KUMPULAN PROTAP PUSKESMAS

DAFTAR ISI

SOP Penentuan Faktor Resti Untuk Ibu Hamil
SOP Pengambilan Corpus Alienum di Telinga dan Hidung
SOP Penatalaksanaan Jenasah HIV / Aids
SOP Pemasangan NGT / Penduga Lambung
SOP Pemasangan Kateter Urine
SOP Memberikan oksigen
SOP Menghisap Lendir
SOP mengobati luka tusuk paku
SOP Penanganan Luka Bakar
SOP Observasi Pasien Gawat
SOP Orientasi petugas baru
SOP Nebulaizer
SOP / Protap Nebulasi
Protap / SOP Kondisi Listrik Padam
SOP / Protap Penanganan Demam Tifoid
SOP / Protap pertolongan pada luka baru
SOP / Protap Menerima Pasien Baru
PROTAP TRIASE
PROTAP / SOP PENANGANAN GASTROENTERITIS DI PUSKESMAS
PROTAP / SOP PENANGANAN DIARE AKUT DI PUSKESMAS
SOP PEMELIHARAAN ALKES/KEPERAWATAN
SOP VISUM
SOP MELAKUKAN SUNTIKAN SUBCUTAN
SOP SUNTIKAN INTRA MUSKULER
SOP penatalaksanaan syok anafilaktik
SOP Pemberian Imunisasi DPT
SOP Rujukan Neonatus Dengan Asfiksia
SOP Pemberian Imunisasi Campak
SOP Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid
SOP Membimbing ibu cara menyusui yang baik
SOP Pemasangan Infus
SOP Pemberian Imunisasi BCG
SOP Pemberian Immunisai Polio
SOP Pemeriksaan Denyut Jantung Janin
SOP Pemberian Tablet Zat Besi Pada Ibu Hamil
SOP ASUHAN ANTENATAL / PEMERIKSAAN KEHAMILAN
SOP PENGISIAN KARTU BAYI
SOP PENGISIAN KARTU ANAK
SOP PENGISIAN KARTU IBU HAMIL

SOP Penentuan Faktor Resti Untuk Ibu Hamil

1. **Nama Pekerjaan**

   Faktor Resti Untuk Ibu Hamil

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam menentukan factor resiko dan resiko tinggi pada ibu hamil

3. **Ruang Lingkup**

   Semua ibu hamil yang datang berobat ke UPTD Puskesmas Kendal Kerep

4. **Ketrampilan Petugas**

3.1 Dokter

3.2 Bidan

5. **Alat dan bahan**

5.1 Alat

5.1.1 Timbangan Berat badan

5.1.2 Pita pengukur lingkar lengan atas

5.1.3 Pengukur Tinggi Badan

5.1.4 Tensi Meter

5.1.5 Buku KIA (Score Poedji Rochjati)

5.2 Bahan

5.2.1 Tidak ada

6. **Instruksi Kerja**

Faktor Resiko Ibu Hamil diantaranya

6.1 Primi muda, hamil ke-1 umur kurang dari 16 tahun

6.2 Primi tua, hamil ke-1 umur lebih dari 35 tahun, atau terlalu lambat hamil ke-1 kawin lebih dari 4 tahun.

6.3 Terlalu lama hamil lagi, lebih dari 10 tahun.

6.4 Terlalu cepat hamil lagi, kurang dari 2 tahun

6.5 Terlalu banyak anak, Anak lebih dari 4

6.6 Terlalu tua, umur lebih dari 35 tahun

6.7 Tinggi badan kurang dari 145 cm

6.8 Pernah gagal kehamilan

6.9 Pernah melahirkan dengan tarikan tang / vakum

6.10 Pernah melahirkan dengan Uri dirogoh

6.11 Pernah melahirkan dengan diberi infuse/transfusi.

6.12 Pernah operasi seksio

6.13 Adanya penyakit pada ibu hamil : kurang darah, Malaria, TBC paru, Payah jantung, kencing manis dan penyakit menular seksual.

6.14 Adanya bengkak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi.

6.15 Hamil kembar 2 atau lebih.

6.16 Hamil kembar air (Hydramnion).

6.17 Bayi mati dalam kandungan.

6.18 Kehamilan lebih bulan.

6.19 Hamil letak sungsang.

6.20 Hamil letak lintang.

6.21 Hamil dengan perdarahan.

6.22 Pre eklamsi berat (kejang)

Kriteria Faktor Resiko Tinggi Ibu Hamil diantaranya

6.23 HB kurang dari 8 gr %

6.24 Tekanan darah tinggi (Sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg)
6.25 Eklampsia
6.26 Oedema yang nyata
6.27 Perdarahan pervaginam
6.28 Ketuban pecah dini
6.29 Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu
6.30 Letak sungsang pada primigravida
6.31 Infeksi berat / sepsis
6.32 Persalinan premature
6.33 Kehamilan ganda
6.34 Janin yang besar
6.35 Penyakit kronis pada ibu ; Jantung, paru, ginjal, dll
6.36 Riwayat obstetric buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan**.**

Penatalaksanaan sesuai kelompok Resiko :

6.37. Jumlah skor 2, termasuk kelompok Bumil resiko rendah (KRR), pemeriksaan kehamilan bisa dilakukan bidan, tidak perlu dirujuk, tempat persalinan bisa di polindes, penolong bisa bidan.

6.38. Jumlah skor 6-10, termasuk kelompok Bumil resiko Tinggi (KRT), pemeriksaan kehamilan dilakukan bidan atau dokter, rujukan ke bidan dan puskesmas, penolong persalinan bidan atau dokter.

6.39. Jumlah skor lebih dari 12, termasuk kelompok Resiko Sangat Tinggi (KRST), pemeriksaan kehamilan harus oleh dokter, penolong harus dokter

7. **Indikator Kinerja**

Faktor resti dapat diidentifikasi sedini mungkin sehingga dapat mengatasi akibat dari resti itu sendiri dan menurunkan angka kematian ibu.

8. **Catatan mutu**

8.1 Register Kohort Ibu Hamil
8.2 Register KIA
8.3 Status Ibu
8.4 Buku KIA
8.5 Laporan AMP

9. **Referensi.**

SOP Pengambilan Corpus Alienum di Telinga dan Hidung

Pengertian Memberikan tindakan pertolongan akibat adanya benda padat atau binatang yang masuk kedalam telinga dan hidung

Tujuan
1. Agar luka tidak terjadi infeksi lanjut
2. mengembaliukan fungsi indera

Kebijakan

Prosedur

PERSIAPAN ALAT :

Streril
1. Bak instrumen
   a. Spuit irigasi 50 cc
   b. Pinset anatomis
   c. Pinset chirrugis
   d. Arteri klem
2. THT shet
3. Kassa dan depres dalam tromol
4. Handschone / gloves steril
5. Neerbeken (bengkok)
6. Lampu kepala
7. Kom kecil/ sedang
8. Tetes telingga
9. Cairan pencuci luka dan disinfektan (Cairan NS)

Non Streril
1. Schort / gown
2. Perlak + alas perlak / underpad
3. Handschone / gloves bersih
4. Sketsel / tirai
5. Neerbeken / bengkok

A PENATALAKSAAN CORPUS ALIENUM PADA TELINGA dan HIDUNG .

1. Perawat memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga/pasien menandatangani Informed concern.
2. Perawat menyiapkan alat dan didekatkan pada pasien
3. Perawat memeriksa lokasi corpus alienum ditelingga baik dengan langsung atau memakai lampu kepala
4. Perawat menetukan tindakan yang akan dilakukan berdasarkan letak dan jenis benda yang masuk ke telingga / hidung antara lain :
   a. Benda Padat

      Biji-bijian dan Benda kotak
      a) Perawat memakai alat sonde telingga / hidung (ukuran sonde sesuai dangan ukuran biji didalam)
      b) Perawat memasukan sonde kedalam telinga / hidung dengan arah masuk melalui bagian luar biji-bijian tersebut.
      c) Setelah sonde masuk kedalam telingga / hidung dan posisi sonde sudah lebih dalam dari pada posisi biji-bijian, maka dilakukan pergerakan untuk mengeluarkan biji-bijian.
      d) Bila biji-bijian belum keluar dilakukan pengulangan mulai dari awal.
   b. Binatang
      1) Lintah
         a) Perawat memasukan sonde kedalam telinga / hidung dengan arah masuk melalui bagian luar lintah tersebut.
         b) Setelah sonde masuk kedalam telingga / hidung dan posisi sonde sudah lebih dalam dari pada posisi lintah, maka dilakukan pergerakan untuk mengeluarkan lintah
         c) Perawat memakai alat sonde telingga / hidung (ukuran sonde sesuai dangan ukuran lintah didalam)
         d) Bila lintah belum keluar dilakukan pengulangan mulai awal

SOP Penatalaksanaan Jenasah HIV / Aids

Pengertian	Jenazah adalah seseorang yang meninggal karena penyakit
Tujuan	1. Upaya pencegahan standar atau pencegahan dasar pada semua kondisi 2. Mencegah penularan secara kontak pada petugas atau masyarakat umum
KEBIJAKAN	1. Semua kendali dan tanggung jawab ada pada tenaga medis dan paramedis 2. Peralatan dalam keadaan steril saat digunakan diawal dan dilakukan strilisasi ulang saat setelah pemakaian sesuai prosedur sterilisasi alat penanganan jenazah 3. Prosedur disini dengan semua prosedur semua ditangani oleh petugas mulai saat memandikan sampai menguburkan kecuali saat mensholati yang akan dipimpin oleh modin setempat 4. Pelaksana perawatan jenazah adalah bidan dan perawat tumpang 5. kewaspadaan dini dalam hal ini yang paling gencar saat ini adalah HIV-AIDS dan FLU burung, tetapi tidak menutup kemungkinan penyakit –penyakit lain yang berbahaya.
Prosedur	Alat Yang Disiapkan : Alat pelindung diri diantaranya : sarung tangan, pelindung muka (masker dan kaca mata), gaun/jubah/apron dan pelindung kaki Penatalaksanaan : 1. Petugas melakukan cuci tangan dengan menggunakan antiseptik bisa pilih salah satu antiseptik dan dilanjutkan dengan mencuci tangan kembali dengan air mengalir selama 2-5 Menit 2. Semua Petugas memakai alat pelindung semua alat haru dipakai pada saat menangani jenazah untuk mengurangi pejanan darah dan cairan tubuh jenazah 3. Petugas yang sudahberpakain lengkap mengangakat jenazah ke meja untuk dimandikan 4. Setelah selesasi dimandikan jenazah di siram dengan larutan kaporit , tunggu 5 – 10 menit dan bilas ulang dengan air sampai kering dengan dosis kaporit dengan konsentrasi 35 % : 14 dr kaporit dalam 1 liter air, kaporit dengan konsentrasi 60% : 8 gr kaporit dalam 1 liter air, kaporit dengan konsentrasi 70 % :7,1 % gr kaporit dalam 1 liter air 5. Setelah jenazah kering dilakukan pengkafanan dengan bungkus kain kafan yang harus dilakukan oleh petugas yang berpakaian lengkap 6. Setelah dikafani pasien dibungkus dengan plastik 7. Setelah petugas selesasi mengakfani petugas menyerahkan ke modin setempat untuk disholatkan 8. Modin memimpin pelaksanaan sholat jenazah sesuai pelaksanaan sholat jenazah 9. Selesai sholat, Selanjutnya jenazah diangkat oleh petugas ke keranda mayat untuk dibawa ke pamakaman 10. Pada saat sampai petugas menyerahkan kepada modin untuk melakukan ritual sesuai adat setempat , dan apabila lubang kuburan sudah siap maka selanjutnya pelaksanaan penguburan dapat dilaksanakan 11. Penguburan dilakukan oleh petugas sampai jenazah berada di tanah untuk selanjutnya sesuai penguburan di daerah setempat

SOP Pemasangan NGT / Penduga Lambung

Pengertian Memasukkan NGT (Penduga lambung) melalui hidung ke dalam lambung.

