <td>8. Spalk</td> </tr> <tr> <td>4. Plester</td> <td>9. Kassa gulung</td> </tr> <tr> <td>5. Kasa steril</td> <td></td> </tr> </table>			1. Kapas alcohol	6. Handscoon	2. IV kateter	7. Cairan yang dibutuhkan	3. Infus Set	8. Spalk	4. Plester	9. Kassa gulung	5. Kasa steril	
1. Kapas alcohol	6. Handscoon												
2. IV kateter	7. Cairan yang dibutuhkan												
3. Infus Set	8. Spalk												
4. Plester	9. Kassa gulung												
5. Kasa steril													
6. Prosedur	1. Jelaskan pada pasien atau keluarganya tentang tindakan yang												




akan dilakukan dan pengisian *inform consent*

2. Siapkan alat dan bahan
3. Cuci tangan
4. Pakai sarung tangan
5. Mengkaji daerah penusukan jarum infus (jika daerah penusukan ditumbuhi rambut, cukur daerah tersebut diameter kurang lebih 1–2 cm)
6. Pasang tourniquet kurang lebih 5 cm dari daerah yang akan ditusuk
7. Bersihkan daerah penusukan dengan kapas alkohol
8. Gunakan tangan yang dominan untuk mencari pembuluh darah vena didaerah penusukan.
9. Tusukan jarum dengan posisi 30° – 40° jika jarum sudah menembus kulit, ubah posisi jarum sejajar dengan kulit sepanjang kurang lebih 1 cm kemudian tusukan kedalam vena
10. Jika darah telah memasuki lumen jarum, tarik mandrim dengan perlahan-lahan, lalu dengan hati-hati mengikuti arah vena
11. Lepaskan tourniquet dan kepalkan tangan pasien
12. Tangan yang tidak dominan menekan vena dan tangan dominan menarik mandrim lalu menghubungkan ujung infus set dengan poros jarum lakukan dengan cepat dan cermat
13. Buka klem pada infus set, cek apakah ada tanda-tanda infiltrasi. Atur tetesan infuse sesuai dengan dosis
14. Bila tidak ada tanda-tanda infiltrasi, balut daerah tusukan dengan kasa steril dan cairan antiseptic lalu fiksasi
15. Atur tetesan infus
16. Buang jarum IV cateter kedalam tong sampah khusus jarum suntik
17. Rapiakan alat-alat
18. Lepas sarung tangan dan buang dalam sampah infeksius
19. Petugas Cuci tangan
20. Catat pada buku status pasien

