

	ALUR PELAYANAN PASIEN SAAT PANDEMI COVID-19		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/ B/2020/04/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman : 1/2			

UPT Puskesmas Butuh		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
1. Pengertian	Pelayanan klinis selama masa pandemi COVID-19 adalah proses pemberian pelayanan kepada pasien sesuai dengan masalah kesehatan yang dihadapi selama masa pandemi COVID-19 berlangsung.	
2. Tujuan	Sebagai standar operasional pelayanan petugas untuk melakukan pelayanan klinis.	
3. Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No 188.4/BAB.VII/KEP/1/2018/001/A Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis	
4. Referensi	Undang-Undang Nomor. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Buku Pedoman Tata laksana COVID-19	
5. Prosedur	<p>Alat dan Bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam medis 2. APD (Hazmat, sarung tangan, masker, dan face shield) 3. Thermal gun 4. Tensimeter 5. Pulse oximetri 6. Stetoskop 7. Stature meter 8. Timbangan 9. Kertas resep 10. Buku register kunjungan <p>Langkah-langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mengedukasi untuk mencuci tangan. 2. Petugas mengecek suhu pasien dan keluhan pasien di pintu masuk, Jika ada keluhan batuk pilek demam atau terlihat sakit berat pasien diarahkan ke UGD. 3. Pasien diarahkan untuk mengambil nomor antrian di mesin antrian. 4. Petugas pendaftaran mendata pasien dengan menggunakan APD level 1. 5. Pasien disilakan menunggu di ruang tunggu dengan menjaga jarak. 6. Petugas Ruang pemeriksaan menerima rekam medis dari petugas pendaftaran. 7. Petugas memanggil pasien sesuai urutan, pengantar maksimal 1 orang. 	

	ALUR PELAYANAN PASIEN		
	SAAT PANDEMI COVID-19		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/ B/2020/04/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman : 2/2			

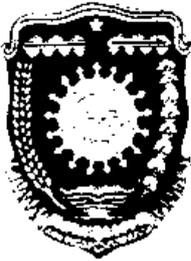
	<ol style="list-style-type: none"> 8. Petugas menggunakan APD level 1 saat memeriksa pasien, 9. Petugas mengecek pemakaian masker pasien. 10. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan identitas dalam rekam medik. Bila tidak sesuai, petugas konfirmasi ulang ke unit pendaftaran. 11. Bila identitas sudah sesuai, petugas menanyakan keluhan utama. 12. Jika ada riwayat demam dan gejala ISPA/pneumonia, lihat SOP Pelayanan COVID-19. 13. Petugas melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan melakukan anamnesis penyakit dengan lengkap. 14. Bila diperlukan, pemeriksa melakukan pemeriksaan fisik seperlunya dan setelahnya mencuci tangan. 15. Bila diperlukan, pemeriksa dapat merujuk untuk pemeriksaan penunjang ke laboratorium. 16. Pemeriksa menegakkan diagnosa dan atau differential diagnosa berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan vital sign, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. 17. Pemeriksa dapat memberikan resep untuk mengambil obat di unit farmasi.dan atau tindakan medis kepada pasien sesuai indikasi. 18. Bila pasien umum mendapat tindakan medis, petugas meminta pasien membayar biaya tindakan di kasir. 19. Bila ada indikasi, pemeriksa dapat merujuk internal ke unit lain, 20. Bila ada indikasi, pemeriksa dapat memberikan rujukan ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi. 21. Petugas mendokumentasikan dalam rekam medis semua hasil pemeriksaan diagnosa, terapi, tindakan dan rujukan yang telah dilakukan. 22. Petugas mengisi register kunjungan di unit masing-masing.
--	---

	ALUR PELAYANAN PASIEN SAAT PANDEMI COVID-19		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/04/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman : 3/2			

6. Bagan Alir	
7. Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loker pendaftaran 2. Ruang pemeriksaan/poli umum//Lansia 3. UGD/PONED/Rawat Inap 4. Ruang pemeriksaan gigi dan mulut 5. Ruang KIA 6. Ruang MTBS 7. Ruang Imunisasi 8. Ruang Fisioterapi 9. Laboratorium 10. Ruang TB 11. Ruang gizi 12. Ruang farmasi
8. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam medik 2. Register kunjungan pasien

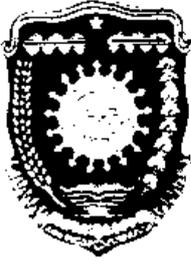
9. Rekaman Historis

No	Halaman	Yang Dirubah	Perubahan	Tanggal Diberlakukan

	PENDAFTARAN PASIEN		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/015/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Januari 2019	
Halaman : 1/4			

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

Pengertian	Pendaftaran pasien adalah proses pelayanan rutin petugas untuk mengidentifikasi data pasien yang akan berobat di puskesmas, dilakukan di ruangan pendaftaran sehingga kebutuhan pasien terpenuhi.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah bagi petugas dalam melakukan pendaftaran pasien di Puskesmas Butuh.
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Butuh No 188.4/BAB VII/KEP/1/2018/001/A tentang Kebijakan Pelayanan Klinis
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan RI No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan pendaftaran menyiapkan instrumen pendaftaran. 2. Petugas mempersilahkan Pasien untuk mengambil nomor antrian yang sudah disediakan di depan ruangan pendaftaran 3. Petugas melayani pasien dengan ramah dengan memanggil nomor antrian yang sudah diambil secara berurutan 4. Petugas ruangan pendaftaran menanyakan pasien apakah sudah pernah berkunjung ke Puskesmas atau belum. <ol style="list-style-type: none"> a. PASIEN LAMA: <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas menanyakan kartu berobat yang pernah diberikan 2) Petugas mencari Rekam Medis sesuai nomor yang tertulis dalam kartu berobat pasien, konfirmasi identitas kepada pasien, isi Rekam Medis dengan tanggal saat ini. 3) Apabila Rekam Medis tidak ditemukan berdasarkan nomor dalam kartu pasien, maka petugas membuat nomor pendaftaran dalam Rekam Medis yang baru, isi dengan identitas pasien secara lengkap dan tanggal saat ini. 4) Apabila pasien tidak membawa kartu berobat yang pernah di berikan, cari nomor Rekam Medis dari data di dalam MS Access ,kemudian petugas mencari Rekam Medis pasien dan menulis tanggal saat ini.

	PENDAFTARAN PASIEN		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/015/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Januari 2019	
		Halaman : 2/4	

	<p>b. PASIEN BARU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas membuat Kartu Berobat baru 2) Petugas mengisi kartu berobat dengan identitas pasien secara lengkap, membuat nomor Rekam Medis baru dan mengisi Rekam Medis dengan identitas pasien sesuai dalam kartu berobat dan menulis tanggal saat ini. 5. Petugas ruangan pendaftaran menanyakan Kartu JKN/SKTM, bila tidak pasien tidak mempunyai, petugas pendaftaran menarik retribusi pendaftaran sebesar Rp 10.500,- dan menyerahkan karcis pada pasien 6. Petugas ruangan pendaftaran menuliskan identitas dan tujuan berobat pasien di blangko resep, kemudian dilampirkan dalam RM pasien tersebut. 7. Petugas ruangan pendaftaran menyerahkan kartu berobat disertai pesan setiap kali berobat harus dibawa. 8. Petugas ruangan pendaftaran mempersilahkan pasien menunggu di ruang tunggu. 9. Petugas menginput data pendaftaran pasien ke aplikasi online SIMPUS dan PRIMARY CARE BPJS KESEHATAN 10. Petugas pendaftaran menulis data pasien ke buku ekspedisi 11. Petugas membawa Rekam Medis pasien ke ruang pelayanan yang dituju, sesuai dengan nomor urutan pada waktu melakukan pendaftaran.
--	--

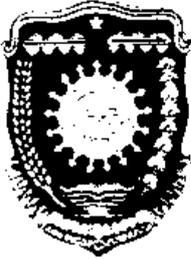
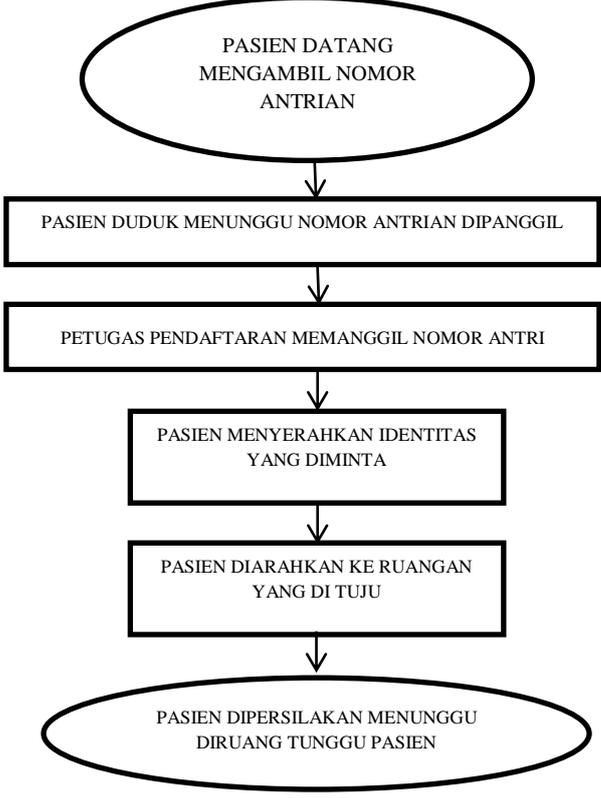
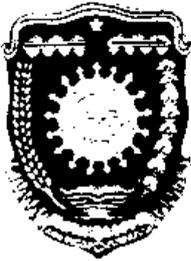
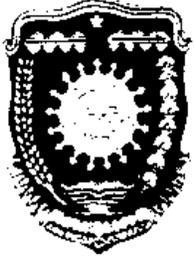
	PENDAFTARAN PASIEN		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/015/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Januari 2019	
		Halaman : 3/4	

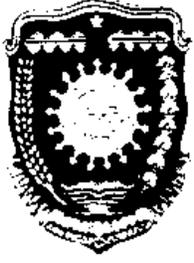
Diagram Alir	 <pre> graph TD A([PASIEN DATANG MENGAMBIL NOMOR ANTRIAN]) --> B[PASIEN DUDUK MENUNGGU NOMOR ANTRIAN DIPANGGIL] B --> C[PETUGAS PENDAFTARAN MEMANGGIL NOMOR ANTRI] C --> D[PASIEN MENYERAHKAN IDENTITAS YANG DIMINTA] D --> E[PASIEN DIARAHKAN KE RUANGAN YANG DI TUJU] E --> F([PASIEN DIPERSILAKAN MENUNGGU DIRUANG TUNGGU PASIEN]) </pre>
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pemeriksaan Umum 2. Ruang Kesehatan Ibu dan KB 3. Ruang Imunisasi 4. Ruang Kesehatan Anak 5. Ruang Pemeriksaan kesehatan Gigi dan Mulut 6. Ruang Fisioterapi 7. Ruang pendaftaran dan Rekam Medis 8. UGD 9. Rawat inap 10. Poned

	PENDAFTARAN PASIEN		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/015/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Januari 2019	
Halaman : 4/4			

No	Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai diberlakukan
1	Kebijakan	Penyesuaian dengan SK baru	Januari 2018
2	Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> -Sebelumnya retribusi karcis Rp.4.500,- menjadi Rp.10.500,- -Sebelumnya belum ada buku ekspedisi sekarang ditambah buku ekspedisi -Mulai tidak ada MOU dengan Dinas Pendidikan 	Januari 2019

	SOP PENYIMPANAN REKAM MEDIK		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/ /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Januari 2016	
Halaman : 1/2			

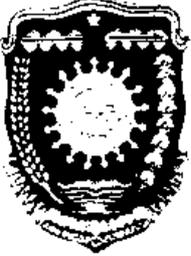
UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
Pengertian	Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan. Penyimpanan berkas rekam medis adalah penyimpanan berkas kedalam rak penyimpanan sesuai dengan nomor rekam medis pasien, agar memudahkan petugas dalam proses pencarian kembali.	
Tujuan	Sebagai acuan bagi petugas untuk melaksanakan penerapan langkah-langkah dalam penyimpanan rekam medis	
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor: 188.4/VIII/KEP/ 1 /2016/070/A tentang penyimpanan rekam medis	
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 794a tahun 1989 tentang Rekam Medis	
Prosdur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis melakukan penyimpanan rekam medis dalam satu kepala keluarga di buatkan satu Family Folder. 2. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis melakukan penyimpanan rekam medik dalam rak filling berdasarkan urutan desa dalam wilayah puskesmas Butuh . 3. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis melakukan penyimpanan rekam medis untuk luar wilayah desa binaan puskesmas butuh di rak tersendiri. 4. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis segera melakukan penataan dan penyimpanan rekam medis setelah selesai digunakan pada hari itu juga 5. Petugas ruangan pendaftaran rekam medis memisahkan berkas rekam medis berdasarkan nomor pada rak penyimpanan 6. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis memasukkan berkas rekam medis kedalam map sesuai nomor rekam medis 7. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis mencari nomor rak yang sesuai dengan no.rekam medis berdasarkan sesuai desa 	

	SOP PENYIMPANAN REKAM MEDIK		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/ /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Januari 2016	
Halaman : 2/2			

	<p>8. Petugas ruangan pendaftaran dan rekam medis memastikan bahwa berkas rekam medis disimpan sesuai dengan nomor rekam medisnya.</p> <p>9. Rekam medis wajib disimpan sekurang-kurangnya jangka waktu 2 tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat. Setelah batas waktu yang ditentukan terlampaui (rekam medis nonaktif), rekam medis dapat dimusnahkan kecuali inform consent tindakan (10 tahun) dengan berita acara pemusnahan.</p>
Unit Terkait	Ruangan Pendaftaran dan Rekam Medis

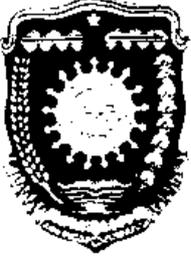
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

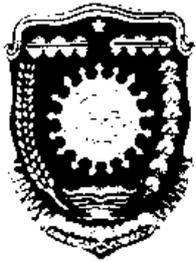
	PELAYANAN MEDIS		
	SOP	No.Dokumen :	
		SOP/BTH/PWR/B/2018/029/A	
		No. Revisi : 1	
Tanggal Terbit : 3 Juni 2018			
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	<p>Prosedur ini menjelaskan kegiatan pelayanan terhadap pasien di ruangan pemeriksaan umum mulai dari menerima rekam medis, mencocokkan rekam medis, melakukan pemeriksaan vital sign, anamnesa dan pemeriksaan fisik, rujukan penunjang, penegakan diagnosa terapi dan pendokumentasian.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan vital sign adalah pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, dan berat badan 2. Anamnesis Penyakit adalah wawancara terhadap pasien atau keluarganya tentang penyakit / keluhan, lamanya sakit dan pengobatan yang sudah didapatkan 3. Pemeriksaan Fisik adalah pemeriksaan mencakup : <ol style="list-style-type: none"> a. Inspeksi : Keadaan umum pasien secara visua b. Palpasi : Pemeriksaan raba (perabaan benjolan, konsistensi hepar/lien) c. Perkusi : Pemeriksaan ketuk (batas jantung, paru, hepar, asites) d. Auskultasi : Periksa dengan menggunakan stetoskop 4. Pemeriksaan Penunjang adalah pemeriksaan yang diperlukan untuk membantu menegakkan diagnosa penyakit yaitu Laboratorium. 5. Penegakkan diagnosa adalah menetapkan jenis penyakit yang diderita oleh pasien berdasarkan hasil anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh dokter atau oleh paramedik apabila dokter tidak ada. 6. Rujukan Internal adalah rujukan yang ditujukan atau berasal dari sub unit lain dalam lingkungan Puskesmas meliputi Ruangan
------------	---

	PELAYANAN MEDIS			
	SOP	No.Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2018/029/A
		No. Revisi : 1		
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018		
		Halaman : 2/3		

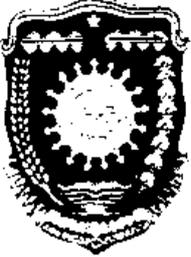
	<p>Pemeriksaan Umum,Ruangan kesehatan Ibu dan Kb,Ruangan kesehatan Anak,Ruang Laboratorium,Ruangan Pemeriksaan kesehatan gigi dan Mulut,Ruangan Persalinan.</p> <p>7. Rujukan Eksternal adalah rujukan ke fasilitas kesehatan di luar Puskesmas.</p> <p>8. Resep adalah perintah tertulis tentang cara pemberian obat, dapat berupa resep internal yang hanya dapat dilayani di sub unit farmasi Puskesmas Kendal 01 dan resep luar yang dapat di tebus di apotek atau pelayanan farmasi di luar sub unit farmasi Puskesmas.</p>
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas dalam pelaksanaan pelayanan di Ruang Pemeriksaan Umum
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/1/2018/001/A tentang Pelayanan Klinis
Referensi	KMK Nomor 514 Tahun 2015 Tentang PPK bagi dokter di faskes primer
Prosedur/Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memanggil pasien sesuai nomor urut dalam rekam medis 2. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan Rekam Medis, jika ada ketidaksesuaian data petugas mengkonfirmasi dengan sub unit pendaftaran 3. Petugas melakukan pemeriksaan tekanan darah dan dicatat dalam buku rekam medis dan register ruangan 4. Petugas melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik 5. Bila memerlukan pemeriksaan penunjang pasien dikirim ke penunjang diagnostik (ruang laborat) 6. Petugas menegakkan diagnosa, bila perlu tindakan medis petugas/dokter melakukan tindakan medis dan bila perlu rujukan membuat surat rujukan 7. Bila pasien memerlukan obat, petugas memberikan resep

	PELAYANAN MEDIS		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/029/A	
		No. Revisi : 1	
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 3/3			

	8. Semua anamnesis dan plan dicatat di Rekam Medik 9. Petugas melakukan pencatatan di buku register 10. Petugas menyerahkan resep kepada pasien dan dipersilahkan ke ruang obat 11. Pada akhir pelayanan petugas mengembalikan Rekam Medik ke bagian pendaftaran
Unit Terkait	Ruang Pelayanan Rawat Jalan, Ruang Pelayanan rawat inap

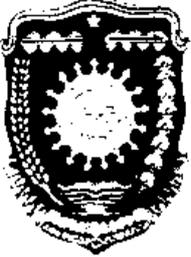
Rekaman historis perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl.mulai diberlakukan
1	Unit terkait	Penambahan unit rawat inap	Juni 2018
2	langkah	8. Semua anamnesis dan plan dicatat di rekam medis	Juni 2018

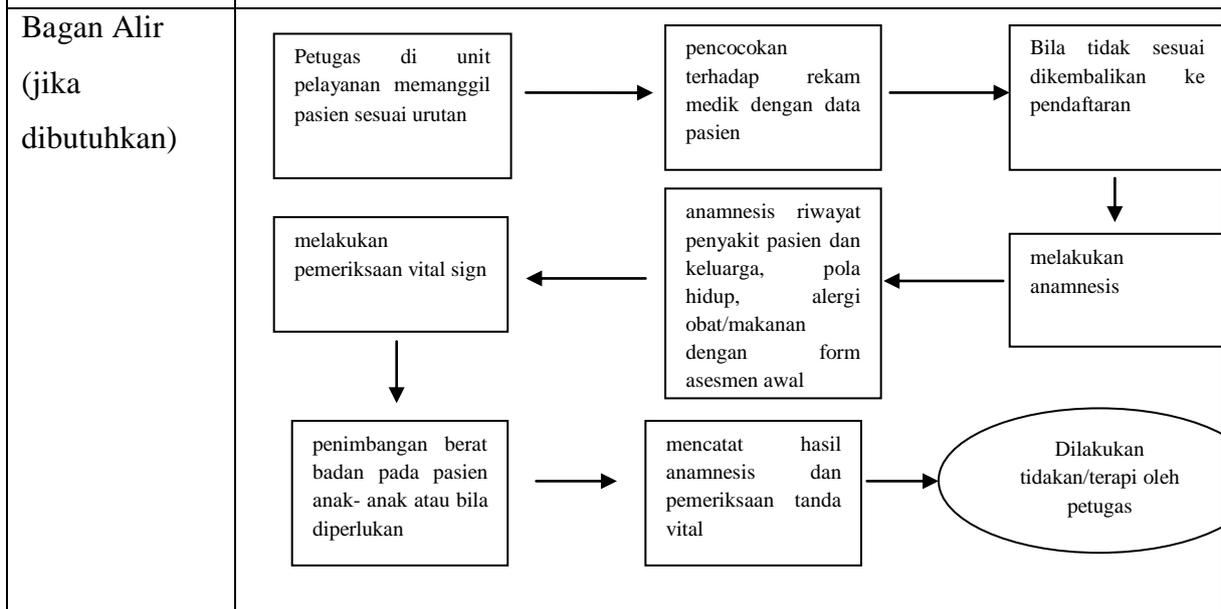
	PENGAJIAN AWAL KLINIS			
	SOP	No. Dokumen :		
		SOP/BTH/PWR/B/2019/028/A		
		No. Revisi :		1
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
Halaman :		1/3		

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	Prosedur pengkajian awal yang paripurna untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pasien, dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik dan mendokumentasikan informasi yang didapat dari pasien dan keluarga dalam rekam medis pasien.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam pengkajian awal klinis pasien
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A tentang Pelayanan klinis
Referensi	PMK 75/2014 Tentang Puskesmas Undang – Undang Kesehatan RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan pasal 7 dan 8 tentang informasi.
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas medis atau paramedis memanggil pasien sesuai urutan pendaftaran. 2. Petugas medis atau paraamedis melakukan identifikasi terhadap rekam medik dengan data pasien. 3. Petugas medis atau paramedis melakukan anamnesis apabila rekam medik sudah sesuai dengan identitas pasien . 4. Petugas medis atau paramedis mengembalikan dan menanyakan kepada petugas ruangan pendaftaran apabila rekam medik tidak sesuai dengan identitas pasien. 5. Petugas medis atau paramedis melakukan anamnesis mengenai keluhan pasien, riwayat penyakit pasien dan keluarga, dan pola hidup/kebiasaan pasien dengan menggunakan form asesmen awal 6. Petugas medis atau paramedis melakukan pemeriksaan fisik, vital sign 7. Petugas medis atau paramedis mencatat hasil anamnesis dan pemeriksaan fisik ,vital sign kedalam rekam medik. 8. Petugas medis atau paramedis memberikan pengantar untuk pemeriksaan penunjang bila diperlukan,(misalnya dilakukan rujukan

	PENGAJIAN AWAL KLINIS			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/028/A
		No. Revisi : 1		
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
		Halaman : 2/3		

	<p>laboratorium)</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Petugas medis atau paramedis menegakkan diagnosis berdasarkan hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dan mencatat dalam rekam medis 10. Petugas medis atau paramedis memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakitnya, rencana terapi sesuai diagnosa, dan edukasi kepada pasien 11. Petugas medis atau paramedis memberikan rujukan internal/eksternal bila diperlukan 12. Petugas medis atau paramedis melakukan tindakan sederhana bila diperlukan sesuai keadaan pasien kemudian membuat resep 13. Petugas medis atau paramedis memberikan resep 14. Petugas medis atau paramedik melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan kejelasan isi rekam medik 15. Petugas medis atau paramedis mendokumentasikan hasil pengkajian awal sampai dengan pemberian resep ke buku register ruangan dan rekam medis pasien.
--	--



Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Rawat Jalan 2. Pelayanan Rawat Inap
--------------	---

	PENGLAJIAN AWAL KLINIS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2019/028/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019	
Halaman : 3/3			

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Unit terkait	Semua unit pelayanan berubah menjadi: <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan rawat jalan - Pelayanan rawat inap 	Juni 2019
2	Langkah	5. Menggunakan form asesmen awal	Juni 2019

DAFTAR TILIK

NO	KEGIATAN	YA	TIDAK	TIDAK BERLAKU
1.	Apakah petugas di unit pelayanan memanggil pasien sesuai urutan ?			
2.	Apakah petugas melakukan pencocokan terhadap rekam medik dengan data pasien ?			
3.	Apakah melakukan anamnese mengenai keluhan pasien, riwayat penyakit pasien dan keluarga, pola hidup/kebiasaan pasien dan riwayat alergi obat/makanan pada pasien ?			
4.	Apakah petugas melakukan pemeriksaan vital sign dan fisik ?			
5.	Apakah mencatat hasil anamnese dan pemeriksaan fisik ke dalam rekam medik ?			
6.	Apakah bila memerlukan pemeriksaan penunjang, dilakukan rujukan ke laboratorium ?			
7.	Apakah petugas menegakkan diagnosa berdasarkan hasil anamnese, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang dan mencatat dalam rekam medik ?			
8.	Apakah petugas memberikan penjelasan kepada pasien tentang penyakitnya, rencana terapi sesuai diagnosa, dan edukasi kepada pasien ?			
9.	Apakah bila diperlukan, petugas dapat melakukan rujukan internal/eksternal ?			
10.	Apakah bila hasil diagnosa memerlukan tindakan sederhana maka petugas dapat melakukan tindakan kemudian membuat resep ?			
11.	Apakah bila diagnosa tidak memerlukan tindakan, pasien dibuatkan resep ?			
12.	Apakah petugas melakukan pemeriksaan terhadap kelengkapan dan kejelasan isi rekam medik (meliputi anamnese, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, diagnosa, terapi/tindakan yang dilakukan, dan rencana tindak lanjut) ?			
13.	Apakah mendokumentasikan rekam medik ke buku register rawat jalan ?			

Compliance rate (CR) :%

.....,

Observer Tindakan

.....
NIP.