1. Memberi makanan dan obat-obatan.
2. Membilas/mengumbah lambung

Tujuan Sebagai acuan untuk melakukan tindakan pemasang NGT

1. Membilas/mengumbah lambung
2. Memberi makanan dan obat-obatan.

Kebijakan

-1 Perawat yang terampil
-2 Tersedia alat-alat lengkap

Prosedur Persiapan alat :

1.NGT
2. Plester
3. Gunting
4. Bengkok
5. Sarung tangan
6. aqua Jelly
7. Perlak + Pengalas
8. Alat tulis
9. Stetoscope
10. Spuit 10 cc
11. aquades dalam Kom
12. obat- obatan/ makanan yang akan dimasukan
13. . corong
14. kasa
15. spatel

PENATALAKSANAAN

1. Menjelaskan tujuan pemasangan NGT pada keluarga pasien
2. Membawa alat-alat ke dekat pasien
3. Mengatur posisi pasien sesuai dengan keadaan pasien
4. Memasang perlak + pengalas pada daerah dada
6. Mencuci tangan dan memakai sarung tangan
7. Mengukur dan memberi tanda pada NGT yang akan dipasang lebih kurang 40-45 cm (diukur mulai dahi s/d proxesus xypoideus)
8. Mengolesi NGT dengan aquaJelly sepajang 15 cm dari ujung NGT
9. Memasukkan NGT malalui lubang hidung dan pasien dianjurkan untuk menelan (jika pasien tidak sadar tekan lidah pasien dengan spatel) masukan NGT sampai pada batas yang sudah ditentukan sambil perhatikan keadaan umum pasien.
10. Cek posisi NGT (apakah masuk di lambung atau di paru-paru) dengan 3 cara :

a. Aspirasi cairan lambung dengan spuit 10 cc jika cairan bercampur isis lambung berarti sudah masuk kelambung,
b. Memasukan ujung NGT (yang dihidung) kedalam air dalam kom bila ada gelembung berarti NGT dalam paru-paru
c. Petugas memasukan gelembung udara melalui spuit bersamaan dilakukan pengecekan perut dengan stetoskop untuk mendengarkan gelembung udara di lambung

11. Memasang corong (yang sudah dibilas dengan air hangat), kemudian memasukan obat-obatan/makanan
12. Melepas corong, menutup NGT dengan spuit 10 cc.
13. Merapikan alat-alat dan pasien kemudian sarung tangan dilepas.
14. Mendokumentasikan

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. NGT / Sonde dipasang selama 7 hari (ganti setiap 7 hari sekali)

Unit terkait Rawat Inap

SOP Pemasangan Kateter Urine

Pengertian Tata cara melakukan pemasangan kateter untuk mengeluarkan air kencing

Tujuan Sebagai acuan pelaksanaan pemasangan kateter untuk mengeluarkan air kencing

Kebijakan
-1 Perawat yang terampil
-2 Tersedia alat-alat lengkap

Prosedur

PERSIAPAN ALAT :

1. Slang kateter
2. Aqua jelly
3. Sarung tangan
4. Aquadest dalam kom
5. Spuit 5 cc
6. Plester
7. Gunting
8. Kasa dalam tempatnya
9. Betadine
10. Urobag
11. Stik pan / urinal
12. Pinset
13. Bengkok
14. perlak

PENATALAKSANAAN :

1. memberikan penjelasan kepada keluarga dan pasien
2. mendekatkan peralatan disamping penderita
3. memasang perlak dan petugas mencuci tangan
4. memakai sarung tangan
5. mengatur posisi pasien

PADA LAKI-LAKI

6. mengolesi slang kateter dengan aqua jelly
7. tangan kiri dengan kasa memegang penis sampai tegak ± 60°
8. tangan kanan memasukkan ujung kateter dan mendorong secara pelan-pelan sampai urine keluar

PADA WANITA

9. jari tangan kiri dengan kapas cebok membuka labia
10. tangan kanan memasukkan ujung kateter dan mendorong secara pelan-pelan sampai urine keluar
11. bila urine telah keluar, pangkal kateter dihubungkan dengan urine bak
12. kunci kateter dengan larutuan Aqua/NS (20-30cc)
13. mengobservasi respon pasien
14. menggantungkan urobag disisi tempat tidur pasien
15. memfiksasi kateter dengan plester pada paha bagian atas
16. klien dirapikan
17. alat-alat dibersihkan dan dibereskan
18. perawat cuci tangan
19. mencatat kegiatan respon pasien pada catatan keperawatan

Unit terkait Rawat inap, KABER

SOP Memberikan oksigen

Pengertian Memberikan oksigen pada pasien

Tujuan Untuk memenuhi kebutuhan oksigen pada pasien

Kebijakan Dibawah tanggung jawab dan pengawasan dokter

Prosedur PERSIAPAN ALAT :

1. Tabung O_2 lengkap dengan manometer
2. Mengukur aliran (flowmeter)
3. Botol pelembab berisi air steril / aquadest
4. Selang O_2
5. Plester
6. kapas alkohol

PELAKSANAAN :

1. Atur posisi semifoler
2. Slang dihubungkan
3. Sebelum memasang slang pada hidung pasien slang dibersihkan dahulu dengan kapasa alkohol
4. Flowmeter dibuka, dicoba pada punggung tangan lalu ditutup kembali
5. Memasang canul hidung, lakukan fixasi (plester)
6. Membuka flowmeter kembali dengan ukuran sesuai advis dokte

Hal-hal yang perlu diperhatikan :

1. Apakah jumlah yang masuk (cc/mnt) sudah sesuai dengan instruksi? Lihat angka pada manometer
2. Apakah ujung kateter oksigen sudah masuk maksimal kelubang hidung? Bila ujung kateter masih belum masuk maksimal, supaya posisi kateter diperbaiki
3. Bila memakai oksigen, tetap/masih sianosis ◊ lapor dokter
4. memberitahukan pada keluarga pasien untuk melapor kepada petugas bila tabung oksigen / air steril habis.

Unit terkait Ruang inap, KIA

SOP Menghisap Lendir

Pengertian Tindakan menghisap lendir melalui hidung dan atau mulut

Tujuan Sebagai acuan penatalaksanaan tindakan penghisapan lendir, mengeluarkan lendir, melonggarkan jalan nafas

Kebijakan Dibawah tangungjawab dokter.

Prosedur

PERSIAPAN ALAT :

Perangkat penghisap lendir meliputi :

1. Mesin penghisap lendir
2. Slang penghisap lendir sesuai kebutuhan
3. Air matang untuk pembilas dalam tempatnya (kom)
4. Cairan desinfektan dalam tempatnya untuk merendam slang
5. Pinset anatomi untuk memegang slang
6. Spatel / sundip lidah yang dibungkus dengan kain kasa
7. Sarung tangan
8. Bak instrumen
9. Kasa
10. Bengkok

PERSIAPAN PASIEN :

1. Bila pasien sadar, siapkan dengan posisi setengah duduk
2. Bila pasien tidak sadar ;
   a. Posisi miring
   b. Kepala ekstensi agar penghisap dapat berjalan lancar

PELAKSANAAN :

1. jelasakan pada pasien/ keluarga + inform concern
2. Alat didekatkan pada pasien dan perawat cuci tangan
3. Perawat memakai sarung tangan
3. Pasien disiapkan sesuai dengan kondisi
4. Slang dipasang pada mesin penghisap lendir
5. Mesin penghisap lendir dihidupkan
6. Sebelum menghisap lendir pada pasien, cobakan lebih dahulu untuk air bersih yang tersedia
7. tekan lidah dengan spatel
8. Hisap lendir pasien sampai selesai.Mesin/pesawat dimatikan
9. Bersihkan mulut pasien kasa
10. membersihakan slang dengan air dalam kom
11. Slang direndam dalam cairan desinfektan yang tersedia
12. Perawat cuci tangan

Unit terkait Ruang inap

SOP mengobati luka tusuk paku

Pengertian Tatacara mengobati luka tusuk paku

-1 Memberi rasa aman

- Mencegah komplikasi dan infeksi nosokomial

Tujuan -2 Sebagai acuan dalam melakukan pengobatan luka tusuk paku

Kebijakan -3 Perawat yang terampil

-4 Alat-alat yang lengkap

Prosedur PERSIAPAN ALAT STERIL :

1. Pinset anatomi
2. Pinset chirurge
3. Gunting
4. Bengkok
5. Kom kecil
6. Kassa
7. Kapas
8. Hand scoen
9. Spuit
10. NaCl
11. Mess

BAKI/POLEY BERISI ALAT NON STERIL :

1. Gunting balutan
2. Plester
3. Verban
4. Obat desinfektan dalam tempatnya (bethadine)
5. Tempat sampah
6. Lidokain injeksi sebagai anasthesi

PELAKSANAAN :

1. Memberitahu pasien dan keluarga
2. Perawat cuci tangan
3. Mengatur posisi (perawat memakai hand scoen)
4. Perawat membersihkan luka
5. Mendesinfektan luka dan sekitarnya dengan NaCl
6. Memberikan diclor ethil atau lidokain
7. Membuat luka tusuk paku pada luka/ cros incisi
8. Dikeluarkan darahnya dan dibersihkan dengan bethadine
9. Tutup luka dengan kasa steril
9. Mencatat kegiatan dan hasil observasi
10. Klien dirapikan
11. Alat dibereskan dan dibersihkan
12. Perawat cuci tangan

Uniot terkait *RAWAT INAP, BP, PUSTU/POLINDES*

SOP Penanganan Luka Bakar

Pengertian Luka bakar adalah luka yang terjadi akibat sentuhan permukaan tubuh dengan benda-benda yang menghasilkan panas (misalnya : api, air panas, listrik) atau zat-zat yang bersifat membakar (misalnya : asam kuat dan basa kuat)

- Mencegah masukan kuman-kuman dan kotoran kedalam luka
- Mencegah sekresi yang berlebihan
- Mengurangi rasa sakit
- Mengistirahatkan bagian tubuh yang luka atau sakit
- Merawat semua derajat luka bakar sesuai dengan kebutuhan

Tujuan Sebagai acuan dalam melakukan pengobatan luka bakar

Kebijakan Perawat yang terampil
Alat-alat yang lengkap

Prosedur PERSIAPAN ALAT STERIL :

1. pinset anatomi
2. Pinset chirurge
3. Gunting
4. bengkok
5. kom kecil
6. Kassa
7. Kapas
8. Hand scoen
9. spuit
10. NaCl

BAKI/POLEY BERISI ALAT NON STERIL :

1. Gunting balutan
2. Plester
3. Verban
4. SSD (silver sulfa diacin)
5. Tempat sampah

PELAKSANAAN :

1. Memberitahu pasien dan keluarga
2. Perawat cuci tangan
3. Mengatur posisi (perawat memakai hand scoen)
4. Perawat membersihkan luka bakar
5. Mendesinfektan luka dan sekitarnya dengan NaCl

Unit terkait Rawat Inap

SOP Observasi Pasien Gawat

Pengertian Memantau keadaan pasien gawat

Tujuan Sebagai acuan pemantauan/ observasi penderita gawat agar selamat jiwanya .

Kebijakan Pelayanan yang cepat dan tepat akan menyelamatkan jiwa seseorang.