7. Bagan Alir

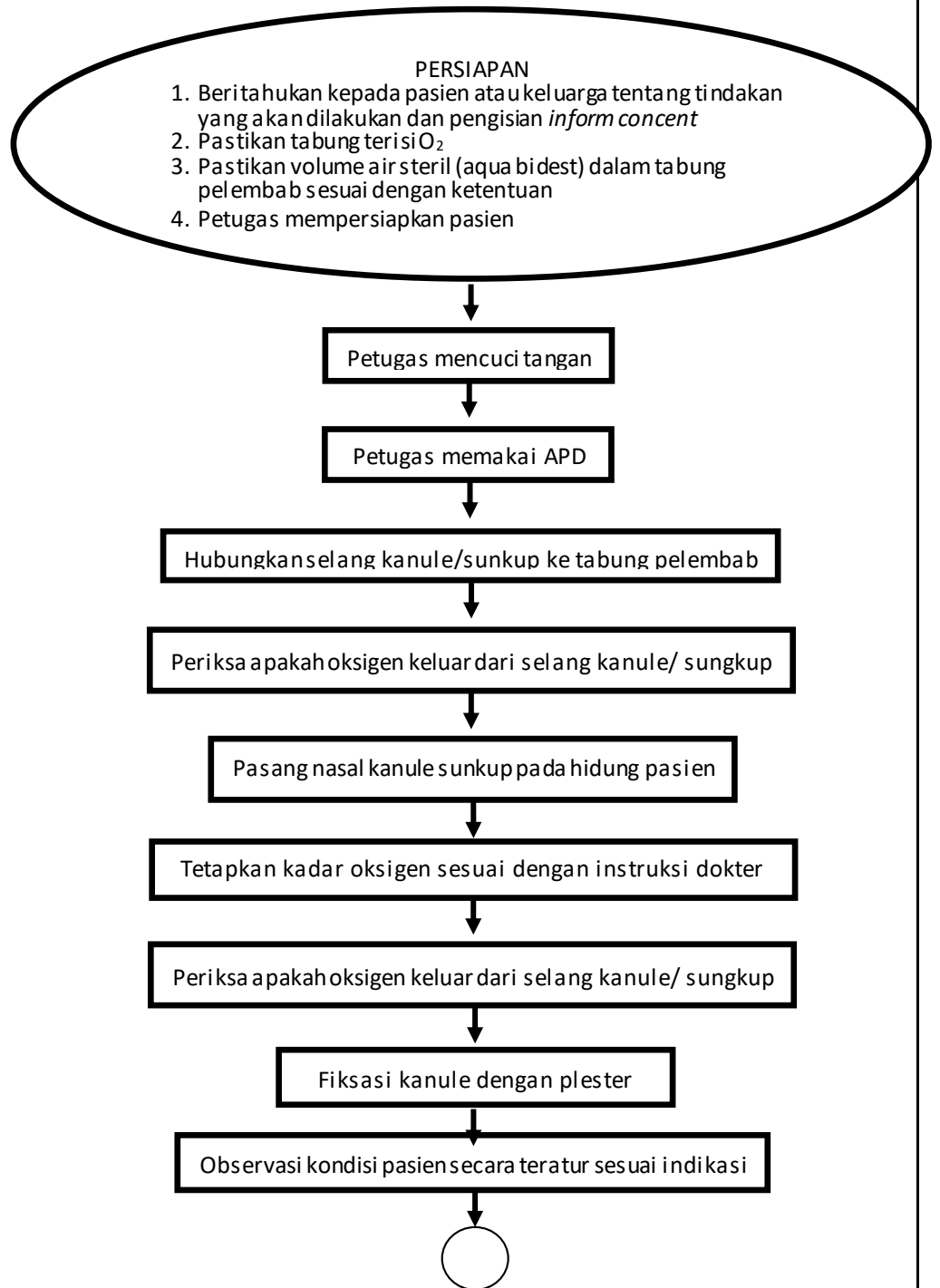


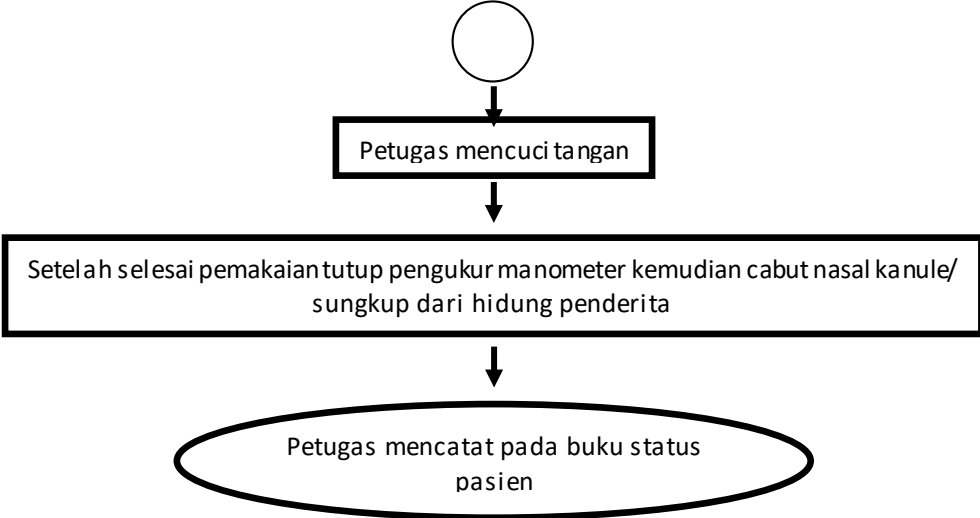
													
8. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tindakan 2. Kamar Bersalin 												
9. Dokumen Terkait	Rekam medik												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="526 761 1465 1025"> <thead> <tr> <th data-bbox="526 761 603 884">No</th> <th data-bbox="603 761 850 884">Yang diubah</th> <th data-bbox="850 761 1161 884">Isi perubahan</th> <th data-bbox="1161 761 1465 884">Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="526 884 603 956"></td> <td data-bbox="603 884 850 956"></td> <td data-bbox="850 884 1161 956"></td> <td data-bbox="1161 884 1465 956"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="526 956 603 1025"></td> <td data-bbox="603 956 850 1025"></td> <td data-bbox="850 956 1161 1025"></td> <td data-bbox="1161 956 1465 1025"></td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										




	PEMBERIAN OKSIGEN		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/222/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Pemberian oksigen adalah proses memasukan O ₂ untuk membantu dan memperlancar pernafasan.		
2. Tujuan	Prosedur ini sebagai acuan dalam melakukan pemberian oksigen kepada pasien.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014.		
5. Alat dan Bahan	ALAT : 1. Nasal kanule dan Sungkup O ₂ 2. Oksigen set BAHAN : 1. Air steril (aquadest) 2. Plester 3. Masker 4. Handscoon		
6. Prosedur	1. Beritahukan kepada pasien atau keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan dan pengisian <i>inform concent</i> . 2. Pastikan tabung terisi O ₂ . 3. Pastikan volume air steril (aqua bidest) dalam tabung pelembab sesuai dengan ketentuan. 4. Cuci tangan petugas ,gunakan handscoon tangan dan masker. 5. Hubungkan selang kanule/ sunkup ke tabung pelembab.		

6. Periksa apakah oksigen keluar dari selang kanule/ sungkup.
7. Pasang nasal kanule/ sungkup pada hidung pasien.
