



**TATA LAKSANA KETUBAN PECAH
SEBELUM WAKTUNYA**



SOP

No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/245/2018

No. Revisi : 00

Tanggal Terbit: 5 Februari 2018

Halaman : 1-3

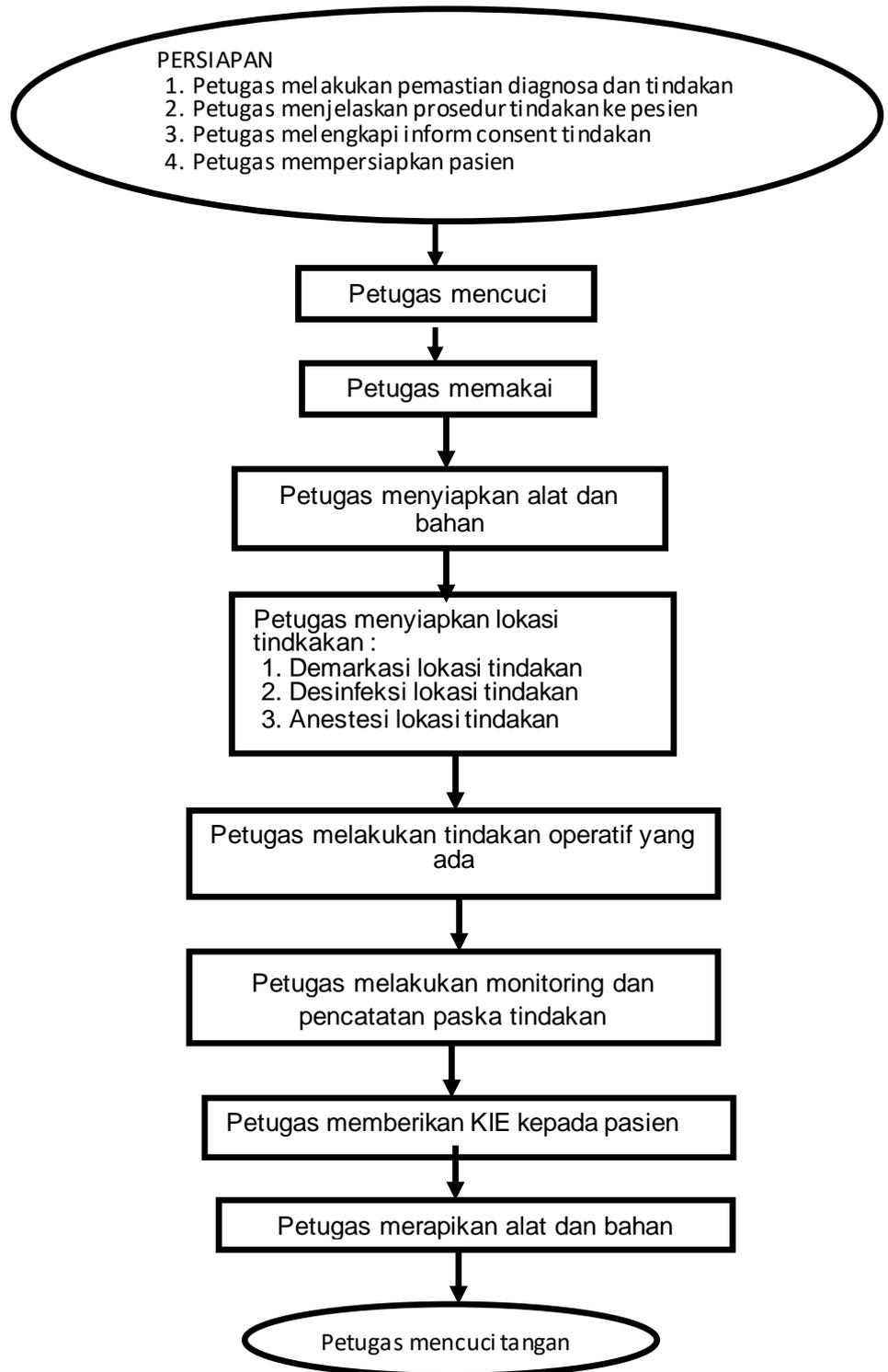
**UPTD KESEHATAN
PUSKESMAS
KEDAWUNG WETAN**

dr. M. DARWIS WIJAYA
NIP. 197001311999031001

1. Pengertian	Keluarnya air ketuban yang disebabkan pecahnya selaput amnion sebelum waktunya.
2. Tujuan	Menyelamatkan ibu dan bayi agar dapat tertangani dengan tepat sehingga tidak terjadi 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	1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 296/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas 2. Stansart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014.
5. Alat dan Bahan	1. Infuse set + cairan infuse 2. Tabung oksigen + nasal canule 3. Partus set 4. Resusitasi set
6. Prosedur	Bila ibu datang dengan ketuban pecah dini lakukan pemeriksaan sbb 1. Petugas memantau kondisi ibu dan janin 2. Tegakkan diagnose penyulit yang ada. 3. Petugas melakukan pemeriksaan dalam. 4. Apabila ternyata ibu belum mengalami inpartu segera melakukan persiapan rujukan ke rumah sakit yang lebih tinggi. 5. Apabila usia kehamilan ibu \leq 37 minggu lakukan pra rujukan ke rumah sakit yang lebih tinggi.

6. Apabila keluarnya cairan ketuban lebih dari 12 jam segera berikan antibiotic.
7. Petugas merujuk pasien ke rumah sakit dengan BAKSOKUDA

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait	Ruang Persalinan														
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku pencatatan dan pelaporan 2. Buku status pasien 3. Surat rujukan 														
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 488 603 607">No</th> <th data-bbox="603 488 850 607">Yang diubah</th> <th data-bbox="850 488 1161 607">Isi perubahan</th> <th data-bbox="1161 488 1465 607">Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 607 603 680"></td> <td data-bbox="603 607 850 680"></td> <td data-bbox="850 607 1161 680"></td> <td data-bbox="1161 607 1465 680"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 680 603 757"></td> <td data-bbox="603 680 850 757"></td> <td data-bbox="850 680 1161 757"></td> <td data-bbox="1161 680 1465 757"></td> </tr> </tbody> </table>			No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan												

	TATALAKSANA PERDARAHAN PADA POST PARTUM		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/246/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Perdarahan pasca persalinan yang melebihi 500 cc, yang terjadi setelah bayi lahir hingga waktu nifas.		
2. Tujuan	Menyelamatkan ibu post partum dengan menghentikan perdarahan secepat mungkin		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 296/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas.		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlengkapan infuse dan cairan (RL/D5%/NS 0,9%) 2. Obat-obatan uterotonika {oxytocin + methergin} + diagnostic set 3. Chateter urine dan urine bag + heating set + condom chateter 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital. 2. Petugas memberi cairan infuse dengan tetesan sesuai protap 60 tetes/menit (3-4x kehilangan estimasi darah) dalam 2 jam. 3. Petugas mengosongkan kandung kemih dengan chateter dan cek produksi urine. Pastikan sumber perdarah pada ibu post partum dan periksa kontraksi uterus. Kondisi jalan lahir dan 		

intra uterus.