	ASUHAN KEPERAWATAN		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/030/A	
		No. Revisi : 00	
		TanggalTerbit : Juni 2018	
		Halaman : 1/3	

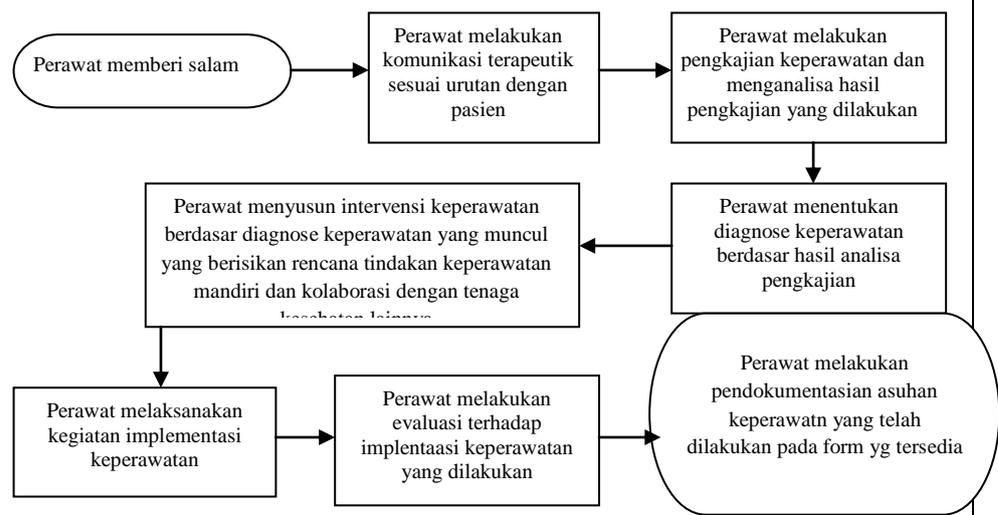
UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

Pengertian	Asuhan Keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, (pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan evauasi keperawatan) dalam lingkup dan wewenang serta tanggung jawab keperawatan,dengan tujuan untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara komprehensif.
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas dalam melakukan asuhan keperwatan.
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/8/2016/0.. tentang penyusunan pelayanan medis
Referensi	Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas 2011, Kapita Selekta Kedokteran Jilid I, hal 492-493, 2001
Prosedur/Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1.Petugas memanggil pasien 2.Petugas memberi salam dan menyapa pasien 3.Petugas melaksanakan anamnesis untuk mengetahui keluhan pasien 4.Petugas melaksanakan pengukuran vital sign 5.Petugas menimbang berat badan pasien 6.Petugas mengukur tinggi badan pasien 7.Petugas menghitung IMT pasien 8.Petugas mempersilahkan pasien ke bed tempat pemeriksaan

	ASUHAN KEPERAWATAN		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/030/A	
		No. Revisi : 00	
		TanggalTerbit : Juni 2018	
		Halaman : 2/3	

9. Petugas melakukan pemeriksaan fisik
10. Petugas menuliskan Diagnosa pasien ke dalam Rekam Medis
11. Petugas memberikan terapi yang dituliskan dalam Rekam Medis dan resep
12. Petugas menuliskan diagnosa keperawatan di lembar asuhan keperawatan
13. Petugas menuliskan rencana tindakan keperawatan
14. Petugas melaksanakan implementasi dari rencana tindakan keperawatan
15. Petugas melakukan evaluasi
16. Petugas melaksanakan pencatatan dalam rekam medis pasien dan register ruangan
17. Petugas mempersilahkan pasien untuk menyerahkan resep ke ruang pelayanan obat

1. Diagram alir



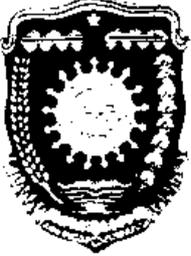
Unit Terkait

Semua Petugas Ruangn Pemberi Pelayanan Kesehatan

	ASUHAN KEPERAWATAN		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/030/A	
		No. Revisi : 00	
		TanggalTerbit : Juni 2018	
Halaman : 3/3			

Rekaman Historis Perubahan

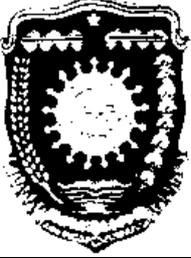
No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	PEMERIKSAAN LANSIA PRIORITAS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/215/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1/3			

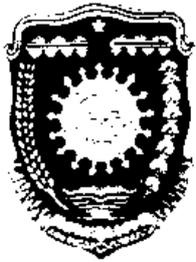
UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Page | 1

Pengertian	Pemeriksaan usia lanjut adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dengan usia 60 tahun keatas. Prioritas adalah adalah kegiatan pemberian pelayanan kesehatan kepada usia lanjut yang dilaksanakan dengan mendahulukan lansia dengan nomor urut yang berbeda dan dengan ruang yang berbeda dari pasien umum non-lansia. Pelayanan ruangan lansia meliputi pemeriksaan fisik, Penimbangan berat badan dan tinggi badan, suhu badan, pemberian konseling. Tujuan kegiatan adalah memberikan kemudahan kepada usia lanjut dalam memperoleh pelayanan kesehatan.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam pelaksanaan pemeriksaan lansia prioritas
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No.188.4/BAB IV/KEP/1/2018/001 tentang Pelaksanaan Klinis
Referensi	Pedoman Asuhan Perawatan Pada geriatric
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke ruangan pelayanan kesehatan lansia sesuai nomor urut 2. Petugas melakukan anamnesa 3. Petugas melakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan 4. Petugas melakukan penilaian status lansia, terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Gangguan penglihatan b. Gangguan pendengaran c. Gangguan fungsi anggota atas d. Gangguan fungsi anggota bawah e. Gangguan AHS Dasar

	PEMERIKSAAN LANSIA PRIORITAS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/215/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 2/3			

	<p>f.Gangguan BAB/BAK</p> <p>g.Status Gizi</p> <p>h.Gangguan mental emosional</p> <p>i.Stresor social ekonomi</p> <p>j.Gngguan kognitif /daya ingat</p> <p>k.Akses mobilitas</p> <p>8.Petugas mempersilahkan pasien untuk melakukan refleksi injak kaki sambil menunggu antrian dilakukan pemeriksaan</p> <p>9. Petugas melakukan pemeriksaan fisik (tekanan darah,Nadi,respirasi dan suhu)</p> <p>10.Petugas melakukan rujukan internal (gigi,KIA,laboratorium, Ruang pemeriksaan umum) bila diperlukan</p> <p>11.Petugas menentukan diagnosis</p> <p>12.Petugas melakukan kolaborasi dengan dokter (bila diperlukan)</p> <p>13.Petugas melakukan rujukan eksternal apabila Puskesmas tidak mampu memberikan pelayanan</p> <p>16.Petugas memberikan konseling edukasi sesuai kondisi penyakit – nya dan menganjurkan kontrol ulang bila belum membaik</p> <p>17.Petugas mempersilakan pasien pulang</p> <p>18.Petugas melakukan pendokumentasian pada buku register ruang lansia dan rekam medis pasien</p> <p>19.Petugas memasukkan data pasien ke simpus dan pcare bpjs</p>
Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Pemeriksaan Kesehatan Umum - Ruang Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut - Ruang kesehatan Ibu dan KB - laboratorium

	PEMERIKSAAN LANSIA PRIORITAS		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/215/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 3/3			

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No.188.4/BAB IV/KEP/1/2018/001 tentang Pelaksanaan Klinis	Juni 2018

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	T B
1.	Apakah Pasien datang ke ruangan pelayanan kesehatan lansia?			
2.	Apakah Petugas ruangan lansia melakukan pendaftaran dengan meminta kartu dan kms lansia (bagi pasien lama)?			
3.	Apakah Petugas melakukan pembuatan kartu lansia dan rekam medis ,serta pembuatan kms bagi pasien baru?			
4.	Apakah Petugas mencari rekam medik bagi pasien lama?			
5.	Apakah Petugas melakukan anamnesa?			
6.	Apakah Petugas melakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan?			
7.	<p>Apakah Petugas melakukan penilaian status lansia ,terdiri dari?</p> <p>a.Gangguan penglihatan</p> <p>b.Gangguan pendengaran</p> <p>c.Gangguan fungsi anggota atas</p> <p>d.Gangguan fungsi anggota bawah</p> <p>e.Gangguan AHS Dasar</p> <p>f.Gangguan BAB/BAK</p> <p>g.Status Gizi</p> <p>h.Gangguan mental emosional</p> <p>i.Stresor social ekonomi</p> <p>j.Gangguan kognitif /daya ingat</p> <p>k.Akses mobilitas</p>			
8.	Apakah Petugas mempersilahkan pasien untuk melakukan refleksi injak kaki sambil menunggu antrian dilakukan			

	pemeriksaan?			
9.	Apakah Petugas melakukan pemeriksaan fisik (tekanan darah,Nadi,respirasi dan suhu)?			
10.	Apakah Petugas melakukan rujukan internal (gigi,KIA,Ruangan pemeriksaan umum) bila diperlukan?			
11.	Apakah Petugas menentukan diagnose?			
12.	Apakah Petugas melakukan kolaborasi dengan dokter (bila diperlukan)?			
13.	Apakah Petugas melakukan rujukan eksternal apabila Puskesmas tidak mampu memberikan pelayanan?			
14.	Apakah Petugas memberikan obat?			
15.	Apakah Petugas memberikan konseling cara minum obat?			
16.	Apakah Petugas memberikan konseling edukasi sesuai kondisi penyakitnya dan menganjurkan kontrol ulang bila belum membaik?			
17.	Apakah Petugas mempersilakan pasien pulang?			
18.	Apakah Petugas melakukan pendokumentasian pada buku register ruang lansia dan rekam medis pasien?			
19.	Apakah Petugas memasukkan data pasien ke simpus dan pcare bpjs?			
	Jumlah			

CR%

Butuh

Pelaksana / auditor

(.....)

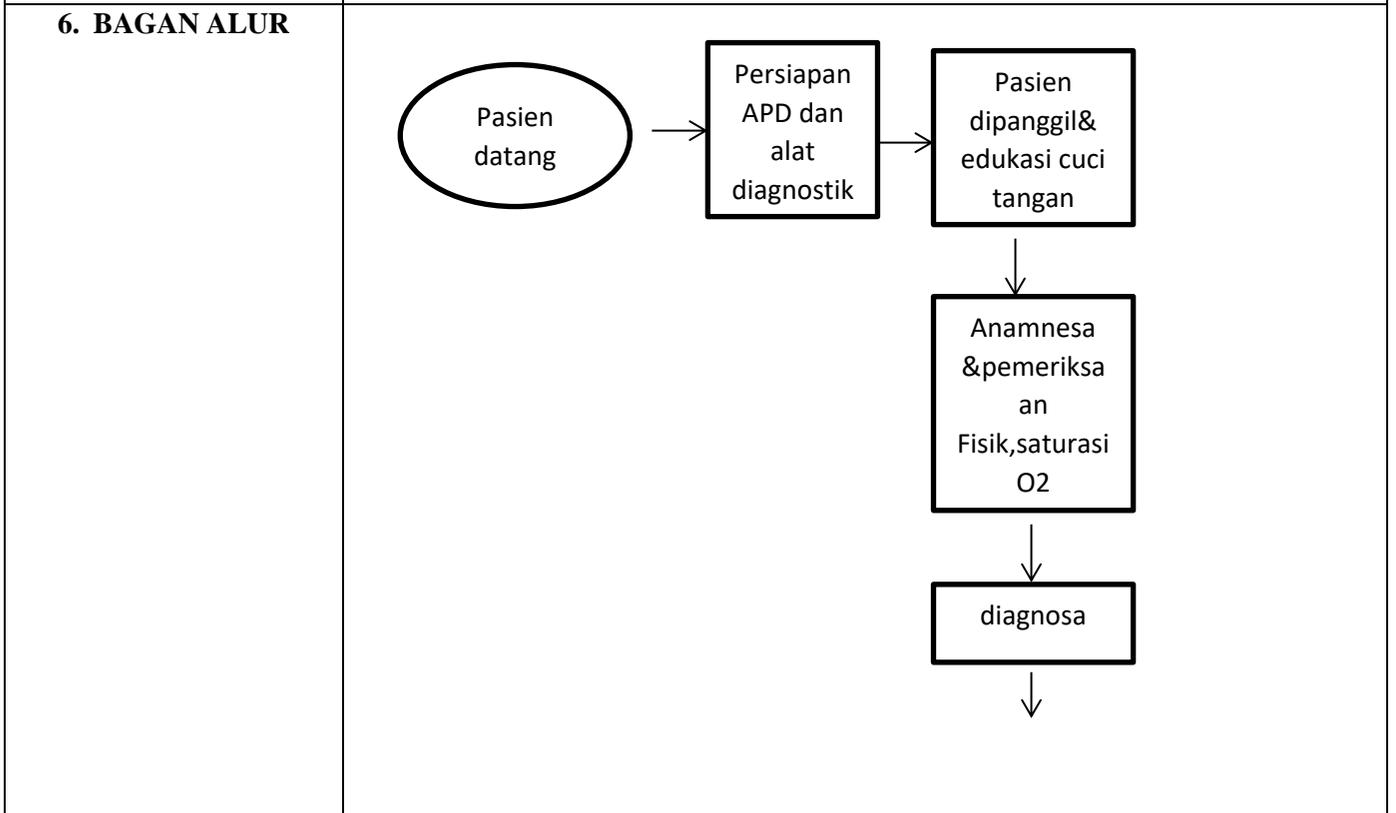
NIP:.....

	PENCABUTAN GIGI DENGAN ANESTESI TOPIKAL		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman :			

UPT Puskesmas Butuh		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
1. Pengertian	Pelayanan gigi dengan anestesi topikal adalah suatu proses pengeluaran gigi dari tulang alveolus dengan memakai obat anestesi hanya di bagian permukaan saja	
2. Tujuan	Sebagai acuan petugas dalam penerapan langkah langkah dalam pencabutan gigi dengan anestesi topikal	
3. Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No 188.4/BAB.VII/KEP/1/2018/001/A Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis	
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes no.75 tahun 2014 2. www.repository.usu.ac.id 3. www.ocw.usu.id 	
5. Prosedur	<p>Alat dan Bahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. APD (Hazmat, sarung tangan, masker, dan face shield) 2. Tensimeter 3. Pulse oximetri 4. Stetoskop 5. Alat diagnostik 6. Tang cabut anak/dewasa 7. Chlor Ethyl 8. Tampon 9. Obat Kumur 10. Timbangan 11. Kertas resep 12. Buku register kunjungan <p>Langkah-langkah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mencuci tangan dan menggunakan APD 2. Petugas menyiapkan alat diagnostik dan gelas kumur 3. Petugas memanggil pasien sesuai urutan, pengantar maksimal 1 orang. 4. Petugas mengedukasi pasien untuk mencuci tangan. 5. Petugas mencocokkan identitas pasien dengan identitas dalam rekam medik. Bila tidak sesuai, petugas konfirmasi ulang ke unit pendaftaran. 	

	PENCABUTAN GIGI DENGAN ANESTESI TOPIKAL		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman :			

6. Petugas melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik
7. Petugas melakukan pengukuran Saturasi O2
8. Petugas menentukan diagnosa
9. Petugas menyiapkan peralatan cabut yang sesuai
10. Petugas mengolesi permukaan bukal dan lingual gigi yang akan dicabut dengan Povidon Iodin
11. Petugas menyemprotkan Chlor Ethyl ke butiran kapas sampai mengembun
12. Petugas meletakkan butiran kapas di gusi sebelah lingual dan bukal gigi yang akan dicabut
13. Petugas melakukan pencabutan gigi yang dikeluhkan
14. Petugas membersihkan area gigi yang dicabut
15. Petugas memberi tampon yang telah diolesi povidon iodine
16. Petugas mencuci tangan
17. Petugas memberikan instruksi paska pencabutan
18. Petugas memberikan resep analgetik,multivitamin bila diperlukan
19. Petugas memberikan bukti tindakan untuk pembayaran bila pasien umum
20. Petugas melakukan pencatatan di register
21. Petugas mencuci alat





**PENCABUTAN GIGI DENGAN ANESTESI
TOPIKAL**



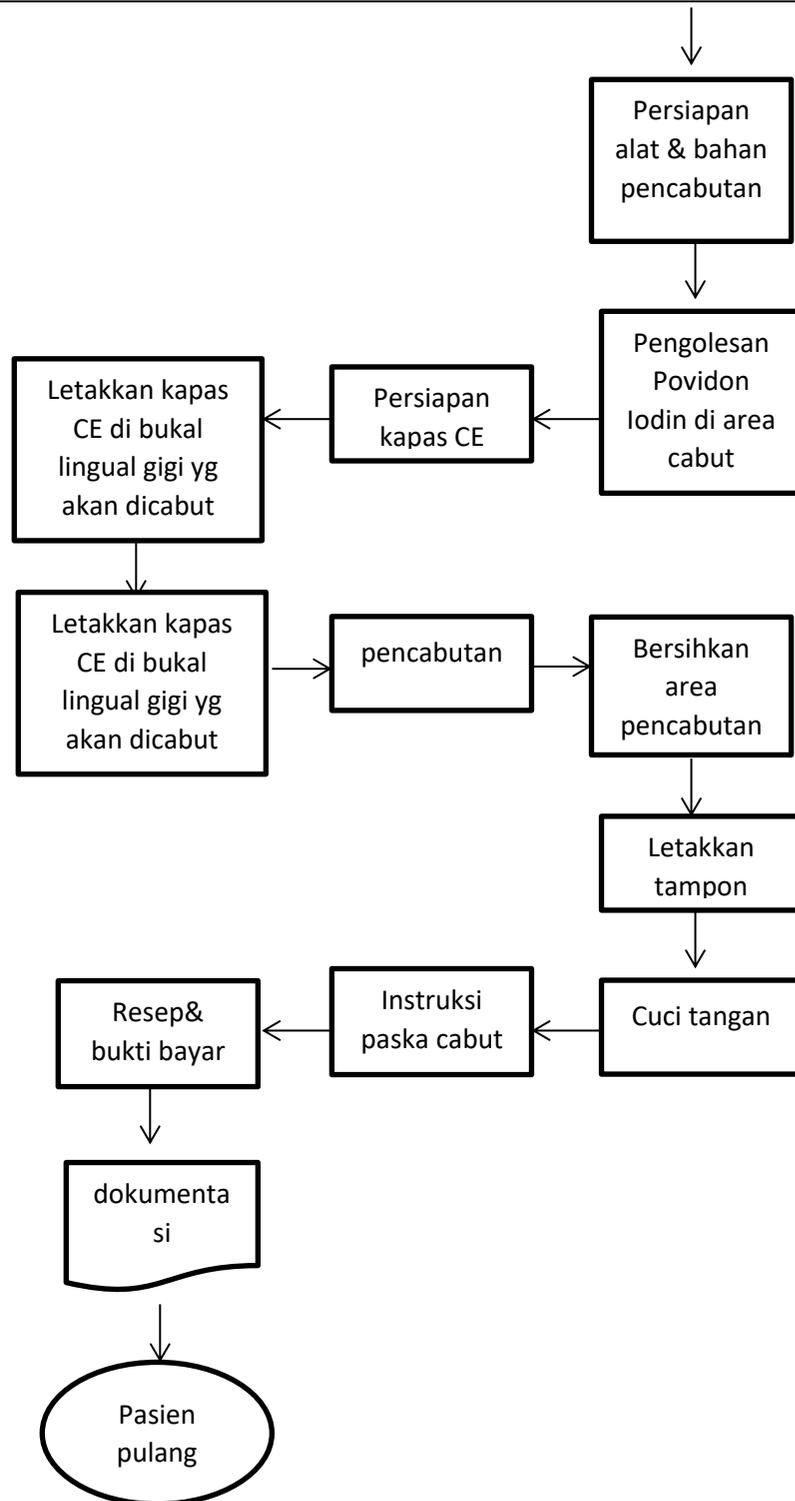
SOP

No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/

No. Revisi : 00

Tanggal Terbit : 3-5-2020

Halaman :



	PENCABUTAN GIGI DENGAN ANESTESI TOPIKAL		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman :			

7. Dokumen Terkait	<ul style="list-style-type: none"> a. Rekam medik b. Register kunjungan pasien 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Re 2. Re
8. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> a. Ruang Pendaftaran b. Ruang Pemeriksaan Umum c. Ruang Pemeriksaan KIA/KB d. Laboratorium e. Ruang Obat f. Ruang Administrasi 	

Rekam Historis perubahan

No	Isi Perubahan	Tanggal Diberlakukan

	Penanganan Ibu hamil suspek dan konfirmasi Positif Covid-19 saat Persalinan			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2020/008 /A
		No. Revisi :		00
		Tanggal Terbit :		17 Mei 2020
		Halaman :		1/5

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
Pengertian	Kasus ibu hamil suspek COVID-19 adalah ibu hamil yang telah dilakukan Rapid Test Sars-COV 2 dengan hasil reaktif atau pasien dengan gambaran klinis yang meyakinkan Covid-19 DAN belum ada hasil pemeriksaan laboratorium RT-PCR. Kasus konfirmasi adalah pasien ibu hamil yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan tes positif melalui pemeriksaan RT-PCR/ RDT antigen reaktif.	
Tujuan	Sebagai acuan bagi petugas dalam menangani ibu hamil terkonfirmasi COVID-19 saat persalinan	
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor:188.4/BAB VII/KEP/1/ / /A tentang Kebijakan Pelayanan Klinik UPT Puskesmas Butuh	
Referensi		
Prosedur / Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bidan desa mengedukasi isolasi mandiri dan tanda persalinan serta rencana persalinan di RS kepada ibu hamil dengan suspek dan konfirmasi positif Covid-19. 2. Bidan desa memantau tanda persalinan ibu hamil dengan suspek dan konfirmasi positif Covid-19. 3. Bidan desa meminta data identitas kepada pasien untuk persiapan rujukan. 4. Jika pasien terdapat tanda persalinan yang adekuat, Bidan desa bekerja sama dengan Petugas PONEB. 5. Jika pasien sudah HPL tetapi belum inpartu, petugas akan 	

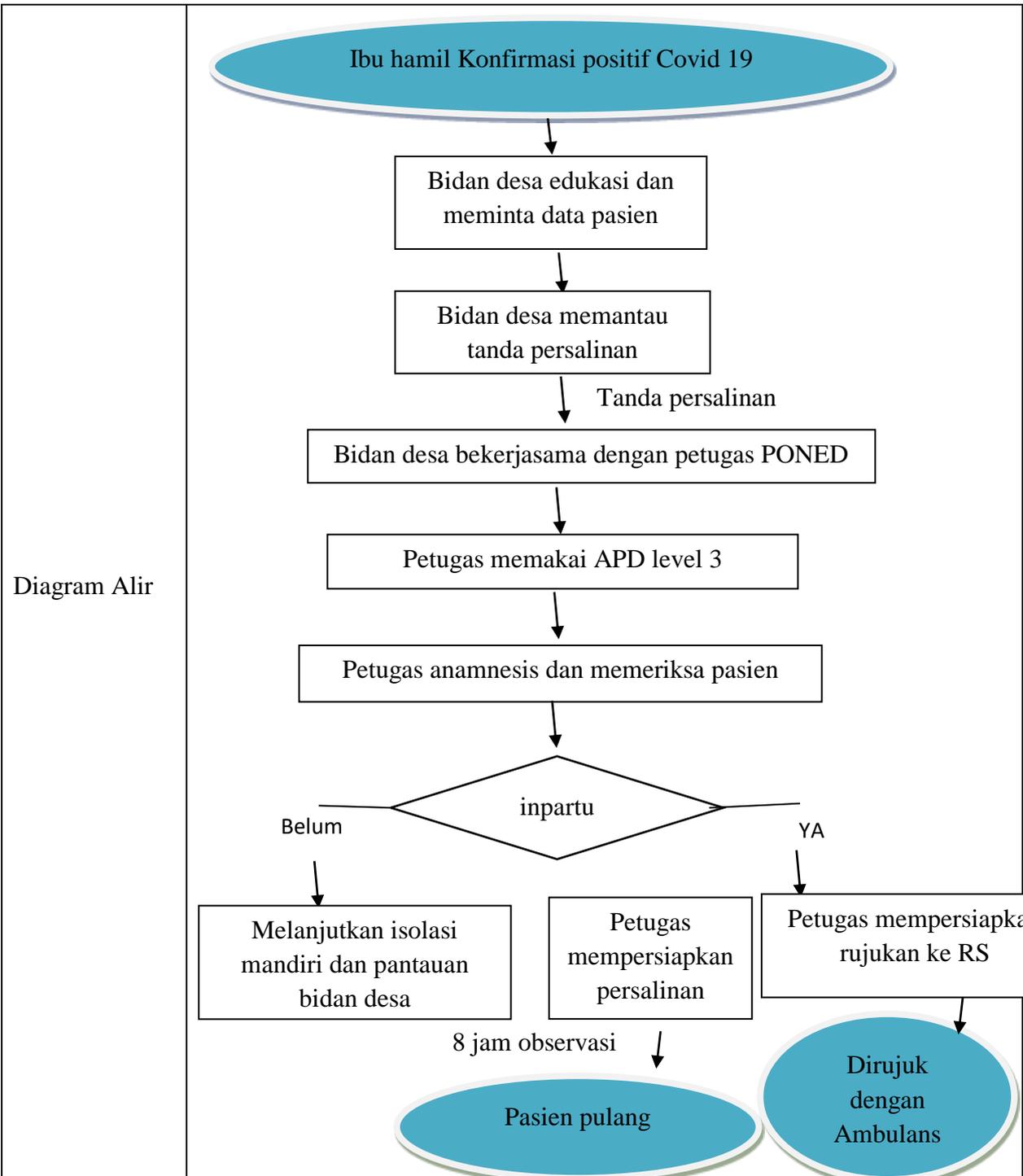
	Penanganan Ibu hamil suspek dan konfirmasi Positif Covid-19 saat Persalinan		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/008 /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 17 Mei 2020	
	Halaman : 2/5		

	<p>berkonsultasi dengan RS terkait rujukan persalinan.</p> <p>6. Bidan desa memberikan data terkait identitas pasien yakni Kartu keluarga, KTP, nomor keluarga yang bisa dihubungi, dan hasil pemeriksaan ANC. Kepada bidan jaga untuk kesiapan rujukan</p> <p>7. Jika status pasien yang dirujuk dengan RDT reaktif dan telah di swab PCR di puskesmas, maka jika hasil swab PCR keluar bidan koordinator PONEB bertugas menghubungi pihak RS.</p> <p>8. Petugas yang akan menangani ibu hamil dengan suspek dan konfirmasi positif Covid-19 memakai pakaian APD level 3.</p> <p>9. Jika diperlukan petugas akan menjemput pasien di rumah.</p> <p>10. Petugas menganamnesis keluhan dan memeriksa ibu hamil dengan konfirmasi positif Covid-19 yakni, tanda vital, saturasi oksigen, Leopold, keadaan janin dan pemeriksaan kemajuan persalinan.</p> <p>11. Petugas jaga akan berkonsultasi dengan dokter jaga.</p> <p>12. Jika belum masuk persalinan, pasien dipersilakan pulang isolasi mandiri dahulu.</p> <p>13. Jika pasien sudah masuk ke fase persalinan, dan tidak ada pemberat dan tanpa gejala pasien dapat bersalin di puskesmas.</p> <p>14. Petugas yang menolong persalinan menggunakan APD level 3</p> <p>15. Bayi yang dilahirkan di antigen setelah lahir.</p> <p>16. Setelah persalinan 8 jam jika tanpa keluhan, pasien dapat dipulangkan.</p> <p>17. Jika pasien sudah masuk ke fase persalinan, dan memerlukan rujukan petugas akan mempersiapkan rujukan ke RS rujukan dengan menghubungi RS rujukan agar siap menerima rujukan</p> <p>18. Petugas mempersiapkan dokumen dan keperluan medis yang</p>
--	---

	Penanganan Ibu hamil suspek dan konfirmasi Positif Covid-19 saat Persalinan		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/008 /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 17 Mei 2020	
Halaman : 3/5			

	<p>dibutuhkan.</p> <p>19. Pasien dirujuk dengan ambulans dengan protokol kesehatan ke RS rujukan.</p> <p>20. Jika pasien akan pulang dari RS, maka bidan desa/bidan/perawat daerah wilayah akan koordinasi dengan RS dan menjemput pasien dengan Ambulans.</p> <p>21. Bidan desa melakukan PNC dan pemeriksaan bayi di rumah dan edukasi protokol kesehatan saat isolasi mandiri saat menyusui.</p>
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Puskesmas 2. Dokter fungsional Puskesmas 3. Bidan Desa 4. Perawat/ Bidan wilayah 5. Petugas PONEC dan UGD 6. Supir Ambulans

	Penanganan Ibu hamil suspek dan konfirmasi Positif Covid-19 saat Persalinan		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/008 /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 17 Mei 2020	
Halaman : 4/5			

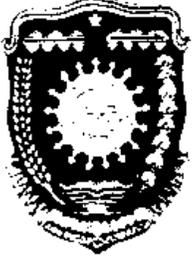


	Penanganan Ibu hamil suspek dan konfirmasi Positif Covid-19 saat Persalinan		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/008 /A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 17 Mei 2020	
	Halaman : 5/5		

Unit Terkait	7. Kepala Puskesmas 8. Dokter fungsional Puskesmas 9. Bidan Desa 10. Perawat/ Bidan wilayah 11. Petugas PONEC dan UGD 12. Supir Ambulans
--------------	---

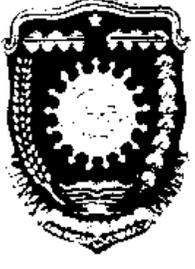
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	ANTENATAL CARE (ANC)		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
Halaman : 1/ 2			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	<p>Pemeriksaan ibu hamil adalah pemeriksaan kehamilan secara berkala dan di ikuti dengan langkah-langkah selanjutnya untuk menjaga kesehatan ibu dan janinnya.Hal ini meliputi pemeriksaan kehamilan dan tindak lanjut terhadap penyimpangan yang ditemukan,pemberian intervensi dasar serta mendidik dan memotivasi ibu agar dapat merawat dirinya selama hamil dan mempersiapkan persalinannya (KIE). Setiap ibu hamil mendapat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan ANC sesuai standart - Mendapat pengobatan sesuai indikasi
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/8/2016/002 tentang Pelayanan klinis
Referensi	Buku standar pelayanan kebidanan
Prosedur / Langkah-Langkah	<p>A. Anamnesa</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas ibu dan suami <ol style="list-style-type: none"> a. Nama ibu/ suami b. Umur ibu/ suami c. Pendidikan ibu/ suami d. Pekerjaan ibu/ suami e. Alamat 2. Keluhan Sekarang dan alasan datang 3. Kehamilan Sekarang <ol style="list-style-type: none"> a. HPHT b. Umur Kehamilan c. Imunisasi d. Kapan mulai merasa gerakan janin e. Obat/ jamu yang dikonsumsi f. Kekhawatiran Khusus 4. Riwayat penyakit yang lalu, sekarang, dan keluarga <ol style="list-style-type: none"> a. Hipertensi b. DM c. Asma d. TBC e. Riwayat keturunan kembar f. Lain- lain (Riwayat alergi obat) 5. Riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu <ol style="list-style-type: none"> a. GPA b. Jumlah anak hidup c. Jumlah anak mati d. Kapan persalinan terakhir e. Penolong Persalinan f. Cara persalinan g. Kelainan <p>B. Pemeriksaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fisik Umum