8. Tetapkan kadar oksigen sesuai dengan instruksi dokter.
9. Fiksasi kanule dengan plester.
10. Observasi kondisi pasien secara teratur sesuai indikasi.
11. Cuci tangan Petugas.
12. Setelah selesai pemakaian tutup pengukur manometer kemudian cabut nasal kanule/ sungkup dari hidung penderita.
13. Petugas mencatat dalam buku laporan

7. Bagan Alir



	 <pre> graph TD A(()) --> B[Petugas mencuci tangan] B --> C[Setelah selesai pemakaian tutup pengukur manometer kemudian cabut nasal kanule/ sungkup dari hidung penderita] C --> D([Petugas mencatat pada buku status pasien]) </pre>												
8. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tindakan 2. Ruang Bersalin 3. Ambulance 												
9. Dokumen Terkait	Status pasien												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="528 1010 1465 1267"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang diubah</th> <th>Isi perubahan</th> <th>Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										

	PENANGANAN ASMA BRONCHIALE		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/224/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Tatacara mendiagnosa dan memberikan terapi kepada penderita asma		
2. Tujuan	Sebagai pedoman dalam mendiagnosa dan memberikan terapi asma		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Buku Standart Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2014		
5. Alat dan Bahan	ALAT: 1. Stetoscope		
6. Prosedur	PENATALAKSANAAN 1. Petugas membantu memposisikan pasien semi seluler atau ½ duduk 2. Menegakkan diagnosa Astma Bronchiale antra lain : - Anamnese : Riwayat sesak nafas sebelumnya Riwayat ectopic pada keluarga - Pemeriksaan : adanya Wheezing expiratoar pada auskultasi 3. beritahu pasien tindakan yang akan diberikan. memberikan oksigen / O2 2 – 4 L/menit 4. Berikan bronckodilatataor antara lain : <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian ventolin 1 amp melalui nebulasi • Aminopillin : diberikan secara i.v pelan (± 15 menit) atau drip 		