4. Petugas melakukan pemijatan pada uterus bila uterus lembek, kemungkinan atonia uteri, segera lakukan tindakan sebagai berikut :

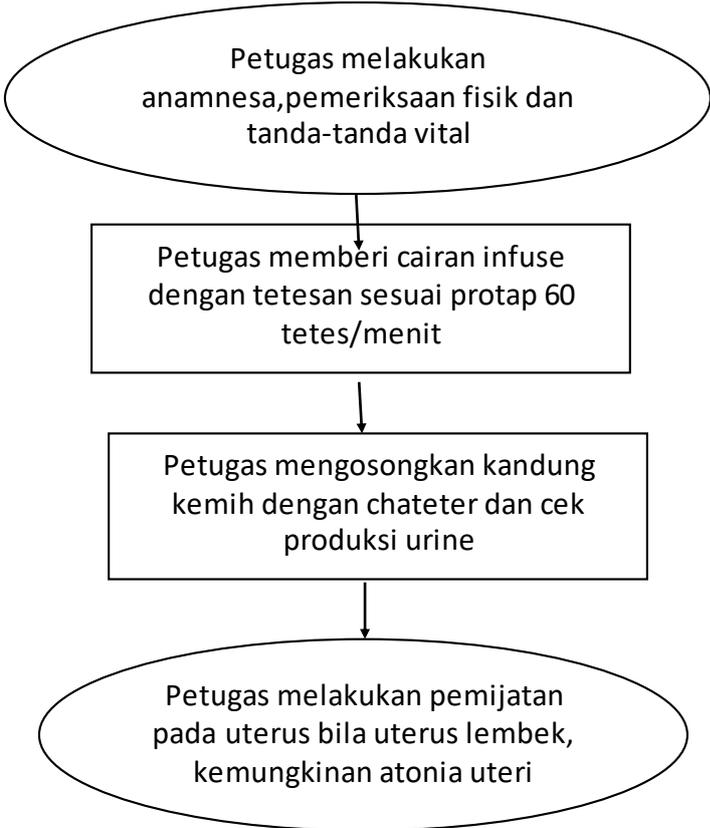
- a. Petugas memastikan tetesan infuse adekuat
- b. Petugas melakukan komprehesi bimanual (KBI dan KBE)

Bila tidak berhasil segera rujuk ke rumah sakit. Apabila selama waktu tindakan berhasil periksa kadar Hb. jika Hb kurang dari 8 gr/% dikirim ke rumah sakit untuk tranfusi.

- c. Bila atonia uteri terjadi di Puskesmas Bangik langkah tersebut sbb:

Berikan oksitosin 10-20 IU 500cc RL dengan kecepatan 60 tts/mnt dan dilanjutkan dengan pemberian oksitosin 10 IU dalam 500cc RL dengan kecepatan 50 tts/mnt hingga dosis maksimal oksitosin 100 IU sambil mempersiapkan rujukan.

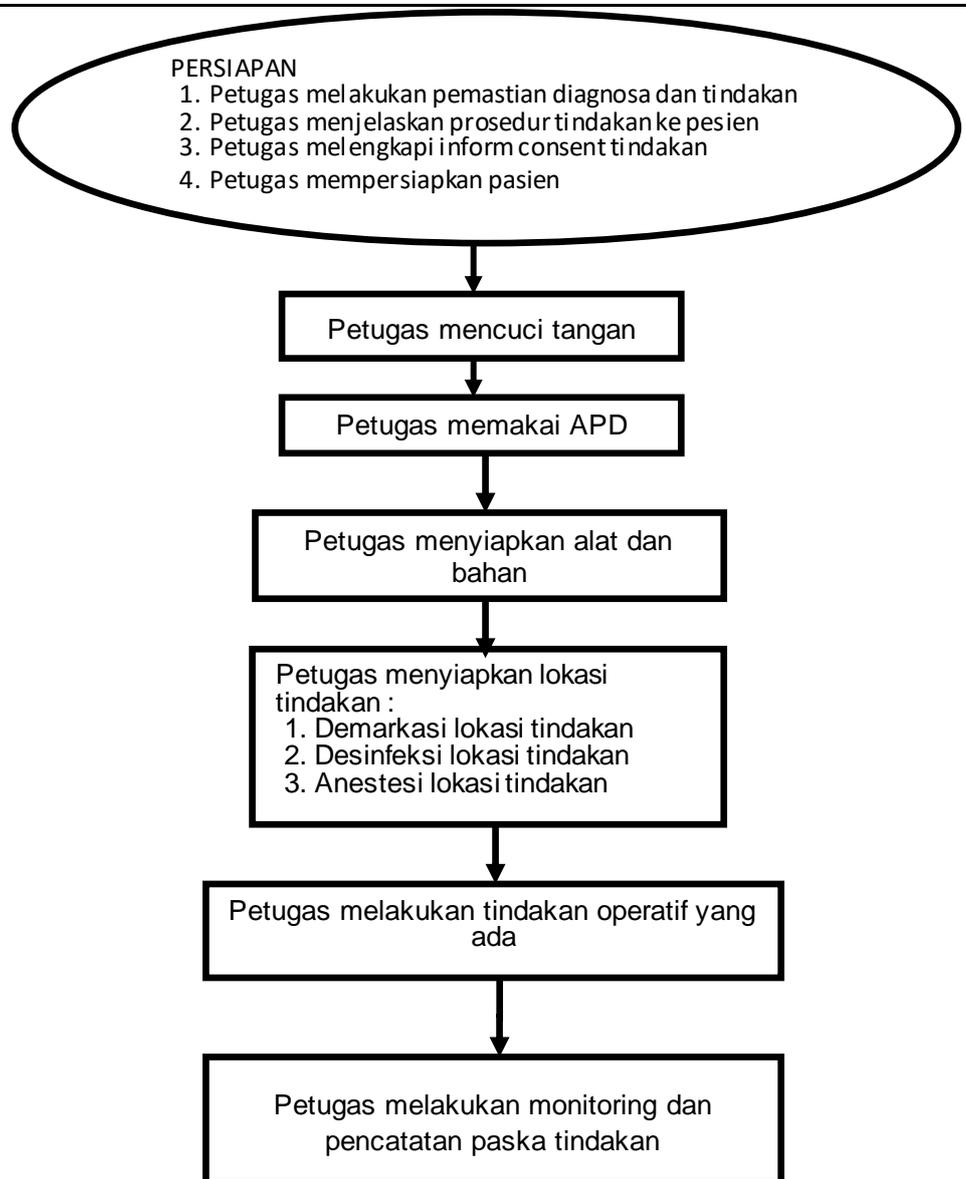
- d. Petugas memberikan Injeksi Methergin 0.2 mg intra muscular atau 0.2 mg intravena jika tidak ada tanda kontraindikasi.
- e. Petugas memasang kkan yang kondom kateter jika memungkinkan.
- f. Petugas mencatat semua tindakan yang dilakukan dalam Lembar Rujukan Maternal.
- g. Petugas memberikan rujukan pasien ke rumah sakit harus diantar oleh petugas kesehatan / bidan dengan BAKSOKUDA.
- h. Petugas memeriksa penyebab perdarahan adalah perlukaan jalan lahir, lakukan penjahitan.
- i. Petugas mengobservasi minimal 24 jam untuk kepastian perdarahan telah berhenti dan yakinkan tidak ada komplikasi lain.
- j. Apabila penyebab perdarahan adanya plasenta yang tertinggal. bersihkan atau manual plasenta. Bila kemungkinan plasenta tidak dapat dimanual. pasien kita rujuk ke rumah sakit.