Prosedur

1. Penderita gawat harus di observasi
2. Observasi dilakukan tiap 5 – 15 menit sesuai dengan tingkat kegawatannya.
3. Observasi dilakukan oleh paramedis perawat, bila perlu oleh dokter.
4. Hal-hal yang perlu diobservasi :
   a. Keadaan umum penderita
   b. Kesadaran penderita
   c. Kelancaran jalan nafas (air Way).
   d. Kelancaran pemberian O2
   e. Tanda-tanda vital :
      - Tensi
      - Nadi
      - Respirasi / pernafasan
      - Suhu
   f. Kelancaran tetesan infus
5. Apabila hasil observasi menunjukkan keadaan penderita semakin tidak baik maka paramedis perawat harus lapor kepada Dokter yang sedang bertugas (diluar jam kerja pertelpon).
6. Apabila kasus penyakitnya diluar kemampuan Dokter UGD maka perlu dirujuk
7. Observasi dilakukan maksimal 2 jam, selanjutnya diputuskan penderita bisa pulang atau rawat inap.
8. Perkembangan penderita selama observasi dicatat di kartu status penderita (les UGD) / lembar observasi.
9. Setelah observasi tentukan apakah penderita perlu : rawat jalan / rawat inap / rujuk

Unit terkait Rawat Inap

SOP Orientasi petugas baru

Pengertian Tatacara mempersiapkan petugas baru UGD

Tujuan Sebagai acuan orientasi petugas UGD baru agar petugas baru mengenal, mengetahui dan memahami cara kerja di UGD.

Kebijakan Sebelum bertugas di UGD petugas baru perlu menjalani orientasi selama 1 minggu sebagai persiapan melaksanakan tugas.

Prosedur

1. Sebelum melaksanakan tugas di UGD petugas baru melaksanakan orientasi / pengenalan UGD.

2. Masa orientasi / pengenalan selama 1 minggu / 6 hari kerja.

3. Jadual orientasi petugas baru :
   * Hari ke I : Perkenalan dengan, Dokter UGD, Kep. Ruangan dan Petugas UGD lainnya.
   * Hari ke II : Mengetahui struktur organisasi dari struktur fungsional dan mekanisme kerja UGD.
   * Hari ke III : Mengetahui pembagian tugas dan uraian tugas petugas UGD.
   * Hari ke IV : Mempelajari protap-protap UGD.
   * Hari ke V : Memantapakan orientasi hari ke I sampai hari ke IV.
   * Hari ke VI : Menyaksikan dan mengikuti pelaksanaan tugas sehari-hari di UGD.

4. Setelah menjalani orientasi selama 1 minggu, petugas baru mendapatkan tugas dalam uraian tugasnya.

5. Pada minggu ke II petugas baru melaksanakan tugas sesuai dengan tugas yang diberikan.

Unit terkait TU

SOP Nebulaizer

Pengertian Nebulaizer adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk mengencerkan dahak dan melonggarkan jalan nafas

Tujuan Sebagai acuan tindakan nebulaizer

Kebijakan Dibawah tanggung jawab dan pengawasan dokter
Peralatan nebulizer standar

Prosedur **PERSIAPAN ALAT :**

1. tabung O_2
2. Obat untuk bronchodilator antara lain : ventolin, dexamethasone
3. Masker oksigen
4. Nebulaizer

PERSIAPAN PASIEN :

1. Pasien/keluarga diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan
2. Pasien diatur sesuai kebutuhan

PELAKSANAAN :

1. Perawat cuci tangan
2. Mengisi ventolin pada nebulezer
3. Mengisi pada tempat humidifaier dengan bronchodilator misalnya : ventolin (sabutamol) atau kadang diberi dexamethasone pada status asmatikus.
4. Memasang masker pada pasien
5. Nebulaizer dinyalakan
6. Observasi pasien
7. Selesai dilakukan tindakan pasien dirapikan
8. Alat-alat dibereskan dan dikembalikan
9. Perawat cuci tangan

Unit terkait Rawat inap

SOP / Protap Nebulasi

Pengertian Nebulaizer adalah suatu tindakan yang bertujuan untuk mengencerkan dahak dan melonggarkan jalan nafas

Tujuan Sebagai acuan tindakan nebulaizer

Kebijakan Dibawah tanggung jawab dan pengawasan dokter spesialis anak

Prosedur

PERSIAPAN ALAT :

1. Normal Salin
2. Air biasa
3. Obat untuk bronchodilator antara lain : ventolin, dexamethasone
4. Tabung oksigen lengkap dengan : sungkup nebulizer, slang O_2,
5. Manometer

PERSIAPAN PASIEN :

1. Pasien/keluarga diberi penjelasan tentang hal-hal yang akan dilakukan
2. Pasien diatur sesuai kebutuhan

PELAKSANAAN :

1. Perawat cuci tangan
2. Mengisi air pada humidifaier sampai batas lever
3. Mengisi pada tempat manometer sungkup nebulizer dengan normal salin dan bronchodilator : seperti ventolin atau (sabutamol) atau kadang diberi dexamethasone pada status asmatikus.
4. Memasang masker pada pasien
5. flowmeter dibuka (identifikasi adanya asap)
6. Observasi pasien (sesuai kebutuhan)
7. Selesai dilakukan tindakan pasien dirapikan
8. Alat-alat dibereskan dan dikembalikan
9. Perawat cuci tangan

Unit terkait Rawat inap

Protap / SOP Kondisi Listrik Padam

Pengertian Padamnya aliran listrik mendadak

Tujuan Sebagai acuan penanganan listrik padam

Kebijakan Dibawah tanggung jawab UGD, bagian diesel

Prosedur

1. Apabila listrik padam petugas diesel tanpa menunggu perintah menghidupkan generator Puskesmas.
2. Diluar jam kerja, selain petugas jaga diesel, petugas yang lain perlu membantu petugas jaga diesel menghidupkan generator.
4. Apabila dalam tempo 1 menit listrik belum menyala petugas UGD perlu :
   a. Menghubungi petugas diesel
   b. Petugas diesel mematikan aliran listrik PLN
   c. Setelah aliran dari PLN putus, kemudian generator dihidupkan
5. Apabila listrik padam lebih 10 menit dan generator tidak bisa hidup maka petugas UGD harus lapor kepala puskesmas lewat telepon.
6. Apabila listrik hidup kembali petugas diesel mematikan diesel, kemudian saluran dari PLN dihidupkan lagi.

Unit terkait Bagian Diesel

SOP Penanganan Demam Tifoid

Pengertian Demam tifoid adalah suatu penyakit sistemik akut yang disebabkan oleh infeksi kuman Salmonella typhi.

Kriteria Diagnosis
Demam tinggi lebih dari 7 hari disertai sakit kepala
- Kesadaran menurun
- Lidah kotor, hepatosplenomegali, dsb
- Bradikardia relative

Tujuan Sebagai acuan tatalaksana penderita tifoid

Kebijakan Dibawah tanggung jawab dan pengawasan dokter

Prosedur Diagnosis Diferensial
- Infeksi karena virus + (Dengue influenza)
- Malaria
- Broncho pnemonia

Pemeriksaan Penunjang
- Pemeriksaan lab
- Hb, Leko, Diff, Trombist, Ht
- Urine lengkap
- Widal

Terapi
1. Tirah baring, diet lunak, chloramphenicol 2 gr/hr atau kotrimoksasol 2 x 2 tab diberikan sampai 7 hari bebas napas atau Quinolon
2. pemberian cairan infuse RL / D 5%

Penyulit :
- Toksis
- Perforasi usus mengakibatkan peritonitis
- Perdarahan dari usus

Lama perawatan :
Umumnya sampai 7 hari bebas panas

Unit terkait RAWAT INAP, BP, PUSTU/POLIND

SOP / Protap pertolongan pada luka baru

Pengertian Memberikan tinadakan pertolongan pada luka baru dengan cepat dan tepat

Tujuan Agar luka tidak terjadi infeksi lanjut

Kebijakan Seluruh perawat diijinklan melakukan penjahitan dan perawatan luka, tetapi tidak pada luka putus tendon

Prosedur PERSIAPAN ALAT :

Streril

1. Bak instrumen bensi
    a. Spurt irigasi 50 cc
    b. Soft koteker / tobe feeding
    c. Pinset anatomis
    d. Pinset chirrugis
    e. Gunting jaringan
    f. Arteri klem
    g. Knop sonde
    h. Container untuk cairan irigasi
2. Korentang dengan tempatnya
3. Kassa dan depres dalam tromol
4. Handschone / gloves steril
5. Neerbeken (bengkok)
6. Kom kecil/ sedang
7. Pembalut sesuai kebutuhan
    a. Kasa
    b. Kasa gulung
8. Topical terapi
    a. Betadine sol
    b. Sutratol
9. Cairan pencuci luka dan disinfektan
    a. Cairan NS / RL hangat sesuai suhu tubuh 34 ^{0}-37 ^{0}C
    b. Alkohol 70 %

Non Streril

1. Schort / gown
2. Perlak + alas perlak / underpad
3. Handschone / gloves bersih
4. Sketsel / tirai
5. Gunting verband
6. Neerbeken / bengkok
7. Plester (adhesive) atau hipafix micropone
8. Tas plastik kotoran / tempat sampah
9. Alat tulis
10. Form inform consern
11. Form UGD

SOP / Protap Menerima Pasien Baru

Pengertian	Menerima pasien yang baru masuk Puskesmas untuk dirawat sesuai yang berlaku. Pasien segera memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan
Tujuan	Sebagai acuan untuk penerimaan pasien baru.
Kebijakan	- Ada petugas yang terampil
Prosedur	Persiapan : - Pasien dan keluarganya diterima dengan ramah. - Bila pasien dapat berdiri, atau berat badan sebelum penderita dibaringkan. - Selanjutnya lakukan pengkajian data melalui anamnese dan pemeriksaan fisik. - Laporan pasien pada penanggung jawab ruangan. - Pasien dan keluarga diberi penjelasan tentang tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit serta orientasi keadaan ruangan/fasilitas yang ada. - Mencatat data dari hasil pengkajian pada catatan medik dan catatan perawatan pasien. - Memberitahukan prosedur perawatan/tindakan yang segera dilakukan.
Unit terkait	Poliklinik, Ruang Perawatan

PROTAP TRIASE

Pengertian Memilah dan menentukan derajat kegawatan penderita.

Tujuan Sebagai acuan menentukan prioritas dan tempat pelayanan medik penderita.

Kebijakan Mendahulukan penderita yang lebih gawat bukan yang datang dahulu.

Prosedur

1. Penderita datang diterima petugas / paramedis UGD
2. in form concern (penandatangan persetujuan tindakan) oleh keluarga pasien.
3. Diruang triase dilakukan anamnese dan pemeriksaan singkat dan cepat (selintas) untuk menentukan derajat kegawatannya. Oleh paramedis yang terlatih / dokter.
4. Penderita dibedakan menurut kegawatnnya dengan memberi kode huruf :
   a. P III adalah penderita tidak gawat dan tidak darurat.
      Misalnya : Penderita Common Cold, penderita rawat jalan, abses, luka robek,
   b. P II adalah penderita yang kegawat daruratan masih tidak urgent
      Misalnya : Penderita Thipoid, Hipertensi,DM,
   c. P I adalah penderita gawat darurat (pasien dengan kondisi mengancam)
      Misalnya : Penderita stroke trombosis, luka bakar, Appendic acuta, KLL , CVA, MIA, asma bronchial dll
5. Penderita mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna : P I-PII-PIII.
6. Pada waktu jam kerja penderita dengan prioritas PIII dikirim ke BP / rawat jalan

Unit terkait Poliklinik, Ruang perawatan

PROTAP / SOP PENANGANAN GASTROENTERITIS DI PUSKESMAS

Pengertian	Mengetahui gejala , tanda tingkat dehidrasi dan prinsip tindakan atau (rehidran)
Tujuan	Sebagai acuan tatalaksana penderita GE agar petugas menyatakan tanda , gejala , tingkat dehidrasi dan mampu menghitung kebutuhan cairan.
Kebijakan	Sikap petugas harus mampu menyatakan tanda gejala dan tingkat dehidrasi serta mampu mengukur kebutuhan cairan bagi penderita.
Prosedur	1. Gejala yang menonjol dari GE adalah muntah dan berak serta berulang, sehingga berakibat kehilangan cairan / dehidrasi. 2. Dehidrasi secara klinik dibedakan 3 langkah : a. Dehidarasi ringan Kehilangan cairan 2 – 5 % BB b. Dehidrasi sedang Kehilangan cairan 5 -8 % BB Gambaran klinik : Turgon jelip suara serak, nadi cepat, nafas cepat, pre shok c. Dehidrasi Beratat Kehilangan cairan : 8 – 10 % BB Gambaran klinik : syok, apatis, syonotik, kejang, sampai koma 3. Prinsip tindakan adalah Rehidrasi sesuai dengan tingkatan dehidrasi: a. Dehidrasi ringan dilakukan rehidrasi peroral. b. Dehidrasi sedang dan berat dilakukan rehidrasi parenteral dengan Infus cairan. 4. Penderita di MRS kan Dalam 3 jam pertama diharapkan penderita berubah status tingkat dehidrasi menjadi dehidrasi ringan.
Unit terkait	RAWAT INAP, BP, PUSTU/POLINDES

PROTAP / SOP PENANGANAN DIARE AKUT DI PUSKESMAS

Pengertian Kriteria diagnosis :

Mencret, ubun-ubun cekung, mulut/bibir kering, turgor menurun, nadi cepat, mata cekung, nafas cepat dan dalam, oliguri

Tujuan Sebagai acuan penatalaksanaan tentang diare akut

Kebijakan Dibawah tanggungjawab UGD dan rawat inap.