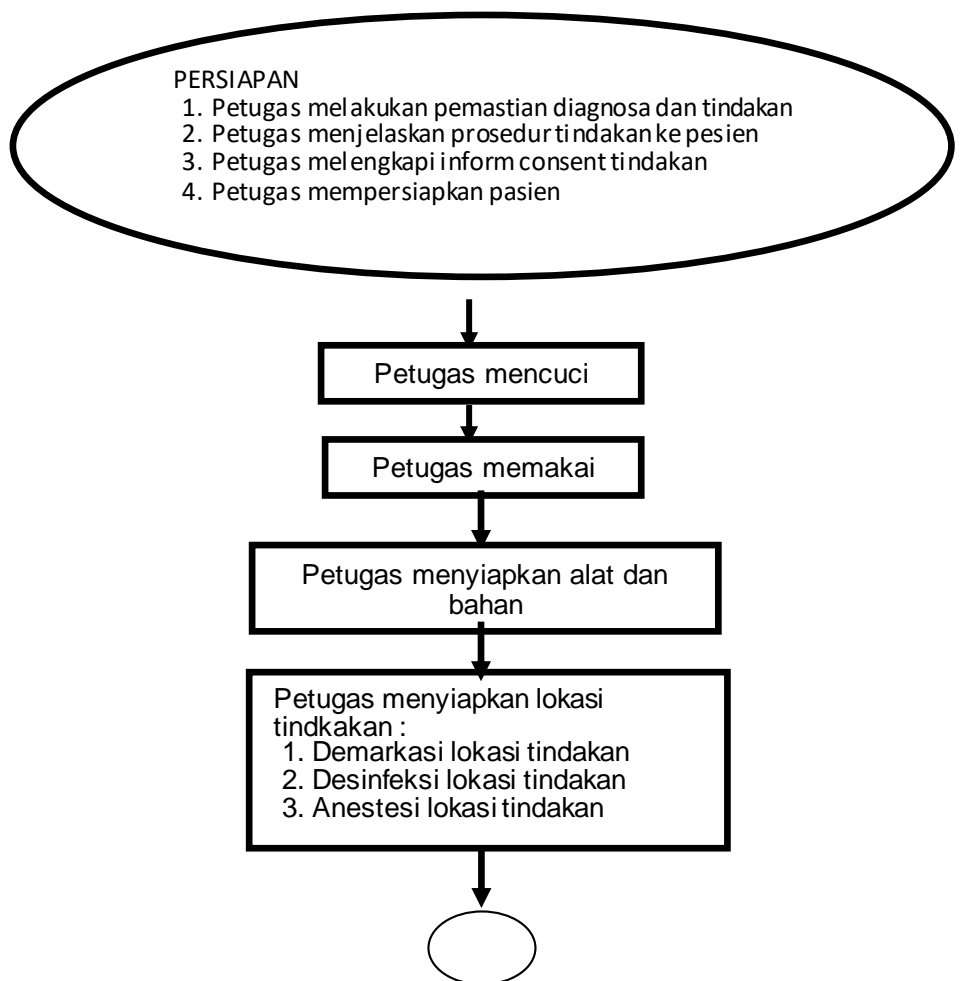
per infus. Dosis 5 – 6 mg/kg BB.

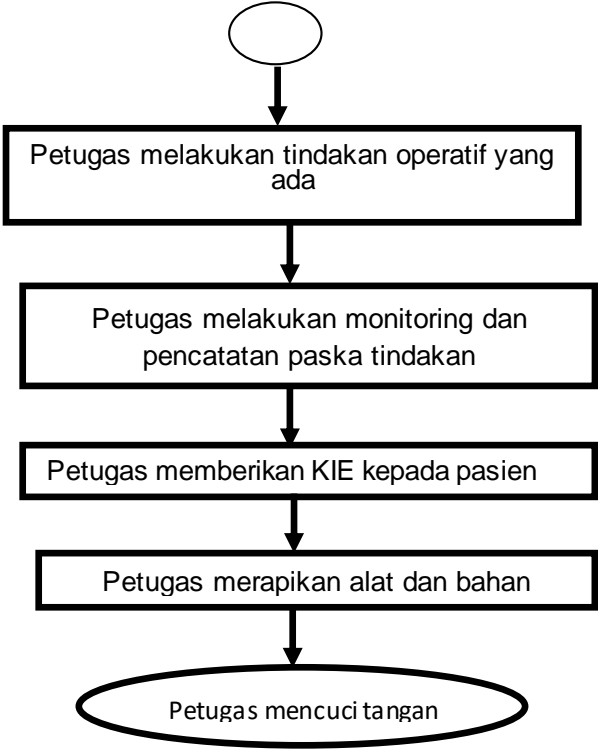
Dosis dewasa : 1 ampul (240 mg) diberikan tiap 6 jam.