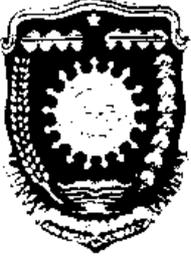
	ANTENATAL CARE (ANC)		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
Halaman : 2/ 2			

	<p>a. Pemeriksaan berat badan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan timbangan badan berfungsi dengan baik dan atur penunjuk pada titik nol 2) Minta pasien melepas sepatu atau sandal dan meletakkan barang bawaan yang berat 3) Mintalah pasien naik keatas timbangan dengan posisi berhadapan dengan pemeriksa 4) Perhatikan Jarum penunjuk berhenti, dari arah depan tegak lurus dengan angka 5) Informasikan hasil pengukuran pada pasien, catat pada kartu status pasien <p>Tanyakan pada ibu apakah ada yang ditanyakan tentang hasil pengukuran berat badannya</p>
Unit Terkait	Ruang Pendaftaran,Ruang Pemeriksaan Kesehatan Ibu Dan KB,Ruangan Tata Usaha

Rekaman Historis Perubahan

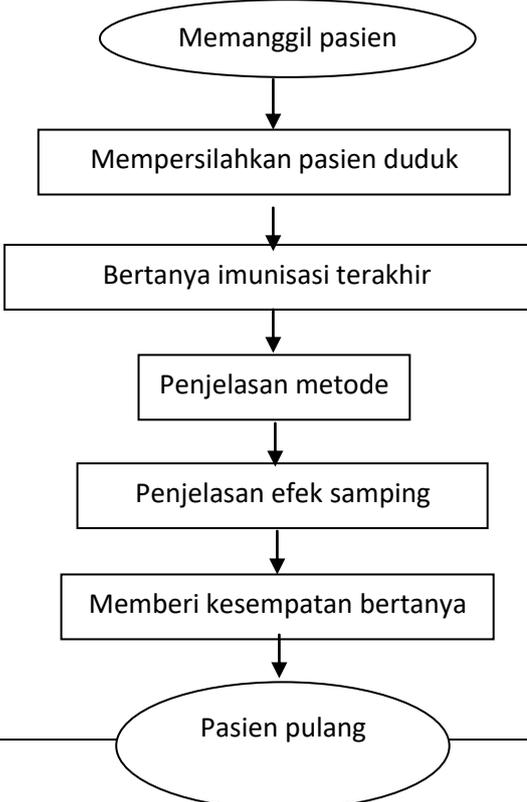
No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

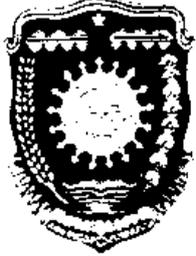
	ANTENATAL CARE (ANC)		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
Halaman : 3/ 2			

	<u>SOP Konseling Pelayanan Imunisasi</u>		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Agustus 2016	
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Page | 1

Pengertian	Sesuatu kegiatan memberikan pelayanan konsultasi imunisasi
Tujuan	Agar pasien memperoleh informasi tentang imunisasi yang dibutuhkan. Untuk pedoman bagi petugas dalam melakukan imunisasi
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No.188.4/BAB IV/KEP/1/2016 /035 tentang Pelaksanaan Klinis
Referensi	Modul pelatihan Imunisasi dasar, Dinas Kesehatan Jawa Tengah 2014
Prosedur / Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memanggil pasien 2. Mempersilahkan pasien duduk 3. Menanyakan kepada klien berapa kali imunisasi dan kapan dilakukan terakhir imunisasi. 4. Memberi penjelasan metode imunisasi yang tersedia 5. Memberikan penjelasan efek samping dari imunisasi 6. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya. 7. pasien pulang 8. Petugas memasukkan data pasien ke register imunisasi
Bagan Alur	 <pre> graph TD A([Memanggil pasien]) --> B[Mempersilahkan pasien duduk] B --> C[Bertanya imunisasi terakhir] C --> D[Penjelasan metode] D --> E[Penjelasan efek samping] E --> F[Memberi kesempatan bertanya] F --> G([Pasien pulang]) </pre>

	<u>SOP Konseling Pelayanan Imunisasi</u>		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Agustus 2016	
Halaman : 2/3			

Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Pemeriksaan Kesehatan Umum - Ruang Imunisasi - Ruang kesehatan Ibu dan KB
--------------	---

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak	T B
1.	Apakah Pasien datang ke ruangan pelayanan kesehatan lansia?			
2.	Apakah Petugas ruangan lansia melakukan pendaftaran dengan meminta kartu dan kms lansia (bagi pasien lama)?			
3.	Apakah Petugas melakukan pembuatan kartu lansia dan rekam medis ,serta pembuatan kms bagi pasien baru?			
4.	Apakah Petugas mencari rekam medik bagi pasien lama?			
5.	Apakah Petugas melakukan anamnesa?			
6.	Apakah Petugas melakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan?			
7.	<p>Apakah Petugas melakukan penilaian status lansia ,terdiri dari?</p> <p>a.Gangguan penglihatan</p> <p>b.Gangguan pendengaran</p> <p>c.Gangguan fungsi anggota atas</p> <p>d.Gangguan fungsi anggota bawah</p> <p>e.Gangguan AHS Dasar</p> <p>f.Gangguan BAB/BAK</p> <p>g.Status Gizi</p> <p>h.Gangguan mental emosional</p> <p>i.Stresor social ekonomi</p> <p>j.Gangguan kognitif /daya ingat</p> <p>k.Akses mobilitas</p>			
8.	Apakah Petugas mempersilahkan pasien untuk melakukan refleksi injak kaki sambil menunggu antrian dilakukan			

	pemeriksaan?			
9.	Apakah Petugas melakukan pemeriksaan fisik (tekanan darah,Nadi,respirasi dan suhu)?			
10.	Apakah Petugas melakukan rujukan internal (gigi,KIA,Ruangan pemeriksaan umum) bila diperlukan?			
11.	Apakah Petugas menentukan diagnose?			
12.	Apakah Petugas melakukan kolaborasi dengan dokter (bila diperlukan)?			
13.	Apakah Petugas melakukan rujukan eksternal apabila Puskesmas tidak mampu memberikan pelayanan?			
14.	Apakah Petugas memberikan obat?			
15.	Apakah Petugas memberikan konseling cara minum obat?			
16.	Apakah Petugas memberikan konseling edukasi sesuai kondisi penyakitnya dan menganjurkan kontrol ulang bila belum membaik?			
17.	Apakah Petugas mempersilakan pasien pulang?			
18.	Apakah Petugas melakukan pendokumentasian pada buku register ruang lansia dan rekam medis pasien?			
19.	Apakah Petugas memasukkan data pasien ke simpus dan pcare bpjs?			
	Jumlah			

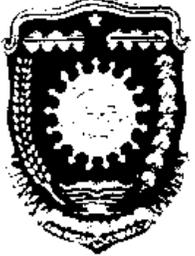
CR%

Butuh

Pelaksana / auditor

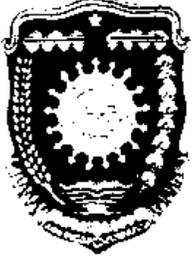
(.....)

NIP:.....

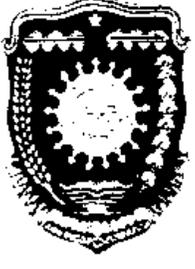
	MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 1/ 3	

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	--

Pengertian	Pelayanan terhadap anak sakit dengan menggunakan metode Managemen Terpadu Balita Sakit yang mana dalam penerapannya petugas diajarkan untuk memperhatikan secara cepat semua gejala anak sakit, sehingga segera dapat ditentukan apakah anak dalam keadaan sakit berat dan perlu segera dirujuk atau penyakitnya tidak parah dan hanya perlu pengobatan saja ,dan pemberian konseling. Sebagai pedoman petugas dalam mengklasifikasikan penyakit dan memberikan pengobatan yang sesuai. Anak balita sakit umur 2 bulan sampai dengan 5 tahun. Jika balita ditemukan dengan tanda bahaya umum, lakukan penanganan segera sehingga rujukan tidak akan terlambat
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas
Kebijakan	SK kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/8/2016/002 tentang Pelayanan klinis
Referensi	Buku MTBS Modul 1 s/d Modul 5 Depkes RI dan Dinkes Prop Jateng 2006
Prosedur / Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1.Petugas mencuci tangan 2.Petugas memanggil pasien 3.Petugas Menanyakan kepada ibu mengenai masalah anaknya 4.Petugas menimbang BB,mengukur TB serta mengukur suhu tubuh anak 5.Petugas memeriksa tanda bahaya umum,meliputi : Anak tidak bisa minum / menetek. Anak memuntahkan semuanya Anak Kejang Anak latergis / tidak sadar 6.Petugas menanyakan kepada ibu mengenai 4 keluhan utama: Batuk / sukar nafas Diare Demam Masalah telinga

	MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 2/ 3	

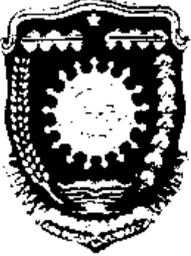
	<ol style="list-style-type: none"> 7. Petugas menanyakan gejala lain yang berhubungan dengan gejala utama 8. Petugas memeriksa serta mengklasifikasikan status gizi anak. 9. Petugas memeriksa status imunisasi serta pemberian Vit A 10. Petugas menilai masalah / keluhan lain yang dihadapi anak 11. Petugas menentukan perlunya dilakukan rujukan segera 12. Petugas menentukan tindakan dan pengobatan pra rujukan 13. Petugas merujuk anak , menjelaskan perlunya rujukan serta membuat surat rujukan 14. Petugas menentukan tindakan serta pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan Rujukan 15. Petugas memilih obat yang sesuai, menentukan dosis obat ,jadwal pemberian serta mengajarkan ibu cara cara pemberian obat dirumah 16. Petugas memberi cairan tambahan untuk diare serta melanjutkan pemberian makan. 17. Petugas memberikan imunisasi setiap anak sakit sesuai dengan kebutuhan 18. Petugas memberikan suplemen Vit A 19. Petugas memberikan konseling ,meliputi : Pemberian makan Pemberian cairan Kapan harus kunjungan ulang Menasehati ibu untuk menjaga kesehatan dirinya Kapan harus kunjungan ulang Menasehati ibu untuk menjaga kesehatan dirinya. 20. Apabila pasien ingin di Rujuk, Petugas membuat surat Rujukan. 21. Petugas meminta surat tanda Rujukan kepada Dokter Puskesmas. 22. Petugas membubuhkan cap puskesmas. 23. Petugas mencatat Nomer Rujukan. 24. Petugas memasukkan kedalam amplop 25. Apabila pasien tidak ingin di rujuk, Petugas menentukan terapi untuk Pasien. 26. Petugas menjelaskan Terapi 27. Petugas menyerahkan Blangko resep pada ibu pasien 28. Petugas mempersilahkan ibu pasien untuk mengambil obat 29. Petugas mencatat di Buku Register 30. Petugas mencuci tangan
--	---

	MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 3/ 3	

Unit Terkait	Ruangan Kesehatan Anak
--------------	------------------------

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	PENKKAJIAN AWAL KLINIS PADA BAYI BALITA		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 1/ 2	

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

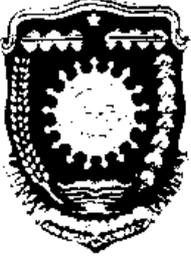
Pengertian	Pengkajian Bayi/ balita adalah proses kajian kepada bayi/ balita yang meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang serta kajian sosial untuk mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan bayi/ balita beserta keluarga. Sehingga dapat mengidentifikasi berbagai kebutuhan dan harapan bayi/ balita dan keluarga bayi/ balita mencakup pelayanan medis dan keperawatan.
------------	---

Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas dalam pengkajian awal klinis pada bayi dan balita.
--------	--

Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A tentang Pelayanan klinis
-----------	---

Referensi	PMK 75/2014 tentang Puskesmas
-----------	-------------------------------

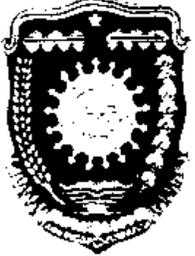
Prosedur/langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memanggil nama bayi/ balita, 2. Petuga mencocokkan identitas bayi/ balita dengan Rekam Medis, 3. Jika ada ketidaksesuaian data mengkonfirmasi dengan petugas ruangan pendaftaran, 4. Petugas membantu posisi bayi/ balita duduk/ berbaring dengan nyaman, 5. Petugas melakukan anamnesa kepada keluarga bayi/ balita, 6. Petugas mengukur suhu tubuh bayi/ balita (jika ada indikasi), 7. Petugas menghitung nadi dan pernafasan bayi/ balita (jika ada indikasi), 8. Petugas melakukan pemeriksaan fisik,
--------------------------	--

	PENKAJIAN AWAL KLINIS PADA BAYI BALITA		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 1/ 2	

	<p>9. Bila memerlukan pemeriksaan penunjang Petugas memberitahu keluarga bahwa bayi/ balitanya perlu dilakuakn pemeriksaan penunjang ke unit penunjang diagnostik,</p> <p>10.Petugas mencatat hasil kajian dalam catatan medik/ form RM bayi/ balita</p> <p>11.Petugas mengumpulkan data Pengkajian dan penunjang,</p> <p>12.Petugas membuat rencana asuhan,</p> <p>13.Petugas melaksanakan asuhan sesuai kebutuhan bayi /balita</p>
Unit Terkait	Ruangan Kesehatan Anak

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

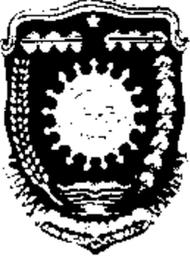
	PEMERIKSAAN CALON PENGANTIN		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/....	
		No. Revisi : 0	
		TanggalTerbit : Agustus 2016	
		Halaman : 1/ 1	

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	--

Pengertian	<p>Calon pengantin merupakan ujung tombak calon keluarga yang akan dibina oleh sebab itu calon pengantin harus memeriksakan kesehatan sebagai syarat menuju rumah tangga yang sehat pula terutama bagi calon ibu wajib mendapatkan imunisasi tetanus toxoid</p> <p>Agar calon pengantin mendapatkan pemeriksaan dan imunisasi TT1</p>
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas
Kebijakan	SK kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/8/2016/002 tentang Pelayanan klinis
Referensi	Buku standar pelayanan kebidanan
Prosedur / Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memanggil calon pengantin 2. Petugas menyapa dengan ramah calon pengantin 3. Petugas melakukan anamnesa calon pengantin 4. Petugas menimbang berat badan calon pengantin 5. Petugas memeriksa tekanan darah calon pengantin 6. Petugas memeriksa abdomen untuk yang calon pengantin wanita apakah dalam keadaan hamil ? 7. Petugas memberitahukan dan menjelaskan manfaatnya diberi imunisasi TT dan kapan dianjurkan kembali. 8. Petugas memberikan imunisasi TT dan surat keterangan sehat calon pengantin 9. Petugas mencatat kedalam form pemeriksaan dan buku register calon pengantin
Unit Terkait	Ruangan Pendaftaran,Ruangan Kesehatan Ibu dan KB,Ruangan Tata Usaha

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	BAYI BARU LAHIR		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/.../A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Januari 2016	
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

1. Pengertian	Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu, memiliki berat 2500 gram hingga 4000 gram, ketika lahir langsung menangis dan tidak memiliki kelainan congenital (cacat bawaan)
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melaksanakan penanganan bayi baru lahir.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB VII/KEP/1/2016/035/A tentang kebijakan layanan klinis UPT Puskesmas Butuh.
4. Referensi	Standar pelayanan kebidanan tahun 2000
5. Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> • Deele • Klem 2 buah • Penjepit tali pusat • Handuk kering • Baju kering dan bersih/ pakaian bayi 1 set • Tutup kepala • Kain bedong • Kasa steril • Betadine • Timbangan BB • Pengukur TB/Meteran/metlyn • Vitamin K • Salep mata/tetes mata • HBU
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menyiapkan alat dan ruangan yang hangat dan bersih 2. Petugas menyiapkan pakaian bayi bersih lengkap, handuk lembut yang bersih, kain bersih dan kering untuk bayi. 3. Petugas menyiapkan obat tetes mata/ salep mata. 4. Petugas mencuci tangan dengan sabun dan air bersih. 5. Segera setelah bayi baru lahir, menilai apakah bayi bernafas. Bila bayi tidak menangis, cepat bersihkan jalan nafas dengan deele, jika tetap tidak menangis segera lakukan tindakan sesuai

	BAYI BARU LAHIR		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2016/.../A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Januari 2016	
Halaman : 2/3			

	<p>standart penanganan asfiksia pada bayi baru lahir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Petugas segera mengeringkan bayi dengan handuk kering, bersih dan hangat. Kemudian pakaikan kain kering yang hangat, berikan bayi kepada ibunya untuk didekap di dadanya serta diberi ASI karena akan membantu pelepasan plasenta. 7. Jaga agar bayi tetap hangat (beri tutup kepala untuk mencegah bayi kehilangan panas tubuh). 8. Petugas memotong dan mengikat tali pusat. 9. Petugas memeriksa tali pusat yang dipotong untuk memastikan tidak ada perdarahan. 10. Petugas menutup tali pusat dengan kassa steril. 11. Sesudah 5 menit lakukan penilaian keadaan keadaaan umum bayi dengan ASI. 12. Petugas melakukan pemeriksaan fisik bayi. 13. Petugas mengukur BB/PB 14. Petugas mengukur tanda vital bayi. 15. Petugas mengenakan pakaian bayi dan menyelimuti bayi. 16. Petugas memberikan salep mata. 17. Petugas memberikan suntikan vitamin K pada paha kanan setelah 1 jam pertama lahir. 18. Petugas memberikan bayi pada ibunya untuk disusui segera setelah bayi lahir paling lambat 2 jam pertama. 19. Petugas memastikan bayi tetap terbungkus /mengenakan pakaian hangat dan tutup kepala. 20. Petugas membantu ibu untuk menyusui bayinya. 21. Petugas mencuci tangan. 22. Petugas memperhatikan pengeluaran urine dan meconium. 23. Petugas melakukan pencatatan semua yang ditemukan di kartu ibu dan bayi serta lakukan kolaborasi bila ada kelainan.
7. Unit terkait	KIA/KB, ruang nifas

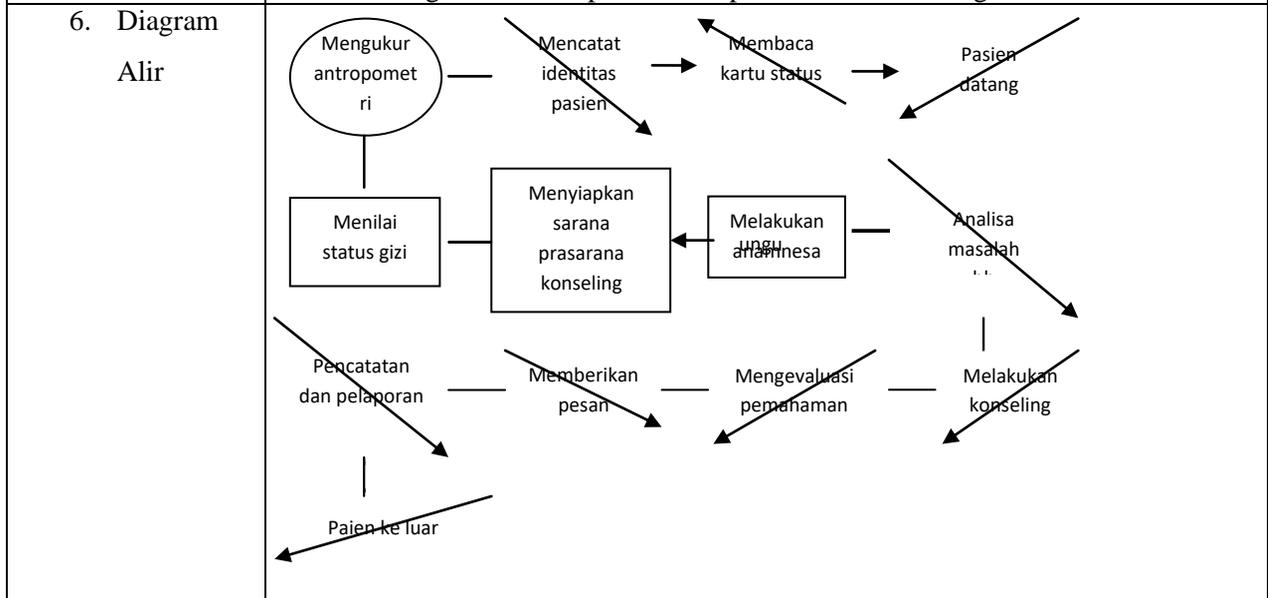
Rekaman histori perubahan

No	Isi perubahan	Tanggal mulai berlaku

	PELAYANAN KONSELING GIZI		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2019/	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : Juni 2019	
Halaman : 1/2			

UPT. Puskesmas Butuh		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
----------------------	---	---

1. Pengertian	Konseling gizi merupakan kegiatan konsultasi yang dilakukan pada pasien rawat jalan secara perorangan tentang masalah gizi yang dihadapi dan dibutuhkan.
2. Tujuan	Agar semua pasien memperoleh pesan-pesan gizi, menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap serta perilaku sehat sesuai dengan kondisinya.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A Tentang kebijakan pelayanan klinis UPT Puskesmas Butuh.
4. Referensi	PMK 75/2014 Tentang Puskesmas Undang –Undang Kesehatan RI nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Gizi menerima pasien di klinik gizi. 2. Petugas Gizi membaca kartu status pasien. 3. Petugas Gizi mencatat identitas pasien dalam buku register gizi. 4. Petugas Gizi mengukur antropometri pasien. 5. Petugas Gizi menilai status gizi pasien. 6. Petugas Gizi menyiapkan sarana dan prasarana untuk konseling gizi. 7. Petugas Gizi melakukan anamnesa masalah yang dihadapi pasien. 8. Petugas Gizi menganalisis masalah gizi, jika diperlukan lakukan rujukan. 9. Petugas Gizi melakukan konseling sesuai masalah yang dihadapi oleh pasien. 10. Petugas mengevaluasi pemahaman pasien tentang konseling yang diberikan. 11. Petugas gizi memberikan pesan-pesan penting yang harus diingat oleh pasien. 12. Petugas Gizi melakukan pencatatan dan pelaporan. 13. Petugas Gizi mempersilahkan pasien ke luar klinik gizi



	PELAYANAN KONSELING GIZI		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2019/	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : Juni 2019	
Halaman : 2/2			

7. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poli BP. Umum ❖ Poli KIA ❖ Poli MTBS
-----------------	--

Rekaman perubahan

Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT JALAN	
	DAFTAR TILIK	No. Dokumen : _____
		No. Revisi : _____
		Tanggal Terbit : _____
Halaman : 1/1		
UPT. Puskesmas Butuh		

No	Kegiatan	Ya	Tidak	Tidak Berlaku
1.	Apakah Petugas memanggil pasien sesuai urutan rekam medis yang terkumpul?			
2.	Apakah Petugas mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis), bila tidak sesuai petugas meminta konfirmasi kepada petugas poli, pendaftaran meminta rekam medis yang sesuai?			
3.	Apakah Petugas menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien)?			
4.	Apakah Petugas melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis. Bila perlu dirujuk, dikonsulkan dengan dokter?			
5.	Apakah Petugas menegakkan diagnosis fisioterapi?			
6.	Apakah Petugas mempersilahkan pasien membayar ke kasir?			
7.	Apakah Petugas mempersiapkan pasien dan alat?			
8.	Apakah Petugas melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi?			
9.	Apakah Petugas mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi?			
10.	Apakah Petugas memberikan edukasi pada pasien?			
11.	Apakah Petugas mencatat di register Pasien?			

CR :%.

Butuh ,.....

Pelaksana / Auditor

(.....)

	SOP KEGIATAN PENJARINGAN ANAK SEKOLAH		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman :			

UPT Puskesmas Butuh		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
1. Pengertian	Kegiatan penjaringan anak sekolah adalah kegiatan pemeriksaan fisik dan penunjang serta pemantauan kesehatan anak sekolah yang dilakukan minimal setahun sekali dalam 1 tahun ajaran.	
2. Tujuan	Sebagai acuan petugas dalam penerapan langkah-langkah dalam kegiatan penjaringan anak sekolah	
3. Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh No 188.4/BAB.VII/KEP/1/2018/001/A Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis	
4. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes no.75 tahun 2014 tentang Puskesmas 2. Permenkes No.43 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan 	
5. Alat dan Bahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Garpu tala 4. Snellen chart 5. Tes Ishihara 6. Timbangan berat badan 7. Alat pengukur Tingga badan 8. Senter 9. Formulir pemeriksaan 10. Formulir rujukan 11. Kaca mulut 12. Sonde 13. Nierbeken 	
6. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mencuci tangan dan memakai APD 2. Petugas memanggil siswa sesuai absen 3. Petugas memeriksa BB,TB,TD, DN 4. Petugas memeriksa tajam penglihatan 5. Petugas melakukan pemeriksaan tes buta warna 6. Petugas memeriksa kebersihan kuku, rambut, telinga 	

	SOP KEGIATAN PENJARINGAN ANAK SEKOLAH		
	SOP	No.Dokumen : SOP/BTH/PWR/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 3-5-2020	
Halaman :			

	<ul style="list-style-type: none"> 7. Petugas memeriksa tajam dengar 8. Petugas memeriksa gigi dan mulut 9. Petugas mencatat hasil pemeriksaan 10. Petugas memberikan rujukan ke Puskesmas bila diperlukan
7. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> a. Pokja UKM b. Sekolah c. Pelaksanaan Program

Rekam Historis perubahan

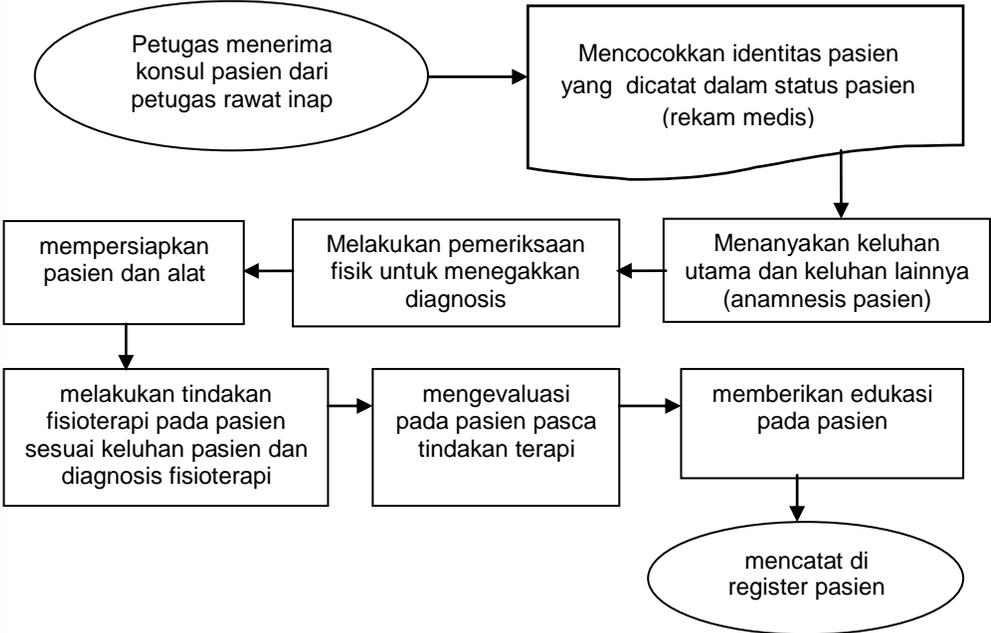
No	Isi Perubahan	Tanggal Diberlakukan

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT INAP			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/
		No. Revisi : 0		
		Tanggal Terbit : Juni 2019		
		Halaman : 1/2		

UPT. Puskesmas Butuh		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
----------------------	---	---

1. Pengertian	Bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada pasien rawat inap untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroteapeutis dan mekanis), pelatihan fungsi dan komunikasi.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelayanan fisioterapi di rawat jalan.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A. Tentang kebijakan pelayanan klinis UPT Puskesmas Butuh.
4. Referensi	❖ PPERMENKES No.65 TH 2015 ❖ GUIDELINE SPO FISIOTERAPI 2014 (Panduan Prosedur Operasional Fisioterapi Indonesia)
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima konsul pasien dari petugas rawat inap 2. Petugas mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis), bila tidak sesuai petugas meminta konfirmasi kepada petugas poli, pendaftaran meminta rekam medis yang sesuai. 3. Petugas menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien). 4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik untuk menegaskan diagnosis. 5. Petugas menegaskan diagnosis fisioterapi. 6. Petugas mempersiapkan pasien dan alat. 7. Petugas melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi. 8. Petugas mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi. 9. Petugas memberikan edukasi pada pasien. 10. Petugas mencatat di register pasien.