Prosedur Diagnosis Diferensial

Menret psikologi (shigella, V. Cholera, Salmonella, E. Coli, Raota Firus, Campilo bacter)

Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan rutin tinja.

PERAWATAN

Rawat Inap, bila terdapat dehidrasi berat / sedang

Terapi

Rehidrasi oral / prenteral, antibiotik atas indikasi, diit

Penyulit

Asidosis, hipokalemi, renjatan, hipernatremi, kejang

Informet concent (tertulis)

Diperlukan pada tindakan invasif

Lama perawatan

Tiga sampai lima hari

Masa pemulihan

Dua sampai tiga minggu

Out Put

Sembuh total

Terapi

Dehidrasi ringan : (BB s/d 5%)

- Oralit
- Diit sesuai dengan umur
- Susu - Pengeceran (1 T = 40-50 cc)
  - Susu rendah laktosa / bebesa laktosa
- Antibiotik : atas indikasi

Dehidrasi sedang : (BB s/d 10%)

- Infus Ringer Laktat

Dehidrasi berat : (BB s/d 5%)

- Infus RL : 1-2 jam I 20cc/KgBB
- Selanjutnya sesuai jumlah cc/24 jam

Unit terkait RAWAT INAP, BP, PUSTU/POLINDES

SOP PEMELIHARAAN ALKES/KEPERAWATAN

Pengertian Melaksanakan pemeliharaan alat-alat keperawatan dan alat–alat kedokteran dengan cara membersihkan, mendesinfektan, menyeterilkan dan menyimpannya

Tujuan Sebagai acuan untuk pemeliharaan alat medis dan keperawawtan

Kebijakan

Prosedur

A. Pemeliharaan Peralatan dari Logam

1. Membersihkan dan desinfektan :

a. Peralatan :

- Alat kotor
- Larutan desinfektan, gelas pengukur
- Bak/ember tempat merendam
- Air mengalir

b. Prosedur :

- Memakai sarung tangan
- Membersihkan alat dari kotoran yang melekat dibawah air kran mengalir
- Dikeringkan (setelah kering dimasukan kesteroilisator)

2. Menyeterilkan dan Penyimpanan Alat Logam

a. Peralatan :

- Alat-alat logam
- Sterilisator
  - Panas kering
- Kain pembungkus bila perlu

b. Prosedur :

- Memakai panas kering (sterilisator)
  - Menyusun alat-alat ke dalam bak instrumen dalam keadaan bersih/kering
  - Membungkus bak instrumen berisi alat dengan kain
  - Memasukkan alat ke dalam autoclave (sentral) selama 30 menit untuk yang dibungkus, 20 menit untuk yang tidak dibungkus.
  - Mengangkat alat dari sterilisator dan menyimpan dalam tempatnya

B. Pemeliharaan Tensi Meter

- Mengunci air raksa setelah pemakaian alat.

- Menggulung kain beserta manset dan disusun / dimasukkan ke dalam bak tensimeter.

- Menutup tensimeter dan menyimpan pada tempatnya.

- Kain manset dicuci bila kotor atau satu kali seminggu.

- Perhatikan kaca pengukur harus tetap dalam keadaan bersih dan mudah di baca.

C. Membersihkan Dan Mendesinfeksi Serta Menyimpan Pispot

a. Peralatan

- Pispot + urinal kotor.

- Sarung tangan

- Larutan desinfektan (bayclin)

- Bak septik tank

- Keranjang sampah.

- Bak/ ember tempat merendam.

- Lap bersih dan kering.

- Sikat bertangkai

b. Prosedur

- Membawa pispot yang kotor ke dalam spoel hoek.

- Memakai sarung tangan.

- Membuang tissue bekas pakai keranjang ke keranjang sampah, dengan memakai korentang spoel hoek

- Membuang kotoran ke bak septik tank, kemudian mengalirkan air kran supaya kotoran masuk tangki septik tank. Membilas alat dari kotoran yang masuk, melekat dengan mempergunakan sikat bertangkai

- larutan desinfektan sampai semua permukaan pispot terendam.

- Membersihkan pispot dengan cara menyikat memakai air sabun/ detergen.

- Membilas pispot di bawah air mengalir

- Merendam pispot di bak /ember tempat perendam yang berisi (bayclin)
- Mengeringkan pot dengan kain lap.
- Menyimpan pot pada tempatnya.
-

D. Membersihkan Dan Mendesinfeksi Serta Menyimpan Urinal

a. Peralatan

- Urinal yang kotor.
- Sarung tangan
- Larutan desinfektan
- Bak septik tank.
- Bak/ ember perendam
- Lab bersih dan kering
- Sikat

b. Prosedur

- Membawa urinal ke kamar spoel hoek.
- Memakai sarung tangan.
- Membuang urinal ke bak septik tank.
- Membilas urinal dengan air.
- Merendam urinal dalam bak/ ember yang berisi larutan desinfektan sampai semua permukaan urinal terendam (konsentrasi sama dengan perendaman pispot)
- Memberihkan dengan cara menyikat memakai sabun/detergen
- Membilas urinal dibawah air mengalir

Mengeringkan urinal dan menggantungkannya ditempatnya

Prosedur Unit terkait	Bagian keperawatan, umum

SOP VISUM

Pengertian Melayani perrnintaan pembuatan visum et repertum.

Tujuan Sebagai acuan membuat visum setelah melakukan pemeriksaan pasien atau jenazah.

Kebijakan Visum adalah sebagai bahan bukti pengganti bila diperlukan dipengadilan.

Pelayanan visum disini adalah visum hidup

Prosedur

1. UGD puskesmas Tumpang melayani Visum hidup,

2. Permintaan Visum diajukan secara resmi dan tertulis oleh Kepolisian kepada Puskesmas.

3. Pengajuan permintaan Visum disampaikan di UGD dalam waktu 2 x 24 jam sejak kejadian oleh petugas kepolisian

4. Petugas UGD meneliti surat permintaan Visum, setelah meneliti kebenaran surat, petugas menulis tanggal, jam penerimaan, nama dan tanda tangan.

5. Apabila penderita / korban sudah masuk ruangan maka surat permintaan Visum ada di UGD '

6. Visum dibuat berdasarkan pemeriksaan penderita pada saat permintaan Visum Et repertum.

7. Bila penderita / korban sudah meninggal maka petugas UGD memriksa kondisi secara umum.

8. penderita yang sudah meninggal dirujuk ke RRSA

9. Visum hidup dibuat dan ditanda tangani oleh Dokter yang memeriksa / menangani penderita pada saat visum diterima.

10. Visum bisa diambil oleh petugas kepolisian dalam waktu 2 X 24 jam.

11. petugas menandatangani penerimaan laporan visum

catatan : dokumentasi visum (menggunakan kamera khusus visum kemudian disimpan dikomputer UGD)

Unit terkait Ambulance, Kepolisian

SOP MELAKUKAN SUNTIKAN SUBCUTAN

Pengertian Memasukkan obat kedalam jaringan kulit dengan memakai jarum suntik

1. Mendapatkan reaksi setempat
2. Memberikan kekebalan, mis. BCG

Tujuan Sebagai acuan untuk melakukan tindakan suntikan intracutan

Kebijakan

1. Pelaksanaan dilakukan oleh petugas yang terampil
2. Penyuntikan dengan menggunakan spuit sekali pakai

Prosedur Persiapan alat :

1. Bak semprit
2. Spuit steril 1 cc
3. Obat suntikan
4. Kapas desinfektan
5. Bengkok
6. Alat tulis / buku suntikan

Prosedur :

1. Memberitahukan/menjelaskan tindakan pada pasien/keluarga pasien
2. Mencuci tangan.
3. Membawa alat kepada pasien
4. Menyiapkan lingkungan
5. Mengatur posisi pasien
6. Menentukan dan menghapus hamakan/ disinfektan lokasi suntikan.
7. Menusukkan jarum suntik dengan sudut 15°-20°
8. Memasukkan obat berlahan-lahan sampai terjadi gelembung putih dalam kulit kemudian jarum dicabut
9. Merapikan pasien dan alat
10. Mendokumentasikan hasil tindakan

Hal-hal yang diperlukan :

1. Daerah suntikan jangan dimasage
2. Jenis obat yang diberikan disesuaikan dengan reaksi suntikan

Unit terkait RAWAT JALAN, UGD, KABER, PUSTU/POLINDES

SOP SUNTIKAN INTRA MUSKULER

Pengertian Injeksi intramuskuler adalah suntikan kedalam otot

Tujuan Sebagai acuan tindakan suntikan kedalam otot

Kebijakan Dibawah tanggung jawab dan pengawasan dokter

Prosedur **Penatalaksanaan**

A. INDIKASI :

1. Pada psien yang memerlukan suntikan i.m.
2. Atas perintah dokter.

B. PERSIAPAN :

1. Disp. Spuit
2. Kapas alcohol
3. Bengkok
4. Aquabidest steril
5. Gergaji ampul
6. Tempat sampah/bengkok
7. Obat yang dibutuhkan
8. bak instrumen

C. PELAKSANAAN :

1. Inform concern
2. Baca daftar obat, larutkan obat yang dibutuhkan, isi spuit sesuai dengan kebutuhan
3. Cocockan nama obat dan nama pasien.
4. Baca sekali lagi sebelum menyuntikan pada pasien.
5. Atur posisi dan tentukan tempat yang akan disuntik.
6. Desinfeksi lokasi yang akan disuntik.
7. Jarum disuntikkan pada daerah yang akan disuntik dengan arah 90 derajat.
8. Penghisap ditarik sedikit, bila ada darah obat jangan dimasukkan.
9. Obat disemprotkan perlahan-lahan
10. Setelah obat masuk seluruhnya jarum ditarik dengan cepat.
11. Kulit ditekan dengan kapas alcohol sambil melakukan masase.
12. Pasien dirapikan

Perhatian :

Penyuntikan harus tepat dan betul, bila salah akan dapat mengenai saraf.

Unit terkait RAWAT JALAN, UGD, KABER, PUSTU/POLINDES

SOP penatalaksanaan syok anafilaktik

1. Nama Pekerjaan

Syok Anafilaktik

2. Tujuan

Sebagai acuan dalam penatalaksanaan syok anafilaktik di Puskesmas.