Kontra indikasi : keadaan syok atau hipotensi.

- Besolvon 2 tetes + Berolex 12 tetes + NaCL 4 cct dengan Nebulizer.
5. Bila keadaan belum teratasi perlu dipertimbangkan:
 - Pemberian steroid antara lain : Dexamethason i.v 5 – 10 mg, Hidrocortison 100 – 200 mgg.
 - Pemberian Antibiotik, apabila curiga ada infeksi.
 6. Berikan Hidrasi dengan infus D5 % atau NaCL 1 liter pada 2 jam pertama.
 7. Bila ada Acidosis Respiratorik berikan Meylon (Bicaibona Natricus) 1 ml / kg BB.
 8. Penderita di MRS kan bila mengalami status Astmatikus atau keadaan umumnya jelek.
 9. Bila perlu konsultasi dengan spesialis paru.

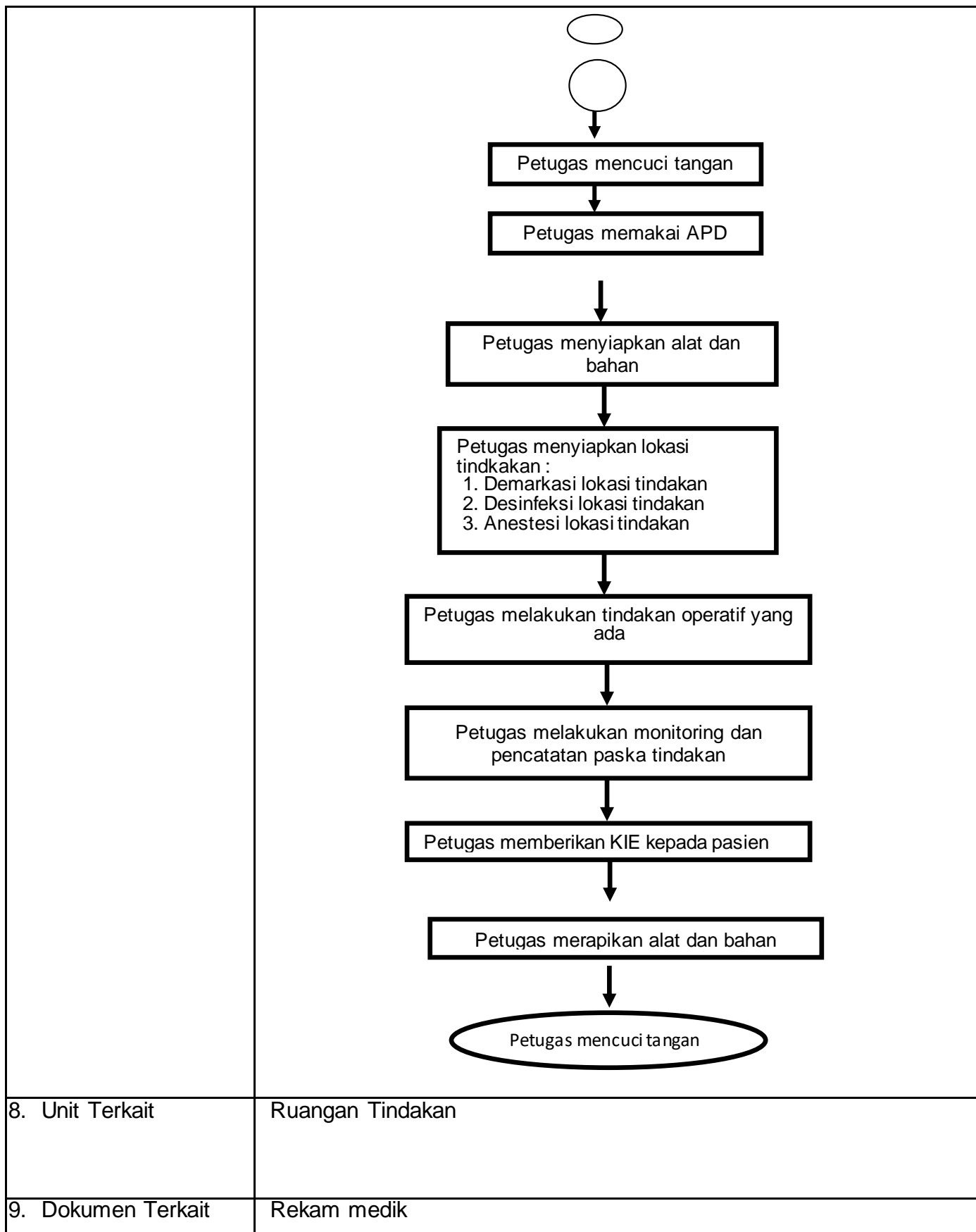
7. Bagan Alir



	 <pre> graph TD Start(()) --> A[Petugas melakukan tindakan operatif yang ada] A --> B[Petugas melakukan monitoring dan pencatatan paska tindakan] B --> C[Petugas memberikan KIE kepada pasien] C --> D[Petugas merapikan alat dan bahan] D --> End([Petugas mencuci tangan]) </pre>												
8. Unit Terkait	Ruangan Tindakan												
9. Dokumen Terkait	Rekam Medik												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="528 1205 1465 1467"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yang diubah</th> <th>Isi perubahan</th> <th>Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										




	PENANGANAN CIDERA KEPALA		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/225/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-4		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Penanganan cedera kepala adalah suatu usaha untuk mengklasifikasikan berat ringannya cedera kepala dan meminimalkan komplikasi		
2. Tujuan	Mengklasifikasikan berat ringannya cedera kepala dan meminimalkan komplikasi		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Departemen Kesehatan RI, Dirjenyanmed, 1991, Prosedur Perawatan Dasar Fundamentals of Nursing, Keperawatan Medikal Bedah Bruner and suddart, egc.		