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT INAP			
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2019/		
		No. Revisi : 0		
		Tanggal Terbit : Juni 2019		
		Halaman : 2/2		

6. Diagram Alir	 <pre> graph TD A([Petugas menerima konsul pasien dari petugas rawat inap]) --> B[Mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis)] B --> C[Menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien)] C --> D[Melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis] D --> E[mempersiapkan pasien dan alat] E --> F[melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi] F --> G[mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi] G --> H[memberikan edukasi pada pasien] H --> I([mencatat di register pasien]) </pre>
7. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ruang Rawat Inap ❖ UGD

Rekaman perubahan

Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT INAP		
	DAFTAR TILIK	No. Dokumen	:
		No. Revisi	:
		Tanggal Terbit	:
Halaman		: 1/1	
UPT. Puskesmas Butuh			

No	Kegiatan	Ya	Tidak	Tidak Berlaku
1.	Petugas menerima konsul pasien dari petugas rawat inap?			
2.	Apakah Petugas mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis), bila tidak sesuai petugas meminta konfirmasi kepada petugas poli, pendaftaran meminta rekam medis yang sesuai?			
3.	Apakah Petugas menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien)?			
4.	Apakah Petugas melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis?			
5.	Apakah Petugas menegakkan diagnosis fisioterapi?			
6.	Apakah Petugas mempersiapkan pasien dan alat?			
7.	Apakah Petugas melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi?			
8.	Apakah Petugas mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi?			
9.	Apakah Petugas memberikan edukasi pada pasien?			
10.	Apakah Petugas mencatat di register Pasien?			

CR :%.

Butuh ,.....

Pelaksana / Auditor

(.....)

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT JALAN			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/
		No. Revisi :		0
		Tanggal Terbit :		Juni 2019
		Halaman :		1/2

UPT. Puskesmas Butuh		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
----------------------	---	---

1. Pengertian	Bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada pasien rawat jalan untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroteurapeutis dan mekanis), pelatihan fungsi dan komunikasi.
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelayanan fisioterapi di rawat jalan.
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A Tentang kebijakan pelayanan klinis UPT Puskesmas Butuh.
4. Referensi	<ul style="list-style-type: none"> ❖ PPERMENKES No.65 TH 2015 ❖ GUIDELINE SPO FISIOTERAPI 2014 (Panduan Prosedur Operasional Fisioterapi Indonesia)
5. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memanggil pasien sesuai urutan rekam medis yang terkumpul. 2. Petugas mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis), bila tidak sesuai petugas meminta konfirmasi kepada petugas poli, pendaftaran meminta rekam medis yang sesuai. 3. Petugas menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien). 4. Petugas melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis. Bila perlu dirujuk, dikonsulkan dengan dokter. 5. Petugas menegakkan diagnosis fisioterapi. 6. Petugas mempersilahkan pasien membayar ke kasir. 7. Petugas mempersiapkan pasien dan alat. 8. Petugas melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi. 9. Petugas mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi. 10. Petugas memberikan edukasi pada pasien. 11. Petugas mencatat di register pasien.

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT JALAN			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/
		No. Revisi :		0
		Tanggal Terbit :		Juni 2019
		Halaman :		2/2

6. Diagram Alir	<pre> graph TD A([Memanggil pasien sesuai urutan rekam medis yang terkumpul]) --> B[Mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis)] B --> C[Menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien)] C --> D[Melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis] D --> E[Mempersilahkan pasien membayar ke kasir] E --> F[mempersiapkan pasien dan alat] F --> G[melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi] G --> H[mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi] H --> I[memberikan edukasi pada pasien] I --> J([mencatat di register pasien]) </pre>
7. Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Poli BP. Umum ❖ Poli KIA ❖ Poli MTBS

Rekaman perubahan

Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

	PELAYANAN FISIOTERAPI RAWAT JALAN	
	DAFTAR TILIK	No. Dokumen : _____
		No. Revisi : _____
		Tanggal Terbit : _____
Halaman : 1/1		
UPT. Puskesmas Butuh		

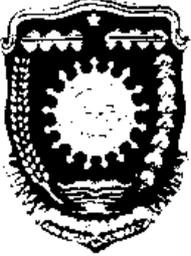
No	Kegiatan	Ya	Tidak	Tidak Berlaku
1.	Apakah Petugas memanggil pasien sesuai urutan rekam medis yang terkumpul?			
2.	Apakah Petugas mencocokkan identitas pasien yang dicatat dalam status pasien (rekam medis), bila tidak sesuai petugas meminta konfirmasi kepada petugas poli, pendaftaran meminta rekam medis yang sesuai?			
3.	Apakah Petugas menanyakan keluhan utama dan keluhan lainnya (anamnesis pasien)?			
4.	Apakah Petugas melakukan pemeriksaan fisik untuk menegakkan diagnosis. Bila perlu dirujuk, dikonsulkan dengan dokter?			
5.	Apakah Petugas menegakkan diagnosis fisioterapi?			
6.	Apakah Petugas mempersilahkan pasien membayar ke kasir?			
7.	Apakah Petugas mempersiapkan pasien dan alat?			
8.	Apakah Petugas melakukan tindakan fisioterapi pada pasien sesuai keluhan pasien dan diagnosis fisioterapi?			
9.	Apakah Petugas mengevaluasi pada pasien pasca tindakan terapi?			
10.	Apakah Petugas memberikan edukasi pada pasien?			
11.	Apakah Petugas mencatat di register Pasien?			

CR :%.

Butuh ,.....

Pelaksana / Auditor

(.....)

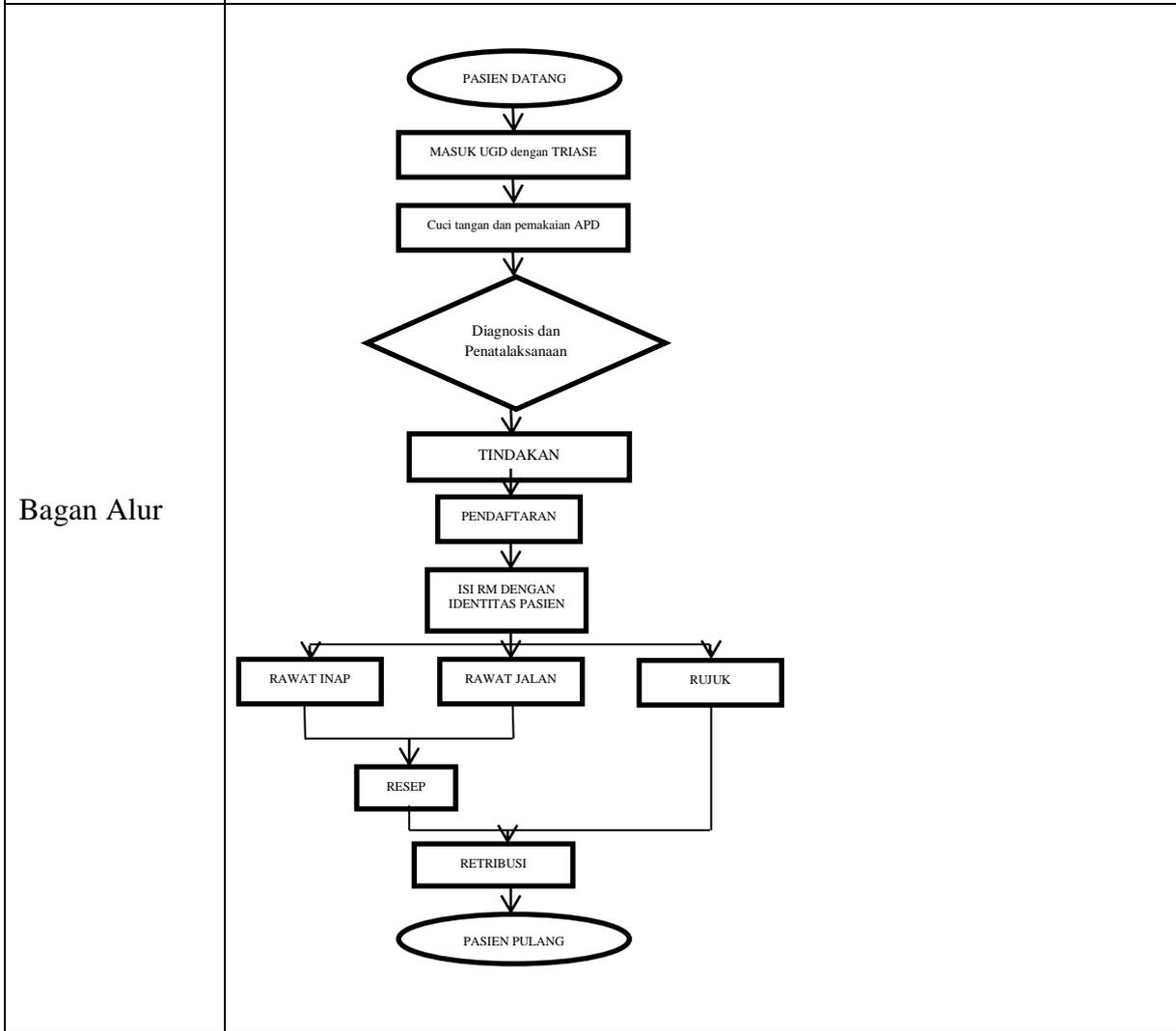
	ALUR PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/191/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
		Halaman : 1/3	

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

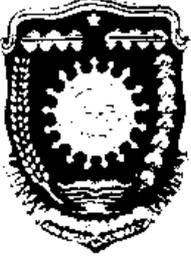
Pengertian	Alur Pelayanan pasien gawat darurat adalah suatu prosedur pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan kondisi tidak gawat darurat, gawat, darurat serta gawat darurat yang datang ke Unit Gawat Darurat UPT Puskesmas Butuh baik dari rujukan internal maupun eksternal.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam pelayanan pasien gawat darurat di UPT Puskesmas Butuh
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor: 118.4/BAB.VII/KEP/8/2016/ 0.. tentang Penanganan Pasien Gawat Darurat
Referensi	Permenkes Nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruang UGD menerima pasien datang, 2. Petugas ruang UGD mencuci tangan, 3. Petugas ruang UGD menggunakan alat pelindung diri (handscoon, masker, alas kaki ,kalau perlu) 4. Petugas ruang UGD melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik 5. a.Pasien Tidak GADAR: <ul style="list-style-type: none"> • dilakukan tindakan /medikasi • kolaborasi dokter untuk pemberian terapi /obat • dilakukan edukasi pada pasien dan keluarga • mempersilahkan pasien untuk membayar retribusi pada pasien umum • mengidentifikasi kartu BPJS pasien • pasien dipersilakan pulang b.Pasien GADAR <ul style="list-style-type: none"> • dilakukan tindakan /medikasi • kolaborasi dokter untuk pemberian terapi /obat • mengevaluasi hasil tindakan yang telah diberikan, jika ; <ul style="list-style-type: none"> ✚ teratasi sebagian ,pasien dirawat inap di Puskesmas ✚ pasien tidak membaik,maka dirujuk ke rumah sakit

	ALUR PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/191/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 2/3			

6. Petugas ruang UGD mendekontaminasi alat – alat yang telah digunakan dan bahan habis pakai,
7. Petugas ruang UGD mencuci tangan,
8. Petugas ruang UGD mendokumentasikan kegiatan di dalam rekam medis pasien dan register ruangan.

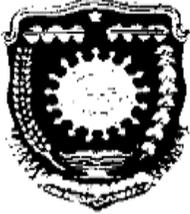


Unit Terkait	Ruang UGD Ruang Rawat Inap Ruang Rawat jalan
--------------	--

	ALUR PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/191/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 3/3			

Rekaman Historis Perubahan

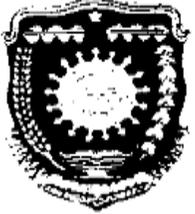
No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Unit terkait	Semua unit pelayanan berubah menjadi: <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan rawat jalan - Pelayanan rawat inap - UGD 	Juni 2018
2	Langkah	5. Menggunakan form asesmen awal	Juni 2018

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
Pengertian	Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Saifuddin, 2000).	
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melaksanakan penangananan asuhan persalinan normal	
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB VII/KEP/1/2016/035/A tentang kebijakan layanan klinis UPT Puskesmas Butuh.	
Referensi	Buku Pedoman APN 2008	
Prosedur / Langkah- Langkah	<p>A. PERSIAPAN ALAT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan cuci tangan 7 langkah 2. Petugas menggunakan alat Perlindungan Diri Penolong <ol style="list-style-type: none"> a. Penutup Kepala (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa) b. Kaca mata geogle (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa) c. Masker (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa) d. Celemek/skort (Bisa dikenakan sebelum cuci tangan supaya tidak lupa) e. Sepatu boot karet 3. Peralatan Lain <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat Sampah medis yang dilapisi plastik kuning b. Tempat Sampah non medis yang dilapisi plastik hitam c. Bak/timba yang berisi larutan klorin 0.5% (untuk membersihkan alat dan membersihkan ibu setelah 	

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

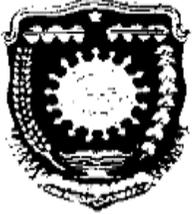
	<p>setelah proses persalinan)</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Tempat linen kotor (tempat pakaian/kain ibu dan bayi yang baru dipakai untuk proses persalinan) e. Tempat placenta f. 1 gelas ukur (digunakan untuk mengukur jumlah darah yang keluar saat persalinan) <p>4. Alat untuk pemeriksaan dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 kom tertutup berisi air DTT (untuk membasahi Kapas DTT) b. 1 kom berisi kapas DTT (untuk vulva hygiene pada ibu sebelum VT) c. 2 buah bengkok (digunakan saat VT, satu diletakkan di dekat vulva satunya lagi diletakkan agak jauh) d. 1 korentang (untuk mengambil sarung tangan pada bak instrumen yang steril dalam partus set) <p>5. Partus set dalam bak instrumen yang berisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 2 klem (untuk mengeklem tali pusat ketika akan dipotong) b. 1 gunting tali pusat (untuk memotong tali pusat bayi sesaat setelah lahir) c. ½ koker (untuk melakukan amniotomi ketika ketuban belum pecah setelah pembukaan lengkap) d. 1 gunting episiotomi (tidak harus digunakan, hanya digunakan bila keadaan terdesak) e. Benang tali pusat (untuk menali tali pusat setelah dipotong) f. 2 pasang sarung tangan DTT steril (sarung tangan pertama digunakan untuk VT, sarung tangan kedua digunakan untuk menolong persalinan) g. Deperst (seperlunya saja)
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen :	
		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
Halaman : 23/23			

	<p>I. Peralatan TTV</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan TTV, meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. 1 tensi meter dan 1 stetoskop (digunakan untuk mengontrol tensi darah pasien) b. 2 termometer axila (satu digunakan untuk mengukur suhu ibu dan yang satunya digunakan untuk mengukur suhu tubuh bayi) c. 3 gelas (digunakan sebagai wadah air klorin, air sabun sama air DTT untuk desinfektan thermometer) d. 1 Funandoskop (digunakan untuk mengukur DJJ janin ketika belum lahir) <p>II. Alat dan Obat-obatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Oksitosin 10 UI (minimal 4, digunakan ketika placenta akan lahir untuk merangsang agar cepat keluar), lidokain (minimal 4, digunakan sebagai anatesi ketika akan dilakukan episiotomi dan penjahitan), vit K (1 ampul, untuk mencegah terjadinya perdarahan pada bayi), vaksin Hb 0 b. 1 spuit 1 cc (digunakan untuk injeksi Vit K), 1 spuit 3 cc (digunakan untuk injeksi oksitosin), 1 spuit 10 cc (digunakan untuk injeksi lidokain) c. 3 cairan infus RL dan 1 cairan infus D 5 % d. 1 vena kateter nomor 16/18 (digunakan untuk memasang infus) e. Blood set <p>III. Peralatan Resusitasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 balon sungkup b. Delee (digunakan untuk menghisap lendir) c. Lampu sorot 60 watt (digunakan untuk penerangan dan untuk menghangatkan tempat resusitasi oleh karena itu lampunya dinyalakan ketika persalinan akan dimulai) d. 1 Meja resusitasi e. Kain pengganjal kepala
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

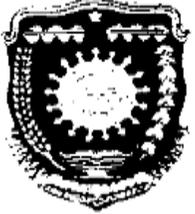
	<p>IV. Haechting Set</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 1 set bak instrumen yang berisi : b. 1 nail fuder c. 1 pinset sirkugis d. 1 pinset anatomis e. Nail heaching otot dan kulit f. Catgut cromik ukuran 0,02/0,03 g. 1 gunting benang <p>V. Kain tenun untuk Ibu dan bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Handuk bersih (untuk diletakkan diatas perut ibu) b. 1 under pad (untuk diletakkan dibawah bokong) c. Kain penyangga perineum(untuk penyangga perineum saat pertolongan kelahiran bayi) d. Selimut bayi (untuk mengganti handuk diatas perut ibu yang basah) e. 1 lembar kain bersih (diletakkan diatas perut ibu untuk mengetahui adanya bayi kedua dan cek kontraksi) f. Selimut ibu dan bayi (digunakan untuk menutupi tubuh ibu dan bayi saat IMD) g. Pembalut nifas h. Celana dalam i. Kain panjang digulung j. 2 waslap (untuk membersihkan tubuh ibu) k. Pakaian Ibu <p>B. PERSIAPAN LINGKUNGAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tutup sketsel, jendela dan pintu 2. Untuk menjaga privasi pasien. 3. Beri penerangan yang cukup 4. Untuk memudahkan bidan dalam melakukan tindakan yang akan dilakukan. 5. Siapkan tempat tidur pasien 6. Tempat tidur yang memudahkan bidan memberikan
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

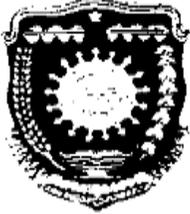
	<p style="text-align: center;">pertolongan pada persalinan normal.</p> <p>C. PERSIAPAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas memberikan penjelasan tentang prosedur, tujuan dan manfaat 2. Petugas memberitahukan ibu bahwa bidan akan melakukan pertolongan persalinan, agar bayi lahir dan ibu melewati proses persalinan dengan normal agar terhindar dari komplikasi. 3. Petugas melakukan informed consent 4. Petugas memberitahukan ibu untuk menandatangani surat pernyataan bahwa ibu bersedia dilakukan pertolongan yang akan dilakukan. 5. Petugas membantu klien dalam posisi yang nyaman 6. Ibu dianjurkan pada posisi setengah duduk, tidak dianjurkan ibu untuk tidurterlentang. <p>D. PERSIAPAN PETUGAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan cuci tangan dengan tujuh langkah 2. Petugas melepaskan semua perhiasan, basuh tangan dengan air mengalir, ambil sabun ditelapak tangan, gosok: 1. kedua telapak tangan, 2. Kedua punggung tangan, 3. Sela-sela jari, 4. Ujung jari, 5. Ibu jari, 6. Punggung jari, 7. Pergelangan tangan sampai siku. <p style="text-align: center;">TINDAKAN</p> <p>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA DUA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala I <ul style="list-style-type: none"> - Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran - ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina - Perineum tampak menonjol - Vulva dan spinter ani membuka <p>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

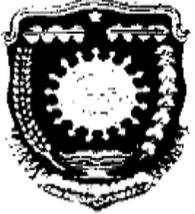
	<p>untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempat datar dan keras, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. - Membuka Spuit 3 cc dan memasukkannya ke dalam set partus buang kemasan spuit pada tempat sampah medis - Membuka ampul oksitoksin 10 unit dengan cara menggergaji terlebih dahulu leher ampul dan mematahkannya dengan hati-hati <ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas memakai alat pelindung penolong, celemek plastik, penutup kepala, masker dan kacamata 4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan menggunakan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. 5. Petugas memakai sarung tangan DTT pada tangan dominan 6. Masukkan oksitoksin 10 U ke dalam tabung suntik/spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril dengan teknik satu tangan). Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik), kemudian Letakkan ½ koker pada pojok bak instrumen, ambil sarung tangan lagi 1 untuk tangan non dominan dengan tangan dominan lalu tutup bak instrumen dengan tetap membuka sedikit untuk ½ koker <p>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JALAN LAHIR</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Petugas membersihkan vulva dan perineum <ul style="list-style-type: none"> - Dekatkan 2 bengkak, 1 bengkak dekat vulva, 1 bengkak pinggir bed - Dekatkan 2 kom, 1 kom berisi kapas cebok 1 kom berisi air dtt, letakkan dalam keadaan terbuka - Pakai sarung tangan - Ambil 5 kapas cebok dengan tangan kanan
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi :		00
		Tanggal Terbit :		24 Januari 2016
		Halaman :		23/23

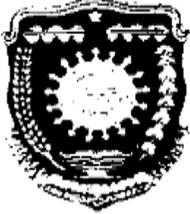
	<ul style="list-style-type: none"> - Celupkan kapas cebok pada air dtt peras pada bengkok kedua (bila ada), peras pada tempat sampah medis (bila hanya ada 1 bengkok) - 1 kapas usapkan pada labia mayora kanan kemudian buang - 1 kapas usapkan pada labia mayor kiri kemudian buang - Buka labia mayor dengan tangan kiri lalu usapkan 1 kapas pada labia minoR kanan, lalu buang - Buka labia mayor dengan tangan kiri lalu usapkan 1 kapas pada labia minor kiri lalu buang - 1 kapas usapkan pada introitus vagina <p>8. Petugas memeriksa dalam/ VT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petugas menganjurkan ibu untuk tarik nafas - Masukkan jari tengah kanan kemudian susul dengan jari telunjuk sembunyikan ibu jari kemudian periksa: <ul style="list-style-type: none"> a) Perinium: apakah lunak atau kaku (tekan pada perinium dan rasakan) b) Vagina: apakah ada odem (raba sekeliling vulva) c) Portio: elastis atau kenyal d) Ketuban: pemeriksaan di lakukan saat his mereda e) Servik: pembukaan, effasment, presentasi f) Bagian terdahulu: hodge 1-4 <ul style="list-style-type: none"> a. Hodge I : Setinggi PAP b. Hodge II : Bidang hodge sejajar HI stinggi tepi bawah symfisis c. Hodge III : Bidang hodge sejajar HI,HII setinggi spina ischiadika d. Hodge IV : Bidang hodge sejajar HI,HII,HIII setinggi cocsygis e. Bagian terendah: denominator Uuk terletak dimana f. Adakah bagian kecil yang menumbung, yang paling gawat tali pusat pusat yang menumbung
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

	<p>tidak boleh dilakukan amniotomi haru dirujuk dengan posisi bokong lebih tinggi, jika tidak ada bagian yang menumbung lakukan amniotomi.</p> <p>g. Jika pembukaan lengkap lakukan amniotomi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tangan kanan tetap didalam vagina • Ambil setengah koker menggunakan tangan kiri • Masukkan setengah koker sejajar dengan jari telunjuk sebelah kanan • Pegang ujung koker di dalam vagina • Tunggu sampai his mulai mereda : ketuban ada masih lunak, jika ketuban hilang maka kutuban naik dan selaput menempel kepala. • Gores ketuban dengan setengah koker • Ambil setengah koker dengan tangan kiri, letakkan dalam bengkok • Masukkan tangan ke dalam bekas goresan, kemudian lebarkan jalan lahir • Nilai ketuban dan beritahu ibu • VT ulang sekeliling kepala apakah ada bagian kecil yang ikut menumbung/terkemuka <p>h. rektum : periksa adakah feses atau tidak sambil menarik tangan , jika ada feses pasang pispot dan keluarkan fesesnya</p> <p>i. Bersihkan peralatan bekas vulva hygiene dan amniotomi menggunakan tangan kanan untuk peralatan yang kotor, dan tangan kiri untuk peralatan yang bersih.</p> <p>9. Petugas mendekontaminasi sarung tangan dengan cara celupkan</p>
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

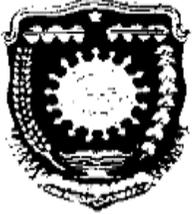
	<p>tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0.5% kemudian lepaskan dalam keadaan terbalik dalam larutan 0.5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan menggunakan sabun dan air mengalir.</p> <p>Gunakan handuk pribadi yang kering dan bersih</p> <p>10. Petugas memeriksa denyut jantung janin(DJJ) dengan melihat jam setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal 120-160x/menit</p> <p>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN</p> <p>11. Petugas memberitahukan kepada pasien bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan membantu ibu menemukan posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada b. Petugas menjelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar. <p>12. Petugas meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran) dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk dengan kedua kaki ibu ditekuk dan dirangkul ibu / posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman sambil bapak yang ada di belakang ibu bisa membantu dengan melakukan rangsangan puting susu.</p> <p>13. Petugas membimbing ibu untuk meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bimbing ibu agar dapat meneran dengan benar dan efektif, caranya tempelkan dagu dekat dengan dada, keluarkan suara napas perut melalui mulut. b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi :		00
		Tanggal Terbit :		24 Januari 2016
		Halaman :		23/23

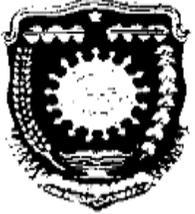
	<p>perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai</p> <p>c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi supine dalam waktu yang lama)</p> <p>d. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi</p> <p>e. Anjurkan keluarga untuk memberi dukungan dan semangat untuk ibu</p> <p>f. Berikan cukup asupan per-oral(minum) disela kontraksi</p> <p>g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</p> <p>14. Petugas menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit</p> <p>V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI</p> <p>15. Petugas meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di atas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm. Yaitu beritahu pada ibu saat akan meletakkan handuk dan beritahu pada ibu bahwa bayinya nanti di taruh diatas perut ibu. Agar ibu tidak kaget.</p> <p>16. Petugas meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu, yaitu dengan cara meminta tolong ibu agar mengangkat sedikit bokongnya , tujuannya agar mempermudah memasukkan kain diwah bokong ibu. Dan agar cairan tidak kemana-mana. Selama petugas mempersiapkan alat anjurkan ibu untuk mengatur nafas agar tidak meneran bisa dengan cara menyumbat hidung ibu.</p> <p>17. Buka tutup partus set dan perhatikan lagi kelengkapannya alat dan bahan. Yaitu dengan cara membuka tutup bak instrumen dan lihat kelengkapannya. Kemudian dekatkan partus set dengan ibu untuk memudahkan petugas menolong persalinan.</p> <p>18. Petugas memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan. Yaitu dengan cara membuka tutup bak instrumen dan ambil sarung tangan yang dominan, pakai dan ambil sarung tangan untuk tangan berikutnya dengan tangan dominan, lalu tutup bak</p>
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

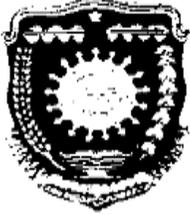
	<p>instrumen yang berisi partus set dengan tangan kiri yang belum memakai sarung tangan , dan setelah itu pakai sarung tangan berikutnya.</p> <p>VI. PERSIAPAN KELAHIRAN PERTOLONGAN LAHIRNYA KEPALA</p> <p>19. Setelah nampak kepala bayi dengan diameter 5-6cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleks, dan membantu kelahirannya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal. Terus puji ibu untuk menjaga keadaan psikologi ibu. Seperti mengucapkan “ayoo Bu, dikit lagi”, “Pinter, dikit lagi Bu”, “nafas lagi Bu, dikit lagi Bu, pinteeer”. Pada saat kepala sudah terlihat melingkar minta ibu untuk menurunkan kakinya (dari posisi litotomi) , satu tangan diletakkan di fundus untuk memeriksa kontraksi(His Ada His Tak ada) jika his ada pimpin ibu untuk meneran, beri semangat, beri sanjungan pada ibu, saat his tidak ada berikan nutrisi pada ibu (makan / minum), sambil mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), pimpin kembali saat ada his. Setelah Kepala lahir semua, minta suami untuk turun dari Bed (misalnya didampingi oleh suami) untuk memberikan minum ibu (pemenuhan nutrisi)</p> <p>20. Petugas memeriksa adanya lilitan tali pusat atau tidak dengan 2 jari tangan kanan dan lakukan tindakan yang sesuai bila hal itu terjadi, dan lanjutkan proses kelahiran bayi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika tali pusat yang melilit longgar lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. • Jika tali pusat melilit leher secara kuat , klem tali pusat diantara dua tempat lalu potong tali pusat diantara kedua klem. <p>21. tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.</p> <p>LAHIRNYA BAHU</p>
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		
		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A		
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
Halaman : 23/23				