7. Bagan Alir	 <pre> graph TD A([Petugas melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital]) --> B[Petugas memberi cairan infuse dengan tetesan sesuai protap 60 tetes/menit] B --> C[Petugas mengosongkan kandung kemih dengan chateter dan cek produksi urine] C --> D([Petugas melakukan pemijatan pada uterus bila uterus lembek, kemungkinan atonia uteri]) </pre>												
8. Unit Terkait	Ruang Persalinan												
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku pencatatan dan pelaporan 2. Buku status pasien 3. Surat rujukan 												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="526 1361 1465 1626"> <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										

	TATA LAKSANA PERDARAHAN KEHAMILAN MUDA		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/247/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Perdarahan terjadi sebelum umur kehamilan kurang dari 22 minggu.		
2. Tujuan	Petugas kesehatan dapat mengenali masing-masing komplikasi tersebut dan penatalaksanaan kegawat daruratan pada kehamilan muda.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis		
4. Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122).		
5. Alat dan Bahan	ALAT : 1. Bloodset + abocad + cairan infuse 2. Hb set + Diagnostic set + Chateter Urine + Speculum (cocor bebek) 3. Tabung Oksigen + nasal kanule 4. Obat-obatan uterotonika (oxytocin + methergin)		
6. Prosedur	Dengan memperhatikan temuan dari pemeriksaan panggul. 1. Petugas menentukan derajat abortus yang dialami pasien 2. Pada abortus iminen pasien harus tirah baring total selama 24-48 jam 3. Bila perdarahan berlanjut dan jumlahnya semakin banyak pasien harus dievaluasi ulang dengan segera.		

4. Bila keadaanya membaik pasien dipulangkan dan dianjurkan periksa ulang 1-2 minggu mendatang.
5. Untuk abortus insipiens harus dilakukan evakuasi semua sisa konsepsi.
6. Petugas dianjurkan melakukan pemeriksaan hasil proses evakuasi untuk menentukan adanya masa kehamilan dan bersihnya kavum uteri serta tergantung dari usia kehamilan. besar uterus dan penghitungan HPHT.
7. Apabila penyebab perdarahan tidak teratasi. Maka pasien segera di rujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi.

7. Bagan Alir



	<pre> graph TD A[Petugas melakukan monitoring dan pencatatan paska tindakan] --> B[Petugas memberikan KIE kepada pasien] B --> C[Petugas merapikan alat dan bahan] C --> D([Petugas mencuci tangan]) </pre>												
8. Unit Terkait	Ruang Persalinan												
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku pencatatan dan pelaporan. 2. Buku status / register pasien. 3. Administrasi syarat rujukan dan surat rujukan 4. Buku KIA pasien. 												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="528 1081 1465 1346"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 1081 603 1205">No</th> <th data-bbox="603 1081 850 1205">Yang diubah</th> <th data-bbox="850 1081 1161 1205">Isi perubahan</th> <th data-bbox="1161 1081 1465 1205">Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 1205 603 1274"></td> <td data-bbox="603 1205 850 1274"></td> <td data-bbox="850 1205 1161 1274"></td> <td data-bbox="1161 1205 1465 1274"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 1274 603 1346"></td> <td data-bbox="603 1274 850 1346"></td> <td data-bbox="850 1274 1161 1346"></td> <td data-bbox="1161 1274 1465 1346"></td> </tr> </tbody> </table>	No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan										

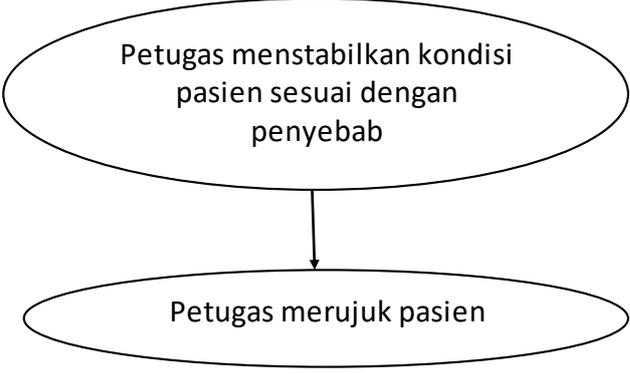
	TATALAKSANA HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN PRE EKLAMPSIA		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/248/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Tekanan darah diastolic merupakan indicator dalam penanganan hipertensi dalam kehamilan.oleh karena tekanan diastolic mengukur tahanan perifer dan tidak tergantung pada kehamilan emosional pasien.		
2. Tujuan	Menyelamatkan ibu dan bayi agar dapat ditangani dengan tepat sehingga tidak terjadi komplikasi yang lain		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122). 2. Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014.		
5. Alat dan Bahan	ALAT : 1. Bloodset + abocat + cairan infuse 2. Tabung oksigen + nasal canule 3. Chateter urine + urine bag 4. Partus set + diagnostic set 5. Obat-obatan uterotonika {oxytocin + methergin} 6. Aquabides + MGS04 40% 7. Dipstick proteinuri + ca glukonas		
6. Prosedur	1. Petugas mengenali gejala dan tanda gejala hipertensi karena kehamilan dan		

menentukan diagnosis yang paling mungkin dalam hubungan dengan hipertensi yang dipicu oleh kehamilan dan hipertensi kronik pada ibu hamil

2. Petugas melakukan penatalaksanaan Hipertensi. Preeklamsi. dan Eklamsi dalam kehamilan sbb :
 - a. Mencermati tanda dan gejalanya Hipertensi. Preeklamsi dan Eklamsi,
 - b. Melakukan pemeriksaan yaitu anamnesa usia kehamilan, penyakit ginjal, hipertensi, tanda-tanda inpartu output urine, riwayat penyakit lain dan observasi tanda-tanda vital (tensi nadi respirasi suhu reflek patella letak janin djj oedema protein urine)
 - c. Bila Preeklamsi ringan di rawat sampai tensi normal. bila tidak ada perubahan maka rujuk.
3. Bila terjadi Preeklamsi berat dengan tatalaksana sbb :
 - a. Pasang infuse dengan menggunakan bloodset
 - b. Beri MgSO₄ 40% sebanyak 4gr (10cc) yang diencerkan dengan aquabides 10cc dengan bolus IV perlahan selama 10-15 menit dengan mengingat syarat-syarat:
 - c. Setelah dilakukan dosis awal lanjutkan dengan dosis rumatan 6gr MgSO₄ 40% (15cc) dalam larutan RL selama 6jam dengan kecepatan 28tpm
 - d. Berikan nifedipine 10mg per oral / sublingual (bila tekanan darah \geq 160/110 mmhg)
 - e. Bila terjadi intoksikasi terhadap MgSO₄ berikan Ca Glukonas 10% bolus perlahan selama 5-10mnt
4. Petugas melakukan evaluasi dan membandingkan capaian kegiatan dengan target yang ingin dicapai pada tiap bulan.
5. Petugas melakukan Identifikasi jika ada permasalahan, analisa, dan menentukan RTL.
6. Petugas melaporkan hasil evaluasi kepada Kepala Puskesmas dan tim manajemen mutu.
7. Kepala Puskesmas memonitoring dan mengevaluasi hasil kegiatan
8. Petugas melaporkan masalah dan hasil evaluasi kepada Dinas Kesehatan Kota jika diperlukan.
9. Petugas membuat tindakan koreksi / modifikasi terhadap program (bila di butuhkan)
10. Petugas mensosialisasikan kepada lintas program dan lintas sektor
11. Petugas melaksanakan tindak lanjut sesuai yang disepakati

<p>7. Bagan Alir</p>	<pre> graph TD A([Petugas membuat jadwal kegiatan]) --> B[Petugas menentukan sasaran kegiatan] B --> C[Petugas melaksanakan kegiatan] C --> D[Petugas melakukan evaluasi dan membandingkan capaian kegiatan dengan target yang ingin dicapai pada tiap bulan] D --> E[Petugas melakukan Identifikasi jika ada permasalahan, analisa, dan menentukan RTL.] E --> F[Petugas melaporkan hasil evaluasi pada Kepala Puskesmas & tim manajemen mutu.] F --> G[Kepala Puskesmas memonitoring dan mengevaluasi hasil kegiatan] G --> H[Petugas melaporkan masalah dan hasil evaluasi kepada Dinas Kesehatan Kota jika diperlukan] H --> I[Petugas membuat tindakan koreksi/modifikasi terhadap program (bila di butuhkan)] I --> J[Petugas mensosialisasikan kepada lintas program dan lintas sektor] J --> K([Petugas melaksanakan tindak lanjut sesuai yang di sepakati.]) </pre>												
<p>8. Unit Terkait</p>	<p>Seluruh unit/poli</p>												
<p>9. Dokumen Terkait</p>	<p>-</p>												
<p>10. Rekam historis perubahan</p>	<table border="1"> <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										