5. Alat dan Bahan	ALAT: - BAHAN: 1. -		
6. Prosedur	1. Petugas menjaga privasi pelanggan 2. Petugas mencuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri 3. Petugas melakukan anamnesa terhadap beratnya cedera kepala a. 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		

	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat menderita abrasi, laserasi, atau hematoma kulit kepala - Tidak adanya kriteria cedera kepala sedang – berat <p>b. CIDERA KEPALA SEDANG</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 7 – 14 - Anamnesa pasca trauma - Muntah - Tanda kemungkinan fraktur cranium (mata rabun tanda battle, hemotimpanum, otoreur/rinorea cairan serebrospinal) - Kejang <p>c. CIDERA KEPALA BERAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS 3 – 8 (koma) - Penurunan kesadaran secara progresif - Cedera kepala penetrasi/terbaca fraktur depresi cranium - Tanda Neurologis local <p>4. Semua pasien dengan cedera kepala dicurigai mengalami patah tulang leher jadi petugas mempertahankan posisi kepala leher</p> <p>5. Pasien dengan cedera kepala ringan dapat dipulangkan tanpa perlu pemeriksaan CT scan</p> <p>6. Petugas memberikan penjelasan mengenai tanda – tanda komplikasi cedera kepala dan meminta pasien untuk segera kembali ke pelayanan kesehatan jika tanda/ gejala komplikasi muncul</p> <p>7. Petugas merujuk pasien dengan cedera kepala sedang – berat</p> <p>8. Petugas memperhatikan reaksi dan menanyakan respon</p> <p>9. Petugas merapikan pelanggan.</p>
7. Bagan Alir	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>PERSIAPAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan pemastian diagnosa dan tindakan 2. Petugas menjelaskan prosedur tindakan ke pasien 3. Petugas melengkapi inform consent tindakan 4. Petugas mempersiapkan pasien </div> <p style="text-align: center;">↓</p>