	<p>22. setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal (tangan kanan diatas tangan kiri dibawah). Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala bayi kebawah (ayun sampai bahu depan lahir sebagai hipomoclon) dan distal hingga lahir bahu depan dibawah askus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.</p> <p style="text-align: center;">LAHIRNYA BADAN DAN TUNGKAI</p> <p>23. Setelah bahu lahir, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah (Teknik sangga susur (tangan kanan beralih kebawah untuk menyangga dan tangan kiri melindungi bagian atas)</p> <p>24. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepongung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari lainnya).</p> <p>VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR</p> <p>25. Petugas melakukan penilaian selintas :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan? b. Apakah bayi bergerak dengan aktif? <p>26. Petugas mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan vernik. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.</p> <p>27. Petugas memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus, dengan cara:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil kain putih - Letakkan di atas perut ibu kemudian periksa fundus(jangan digoyang, kalau digoyang berarti masase) akan berakibat
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi :		00
		Tanggal Terbit :		24 Januari 2016
		Halaman :		23/23

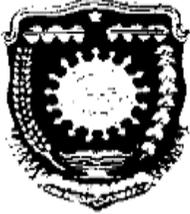
	<p>terjadinya kontraksi tetanik pada korpus menjadi menutup sehingga menjadi plasenta inkarserata.</p> <p>28. Petugas memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik</p> <p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petugas menyuntikan pada 1/3 paha atas bagian kanan luar (anterolateral) - Lakukan aspirasi kemudian masukkan - Ganti handuk bayi dengan selimut bersih & kering <ul style="list-style-type: none"> ➤ Selimut dalam keadaan tergulung letakkan di atas bayi, dan selimutkan melingkari bayi sambil melepaskan handuk basah ➤ Ambil handuk basah dan letakkan pada tempat pakaian kotor <p>30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama</p> <p>31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dengan 1 tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut. - Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada 1 sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lain. - Lepaskan klem dan masukkan ke dalam wadah yang telah disediakan (bengkok) <p>32. Petugas meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari</p>
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

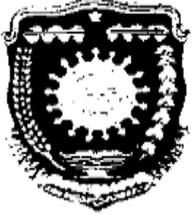
	<p>puting payudara ibu.</p> <p>33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi</p> <p>VIII. PENATALAKSAANAAN AKTIF KALA III</p> <p>34. Pindahkan klem pada tali pusat sehingga berjarak 5-10cm dari vulva (bila ada tanda – tanda makin panjang keluarnya tali pusat, adanya perdarahan vagina bila plasenta sudah lepas, dan uterus berbentuk seperti buah pir)</p> <p>35. Petugas meletakkan 1 tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas symfisis, untuk mendeteksi Tangan lain menegangkan tali pusat.(bila tali pusat masuk kembali ke dalam vagina, berarti plasenta belum lepas dari dinding uterus, bila tetap/tidak masuk kembali ke vagin berarti plasenta sudah lepas).</p> <p>36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas(dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah involusi uteri). Jika plasenta tidak lahir dalam 30 -40 detik , hentikan penegangn tali pusat dan tunggu hingga timbul kontrak berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi ,minta ibu ,suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.</p> <p>MENGELUARKAN PLASENTA</p> <p>37. Petugas melakukan penegangan dan dorong dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas,mengikuti poros jalan lahir(tetap lakukan dorso kranial)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta. - Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat. <ul style="list-style-type: none"> 1) Petugas memberi dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

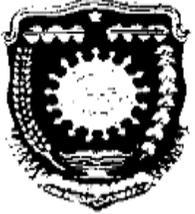
	<p>2) Petugas melakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh</p> <p>3) Petugas meminta persetujuan keluarga untuk melakukan rujukan</p> <p>4) Petugas mengulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya</p> <p>5) Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi pendarahan segera lakukan plasenta manual.</p> <p>38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan pegang dan putar plasenta sehingga selaput ketuban terpelintir kemudian lahirkan, lakukan pemeriksaan selaput ketuban kotiledonnya lengkap atau masih ada yang tertinggal, begitu juga pinggir plasenta masih ada hubungan atau tidak pada plasenta lain dan tempatkan plasenta pada tempat yang telah disediakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT /sesteril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput dengan cara tangan dijadikan satu atau rapat kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau sesteril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal. <p>RANGSANGAN TAKTIL (MASASE) UTERUS</p> <p>39. Segera setelah selaput ketuban dan plasenta lahir. Lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dan lembut sehingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petugas melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase - Petugas menganjurkan ibu atau keluarga untuk melakukan masase dengan cara memberikan edukasi kepada ibu dan keluarga sampai ibu atau keluarga bisa memahami dan mampu melakukannya.
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

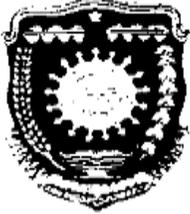
	<p>IX. MENILAI PERDARAHAN</p> <p>40. Sebelum memeriksa pastikan ujung tali pusat di klem agar darahnya tidak mengalir kemana mana. kemudian lihat kelengkapan plasenta yang dimulai dari membran dengan menyingkupkan membran di tengah, ke kiri dan ke kanan apakah bagian plasenta tertutupi semua atau tidak, adakah membran yang sobek jika ada yang robek berarti masih ada membran yang tertinggal didalam, kalau sudah dipastikan membrannya lengkap dan tidak ada robekan, buka untuk melihat apakah kotiledon lengkap dengan cara membersihkan dengan kassa steril, hitung jumlah kotiledon dan dindingnya pastikan tidak ada yang terluka dan tertinggal di dalam. Kemudian rapat-rapatkan bagian plasenta adakah yang tidak terhubung jika ada yang tidak terhubung ada yang tertinggal didalam. Selanjutnya masukkan plasenta kedalam tempat plasenta dengan cara menjepitnya dengan kedua tangan agar darah tidak berceceran. setelah plasenta dimasukkan, jangan lupa ambil klem.</p> <p>41. Petugas mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, Lakukan penjahitan apabila laserasi menyebabkan pendarahan, bila ada robekan yang menimbulkan pendarahan aktif segera lakukan penjahitan.</p> <p>MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN</p> <p>42. Petugas memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam</p> <p>43. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30 – 60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusu darisatu payudara - Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

	<p>44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan / pengukuran bayi, beri tetes mata, antibiotic profilaksis dan vit.K1 1mg IM dipaha kiri anterior lateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minta bayi pada ibu. Beritahu ibu bahwa bayi akan diperiksa dan disuntik - Timbang BB dan TB bayi, kemudian catat hasilnya. - Beri tetes/salep mata untuk profilaksis - Persiapkan untuk pemberian vit.K1, buka tutup ampul dg tangan dominan. Ambil spuit dan aspirasi obat ke dalam spuit sebanyak 1mg - Bersihkan area yang akan disuntik dengan kapas alkohol (aseptik) - Lakukan penyuntikan vit.K1 IM di paha kiri anterolateral (lakukan aspirasi sebelum obat dimasukkan, dan pastikan tidak ada gelembung udara di dalam spuit) - Masukkan obat dengan hati-hati - Bayi dilakukan pemeriksaan berikutnya (pemeriksaan fisik) <p>45. Setelah 1 jam petugas memberikan vit.K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persiapkan untuk melakukan imunisasi hepatitis B - Buka tutup ampul dg tangan dominan. Ambil spuit dan aspirasi obat ke dalam spuit - Bersihkan area yang akan disuntik dg kapas alkohol (aseptik) - Petugas melakukan penyuntikan di paha kanan anterolateral secara IM - Masukkan obat dengan hati-hati <ul style="list-style-type: none"> • Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu – waktu bisa disusukan • Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui didalam 1 jam pertama
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi :		00
		Tanggal Terbit :		24 Januari 2016
		Halaman :		23/23

	<p style="text-align: right;">dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui</p> <p style="text-align: center;">Evaluasi</p> <p>46. Petugas melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Petugas memantau kontraksi dilakukan dengan meraba bagian fundus, evaluasi apakah kontraksinya kuat, lemah atau tidak berkontraksi. Jika kontraksi lemah waspada terjadi perdarahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan 3) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pasca persalinan 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana antonia uteri 5) Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi 6) Jika terjadi kontraksi, ambil tangan ibu/keluarga untuk meraba perut ibu. Jelaskan pada ibu/keluarga bahwa perut yang mengeras atau kaku itu merupakan pertanda bahwa sedang terjadi kontraksi. <p>47. Petugas mengajarkan pula pada ibu/keluarga cara menilai kontraksi, dengan menghitung frekuensi/lamanya kontraksi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jika terjadi kontraksi, ambil tangan ibu/keluarga untuk meraba perut ibu. Jelaskan pada ibu/keluarga bahwa perut yang mengeras atau kaku itu merupakan pertanda bahwa sedang terjadi kontraksi. - Petugas mengajarkan pula pada ibu/keluarga cara menilai kontraksi, dengan menghitung frekuensi/lamanya
--	--

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016		
		Halaman : 23/23		

	<p style="text-align: center;">kontraks</p> <p>48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Petugas membersihkan bekas darah ibu dengan pembalut. Kemudian peras di gelas ukur. - Baca hasilnya <p>49. Petugas memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap 2jam pertama pasca persalinan 2) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal <ol style="list-style-type: none"> a. Ambil termometer axillar, dan letakkan termometer di ketiak ibu dan suruh ibu untuk mengempit ketiaknya. b. Selagi menunggu hasil termometer, lakukan pemeriksaan nadi dengan meraba arteri radialis dan hitung selama 1 menit penuh. c. Setelah 3 menit, ambil termometer di ketiak ibu, dan lihat hasilnya d. Sebelum meakukan pencatatan, evaluasi kandung kemih. Jika teraba penuh, anjurkan ibu untuk BAK. Apabila KU ibu baik, dianjurkan untuk BAK secara mandiri, namun jika KU ibu lemah, beri pispot. e. Hitung jumlah urine f. Catat semua hasil pemeriksaan <p>50. Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5 C)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Observasi kembali keadaan bayi 2) Ambil termometer axillar, kemudian letakkan di ketiak bayi. Minta ibu untuk memegang bahu bayi agar termometer tidak bergeser (atau bisa dilakukan dg bidan
--	---

	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

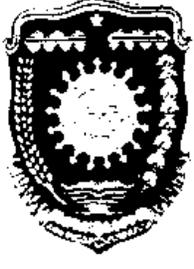
	<p>sendiri)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Selama menunggu hasil termometer, hitung pernafasan bayi selama 1 menit penuh 4) Bersihkan termometer dengan air sabun, air klorin, air DTT 5) Catat hasilnya <p>kebersihan dan Keamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 51. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin (0,5%) untuk dekontaminasi (10 menit) cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi <ol style="list-style-type: none"> 1) Pastikan semua peralatan dalam keadaan terbuka dan terendam penuh 52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai 53. Petugas membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban lendir dan darah bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering <ul style="list-style-type: none"> - Bantu ibu untuk ganti pakaian bersih dan pakai pembalut 54. Petugas memastikan ibu merasa nyaman dan bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu makanan dan minuman yang diinginkannya 55. Petugas melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan Klorin 0,5% 56. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan celemek dengan larutan klorin 0,5% 57. Petugas cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur Tekanan Darah ibu 58. Petugas melengkapi Partograf (halaman depan dan belakang) periksa tanda vital dan asuhan kala IV
--	--

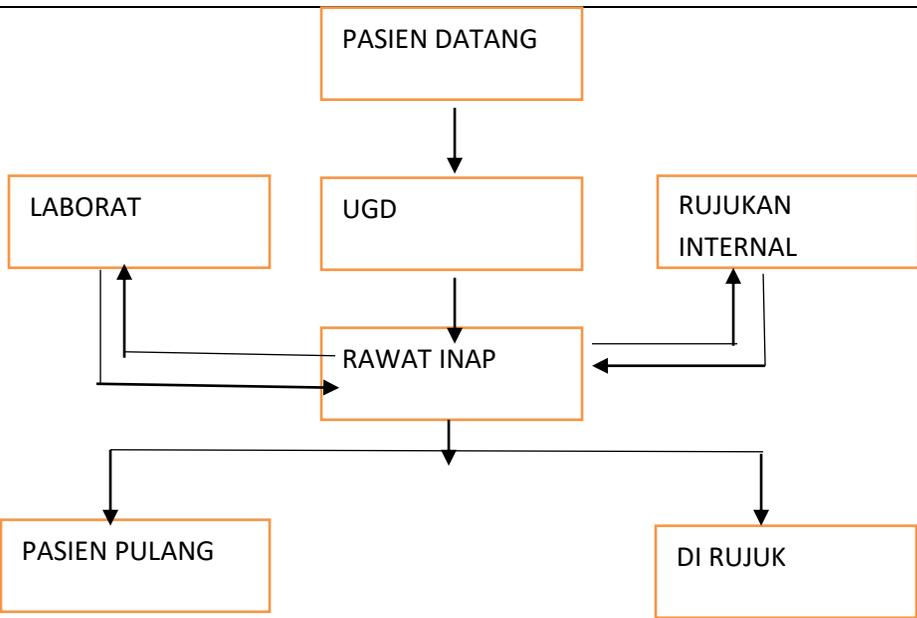
	ASUHAN PERSALINAN NORMAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/146/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : 24 Januari 2016	
		Halaman : 23/23	

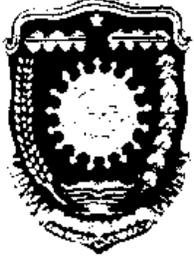
Unit Terkait	Ruang persalinan, Rawat Inap, Laborat, Gizi dan Ruang Nifas
--------------	---

Rekaman histori perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

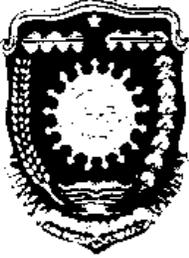
	ALUR PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1 / 2			

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
Pengertian	Pasien yang datang langsung ke ugd atau rawat jalan atau rujukan dari klinik swasta yang memerlukan untuk dirawat.	
Tujuan	Sebagai acuan untuk menangani pasien rawat inap dibangsal	
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor: 188.4/VII/KEP/ 1 /2018/001/A tentang Pelayanan Klinis	
Referensi	PMK 75/2014 tentang Puskesmas	
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang dan masuk dari Unit Gawat Darurat. 2. Pasien atau keluarga menandatangani formulir informed consent jika bersedia dilakukan rawat inap. 3. Pasien yang dirawat inap dilakukan pemeriksaan laboratorium atau dikonsultasikan ke Gizi jika diperlukan. 4. Pasien diperbolehkan pulang jika kondisi dinyatakan membaik. 5. Pasien di rujuk ke fasilitas kesehatan di atasnya jika kondisinya tidak membaik. 	
	 <pre> graph TD A[PASIEN DATANG] --> B[LABORAT] A --> C[UGD] A --> D[RUJUKAN INTERNAL] B --> E[RAWAT INAP] C --> E D --> E E --> F[PASIEN PULANG] E --> G[DI RUJUK] </pre>	
Unit Terkait	Ruang pelayanan Rawat jalan, ruang pelayanan Rawat inap	

	ALUR PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 2 / 2			

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	PELAYANAN OBAT 24 JAM		
	SOP	No. Dokumen : SOP / BTH/PWR / A/ 2018/ 10/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1 / 1			

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

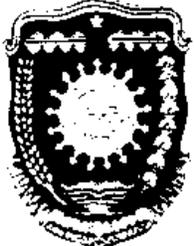
Pengertian	Pelayanan obat selama tujuh hari dalam seminggu yang diberikan dalam 24 jam kepada pasien gawat darurat, persalinan maupun rawat inap.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk penyediaan obat dan pelayanan obat 24 jam kepada pasien UPT Puskesmas Butuh.
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor 188.4 / BAB / VIII / KEP / 6/ 2018 / 027 /A tentang Pelayanan Obat 24 Jam.
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas
Prosedur / Langkah-Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Farmasi menyiapkan obat dan bahan medis habis pakai (BMHP) sesuai dengan permintaan petugas jaga pada pagi hari. 2. Petugas jaga menyiapkan obat sesuai resep. 3. Petugas jaga memberikan obat kepada pasien disertai dengan pemberian informasi penggunaan obat. 4. Petugas jaga melakukan pencatatan dan pelaporan penggunaan obat pasien kepada petugas farmasi setiap bulan.
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Farmasi 2. IGD dan Rawat Inap 3. Persalinan 4. Admen

Yang Diubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan

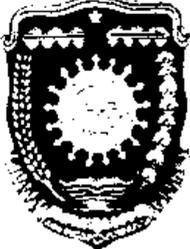
	PELAYANAN RESEP		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/A/2018/288/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1 / 2			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
Pengertian	Proses kegiatan yang meliputi aspek teknis dan non teknis yang harus dikerjakan mulai dari penerimaan resep dari dokter sampai penyerahan obat kepada pasien.	
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk pelayanan resep	
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor 188.4/BAB VIII/KEP/6/2018/032/A tentang penyiapan resep	
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas	
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyerahkan resep obat masuk ke farmasi. 2. Petugas melakukan skrining resep, apakah ada yang janggal atau ragu-ragu dan ada item obat yang kosong. 3. Konfirmasi resep yang janggal atau ragu-ragu dan jenis obat yang kosong beserta penggantinya. 4. Menyiapkan obat sesuai resep. 5. Menulis penandaan di etiket obat, yaitu nomor urut resep, tanggal resep, nama pasien dan signa. 6. Melakukan pengemasan obat disertai etiket yang telah dibuat. 7. Mengecek ulang kesesuaian obat dengan resep sebelum menyerahkan kepada pasien. 8. Petugas memanggil nama pasien sesuai resep. 9. Mengecek ulang pasien penerima obat, sudah sesuai atau belum dengan resep yang dimaksud. 10. Petugas menyerahkan obat kepada pasien disertai KIE. 11. Meminta tanda tangan pasien sebagai bukti obat sudah diterima dan pasien telah diberikan penjelasan terkait obat. 	
Diagram Alir	Seperti tercantum dalam lampiran berikut	
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagian ADMEN 2. Bagian Obat 	

Rekaman Historis Perubahan

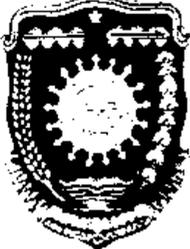
	PELAYANAN RESEP		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/A/2018/288/A	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 2 / 2			

Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal mulai diberlakukan
Kebijakan	SK Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor 188.4/BAB VIII/KEP/1/2016/058/A tentang Peresepan, Pemesanan dan Pengelolaan Obat menjadi SK Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor 188.4/BAB VIII/KEP/6/208/032/A9 tentang penyiapan resep	Juni 2018
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 tahun 2014 menjadi nomor 74 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas	Juni 2018
Prosedur / Langkah-Langkah	Perubahan langkah dari 13 langkah menjadi 11 langkah	Juni 2018

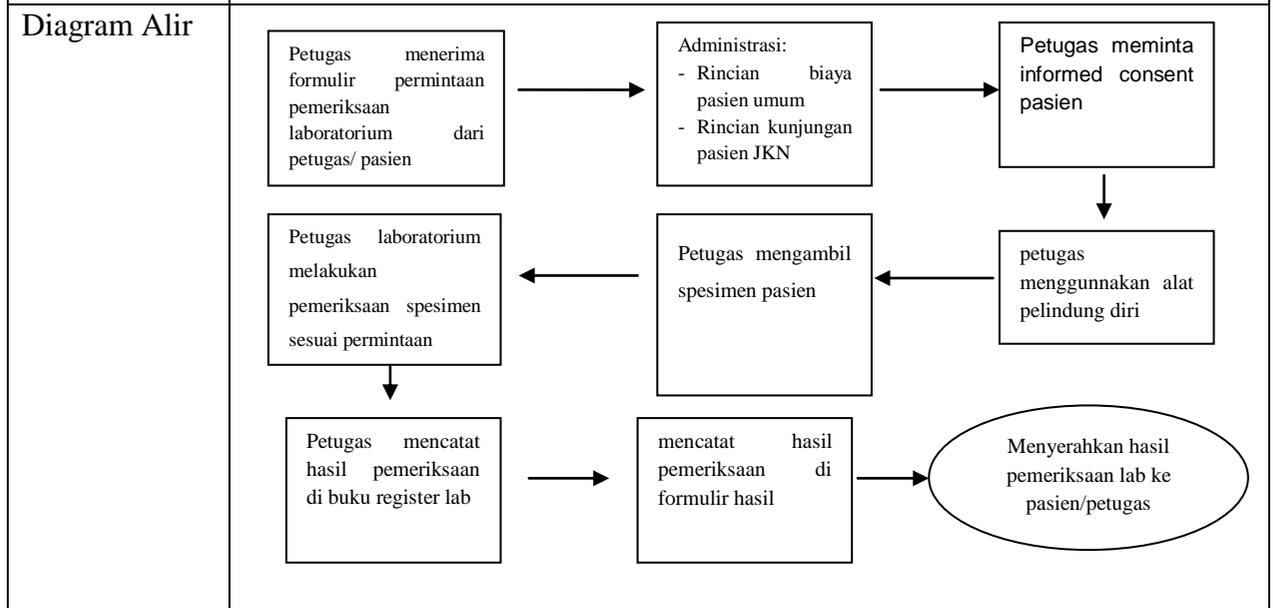
	PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/321/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Agustus 2018	
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

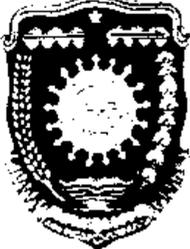
Pengertian	Pemeriksaan laboratorium adalah salah satu sarana kesehatan yang melakukan kegiatan pemeriksaan guna menunjang diagnosa suatu penyakit.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam melaksanakan pemeriksaan laboratorium
Kebijakan	Surat Keputusan Kepala UPT Puskesmas Butuh Nomor 188.4/BAB VIII/KEP/8/2018/021/A tentang Jenis-Jenis Pemeriksaan Laboratorium di Puskesmas
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Pusat Kesehatan Masyarakat.
Prosedur / Langkah-Langkah	<p>A. Pasien Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas laboratorium menerima formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari petugas rawat inap 2. Petugas laboratorium menggunakan alat pelindung diri 3. Petugas laboratorium mengambil spesimen pasien 4. Petugas laboratorium menulis identitas pasien di buku register laboratorium 5. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan spesimen sesuai permintaan 6. Petugas laboratorium mencatat hasil pemeriksaan di buku register laboratorium dan di formulir hasil pemeriksaan laboratorium 7. Petugas laboratorium menyerahkan hasil pemeriksaan laboratorium kepada petugas rawat inap <p>B. Pasien Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas laboratorium menerima formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dari pasien 2. Petugas laboratorium mengkonfirmasi biaya dan membuat rincian biaya pemeriksaan untuk pasien umum

	PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/321/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Agustus 2018	
Halaman : 2/3			

3. Petugas laboratorium mengisi rincian kunjungan pelayanan rawat jalan untuk pasien JKN
4. Petugas laboratorium menulis identitas pasien di buku register laboratorium
5. Pasien membayar biaya pemeriksaan laboratorium di kasir
6. Petugas laboratorium menggunakan alat pelindung diri
7. Petugas laboratorium mengambil spesimen pasien
8. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan spesimen sesuai permintaan
9. Petugas laboratorium mencatat hasil pemeriksaan di buku register laboratorium dan di formulir hasil pemeriksaan laboratorium
10. Petugas laboratorium menyerahkan hasil pemeriksaan laboratorium kepada pasien



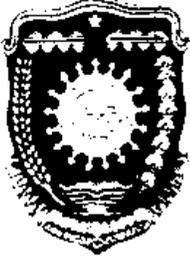
- Unit Terkait**
- ❖ Pelayanan Laboratorium
 - ❖ Pelayanan Pemeriksaan Umum
 - ❖ Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
 - ❖ Pelayanan KIA, KB, Imunisasi
 - ❖ Pelayanan Kesehatan Anak
 - ❖ Pelayanan Unit Gawat Darurat

	PEMERIKSAAN LABORATORIUM		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/321/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Agustus 2018	
Halaman : 3/3			

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pelayanan Rawat Inap ❖ Pelayanan Persalinan
--	--

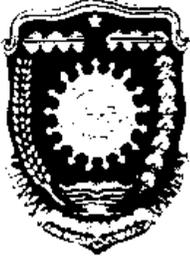
Rekaman Historis Perubahan

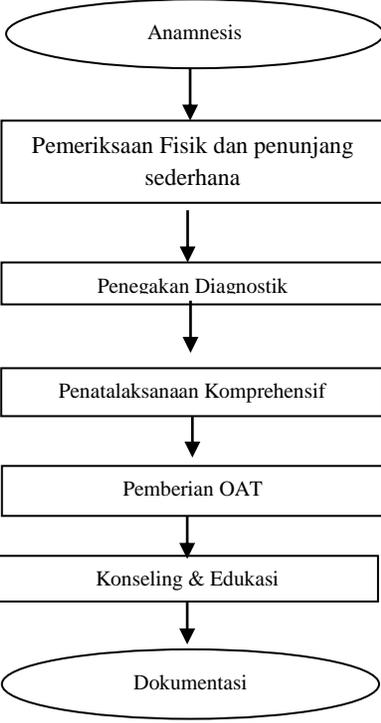
No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1.	Kebijakan	Penyesuaian dengan kebijakan terbaru	Agustus 2018
2.	Prosedur/Langkah-langkah	Penyesuaian dengan prosedur terbaru	Agustus 2018

	PELAYANAN RUANG TBC PARU		
	SOP	No. Dokumen :	
		SOP/BTH/PWR/B/2018/	
		No. Revisi : 0	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1/2			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB yaitu Mycobacterium tuberculosis. Sebagian besar kuman TB menyerang paru, namun dapat juga mengenai organ tubuh lainnya. Indonesia merupakan negara yang termasuk sebagai 5 besar dari 22 negara di dunia dengan beban TB. Kontribusi TB di Indonesia sebesar 5,8%. Saat ini timbul kedaruratan baru dalam penanggulangan TB, yaitu TB Resisten Obat (Multi Drug Resistance/ MDR).
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagai acuan petugas dalam penatalaksanaan kasus tuberkulosis taru tanpa komplikasi 2. Mempermudah dan memperlancar pelayanan pada penderita TB Paru 3. Memutuskan ranta ipenularan TB Paru 4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian TB Paru 5. Meningkatkan kinerja petugas TB Paru
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/I/2018/001/A Kebijakan Pelayanan Klinis
Referensi	PMK 75/2014 tentang Puskesmas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.02/MENKES/ 514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mendaftar di pendaftaran 2. Petugas dan pasien memakai masker 3. Petugas memanggil pasien berdasarkan urutan pendaftaran 4. Pasien dipersilakan duduk 5. Pasien di timbang 6. Petugas menanyakan dan mencatat nama penderita, tanggal lahir, alamat lengkap, jenis kelamin dan pekerjaan 7. Petugas menanyakan dan mencatat ada batuk / tidak, batuk berdahak > 3 minggu bercampur darah, sesak napas/nyeri dada, nafsu makan berkurang/berat badan menurun, apakah pernah minum obat TBC selama lebih dari 1 bulan 8. Petugas memeriksa dan mencatat berat badan, tinggi badan, tekanan darah, pemeriksaan fisik paru, jantung, melakukan pemeriksaan dahak 9. Petugas/dokter mendiagnosis apakah penderita TB atau bukan 10. BTA negatif terapi spesifik selama 2 minggu (cefadroxil 3x1), apabila BTA masih negatif dilakukan pemeriksaan Rontgen Thorax PA, jika pasien menderita TB diberikan pengobatan sesuai dengan program TB paru, jika bukan penderita diberi pengobatan bukan TB paru 11. Pasien / pengantar ditanya siapa yang akan menjadi Pengawas Makan Obat (PMO)/ DOTS.