	TATALAKSANA PERSALINAN MACET		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/249/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-2		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Persalinan macet adalah gangguan kemajuan persalina kala I yang diukur dalam batasan waktu 2 jam sejak pemeriksaan terakhir atau setelah dilakukan pimpinan persalinan kala 2.		
2. Tujuan	Mengenali diagnosis dan menatalaksana hambatan kemanduan proses persalinan atau ekspulsi bayi melalui jalan lahir (bagian lunak dan keras)		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	1. Buku Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Cetakan 2008; 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122).		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlengkapan infuse dan cairan 2. Tabung O2 set 3. Catheter set 4. Thermometer 5. Stetoskop dan partus kit 6. Resusitasi set 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menstabilkan kondisi pasien sesuai dengan penyebab atau komplikasi yang terjadi dalam persalinan dengan pasang infuse 2. Petugas merujuk pasien 		

7. Bagan Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menstabilkan kondisi pasien sesuai dengan penyebab]) --> B([Petugas merujuk pasien]) </pre>												
8. Unit Terkait	1. Ruang Persalinan												
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku pencatatan dan pelaporan 2. Buku status pasien 3. Administrasi syarat rujukan 4. Surat rujukan 												
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" data-bbox="528 965 1465 1227"> <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										

	TATA LAKSANA KEGAWAT DARURATAN KEJANG DAN INFEKSI PADA NEONATUS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/252/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-2		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Perubahan secara tiba-tiba fungsi neurologi baik fungsi motorik maupun fungsi otonomik karena penyakit sistemik akibat infeksi selama 1 bulan pertama kehidupan bakteri, virus, jamur dan protozoa dapat menyebabkan sepsis bayi baru lahir.		
2. Tujuan	Pasien dapat ditangani dengan tepat dan untuk mencegah agar bayi tidak terjadi 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	1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 43 tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota; 2. Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung O2 + sungkup bayi 2. Infuse set + cairan + abokat 3. Alat pengukur suhu + stetoskop (doagnostic set bayi) 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan pengobatan pada penyakit penyerta / penyakit komplikasi yang terjadi. 		

	<p>Misalnya : kejang, hipoglikemi, gangguan nafas, dan ikterus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Petugas Memasang infuse IV 3. Petugas membebaskan jalan nafas dengan oksigenasi 4. Petugas memberikan medika mentosa untuk menghentikan kejang dengan konsul dokter 5. Petugas merujuk pasien dengan kondisi pasien harus dalam keadaan stabil.
7. Bagan Alir	<pre> graph TD A([Petugas melakukan pengobatan pada penyakit penyerta]) --> B[Petugas Memasang infuse] B --> C[Petugas membebaskan jalan nafas dengan oksigenasi] C --> D[Petugas memberikan medika mentosa untuk menghentikan kejang] D --> E([Petugas merujuk pasien]) </pre>
8. Unit Terkait	Rumah Sakit
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Catatan Dan Pelaporan 2. Buku Status Pasien 3. Surat Rujukan

10. Rekam historis perubahan

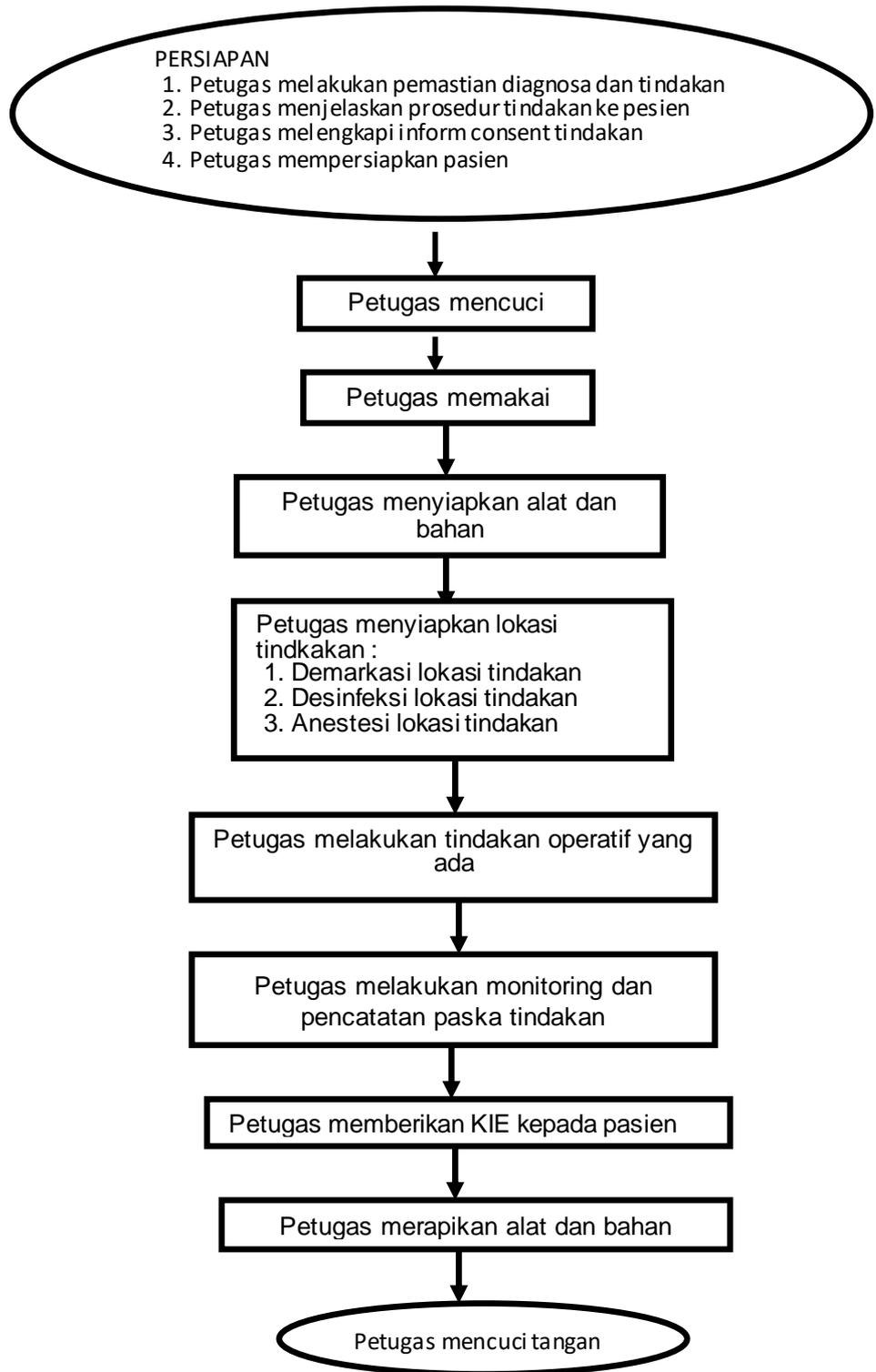
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	TATA LAKSANA RUJUKAN MATERNAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/254/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-4		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab Rujukan Maternal dalam Pelayanan Kesehatan secara timbal balik vertical maupun horizontal.		
2. Tujuan	Menurunkan angka kematian ibu dengan memberi pelayanan secara cepat dan tepat kepada pasien rujukan		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122); Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014. 		
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> Ambulance Emergency Kit Umum dan Maternal Petugas Kesehatan (Bidan + Perawat + sopir) Pendamping rujukan + pasien 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik awal pada pasien Dokter kemudian menetapkan diagnose, macam tindakan / pengelolaan terhadap pasien dan keputusan apakah harus 		

dirujuk atau dirawat di puskesmas sesuai dengan SPO penatalaksanaan emergensi maternal dan di puskesmas atau fasilitas kesehatan.

3. Apabila kasus tidak dapat ditangani di puskesmas atau fasilitas kesehatan atau dokter mengadvikan untuk dilakukan rujukan, maka petugas kesehatan akan melakukan stabilisasi terhadap pasien.
4. Petugas yang terkait juga akan menghubungi Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejing untuk mengkonsultasikan dalam persiapan rujukan secara per telpon
5. Setelah melakukan komunikasi dengan Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Petugas kemudian akan segera melakukan proses informasi dan edukasi kepada keluarga serta meminta persetujuan untuk melakukan rujukan kepada pasien.
6. Petugas juga akan meminta kepada keluarga pasien agar segera mempersiapkan asuransi social BPJS atau metode lainnya untuk pembiayaan pasien
7. Pasien yang telah di stabilkan akan di rujuk dengan BAKSOKUDA menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejing dalam emergenci maternal dengan menggunakan lembar rujukan maternal
8. Selama dalam perjalanan petugas kesehatan harus berada di samping pasien sambil terus melakukan observasi dan mencatat hasil observasi.
9. Bila pasien telah pulang dan puskesmas mendapat lembar rujukan balik maka puskesmas wajib melakukan pemantauan terhadap pasien hingga pasien benar-benar sembuh.

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait

Rumah Sakit

9. Dokumen Terkait

1. Buku register pencatatan dan pelaporan
2. Buku status pasien dan buku KIA
3. Surat rujukan

10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

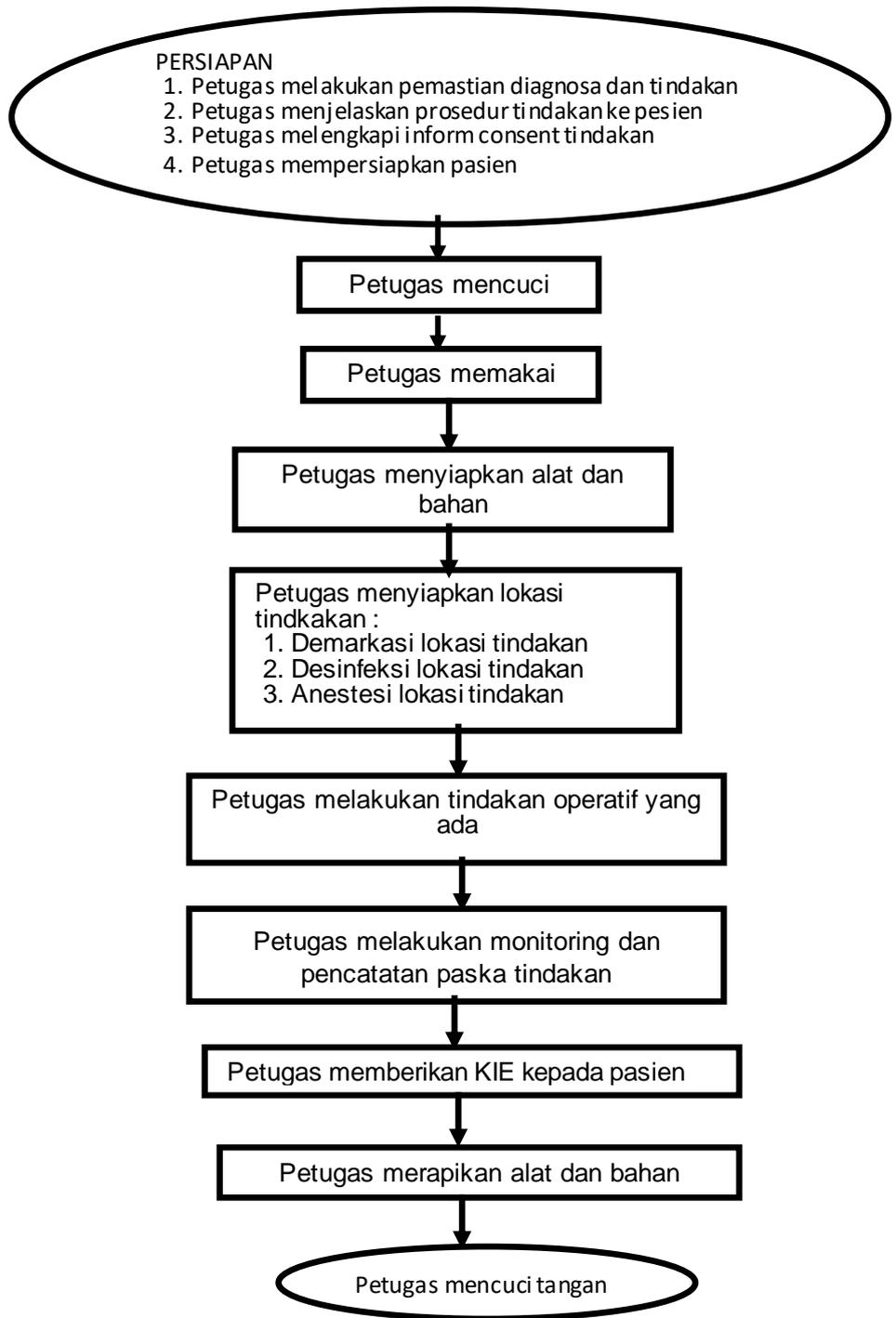
	TATA LAKSANA STABILISASI RUJUKAN DAN TRANSPORTASI BAYI BARU LAHIR		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/255/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-4		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbale balik vertical maupun horizontal dan bayi dinyatakan keadaan stabil apabila suhu tubuh, cairan tubuh dan oksigenasi cukup.		
2. Tujuan	Untuk memantau kondisi kestabilan bayi baru lahir selama rujukan dilakukan.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122); Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014 		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> Ambulance Emergency kit umum Petugas kesehatan. Pendamping rujukan + pasien 		

6. Prosedur

1. Petugas melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik awal pada pasien
2. Dokter kemudian menetapkan diagnose, macam tindakan / pengelolaan terhadap pasien dan keputusan apakah harus dirujuk atau dirawat di puskesmas sesuai dengan SPO penatalaksanaan emergensi maternal dan di puskesmas atau fasilitas kesehatan.
3. Apabila kasus tidak dapat ditangani di puskesmas atau fasilitas kesehatan atau dokter mengadvikan untuk dilakukan rujukan, maka petugas kesehatan akan melakukan stabilisasi terhadap pasien.
4. Petugas yang terkait juga akan menghubungi Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejaring untuk mengkonsultasikan dalam persiapan rujukan secara per telpon
5. Setelah melakukan komunikasi dengan Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Petugas kemudian akan segera melakukan proses informasi dan edukasi kepada keluarga serta meminta persetujuan untuk melakukan rujukan kepada pasien.
6. Petugas juga akan meminta kepada keluarga pasien agar segera mempersiapkan asuransi social BPJS atau metode lainnya untuk pembiayaan pasien
7. Pasien yang telah di stabilkan akan di rujuk dengan BAKSOKU menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejaring dalam emergenci maternal dengan menggunakan lembar rujukan maternal
8. Selama dalam perjalanan petugas kesehatan harus berada di samping pasien sambil terus melakukan observasi dan mencatat hasil observasi.
9. Bila pasien telah pulang dan puskesmas mendapat lembar rujukan balik maka puskesmas wajib melakukan pemantauan

terhadap pasien hingga pasien benar-benar sembuh.

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait

Rumah Sakit

9. Dokumen Terkait

1. Buku register pencatatan dan pelaporan
2. Buku status pasien dan buku KIA
3. Surat rujukan

10. Rekam historis perubahan

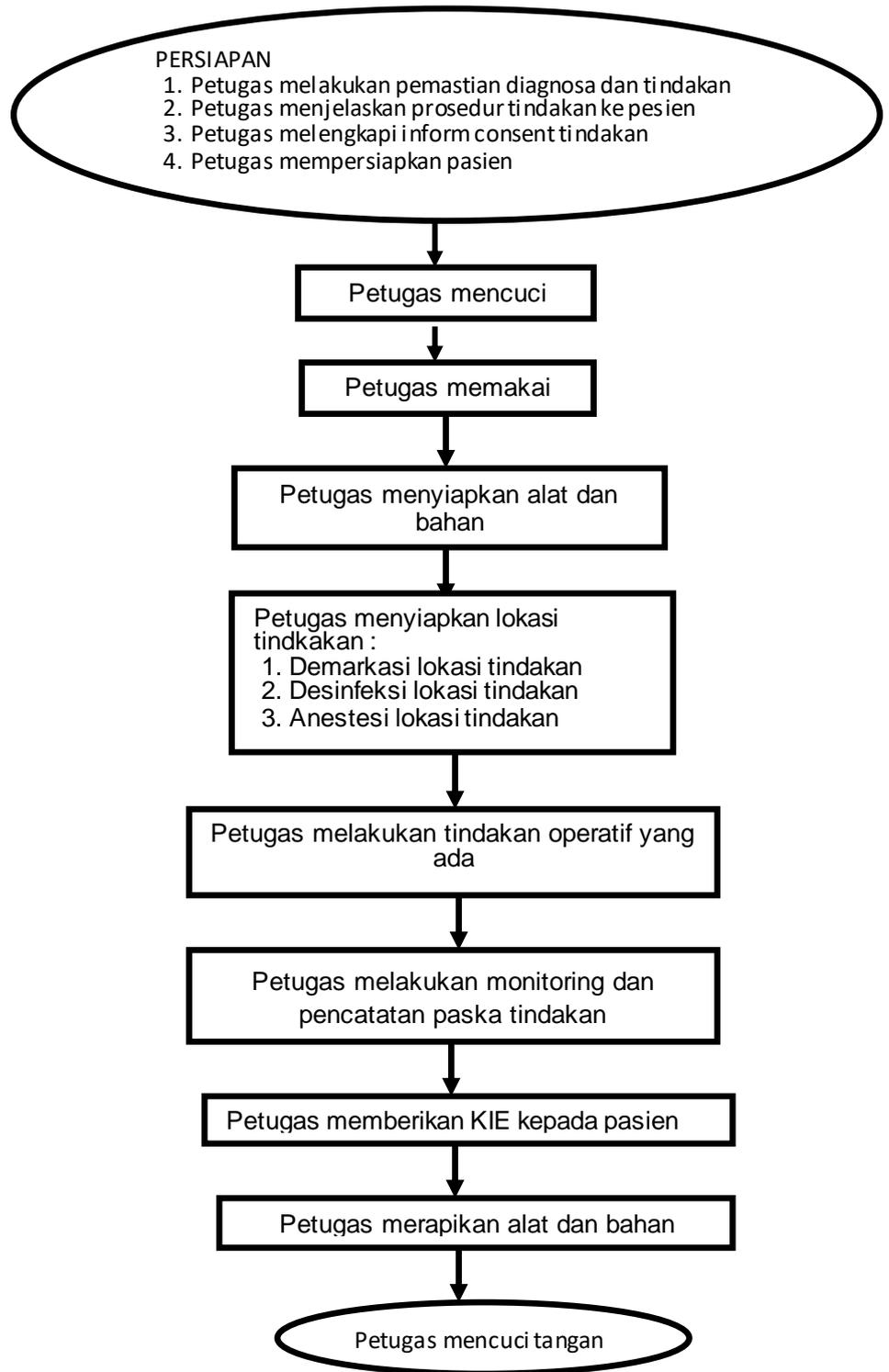
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	TATALAKSANA RUJUKAN NEONATAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/256/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-4		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab Rujukan Neonatal dalam Pelayanan Kesehatan secara timbal balik vertical maupun horizontal.		
2. Tujuan	Menurunkan angka kematian bayi dengan memberi pelayanan secara cepat dan tepat kepada bayi rujukan		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122); Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014. 		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> Ambulance Emergency Kit Umum dan Neonatal Petugas Kesehatan (Bidan + Perawat + sopir) Pendamping rujukan + bayi 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Petugas melakukan pemeriksaan vital sign dan pemeriksaan fisik awal pada neonatal Dokter kemudian menetapkan diagnose, macam tindakan / 		

pengelolaan terhadap pasien dan keputusan apakah harus dirujuk atau dirawat di puskesmas sesuai dengan SPO penatalaksanaan emergensi maternal dan di puskesmas atau fasilitas kesehatan.

3. Apabila kasus tidak dapat ditangani di puskesmas atau fasilitas kesehatan atau dokter mengadvikan untuk dilakukan rujukan, maka petugas kesehatan akan melakukan stabilisasi terhadap pasien.
4. Petugas yang terkait juga akan menghubungi Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejaring untuk mengkonsultasikan dalam persiapan rujukan secara per telpon
5. Setelah melakukan komunikasi dengan Rumah Sakit atau fasilitas kesehatan yang lebih tinggi. Petugas kemudian akan segera melakukan proses informasi dan edukasi kepada keluarga serta meminta persetujuan untuk melakukan rujukan.
6. Petugas juga akan meminta kepada keluarga pasien agar segera mempersiapkan asuransi social BPJS atau metode lainnya untuk pembiayaan pasien
7. Bayi yang telah di stabilkan akan di rujuk dengan BAKSOKU menuju fasilitas kesehatan yang lebih tinggi yang telah berjejaring dalam emergensi neonatal dengan menggunakan lembar rujukan neonatal
8. Selama dalam perjalanan petugas kesehatan harus berada di samping pasien sambil terus melakukan observasi dan mencatat hasil observasi.
9. Bila bayi telah pulang dan puskesmas mendapat lembar rujukan balik maka puskesmas wajib melakukan pemantauan terhadap pasien hingga pasien benar-benar sembuh.

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait

Rumah Sakit

9. Dokumen Terkait

1. Buku register pencatatan dan pelaporan
2. Buku status pasien dan buku KIA
3. Surat Rujukan

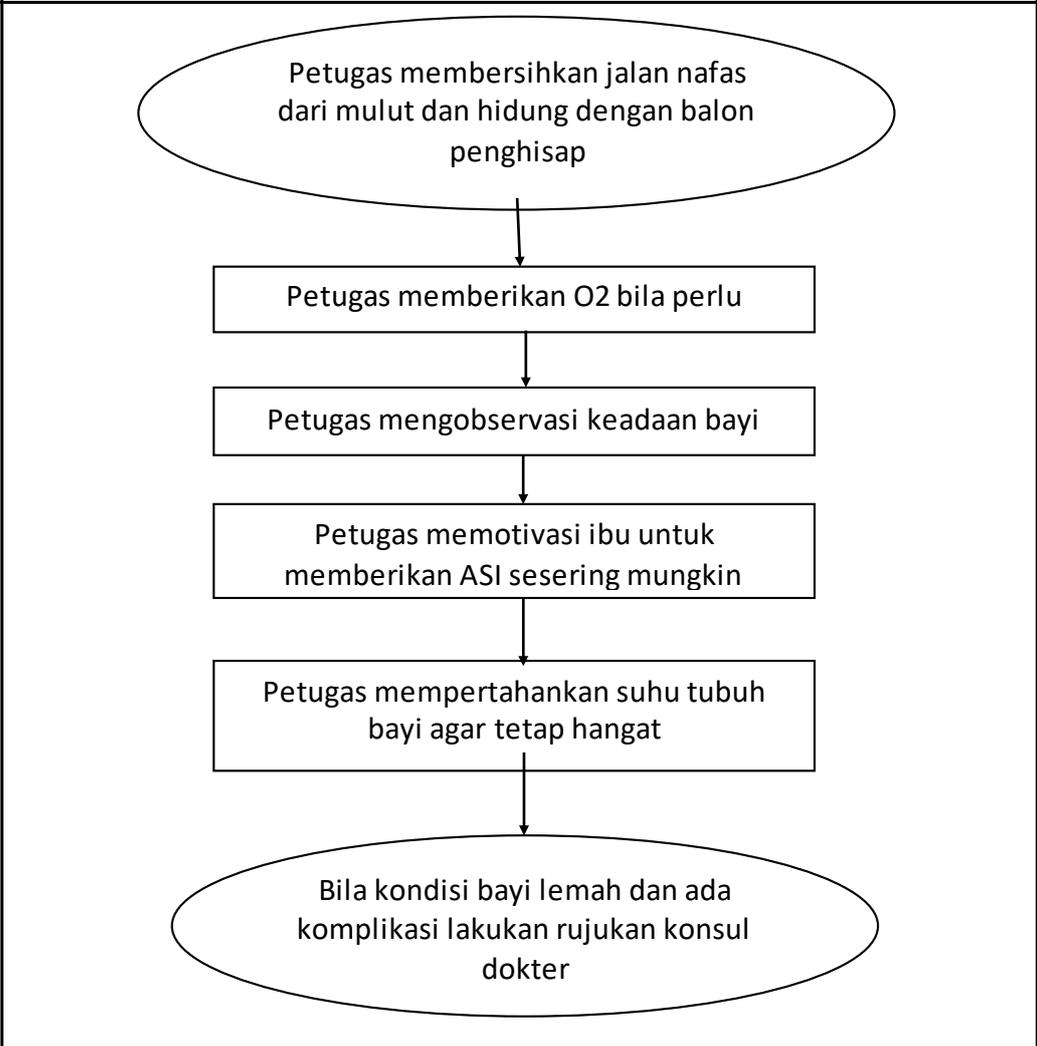
10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	PEMERIKSAAN BERAT BADAN BAYI LAHIR RENDAH		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/240/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-2		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi.		
2. Tujuan	1. Meningkatkan keterampilan dan pengetahuan bidan untuk dapat memberi pengertian pada ibu melahirkan. 2. Agar bayi baru lahir selamat.		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122); 2. Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014		
5. Alat dan Bahan	ALAT : 1. Tabung O2 + sungkup bayi 2. Diagnostig set bayi (thermometer dan stethoscope) 3. Lampu sorot 60 watt (box lampu)		
6. Prosedur	1. Petugas membersihkan jalan nafas dari mulut dan hidung dengan balon penghisap, 2. Petugas memberikan O2 bila perlu, 3. Petugas mengobservasi : KU bayi, suhu,pernafasan, 4. Petugas memotivasi ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin. 5. Petugas mempertahankan suhu tubuh bayi agar tetap hangat.		

- a. Melaksanakan PMK
 - b. Memakai lampu sorot 60 watt jarak kurang lebih 60cm
6. Bila kondisi bayi lemah dan ada komplikasi lakukan rujukan konsul dokter rujuk.

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait

Ruang Persalinan

9. Dokumen Terkait

- 1. Pencatatan dan pelaporan
- 2. Register pasien dan buku KIA
- 3. Surat Rujukan

10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	TATALAKSANA KEGAWAT DARURATAN MEDIK MATERNAL DAN NEONATAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/241/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Berbagai langkah harus diperhatikan dalam melaksanakan perawatan gawat darurat obstetric dan neonatal.		
2. Tujuan	Agar petugas mampu mengenali dan menatalaksanakan kegawat daruratan medik maternal neonatal		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014.		
5. Alat dan Bahan	ALAT : 1. Oksigen,partus kit,incubator 2. Blood set dan terapi cairan 3. Pemberian medika methason (antibiotic,sedative,analgesic) 4. Diagnostic set (sphygmo manometer, stetoskop, dipstick protein)		
6. Prosedur	Petugas melakukan stabilisasi dan merujuk secara tepat waktu dan kondisi optimal karena ini sangat membantu pasien untuk ditangani secara adekuat dan efektif. Apapun mekanisme yang terjadi, semua unsur yang terlibat seharusnya mampu untuk membawa pasien mencapai fasilitas rujukan yang dituju agar mendapat penanganan sangat vital dalam menyelamatkan jiwanya.		

7. Bagan Alir	<pre> graph TD Start([PERSIAPAN 1. Petugas melakukan pemastian diagnosa dan tindakan 2. Petugas menjelaskan prosedur tindakan ke pasien 3. Petugas melengkapi inform consent tindakan 4. Petugas mempersiapkan pasien]) --> Step1[Petugas mencuci] Step1 --> Step2[Petugas memakai] Step2 --> Step3[Petugas menyiapkan alat dan bahan] Step3 --> Step4[Petugas menyiapkan lokasi tindakan : 1. Demarkasi lokasi tindakan 2. Desinfeksi lokasi tindakan 3. Anestesi lokasi tindakan] Step4 --> Step5[Petugas melakukan tindakan operatif yang ada] Step5 --> Step6[Petugas melakukan monitoring dan pencatatan paska tindakan] Step6 --> Step7[Petugas memberikan KIE kepada pasien] Step7 --> Step8[Petugas merapikan alat dan bahan] Step8 --> End([Petugas mencuci tangan]) </pre>
8. Unit Terkait	Ruang Persalinan
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Pencatatan dan pelaporan 2. Buku KIA 3. Buku Administrasi dan Syarat Rujukan 4. Buku Status Pasien

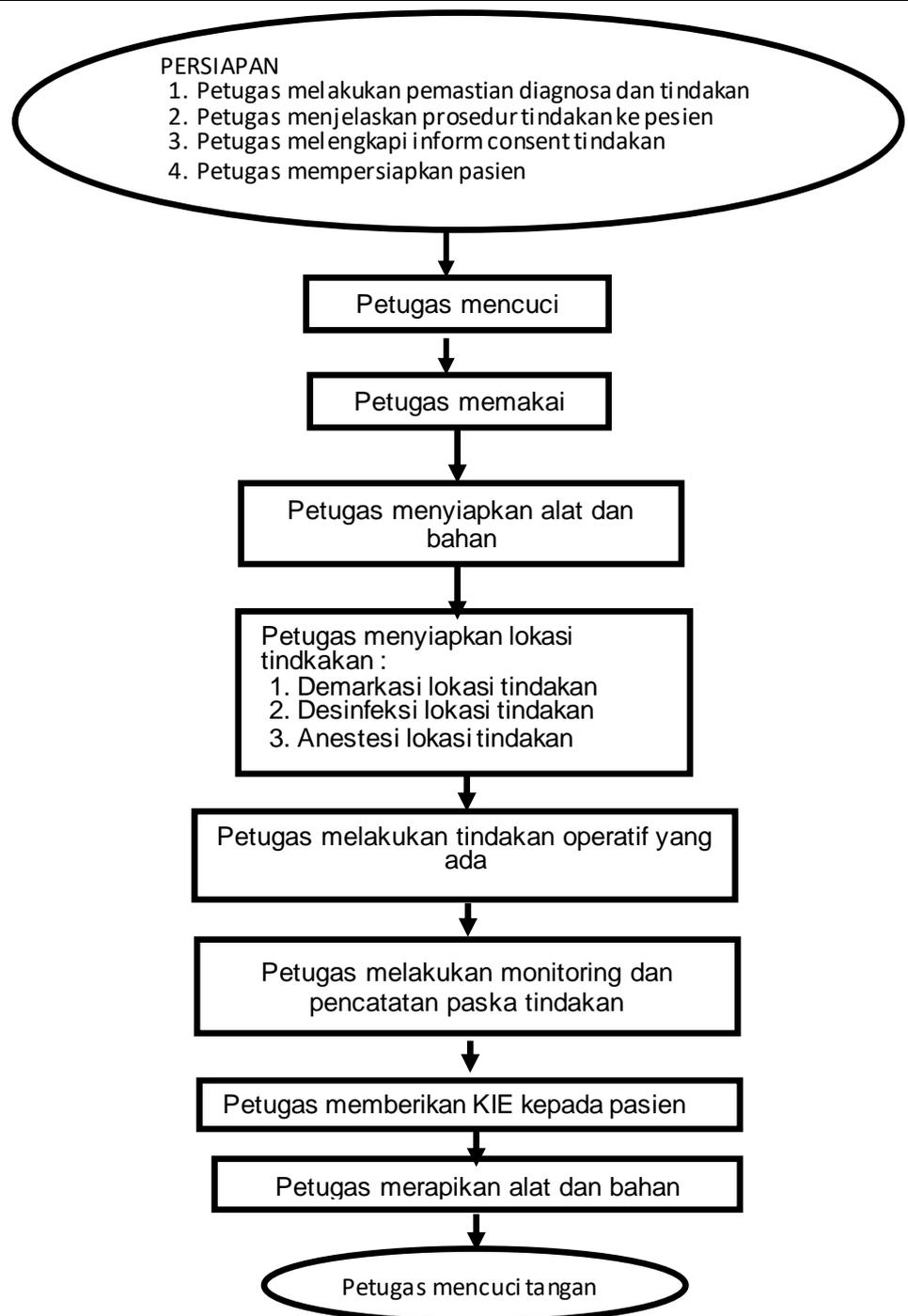
10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan

	TATA LAKSANA ASFIXIA PADA BAYI BARU LAHIR		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/242/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			dr. M. DARWIS WIJAYA NIP. 197001311999031001
1. Pengertian	Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur.		
2. Tujuan	Menyelamatkan bayi agar dapat tertangani dengan tepat agar dapat mempertahankan kelangsungan hidupnya		
3. Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.		
4. Referensi	1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 43 tahun 2016 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota; 2. Stansart Prosedur operasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014.		
5. Alat dan Bahan	ALAT : <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrasi syarat rujukan 2. Kendaraan rujukan 3. Meja Resusitasi 4. Suction bayi 5. Tabung oksigen O2 6. Ambubag set bayi 7. Diagnostic set 8. Buku register pasien dan buku kia 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menjelaskan pada ibu tentang keadaan bayi 2. Petugas menempatkan bayi baru lahir dengan posisi terlentang 		

- pada permukaan yang bersih, kering dan keras (meja resusitasi)
3. Petugas membungkus bayi dengan cepat / menyelimutinya kecuali bagian atas dada dan muka
 4. Petugas memosisikan kepala bayi sedikit ekstensi.
 5. Petugas menghisap lendir dimulut dan kemudian di hidung.
 6. Petugas mengeringkan dan merangsang taktil.
 7. Bila nafas bayi megap-megap lakukan resusitasi
 8. Bila bayi tidak dapat diatasi asfiksianya persiapkan rujukan ke rumah sakit.

7. Bagan Alir



8. Unit Terkait	Ruang Persalinan															
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku register pasien 2. Buku KIA 3. Status bayi 4. Surat rujukan 															
10. Rekam historis perubahan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="528 645 603 763">No</th> <th data-bbox="603 645 852 763">Yang diubah</th> <th data-bbox="852 645 1161 763">Isi perubahan</th> <th data-bbox="1161 645 1465 763">Tanggal diberlakukan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="528 763 603 837"></td> <td data-bbox="603 763 852 837"></td> <td data-bbox="852 763 1161 837"></td> <td data-bbox="1161 763 1465 837"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="528 837 603 911"></td> <td data-bbox="603 837 852 911"></td> <td data-bbox="852 837 1161 911"></td> <td data-bbox="1161 837 1465 911"></td> </tr> </tbody> </table>				No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan								
No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan													

	TATA LAKSANA GANGGUAN NAFAS BAYI BARU LAHIR		
	SOP	No. Dokumen : SOP/C-KLINIS/243/2018	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit: 5 Februari 2018	
	Halaman : 1-3		
UPTD KESEHATAN PUSKESMAS KEDAWUNG WETAN			<u>dr. M. DARWIS WIJAYA</u> NIP. 197001311999031001
<hr/>			
1. Pengertian	<p>Merupakan kumpulan gejala yang terdiri dari dispnoe, frekuensi pernafasan yang lebih dari 60x/ mnt, adanya sianosis, adanya rintihan bayi saat ekspirasi serta merupakan penyakit membrane hialin, dimana terjadi perubahan komponen surfaktan pulmoner. Komponen ini merupakan zat aktif pada alveoli yang dapat mencegah kolapsnya paru.</p>		
2. Tujuan	<p>Untuk mencegah agar bayi tidak terjadi komplikasi dan menekan angka kematian bayi.</p>		
3. Kebijakan	<p>Surat Keputusan Kepala UPTD Kesehatan Puskesmas Kedawung Wetan nomor 440/057/424.072.31/III/2018 tentang Kebijakan Pelayanan Klinis.</p>		
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 122); 2. Standart Prosedur oprasional (SPO) Pelayanan Rujukan Maternal Dan Neonatal Di Puskesmas Tahun 2014 		
5. Alat dan Bahan	<p>ALAT :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tabung oksigen + sungkup bayi 2. Resusitasi set + diagnostic set bayi (thermometer + stetoskop) 		
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memeriksa keadaan umum bunyi denyut jantung bayi, suhu pernafasan, warna kulit, merintih / tidak, retraksi antar iga dan epigastrik. 		

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Petugas mengatur posisi bayi sedikit ekstensi agar aliran udara lancar 3. Petugas mengobservasi tanda-tanda vital 4. Petugas memberikan oksigen 1lpm berdasarkan down score dari bayi. 5. Petugas mencatat semua tindakan yang telah dilakukan oleh petugas.
7. Bagan Alir	<pre> graph TD A([Petugas melakukan pemeriksaan fisik]) --> B[Petugas mengatur posisi bayi sedikit ekstensi agar aliran udara lancar] B --> C[Petugas mengobservasi tanda-tanda vital] C --> D[Petugas memberikan oksigen 1lpm berdasarkan down score] D --> E([Petugas mencatat semua tindakan yang telah dilakukan]) </pre>
8. Unit Terkait	Ruang Persalinan
9. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan 2. Pencatatan dan pelaporan 3. Buku KIA atau register 4. Informed Consent

10. Rekam historis perubahan

No	Yang diubah	Isi perubahan	Tanggal diberlakukan