3. Ruang Lingkup

Semua pasien yang mengalami syok anafilaktik di semua unit pelayanan yang melakukan tindakan medis yaitu :

3.1 Unit Pelayanan Kelurga Berencana
3.2 Unit Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
3.3 Unit Pelayanan Imunisasi
3.4 Unit Pelayanan Gigi
3.5 Ruang Tindakan

4. Ketrampilan Petugas

Semua tenaga medis dan paramedis terampil

5. Peralatan

5.1 Tabung Oksigen
5.2 Tensimeter
5.3 Ambulance (Jika di rujuk)
5.4 Adrenalin ampul
5.5 Dexamethason Vial
5.6 Jarum suntik disposibel 2,5 ml, 3 ml

6. Instruksi Kerja

6.1 Baringkan pasien dengan posisi kaki lebih tinggi
6.2 Berikan ADRENALIN inj. 0,3 cc (1 : 1000) secara Intra Muskular pada lengan atas.
6.3 Bila perlu dapat diulang tiap 15 menit, umumnya diperlukan 1-4 kali pemberian.
6.4 Pasang tornikuet proksimal dari tempat suntikan (untuk mencegah penyebaran), tornikuet dikendurkan tiap 10 menit
6.5 Jaga sistem pernapasan dan sistem kardiovaskuler agar berjalan baik
6.6 Pemberian cairan bila diperlukan
6.7 Bila perlu Kortikosteroid dapat diberikan secara intravena.
6.8 Dosis Hidrocortison 5 mg / kg BB, dapat diulang tiap 4 – 6 jam
6.9 Bila keadaan tidak membaik, persiapkan rujukan ke fasilisas Kesehatan yang lebih lengkap.

7. Dokumen Terkait

7.1 Buku Status Pasien
7.2 Protap syok anfilaktik.
7.3 Buku register unit pelayanan terkait
7.4 Buku daftar rujukan pasien

8. Indikator Kinerja

Kesadaran pasien dapat di perbaiki

9. Kontra Indikasi

-

10. Referensi

SOP Pemberian Imunisasi DPT

1. **Nama Pekerjaan**

   Pemberian Imunisasi DPT

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi DPT agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit Dipteri (batuk rejan).

3. **Ruang Lingkup**

   Semua pasien yang akan melakukan imunisasi DPT di unit pelayanan KIA pada anak berumur 0 - 11bln

4. **Ketrampilan Petugas**

   3.1 Dokter

   3.2 Bidan

   3.3 Perawat

5. **Uraian Umum**

   Tidak ada

6. **Alat dan Bahan**

   5.1 Alat

   Tidak ada

   5.2 Bahan

   5.2.1 Vaksin DPT

   5.2.2 Jarum dan semprit disposibel

   5.2.3 Kapas

   5.2.4 Bersih

7. **Instruksi Kerja**

   5.1 Petugas mencuci tangan

   5.2 Pastikan vaksin yang akan di gunakan

   5.3 Jelaskan kepada ibu anak tersebut, umur anak (2-11 bulan) jumlah suntikan 3x untuk imunisasi DPT ini

   5.4 Ambil 0,5 cc vaksin DPT

   5.5 Bersihkan 1/3 paha bagian luar dengan kapas yang telah di basahi air bersih

   5.6 Suntikan secara intra muskuler (im) atau sub kutan (sc)

   5.7 Terangkan kepada ibu anak tersebut, tentang panas akibat DPT, berikan obat penurun panas / antipiretik kepada ibu anak tersebut bila anak panas tinggi (lebih dari 39 ^{0}c)

   5.8 Rapikan alat-alat

   5.9 Petugas mencuci tangan

   5.10 Mencatat dalam buku

8. **Indikator Kinerja**

   Mendapatkan hasil yang tepat dan benar

9. **Catatan Mutu**

   8.1 Buku register bayi

   8.2 Kohor bayi

   8.3 Status bayi

   8.4 Kartu KMS

SOP Rujukan Neonatus Dengan Asfiksia

1. NAMA PEKERJAAN

Rujukan Neonatus Dengan Asfiksia

2. TUJUAN

Sebagai acuan dalam merujuk Neonatus dengan Asfiksiaia

3. RUANG LINGKUP

Semua Neonatus dengan Aspexia yang akan dirujuk

4. KETERAMPILAN PETUGAS

Dokter dan Bidan yang akan merujuk Neonatus dengan Asfiksia

5. ALAT DAN BAHAN

5.1. Alat.

5.1.1. Selimut hangat/tebal yang bersih/popok serta kain penyeka muka.

5.1.2. Sungkup no.1 untuk bayi cukup bulan dan no.0 untuk bayi kurang bulan

5.1.3. Penghisap lendir.slym dan penekan lidah : 1 set

5.1.4. Meja kering, bersih dan hangat

5.1.5. Pemotong dan pengikat tali pusat : 1 set

5.1.6. Timer (jam tangan yang ada detiknya)

5.2. Bahan.

5.2.1. Oxygen, ventilasi dengan oxygen

6. INSTRUKSI KERJA

Neonatus yang mengalami asfiksia memerlukan penangan khusus oleh dokter, selama proses merujuk petugas perlu melakukan tindakan sbb:

6.1. Penanganan Umum.

6.1.1. Keringkan bayi, ganti kain yang basah dan bungkus dengan kain yang hangat yang kering.

6.1.2. Jika belum dilakukan, segera klem & potong tali pusat

6.1.3. Letakan bayi ditempat keras dan hangat (dibawah radiant – heater) untuk resusitasi

6.1.4. Kerjakan pedoman pencegahan infeksi dalam melakukan tindakan perawatan dan resusitasi

6.2. Resusitasi.

Perlunya resusitasi harus ditentukan sebelum akhir menit pertama kehidupan . Indikator terpenting bahwa diperlukan resusitasi adalah kegagalan nafas setelah bayi lahir.

6.3. Membuka jalan nafas / mengatur posisi bayi sebagai berikut :

Posisi bayi :

6.3.1. Terlentang

6.3.2. Kepala lurus dan sedikit terngadah / ekstensi (posisi mencium bau)

6.3.3. Bayi diselimuti, kecuali muka dan dada

6.3.4. Bersihkan jalan nafas dengan menghisat mulut lalu hidung, jika terdapat darah/ meconium dimulut atau hidung, hisap segera untuk menghindari aspirasi.

Catatan : Jangan menghisap terlalu dalam ditenggorokan, karena dapat mengakibatkan turunnya rekuensi denyut jantung bayi atau bayi berhenti bernafas.

6.3.5. Tetap jaga kehangatan tubuh bayi.

6.3.6. Nilai kembali keadaan bayi :

- Jika bayi mulai menangis atau bernafas lanjutkan dengan asuhan awal bayi baru lahir.
- Jika bayi tetap tidak bernafas lanjutkan dengan ventilasi.

6.4. Ventilasi bayi baru lahir.

6.4.1. Cek kembali posisi bayi (kepala sedikit ekstensi)

6.4.2. Posisi sungkup dan cek perlekatannya

6.4.3. Pasang sungkup diwajah, menutupi pipi, mulut dan hidung

6.4.4. Rapatkan perlekatan sungkup dengan wajah

6.4.5. Remas balon dengan 2 jari atau seluruh tangan tergantung besarnya balon.

6.5. Ventilasi bayi jika perlekatan baik dan terjadi pengembangan dada. Pertahankan frekuensi (sekitar 40 x / menit) dan tekanan (amati dada mudah naik dan turun).

6.5.1. Jika dada naik maka kemungkinan tekanan adekuat.

6.5.2. Jika dada tidak naik :

Cek kembali dan koreksi posisi bayi

Reposisi sungkup untuk pelekatan lebih baik

Remas balon lebih kuat untuk mukus, darah / mekonium

6.6. Lakukan ventilasi selama 1 menit, berhenti dan nilai apakah terjadi nafas spontan

6.6.1. Jika pernafasan normal (frekwensi 30 – 60 x / menit), tidak ada tarikan dinding dada dan suara merintih dalam 1 menit, resusitasi tidak diperlukan lanjutkan dengan asuhan awal bayi baru lahir.

6.6.2. Jika bayi belum bernafas atau nafas lemah, lanjutkan ventilasi sampai nafas spontan terjadi.

6.7. Jika bayi mulai menangis, hentikan ventilasi dan amati nafas selama 5 menit setelah tangis berhenti.

6.7.1. Jika pernafasan normal (frekwensi 30 – 60 x / menit), tidak ada tarikan dinding dada dan suara merintih dalam 1 menit resusitasi tidak diperlukan. Lanjutkan dengan asuhan awal bayi baru lahir.

6.7.2. Jika frekwensi 30 x / menit, lanjujtkan ventilasi.

6.7.3. Jika terjadi tarikan dinding dada yang kuat, ventilasi dengan oxygen, jika tersedia, rujuk kekamar bayi atau tempat pelayanan yangh dituju.

6.8. Jika nafas belum teratur setelah 20 menit ventilasi :

6.8.1. Rujuk ke pelayanan yang dituju.

6.8.2. Selama dirujuk, jaga bayi tetap hangat dan berikan ventilasi jika diperlukan.

6.9. Jika tidak ada usaha bernafas, megap – megap atau tidak ada nafas setelah 20 menit ventilasi, hentikan ventilasi, bayi lahir mati, berikan dukungan psikologis kepada keluarga.

7. INDIKATOR KERJA

Neonatus yang mengalami asfiksia mendapat penangan yang sesuai protab

8. DOKUMEN TERKAIT

8.1. Kartu Anak

8.2. Surat rujukan

8.3. Buku Rujukan

8.4. Buku KIA

SOP Pemberian Imunisasi Campak

1. **Nama Pekerjaan**

   Imunisasi Campak

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi campak agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit campak.

3. **Ruang Lingkup**

   Unit pelayanan KIA pada anak berumur 9 bulan

4. **Ketrampilan Petugas**

   4.1. Dokter

   4.2. Bidan

   4.3. Perawat

5. **Uraian Umum**

   Tidak ada

6. **Alat dan Bahan**

   6.1. Alat

   6.1.1. Pinset

   6.1.2. Disposible spuit

   6.2. Bahan

   6.2.1. Vaksin

   6.2.2. Pelarut

   6.2.3. Kapas

   6.2.4. Air

7. **Instruksi Kerja**

   7.1. Petugas mencuci tangan

   7.2. Pastikan vaksin dalam keadaan baik (no bact / exp / vvm)

   7.3. Buka tutup vaksin dengan menggunakan Pinset

   7.4. Larutkan dengan cairan pelarut campak yang sudah ada (5 cc)

   7.5. Pastikan umur anak tepat untuk di imunisasi campak (9 bulan)

   7.6. Ambil 0,5 cc vaksin campak yang telah dilarutkan tadi

   7.7. Bersihkan lengan kiri bagian atas anak dengan kapas yang telah di basahi air bersih

   7.8. Suntikan secara sub (sc)

   7.9. Rapikan alat

   7.10. Cuci tangan petugas

8. **Catatan Mutu**

8.1. Kohort bayi

8.2. Buku Register KIA

8.3. Buku Status bayi

8.4. Kartu Imunisasi

SOP Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

1. Nama Pekerjaan

Pemberian Imunisasi Tetanus Toxoid

2. Tujuan

Sebagai acuan untuk melaksanakan suntikan TT untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tetanus.

3. Ruang lingkup

Petunjuk kerja ini mencakup unit pelayanan di ruang tindakan, unit pelayanan KIA yang diberikan pada ibu hamil dan calon penganten.

4. Ketrampilan petugas

4.1 Bidan terlatih.
4.2 Dokter
4.3 Perawat terlatih

5. Uraian Umum

4.1 Imunisasi Tetanus Toxoid terbukti sebagai satu upaya pencegahan penyakit Tetanus.
4.2 Diberikan pada usia kehamilan trimester pertama, dengan interval waktu 4 minggu.
4.3 Disuntikan pada lengan atas secara intra muscular (im) sebanyak 0,5 ml, Intra Muskular atau subcutan
4.4 Sebelumnya lengan dibersihkan dengan kapas yang telah dibasahi air hangat.
4.5 Kontra indikasi : gejala –gejala berat karena dosis pertama TT
4.6 Referensi : pedoman teknis Imunisasi tingkat Puskesmas.

6. Alat dan Bahan

6.1 Alat

Tidak ada

6.2 Bahan

6.2.1 Kapas
6.2.2 Serum Tetanus Toxoid
6.2.3 Jarum Suntik disposibel 2,5 ml
6.2.4 Air bersih hangat

7. Instruksi Kerja

7.1 Lakukan identifikasi dan anamnesa dengan menanyakan pada pasien :
7.1.1.1 Nama, Umur dan alamat
7.1.1.2 Apakah ada alergi terhadap obat-obatan
7.2 Pastikan kondisi pasien dalam keadaan sehat
7.3 Isi Form persetujuan tindakan medik dan pasien tanda tangan untuk persetujuan
7.4 Tulis tarif tindakan dan persilahkan pasien membayar ke kasir
7.5 Siapkan bahan dan alat suntik
7.6 Ambil vaksin dengan jarum dan semprit disposible sebanyak 0,5 ml

7.7 Persilahkan pasien duduk

7.8 Oleskan kapas steril pada lengan kiri bagian atas

7.9 Suntik pada lengan kiri bagian atas secara intra musculer

7.10 Olesi bekas suntikan dengan kapas steril

7.11 Buang jarum bekas suntikan ke dalam kotak

7.12 Persilahkan pasien menunggu 15 menit di luar, dan jika tidak terjadi efek samping pasien boleh pulang

7.13 Catat pada buku status dan KMS ibu hamil

8. Indikator Kinerja

Tidak terjadi tetanus toxoid pada saat melahirkan

9. Catatan Mutu

9.1 Kartu status ibu- RB (Ibu hamil)

9.2 Buku register kohort ibu hamil

9.3 Buku register ibu hamil

9.4 Buku catatan resiko tinggi

9.5 Formulir Persetujuan Tindakan Medik

SOP Membimbing ibu cara menyusui yang baik

1. NAMA PEKERJAAAN

Membimbing ibu cara menyusui yang baik

2. TUJUAN

Sebagai acuan dalam membimbing ibu melakukan cara menyusui yang baik

3. RUANG LINGKUP

Semua pasien post partum yang menyusui

4. KETERAMPILAN PETUGAS

4.1. Dokter

4.2. Bidan Trampil

5. ALAT DAN BAHAN

5.1. Alat

5.1.1. Kursi yang rendah agar kaki tidak menggantung dan punggung bersandar pada kursi

5.2. Bahan

5.2.1. Lap bersih / tissue

6. INSTRUKSI KERJA

6.1. Beritahu ibu untuk cuci tangan dahulu.

6.2. Keluarkan ASI sedikit lalu oleskan pada puting susu dan areola sekitarnya.

6.3. Ibu duduk dengan santai menggunakan kursi yang rendah

6.4. Punggung bersandar dengan santai pada kursi.

6.5. Pegang bayi dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan ibu. Kepala bayi tidak boleh terngadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.

6.6. Satu tangan bayi pada arah badan ibu sebaiknya diletakkan dibelakang badan ibu.

6.7. Perut bayi menempel pada badan ibu, kepala bayi menghadap payudara ibu.

6.8. Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.

6.9. Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.

6.10. Ibu memegang payudara dengan ibu jari diatas payudara dan jari lain menopang dibawah payudara, jangan menekan puting susu / areolanya saja.

6.11. Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi / sisi mulut bayi dengan putting susu.

6.12. Setelah bayi membuka mulut dengan cepat punggung bayi didekatkan kepayudara ibu dengan puting susu dan areola dimasukkan kedalam mulut bayi.
Usahakan sebagian besar areola masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dilangit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar.

6.13. Sebaiknya bayi menyusu pada satu payudara sampai payudara terasa kosong.

6.14. Lanjutkan dengan menyusui pada payudara yang satu lagi.

6.15. Cara melepaskan isapan bayi

6.15.1. Masukkan jari kelingking ibu kemulut bayi melalui sudut mulutnya.

6.15.2. Tekan dagu bayi kebawah

6.16. Setelah selesai menyusui, keluarkan ASI sedikit dan oleskan pada putting susu serta areola sekitarnya dan biarkan erring sendiri.

6.17. Jangan lupa menyendawakan setelah menyusui dengan cara.

6.17.1. Bayi di gendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu dan tepuk punggungnya berlahan.

6.17.2. Bayi tidur terlungkup dipangkuan ibu dan tepuk punggungnya berlahan.

7. DOKUMEN TERKAIT

–

8. INDIKATOR KINERJA

Ibu mengerti dan bisa melakukan cara menyusui yang benar.

SOP Pemasangan Infus

1. NAMA PEKERJAAN

   Pemasangan Infus

2. TUJUAN

   1.1 Sebagai acuan untuk memberikan kebutuhan atau pengobatan melalui infus

   1.2 Sebagai cara untuk memasukan cairan

3. Ruang Lingkup

   2.1 Ruang Persalinan

   2.2 Ruang UGD

   2.3 Ruang BP

4. Ketrampilan Petugas

   4.1 Dokter.

   4.2 Perawat terampil.

   4.3 Bidan terampil

5. Peralatan

   5.1 Infus set

   5.2 Abocath sesuai dengan kebutuhan

   5.3 Tourniquet

   5.4 Safety Box

   5.5 Kapas alcohol

   5.6 Standar infuse

   5.7 Plester

   5.8 Cairan antiseptic (Bethadine)

   5.9 Kasa steril

   5.10 Sarung tangan steril.

   5.11 Cairan yang dibutuhkan (NaCl 0,9%, Dextrose 5% dan 10%, Ringer Lactat RL dll.)

6. Instruksi Kerja

   6.1 Baca instruksi dokter dan minta formulir persetujuan tindakan medis (untuk perawat) di ruang tindakan dan pelayanan 24 jam.

   6.2 Jelaskan pada pasien atau keluarganya tentang tindakan yang akan dilakukan.

   6.3 Isi form persetujuan tindakan medik dan pasien diminta untuk menandatanganinya untuk RB.

   6.4 Siapkan alat dan bahan

   6.5 Cuci tangan

   6.6 Pakai sarung tangan.

6.7 Tentukan daerah vena yang akan digunakan.
6.8 Bersihkan area dari bulu-bulu jika ada.
6.9 Pasang torniquet.
6.10 Disinfeksi daerah penusukan.
6.11 Tusukan jarum Abbocath dengan posisi 45O lubang jarum menghadap ke atas dan setelah tampak darah pada pangkal abocath masukan kanule perlahan lahan dan secara bersamaan jarum dikeluarkan dengan cara mendorongnya sambil tangan yang lain menahan kanule tepat ditempatnya.
6.12 Lepas torniquet.
6.13 Hubungkan kanule infuse dengan set infuse dan fiksasi kanule abocath dengan membalut kain kasa steril.
6.14 Sesuaikan kecepatan aliran pemberian cairan (tetesan cairan) sesuai indikasi atau sesuai instruksi dokter.
6.15 Buang jarum abocath kedalam Safety Box atau kotak atau plabotl.
6.16 Rapihkan alat-alat.
6.17 Lepas sarung tangan dan buang dalam sampah infeksius.
6.18 Cuci tangan petugas
6.19 Catat pada buku status dan buku register.

7. Dokumen Terkait
7.1 Buku atau kartu status pasien.
7.2 Buku register Unit Pelayanan Umum
7.4 Lembaran resep
7.5 Formulir Persetujuan Tindakan Medis

8. Indikator Kinerja
8.1 Tidak terjadi Infeksi nosokomial
8.2 Aliran cairan infuse sesuai indikasi
8.3 Rehidrasi tercapai

SOP Pemberian Imunisasi BCG

1. **Nama Pekerjaan**

   Pemberian Imunisasi BCG

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi Bacillus Calmette – Guerin (BCG)agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit Tuberkulosis (TBC)

3. **Ruang Lingkup**

   Semua pasien yang akan di imunisasi BCG di unit pelayanan KIA pada anak berumur 0 - 11 bln

4. **Ketrampilan Petugas**

   3.1 Dokter

   3.2 Bidan

   3.3 Perawat

5. **Uraian Umum**

   5.1. Tuberkulosis adalah penyakit yang disebabkan oleh Mycrobacterium tuberculosa (batuk darah)

   5.2. Vaksin yang sudah dilarutkan harus digunakan sebelum lewat 3 jam

6. **Alat dan Bahan**

   6.1. Alat

   Tidak ada

   6.2. Bahan

   5.1.1 Vaksin BCG

   5.1.2 Jarum dan semprit disposibel 1 ml

   5.1.3 Disposibel 5 cc untuk melarutkan

   5.1.4 Kapas

   5.1.5 Kartu imunisasi

7. **Instruksi Kerja**

   7.1. Petugas mencuci tangan

   7.2. Pastikan vaksin dan spuit yang akan di gunakan

   7.3. Larutkan vaksin dengan cairan pelarut BCG 1 ampul (4 cc)

   7.4. Pastikan anak belum pernah di BCG dengan menanyakan pada orang tua anak tersebut

   7.5. Ambil 0.05 cc vaksin BCG yang telah kita larutkan tadi

   7.6. Bersihkan lengan dengan kapas yang telah dibasahi air bersih, jangan menggunakan alkohol / desinfektan sebab akan merusak vaksin tersebut

   7.7. Suntikan vaksin tersebut sepertiga bagian lengan kanan atas (tepatnya pada insertio musculus deltoideus) secara intrakutan (ic) / dibawah kulit

   7.8. Rapikan alat-alat

   7.9. Petugas mencuci tangan

   7.10. Mencatat dalam buku

8. **Indikator Kinerja**

   Mendapatkan hasil yang baik , tepat dan akurat

9. **Catatan Mutu**

   9.1. Buku register bayi

   9.2. Kohor bayi

9.3. Status bayi

9.4. Kartu KMS

SOP Pemberian Immunisai Polio

1. **Nama pekerjaan**

   Pemberian Immunisai Polio

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi polio agar anak mempunyai daya tahan terhadap penyakit polio.

3. Ruang **Lingkup**

   Semua pasien yang akan melakukan imunisasi polio di unit pelayanan KIA pada anak berumur 0 - 11 bln

4. **Ketrampilan Petugas**

   4.1. Dokter

   4.2. Bidan

   4.3. Perawat

5. **Uraian Umum**

   5.1. Imunisasi polio diberikan pada bayi mulai umur 0 – 11 bulan dalam ruang lingkup KIA dan 0 – 59 bulan untuk kegiatan Pekan Imunisasi Nasional (PIN)

   5.2. Imunisasi polio di Puskesmas Puger diberikan sampai 4 kali dengan selang waktu 1 bulan

6. **Alat dan bahan**

   6.1. Alat

   6.1.1 Pinset / gunting kecil

   6.2. Bahan

   6.1.2 Vaksin Polio

   6.1.3 Pippet Polio

7. **Instruksi Kerja**

   7.1 Petugas mencuci tangan

   7.2 Pastikan vaksin polio dalam keadaan baik (perhatikan nomor , kadaluarsa dan vvm / vaksin vial monitor)

   7.3 Buka tutup vaksin dengan menggunakan pinset / gunting kecil

   7.4 Pasang pipet diatas botol vaksin

   7.5 Letakkan anak pada posisi yang senyaman mungkin

   7.6 Buka mulut anak dan teteskan vaksin volio sebanyak 2 tetes

   7.7 Pastikan vaksin yang telah diberikan ditelan oleh anak yang di imunisasi

   7.8 Jika di muntahkan atau di keluarkan oleh anak, ulangi lagi penetesannya

   7.9 Saat meneteskan vaksin ke mulut, agar vaksin tetap dalam kondisi steril

   7.10 Rapikan alat

   7.11 Petugas mencuci tangan

8. **Indikator Kinerja**

Mendapatkan hasil yang baik dan efektif

9. Dokumen Terkait

Status pasien

10. Kontra Indikasi

11. Referensi

12. Catatan mutu

12.1 Kohor bayi

12.2 Register KIA

12.3 Status bayi

12.4 Kartu imunisasi

SOP Pemeriksaan Denyut Jantung Janin

1. Nama Pekerjaan

Pemeriksaan Denyut Jantung Janin

2. Tujuan

Sebagai acuan untuk mengetahui kesehatan ibu dan perkembangan janin khususnya denyut jantung janin dalam rahim.

3. Ruang lingkup

Ibu hamil dengan usia kehamilan 16 minggu / 4 bulan yang datang ke unit pelayanan KIA dan Rumah Bersalin

4. Ketrampilan petugas

1.1 Bidan terlatih.

1.2 Dokter

5. Uraian Umum

1.3 Detak jantung janin normal permenit yaitu : 120 – 140 / menit

1.4 Pemeriksaan denyut jantung janin harus dilakukan pada ibu hamil.

1.5 Denyut jantung janin baru dapat didengar pada usia kehamilan 16 minggu / 4 bulan.

6. Alat dan Bahan

1.6 Alat

1.6.1 Doppler

1.7 Bahan

1.7.1 Jelly

7. **Instruksi Kerja**

1.8 Baringkan ibu hamil dengan posisi terlentang

1.9 Beri jelly pada doppler /lineac yang akan digunakan

1.10 Tempelkan doppler pada perut ibu hamil didaerah punggung janin.

1.11 Hitung detak jantung janin :

1.11.1 Dengar detak jantung janin selama 1 menit, normal detak jantung janin 120-140 / menit.

1.12 Beri penjelasan pada pasien hasil pemeriksaan detak jantung janin

1.12.1 Jika pada pemeriksaan detak jantung janin, tidak terdengar ataupun tidak ada pergerakan bayi, maka pasien diberi penjelasan dan pasien dirujuk ke RS.

1.13 Pasien dipersilahkan bangun

1.14 Catat hasil pemeriksaan jantung janin pada buku Kart Ibu dan Buku KIA

8. Indikator Kinerja

Denyut jantung janin dapat diketahui dengan tepat dan benar

9. Catatan Mutu

1.15 Kartu Ibu

1.16 Buku register kohort ibu hamil

1.17 Buku register ibu hamil

1.18 Buku KIA

SOP Pemberian Tablet Zat Besi Pada Ibu Hamil

1. **Nama Pekerjaan**

   Pemberian Tablet Zat Besi Pada Ibu Hamil

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam melakukan pemberian tablet zat besi pada ibu hamil dan anemia pada kehamilan untuk mengatasi anemia sebelum persalinan berlangsung.

3. **Ruang lingkup**

   Semua Ibu hamil yang berkunjung ke unit pelayanan Kesehatan Ibu dan Rumah Bersalin UPTD Puskesmas Kendal Kerep meliputi pasien baru, ibu hamil 28 minggu dan pasien – pasien yang anemis.

4. **Ketrampilan petugas**

   4.1 Bidan terlatih.

   4.2 Dokter

5. **Uraian Umum**

   Tidak ada

6. **Alat dan Bahan**

   6.1 Alat

   6.1.1 Alat tulis

   6.1.2 Form Pemeriksaan Laboratorium

   6.2 Bahan

   Tablet Zat besi

7. **Instruksi Kerja**

   7.1 Periksa konjungtiva pasien, untuk menentukan pasien anemis atau tidak.

   7.2 Catat hasil pemeriksaan dalam kartu status dan KMS ibu hamil.

   7.3 Isi form pemeriksaan laboratorium.

   7.4 Jelaskan pada pasien tujuan dari pemeriksaan.

   7.5 Jelaskan pada pasien, untuk membayar biaya pemeriksaan laboratorium di kasir sebelum kelaboratorium dan setelah selesai pemeriksaan membawa hasil pemeriksan kembali ke unit pelayanan kesehatan ibu.

   7.6 Rujuk ke unit pelayanan gizi, jika hasil pemeriksaan Hb < 11 gr %

   7.7 Beri tablet zat besi pada semua ibu hamil, sedikitnya 1 tablet / hari, selama 30 hari berturut-turut untuk pasien hamil pada trimester I, sedangkan untuk ibu hamil dengan anemia diberikan tablet zat besi dan vitamin C tiga kali satu tablet perhari (3 X 1) , hal ini sangat tergantung dengan persediaan obat yang ada

   7.8 Jika tablet zat besi persediaan habis, maka akan diberikan resep luar

   7.9 Beri penyuluhan gizi pada semua ibu hamil disetiap kunjungan ANC, tentang perlunya minum tablet zat besi dan vitamin C, serta menghindari minum teh / kopi / susu dalam 1 jam sebelum / sesudah makan, karena dapat mengganggu penyerapan zat besi.

8. **Indikator Kinerja**

   Bumil tidak anemia pada saat kehamilan

9. Catatan Mutu

9.1 Kartu status ibu hamil

9.2 Buku register kohort ibu hamil

9.3 Buku register ibu hamil

9.4 Buku KIA.

10. Kontra Indikasi.

11. Referensi.

SOP ASUHAN ANTENATAL / PEMERIKSAAN KEHAMILAN

1. **Nama** **Pekerjaan**

   Pemeriksaan Antenatal Care pada Ibu Hamil

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam melakukan pemeriksaan Ante Natal Care (ANC), sehingga dapat menyelesaikannya dengan baik, melahirkan bayi yang sehat dan memperoleh kesehatan yang optimal pada masa nifas serta dapat menyusui dengan baik dan benar.

3. **Ruang lingkup**

   Pemeriksaan Ibu hamil di unit pelayanan KIA dan RB

4. **Uraian Umum**

   4.1 ANC adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada ibu hamil dan selama kehamilannya.

   4.2 Mempersiapkan ibu agar memahami pentingnya pemeliharaan kesehatan selama hamil, bersalin dan nifas.

   4.3 Mendeteksi dini faktor resiko dan menangani masalah tersebut secara dini.

5. **Ketrampilan petugas**

   5.1 Bidan terlatih.

   5.2 Dokter

6. **Alat dan Bahan**

   6.1 Alat

   6.1.1 Leanec

   6.1.2 Doppler / spekulum corong

   6.1.3 Meteran kain pengukur tinggi fundus uteri

   6.1.4 Meteran pengukur LILA

   6.1.5 Selimut

   6.1.6 Reflex Hammer

   6.1.7 Jarum suntik disposibel 2,5 ml

   6.1.8 Air hangat

   6.1.9 Timbangan Berat Badan dewasa

   6.1.10 Tensimeter Air Raksa

   6.1.11 Stetoscope

   6.1.12 Bed Obstetric

   6.1.13 Spekulum gynec

   6.1.14 Lampu halogen / senter

   6.1.15 Kalender kehamilan

   6.2 Bahan

   6.2.1 Sarung tangan

   6.2.2 Kapas steril

   6.2.3 Kassa steril

   6.2.4 Alkohol 70 %

   6.2.5 Jelly

   6.2.6 Sabun antiseptik

   6.2.7 Wastafel dengan air mengalir

   6.2.8 Vaksin TT

7. **Instruksi Kerja**

7.1 PERSIAPAN.

7.1.1.Mempersiapkan alat dan bahan medis yang diperlukan.

7.1.2.Mempersiapkan Bumil mengosongkan kandung kemih.

7.1.3.Petugas mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan bilas dengan air mengalir dan keringkan.

7.2 PELAKSANAAN:

7.2.1 Anamnesa:

7.2.1.1 Riwayat perkawinan.

7.2.1.2 Riwayat penyakit ibu dan keluarga.

7.2.1.3 Status wayat Haid, HPHT.

7.2.1.4 Riwayat imunisasi Ibu saat ini

7.2.1.5 Kebiasaan ibu.

7.2.1.6 Riwayat persalinan terdahulu

Dari anamnesa haid tersebut, tentukan Usia kehamilan dan buat taksiran persalinan.

7.2.2 Pemeriksaan

7.2.2.1 Pemeriksaan Umum.

- Keadaan umum Bumil
- Ukur TB, BB, Lila.
- Tanda vital : tensi, Nadi, RR, HR
- Pemeriksaan fisik menyeluruh (dari kepala sampai ekstremitas).

Mata : conjungtiva, ikterus ; Gigi ,

Kaki :Oedema kaki , dst.

7.2.2.2 Pemeriksaan khusus.

- **UMUR KEHAMILAN <20 mgg** :

a). Inspeksi.

1. Tinggi fundus
2. Hyperpigmentasi (pada areola mammae, Linea nigra).
3. Striae.

b) Palpasi.

1. Tinggi fundus uteri
2. Keadaan perut

c) Auskultasi.

- **UMUR KEHAMILAN > 20 mgg:**

a). Inspeksi.

1. Tinggi fundus uteri
2. Hypergigmentasi dan striae
3. Keadaan dinding perut

b). Palpasi.

Lakukan pemeriksaan Leopold dan intruksi kerjanya sbb :

Pemeriksa berada disisi kanan bumil, menghadap bagian lateral kanan.

a. Leopold 1.

1. Letakkan sisi lateral telunjuk kiri pada puncak fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus. Perhatikan agar jari tersebut tidak mendorong uterus kebawah (jika diperlukan, fiksasi uterus basah dengan meletakkan ibu jari dan telunjuk tangan kanan dibagian lateral depan kanan dan kiri, setinggi tepi atas simfisis)
2. Angkat jari telunjuk kiri (dan jari-jari yang memfiksasi uterus bawah) kemudian atur posisi pemeriksa sehingga menghadap kebagian kepala ibu.
3. Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada fundus uteri dan rasakan bagian bayi yang ada pada bagian tersebut dengan jalan menekan secara lembut dan menggeser telapak tangan kiri dan kanan secara bergantian

b. Leopold 2.

1. Letakkan telapak tangan kiri pada dinding perut lateral kanan dan telapak tangan kanan pada dinding perut lateral kiri ibu sejajar dan pada ketinggian yang sama.
2. Mulai dari bagian atas, tekan secara bergantian atau bersamaan telapak tangan kiri dan kanan kemudian geser kearah bawah dan rasakan adanya bagian yang rata dan memenjang (punggung) atau bagaian yang kecil (ekstremitas).

c. Leopold 3.

1. Atur posisi pemeriksa pada sisi kanan dan menghadap kebagian kaki ibu.
2. Letakkan ujung telapak tangan kiri pada dinding lateral kiri bawah, telapak tangan kanan pada dinding lateral kanan bawah perut ibu, tekan secara lembut bersamaan atau bergantian untuk menentukan bagian bawah bayi (bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala, sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong).

d. Leopold 4.

1. Letakkan ujung telapak tangan kiri dan kanan pada dinding lateral kiri dan kanan uterus bawah, ujung-ujung jari tangan kiri dan kanan berada pada tepi atas simfisis.
2. Temukan kedua jari kiri dan kanan, kemudian rapatkan semua jari-jari tangan kanan yang meraba dinding bawah uterus.
3. Perhatikan sudut yang dibentuk oleh jari-jari kiri dan kanan (konvergen/divergen)
4. Pindahkan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pada bagian terbawah bayi (bila presentasi kepala, upayakan memegang bagian kepala didekat leher dan bila presentasi bokong, upayakan untuk memegang pinggang bayi)
5. Fiksasi bagian tersebut kearah pintu atas panggul, kemudian letakkan jari0jari tangan kanan diantara tangan kiri dan simfisis untuk menilai seberapa jauh bagian terbawah telah memasuki pintu atas panggul.

c). Auskultasi.

- Pemeriksaan bunyi dan frekuensi jantung janin.

d). Pemeriksaan Tambahan.

- Laboratorium rutin : Hb, Albumin
- USG

7.2.3 Akhir pemeriksaan :

7.2.3.1 . Buat kesimpulan hasil pemeriksaan

7.2.3.2 . Buat prognosa dan rencana penatalaksanaan.

7.2.3.3 . Catat hasil pemeriksaan pada buku KIA dan status pasien.

7.2.3.4 . Jelaskan hasil pemeriksaan kepada bumil yang meliputi : usia kehamilan, letak janin, posisi janin, Tafsiran persalinan, Resiko yang ditemukan atau adanya penyakit lain.

7.2.3.5 . Jelaskan untuk melakukan kunjungan ulang.

7.2.3.6 . Jelaskan rencanan asuhan ANC berkaitan dengan hasil pemeriksaan

7.2.3.7 . Jelaskan pentingnya imunisasi

7.2.3.8 . Jelaskan menjadi akseptor KB setelah melahirkan

7.2.3.9 . Beri alasan bila pasien dirujuk ke Rumash Sakit

8. Indikator Kinerja

8.1 Kehamilan terutam kesehatan ibu dan janin dapat dipantau

9. Catatan Mutu

9.1 Kartu status ibu hamil

9.2 Buku register kohort ibu hamil

9.3 Buku register ibu hamil

9.4 Buku KIA

10. KONTRA INDIKASI

Tidak ada

11. REFERENSI

Buku Kesehatan Maternal dan Neonatus, Yayasan Bina Pustaka, Sarwono Prawiroharjo, Jakarta, 2002.

SOP PENGISIAN KARTU BAYI

1. Nama Pekerjaan

Pengisian Kartu Status Bayi

2. Tujuan

Sebagai acuan dalam pengisian kartu status bayi secara lengkap dan benar.

3. Ruang lingkup

Kartu status bayi untuk bayi di bawah 1 tahun yang datang ke unit pelayanan KIA

4. Ketrampilan Petugas

4.1 Bidan dan petugas terlatih

4.2

5. Alat dan Bahan

5.1 Alat

5.1.1 Ballpoint

5.1.2 Kartu status bayi

5.1.3 Timbangan berat badan

6. Instruksi Kerja

6.1 Tulis dengan ballpoint warna hitam dengan rapih dan jelas.

6.2 Tulis nomor register pasien pada kolom bagian kanan atas.

6.3 Tulis nama Puskesmas pada sudut kiri atas

6.4 Tulis identitas pasien di halaman depan pada kolom yang tersedia

6.4.1 Nama, alamat pasien

6.4.2 Tanggal lahir, jenis kelamin, tempat lahir

6.4.3 Panjang badan waktu lahir

6.5 Tulis identitas orang tua

6.5.1 Nama ayah, pekerjaan ayah

6.5.2 Nama ibu, pekerjaan ibu

6.6 Isi dan tulis pada bagian depan tegah

6.6.1 Macamnya persalinan : normal, tidak normal

6.6.2 Kelainan letak, CPD, cacat bawaan

6.7 Pelayanan persalinan

6.7.1 Dokter, bidan, tenaga puskesmas, dukun terlatih, tenaga terlatih

6.7.2 Tempat persalinan, rumah, rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, rumah bidan

6.8 Tulis anak nomor

6.9 Isi pada kolom ASI / Bukan ASI

6.10 Isi dan tulis pada kolom imunisasi, jenis imunisasi dan tanggal

6.11 Isi dan tulis pada halaman pemeriksaan kesehatan anak

6.11.1 Tanggal, umur, berat badan, jenis imunisasi, tanda tangan orang tua, tanda tangan petugas, tanggal kembali

6.12 Isi dan tulis pada kolom grafik berat badan

6.12.1 Bulan kelahiran pasien

6.12.2 Bulan pasien berkunjung di puskesmas

7. Catatan Mutu

7.1 Kartu status Ibu

7.2 Buku register kesehatan bayi

7.3 Buku register kohort bayi

SOP PENGISIAN KARTU ANAK

1. **Nama Pekerjaan**

   Pengisian Kartu Anak

2. **Tujuan**

   Sebagai acuan dalam pengisian kartu status anak secara lengkap dan benar.

3. **Ruang lingkup**

   Kartu Anak untuk anak yang datang ke unit pelayanan KIA

4. **Ketrampilan Petugas**

   4.1 Bidan

   4.2 Petugas terlatih

5. **Alat dan Bahan**

   5.1 Alat

   5.1.1 Ballpoint

   5.1.2 Kartu status anak

   5.1.3 Timbangan berat badan

6. **Instruksi Kerja**

   6.1 Tulis dengan ballpoint warna hitam dengan rapih dan jelas.

   6.2 Tulis nomor register pasien pada kolom bagian kanan atas.

   6.3 Tulis nama Puskesmas/ Pustu tempat pelayanan pada sudut kiri atas

   6.4 Tulis identitas pasien di halaman depan pada kolom yang tersedia

   6.4.1 Nama anak

   6.4.2 Tanggal lahir, jenis kelamin, tempat lahir

   6.4.3 Berat badan waktu lahir (dalam gram)

   6.5 Tulis identitas orang tua

   6.5.1 Nama ayah dan ibu, pekerjaan ayah

   6.5.2 Umur ayah dan ibu, pendidikan ayah dan ibu

   6.5.3 Alamat anak

   6.6 Isi tanggal pemberian imunisasi pada kolom pelayanan imunisasi bayi.

   6.6.1 Tanggal pemberian imunisasi hepatitis B I/II/III, BCG, DPT I/II/III, Polio I/II/III/IV dan Campak sesuai tanggal pemberian.

   6.7 Isi pada kolom pelayanan Vit. A dosis tinggi

   6.7.1 Tanggal pemberian Vit. A dosis tinggi sesuai tanggal pemberiannya.

   6.8 Isi kolom Deteksi Dini Perkembangan anak.

   6.8.1 Tulis hasil pemeriksaan aspek perkembangan motorik kasar, motorik halus, gangguan bicara, gangguan sosialisasi dan kemandirian, pendengaran dan penglihatan (ditulis normal atau tidak normal) pada kolom sesuai umur kunjungan.

   6.9 Isi dan tulis pada halaman pemeriksaan kesehatan anak

   6.9.1 Tanggal, umur, berat badan/status gizi, pertumbuhan gigi/ makanan anak, keluhan anak, diagnosa medis/keperawatan, pengobatan /tindakan /rujukan, tanda tangan petugas.

7. Catatan Mutu

7.1 Kartu Anak

7.2 Buku KIA

7.3 Buku register kesehatan Anak

7.4 Buku register kohort Anak

SOP PENGISIAN KARTU IBU HAMIL

1. Nama Pekerjaan

Pengisian kartu ibu hamil.

2. Tujuan

Sebagai acuan dalam pengisian kartu status secara lengkap dan teliti.

3. Ruang Lingkup

Kartu status ibu hamil meliputi. :

3.1 Ante Natal Care (ANC)

3.2 Audit Maternal Perinatologi (AMP)

3.3 Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)

3.4 Deteksi Resiko Tinggi (DRT)

3.5 Pemberian Zat Besi (Fe)

4. Ketrampilan Petugas

4.1 Bidan

4.2 Petugas terlatih

5. Alat dan bahan

5.1 **Alat**

5.1.1 Ballpoint

5.1.2 Tensimeter

5.1.3 Timbangan berat badan

5.1.4 Meteran

5.1.5 Doppler

5.1.6 Leanec

5.2 **Bahan**

5.2.1 Kartu status

5.2.2 Pita lila

5.2.3 KMS ibu hamil

6. Instruksi Kerja

6.1 Tulis dengan tinta hitam dengan rapi dan jelas.

6.2 Tulis nomor register pasien pada kolom bagian kanan atas.

6.3 Tulis identitas pasien pada kolom yang tersedia

6.3.1 Nama, Umur, Agama, Pekerjaan, dan Alamat pasien.

6.3.2 Nama, umur, dan pekerjaan suami.

6.4 Beri tanda rumput ☑ pada kolom yang tersedia, bila sudah dilakukan imunisasi TT.

6.5 Tulis riwayat kehamilan sebelumnya pada kolom yang tersedia.

6.5.1 Tanggal kelahiran

6.5.2 Hasil Persalinan (Lahir hidup (LH), Lahir Mati (LM), Abortus (AB)

6.5.3 Jenis kelamin anak (laki – laki (L) dan perempuan (P).

6.5.4 Keadaan pada kelahiran

6.5.5 Berat badan anak waktu lahir

6.5.6 Lamanya menyusui

6.5.7 Penolong Persalinan

6.6 Isi kolom riwayat penyakit

6.6.1 Beri tanda rumput ☑ jika pasien menderita penyakit yang tertulis dalam kolom yang tersedia.

6.6.2 Tulis TAA (tidak ada apa – apa) jika pasien tidak menderita penyakit tersebut.

6.6.3 Tulis tahun riwayat penyakit tersebut diderita pasien.

6.7 Isi kolom riwayat persalinan

6.7.1 Beri tanda rumput ☑ pada kolom yang tersedia tentang riwayat persalinan

6.7.2 Tulis tahun riwayat persalinan tersebut

6.8 Isi kolom riwayat Persalinan Sekarang

6.8.1 Tulis tanggal HPHT (Hari pertama haid terakhir)

6.8.2 Tulis usia kehamilan

6.8.3 Tulis taksiran partus

6.8.4 Coret salah satu yang tidak perlu pada riwayat haid

6.8.5 Tulis siklus haid

6.8.6 Tulis cara kontrasepsi pasien

6.9 Isi kolom pemeriksaan Antenatal

6.9.1 Tulis tinggi badan dan ukuran Lila pasien

6.9.2 Tulis tanggal kunjungan pasien

6.9.3 Tulis keluhan pasien saat kunjungan

6.9.4 Tulis Berat Badan saat kunjungan

6.9.5 Tulis umur kehamilan (dalam minggu)

6.9.6 Tulis tinggi Fundus Uteri saat kunjungan (dibawah 24 minggu dengan jari, diatas 24 minggu dengan sentimeter)

6.9.7 Tulis letak janin (kepala, sungsang, lintang)

6.9.8 Tulis frekuensi denyut jantung janin dalam satu menit

6.9.9 Tulis hasil pemeriksaan laboratorium (Hb, Golongan darah, Reduksi urin, Protein urin).

6.9.10 Tulis hasil pemeriksaan khusus (pemeriksaan cor dan pulmo)

6.9.11 Tulis tindakan dan terapi yang dilakukan (pemberian imunisasi TT, Tablet Fe, dan lain lain) dikolom yamg tersedia.

6.9.12 Bubuhkan paraf petugas pada kolom yang tersedia setiap pemeriksaan

6.10 Isi kolom resiko Tinggi

6.10.1 Tulis tanggal ditemukannya faktor resiko tinggi pada pasien.

6.10.2 Tulis jenis faktor resiko tinggi yang ditemukan pada pasien dengan acuan Poedji Rochyati Score.

6.11 Isi kolom rujukan

6.11.1 Tulis tanggal dilakukannya rujukan

6.11.2 Tulis tujuan rujukan pasien

6.11.3 Tulis tindakan sementara yang dilakukan oleh penerima rujukan.

6.11.4 Pengisian kartu status ibu pada halaman berikutnya dilakukan oleh unit pelayanan RB untuk pasien yang melakukan ANC di Puskesmas kecamatan Cilandak.

6.11.5 Jika pasien ANC diluar puskesmas kecamatan Cilandak , pengisian kartu status ibu dilakukan oleh Bidan unit pelayanan rumah bersalin.

7. Catatan Mutu

7.1 Kartu status Ibu- RB (Ibu hamil)

7.2 KMS ibu hamil

7.3 Buku register kesehatan ibu hamil

7.4 Buku register kohort ibu hamil