	PELAYANAN RUANG TBC PARU			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2018/
		No. Revisi : 0		
		Tanggal Terbit : Juni 2018		
Halaman : 2/2				

	<p>12. Pasien / pengantar diberi penyuluhan tentang bahaya TB paru dan efek samping akibat berobat tidak sesuai aturan</p> <p>13. Pasien diberi OAT dan diberi penjelasan tentang cara pemakaian</p>
<p>Bagan Alir (jika dibutuhkan)</p>	 <pre> graph TD A([Anamnesis]) --> B[Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana] B --> C[Penegakan Diagnostik] C --> D[Penatalaksanaan Komprehensif] D --> E[Pemberian OAT] E --> F[Konseling & Edukasi] F --> G([Dokumentasi]) </pre>
<p>Unit Terkait</p>	<p>Ruang Tb, Ruang UGD, ruang lansia, ruang pelayanan pemeriksaan umum, rawat inap</p>

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	Pelayanan Kunjungan Rumah ODGJ			
	SOP	No. Dokumen		:SOP/BTH/PWR/B/2019/.../A
		No. Revisi		: 00
		Tanggal Terbit		: Januari 2019
		Halaman		: 1 / 2

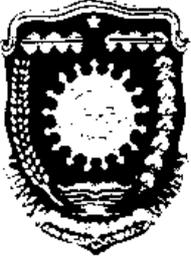
UPT Puskesmas Butuh		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
1. Pengertian	Pelayanan kunjungan rumah pasien ODGJ adalah salah satu teknik pengumpulan data dengan jalan mengunjungi rumah pasien untuk membantu menyelesaikan masalah yang dihadapi dan untuk melengkapi data yang sudah ada	
2. Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk melakukan Pelayanan Kunjungan Rumah Pasien ODGJ di UPT Puskesmas Butuh	
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BABVII/KEP/1/2018/001/A tentang kebijakan layanan klinis UPT Puskesmas Butuh.	
4. Referensi	1. Undang - Undang RI No. 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa	
5. Prosedur	1. Petugas melakukan kunjungan rumah pasien jiwa yaitu: <ul style="list-style-type: none"> - Penderita baru yang tidak bisa dibawa ke Puskesmas - Penderita lama khususnya yang tidak berkunjung atau berobat 2. Petugas menjelaskan kepada keluarga pasien dan pasien apa yang akan dilakukan dan meminta persetujuan tindakan 3. Petugas mencuci tangan dengan teknik mencuci tangan 7 langkah 4. Petugas melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik bila perlu 5. Untuk penderita baru, kegiatan yang dilakukan adalah petugas menentukan diagnosa awal dan terapi, sedang penderita lama petugas memantau penderita yang pulang dari rumah sakit jiwa dan memantau penderita yang agresif (kambuhan), menolak minum obat, dan lain-lain serta bisa direncanakan rujukan bila perlu 6. Petugas melakukan konseling dan penyuluhan kepada pasien serta keluarga 7. Petugas merencanakan untuk pasien agar melakukan kontrol ke puskesmas sesuai jadwal yang telah ditentukan 8. Petugas membereskan peralatan dan mencuci tangan	

	Pelayanan Kunjungan Rumah ODGJ			
	SOP	No. Dokumen		:SOP/BTH/PWR/B/2019/.../A
		No. Revisi		: 00
		Tanggal Terbit :		Januari 2019
		Halaman		: 2 /2

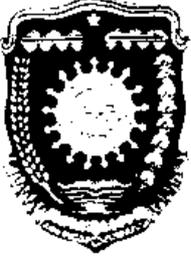
	9. Petugas melakukan pencatatan
6. Unit terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala UPT Puskesmas 2. Penanggungjawab UKM 3. Ruang Rawat Jalan 4. Penanggungjawab Pelaksana Kesehatan Jiwa Puskesmas 5. Tenaga Kesehatan Puskesmas Pembantu 6. Tenaga Kesehatan Poskesdes
7. Dokumen terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Perintah Tugas 2. Buku Pemeriksaan Pasien 3. Buku Kegiatan UKM

8. Rekaman Historis Perubahan

No	Yang dirubah	Isi Perubahan	Tgl.mulai diberlakukan

	INFORMED CONSENT		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/040/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1 / 2			

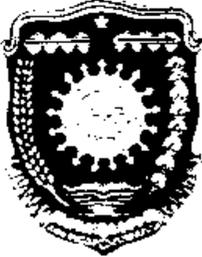
UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
	<p>Informed Consent adalah persetujuan tindakan kedokteran yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekatnya setelah mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut, kegiatan ini dibuat bertujuan untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan perlindungan kepada pasien terhadap tindakan dokter yang sebenarnya tidak diperlukan dan secara medik tidak ada dasar kebenarannya yang dilakukan tanpa sepengetahuan pasiennya. 2. Memberi perlindungan hukum kepada dokter terhadap suatu kegagalan dan bersifat negatif, karena prosedur medik modern bukan tanpa resiko, dan pada setiap tindakan medik ada melekat suatu resiko 	
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas membuat informed consent	
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/6/2018/018/A tentang informed consent	
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran	
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menyiapkan lembar informed consent, 2. Petugas kesehatan menginformasikan mengenai prosedur tindakan yang akan dilakukan, tujuan, manfaat, dampak kalau tidak dilakukan dan resiko dari tindakan tersebut kepada pasien dan keluarga 3. Petugas memastikan tingkat pemahaman pasien dan keluarga terhadap informasi yang diberikan, 4. Petugas menjelaskan kembali mengenai informasi yang belum dimengerti pasien dan keluarga, 5. Pasien diberi kesempatan untuk menerima atau menolak tindakan 	

	INFORMED CONSENT		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/040/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 2 / 2			

	<p>yang diberikan</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Petugas kesehatan memberikan form inform consent kepada pasien atau keluarga, 7. Pelanggan diberi kesempatan untuk membaca isi dari inform consent, 8. Pelanggan menanda tangani form inform consent beserta saksi, 9. Petugas kesehatan menanda tangani form inform concent yang sudah ditandatangani pasien dan saksi, 10. Petugas menyimpan form inform consent yang telah ditandatangani pasien atau keluarga di dalam rekam medis pasien, 11. Petugas kesehatan mendokumentasikan kegiatan.
Unit Terkait	Ruang pelayanan Rawat jalan, ruang pelayanan Rawat inap

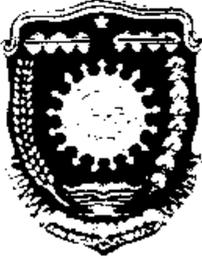
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/6/2018/018/A tentang informed consent	Juni 2018
2	Referensi	Surat Keputusan Kepala Puskesmas Nomor 188.4/BAB.VII/KEP/1/2018/001/A tentang Kebijakan Pelayanan Klinis Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran	Juni 2018

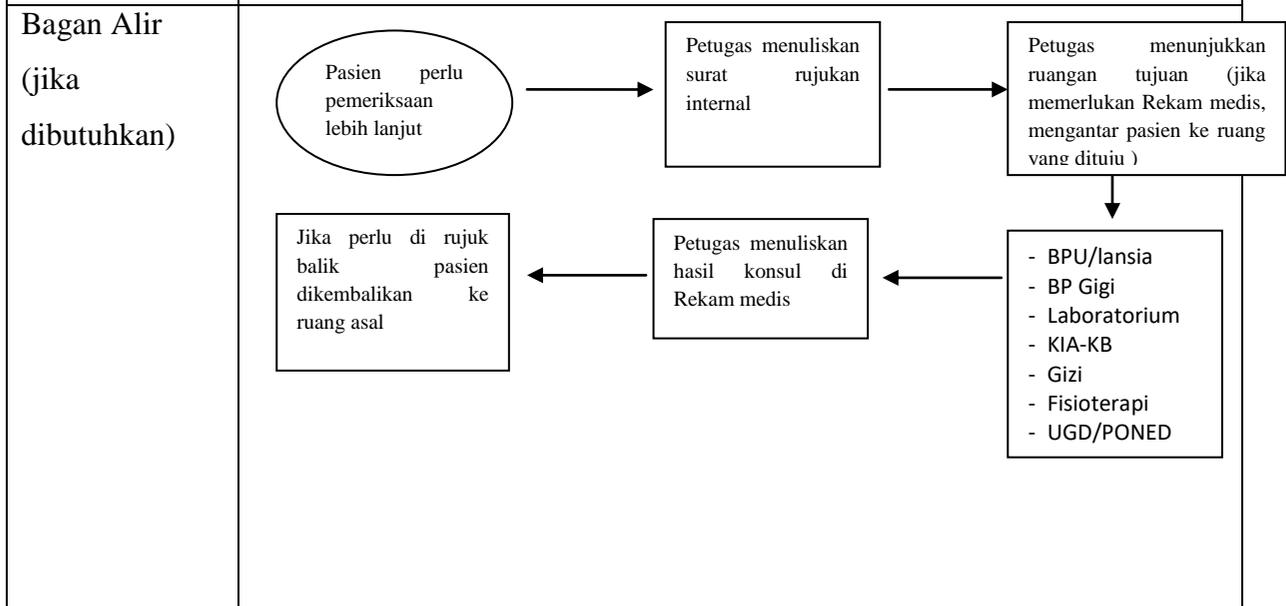
	KOORDINASI DAN KOMUNIKASI TENTANG PROSES KAJIAN KEPADA PETUGAS/UNIT TERKAIT			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/2019/027/A
		No. Revisi : 1		
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
		Halaman : 1/3		

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

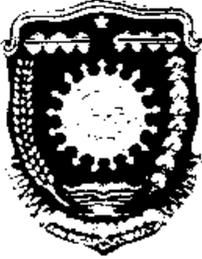
Pengertian	Koordinasi dan komunikasi tentang informasi kajian kepada petugas/unit terkait adalah proses yang dilaksanakan petugas dalam berkoordinasi dan berkomunikasi antar unit pelayanan di Puskesmas. Mekanisme koordinasi petugas yang meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat antar unit kerja; 2. Transfer pasien.
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas untuk melaksanakan koordinasi dan komunikasi dengan unit-unit penunjang terkait
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor: 188.4/BAB VII/KEP/1/2018/001/A tentang Kebijakan Pelayanan Klinis UPT Puskesmas Butuh
Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan 514 Tahun 2015 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer; Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
Prosedur / Langkah- Langkah	Rapat Koordinasi antar Unit <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanggung jawab UKP mengkoordinasi waktu untuk rapat antar unit kerja. 2. Bagian TU membuat undangan rapat yang isinya tanggal dan tempat pelaksanaan kegiatan rapat serta tema pembahasan rapat. 3. Bagian TU menyebarkan undangan ke unit yang terkait 4. Hasil rapat didokumentasikan di buku notulen. Rapat menyepakati distribusi RM dari pendaftaran ke unit pelayanan dilakukan oleh petugas pendaftaran. 5. Jika terdapat kesalahan tujuan unit pelayanan, RM dikembalikan ke petugas pendaftaran untuk diserahkan ke unit pelayanan tujuan pasien. Rujukan Internal

	KOORDINASI DAN KOMUNIKASI TENTANG PROSES KAJIAN KEPADA PETUGAS/UNIT TERKAIT			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/2019/027/A
		No. Revisi : 1		
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
		Halaman : 2/3		

1. Apabila pasien memerlukan pemeriksaan penunjang maka petugas unit pelayanan menulis surat permintaan untuk dibawa pasien ke ruang pemeriksaan penunjang.
2. Hasil pemeriksaan penunjang diserahkan kepada pasien untuk diserahkan ke unit pelayanan yang merujuk.
3. Jika melakukan rujukan internal, petugas unit pelayanan menulis permintaan rujukan di RM dan membawakan RM ke ruang tujuan rujukan.
4. Setelah dilakukan pemeriksaan, petugas menulis hasil rujukan di RM. Jika diperlukan rujuk balik, petugas membawakan RM ke unit asal.
5. Setelah selesai pelayanan, petugas pendaftaran mengambil RM di semua unit pelayanan.
6. Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan penulisan RM sebelum dikembalikan ke rak penyimpanan. Jika ada yang belum lengkap, maka RM dikembalikan ke ruangan.

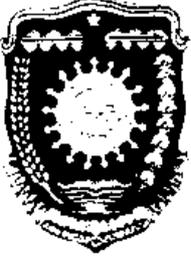


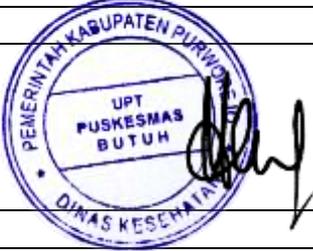
Unit Terkait	Kepala Puskesmas, Ketua Tim Mutu, Semua Penanggung jawab Ruangan pelayanan
--------------	--

	KOORDINASI DAN KOMUNIKASI TENTANG PROSES KAJIAN KEPADA PETUGAS/UNIT TERKAIT			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/2019/027/A
		No. Revisi : 1		
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
		Halaman : 3/3		

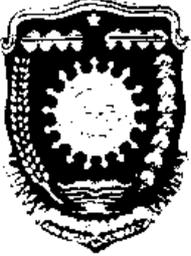
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1.	Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor: 188.4/BAB VII/KEP/1/2018/001/A tentang Kebijakan Pelayanan Klinis UPT Puskesmas Butuh	Juni 2019
2.	langkah	Penambahan cross cek petugas RM	Juni 2019

	KEWASPADAAN UNIVERSAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/...	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Agustus 2016	
Halaman : 1/2			

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
------------------------------------	---	--

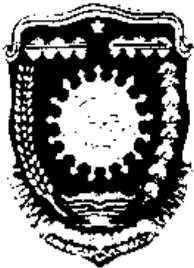
Pengertian	<p>Kewaspadaan universal adalah suatu cara untuk mencegah penularan penyakit dari cairan tubuh yang keluar dari tubuh pasien/penderita penyakit baik dari pasien ke petugas unit pelayanan kesehatan ataupun dari pasien satu ke pasien lain, dan untuk mencegah penularan penyakit infeksi baik dari pasien ke petugas unit pelayanan ataupun dari pasien ke pasien lain melalui cairan tubuh pasien</p>
Tujuan	<p>Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam kewaspadaan universal</p>
Kebijakan	<p>SK Kepala Puskesmas nomor:188.4/BAB.VII/KEP/8/2016/ tentang penanganan pasien berisiko tinggi</p>
Referensi	<p>Buku Pedoman Kegawatdaruratan</p>
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan pelayanan memanggil pasien sesuai nomor urut pada rekam medis pasien 2. Petugas ruangan pelayanan mengidentifikasi pasien dengan mencocokkan identitas pasien dengan yang tertulis d rekam medis 3. Petugas ruangan pelayanan menganamnesa pasien,menanyakan riwayat penyakit nya 4. Petugas ruangan pelayanan mencuci tangan dengan cara 6 langkah mencuci tangan 5. Petugas ruangan pelayanan mengenakan APD (masker,sarung tangan steril) 6. Petugas ruangan pelayanan melakukan pemeriksaan fisik 7. Petugas ruangan pelayanan melakukan tindakan medis ke pasien dengan menggunakan alat-alat yang steril. 8. Selesai melakukan pemeriksaan fisik dan tindakan medis,petugas ruangan pelayanan mendekontaminasikan alat dan bahan habis

	KEWASPADAAN UNIVERSAL		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2016/...	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Agustus 2016	
Halaman : 2/2			

	<p>pakai dengan menggunakan cairan chlorin 0,5 % selama 10 menit</p> <p>9. Petugas ruangan pelayanan mencuci alat-alat yang sudah didekontaminasi dengan air mengalir</p> <p>10. Petugas ruangan pelayanan mensterilkan alat yang sudah dicuci</p> <p>11. Petugas ruangan pelayanan membuang alat dan bahan habis pakai pada tempat sampah medis</p> <p>12. Petugas ruangan pelayanan mencuci tangan dengan cara 6 langkah mencuci tangan</p> <p>13. Petugas mencatat di rekam medis</p>
Unit Terkait	Semua Petugas Ruang Pemeriksaan

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan



DAFTAR
TILIK

No.Dokumen
:DT/BTH/PWR/B/2016/....
No. Revisi :
TanggalTerbit : Agustus 2016



No	Uraian Kegiatan	Ya	Tidak
1.	Apakah Petugas ruangan pelayanan memanggil pasien sesuai nomor urut pada rekam medis pasien?		
2.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mengidentifikasi pasien dengan mencocokkan identitas pasien dengan yang tertulis d rekam medis?		
3.	ApakahPetugas ruangan pelayanan menganamnesa pasien,menanyakan riwayat penyakitnya?		
4.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mencuci tangan dengan cara 6 langkah mencuci tangan?		
5.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mengenakan APD (masker,sarung tangan steril)?		
6.	Apakah Petugas ruangan pelayanan melakukan pemeriksaan fisik?		
7.	Apakah Petugas ruangan pelayanan melakukan tindakan medis ke pasien dengan menggunakan alat-alat yang steril?		
8.	Apakah Selesai melakukan pemeriksaan fisik dan tindakan medis,petugas ruangan pelayanan mendekontaminasikan alat dan bahan habis pakai dengan menggunakan cairan chlorin 0,5 % selama 10 menit?		
9.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mencuci alat-alat yang sudah didekontaminasi dengan air mengalir?		
10.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mensterilkan alat yang sudah dicuci?		
11.	Apakah Petugas ruangan pelayanan membuang alat dan bahan habis pakai pada tempat sampah medis?		
12.	Apakah Petugas ruangan pelayanan mencuci tangan dengan		

	cara 6 langkah mencuci tangan ?		
13.	Apakah Petugas mencatat di rekam medis?		
	Jumlah		

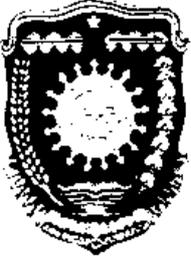
CR%

Butuh

Pelaksana / auditor

(.....)

NIP:.....

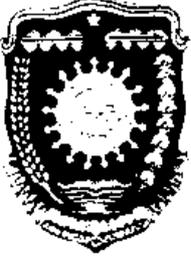
	RUJUKAN EKSTERNAL		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/031/A	
		No. Revisi : 1	
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	--

Pengertian	Rujukan adalah Pelimpahan tanggung jawab atas suatu masalah medis dari Puskesmas ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu atau suatu proses pengiriman pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk mendapatkan penanganan yang tepat.
Tujuan	Sebagai acuan dan penerapan langkah-langkah petugas dalam melaksanakan rujukan
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB/VII/KEP/6/2018/019/A tentang Rujukan
Referensi	Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang hak pasien, Permenkes RI nomor 585 tahun 1989 tentang persetujuan tindakan medis
Prosedur/Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melakukan anamnesa kepada pasien 2. Petugas medis mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi pada pasien, 3. Petugas medis menentukan layanan yang akan diberikan kepada pasien berupa rujukan ke faskes yang lebih tinggi, karena keterbatasan layanan di puskesmas 4. Petugas memberikan informasi kepada pasien/keluarga mengenai kondisi kesehatan yang dialami pasien, 5. Petugas menjelaskan bahwa masalah kesehatan yang dihadapi pasien tidak mampu ditangani di Puskesmas sehingga harus dirujuk, <ol style="list-style-type: none"> A. Rujukan kasus non Emergensi: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Petugas menanyakan kepada pasien (rumah sakit yang dituju dan tanggal berkunjung) 1.2 Petugas menyiapkan dokumen surat rujukan

	RUJUKAN EKSTERNAL		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/031/A	
		No. Revisi : 1	
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 2/3			

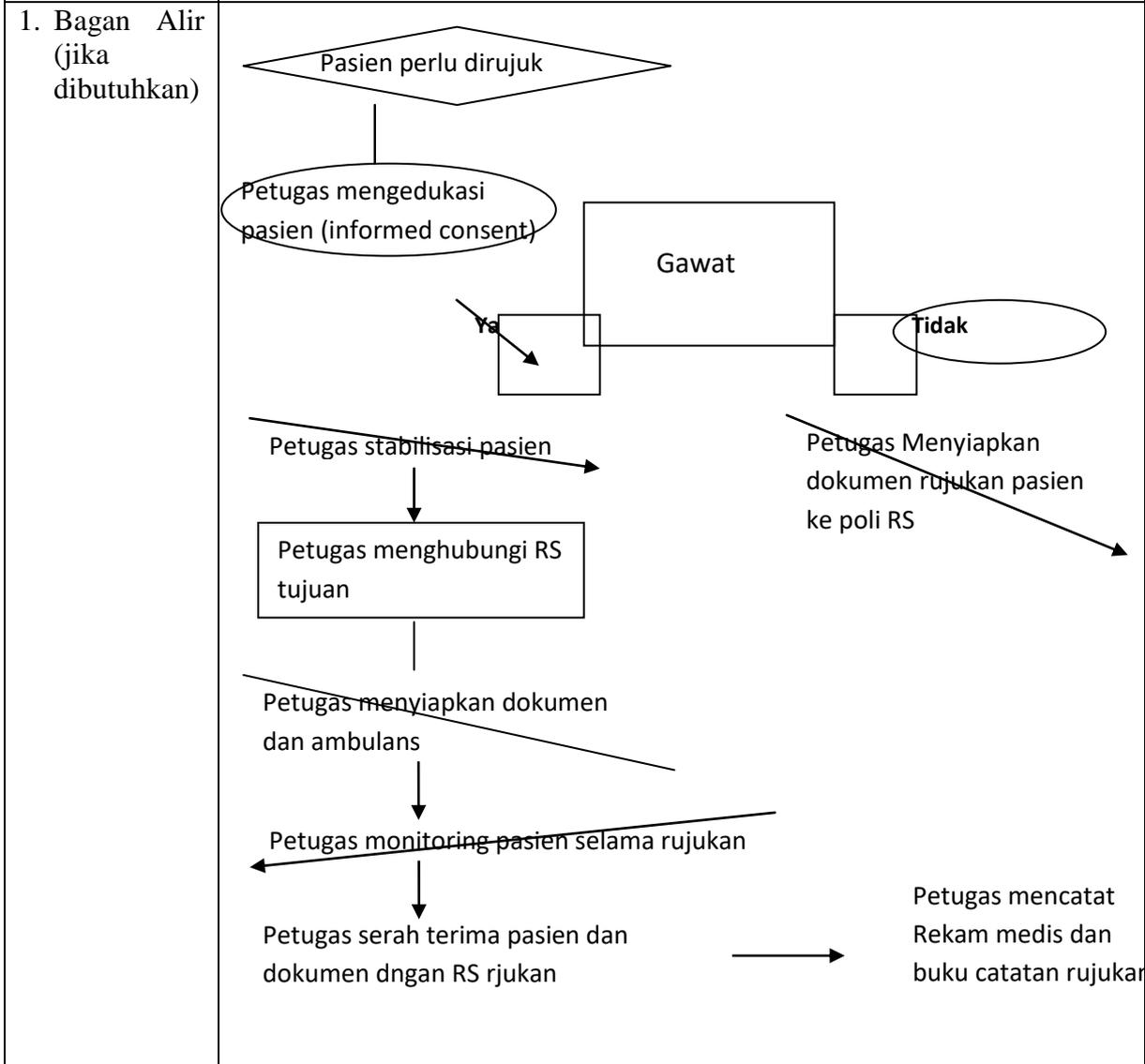
	<p>1.3 Petugas menyerahkan surat rujukan kepada pasien</p> <p>B. Rujukan kasus Emergensi :</p> <p>1.1 Petugas melakukan anamnesa kepada pasien</p> <p>1.2 Petugas melakukan pemeriksaan kepada pasien</p> <p>1.3 Petugas menjelaskan kepada keluarga pasien jika kondisi pasien tidak memungkinkan bila di rawat di puskesmas</p> <p>1.4 Petugas melakukan inform consent (pasien bpjs menandatangani form - form kelengkapan bpjs dan mengumpulkan syarat - syarat yang ditentukan puskesmas)</p> <p>1.5 Petugas melakukan komunikasi dengan Faskes yang menjadi tujuan rujukan untuk memastikan kesiapan Faskes menerima rujukan</p> <p>1.6 Petugas menginformasikan kepada pasien/keluarga mengenai kesiapan Faskes tujuan rujukan (Jika pasien umum bisa memilih rumah sakit mana saja yang di minta jika pasien menggunakan bpjs rujukan sesuai yang tertera dalam aplikasi P-care)</p> <p>1.7 Petugas menyiapkan dokumen surat rujukan,</p> <p>1.8 Petugas melakukan stabilisasi pasien sebelum dirujuk,</p> <p>1.9 Petugas meminta sopir ambulance untuk mempersiapkan mobil ambulance</p> <p>1.10 Petugas melakukan monitoring selama pasien dirujuk,</p> <p>1.11 Setelah sampai di Faskes Rujukan, Petugas menyerahkan pasien kepada petugas Faskes rujukan,</p> <p>1.12 Petugas menjelaskan kepada faskes rujukan tentang kondisi pasien dan alasan dirujuk,</p> <p>1.13 Petugas kembali ke Puskesmas Butuh,</p>
--	--

	RUJUKAN EKSTERNAL		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/031/A	
		No. Revisi : 1	
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 3/3			

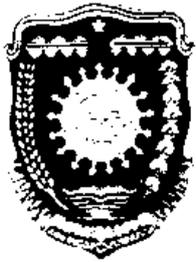
1.14 Petugas mendokumentasikan kegiatan.

6.Petugas melengkapi resume klinis pasien

7.Petugas mencatat tindakan yang telah dilakukan



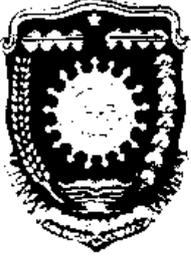
- Unit Terkait
1. Ruang Tindakan / IGD
 2. Ruang Pemeriksaan Umum
 3. Ruang Kesehatan Ibu dan KB
 4. Ruang Kesehatan Anak

	RUJUKAN EKSTERNAL		
	SOP	No.Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/031/A	
		No. Revisi : 1	
		TanggalTerbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 4/3			

	5. Ruang Kesehatan Gigi dan Mulut 6. Ruang Pemeriksaan Lanisa 7. Ruang Persalinan 8. Ruang Rawat Ianap
--	---

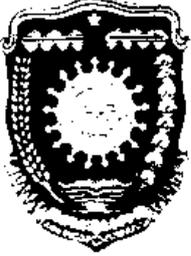
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Prosedur/langkah-langkah	penambahan langkah: Petugas menanyakan kepada pasien (rumah sakit yang dituju dan tanggal berkunjung) pada Rujukan kasus non Emergensi no 1 Penambahan langkah pada prosedur rujukan kasus emergensi (langkah 1,2,3,4,6)	

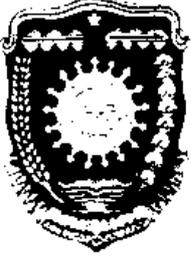
	TRIASE PASIEN		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/032/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 1 / 5			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

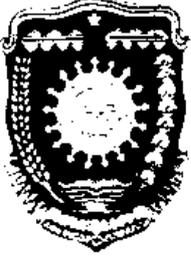
Pengertian	<p>Triase adalah proses penilaian pasien berdasarkan tingkat kegawat dan jenis penyakitnya untuk menentukan apakah pasien perlu ditangani dengan segera dan menentukan tempat penanganannya.</p> <p>Emergency atau gawat adalah suatu keadaan mengancam jiwa atau mengancam fungsi vital.</p> <p>Urgency atau darurat adalah suatu keadaan yang berpotensi mengancam jiwa atau fungsi vital</p> <p>Bencana atau disaster menurut WHO merupakan segala kejadian yang menyebabkan kerugian, gangguan ekonomi, kerugian jiwa manusia dan kemerosotan kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan skala yang cukup besar sehingga memerlukan penanganan lebih besar dari biasanya dari masyarakat atau daerah luar yang tidak terkena dampak.</p> <p>Tingkat kegawatan pasien dibagi dalam 5 (lima) level:</p> <p>a. Level I (Kritis)</p> <p>Pasien berada dalam keadaan kritis dan mengancam jiwa, atau akan menjadi cacat apabila tidak segera memperoleh penanganan: Henti jantung, syok anafilaksis, trauma multiple, obstruksi jalan nafas, cedera berat yang memerlukan resusitasi</p> <p>b. Level II (Tidak Stabil)</p> <p>Pasien berada dalam keadaan gawat, akan menjadi kritis dan mengancam jiwa bila tidak segera mendapat pertolongan: nyeri dada akut, gangguan pernafasan, nyeri hebat, gigitan binatang berbisa, overdosis, gangguan psikiatri berat, aritmia berat, perdarahan, fraktur luas, pasien hipertermi.</p> <p>c. Level III (Cenderung Tidak Stabil)</p>
------------	---

	TRIASSE PASIEN		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/032/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 2 /5			

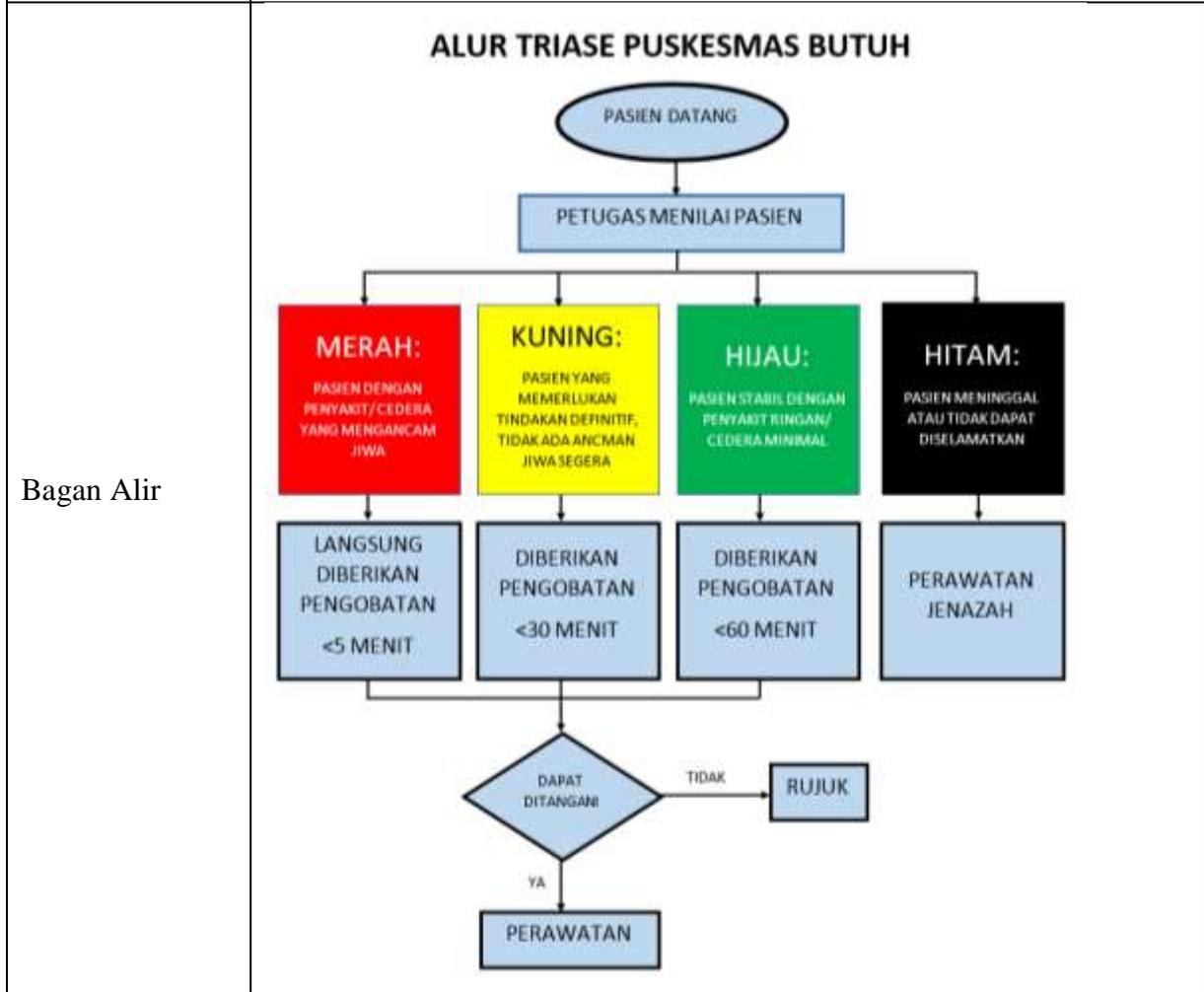
	<p>pasien berada dalam keadaan tidak stabil, memerlukan tindakan darurat, tapi tidak mengancam jiwa: Nyeri abdomen sedang, Fraktur tertutup, penyakit-penyakit akut, trauma dengan nyeri sedang.</p> <p>d. Level IV (Stabil)</p> <p>pasien datang dengan kondisi stabil, tidak mengancam jiwa dan tidak memerlukan tindakan segera/poli umum : cedera ringan, sakit kepala ringan</p> <p>e. Level V (Rutin)</p> <p>Pasien dengan keluhan yang hampir sama: ganti verban, permintaan rujukan, kontrol ulang.</p> <p>Sedangkan cara melakukan triase pada kondisi bencana :</p> <p>a. Kelompokkan pasien sesuai dengan tingkat kegawatannya dengan memberikan label sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna Merah: Pasien gawat darurat yang merupakan prioritas pertama pada penanganan, pertolongan diberikan segera pada saat ditemukan atau saat pertama pasien datang. - Warna Kuning: Pasien darurat tidak gawat yang merupakan prioritas kedua, penanganan diberikan setelah pasien dengan label merah selesai ditangani. - Warna Hijau: Penanganan seperti pelayanan biasa, tidak perlu segera penanganan dan pemindahan bersifat terakhir - Warna Hitam: Pasien sudah meninggal dan dilakukan perawatan jenazah. <p>b. Tentukan tujuan dimana pelayanan selanjutnya diberikan</p>
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam melaksanakan triase
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor: 188.4/BAB.VII/6/2018/020/A tentang penanganan pasien gawat darurat.
Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan

	TRIASE PASIEN		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/032/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 3 /5			

Kegawatdaruratan	
Prosedur / Langkah- Langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima semua pasien yang masuk ke ruangan UGD dan ditempatkan pada tempat tidur yang tersedia 2. Petugas medis dan paramedis segera menilai penilaian awal meliputi keadaan umum pasien untuk dapat menentukan tingkat kegawatan sesuai dengan level kegawatannya. 3. Petugas menangani pasien dengan memprioritaskan pasien yang perlu ditangani dengan segera berdasarkan level kegawatan yang telah ditentukan 4. Petugas melakukan identifikasi pasien berdasarkan kasus (apakah terkait kasus kebidanan atau umum), apabila berhubungan dengan kasus kebidanan segera koordinasi dengan bidan untuk penanganan selanjutnya. 5. Petugas melakukan seleksi dalam keadaan bencana dengan cara mengenali pasien yang berada dalam keadaan gawat darurat & yang mengancam jiwa dengan melihat kesadaran, nadi dan nafasnya. 6. Apabila dokter dan perawat sedang menangani pasien, kemudian datang pasien dengan level kegawatan lebih tinggi, maka segera tangani pasien tersebut lebih dahulu dengan memberikan penjelasan mengenai keadaan tersebut kepada pasien yang sedang ditangani tersebut. 7. Apabila pasien datang dengan jumlah besar, melebihi kapasitas tempat tidur yang ada, namun dari identifikasi pasien tersebut butuh penanganan segera, maka penanganan dapat dilakukan dengan menggunakan ruangan yang memungkinkan untuk dilakukan pemeriksaan. 8. Apabila pasien datang dengan jumlah besar, petugas dapat meminta bantuan dari paramedis yang sudah mengikuti pelatihan BHD.

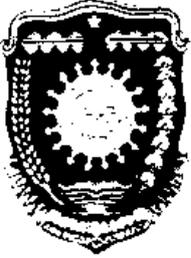
	TRIASSE PASIEN			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2018/032/A
		No. Revisi :		1
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2018
Halaman :	4 /5			

9. Untuk kasus tertentu yang memerlukan penanganan lebih lanjut setelah diatasi kegawatannya ,maka petugas merujuk pasien ke rumah sakit
10. Petugas melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik lengkap untuk mendiagnosis penyakitnya.
11. Jika pasien gawat darurat datang di luar jam pelayanan, maka dilakukan konsultasi ke dokter setelah dilakukan penanganan awal.
12. Petugas mendokumentasikan penanganan/tindakan yang dilakukan dalam rekam medik dan register ruangan



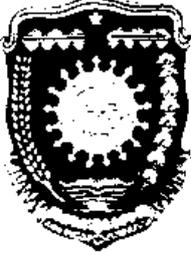
Bagan Alir

Unit Terkait	Ruangan UGD, Petugas Medis dan Paramedis
--------------	--

	TRIASE PASIEN		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2018/032/A	
		No. Revisi : 1	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2018	
Halaman : 5 /5			

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Kebijakan	Kepala Puskesmas nomor: 188.4/BAB.VII/6/2018/020/A tentang penanganan pasien gawat darurat.	Juni 2018
2	Referensi	Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan	Juni 2018
3	Bagan alir	Menambahkan bagan alir	Juni 2018

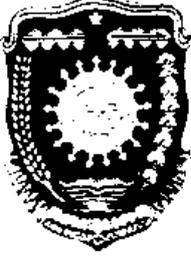
	STERILISASI ALAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/..	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 1 /4			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	Kegiatan untuk membersihkan alat setelah dipakai melakukan tindakan kepada pasien dan kemudian dilakukan sterilisasi untuk mencuci hamakan alat / instrument, untuk menghilangkan seluruh mikroorganisme (bakteri, jamur, parasit dan virus) termasuk endospora bakteri dari instrumen/peralatan tersebut sehingga dapat mencegah timbulnya infeksi Nosokomial serta memutus rantai penyebaran mikroorganisme. Peralatan yang perlu dilakukan sterilisasi adalah :Peralatan Logam,Peralatan karet
Tujuan	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah petugas dalam sterilisasi alat-alat/instrumen
Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor :118.4/BAB.VII/KEP/6/2018/002/A tentang Pemeliharaan sarana prasarana
Referensi	Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasyankes
Prosedur / Langkah- Langkah	<p>Petugas memproses alat bekas pakai dalam upaya pencegahan infeksi dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas mendekontaminasi alat- alat bekas pakai dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas memakai sarung tangan karet yang tebal yang terbuat dari bahan latex jika akan menangani peralatan bekas pakai atau kotor b. Petugas memasukkan benda- benda yang terkontaminasi ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit c. Petugas memastikan bahwa benda- benda yang terkontaminasi terendam seluruhnya oleh larutan klorin 2. Petugas mencuci dan membilas alat- alat yang sudah didekontaminasi dengan cara: <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas memakai sarung tangan karet yang tebal

	STERILISASI ALAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/..	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 2 /4			

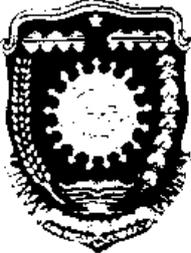
	<p>b. Petugas menyikat alat- alat dengan detergen di air yang mengalir untuk menghilangkan sisa darah dan kotoran</p> <p>c. Petugas membuka engsel gunting dan klem</p> <p>d. Petugas menyikat dengan seksama terutama di bagian sambungan dan sudut peralatan</p> <p>e. Petugas memastikan tidak ada sisa darah dan kotoran yang tertinggal pada peralatan</p> <p>f. Petugas mencuci setiap benda sedikitnya 3 kali</p> <p>g. Petugas membilas peralatan dengan air bersih</p> <p>3. Petugas melakukan desinfeksi tingkat tinggi atau sterilisasi</p> <p>3.1. Petugas melakukan desinfeksi tingkat tinggi, dengan cara:</p> <p>a. Petugas merebus/ mengukus alat-alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas memasukkan alat- alat ke dalam panci/ langsung dengan penutup yang rapat • Petugas merendam peralatan di dalam air sehingga semuanya terendam dalam air • Petugas mulai memanaskan air • Petugas menghitung waktu saat air mulai mendidih • Petugas tidak boleh menambahkan benda apapun ke dalam air mendidih setelah penghitungan waktu dimulai • Petugas merebus peralatan selama 20 menit • Petugas mencatat lama waktu perebusan peralatan di dalam buku khusus • Petugas membiarkan peralatan kering dengan cara diangin-anginkan sebelum digunakan atau disimpan • Petugas menyimpan peralatan dalam wadah disinfeksi tingkat tinggi yang tertutup. Peralatan bisa disimpan sampai 1 minggu jika wadahnya tertutup. <p>b. Petugas melakukan desinfeksi tingkat tinggi dengan cara kimiawi, yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas memasukkan peralatan yang sudah
--	---

	STERILISASI ALAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/..	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 3 /4			

	<p>didekontaminasi dan dicuci bilas ke dalam wadah dan tuangkan desinfektan (larutan klorin 0,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas memastikan peralatan terendam seluruhnya ke dalam larutan kimia • Petugas merendam peralatan selama 20 menit • Petugas membilas peralatan dengan air matang an diangin-anginkan sampai kering di wadah desinfeksi tingkat tinggi yang berpenutup • Petugas menyimpan peralatan di dalam wadah yang tertutup atau alat bisa segera digunakan <p>3.2. Petugas melakukan sterilisasi, dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas memasukkan alat- alat ke dalam otoklaf selama 30 menit jika terbungkus, 20 menit jika tidak dibungkus dalam suhu 121⁰ b. Petugas memasukkan alat ke dalam oven selama 60 menit dalam suhu 170⁰ <p>4. Petugas mendinginkan semua alat yang sudah disteril dan siap untuk digunakan</p> <p>5. Petugas menyimpan peralatan yang sudah diproses ke dalam wadah tertutup yang didesinfeksi tingkat tinggi. Alat- alat bisa digunakan atau disimpan sampai 1 minggu jika wadahnya tertutup</p>
Unit Terkait	Ruang Tindakan ,Petugas pemberi pelayanan

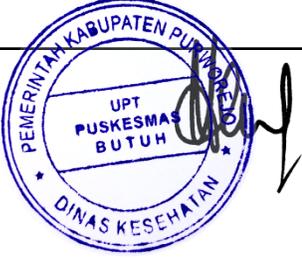
Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	Referensi	Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Permenkes Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di fasyankes	Juni 2018

	STERILISASI ALAT		
	SOP	No. Dokumen :SOP/BTH/PWR/B/2018/..	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : Juni 2018	
Halaman : 4 /4			

2	Kebijakan	SK Kepala Puskesmas nomor :118.4/BAB.VII/KEP/6/2018/0 /A tentang Pemeliharaan sarana prasarana	Juni 2018
---	-----------	--	-----------

	ALUR PELAYANAN IMUNISASI COVID-19			
	SOP	No. Dokumen		: SOP/BTH/PWR/ B/2021/01/B
		No. Revisi		: 01
		Tgl. Terbit		: 17 Mei 2021
		Halaman		: 1 / 3

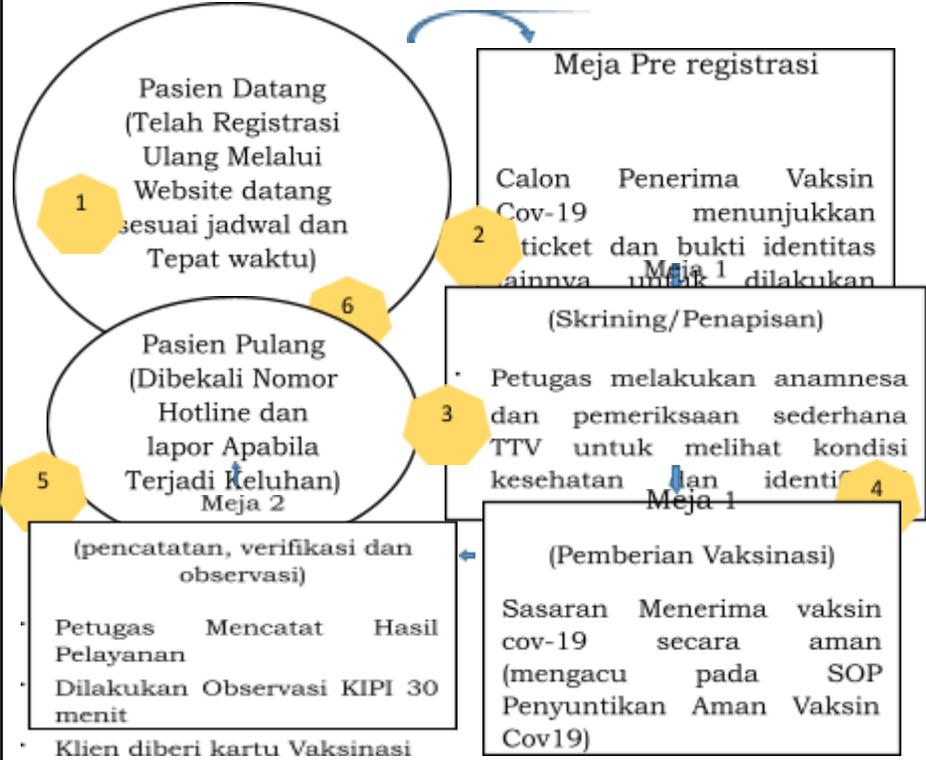
UPT. Puskesmas Butuh		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
-------------------------	---	---

A. Pengertian	Imunisasi COVID-19 merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit Covid-19. Dalam pelaksanaannya, imunisasi Covid-19 memiliki alur pelayanan tersendiri yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk dilaksanakan secara Nasional / seluruh Indonesia.
B. Tujuan	Sebagai acuan dalam pemberian imunisasi COVID-19 agar masyarakat mempunyai kekebalan terhadap dari COVID-19
C. Kebijakan	SK Dirjen P2P Kementerian Kesehatan nomor : HK 02.02/4/1/2021 tanggal 02 Januari 2021 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Covid-19
D. Referensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang No.4 Tahun 1984 Tentang Wabah Penyakit Menular; 2. Undang-Undang No.24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana; 3. Peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 84 Tahun 2020 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19); 4. Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor HK.02.02/4/1/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19); 5. Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 Tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).
E. Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30 menit sebelum pelayanan imunisasi, pastikan semua vaksin dan logistik (termasuk anafilatik kit) dalam kondisi yang baik (tidak kadaluarsa, suhu kulkas sesuai kebutuhan vaksin) 2. Vaksin carrier yang telah berisi Vaksin Covid-19 dan Cool pack-nya harus diletakkan pada meja yang tidak terpapar sinar matahari langsung, disebelahnya diletakkan alat suntik, kapas, air hangat, format pencatatan dan anafilatik kit. Letakkan safety box dan plastik sampah di bawah meja 3. Cuci tangan sebelum melaksanakan kegiatan 4. Melihat Sasaran Vaksinasi di Aplikasi Pcare Vaksinasi 5. Melakukan registrasi pada pasien (Meja Pre-registrasi) dan meminta surat persetujuan tindakan.

	ALUR PELAYANAN IMUNISASI COVID-19			
	SOP	No. Dokumen		: SOP/BTH/PWR/ B/2021/01/B
		No. Revisi		: 01
		Tgl. Terbit		: 17 Mei 2021
		Halaman		: 1 / 3

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan skrining kesehatan (Meja 1) 7. Melakukan Penyuntikan Vaksin Covid 19 secara IM dilengan kiri atas sebanyak 0,5mL (Meja 1), yang mengacu pada SOP Penyuntikan Aman Vaksin Covid-19 8. Pasien dilakukan verifikasi di meja 2 dan pendaftaran ke P-care vaksin . 9. Setelah di Vaksinasi , pasien dilakukan observasi selama 30 menit untuk dipantau apakah ada terjadi reaksi KUPI, dan dilakukan pencetakan kartu vaksinasi. 10. Selama observasi, pasien diedukasi tentang protokol kesehatan dan materi kesehatan lainnya. 11. Setelah dilakukan observasi, Setelah 30 menit tidak ada KUPI , maka pasien diperbolehkan untuk pulang 12. Catat hasil imunisasi COVID-19 sesuai dengan kolom yang tersedia pada format imunisasi COVID-19 13. Pastikan limbah bukan tajam dimasukkan ke dalam kantong plastik 14. Cuci tangan dengan sabun /antiseptic setiap selesai pemberian imunisasi 15. Catatan hasil munisasi dan pemakaian logistik diserahkan kepada koordinator imunisasi kemudian lapor ke dinas kesehatan 16. Lakukan desinfeksi ruangan dan alat apabila pelaksanaan vaksinasi telah selesai dilakukan 17. Pastikan pelaksanaan sesuai SOP yang tersedia dan tidak ada tahapan yang terlewati
--	--

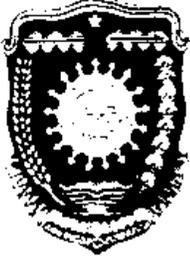
	ALUR PELAYANAN IMUNISASI COVID-19		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2021/01/B	
		No. Revisi : 01	
		Tgl. Terbit : 17 Mei 2021	
Halaman : 1 / 3			

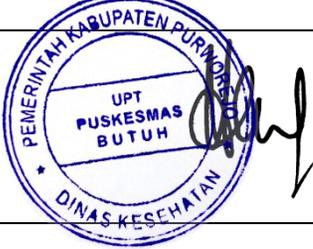
F. Bagan Alir	
G. Hal-hal yang perlu diperhatikan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bila terjadi kemerahan / bengkak kompres dengan air dingin 2. Jika terjadi demam, bisa diberikan paracetamol 3. Perhatikan laptop tersedia sesuai kebutuhan 4. Perhatikan tersedia 4 meja sesuai kebutuhan 5. Perhatikan APD tersedia sesuai kebutuhan 6. Perhatikan sarana prasarana PPI tersedia 7. Perhatikan jumlah sasaran sesuai dengan vaksin yang tersedia
H. Unit Terkait	Vaksinator, Farmasi, Surveillance, Promkes, Rekam Medis
I. Dokumen Terkait	<ol style="list-style-type: none"> 1. Format pencatatan dan pelaporan COVID 19 2. Data Pemberian Vaksin Covid 19 dari P.care Vaksin 3. Form Bantu Vaksinasi Covid 19 Puskesmas 4. Form Manual skrining

	ALUR PELAYANAN IMUNISASI COVID-19			
	SOP	No. Dokumen		: SOP/BTH/PWR/ B/2021/01/B
		No. Revisi		: 01
		Tgl. Terbit		: 17 Mei 2021
		Halaman		: 1 / 3

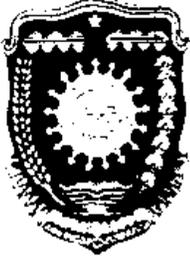
J. Rekaman Historis:

No	Halaman	Yang dirubah	Perubahan	Diberlakukan Tanggal
1	2	posedur	<p>6. Melakukan registrasi pada pasien (Meja Pre-registrasi) dan meminta surat persetujuan tindakan.</p> <p>7. Melakukan skrining kesehatan (Meja 1)</p> <p>8. Melakukan Penyuntikan Vaksin Covid 19 secara IM dilengan kiri atas sebanyak 0,5mL (Meja 1), yang mengacu pada SOP Penyuntikan Aman Vaksin Covid-19</p> <p>9. Pasien dilakukan verifikasi di meja 2 dan pendaftaran ke P-care vaksin .</p> <p>10. Setelah di Vaksinasi , pasien dilakukan observasi selama 30 menit untuk dipantau apakah ada terjadi reaksi KIPi, dan dilakukan pencetakan kartu vaksinasi.</p> <p>11. Selama observasi, pasien diedukasi tentang protokol kesehatan dan materi kesehatan lainnya.</p>	17 Mei 2021

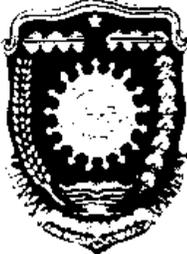
	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A	
		No. Revisi : 01	
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019	
		Halaman : 1/7	

UPT PUSKESMAS BUTUH		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	--

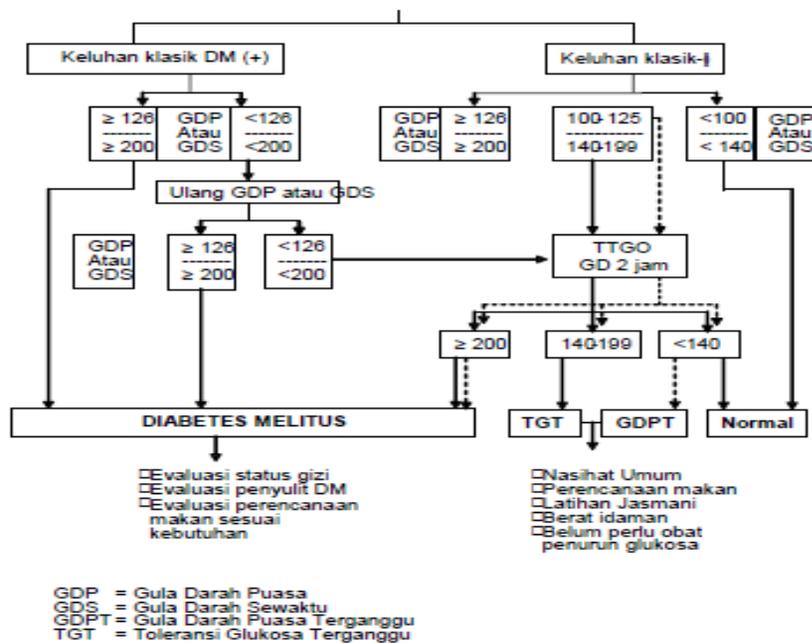
Pengertian	Diabetes Melitus (DM) tipe 2, menurut <i>American Diabetes Association (ADA)</i> adalah kumulasi gejala yang ditandai oleh hiperglikemia akibat defek pada kerja insulin (resistensi insulin) dan sekresi insulin atau kedua-duanya. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, terjadi peningkatan dari 1,1% (2007) menjadi 2,1% (2013). Proporsi penduduk ≥ 15 tahun dengan diabetes mellitus (DM) adalah 6,9%. WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM tipe 2 di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Senada dengan WHO, <i>International Diabetes Federation (IDF)</i> pada tahun 2009, memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM dari 7,0 juta pada tahun 2009 menjadi 12,0 juta pada tahun 2030. Meskipun terdapat perbedaan angka prevalensi, laporan keduanya menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2-3 kali lipat pada tahun 2030.
Tujuan	Sebagai acuan petugas di dalam penatalaksanaan kasus diabetes mellitus tipe 2
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/I/2018/001/A Kebijakan Pelayanan Klinis
Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.02/MENKES/ 514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Melakukan Anamnesis Keluhan klasik DM : poliuria, polidipsi, polifagi, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya. Keluhan tidak khas DM: badan lemah, kesemutan, gatal, penglihatan kabur, disfungsi ereksi, pruritus vulva. Faktor Resiko DM tipe 2: <ol style="list-style-type: none"> 1) Usia ≥ 45 tahun 2) Usia lebih muda terutama dengan IMT $> 23 \text{ kg/m}^2$, 3) Hipertensi (TD $\geq 140/90$ mmHg) 4) Pernah didiagnosis penyakit jantung atau stroke (kardiovaskular) 5) Kolesterol HDL $< 35 \text{ mg/dl}$ dan / atau Trigliserida $> 250 \text{ mg/dL}$ 6) Riwayat melahirkan bayi dengan BBL > 4000 gram atau pernah didiagnosis DM Gestasional 7) Perempuan dengan riwayat PCOS (<i>polycystic ovary syndrome</i>) 8) Riwayat GDPT (Glukosa Darah Puasa terganggu) / TGT (Toleransi Glukosa Terganggu) 9) Aktifitas jasmani yang kurang

	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A
		No. Revisi :		01
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2019
		Halaman :		2/7

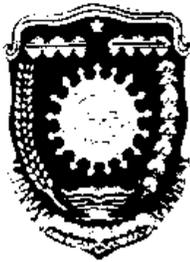
	<p>2. Petugas Melakukan Pemeriksaan Fisik dan Penunjang Sederhana Pemeriksaan fisik patognomonis Penurunan berat dan yang tidak jelas penyebabnya Faktor predisposisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Usia > 45 tahun 2) Diet tinggi kalori dan lemak 3) Hipertensi (TD > 140/90 mmHg) 4) Riwayat toleransi glukosa terganggu (TGT) atau glukosa darah puasa terganggu (GDPT) 5) Penderita penyakit jantung koroner, tuberkulosis, hipertiroid 6) Dislipidemia <p>Pemeriksaan penunjang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gula darah puasa 2) Gula darah 2 jam oost prandial 3) HbA1c <p>3. Petugas Menegakkan Diagnosis Diagnosis Klinis Kriteria diagnostik DM dan gangguan toleransi glukosa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gejala klasik DM (poliuria, polidipsia, polifagi) + glukosa plasma sewaktu ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Glukosa plasma sewaktu merupakan hasil pemeriksaan sesaat pada suatu hari tanpa memperhatikan waktu makan terakhir ATAU 2. Gejala Klasik DM+ Kadar glukosa plasma puasa ≥ 126 mg/dl. Puasa diartikan pasien tidak mendapat kalori tambahan sedikitnya 8 jam ATAU 3. Kadar glukosa plasma 2 jam pada tes toleransi glukosa oral (TTGO) > 200 mg/dL (11,1 mmol/L) TTGO dilakukan dengan standard WHO, menggunakan beban glukosa anhidrus 75 gram yang dilarutkan dalam air. <p>Apabila hasil pemeriksaan tidak memenuhi kriteria normal atau DM, maka dapat digolongkan ke dalam kelompok Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) atau Gula Darah Puasa Teranggu (GDPT) tergantung dari hasil yang diperoleh. Kriteria gangguan toleransi glukosa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. GDPT ditegakkan bila setelah pemeriksaan glukosa plasma puasa didapatkan antara 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l) 2. TGT ditegakkan bila setelah pemeriksaan TTGO kadar glukosa plasma 140–199 mg/dl pada 2 jam sesudah beban glukosa 75 gram (7,8 -11,1 mmol/L) 3. HbA1C 5,7 -6,4% <p>Komplikasi</p>
--	--

	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A
		No. Revisi :		01
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2019
		Halaman :		3/7

1. Akut
Ketoasidosis diabetik, Hiperosmolar non ketotik, Hipoglikemia
 2. Kronik
Makroangiopati, Pembuluh darah jantung, Pembuluh darah perifer
Pembuluh darah otak
 3. Mikroangiopati:
Pembuluh darah kapiler retina, pembuluh darah kapiler renal
 4. Neuropati
 5. Gabungan:
Kardiomiopati, rentan infeksi, kaki diabetik, disfungsi ereksi
4. Petugas Melakukan Rencana Penatalaksanaan Komprehensif Terapi untuk Diabetes Melitus dilakukan dengan modifikasi gaya hidup dan pengobatan (algoritma pengelolaan DM tipe 2)
Diagnostik DM dan Gangguan toleransi glukosa
Keluhan Klinik Diabetes



Algoritma Pengelolaan Diabetes Mellitus Tipe 2



PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II

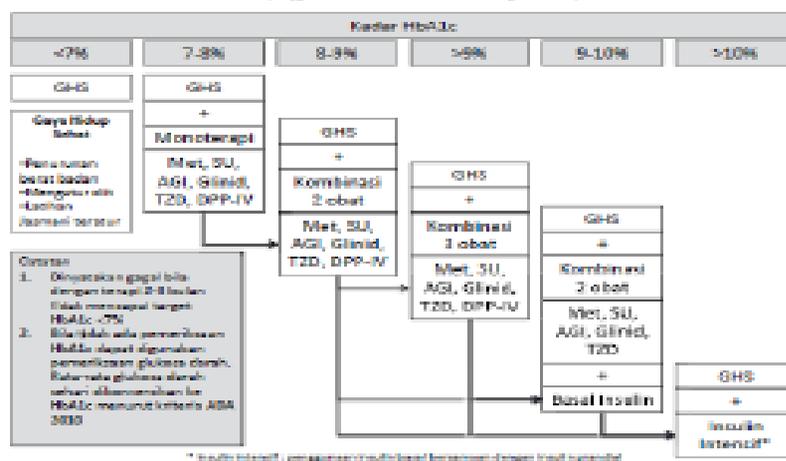
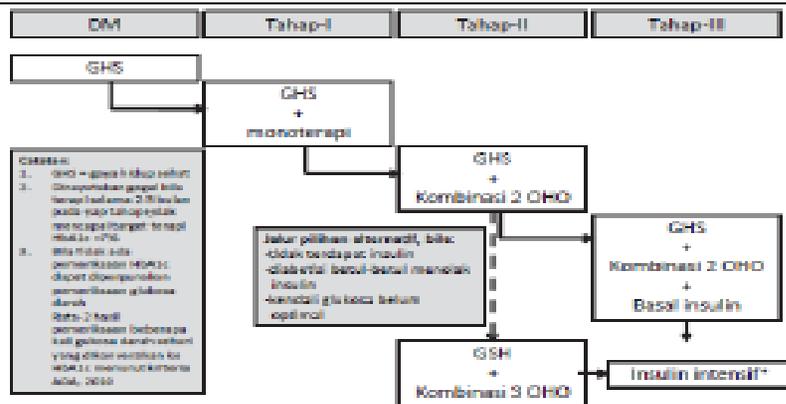


No. Dokumen :
SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A

SOP No. Revisi : 01

Tanggal Terbit : 3 Juni 2019

Halaman : 4/7



Pengelolaan DM dimulai dengan terapi gizi medis dan latihan jasmani selama 2 – 4 minggu. Apabila kadar gula darah belum mencapai sasaran dilakukan intervensi farmakologi dengan obat hipoglikemik oral (OHO) dan atau suntikan insulin.

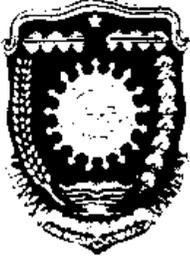
Ditambahkan jika sasaran glukosa darah belum tercapai dengan TGM dan

latihan jasmani. Cara pemberian Obat Hipoglikemik Oral (OHO) :

- a. OHO dimulai dari dosis kecil dan ditingkatkan secara bertahap sesuai respon kadar glukosa darah, dapat diberikan sampai dosis hampir maksimal.
- b. Metformin dosis 250 – 3000 mg dosis terbagi 2-3 kali/hari sebelum / pada saat / sesudah makan karbohidrat
- c. Glimepiride dosis 0,5 – 6 mg 1 kali sehari sebelum / sesaat sebelum makan (hati-hati resiko hipoglikemi)
- d. Glibenclamid dosis 2,5 – 5 mg dosis tunggal/terbagi 1-2 kali/hari 15 - 30 menit sebelum makan (hati-hati resiko hipoglikemi)

Rencana Tindak Lanjut:

Tindak lanjut adalah untuk pengendalian kasus DM berdasarkan parameter berikut

	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A
		No. Revisi :		01
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2019
		Halaman :		5/7

	Baik	Sedang	Buruk
Glukosa darah puasa (mg/dL)	80 -99	100-125	≥ 126
Glukosa darah 2 jam (mg/dL)	80-144	145-179	≥ 180
A1C (%)	< 6,5	6,5 – 8	> 8
Kolesterol total (mg/dL)	< 200	200-239	≥ 240
Kolesterol LDL (mg/dL)	< 100	100 – 129	≥ 130
Kolesterol HDL (mg/dL)	Pria > 40 Wanita > 50		
Trigliserida ((mg/dL)	< 150	150-199	≥ 200
IMT (kg/m ²)	18, 5 -23	23-25	> 25
Tekanan darah (mmHg)	≤130/80	> 130-140 >80-90	/ >140/90

Keterangan:
 Angka-angka laboratorium di atas adalah hasil pemeriksaan plasma vena.
 Perlu konversi nilai kadar glukosa darah dari darah kapiler darah utuh dan plasma vena

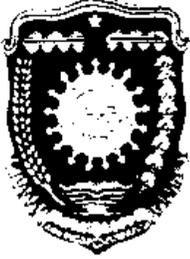
5. Petugas memberikan konseling dan edukasi pada pasien atau keluarga pasien
 Konseling dan Edukasi
 Edukasi meliputi pemahaman tentang:

1. Penyakit DM tipe 2 tidak dapat sembuh tetapi dapat dikontrol
2. Gaya hidup sehat harus diterapkan pada penderita misalnya olahraga, menghindari rokok, dan menjaga pola makan.
3. Pemberian obat jangka panjang dengan kontrol teratur setiap 2 minggu

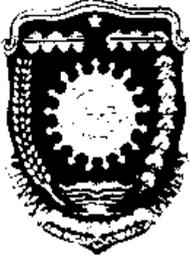
Perencanaan Makan
 Standar yang dianjurkan adalah makanan dengan komposisi:

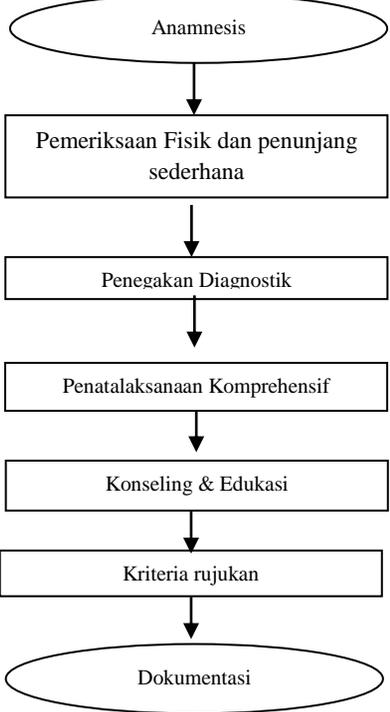
1. Karbohidrat 45 – 65 %
2. Protein 15 – 20 %
3. Lemak 20 – 25 %

Jumlah kandungan kolesterol disarankan < 300 mg/hari. Diusahakan lemak berasal dari sumber asam lemak tidak jenuh (MUFA = Mono Unsaturated Fatty Acid), dan membatasi PUFA (Poly Unsaturated Fatty Acid) dan asam lemak jenuh. Jumlah kandungan serat + 25 g/hr, diutamakan serat larut.
 Jumlah kalori basal per hari:

	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A
		No. Revisi :		01
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2019
		Halaman :		6/7

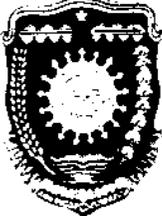
	<p>1. Laki-laki: 30 kal/kg BB idaman 2. Wanita: 25 kal/kg BB idaman</p> <p>Rumus Broca:*</p> <p>Berat badan idaman = (TB – 100) – 10 % *Pria < 160 cm dan wanita < 150 cm, tidak dikurangi 10 % lagi.</p> <p>BB kurang : < 90 % BB idaman BB normal : 90 – 110 % BB idaman BB lebih : 110 – 120 % BB idaman Gemuk : >120 % BB idaman</p> <p>Penyesuaian (terhadap kalori basal/hari):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status gizi: <ul style="list-style-type: none"> • BB gemuk - 20 % • BB lebih - 10 % • BB kurang + 20 % 2. Umur > 40 tahun : - 5 % 3. Stres metabolik (infeksi, operasi,dll): + (10 s/d 30 %) 4. Aktifitas: <ul style="list-style-type: none"> • Ringan + 10 % • Sedang + 20 % • Berat + 30 % 5. Hamil: <ul style="list-style-type: none"> • trimester I, II + 300 kal • trimester III / laktasi + 500 kal <p>Latihan Jasmani</p> <p>Kegiatan jasmani sehari-hari dan latihan teratur (3-5 kali seminggu selama kurang lebih 30-60 menit minimal 150 menit/minggu intensitas sedang). Kegiatan sehari-hari seperti berjalan kaki ke pasar, menggunakan tangga, berkebun, harus tetap dilakukan.</p> <p>6. Petugas Menentukan Kriteria Rujukan</p> <p>Kriteria Rujukan</p> <p>Untuk penanganan tindak lanjut pada kondisi berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DM tipe 2 dengan komplikasi 2. DM tipe 2 dengan kontrol gula buruk 3. DM tipe 2 dengan infeksi berat <p>7. Petugas Menentukan Prognosis</p> <p>Prognosis umumnya adalah <i>dubia</i>. Karena penyakit ini adalah penyakit kronis, <i>quo ad vitam</i> umumnya adalah <i>dubia ad bonam</i>, namun <i>quo ad fungsionam</i> dan sanationamnya adalah <i>dubia ad malam</i>.</p>
--	---

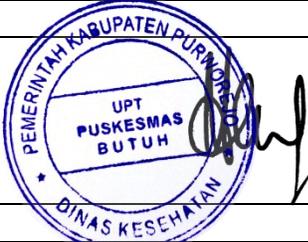
	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/041/A
		No. Revisi :		01
		Tanggal Terbit :		3 Juni 2019
		Halaman :		7/7

	8. Petugas Mencatat Hasil Pemeriksaan dan Terapi Dalam Rekam Medis.
Bagan Alir (jika dibutuhkan)	 <pre> graph TD A([Anamnesis]) --> B[Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana] B --> C[Penegakan Diagnostik] C --> D[Penatalaksanaan Komprehensif] D --> E[Konseling & Edukasi] E --> F[Kriteria rujukan] F --> G([Dokumentasi]) </pre>
Unit Terkait	Ruang UGD, ruang lansia, ruang pelayanan pemeriksaan umum, rawat inap

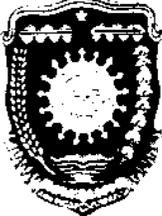
Rekaman Historis Perubahan

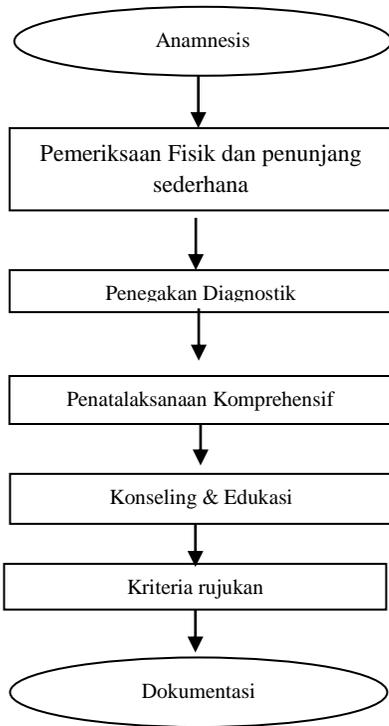
No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	langkah	Penyesuaian langkah dengan penataksanaan klinis DM tipe II	Juni 2019
2	Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/I/2018/001/A Kebijakan Pelayanan Klinis	Juni 2019

	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Mei 2020	
Halaman : 1/3			

UPT PUSKESMAS BUTUH		dr. Christinawati NIP. 19710122 200212 2 005
---------------------------	---	---

Pengertian	HIV /AIDS adalah sekumpulan gejala dan infeksi (atau: sindrom) yang timbul karena rusaknya sistem kekebalan tubuh manusia akibat infeksi virus HIV;[1] atau infeksi virus-virus lain yang mirip yang menyerang spesies lainnya (SIV, FIV, dan lain-lain)
Tujuan	Sebagai acuan dan pedoman penatalaksanaan HIV/AIDS tanpa komplikasi
Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/I/2018/001/A Kebijakan Pelayanan Klinis
Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.02/MENKES/ 514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima pasien. 2. Petugas melakukan anamnesis singkat tentang perjalanan penyakit, riwayat faktor resiko, riwayat imunisasi, dan keluhan-keluhan lain . 3. Petugas melakukan cuci tangan sebelum melakukan pemeriksaan. 4. Petugas melakukan vital sign meliputi pengukuran tekanan darah, nadi, frekuensi pernapasan, dan suhu. 5. Petugas melakukan pemeriksaan fisik, dari ujung rambut sampai kaki, petugas mencari tanda-tanda yang menunjukkan penurunan kekebalan tubuh. 6. Petugas melakukan cuci tangan setelah pemeriksaan. 7. Petugas melakukan penegakan diagnosis. 8. Rencana Tindak Lanjut <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang belum memenuhi syarat terapi ARV <ul style="list-style-type: none"> Monitor perjalanan klinis penyakit dan jumlah CD4-nya setiap 6 bulan sekali. 1. Pemantauan pasien dalam terapi antiretroviral <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan klinis <ul style="list-style-type: none"> Dilakukan pada minggu 2, 4, 8, 12 dan 24 minggu sejak memulai terapi ARV dan kemudian setiap 6 bulan bila pasien telah mencapai keadaan stabil. 2. Pemantauan laboratorium <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemantauan kondisi pasien secara rutin setiap 6 bulan atau lebih sering bila ada indikasi klinis. 9. Konseling dan Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Menganjurkan tes HIV pada pasien TB, infeksi menular seksual (IMS), dan kelompok risiko tinggi beserta pasangan seksualnya, sesuai dengan ketentuan yang

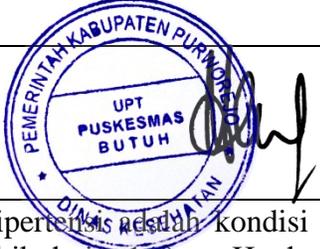
	PENATALAKSANAAN DIABETES MELLITUS TIPE II		
	SOP	No. Dokumen : SOP/BTH/PWR/B/2020/	
		No. Revisi : 00	
		Tanggal Terbit : Mei 2020	
Halaman : 2/3			

	<p>berlaku.</p> <p>b. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang penyakit HIV/AIDS. Pasien disarankan untuk bergabung dengan kelompok penanggulangan HIV/AIDS untuk menguatkan dirinya dalam menghadapi pengobatan penyakitnya.</p> <p>10. Kriteria Rujukan</p> <p>a. Setelah dinyatakan terinfeksi HIV maka pasien perlu dirujuk ke Pelayanan Dukungan Pengobatan untuk menjalankan serangkaian layanan yang meliputi penilaian stadium klinis, penilaian imunologis dan penilaian virologi.</p> <p>b. Pasien HIV/AIDS dengan komplikasi.</p>
<p>Bagan Alir (jika dibutuhkan)</p>	 <pre> graph TD A([Anamnesis]) --> B[Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana] B --> C[Penegakan Diagnostik] C --> D[Penatalaksanaan Komprehensif] D --> E[Konseling & Edukasi] E --> F[Kriteria rujukan] F --> G([Dokumentasi]) </pre>
<p>Unit Terkait</p>	<p>Ruang pelayanan rawat jalan, surveilans penyakit menular</p>

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan

	PENATALAKSANAAN HIPERTENSI			
	SOP	No. Dokumen :		SOP/BTH/PWR/B/2019/073/A
		No. Revisi : 00		
		Tanggal Terbit : 3 Juni 2019		
		Halaman : 1 /5		

UPT Puskesmas Butuh		<u>dr. Christinawati</u> NIP. 19710122 200212 2 005
1. Pengertian	<ul style="list-style-type: none"> Hipertensi adalah kondisi terjadinya peningkatan tekanan darah sistolik lebih dari ≥ 140 mmHg dan atau diastolik ≥ 90 mmHg. Hipertensi esensial merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya. Hipertensi menjadi masalah karena meningkatnya prevalensi, masih banyak pasien yang belum mendapat pengobatan, maupun yang telah mendapat terapi tetapi target tekanan darah belum tercapai serta adanya penyakit penyerta dan komplikasi yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas. 	
2. Tujuan	Sebagai acuan petugas di dalam penatalaksanaan kasus hipertensi	
3. Kebijakan	SK Kepala Puskesmas Nomor:188.4/BAB.VII/8/2018/001/A tentang Pelayanan klinis	
4. Referensi	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK 02.02/MENKES/ 514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama	
5. Langkah-langkah	<p>a. Petugas Melakukan Anamnesis Keluhan mulai dari tidak bergejala sampai dengan bergejala. Keluhan hipertensi antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit atau nyeri kepala 2. Gelisah 3. Jantung berdebar-debar 4. Pusing 5. Leher kaku 6. Penglihatan kabur 7. Rasa sakit di dada <p>Keluhan tidak spesifik antara lain tidak nyaman kepala, mudah lelah dan impotensi.</p> <p>Faktor Risiko Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Umur 2. Jenis kelamin 3. Riwayat hipertensi dan penyakit kardiovaskular dalam keluarga. <p>Faktor risiko yang dapat dimodifikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat pola makan (konsumsi garam berlebihan) 2. Konsumsi alkohol berlebihan 3. Aktivitas fisik kurang 4. Kebiasaan merokok 5. Obesitas 6. Dislipidemia 7. Diabetes Melitus 8. Psikososial dan stres 	

b. Petugas Melakukan Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang Sederhana

Pemeriksaan Fisik

1. Pasien tampak sehat, dapat terlihat sakit ringan-berat bila terjadi komplikasi hipertensi ke organ lain.
2. Tekanan darah meningkat sesuai kriteria JNC VII.
3. Pada pasien dengan hipertensi, wajib diperiksa status neurologis dan pemeriksaan fisik jantung (tekanan vena jugular, batas jantung, dan ronki).

Pemeriksaan Penunjang

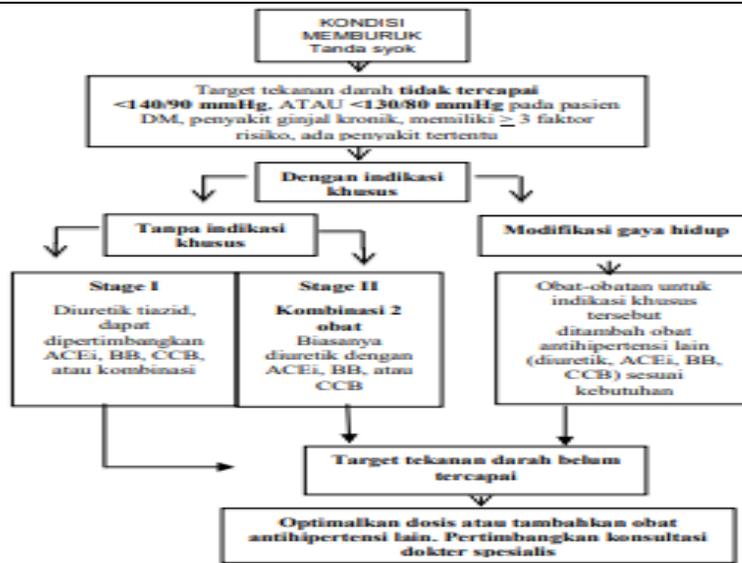
- a. Laboratorium Urinalisis (proteinuria), tes gula darah, profil lipid, ureum, kreatinin
 - b. X ray thoraks
 - c. EKG
 - d. Funduskopi
- c. Petugas Menegakkan Diagnosa Klinis
Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
Klasifikasi tekanan darah berdasarkan JNC VII

Tekanan darah (TD) Klasifikasi	Tekanan darah sistolik (TDS) mmHg	Tekanan darah diastolik (TDD) mmHg
Normal	<120	and <80
Pre-hipertensi	120-139	or 80-89
Hipertensi Stage 1	140-159	or 90-99
Hipertensi Stage 2	≥160	or ≥100

d. Petugas Memberikan Terapi

Modifikasi gaya hidup (diet rendah garam, mengurangi makanan lemak, menghentikan kebiasaan merokok dan minum alkohol, mengendalikan berat badan, meningkatkan aktifitas fisik) dengan target tekanan darah < 140/90 mmHg atau < 130/80 pada pasien DM atau penyakit ginjal kronis. Bila target tidak tercapai maka berikan obat inisial.

Modifikasi	Rekomendasi	Rerata penurunan TDS
Penurunan berat badan	Jaga berat badan ideal (BMI: 18,5 - 24,9 kg/m ²)	5 – 20 mmHg/ 10 kg
Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)	Diet kaya buah, sayuran, produk rendah lemak dengan jumlah lemak total dan lemak jenuh yang rendah	8 – 14 mmHg
Pembatasan asupan natrium	Kurangi hingga <100 mmol per hari (2.0 g natrium atau 6.5 g natrium klorida atau 1 sendok teh garam perhari)	2 – 8 mmHg
Aktivitas fisik aerobic	Aktivitas fisik aerobik yang teratur (mis: jalan cepat) 30 menit sehari, hampir setiap hari dalam seminggu	4 – 9 mmHg
Stop alkohol		2 – 4 mmHg



a. Hipertensi tanpa compelling indication

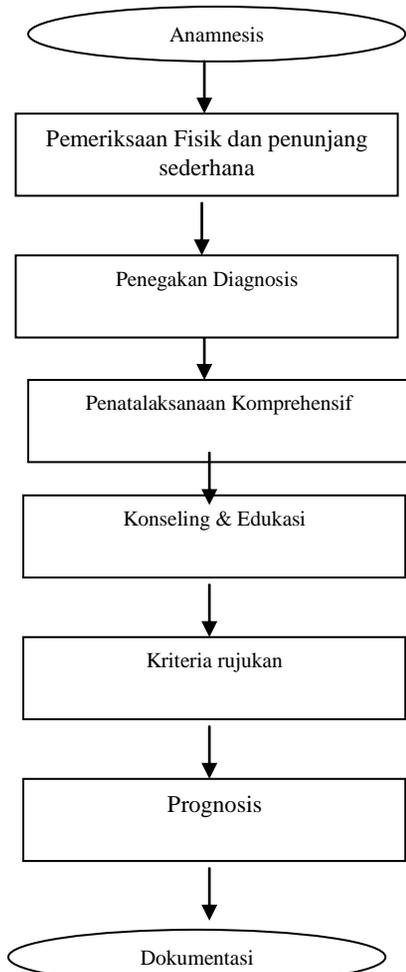
- Hipertensi stage1 dapat diberikan diuretik (HCT 12.5-50 mg/hari, atau pemberian penghambat ACE (captopril 3x12,5- 50 mg/hari), atau nifedipin long acting 30-60 mg/hari) atau kombinasi.
- Hipertensi stage2 Bila target terapi tidak tercapai setelah observasi selama 2 minggu, dapat diberikan kombinasi 2 obat, biasanya golongan diuretik, tiazid dan penghambat ACE atau penyekat reseptor beta atau penghambat kalsium.
- Pemilihan anti hipertensi didasarkan ada tidaknya kontraindikasi dari masing-masing antihipertensi diatas. Sebaiknya pilih obat hipertensi yang diminum sekali sehari atau maksimum 2 kali sehari. Bila target tidak tercapai maka dilakukan optimalisasi dosis atau ditambahkan obat lain sampai target tekanan darah tercapai

Indikasi khusus	Obat yang direkomendasikan					
	Diuretik	Penyekat beta (BB)	Penghambat ACE (ACEi)	Antagonis reseptor AII (ARB)	Penghambat kanal kalsium (CCB)	Antagonis aldosteron
Gagal jantung	✓	✓	✓	✓		✓
Paska infark miokard akut		✓	✓			✓
Risiko tinggi penyakit coroner	✓	✓	✓		✓	
DM	✓	✓	✓	✓	✓	
Penyakit ginjal kronik			✓	✓		
Pencegahan stroke berulang	✓		✓			

b. Kondisi khusus lain

- Lanjut Usia
 - ✓ Diuretik (tiazid) mulai dosis rendah 12,5 mg/hari.
 - ✓ Obat hipertensi lain mempertimbangkan penyakit penyerta.
- Kehamilan
 - ✓ Golongan metildopa, penyekat reseptor β , antagonis kalsium, vasodilator.
 - ✓ Penghambat ACE dan antagonis reseptor AII tidak boleh digunakan selama kehamilan.

	<p>Komplikasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hipertrofi ventrikel kiri2. Proteinurea dan gangguan fungsi ginjal3. Aterosklerosis pembuluh darah4. Retinopati5. Stroke atau TIA6. Gangguan jantung, misalnya infark miokard, angina pektoris, serta gagal jantung <p>5. Petugas Memberikan Konseling Dan Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">• Edukasi tentang cara minum obat di rumah, perbedaan antara obat-obatan yang harus diminum untuk jangka panjang (misalnya untuk mengontrol tekanan darah) dan pemakaian jangka pendek untuk menghilangkan gejala (misalnya untuk mengatasi mengi), cara kerja tiap-tiap obat, dosis yang digunakan untuk tiap obat dan berapa kali minum sehari.• Pemberian obat anti hipertensi merupakan pengobatan jangka panjang. Kontrol pengobatan dilakukan setiap 2 minggu atau 1 bulan untuk mengoptimalkan hasil pengobatan.• Penjelasan penting lainnya adalah tentang pentingnya menjaga kecukupan pasokan obat-obatan dan minum obat teratur seperti yang disarankan meskipun tak ada gejala.• Individu dan keluarga perlu diinformasikan juga agar melakukan pengukuran kadar gula darah, tekanan darah dan periksa urin secara teratur. Pemeriksaan komplikasi hipertensi dilakukan setiap 6 bulan atau minimal 1 tahun sekali. <p>6. Petugas Menentukan Kriteria Rujukan</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipertensi dengan komplikasi• Resistensi hipertensi• Hipertensi emergensi (hipertensi dengan tekanan darah sistole >180) <p>7. Petugas Menentukan Prognosis</p> <p>Prognosis umumnya bonam apabila terkontrol.</p> <p>8. Petugas Melakukan Pencatatan di Rekam Medis</p>
--	---

6. Bagan Alir (jika dibutuhkan)	 <pre> graph TD A([Anamnesis]) --> B[Pemeriksaan Fisik dan penunjang sederhana] B --> C[Penegakan Diagnosis] C --> D[Penatalaksanaan Komprehensif] D --> E[Konseling & Edukasi] E --> F[Kriteria rujukan] F --> G[Prognosis] G --> H([Dokumentasi]) </pre>
7. Hal-hal yang Diperhatikan	Penegakan diagnosis dilakukan hendaknya dengan kenaikan tensi yang terjadi 3x berturut-turut
8. Dokumen terkait	Rekam medis
9. Unit terkait	Ruang Pemeriksaan Rawat jalan, Ruang rawat Inap

Rekaman Historis Perubahan

No	Yang Dirubah	Isi Perubahan	Tanggal Mulai Diberlakukan
1	langkah	Penyesuaian langkah dengan penataksanaan klinis Hipertensi	Juni 2019
2	Kebijakan	Sk Kepala UPT Puskesmas Butuh nomor : 188.4/BAB.VII/KEP/I/2018/001/A Kebijakan Pelayanan Klinis	Juni 2019