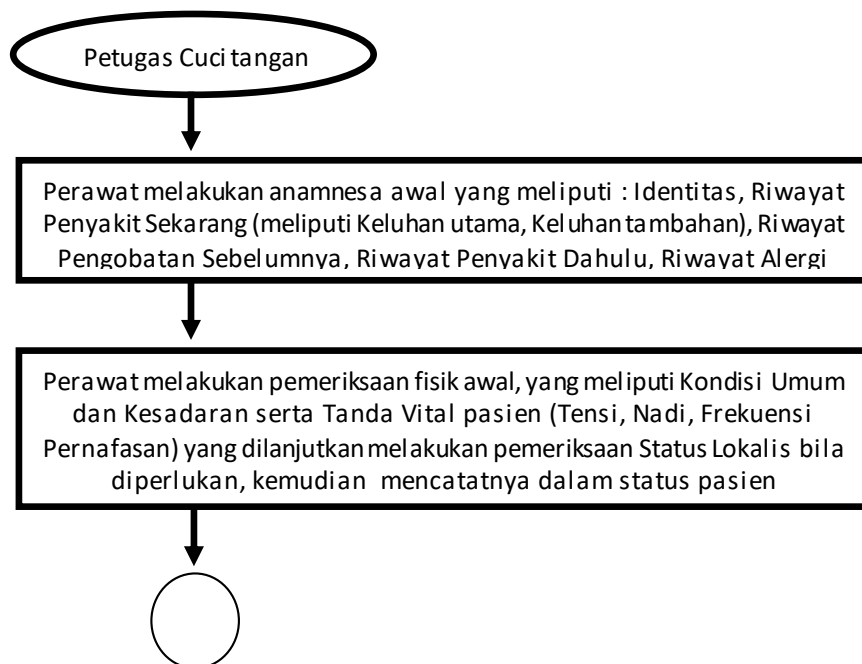
10. Rekam historis perubahan

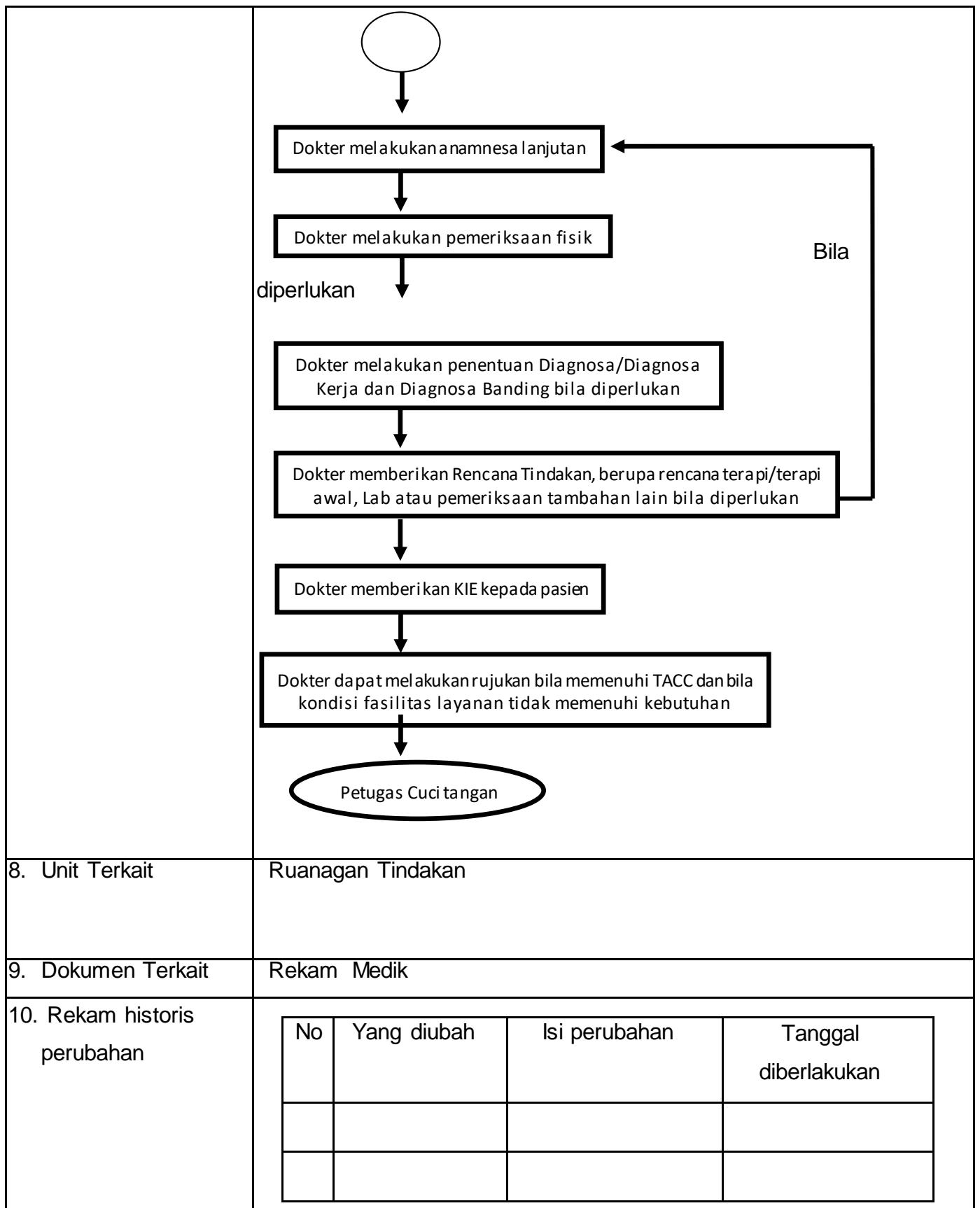
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	PENANGANAN KEJANG DEMAM		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/227/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Penanganan kejang yang berhubungan dengan demam tanpa adanya infeksi sistem saraf pusat / gangguan elektrolit akut		
2. Tujuan	Untuk Memberikan tata laksana yang tepat pada pasien kejang demam		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	KMK RI No. HK.02.02/MENKES/514/2015 Tentang Panduan Praktek Klinis Bagi Dokter di Falisitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama		
5. Alat dan Bahan	ALAT: 1. Oksigen BAHAN: 1. Handscoon 1. Obat Diazepam		
6. Prosedur	1. Petugas mencuci tangan 2. Perawat melakukan anamnesa dan pemriksaan fisik awal untuk kemudian mencatatnya dalam status pasien 3. Dokter melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik lanjutan, kemudian menentukan diagnosa, dan memberikan rencana tindakan 4. Petugas melindungi lidah dengan spatel yang dibalut kasa 5. Petugas mengatur posisi tidur pasien 6. Petugas mengkaji keadaan pernafasan pasien 7. Petugas melonggarkan pakaian pasien		

8. Petugas memberikan obat – obat anti kejang sesuai dengan instruksi (diazepam rektal 0,5 mg/kgBB atau < 10 kg: 5mg, > 10 kg: 10 kg).
9. Jika dalam waktu 5 menit masih kejang segera rujuk ke rumah sakit
10. Petugas memberikan Oksigen adekuat 1l/mnt
11. Petugas memberikan cairan intravena (D5, 1/4S; D5, 1/2S atau RL)
12. Petugas memberikan kompres air hangat untuk menurunkan demam
13. Petugas mengkolaborasikan pemberian obat antipiretik paracetamol 10 mg/kg/bb/x tiap 4-6 jam atau ibuprofen 5-10 mg/kgbb/hr tiap 4-6 jam
14. Petugas harus segera merujuk ke rumah sakit jika terdapat indikasi :
 - Hiperpireksia
 - Usia < 6 bulan
 - Kejang demam pertama
 - Dijumpai kelainan neurologist
15. Petugas memperhatikan reaksi
16. Petugas merapikan pasien
17. Petugas mencuci tangan

7. Bagan Alir





8. Unit Terkait

Ruanagan Tindakan

9. Dokumen Terkait

Rekam Medik

10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan