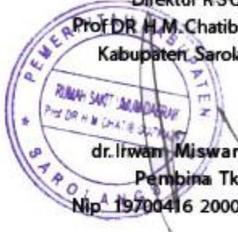


 <b>RSUD PROF DR H.M CHATIB QUZWAIN SAROLANGUN</b>	<b>PENANGANAN TUMPAHAN DARAH</b>		
	NO.DOKUMEN SPO/.../ RSUD-SRL	NO. REVISI	HALAMAN I/I
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit: Januari 2016		
PENGERTIAN	Tindakan membersihkan tumpahan darah		
TUJUAN	Untuk mencegah penularan penyakit		
KEBIJAKAN	Sebagai panduan, wewenang dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas di RSUD Prof. Dr. H. M. Chatib Quzwain Sarolangun		
PROSEDUR	<p>I. Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spill Kit (kotak tempat alat- alat untuk penanganan tumpahan darah yang berisi : apron, masker, kacamata, handscoen, underpad, pinset, kantong plastik infeksius, cairan Natrium Hipoklorida 0,5%, bubuk natrium hipoklorida 0,5%)</li> <li>2. Tanda tumpahan darah infeksius</li> <li>3. Larutan desinfektan ( larutan klorin, lysol)</li> </ol> <p>II. Penatalaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Pasang tanda tumpahan darah infeksius</li> <li>3. Petugas menggunakan sarung tangan sebelum melakukan tindakan</li> <li>4. Petugas menggunakan APD</li> <li>5. Taburi noda tumpahan darah yang basah dengan natrium hipoklorida 0,5 %, untuk tumpahan darah kering basahi dengan cairan natrium hipoklorida 0,5%, sampai berbuih</li> <li>6. Bersihkan noda tumpahan darah dengan unperpad, menggunakan pinset</li> <li>7. Masukkan unperpad pembersih darah tadi ke dalam kantong plastik kuning infeksius, kemudian pinset yang telah dipakai di masukkan ke dalam kantong plastik kuning infeksius lainnya</li> <li>8. Buka APD yang dipakai satu persatu, masker dan handscoen dimasukkan ke dalam plastik kuning infeksius tempat unperpad bekas kemudian diikat lalu dimasukkan ke tempat sampah medis infeksius</li> <li>9. Apron di lipat dan dimasukkan dalam kantong plastik infeksius yang berisi pinset untuk di bersihkan</li> <li>10. Kacamata diletakkan dalam kotak spill kit</li> <li>11. Bersihkan kembali area yang terkena tumpahan darah dengan desinfektan</li> <li>12. Cuci tangan setelah melakukan tindakan</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	Seluruh petugas ruangan di Rumah Sakit, petugas kebersihan		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b>	<b>REKAMAN EKG 12 LEAD</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk.1 Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Pengambilan rekaman impuls listrik jantung melalui rekaman alat elektrokardiografi		
<b>TUJUAN</b>	Untuk mendeteksi adanya kelainan impuls listrik jantung		
<b>KEBIJAKAN</b>	Indikasi pemeriksaan laboratorium dan radiologi berdasarkan permintaan dari DPJP dan setiap permintaan laboratorium dan radiologi dituliskan pada formulir yang sudah ditentukan. (Sesuai Dengan SK Direktur RS Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS ).		
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan dan identifikasi pasien sesuai prosedur</li> <li>2. Buka dan longgarkan pakaian bagian atas, bila pasien memakai jam tangan, gelang, dan logam yang lain dilepas</li> <li>3. Bersihkan kotoran dan lemak pada daerah dada, pergelangan tangan dan kaki dengan menggunakan kapas alkohol</li> <li>4. Oleskan jelly EKG ( bila perlu ) pada permukaan elektrode</li> <li>5. Pasang manset elektroda pada kedua pergelangan tangan dan kaki (lead I, II, III, AVR, AVL, AVF ) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna merah pada tangan kanan</li> <li>- Warna kuning pada tangan kiri</li> <li>- Warna hitam pada kaki kanan</li> <li>- Warna hijau pada kaki kiri</li> </ul> </li> <li>6. Pasang elektrode <ul style="list-style-type: none"> <li>- V1 pada ruang iga ke 4 garis sternal kanan</li> <li>- V2 pada ruang iga ke 4 garis sternal kiri</li> <li>- V3 terletak antara v2 dan v4</li> <li>- V4 ruang iga ke 5 pada garis tengah clavicula kiri</li> <li>- V5 pada garis axilla depan sejajar v4</li> <li>- V6 pada garis axilla tengah sejajar dengan v5</li> </ul> </li> <li>7. Lakukan kalibrasi 10mm dengan kecepatan 25mm volt / detik</li> <li>8. Buat rekaman secara berurutan sesuai pilihan lead yang terdapat pada mesin EKG</li> <li>9. Rapiakan alat dan pasien</li> <li>10. Memberi identitas pasien pada hasil rekaman : nama, umur, tanggal, dan jam rekaman serta nomor lead dan nomor rekam medik serta tekanan darah</li> </ol>		
<b>UNIT TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENGAPLIKASIAN RESTRAIN</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk.1 Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Adalah suatu cara/ metode/ restriksi yang disengaja terhadap gerakan/ perilaku seseorang. Dalam hal ini perilaku yang dimaksudkan adalah tindakan yang direncanakan, bukan suatu tindakan yang tidak disadari/ tidak disengaja/ sebagai suatu reflek.		
TUJUAN	Untuk mengontrol perilaku pasien yang dapat membahayakan dirinya sendiri maupun oranglain.		
KEBIJAKAN	Setiap pasien yang memiliki resiko jatuh, kecenderungan melukai diri sendiri, menghambat proses pengobatan perlu dilakukan restrain. (Sesuai Dengan SK Direktur RS. Tentang kebijakan pelayanan RS).		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan penilaian kebutuhan pasien dan intervensi restrain yang akan digunakan.</li> <li>2. Jelaskan alasan penggunaan restrain</li> <li>3. Singkirkan semua benda yang berpotensi membahayakan, sebelum aplikasi restrain</li> <li>4. Inspeksi keamanan tempat tidur, tempat duduk dan peralatan yang akan digunakan selama proses restrain.</li> <li>5. Observasi pasien setelah aplikasi restrain</li> <li>6. Penuhi kebutuhan pasien seperti : makan, minum, mandi dan toileting</li> <li>7. Lakukan pemantauan secara berkala setiap             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 4 jam untuk dewasa <math>\geq</math> 18 tahun keatas</li> <li>2) 2 jam untuk anak dan remaja usia 9 – 17 tahun</li> <li>3) 1 jam untuk anak <math>&lt;</math> 9 tahun.</li> </ol>             Evaluasi meliputi : tanda vital, posisi tubuh pasien, keamanan restrain dan kenyamanan pasien           </li> <li>8. Catat dan laporkan perubahan perilaku pasien pada DPJP.</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IRI</li> <li>2. IGD</li> <li>3. IRJA</li> <li>4. OK</li> <li>5. Instalasi Rawat Inap</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PELAKSANAAN SURVAILANS PPI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/5
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun   dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surveilans Infeksi Rumah Sakit adalah suatu kegiatan pengamatan yang sistematis, aktif, berkelanjutan, dan terus menerus terhadap suatu kejadian penyebaran penyakit pada suatu populasi tertentu, serta hal – hal yang mempengaruhi terjadinya infeksi tersebut.</li> <li>2. Surveilans Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) adalah pengumpulan data kejadian infeksi aliran darah akibat penggunaan alat intravaskuler secara sistematis, analisis dan interpretasi yang terus menerus untuk digunakan dalam perencanaan penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.</li> <li>3. Surveilans Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah pengumpulan data kejadian infeksi saluran kemih akibat penggunaan alat dower kateter atau tindakan aseptik lain melalui saluran kemih secara sistematis, analisis dan interpretasi yang terus menerus untuk digunakan dalam perencanaan penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang di desiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.</li> <li>4. Surveilans Ventilator Aquired Pneumonia (VAP) adalah pengumpulan data kejadian infeksi pneumonia yang didapat lebih dari 48 jam setelah menggunakan ventilasi mekanik secara sistematis, analisis dan interpretasi yang terus menerus untuk digunakan dalam perencanaan penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.</li> <li>5. Surveilans Hospital Aquired Pneumonia (HAP) adalah pengumpulan data kejadian infeksi saluran napas bawah, mengenai parenkim paru tidak diintubasi yang terjadi lebih dari 48 jam hari rawat dan tidak dalam masa inkubasi secara sistematis, analisis dan interpretasi yang terus menerus untuk digunakan dalam perencanaan penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang didesiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PELAKSANAAN SURVAILANS PPI**

No.Dukumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../ RSUD-SRL		2/5

6. Surveilans Infeksi Luka Operasi (ILO) adalah pengumpulan data kejadian infeksi akibat tindakan pembedahan yang dapat mengenai :

- Superfisial (*Superficial Incisional Site*) : ILO yang terjadi 30 hari setelah pembedahan, dan hanya mengenai kulit dan jaringan sub kutan.
- Profunda (*Deep Incisional*) : ILO yang terjadi 30 hari setelah tindakan pembedahan bila tidak ada implan atau infeksi terjadi dalam satu tahun bila ada pemasangan implan, mengenai jaringan lunak dalam dari tempat insisi (faskia dan otot).
- Organ/rongga : ILO yang terjadi 30 hari pasca bedah tanpa implan atau 1 tahun pasca bedah apabila terdapat implan, mengenai semua organ yang dimanipulasi selama operasi kecuali jaringan lunak superficial dan dalam.

7. Surveilans Plebitis adalah pengumpulan data kejadian infeksi akibat iritasi vena oleh alat intra vena, obat-obatan, atau infeksi yang ditandai dengan kemerahan, bengkak, nyeri tekan pada sisi intra vena kemih secara sistematis, analisis dan interpretasi yang terus menerus untuk digunakan dalam perencanaan penerapan dan evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan yang di desiminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan.

**TUJUAN**

- Mengetahui data dasar infeksi rumah sakit
- Pemantauan masalah dan pola infeksi
- Kewaspadaan dini dalam mengidentifikasi kejadian luar biasa (*outbreak*) dan cara penanggulangannya
- Mendapatkan informasi epidemiologi sebagai dasar tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi untuk menurunkan insiden dan risiko.
- Mengetahui pola kuman di RS

**KEBIJAKAN**

- Surveilans infeksi rumah sakit dilaksanakan oleh IPCN purna waktu dan IPCLN di setiap ruang perawatan atau ruangan lain yang berisiko terhadap terjadinya infeksi dirumah sakit.
- Surveilans dilakukan pada pasien yang dirawat atau mendapat tindakan yang berisiko terjadinya infeksi rumah sakit.
- Perlu dibentuk koordinator surveilans sesuai jenis dan parameter infeksi (IADP, ISK, VAP dan HAP, ILO serta PLEBITIS).
- Dalam pelaksanaan surveilans ditentukan : *what* (jenis infeksi rumah sakit), *when* (kapan terjadinya infeksi), *where* (tempat unit perawatan), dan *who* (umur, jenis kelamin dan faktor resiko lain).



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PELAKSANAAN SURVEILANS PPI

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/5

### PROSEDUR

#### A. Surveilans IADP

Langkah – langkah :

1. Siapkan formulir surveilans dan alat tulis yang akan di gunakan untuk mendata pasien yang akan di survei
2. Tentukan ruangan yang akan disurvei
3. Catat nama, nomor medik, diagnosa penyakit dan identitas lain dari pasien yang akan di survei dalam formulir surveilans
4. Catat tanggal di lakukan tindakan serta lama tindakan
5. Observasi tempat dan lokasi insersi *Intra Vaskular*
6. Observasi adanya tanda – tanda infeksi yang meliputi adanya pembengkakan, kemerahan, panas area insersi, dan adanya rasa nyeri.
7. Apabila ditemukan adanya tanda – tanda infeksi tersebut segera lakukan pemeriksaan kultur (darah atau ujung kateter infus)
8. Apabila hasil kultur positif dilaporkan ulang ke PPI/IPCO untuk menentukan adanya IADP.
9. Dokumentasikan kejadian IADP yang ditemukan ke formulir surveilans yang diletakkan dalam Status Pasien, Formulir Harian, dan Formulir Bulanan Surveilans Infeksi Rumah Sakit.

#### B. Surveilans ISK

Langkah – langkah :

1. Siapkan formulir surveilans, alat tulis yang akan di gunakan untuk mendata pasien yang akan di survei
2. Tentukan ruangan yang akan disurvei
3. Catat nama, nomor medik, diagnosa penyakit dan identitas lain dari pasien yang akan di survei dalam formulir surveilans
4. Catat tanggal di lakukan tindakan serta lama tindakan
5. Observasi tempat dan lokasi pemasangan dower kateter atau tindakan aseptik lain
6. Observasi adanya tanda – tanda infeksi yang meliputi peningkatan suhu badan  $> 38^{\circ}\text{C}$ , anyang – anyangan, polakisuri, disuri, atau nyeri suprapubik, catat dan laporkan pada PPI/IPCO untuk menetapkan apakah benar terjadi infeksi saluran kemih.
7. Apabila ditemukan tanda – tanda infeksi tersebut segera lakukan pemeriksaan kultur urine dari selang kateter.
8. Apabila hasil kultur positif dilaporkan ulang ke PPI/IPCO untuk menentukan adanya ISK.
9. Dokumentasikan kejadian IADP yang ditemukan ke formulir surveilans yang diletakkan dalam Status Pasien, Formulir Harian, dan Formulir Bulanan



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PELAKSANAAN SURVAILANS PPI

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

4/5

### C. Surveilans VAP dan HAP

Langkah – langkah :

1. Siapkan formulir surveilans, buku surveilans, alat tulis yang akan di gunakan untuk mendata pasien yang akan di survei
2. Tentukan ruangan yang akan disurvei
3. Catat nama, nomor medik, diagnosa penyakit dan identitas lain dari pasien yang akan di survei dalam formulir surveilans / buku surveilans
4. Catat tanggal di lakukan tindakan serta lama tindakan Observasi adanya tanda – tanda infeksi yang meliputi peningkatan badan  $> 38^{\circ}\text{C}$ , produksi sputum banyak dan purulen, bunyi pernapasan menurun/ pekak, ronchi basah daerah paru, adanya batuk, peningkatan leukosit (pemeriksaan hapus sputum  $>25/\text{LPK}$ ), atau hasil X-ray adanya infiltrat paru.
5. Apabila ditemukan tanda – tanda infeksi tersebut segera lakukan pemeriksaan kultur sputum disekitar ETT (VAP), atau kultur sputum melalui batuk efektif (HAP)
6. Apabila hasil kultur positif dilaporkan ulang ke PPI/IPCO untuk menentukan adanya VAP/HAP
7. Dokumentasikan kejadian VAP/HAP yang ditemukan ke formulir surveilans yang diletakkan dalam Status Pasien, Formulir Harian, dan Formulir Bulanan Surveilans Infeksi Rumah Sakit.

### D. Surveilans ILO

Langkah – langkah :

1. Siapkan formulir surveilans, alat tulis yang akan digunakan untuk mendata pasien yang akan di survei
2. Tentukan ruangan yang akan disurvei
3. Catat nama, nomor medik, diagnosa penyakit dan identitas lain dari pasien yang akan di survei dalam formulir surveilans
4. Catat tanggal di lakukan tindakan serta lama tindakan
5. Observasi adanya tanda – tanda infeksi yang meliputi :
  - a. Superfisial : adanya nyeri / tenderness, bengkak lokal, kemerahan atau panas, keluarnya cairan purulen dari area insisi
  - b. *Deep Insisional* (insisional dalam) : keluarnya cairan purulen dari jaringan lunak dalam dan bukan dari organ, ditemukan abses, adanya peningkatan suhu tubuh  $>38^{\circ}\text{C}$ , atau nyeri/ tenderness
  - c. Organ/rongga : adanya cairan purulen melalui *stab wound* pada organ/ rongga dan abses



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PELAKSANAAN SURVAILANS PPI

No.Dukumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

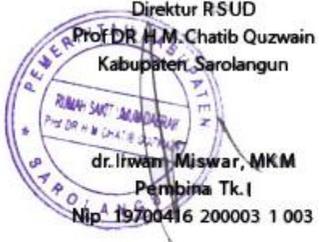
5/5

6. Apabila ditemukan tanda – tanda infeksi tersebut segera lakukan pemeriksaan kultur
7. Apabila hasil kultur positif dilaporkan ulang ke PPI/IPCO untuk menentukan adanya ILO
8. Dokumentasikan kejadian ILO yang ditemukan ke formulir surveilans yang diletakkan dalam Status Pasien, Formulir Harian, dan Formulir Bulanan Surveilans Infeksi Rumah Sakit

### E. Surveilans Plebitis

Langkah – langkah :

1. Siapkan formulir surveilans, alat tulis yang akan di gunakan untuk mendata pasien yang akan di survei
2. Tentukan ruangan yang akan disurvei
3. Catat nama, nomor medik, diagnosa penyakit dan identitas lain dari pasien yang akan di survei dalam formulir surveilans
4. Catat tanggal di lakukan tindakan serta lama tindakan
5. Observasi adanya tanda – tanda infeksi yang meliputi :
  - a. Nyeri yang terlokalisasi
  - b. Pembengkakan
  - c. Kulit kemerahan timbul dengan cepat diatas vena
  - d. Pada saat diraba terasa hangat
  - e. Panas tubuh cukup tinggi
6. Apabila ditemukan tanda – tanda infeksi tersebut segera lakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik lebih lanjut
7. Apabila hasil pemeriksaan positif dilaporkan ulang ke PPI/IPCO untuk menentukan adanya Plebitis.
8. Dokumentasikan kejadian Plebitis yang ditemukan ke formulir surveilans yang diletakkan dalam Status Pasien, Formulir Harian, dan Formulir Bulanan Surveilans Infeksi Rumah Sakit.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PRAKTEK MENYUNTIK AMAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip 19700416 200003 1 003</p>	
PENGERTIAN	Praktek Menyuntik Aman adalah suatu tindakan insersi yang dilakukan oleh dokter atau perawat kepada pasien dengan menjaga keamanan pasien dan dokter atau perawat yang melakukan insersi.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mencegah kontaminasi pada peralatan injeksi dan terapi.</li> <li>2. Untuk melindungi dokter atau perawat dalam melakukan insersi agar tidak terjadi kecelakaan kerja.</li> <li>3. Untuk mencegah dan mengendalikan infeksi di rumah sakit dengan meningkatkan kewaspadaan standar.</li> </ol>		
KEBIJAKAN	Praktek menyuntik aman harus dilakukan oleh dokter dan perawat yang mempunyai kompetensi.		
PROSEDUR KERJA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan kebersihan tangan.</li> <li>2. Gunakan APD sesuai indikasi (sarung tangan sekali pakai yang tidak steril).</li> <li>3. Lakukan desinfeksi pada area insersi.</li> <li>4. Pakai jarum yang steril, sekali pakai pada tiap suntikan untuk mencegah kontaminasi pada peralatan dan terapi.</li> <li>5. Bila memungkinkan sekali pakai vial walaupun multidose.</li> <li>6. Tidak diperbolehkan menggunakan jarum atau spuit yang dipakai ulang untuk mengambil obat dalam vial multidose karena dapat menimbulkan kontaminasi mikroba yang dapat menyebar saat obat dipakai untuk pasien lain.</li> <li>7. Lakukan prinsip pemberian obat dengan 7 benar.</li> <li>8. Lakukan insersi sesuai petunjuk pemberian (IM, IV, SC, IC).</li> <li>9. Lakukan desinfeksi pada area setelah insersi .</li> <li>10. Tidak melakukan recaping dengan kedua tangan.</li> <li>11. Lakukan recaping dengan tehnik one hand (satu tangan).</li> <li>12. Buang spuit injeksi kedalam safety box oleh dokter atau perawat yang melakukan insersi.</li> <li>13. Lepas APD.</li> <li>14. Lakukan Kebersihan tangan .</li> <li>15. Lakukan pencatatan dokumentasi pada lembar daftar pemberian terapi.</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PRAKTEK MENYUNTIK AMAN**

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Gawat Darurat.
2. Instalasi Rawat Inap.
3. Instalasi Rawat Jalan.
4. Instalasi Kamar Operasi.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEBERSIHAN TANGAN</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/8
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
PENGERTIAN	<p><b>Kebersihan Tangan</b> adalah proses pembersihan kotoran dan mikroorganisme pada tangan yang di dapat melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain dan permukaan lingkungan (<i>flora transien</i>) dengan menggunakan sabun/antiseptik dibawah air mengalir atau menggunakan hand rub berbasis alkohol.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Pembersihan Tangan dengan Cairan Antiseptik (Handrub)</b> adalah Mencuci tangan dengan menggunakan cairan antiseptik yg berbahan dasar alkohol gel di seluruh permukaan tangan untuk meminimalkan pertumbuhan mikroorganisme tanpa menggunakan air dan handuk (pada tangan yang bersih).</li> <li><b>Pembersihan Tangan dengan Sabun Antiseptik/Cairan/Larutan dan Air Mengalir (Handwash)</b> adalah Mencuci tangan dengan air mengalir dengan menggunakan sabun/cairan antiseptik yg bertujuan membersihkan tangan dari <i>transien</i> mikroorganisme di tangan (pada tangan yang kotor).</li> <li><b>Pembersihan Tangan Bedah (Surgical Handwash)</b> pada tindakan operasi adalah : <ol style="list-style-type: none"> <li>Proses menghilangkan atau menghancurkan mikroorganisme transien dan mikroorganisme yang tinggal di lapisan kulit yang lebih dalam serta di dalam folikel rambut yang tidak dapat di hilangkan seluruhnya (<i>flora residen</i>).</li> </ol> </li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEBERSIHAN TANGAN</b>		
	No.Dokumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/8
	Membersihkan tangan dengan menggunakan sikat dan sabun di bawah air mengalir dengan prosedur tertentu agar tangan dan lengan bagian bawah bebas dari mikroorganisme.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme.</li> <li>2. Mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan sekitar pasien.</li> <li>3. Tindakan utama untuk pencegahan dan pengendalian infeksi.</li> </ol>		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik harus dilakukan oleh semua petugas kesehatan, keluarga, pengunjung yang berhubungan langsung dengan pasien atau lingkungan pasien</li> <li>2. Prosedur pembersihan tangan dengan antiseptik dilakukan sebelum kontak dengan pasien, sebelum melakukan tindakan aseptik, sesudah terpajan dengan cairan tubuh pasien yang berisiko, sesudah kontak dengan pasien dan sesudah kontak dengan area sekitar pasien.</li> <li>3. Setiap ruangan harus tersedia fasilitas : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Wastafel dengan air yang mengalir dengan kran bergagang panjang</li> <li>b. Sabun atau cairan antiseptik mengandung <i>chlorhexidine</i> 2% dan 4 % untuk pembersihan tangan operasi</li> <li>c. Cairan Handrub.</li> <li>d. Pengering tangan (tissue/paper, towel/handuk satu kali pakai).</li> </ol> <p>Gambar prosedur pembersihan tangan terlihat di semua fasilitas.</p> </li> </ol>		
PROSEDUR KERJA	<b>A. Pembersihan Tangan dengan sabun dan air (Handwash )</b>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/8

Langkah – langkah :

1. Buka perhiasan yang digunakan, basahi tangan dengan air mengalir.
2. Tuangkan sabun ke telapak tangan 3 – 5 cc.
3. Ratakan dengan kedua telapak tangan.
4. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
5. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.
6. Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.
7. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
8. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya.
9. Bilas kedua tangan dengan air mengalir.
10. Keringkan kedua tangan dengan tissue sekali pakai.
11. Gunakan bekas tissue tersebut untuk menutup kran air
12. Sekarang tangan sudah aman ( Prosedur dilakukan 40 – 60 detik ).

### **B. Pembersihan Tangan dengan Cairan Antiseptik (Handrub)**

Langkah – langkah :

1. Tuangkan larutan antiseptik berbasis alkohol ke telapak tangan sebanyak 3 - 5 cc.
2. Gosok kedua telapak tangan hingga merata.
3. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
4. Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari.



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

4/8

5. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.
6. Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
7. Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya.
8. Sekarang tangan sudah aman ( Prosedur dilakukan 20 – 30 detik ).

### **C. Cara Pembersihan Tangan Bedah (*Surgical Handwash*)**

Langkah – langkah :

1. Buka semua perhiasan yang digunakan, termasuk cincin, gelang dan jam tangan.
2. Basahi tangan dengan air mengalir.
3. Gunakan cairan antiseptik.
4. Cuci tangan dan lengan bawah secara menyeluruh dan bilas dengan air mengalir.
5. Gunakan sekali lagi cairan antiseptik, sebarkan ke seluruh permukaan tangan dan lengan bawah.
6. Mulai dengan tangan, gunakan pembersih kuku untuk membersihkan daerah bawah kuku kedua tangan.
7. Bersihkan kuku secara menyeluruh, kemudian jari- jari, sela-sela jari, telapak tangan dan punggung tangan.
8. Cuci tiap jari seakan – akan mempunyai empat sisi.
9. Berikutnya scrub daerah pergelangan tangan pada tiap tangan.
10. Setelah seluruh pergelangan tangan telah di scrub, bagian lengan bawah juga di scrub, pastikan gerakan dari bawah lengan menuju siku.



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

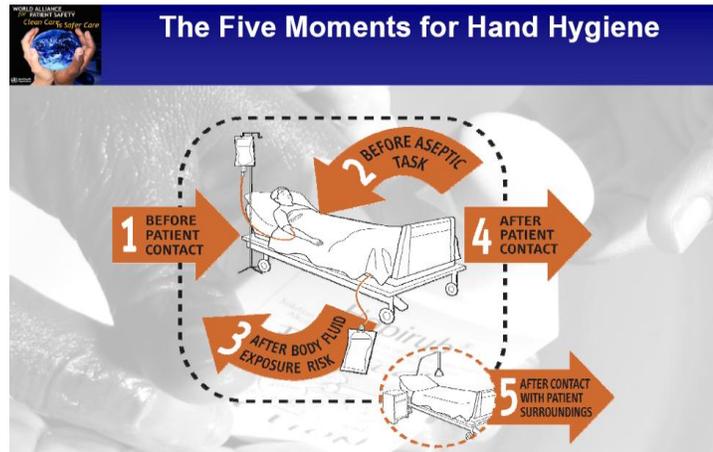
No. Revisi

Halaman

5/8

11. Ulangi pada lengan satunya, dari lengan bawah menuju siku.
12. Bilas tangan dan lengan bawah secara menyeluruh, pastikan tangan di tahan lebih tinggi dari siku.
13. Biarkan sisa air menetes melalui siku.
14. Keringkan dengan handuk steril.  
Sekarang tangan sudah aman (Prosedur dilakukan 2 – 5 menit).

## PROSEDUR



## 5 SAAT MELAKUKAN PRAKTEK KEBERSIHAN TANGAN

1. Sebelum kontak dengan pasien.
2. Sebelum tindakan aseptik.
3. Setelah terkena cairan tubuh pasien beresiko.
4. Setelah kontak dengan pasien.
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

6/8

Melakukan kebersihan tangan dengan menggunakan air mengalir

 **Cara Mencuci Tangan Dengan Sabun Dan Air** 

 lamanya seluruh prosedur : 40 - 60 detik

- 

0 Basuh tangan dengan air
- 

1 Tuangkan sabun secukupnya
- 

2 Ratakan dengan kedua telapak tangan
- 

3 Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 

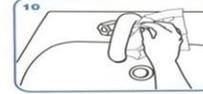
4 Gosok kedua telapak dan sela-sela jari
- 

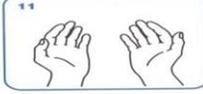
5 Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
- 

6 Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 

7 Gosokan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- 

8 Bilas kedua tangan dengan air
- 

9 keringkan dengan handuk sekali pakai sampai benar-benar kering
- 

10 Gunakan handuk tersebut untuk menutup kran
- 

11 ... dan tangan anda kini sudah aman





RSUD PROF. DR. H. M. CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

7/8

6 Langkah mencuci tangan dengan benar :

### LANGKAH MENCUCI TANGAN DENGAN BENAR

- 1 Usapkan cairan handrub pada kedua telapak tangan hingga merata
- 2 Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya
- 3 Gosok kedua telapak tangan dan sela-sela jari
- 4 Jari-jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosok
- 5 Gosok ibu jari kiri dengan gerakan berputar dalam gengaman tangan kanan dan sebaliknya
- 6 Gosok telapak tangan kiri dengan memutar ujung jari-jari kanan dan sebaliknya

Tuangkan cairan handrub pada telapak tangan secukupnya (2ml)  
Ikuti prosedur seperti yang dijelaskan di atas.  
Lakukan gerakan tap-tap langkah yang digambarkan sebanyak 3 kali.  
Seluruh proses kebersihan (*hand hygiene*) ini dilaksanakan selama 20 detik



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KEBERSIHAN TANGAN

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

8/8

UNIT TERKAIT

Seluruh unit kerja.

1. Instalasi Rawat Jalan.
2. Instalasi Rawat Inap.
3. Instalasi Gawat Darurat.
4. Instalasi Kamar Operasi.



RSUD PROF DR H.M.  
CHATIB QUZWAIN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR ISOLASI PASIEN  
( Kontak, Droplet, Udara/Airbone)**

<p style="text-align: center;"><b>SPO</b></p>	<p>NO.DOKUMEN SPO/...../RSUD-SRL</p>	<p>NO. REVISI</p>	<p>HALAMAN 1/3</p>
	<p>Tanggal Terbit: Januari 2016</p>	<p style="text-align: center;">             Direktur RSUD            Prof DR H.M. Chatib Quzwain            Kabupaten Sarolangun            dr. Irwan Miswar, MKM            Pembina Tk. I            Nip. 19700416 200003 1 003         </p>	
<p>PENGERTIAN</p>	<p>Penghalang untuk pencegahan (barrier precaution) yang melindungi pasien, pengunjung dan petugas terhadap penyakit menular dan melindungi dari infeksi pasien yang immunosuppressed, sehingga rentan terhadap infeksi nosokomial</p>		
<p>TUJUAN</p>	<p>Untuk mencegah transmisi silang dari pasien dengan penyakit menular, dari pasien lain yang beresiko tinggi, yang rentan karena immunosuppressed atau sebab lain dan petugas</p>		
<p>KEBIJAKAN</p>	<p>Sebagai panduan, wewenang dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas di RSUD Prof. Dr. H. M. Chatib Quzwain Sarolangun</p>		
<p>PROSEDUR</p>	<p>I. Kontak</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penempatan pasien : Tempatkan pasien diruang rawat terpisah, tempatkan dengan jarak &gt; 1 meter-3 kaki antara tempat tidur</li> <li>b. Transport pasien Batasi gerak, transport pasien hanya kalau perlu saja.</li> <li>c. APD petugas Cuci tangan dan memakai sarung tangan bersih non steril saat masuk ke ruang pasien, ganti sarung tangan setelah</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR ISOLASI PASIEN  
( Kontak, Droplet, Udara/Airbone)**

NO.DOKUMEN  
SPO/...../ RSUD-SRL

NO. REVISI

HALAMAN  
2/3

kontak dengan bahan infeksius (faeces, cairan drain, urine), lepaskan sarung tangan sebelum keluar dari kamar pasien dan cuci tangan dengan benar.

Pakai gaun bersih, tidak steril saat masuk ruang pasien untuk melindungi bajudari kontak dengan pasien, permukaan lingkungan, barang di ruangan pasien, cairan, luka terbuka, lepaskan gaun sebelum keluar ruangan. Jaga agar tidak ada kontaminasi silang ke lingkungan dan pasien lain.

Apron bila gaun permeable, untuk mengurangi penetrasi cairan, tidak dipakai sendiri.

**II. Droplet**

**a. Penempatan pasien :**

Tempatkan pasien diruangan terpisah, buat pemisah berjarak > 1 meter antara tempat tidur dan jarak pengunjung. Pertahankan pintu terbuka, tidak perlu penanganan khusus terhadap udara

**b. Transport pasien**

Batasi gerak dan transportasi untuk batasi droplet dari pasien dengan mengenakan masker pada pasien dan menerapkan hygiene respirasi dan etika batuk

**c. APD petugas**

Masker dipakai bila bekerja dalam radius 1 m terhadap pasien, saat kontak erat. Masker hendaknya melindungi hidung dan mulut, dipakai saat memasuki rawat pasien dengan infeksi saluran nafas.



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAINKABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR ISOLASI PASIEN  
( Kontak, Droplet, Udara/Airbone)**

NO.DOKUMEN  
SPO/...../RSUD-  
SRL

NO. REVISI

HALAMAN  
3/3

**III. Udara/ Airborne**

**a. Penempatan pasien**

Tempatkan pasien di ruang terpisah yang mempunyai tekanan negatif dan pertukaran udara 6-12 x/jam. Sebelum udara mengalir ke ruang atau tempat lain di RS.

Usahakan pintu ruang pasien tertutup, bila ruang terpisah tidak memungkinkan, tempatkan pasien dengan pasien yang mengidap mikroba yang sama. Jangan dicampurkan dengan infeksi yang lain

**b. Transport pasien**

Batasi gerakan dan transport pasien hanya bila diperlukan saja. Bila perlu untuk pemeriksaan pasien dapat diberi masker bedah untuk mencegah penyebaran droplet nuklei

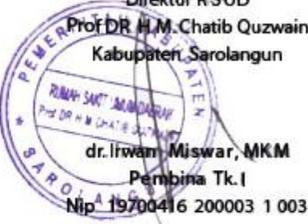
**c. APD petugas**

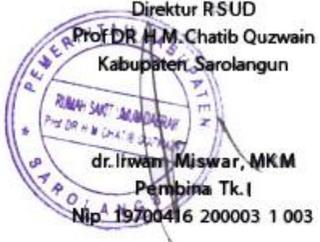
Kenakan masker respirator (95%) saat masuk ruangan pasien atau suspek tb paru. Orang yang rentan tidak boleh masuk ruang pasien yang diketahui atau suspek campak, cacar air kecuali petugas yang telah imun.

Masker bedah/ sarung tangan dan apron, gunakan goggle bila melakukan tindakan dengan kemungkinan timbul aerosol.

UNIT TERKAIT

1. Ruang Isolasi Rawat Inap
2. Seluruh petugas Rumah Sakit

 <b>RSUD PROF DR H.M CHATIB QUZWAIN SAROLANGUN</b>	<b>PENGELOLAAN JARUM SETELAH DIPAKAI</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
SPO	Tanggal Terbit:  Januari 2016	 Direktur RSUD <b>Prof DR H.M. Chatib Quzwain</b> Kabupaten Sarolangun  <b>dr. Irwan Miswar, MKM</b> Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Tindakan untuk mencegah terjadinya cedera saat bertugas dan penularan penyakit		
TUJUAN	Untuk mencegah penularan penyakit dan cedera		
KEBIJAKAN	Sebagai panduan, wewenang dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas di RSUD Prof. Dr. H. M. Chatib Quzwain Sarolangun		
PROSEDUR	I. Persiapan : 1. Safety box 2. Nald destroyer ( penghancur jarum )  II. Penatalaksanaan : 1. Jangan memasukkan kembali jarum bekas suntikan dengan dua tangan 2. Jangan mematahkan jarum yang telah dipakai 3. Segera buang jarum atau nald ke dalam wadah yang telah ditentukan ( nald destroyer) dan dibuang oleh si pemakai 4. Buang spuid yang telah digunakan ke dalam safety box		
UNIT TERKAIT	1. Rawat inap 2. IGD 3. Laboratorium 4. UTD		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>ETIKA BATUK</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
PENGERTIAN	Batuk adalah Mekanisme pertahanan tubuh di saluran pernafasan dan merupakan gejala suatu penyakit atau reaksi tubuh terhadap iritasi di tenggorokan karena adanya lendir, makanan, debu, asap dan sebagainya Etika adalah Suatu norma atau aturan yang berlaku pada masyarakat Etika batuk adalah Cara penting untuk mengendalikan penyebaran infeksi di sumbernya		
TUJUAN	1. Agar tidak menularkan kepada orang sekitar 2. Mencegah terjadinya penyebaran virus di udara dan lingkungan sekitarnya		
KEBIJAKAN	Seluruh petugas di RS X yaitu dokter, perawat, petugas kebersihan (House Keeping), mahasiswa, petugas gizi dan pengunjung/masyarakat sekitar harus mendapatkan sosialisasi dan melaksanakan prosedur cara batuk yang aman ( Etika batuk ) sesuai SOP		
PROSEDUR KERJA	Semua pasien, pengunjung, dan petugas kesehatan harus di anjurkan untuk selalu mematuhi etika batuk dan kebersihan pernapasan untuk mencegah sekresi pernapasan, yaitu dengan cara : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutup hidung dan mulut anda dengan menggunakan tissue / sapu tangan atau lengan dalam baju.</li> <li>2. Segera buang tissue yang sudah di pakai ke dalam tempat sampah.</li> <li>3. Cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau pencuci tangan berbasis alkohol sesuai prosedur.</li> <li>4. Gunakan selalu masker bedah bila anda sedang batuk.</li> <li>5. Tindakan penting ini harus selalu di lakukan untuk mengendalikan sumber infeksi potensial</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Rawat Inap.</li> <li>2. Instalasi Rawat Jalan.</li> <li>3. Instalasi Gawat Darurat.</li> <li>4. Instalasi Kamar Operasi.</li> <li>5. Intalasi Gizi.</li> </ol>		
LAMPIRAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buku Pedoman Pencegahan dan Pengendalian infeksi di Rumah Sakit.</li> <li>2. Buku Petunjuk Tekhnis PPIRS.</li> <li>3. Leaflet / Gambar etika batuk.</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## ETIKA BATUK

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

LAMPIRAN

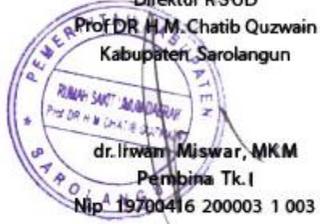
**ETIKA BATUK  
SAAT ANDA BATUK ATAU BERSIN**

**Tutup hidung dan mulut anda dengan menggunakan tisu/ saputangan atau lengan dalam baju anda.**

**Segera buang tisu yang sudah dipakai ke dalam tempat sampah.**

**Cuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun atau pencuci tangan berbasis alkohol.**

**Gunakan Masker.**

 RSUD PROF DR H.M CHATIB QUZWAIN SAROLANGUN	<b>PEMBUANGAN BENDA TAJAM</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit:  Januari2016	 Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Tindakan untuk mencegah terjadinya cedera saat bertugas		
TUJUAN	Untuk mencegah cedera		
KEBIJAKAN	Sebagai panduan, wewenang dan tanggung jawab dalam melaksanakan tugas di RSUD Prof. Dr. H. M. Chatib Quzwain Sarolangun		
PROSEDUR	I. Persiapan : 1. Sarung tangan karet 2. Koran 3. Wadah tahan tusukan yang sudah di beri label  II. Penatalaksanaan : 1. Gunakan APD ( sarung tangan karet) 2. Gunakan kertas koran untuk mengumpulkan pecahan benda tajam tersebut kemudian di bungkus 3. Masukkan dalam kontainer tahan tusukan 4. Lepaskan APD ( sarung tangan karet ) 5. Cuci tangan setelah melakukan tindakan		
UNIT TERKAIT	Seluruh ruangan di Rumah Sakit, petugas kebersihan.		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>TEKNIS INJEKSI INSULIN</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Insulin adalah hormon yang berfungsi untuk menurunkan gula darah, terbagi menjadi insulin endogen (hormon insulin yang diproduksi oleh sel beta dari pankreas) dan eksogen (hormon insulin dari luar tubuh yang digunakan saat pankreas mengalami gangguan sekresi insulin endogen). Berdasarkan lama kerja, insulin terbagi menjadi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insulin kerja cepat (<i>rapid-acting insulin</i>)</li> <li>2. Insulin kerja pendek (<i>short-acting insulin</i>)</li> <li>3. Insulin kerja menengah (<i>intermediate-acting insulin</i>)</li> <li>4. Insulin kerja panjang (<i>long-acting insulin</i>)</li> <li>5. Insulin campuran tetap, kerja pendek dan menengah (<i>premixed insulin</i>)</li> </ol>		
<b>TUJUAN</b>	Mengontrol kadar gula darah dalam pengobatan diabetes mellitus.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur tentang kebijakan pelayanan rawat inap di penyakit dalam no.57/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  <b>PERSIAPAN</b> Alat dan bahan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insulin</li> <li>2. Spuit/ pen insulin atau insulin pump</li> <li>3. Swab alkohol</li> </ol> Pasien : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Menngatur posisi pasien nyaman mungkin</li> </ol> <b>PROSEDUR TINDAKAN</b> A. TEKNIK PENYUNTIKAN INSULIN <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tips supaya penyuntikan tidak menyakitkan:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan insulin pada suhu kamar</li> <li>- Jika menggunakan alkohol, suntik hanya ketika alkohol telah sepenuhnya kering</li> <li>- Hindari penyuntikan pada akar rambut, gunakan jarum yang lebih pendek dan diameter lebih kecil, gunakan jarum baru</li> </ul> </li> </ul>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## TEKNIS INJEKSI INSULIN

No.Dukumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../RSUD-SRL		2/3

### PROSEDUR KERJA

- Masukan jarum dengan gerakan cepat seperti panah melalui kulit. Suntikan perlahan dan pastikan plunger (jarum suntik) atau tombol (pen) telah sepenuhnya tertekan.
- Pada penggunaan pen, setelah menekan tombol secara penuh, pasien harus menghitung secara perlahan sampai 10 sebelum menarik jarum.
- Jarum 5 mm dan 6 mm dapat digunakan oleh setiap pasien dewasa termasuk yang obesitas, dan umumnya tidak memerlukan cubitan pada kulit. Selain itu sebaiknya diberikan dengan sudut 90° terhadap permukaan kulit.
- Namun, penggunaan lipatan kulit atau penyuntikan pada sudut 45° harus dipertimbangkan untuk injeksi anggota badan atau ke perut yang langsing.
- Tidak ada alasan medis untuk merekomendasikan jarum >8 mm. Terapi awal harus dimulai dengan jarum yang lebih pendek. Pasien yang sudah menggunakan jarum >8 mm harus dengan pencubitan kulit atau menyuntikan pada 45° untuk menghindari suntikan IM.
- Urutan yang optimal:
  - ✓ Cubit dengan 2 jari di daerah yang akan disuntik
  - ✓ Suntikan insulin perlahan pada sudut 90° terhadap permukaan lipatan kulit; setelah plunger sepenuhnya tertekan (pada pen) biarkan jarum dikulit selama 10 detik
  - ✓ Menarik jarum dari kulit
  - ✓ Melepaskan lipatan kulit
  - ✓ Membuang jarum secara aman
- Pasien harus diajarkan untuk memeriksa lokasi injeksi dan mampu mendeteksi lipohipertrofi
- Tidak boleh menyuntik ke dalam bidang lipohipertrofi sampai jaringan abnormal kembali normal (dapat memakan waktu bulanan sampai tahunan)
- Memindahkan lokasi suntikan dari lipohipertrofi ke jaringan normal sering membutuhkan penurunan dosis insulin yang disuntikan.
- Strategi pencegahan dan terapi yang terbaik untuk lipohipertrofi adalah dengan menggunakan insulin manusia dimurnikan, rotasi lokal injeksi, menggunakan zona injeksi lebih besar, tidak menggunakan kembali jarum yang telah digunakan.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>TEKNIS INJEKSI INSULIN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien harus diajarkan skema rotasai yaitu : membagi tempat injeksi ke dalam kuadran (atau bagian bila menggunakan paha atau bokong), menggunakan satu kuadran per minggu atau bagian harus berjarak minimal 1 cm dari satu sam lain untuk menghindari trauma ulang jaringan</li> <li>- Wanita hamil dengan diabetes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Yang menyuntikan ke dalam perut harus memberikan suntikan dengan mengangkat lipitan kulit</li> <li>▪ Hindari menggunakan lokasi perut sekitar umbilikus selama trimester terakhir</li> <li>▪ Injeksi ke sisi-sisi perut masih dapat digunakan dengan mengangkat lipitan kulit</li> </ul> </li> </ul> <p><b>B. TEKNIK PENYIMPANAN INSULIN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simpan insulin yang digunakan (pen, cartridge atau botol) pada suhu kamar (maksimal satu bulan setelah pemakaian pertama, dan belum kadaluwarsa). Simpan insulin yang belum dibuka didalam kulkas tetapi jangan disimpan didalam freezer.</li> <li>- Cloudy insulin (minalnya NPH dan pre-mixed insulin) harus secara lembut diputar dan atau dimiringkan (jangan diguncang) selama 20 silklus sampai kristal kembali larut dalam suspensi (larutan menjadi berwarna putih susu).</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian instalasi penyakit dalam		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PERAWATAN KAKI DIABETES DENGAN LUKA</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Iriwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Setiap luka berisiko terjadi infeksi, sehingga penatalaksanaan secara holistik melibatkan kontrol luka dan kontrol infeksi. Meskipun tidak ada penggolongan luka yang spesifik, jenis luka perlu diebedakan menjadi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luka pada kelainan neprotik</li> <li>• Luka pada kelainan neuroiskemia (penyakit arteri perifer/PAP)</li> </ul> Klasifikasi pada ulkus berdasarkan klasifikasi PEDIS <i>International consensus on the diabetic foot 2003</i> : (lebih lengkap lihat bab kaki diabetik).		
<b>TUJUAN</b>	Tindakan debridement bertujuan untuk : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membuang semua jaringan nekrotik yang apital (<i>non viabel</i>) jaringan infeksi dan juga kalus disekitar ulkus</li> <li>2. Mengurangi tekanan pada jaringan kapiler dan tepi luka</li> <li>3. Memungkinkan drainase dari eksudat dan pus</li> <li>4. Meningkatkan penetrasi antibiotik kedalam luka yang terinfeksi</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur tentang kebijakan pelayanan rawat inap di penyakit dalam no.57/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  Metode <i>debridement</i> dapat dilakukan secara autoliti, enzimatik, mekanik, atau melalui pembedahan. Metode yang telah terbukti efektif secara klinis adalah <i>debridement</i> melalui pembedahan. Melalui tindakan pembedahan, semua jaringan lunak dan tulang yang tidak <i>viabel</i> dibuang. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bersihkan dan desinfeksi kulit disekitar luka</li> <li>• Ukur berapa kedalaman luka dengan instrumen metal (pinset), dan eksplorasi adakah bend asing pada luka</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PERAWATAN KAKI DIABETES DENGAN LUKA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potong /gunting jaringan yang telah nekrotik, sampai terlihat jaringan vital</li> <li>• Rawat pendarahan</li> <li>• Cuci bersih luka dengan cairan NaCL 0,9%</li> <li>• Setelah selesai, luka akan tampak lebih luas dan lebih dalam dibandingkan sebelum di <i>debridement</i>.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian Bedah, Bagian Radiologi, Bagian Gizi Klinik		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<p align="center"><b>PERAWATAN KAKI DIABETES TANPA LUKA DAN RISIKO TINGGI</b></p>		
	<p>No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman  1/2</p>
<p align="center"><b>SPO</b></p>	<p>Tanggal Terbit Januari 2016</p>	<p align="center">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p align="center">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<p align="center"><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>Pada kaki DM non ulkus atau pada kaki yang berisiko tinggi (mungkin sudah ada gangguan neuropatik atau neuroiskemia namun belum ada luka), yang berperan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol mekanik</li> <li>2. Kontrol metabolik</li> <li>3. Kontrol vaskular <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penyandang DM dengan tanda dan gejala penyakit vaskular perifer, perabaan arteri kaki yang lemah, keluhan klaudikasio saat berjalan atau istirahat memerlukan pemeriksaan vaskular lanjutan</li> <li>b. Jika ada penyakit vaskular perifer, disarankan memberi anti platelet (aspirin 75mg sehari atau klopidogrel 75mg sehari bila tidak toleran terhadap aspirin) dan pemberian statin untuk menurunkan risiko kejadian kardiovaskular mayor.</li> <li>c. Jika terdapat keluhan klaudikasio saja dapat diberikan program latihan</li> <li>d. Obat cilostazol 100mg dua kali sehari dapat diberikan pada penyakit arteri perifer yang ringan</li> </ol> </li> <li>4. Kontrol edukasi Sedangkan aspek kontrol luka dan kontrol infeksi tidak dilakukan karena belum timbul luka pada kaki DM, sehingga lebih dititikberatkan pada penyakit dini.</li> </ol>		
<p align="center"><b>TUJUAN</b></p>	<p>Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada</p>		
<p align="center"><b>KEBIJAKAN</b></p>	<p>▪ Berdasarkan SK Direktur no.57/RSUD/2016</p>		
<p align="center"><b>PROSEDUR KERJA</b></p>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <p><b>Tindakan pencegahan</b> Langkah-langkah pencegahan perlu dijelaskan saat edukasi perawatan kaki diabetes, diantaranya sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak boleh berjalan tanpa alas kaki, termasuk diatas pasir dan air</li> <li>• Periksa kaki tiap hari untuk deteksi dini dan laporkan pada dokter/perawat apabila ada kulit yang terkelupas, kemerahan atau luka</li> <li>• Periksa alas kaki dari benda asing sebelum memakainya</li> <li>• Selalu menjaga kaki dalam keadaan bersih, tidak basah, dan mengoleskan pelembab pada kulit yang kering</li> <li>• Potong kuku secara teratur</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PERAWATAN KAKI DIABETES TANPA LUKA DAN RISIKO TINGGI</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keringkan kaki dan sela-sela jari kaki teratur setelah dari kamar mandi</li> <li>• Gunakan kaos kaki dari bahan katun yang tidak menyebabkan lipatan pada ujung-ujung jari kaki</li> <li>• Kalau ada kalus atau mata ikan, ditipiskan secara teratur</li> <li>• Sepatu tidak boleh terlalu sempit atau longgar, jangan gunakan hak tinggi</li> <li>• Jangan gunakan bantal panas atau botol berisi air panas atau batu pada kaki</li> </ul> <p><b>Sepatu diabetes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kategori resiko O: meskipun belum ada gangguan sensasi, karena gangguan sensasi pada kategori tersebut dapat terjadi sewaktu-waktu</li> <li>• Kategori resiko 1: saat mana sudah terdapat gangguan sensoris dan pembentukan kalus</li> </ul> <p><b>Peran senam kaki</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latihan untuk sendi pergelangan kaki, otot kaki serta jari-jari kaki</li> <li>2. Latihan yang ditujukan pada otot paha (otot adduktor,abduktor, <i>quadrisep</i>, <i>hamstring</i>) dan otot betis (<i>gastrocnemius</i> dan <i>soleus</i>)          Latihan umum yang menggunakan/menggerakkan kaki : jalan kaki, bersepeda (<i>statis</i>) khusus bagi yang gemuk, senam aerobik, berenang (bila tidak ada luka terbuka)</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian Penyakit Dalam, Bagian rehabilitas Medik		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>ASPIRASI ABSES HATI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu tindakan aspirasi abses didalam hati dengan menggunakan jarum khusus dengan panduan ultrasonografi.		
<b>TUJUAN</b>	Mengevakuasi abses di dalam hati dan dilakukan untuk tindakan diagnostik dan terapeutik		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.57/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melakukan tindakan lakukan langkah kebersihan tangan  <b>Persiapan Alat dan Bahan</b> 1. Ultrasonografi dengan <i>probe</i> 3,5 – 5 MHz yang dilengkapi dengan <i>probel</i> yang khusus digunakan sebagai penuntun 2. Aspirator 3. Trolly 4. Duk bolong steril 2 buah 5. Sarung tangan steril 2 buah 6. Kain kassa steril 2 buah 7. Kom steril kecil 3 buah 8. <i>Nierbekken</i> 9. Cairan providon iodine 10. Alkohol 70% dan 96% 11. NaCL 0,9% 12. Metronidazol 500mg/IV atau gentamisin 80 mg/IV 13. <i>Object glass</i> 14. Plester 15. Gunting plester 16. Jarum aspirasi (khusus)/ <i>Chibia needle</i> no 18 17. Sduit 10 cc 1 buah 18. Sduit 20 cc 19. Lidokain 2% 6 ampul		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ASPIRASI ABSES HATI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat persetujuan tindakan medik</li> <li>2. Pasien rawat inap</li> <li>3. Pasien tidak dipuaskan</li> <li>4. Laboratorium : pemeriksaan darah perifer lengkap (Hb, Ht, leukosit, trombosit) <i>prothrombin time</i> (PT), <i>activated patrial thrombin time</i> (APTT) dalam batasan normal</li> <li>5. Pasang IV <i>line</i> dengan jarum 18 G</li> <li>6. Mengukur tekanan darah, nadi, dan frekuensi nafas pasien</li> <li>7. Hentikan konsumsi obat-obat antikoagulan dan anti gregasi trombosit sedikitnya 1 minggu sebelum tindakan, ganti dengan obat lain bila perlu</li> <li>8. Vitamin K 3 x 10 mg intra muskular/IV mulai 1 hari sebelum tindakan</li> <li>9. Terpasang infus NaCL 0,9% atau Dekstrosa 5%</li> </ol> <p><b>Prosedur tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operator menggunakan masker, gaun, dan sarung tangan steril</li> <li>• Lakukan tindakan aseptis dan antiseptis</li> <li>• Bersihkan area asepsi</li> <li>• Lokasi aspirasi ditentukan dengan panduan ultrasonografi (USG)</li> <li>• Lakukan tindakan anestesi dengan lidokain, infiltrasi cairan anestesi dimulai dari subkutan, jaringan, sampai kapsula hepatica.</li> <li>• Waktu yang dibutuhkan sampai anestesi bekerja sekitar 5 menit</li> <li>• Masukkan jarum aspirasi ke lokasi abses dengan menggunakan panduan USG</li> <li>• Ketika jarum dimasukkan, pasien diminta untuk bernapas dangkal selama tindakan untuk meminimalisasi trauma pada hepar</li> <li>• Ketika jarum memasuki rongga abses, masukkan spuit 20 cc dan lakukan aspirasi sampai tidak ada cairan abses yang dapat dievakuasi</li> <li>• Bersihkan rongga abses dengan cairan salin steril untuk mengurangi <i>Bacterial load</i> sebanyak ½ volume pus yang diaspirasi untuk menghindari tekanan berlebihan dan resiko sepsis</li> <li>• Injeksi gentamisin sulfat 160mg atau metronidazol 600 mg kedalam rongga abses tergantung jenis abses yang terlihat dari cairan aspirat</li> <li>• Siapkan cairan untuk pemeriksaan diagnostik</li> <li>• Hitung jumlah cairan abses yang dievakuasi</li> <li>• Kemudian cabut jarum aspirasi, tutup luka tindakan dengan kassa dan plester</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ASPIRASI ABSES HATI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Diagnosis :</p> <p>Diagnosis hernia inguinalis dibuat berdasarkan riwayat dan penemuan benjolan yang reducible di lipat paha.</p> <p><b>Pasca Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi hemodamik</li> <li>• Cek darah rutin tiap 8 – 12 jam, koreksi Hb bila &lt; 10 mg/dl</li> <li>• Berikan analgesik untuk mengurangi nyeri pasca tindakan bila diperlukan</li> <li>• Antibiotik spektrum luas tetap dilanjutkan sampai hasil kultur pus dan/ atau kultur darah keluar</li> <li>• Apabila demam persisten hingga 3 hari pasca tindakan, dan ukuran rongga abses tidak berkurang, rencanakan untuk tindakan yang kedua kalinya, Lama tindakan kira-kira 15-30 menit.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam, Departemen Patologi anatomi, Departemen bedah		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>ULTRASONOGRAFI ABDOMEN ATAS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan pemeriksaan abdomen atas dengan menggunakan alat ultrasonografi yang memakai prinsip gelombang sura dengan frekuensi tinggi yaitu 1-10 MHz (biasanya digunakan 3,5-5 MHz). Pemeriksaan abdomen atas meliputi hati, kandung empedu, saluran empedu, pankreas, limpa		
<b>TUJUAN</b>	Mengevaluasi ukuran, bentuk, letak, struktur, serta kelainan pada organ di dalam abdomen atas		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no .56/ RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <p><b>Persiapan</b>  <b>Persiapan alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesin ultrasonografi dengan <i>color flow and doppler</i></li> <li>• <i>Low-frequency (2-5 MHz) cervilinear transducer</i></li> <li>• Gel</li> <li>• Sarung tangan</li> <li>• Kain penutup yang sesuai untuk tindakan ultrasonografi</li> </ul> <p><b>Persiapan pasien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ultrasonografi hati : tidak perlu persiapan</li> <li>• Ultrasonografi kandung empedu, saluran empedu, pankreas : puasa minimal 6 jam sebelum pemeriksaan</li> <li>• Bila pada pemeriksaan terhalangan dengan gas pencernaan : pasien minum air ± 750 cc untuk menghilangkan gas pencernaan</li> <li>• Ultrasonografi limpa : tidak perlu persiapan</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ULTRASONOGRAFI ABDOMEN ATAS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <p><b>Ultrasonografi hati, kandung empedu, saluran empedu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irisan yang penting dalam penilaian yaitu longitudinal, transversal, dan subkostal</li> <li>• Posisi penderita umumnya berbaring terlentang atau miring (<i>left lateral decubitus</i>) sambil menahan napas dalam bila diperlukan</li> </ul> <p><b>Prinsip dalam melakukan ultrasonografi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemeriksaan dilakukan secara sistematis</li> <li>• Pemeriksaan setiap organ dilakukan minimal pada dua posisi untuk mengurangi risiko hilangnya kelainan yang dapat ditemukan dan membedakan artefak dari kelainan yang sesungguhnya</li> <li>• Jika memungkinkan, pemeriksaan dilakukan pada dua posisi pasien, dari berbagai sudut berbeda</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>ULTRASONOGRAFI SALURAN KEMIH</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip.19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Pemeriksaan ginjal dengan ultrasonografi (USG), yang merupakan gelombang suara dengan frekuensi lebih tinggi dari pada kemampuan pendengaran telinga manusia yaitu frekuensi 1-10 MHz.		
<b>TUJUAN</b>	Mengetahui ukuran, bentuk, letak, struktur, serta adanya kelainan di ginjal.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.56/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  <b>Persiapan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bahan dan alat : alat <i>ultrasound</i></li> <li>• Pasien : tidak diperlukan persiapan khusus</li> </ul> <b>Pelaksanaan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika untuk menentukan massa dalam ginjal, fokus transduser yang digunakan sekitar 2,5-3,5 Mhz cukup memadai. Pada orang kurus atau anak digunakan transduser 5 MHz, sedangkan pada orang gemuk sekali 1,5-2 MHz</li> <li>• Membandingkan hasil pemeriksaan ginjal kiri dan ginjal kanan</li> </ul> <b>A. Ginjal kiri</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita berbaring miring kekanan (RLD)             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posisi paling baik untuk melihat ginjal kiri</li> <li>• Penampang melintang ginjal dapat dilihat dengan meletakkan transduser di sela iga, dalam keadaan ekspirasi</li> <li>• Penampang koronal dapat diperiksa dengan meletakkan transduser sejajar garis aksiler, melalui daerah pinggang dibawah lengkung iga kiri, pada inspirasi dalam</li> </ul> </li> <li>2. Penderita berbaring telungkup             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sambil menahan napas, ginjal dapat diperiksa dalam penampang membujur atau melintang dengan meletakkan transduser di sebelah kiri lateran garis tengah.</li> </ul> </li> </ol> <b>B. Ginjal Kanan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita berbaring terlentang</li> </ol>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>ULTRASONOGRAFI SALURAN KEMIH</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien diminta menahan napas pada inspirasi dalam untuk membebaskan hati dan menampakkan ginjal lebih kebawah</li> <li>• Ginjal dapat diperiksa dalam penampang membujur dan melintang, dengan mengatur letak transduser</li> <li>• Miring kebawah lengkung iga kanan, sejajar atau tegak lurus terhadap sumbu ginjal dan</li> <li>• Menggunakan hati sebagai jendela akustik</li> <li>• Pemeriksaan dimulai dari bagian medial samapi ke lateral secara teratur berjarak 1-2 cm</li> <li>• Posisi ini paling baik untuk menilai parenkim ginjal</li> </ul> <p><b>2. Penderita berbaring miring kekiri (LLD)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada keadaan ekspirasi: penampang melintang ginjal dapat diperiksa melalui sela iga sepanjang garis mid-aksiler</li> <li>• Pada inspirasi dalam: penampang koronal dapat diperiksa dengan meletakkan transduser sejajar garis mid-eksiler mulai daerah pinggang di bawah lengkung iga kanan</li> <li>• Pemeriksaan dapat dilakukan dari permukaan posterior sampai anterior</li> <li>• Posisi ini membantu melihat <i>morrison's pouch</i> dan lesi yang tidak tergambar pada posisi lain</li> </ul> <p><b>3. Penderita berbaring telungkup</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sambil menahan napas, ginjal dapat diperiksa dalam penampang membujur atau melintang dengan meletakkan transduser di sebelah kanan lateran garis tengah dan diatur sejajr atau tegak lurus sumbu ginjal</li> <li>• Pemeriksaan dapat dilakukan dari bagian superior ke inferior, dari lateral maupun medial</li> </ul> <p><b>Hasil Pemeriksaan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ukuran ginjal: panjang ginjal kanan 8-14 cm, ginjal kiri 7-12 cm : diameter anteropostereor 4cm, diameter melintang 5 cm</li> <li>2. Gambaran kapsul ginjal : lemakn perirenal tampak sebagai lapisan berdensitas eko tinggi mengelilingi sisi luar ginjal</li> <li>3. Gambaran parenkim ginjal :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Eko parenkim ginjal lebih rendah dibandingkan eko sinus ginjal</li> <li>b. Medula dan korteksdapat jelas dibedakan</li> </ol> </li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ULTRASONOGRAFI SALURAN KEMIH</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>c. Pada keadaan normal, eko korteks lebih tinggi daripada ekomedula (relatif lebih sonolusen)</p> <p>d. Tebal parenkim ginjal dibagian tengah 1-2 cm dan dibagian kutub 2-3 cm</p> <p>e. Tebal parenkim ginjal : tebal sinus = 1:2</p> <p>f. Piramida medula berisi cairan sehingga lebih hipoekoik, berbentuk segitiga denga basis di korteks dan apeksnya di sinus</p> <p>4. Gambaran sinus ginjal : hiperekoik dibagian tengah ginjal karena terdiri atas lemak di sekitar pelvis, infudibulum, dan kalises</p> <p>5. Gambaran pembuluh darah ginjal : hiperekoik</p> <p>6. Hasil pemeriksaan yang menyeryupai baru pada ginjal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gas dalam ginjal</li> <li>• Kalsifikasi arteri ginjal</li> <li>• Kalsifikasi papilla</li> <li>• Kalsifikasi tumor sel transisional</li> <li>• Alkaline-enscrusted pyelitis</li> <li>• <i>Encrusted calcification of ureteric stant</i></li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam, Bagian Bedah		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>FLEBOTOMI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Flebotomi adalah prosedur medis dimana dilakukan pengambilan atau mengumpulkan darah untuk tujuan terapi		
<b>TUJUAN</b>	Terapi polistemia vera, <i>hemochromatosis</i>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.56/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  <b>Persiapan Bahan dan alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensimeter dan stetoskop untuk memantau status hemodinamik sebelum, selama dan sesudah tindakan, serta untuk membendung vena pada vena seksi</li> <li>• Tempat tidur untuk membaringkan pasien</li> <li>• Set donor</li> <li>• Botol (<i>plaboof</i>) atau kantong penampung darah dengan skala volume.</li> <li>• Set infus/kateter intravena dan cairan plasma atau dekstran (sebagai persiapan) terutama pada pasien diatas usia 65 tahun atau adanya penyakit/ penyulit kardiovaskular atau gejala-gejala hiperviskositas</li> <li>• Perangkat standar antiseptik antara lain <i>gauge</i> steril, <i>povidon iodine</i>, alkohol dan plester</li> </ul>		

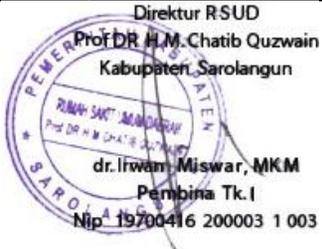
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b>	<b>FLEBOTOMI</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Informed consent</i></li> <li>• Pasien diminta untuk buang air besar atau kecil sebelum tindakan</li> <li>• Pasien diminta dalam posisi berbaring, kemudian lakukan evaluasi status hemodinamik</li> <li>• Bila status hemodinamik stabil, pasien berbaring ditempat tidur</li> <li>• Dilakukan tindakan aseptis dan antisepsis pada lengan daerah flebotomi/tindakan yang dilanjutkan dengan pembendungan vena dengan tensimeter tekanan 60 mmHg (atau diantara sistolik dan diastolik)</li> <li>• Pada orang tua diatas 65 tahun atau pasien dengan kecendrungan penyakit kardiovaskular, di sisi lengan yang satunya dipasang infus set dengan cairan kristaloid atau pengganti plasma (<i>plasma expander</i>) yang dimulai secara bersamaan dengan tindakan flebotomi dengan jumlah yang sama seperti darah yang dikeluarkan.</li> <li>• Kebanyakan pasien dapat menerima pengeluaran darah sebanyak 3 unit (kira-kira 450-600 cc) per minggu, bahkan ada yang melakukan sebanyak 500 cc dengan interval 1-3 hari. Untuk usia lanjut dan pasien dengan penyakit kardiovaskular dianjurkan sekitar 200-300 cc</li> </ul> <p>Setelah tercapai target pengobatan yaitu hematokrit antara 40-45%, maka kekerapan flebotomi biasanya dapat diturunkan antara 1 atau 2 kali tiap 3-4 bulan tergantung evaluasi rutin yaitu nilai hematokrit atau serum feritin dalam batas normal rendah 10-40 ug/ml untuk pasien-pasien dengan hemokromatosis</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam,		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>TRANSFUSI DARAH</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip.19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Transfusi darah adalah tindakan memasukkan sel komponen darah ke dalam tubuh melalui vena		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan kebutuhan komponen darah sesuai indikasi		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.56/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <p><b>Persiapan</b>  <b>Bahan dan alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk transfusi darah lengkap, darah merah pekat, darah merah cuci, plasma beku dan kriopresipitat, gunakan set transfusi khusus dengan penyaring/filter atau <i>blood set</i></li> <li>• Untuk transfusi trombosit konsentrat atau trombosit aferesis, gunakan infus set khusus untuk transfusi trombosit</li> <li>• Hanya infus NaCL 0,9% yang diizinkan untuk diberikan bersama darah/komponen darah</li> <li>• Bila tersedia, dapat digunakan alat pemompa darah elektrolit untuk transfusi darah</li> </ul> <p><b>Prosedur Tindakan</b>  <b>Permintaan Darah atau Komponen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulir permintaan darah diisi lengkap, termasuk golongan darah ABO-Rh yang selama ini diketahui, nama pasien dan nama orang tua atau suami, reaksi transfusi yang pernah dialami, indikasi dan lain-lain</li> <li>• Formulir tersebut ditanda tangani oleh dokter yang meminta, sedangkan perawat ruangan menilai ulang kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir tersebut</li> <li>• Perawat mengambil sampel darah minimal 2 cc, paling baik 5 cc. Pada sampel darah ini harus ditempelkan label yang kuat bertulisan nama lengkap (sesuai formulir), jenis kelamin, umur, nomor rekam medik, tanggal pengambilan dan ruang perawatan</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>TRANSFUSI DARAH</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Pemberian transfusi darah atau komponen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi secara benar dan cermat bahwa nama pasien dan data lainnya cocok dengan label pada darah/ komponen darah yang akan diberikan, begitu juga kebenaran indikasi transfusi pada pasien ini</li> <li>• Pada saat dimulai pemberian transfusi, pasien harus diawasi selama 5-10 menit pertama, kemudian diawasi secara periodik sampai tindakan transfusi selesai.</li> <li>• Dokter harus berada di area yang terjangkau (di RS) selama pemberian transfusi, sehingga bila timbul keadaan darurat dapat segera hadir menanganinya</li> <li>• Bila alatnya tersedia, darah/komponen darah dihangatkan dulu dengan alat <i>blood warmer</i>, terutama pada kasus-kasus khusus antara lain pasien dewasa yang menerima transfusi cepat dan berulang (&gt;50 cc/kg/jam), <i>exchange transfusion</i> pada bayi, anak-anak yang menerima transfusi dengan volume besar (&gt;15ml/kg/jam) dan infus cepat melalui kateter vena sentral</li> <li>• Pada orang dewasa kecepatan transfusi darah/komponen jangan melebihi 100ml/menit, karena berkaitan dengan risiko tinggi henti jantung jangan menyimpan darah pada suhu kamar lebih lama</li> <li>• Bila kondisi klinik memerlukan waktu transfusi lebih dari 4 jam, darah/komponen harus dicicil pengambilannya, sisanya disimpan di bank darah rumah sakit sampai saat yang diperlukan</li> <li>• Jangan menambah obat-obat ke dalam darah/komponen. Juga jangan memberikan obat suntik bersamaan dengan pelaksanaan transfusi darah.</li> </ul> <p>Lama tindakan tergantung jenis banyaknya komponen darah yang ditransfusikan, lama pembedahan <i>packed red cell</i> adalah maksimal 4jam/unit.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bank Darah		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>FUNGSI CAIRAN PLEURA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip.19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Fungsi cairan pleura (torakosintesis) adalah tindakan aspirasi cairan pleura dari rongga pleura dengan jarum per kutan		
<b>TUJUAN</b>	Diagnostik, terapeutik dan atau drainase dari cairan pleura		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.56/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  <b>Persiapan</b> 1. Menerangkan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga, indikasi, dan komplikasi yang mungkin timbul, serta kemungkinan yang akan terjadi bila tidak dilakukan prosedur tersebut 2. Setelah mengerti dan setuju, pasien dan keluarga mengisi dan menandatangani surat izin tindakan 3. Pemeriksaan hemodinamik (tekanan darah), nadi, frekuensi pernapasan, suhu) 4. Menentukan lokasi cairan pleura dengan klinis dan radiologis. Efusi pleura yang sedikit diperiksa foto toraks lateral dekubitus, bila mungkin dengan ultrasonografi yang lebih baik membedakan cairan yang mengambang bebas dan terlokulasi 5. Menyediakan alat dan bahan yang diperlukan : Lidocain 2% ampul (4 ampul), spuit (5 ml, 20ml, 50 ml), <i>Abocath</i> no 16G/ no 14G, <i>three way</i> , dan <i>blood set</i>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b>	<b>FUNGSI CAIRAN PLEURA</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien berada dalam posisi duduk tegak, kedua lengan ke depan, sebaiknya kepala dan kedua lengan ditopang meja</li> <li>2. Lokasi yang akan dipungsi diperiksa ulang dan diberi tanda dengan pen. Lokasi harus bebas dari penyakit lokal. Untuk efusi yang besar, lokasi pungsi ialah di satu iga dibawah atas perkusi pekak, di line akselaris posterior atau media. Pendapat lain ialah disela iga VI atau VII linea aksilaris posterior atau media. Pada efusi yang kecil, sebaiknya dengan dibimbing USG</li> <li>3. Menggunakan sarung tangan steril</li> <li>4. A dan antisepsis daerah kulit diatas efusi pleura</li> <li>5. Bila aspirasi diagnostik hanya akan mengambil sedikit cairan, anestesi lokal umumnya tidak diperlukan. Pada pasien yang tidak gemuk, digunakan jarum untuk pungsi vena ukuran 21-G dengan <i>syringe</i> 50 ml</li> <li>6. Jarum ditusukkan tegak lurus terhadap dinding dada, sedikit superior dari tepi atas tulang iga (= di bagian bawah ruang sela iga) untuk menghindari berkas neurovaskular. Seraya menusukkan jarum, dilakukan penghisapan dengan syringe sampai cairan pleura teraspirasi. Lalu ujung jarum diarahkan ke inferior</li> <li>7. Bila volume cairan lebih besar akan dikeluarkan, digunakan anestesi lokal (Lidocain 2% 2-4 ml), <i>three way tap</i>, dan kanul intravena (<i>Abocath</i>) 16-G</li> <li>8. Luka bekas pungsi ditutup kassa steril yang ditetesi iodium povidone (betadine).</li> <li>9. contoh cairan dikirim untuk pemeriksaan analisis cairan pleura, sitologi, mikrobiologi sesuai indikasi</li> <li>10.hemodinamik dimonitor sesuai dengan banyaknya cairan yang diambil dan reaksi tubuh pasien terhadap prosedur</li> </ol> <p>lama tindakan tergantung tujuan dan volume cairan :  untuk diagnostik : 5 menit, terapeutik : 15-60 menit</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam, pulmonologi, bagian radiologi, bedah		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>ASPIRASI CAIRAN SENDI/ ARTROSENTESIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Aspirasi cairan sendi/ artrosentesis merupakan tindakan yang sering dilakukan di bidang reumatologi. Tindakan aspirasi dan analisis cairan sendi sangat penting artinya dalam diagnosis dan tata laksana beberapa penyakit sendi seperti artritis septik dan artritis gout dan pseudo gout. Sendi-sendi tertentu seperti sendi lutut, lebih sering mengalami efusi dari pada sendi lainnya		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tujuan diagnostik dengan analisa cairan sendi</li> <li>➤ Tujuan terapeutik dengan <i>tping</i> semaksimal mungkin</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Berdasarkan SK Direktur no.56/RSUD/2016		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <p><b>Persiapan</b> <b>Bahan dan alat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S spuit sesuai keperluan</li> <li>• Jarum spuit (contoh no.25-0 G untuk sendi kecil; no.21 g untuk sendi lain (seperti lutut, pergelangan kaki/tanganj, bahu); no.15-18 G bila efusi yang padat/pus; atau jarum spinal 21 G bila pasien gemuk</li> <li>• Desinfektan iodine (betadine), alkohol</li> <li>• Kassa steril</li> <li>• Anestesi lokal (lidocain injeksi atau spray etil klorida)</li> <li>• Sarung tangan</li> <li>• Pulpen (atau alat penanda lain)</li> <li>• Plester</li> <li>• Tempat menampung aspirat untuk pemeriksaan cairan sendi lebih lanjut</li> <li>• Lain-lain sesuai kebutuhan, seperti media kultur</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ASPIRASI CAIRAN SENDI/ ARTROSENTESIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <p><b>Umum</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persetujuan terhadap tindakan (<i>informed consent</i>)</li> <li>2. Sebelum melakukan aspirasi cairan sendi; lakukan pemeriksaan fisik sendi dan bila perlu, periksa foto sendi yang akan dilakukan aspirasi. Pemeriksaan harus menguasai anatomi regional sendi yang akan diaspirasi untuk menghindari kerusakan struktur-struktur vital seperti pembuluh darah dan saraf. Hati-hati jangan sampai mencongkel rawan sendi karena tidak dapat sembuh dengan sendirinya.</li> <li>3. Sebaiknya lakukan teknik yang steril untuk menghindari terjadinya artritis septik. Untuk desinfeksi, perlu menggunakan iodine dan alkohol, dokter harus memakai sarung tangan untuk menghindari kontak dengan darah dan cairan sendi.</li> <li>4. Untuk mengurangi nyeri dapat menggunakan semprotan etilklorida atau prokain/ lidocain injeksi. Bila diperlukan dapat menggunakan anestesi lokal intrakutan, dilanjutkan ke subkutan, tunggu sampai efek anestesi muncul</li> <li>5. Jarum diarahkan ke kapsul sendi dengan hati-hati, tanpa menusuk jaringan periosteum karena akan menimbulkan nyeri</li> <li>6. Selama melakukan prosedur aspirasi, pemeriksaan harus mengingatkan pasien untuk selalu rileks dan tidak banyak menggerakkan sendi. Bila cairan sendi sangat kental atau <i>loculated</i>, maka aspirasi cukup sulit dilakukan.</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ASPIRASI CAIRAN SENDI/ ARTROSENTESIS</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Khusus</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sendi lutut, pada efusi banyak, tusukan dari lateral secara langsung pada tengah-tengah tonjolan supra patella lebih mudah dan lebih enak untuk pasien. Tonjolan pada kantung supra patella ini dapat diperjelas dengan menekan ke lateral dari bagian medial. Dengan ujung pulpen dilakukan pemberian tanda pada daerah target yaitu lebih kurang pada tepi atas patella. Tanda ini akan masih tetap terlihat dalam waktu yang cukup untuk melakukan desinfeksi, anestesi dan artrosentesis. Pada efusi sendi yang sedikit, lebih baik dilakukan tusukan dari medial di bawah titik tengah patella</li> <li>2. Bahu : pasien diminta dalam posisi duduk, kemudian lakukan palpasi pada tonjolan tersebut akan didapatkan sendi glenohumeral. Pada lokasi tersebut tusukan jarum lurus ke arah posterior menuju ruang sendi.</li> <li>3. Metatarsofalangeal, untuk mengidentifikasi garis sendi ini, pemeriksaan dapat melakukan fleksi dan ekstensi sendi. Untuk mempermudah masuk kedalam sendi ini dilakukan tarikan dan plantar fleksi 30 derajat. Tusukan jarum pada garis sendi pada posisi 90 derajat</li> <li>4. Pergelangan tangan, sendi pergelangan tangan terletak di antara prosesus stiloideus radius dan ulna. Ruang sendi ini dapat dicapai melalui salah satu sisi pada bagian dorsal yaitu sedikit di sebelah distal radius atau sedikit distal ulna.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>ULTRASONOGRAFI TORAKS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip.19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan prosedur pemeriksaan rongga toraks menggunakan alat ultrasonografi yang memakai prinsip gelombang suara dengan frekuensi tinggi		
<b>TUJUAN</b>	Mengetahui struktur dan organ didalam rongga dada, seperti paru-paru, mediastinum (termasuk organ didalamnya yaitu jantung, aorta, trakea, esofagus, timus, dan kelenjar getah bening), dan rongga pleura		
<b>KEBIJAKAN</b>	Apendisitis kronis		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  <b>Persiapan Pasien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjelasan prosedur kepada pasien</li> <li>• Jika akan dilakukan torakosentesis atau tindakan invasif lain diperlukan <i>infrom consent</i> dan pemeriksaan fungsi pembekuan darah</li> </ul> <b>Alat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesin ultrasonografi dengan <i>color flow doppler</i> dan <i>power doppler</i></li> <li>• <i>Low-frequency (2-5 MHz) curvilinear transducer</i></li> <li>• Gel (jelly)</li> <li>• Sarung tangan</li> <li>• Kain penutup yang sesuai untuk tindakan ultrasonografi</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ULTRASONOGRAFI TORAKS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Prosedur Tindakan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persiapkan alat</li> <li>• Posisi pasien : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Posisi berdasarkan tindakan yang dilakukan</li> <li>➢ Jika ingin mendeteksi cairan pleura, pasien diposisikan duduk dengan lengan diluruskan dan penumpu pada permukaan yang letaknya dibawah bahu</li> <li>➢ Jika ingin mendeteksi adanya pneumotoraks, pasien diposisikan tidur terlentang dengan kepala sedikit ditinggikan</li> <li>➢ Jika diperlukan lengan dapat dinaikkan melewati kepala untuk melebarkan ruang interkostal</li> <li>➢ Jika pasien tidak dapat digerakkan secara bebas, untuk mempermudah pemeriksaan, lengan pada sisi yangt diperiksa disilangkan didepan dada menuju sisi berlawanan</li> </ul> </li> <li>• Transduser diletakkan di antara tulang iga (ruang interkostal) lalu digerakkan secara perlahan pada arah longitudinal atau transversal untuk mendapatkan gambaran yang jelas</li> <li>• Indikator probe selalu mengarah ke atas atau kanan</li> <li>• Pasca dan lama tindakan</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian penyakit dalam,		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PENGUNAAN ALAT SINGLE USE – RE USE**

No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
----------------------------------	------------	----------------

**SPO**

Tanggal Terbit  
Januari 2016

Direktur RSUD  
Prof DR H.M.Chatib Quzwain  
Kabupaten Sarolangun  
  
dr. Irwan Miswar, MKM  
Pembina Tk. I  
Nip 19700416 200003 1 003

**PENGERTIAN**

**Alat Single Use adalah** alat medis disposable yang dinyatakan oleh pabrik untuk penggunaan sekali pakai.  
**Alat Re Usable adalah** alat medis yang oleh rekomendasi pabrik dapat digunakan kembali.  
**Alat single use - re use adalah** alat medis single use yang akan digunakan kembali oleh karena pertimbangan pengadaan sulit di dapat dan harga yang mahal yang diatur dalam kebijakan.

**TUJUAN**

Mengatur penggunaan alat single use yang akan digunakan kembali dengan tetap memperhatikan keamanan pasien

**KEBIJAKAN**

Alat single use – re use harus memperhatikan syarat – syarat yang direkomendasikan yaitu kondisi alat masih baik, tidak rusak, tidak cacat, mudah di gunakan kembali.

**PROSEDUR KERJA**

**1. Daftar Alat Medis Single Use - Re Use :**

No	Nama Alat	Ruang	Penggunaan
1	2	4	5
1	Acromionizer Pul Radius Incisor (Shaver)	IKO	1 (satu) kali re use
2	Super Turbovac 90 (Arthrocare)	IKO	1 (satu) kali re use
3	Aortic Root	IKO	3 (tiga) kali re use
4	Venous Canule	IKO	3 (tiga) kali re use
5	Aortic Canule	IKO	3 (tiga) kali re use
6	Aortic Punch	IKO	3 (tiga) kali re use
7	Dialyser	Hemodialise	7 (tujuh) kali re use
8	Biopsi Forcep EGI	Poliklinik Penyakit Dalam	7 (tujuh) kali re use
9	Spuit BMP	Hematologi	7 (tujuh) kali re use
10	Spuit Biopsy Sumsum Tulang	Hematologi	7 (tujuh) kali re use
11	Biopsi Forcep/Alligator Bronchoscopy	Poliklinik Paru	7 (tujuh) kali re use
12	Aspiration Biopsi Sheet Bronchoscopy	Poliklinik Paru	7 (tujuh) kali re use
13	Cytology Brushes Bronchoscopy	Poliklinik Paru	7 (tujuh) kali re use

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	PENGUNAAN ALAT SINGLE USE – RE USE		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
	<p><b>2. Prosedur sterilisasi Alat Single Use – Re use :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Alat single use yang akan digunakan kembali harus di nilai oleh user (operator), apakah masih memenuhi syarat, tidak berubah bentuk, tidak berubah warna, tidak cacat dan mudah di gunakan kembali.</li> <li>b. Proses dekontaminasi, pembersihan, pengemasan, pelabelan sesuai SPO yang berlaku.</li> <li>c. Dalam kemasan harus dicantumkan catatan penggunaan alat yang berisi : kode, nama alat, nama penilai, tanggal sterilisasi, penggunaan, nama dan tanda tangan petugas yang melakukan sterilisasi.</li> <li>d. Alat single use – reuseable harus disimpan dalam tempat tersendiri.</li> <li>e. Dilakukan pencatatan untuk evaluasi.</li> </ul>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instalasi Rawat Inap.</li> <li>2. Instalasi Rawat Jalan.</li> <li>3. Instalasi Gawat Darurat.</li> <li>4. Instalasi Kamar Operasi.</li> <li>5. Komite PPIRS.</li> </ol>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENATALAKSANAAN PASIEN MENGGUNAKAN ALAT PENGIKAT</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Adalah suatu tata cara/ mekanisme standar untuk memasang alat atau tindakan pelindung untuk membatasi klien dari gerakan, aktifitas fisik klien atau bagian tubuh klien.		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai acuan penerapan langkah – langkah untuk membatasi kebebasan pergerakan/ mobilitas pasien dari cedera dengan cara pengikatan.</li> <li>2. Membantu pasien mengontrol perilakunya.</li> <li>3. Pasien dapat kooperatif pada saat dilakukan pengobatan.</li> <li>4. Keamanan lingkungan dan petugas tidak terganggu.</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RS.). Tentang kebijakan pelayanan RS		
<b>PROSEDUR</b>	<p><b><u>Persiapan:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Alat pelindung diri (masker,kacamata safety,hand scoen,scort</li> <li>b. Manset/tali pengikat</li> <li>c. Selimut/alas tempat tidur</li> <li>d. Perlak</li> <li>e. Sabuk pengaman</li> </ol> </li> <li>2. Obat. Obat-obat sesuai program (obat psikotropik)</li> <li>3. Pasien. Keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>4. Lingkungan. Tenang dan aman</li> <li>5. Petugas. Petugas lebih dari 2 orang.</li> </ol> <p><b><u>Pelaksanaan :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan (sesuai SPO)</li> <li>2. Identifikasi pasien (sesuai SPO)</li> <li>3. Pakai alat pelindung diri (masker,kacamata safety, handscoen,scort)</li> <li>4. Usakan agar pasien dapat terlentang di tempat tidur.</li> <li>5. Petugas I memegang tangan kanan pasien,petugas II memegang tangan kiri pasien,Petugas III memegang kaki kanan,petugas IV memegang kaki kiri.</li> <li>6. Pasang manset pada tangan dan kaki kemudian diikatkan pada tempat tidur.</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENATALAKSANAAN PASIEN MENGGUNAKAN ALAT PENGIKAT</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
	<p>7. Pasang selimut.</p> <p>8. Ukur tekanan darah sebelum dan sesudah pemberian obat trankuiliser sesuai program.</p> <p>9. Observasi pemberian obat dan pengikatan.</p> <p>10. Catat seluruh tindakan.</p> <p><b><u>Hal-hal yang perlu diperhatikan :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari adanya perlukaan akibat pengikatan</li> <li>2. Pengikatan tidak boleh terlalu ketat atau longgar dan periksa kembali setiap setengah jam</li> <li>3. Hindari bahaya jatuh</li> <li>4. Observasi emosi pasien</li> <li>5. Pengikatan segera dibuka jika pasien sudah mengendalikan diri</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IRI</li> <li>2. IGD</li> <li>3. IRJA</li> <li>4. OK</li> <li>5. Instalasi Rawat Inap</li> </ol>		

 <b>RSUD          PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR PERSIAPAN TINDAKAN OPERASI</b>		
	No. Dokumen SPO/..... /RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan dengan melakukan persiapan sebelum operasi		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan persiapan sebelum operasi pada pasien rawat inap ataupun rawat darurat secara efektif maupun darurat sesuai dengan indikasi untuk melakukan Tindakan operasi		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong, alat dan pasien (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan)		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan  1. Pemeriksaan laboratorium lengkap 2. Persiapan alat, obat dan darah 3. Konsultasi antar departemen 4. Persiapan operasi * Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat) * Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin  Administrasi : Infomed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)  Penjadwalan operasi		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR PERSIAPAN TINDAKAN OPERASI

No. Dokumen  
SPO/.....  
/RSUD-SRL

No.  
Revisi

Halaman  
2/2

### **INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anasthesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI SALFINGO-OOVEROKTOMI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p>Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p>dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding uterus untuk mengeluarkan ovarium		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan Tindakan pembedahan salfingo ooveroktomi pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat sesuai dengan indikasi untuk mengeluarkan ovarium		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun Tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan)		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anastesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1-1 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan keruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anastesi dan dokter pembedah</li> </ol> <p>Kebutuhan Personel :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgyn</li> <li>2. 1 orang dokter anastesi</li> </ol>		

 <b>RSUD          PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI          SALFINGO-OOVEROKTOMI</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>3. 1 orang penata anasthesi          4. 1 orang penata instrument          5. 1 orang pembantu ruang operasi</p> <p>Administrasi :</p> <p style="padding-left: 40px;">Infomed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</p> <p>Obat dan alat habis pakai :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat-obat anasthesi umum</li> <li>2. Oksigen</li> <li>3. Darah 600 ml</li> <li>4. Cairan infuse :             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Dektrose 5% kolf</li> <li>* Assering 2 kolf</li> <li>* Ringer laktat 2 kolf</li> <li>* NaCL 0,9% kolf</li> </ul> </li> <li>5. Alat infuse set</li> <li>6. Jarun infuse Venocat no. 21</li> <li>7. Alat Suntik             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 10 cc (3)</li> <li>* 5 cc (3)</li> <li>* 3 cc (3)</li> </ul> </li> <li>8. Kateter dan kantong urine</li> <li>9. Obat anti septic (popidone/iodine) Benang jahit :             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Chomic catgut 3 pcs</li> <li>* Plain catgut 3 pcs</li> <li>* Vicril 2 pcs</li> </ul> </li> <li>10. Sarung tangan steril 5 pasang</li> <li>11. Kassa</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR TINDAKAN OPERASI  
SALFINGO-OOVEROKTOMI**

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/3

**INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anasthesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI HISTEREKTOMI TOTALIS</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding uterus untuk mengeluarkan uterus sampai portio		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan pembedahan histerektomi pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat secara efektif maupun darurat sesuai dengan indikasi untuk mengeluarkan uterus dan portio		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun Tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan histerektomi totalis dikerjakan dengan indikasi dengan mengangkat seluruh uterus dan portio (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum dan sesudah melakukan prosedur lakukan langkah kebersihan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan keteter dikamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 2-2 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat diruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan keruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		

 <p><b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI HISTEREKTOMI TOTALIS</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Kebutuhan Personel :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin</li> <li>2. 1 orang dokter anasthesi</li> <li>3. 1 orang penata anasthesi</li> <li>4. 1 orang penata instrument</li> <li>5. 1 orang pembantu ruang operasi</li> </ol> <p><b>Administrasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infomed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</li> </ul> <p><b>Obat dan alat habis pakai :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat-obat anasthesi umum</li> <li>2. Oksigen</li> <li>3. Darah 600 ml</li> <li>4. Cairan infuse <ul style="list-style-type: none"> <li>* Dektrose 5% kolf</li> <li>* Assering 2 kolf</li> <li>* Ringer laktat 2 kolf</li> <li>* NaCL 0,9% kolf</li> </ul> </li> <li>5. Alat infuse set</li> <li>6. Jarun infuse Venocat no. 21</li> <li>7. Alat Suntik <ul style="list-style-type: none"> <li>* 10 cc (3)</li> <li>* 5 cc (3)</li> <li>* 3 cc (3)</li> </ul> </li> <li>8. Kateter dan kantong urine</li> <li>9. Obat anti septic (popidone, iodine)</li> <li>10. Benang jahit : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Chomic catgut 3 pcs</li> <li>* Plain catgut 3 pcs</li> <li>* Vicril 2 pcs</li> </ul> </li> <li>11. Sarung tangan steril 5pasang</li> <li>12. Kassa</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR TINDAKAN OPERASI  
HISTEREKTOMI TOTALIS**

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

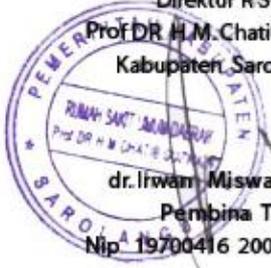
No. Revisi

Halaman

3/3

**INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anastesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI SUBTOTAL HISTEREKTOMI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun   dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding uterus untuk mengeluarkan uterus setinggi itsmus uteri		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan Tindakan pembedahan salpingooverektomi pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat sesuai dengan indikasi untuk mengeluarkan uterus setinggi itsmus uteri (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun Tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan histerektomi totalis dikerjakan dengan indikasi dengan mengangkat seluruh uterus sampai itsmus uteri		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. 1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> 2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan 3. Tindakan anasthesi umum 4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 2–2 ½ jam 5. Selesai pembedahan penderita dirawat diruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan keruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI SUBTOTAL HISTEREKTOMI

No. Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin
2. 1 orang dokter anasthesi
3. 1 orang penata anasthesi
4. 1 orang penata instrument
5. 1 orang pembantu ruang operasi

Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 600 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% kolf
5. Alat infuse set
6. Jarun infuse Venocat no. 21
7. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
8. Kateter dan kantong urine
9. Obat anti septic (popidone, iodine)
10. Benang jahit :
  - \* Chomic catgut 3 pcs
  - \* Plain catgut 3 pcs
  - \* Vicril 2 pcs
11. Sarung tangan steril 5pasang
12. Kassa



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR TINDAKAN OPERASI  
SUBTOTAL HISTEREKTOMI**

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/3

**INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anastesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KURETASE</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/5
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<div style="text-align: right;">         Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun             dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003       </div>	
<b>PENGERTIAN</b>	Serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding kavum uteri dengan melakukan invasi dan memanipulasi instrumen (sendokkuret)kedalamkavumuteri. Sendokkuret akan melepaskan jaringantersebutdenganteknikpengerokansecarasistematis.		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AbortusInkomplitus.</li> <li>- Abortusseptik.</li> </ul> Hati-hatipada:abortusdengancideraintraabdomen, abortus mola, abortusterkomplikasi.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun Tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan kuretase molahidatidosa dikerjakan sesuai indikasi. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>PRAINTERAKSI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sapa dan perkenalkan diri :’ selamat pagi/siang... sayabidan...</li> <li>2. Tanyakan identitas pasien dengan cara berkata ” sesuai dengan stndart prosedur keselamatan pasien kami minta Ibu/Sdri untuk menyebutkan nama dan tanggallahir”</li> <li>3. Berikan penjelasan kepada keluarga atau pasien tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>4. Siapkan ruangan / kamar bayi.</li> <li>5. Siapkan alat.</li> <li>6. Cucitangan.</li> </ol> <p><b>INTERAKSI:</b></p> <p>A. Persiapan sebelum tindakan. Pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipasang infus dan bersihkan perut bagian bawah dan lipat paha dengan air sabun.</li> <li>- Uji fungsi dan kelengkapan peralatan resusitasi kardio pulmoner.</li> </ul>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KURETASE

No. Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/5

### PROSEDUR KERJA

- Siapkan kain alas bokong, sarung kaki dan penutup perut bawah.
- Medikamenta : Analgetika, Sedativa, Sulvas Atropin.
- Larutan antiseptik.
- Oksigen denganregulator.
- Instrumen:
  - Cunamtampon.
  - Tenaculum atau klemovarium.
  - Speculum dan kateterkaret.
  - Sendokkuret.
  - Sondageuterine.
  - Dilatator.
  - Tabung5ml.
- Penolong Bajukamartindakan,masker,topi,alaskakidansar ungtangan steril.
- Instrumen:
  - Penampung darah danjaringan.
  - Mangkoklogam.
  - Lampusorot.

#### B. Pencegahan infeksi sebelum tindakan.

Tindakan:

- Instruksiasistenuntukberikansedatifadananalgetik.
- Lakukankateterisasikandungkemih.
- Lakukan pemeriksaan ulangbimanual.
- Bersihkan dan lakukandekontaminasi.
- Pakaisarungtanganyangsteril.
- Masukkanspekulumsiriseccaravertikaledalamva ginasetelah itudiputarkebawahhinggaposisimenjaditransversal .
- Minta asisten untuk menahan spekulumtersebut.
- Dengansedikitmenarikkebawah,masukkanbela hspekulum ataseccaravertikalemudianputardantarikkeatashi nggajelas terlihatserviks.
- Mintaasistenuntukmemegangspekulumataspadaposisinya.



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KURETASE

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/5

### PROSEDUR KERJA

- Bersihkan jaringan dan darah dalam vagina dan tentukan bagian servik yang akan dijepit (jam 11 dan 13).
- Jepit serviks dan tentukan lokasi yang ditentukan.
- Setelah penjepitan terpasang baik, keluarkan spekulum.
- Lakukan pemeriksaan sondage kavum uteri untuk mengetahui ke dalam dan lengkung uterus.
- Pegang tenakulum dan masukkan abortus tangme lalu serviks dan keluarkan dulu jaringan yang tertahan pada kanalis servikalis (jika ada).
- Pegang gagang sendok kuret dengan ibu jari dan telunjuk, masukkan ujung sendok kuret melalui kanalis servikalis ke dalam uterus hingga menyentuh fundus uteri (untuk mengukur kedalaman).
- Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis dan searah jarum jam hingga bersih.
- Keluarkan semua jaringan dan bersihkan darah yang menggenangi lumen vagina.
  - Dilatator.
  - Tabung 5ml.
- Penolong  
Baju kamartindakan, masker, topi, alaskakidansarung tangan steril.
- Instrumen:
  - Penampung darah dan jaringan.
  - Mangkok logam.
  - Lampu sorot.

#### C. Pencegahan infeksi sebelum tindakan.

Tindakan:

- Instruksikan asisten untuk berikan sedatif dan analgetik.
- Lakukan kateterisasi kandung kemih.
- Lakukan pemeriksaan ulang bimanual.
- Bersihkan dan lakukan dekontaminasi.
- Pakai sarung tangan yang steril.



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## KURETASE

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

4/5

### PROSEDUR KERJA

- Masukkan 15 peculum siris secara 15 peculum kedala mvaginasetelah itudiputar kebawah hingga posisi menjadit transversal .
- Minta asisten untuk menahan 15 peculum tersebut.
- Dengan sedikit menarik kebawah, masukkan belah 15 peculum atas secara 15 peculum kemudian putar dan tarik ke atas hingga jelas terlihat serviks.
- Minta asisten untuk memegang 15 peculum atas pada posisinya.
- Bersihkan jaringan dan darah dalam vagina dan tentukan bagian serviks yang akan dijepit (jam 11 dan 13).
- Jepit serviks dan tekan kumpadan tempat yang ditentukan.
- Setelah penjepitan terpasang baik, keluarkan 15 peculum atas.
- Lakukan pemeriksaan sondage kavum uteri untuk mengetahui ke dalam dan lengkung uterus.

 <p style="text-align: center;"> <b>RSUD</b>  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB</b>  <b>QUZWAIN KABUPATEN</b>  <b>SAROLANGUN</b> </p>	<b>KURETASE</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 5/5
<p style="text-align: center;"><b>PROSEDUR KERJA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegang tenakul dan masukkan abortus yang telah diserviks dan keluarkan dulu jaringan yang tertahan pada kanalis servikalis (jika ada).</li> <li>• Pegang gagang sendok kuret dengan ibu jari dan telunjuk, masukkan ujung sendok kuret melalui kanalis servikalis ke dalam uterus hingga menyentuh fundus uteri (untuk mengukur kedalaman).</li> <li>• Lakukan kerokan dinding uterus secara sistematis dan searah jarum jam hingga bersih.          Keluarkan semua jaringan dan bersihkan darah yang menggenangi lumen vagina.</li> <li>• Lepaskan jepit tenakul pada serviks.</li> <li>• Lepaskan speculum bawah.</li> <li>• Kumpulkan jaringan untuk dikirim ke laboratorium patologi anatomi.</li> </ul> <p>C. Dekontaminasi.          D. Cuci tangan pascatindakan.          E. Perawatan pascatindakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Periksa tanda-tanda vital, bersihkan instrumen dan lakukan segera bila terjadi komplikasi.</li> <li>• Catat kondisi dan buat laporan tindakan.</li> <li>• Buat instruksi pengobatan lanjutan.</li> <li>• Beri tahu pada pasien dan keluarga, tindakan selesai dan pasien masih perlu perawatan.</li> <li>• Jelaskan pada petugas tentang perawatan yang diperlukan dan kondisi yang harus dilaporkan.</li> </ul> <p>Terminasi :          Mencatat tindakan dan hasilnya di rekam medis pasien.</p>		
<p><b>INSTALASI YANG TERKAIT</b></p>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak Dan Instalasi Kamar Operasi.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI FISTULORAFI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: center;">Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: center;">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan penutupan lubang fistel		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan Tindakan pembedahan fistel pada pasien rawat inap secara elektif sesuai dengan indikasi untuk penutupan fistel		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun Tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan repair fistel dikerjakan dengan indikasi dan dilakukan pada waktu yang telah ditentukan (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 2–2 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan ke ruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI FISTULORAFI

No. Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin 1 orang dokter anasthesi
2. 1 orang penata anasthesi
3. 1 orang penata instrument
4. 1 orang pembantu ruang operasi

Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 1.500 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% kolf
5. Alat infuse set
6. Jarun infuse Venocat no. 21
7. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
8. Kateter dan kantong urine
9. Obat anti septic (popidone, iodine)
10. Benang jahit :
  - \* Chomic catgut 3 pcs
  - \* Plain catgut 3 pcs
  - \* Vicril 2 pcs
11. Sarung tangan steril 5 pasang
12. Kassa



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

**PROSEDUR TINDAKAN OPERASI  
FISTULORAFI**

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/3

**INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anastesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI TUBEKTOMI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/4
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding uterus untuk melakukan pengikatan/pemotongan tuba fallopii		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan pembedahan tubektomi (minilaparotomi) pada pasien rawat inap secara elektif sesuai dengan indikasi keluarga berencana		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan tubektomi (minilaparotomi) dilakukan pada waktu yang telah ditentukan (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1–1 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan ke ruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI TUBEKTOMI

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/4

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin
2. 1 orang dokter anasthesi
3. 1 orang penata anasthesi
4. 1 orang penata instrument
5. 1 orang pembantu ruang operasi

Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 1.500 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% kolf
5. Alat infuse set
6. Jarun infuse Venocat no. 21
7. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
8. Kateter dan kantong urine
9. Obat anti septic (popidone, iodine)
10. Benang jahit :
  - \* Chomic catgut 3 pcs
  - \* Plain catgut 3 pcs
  - \* Vicril 2 pcs
11. Sarung tangan steril 5 pasang
12. Kassa



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI TUBEKTOMI

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/4

### **INSTALASI YANG TERKAIT**

1. Departement Obstetric dan Ginekologi
2. Instalasi Bedah Sentral
3. Instalasi Bedah Darurat
4. Departement Ilmu Kesehatan Anak
5. Departement Ilmu Penyakit Dalam
6. Departement Ilmu Patologi Anatomi
7. Departement Anastesi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI LAPARASKOPI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding uterus untuk diagnosa dan terapi		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan pembedahan laparaskopi diagnostik pada pasien-pasien rawat inap secara elektif sesuai dengan indikasi keluarga berencana		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan tubektomi (minilaparotomi) dilakukan pada waktu yang telah ditentukan (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1–1 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat diruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan keruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI LAPARASKOPI

No. Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin
2. 1 orang dokter anasthesi
3. 1 orang penata anasthesi
4. 1 orang penata instrument
5. 1 orang pembantu ruang operasi

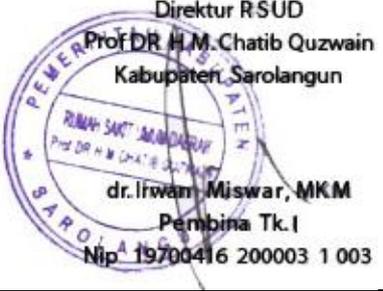
Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 1.500 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% kolf
5. Alat infuse set
6. Jarun infuse Venocat no. 21
7. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
8. Kateter dan kantong urine
9. Obat anti septic (popidone, iodine)
10. Benang jahit :
  - \* Chomic catgut 3 pcs
  - \* Plain catgut 3 pcs
  - \* Vicril 2 pcs
11. Sarung tangan steril 5 pasang
12. Kassa

 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI          LAPARASKOPI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Departement Obstetric dan Ginekologi</li> <li>2. Instalasi Bedah Sentral</li> <li>3. Instalasi Bedah Darurat</li> <li>4. Departement Ilmu Kesehatan Anak</li> <li>5. Departement Ilmu Penyakit Dalam</li> <li>6. Departement Ilmu Patologi Anatomi</li> <li>7. Departement Anasthesi</li> </ol>		

 <p>RSUDPROF.DR.H.M.CHATIB B QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI KISTEKTOMI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding abdomen untuk mengeluarkan kista pada ovarium yang terpuntir		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan pembedahan salpingooferektomi pada pasien-pasien rawat inap secara elektif untuk mengeluarkan ovarium		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. 1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> 2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan 3. Tindakan anasthesi umum 4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1–1 ½ jam 5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan ke ruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATI  
B QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI KISTEKTOMI

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

2/3

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin
2. 1 orang dokter anasthesi
3. 1 orang penata anasthesi
4. 1 orang penata instrument
5. 1 orang pembantu ruang operasi

Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

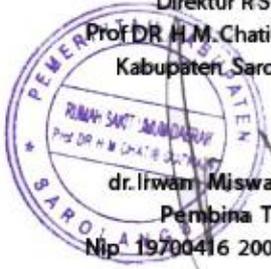
Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 1.500 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% kolf
5. Alat infuse set
6. Jarum infuse Venocat no. 21
7. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
8. Kateter dan kantong urine
9. Obat anti septic (popidone, iodine)
10. Benang jahit :
  - \* Chomic catgut 3 pcs
  - \* Plain catgut 3 pcs
  - \* Vicril 2 pcs
11. Sarung tangan steril 5 pasang
12. Kassa

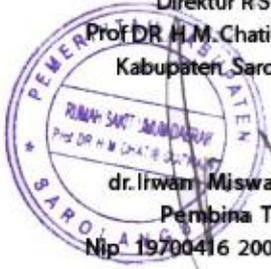
 <p>RSUD  PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI KISTEKTOMI</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  3/3
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Departement Obstetric dan Ginekologi</li> <li>2. Instalasi Bedah Sentral</li> <li>3. Instalasi Bedah Darurat</li> <li>4. Departement Ilmu Kesehatan Anak</li> <li>5. Departement Ilmu Penyakit Dalam</li> <li>6. Departement Ilmu Patologi Anatomi</li> <li>7. Departement Anastesi</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR PERAWATAN TINDAKAN OPERASI OBSTETRI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof. DR. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun   dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan dengan melakukan perawatan pasien dengan tindakan operasi obstetric		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan perawatan setelah operasi obstetri pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat secara elektif maupun darurat sesuai dengan indikasi obstetric		
<b>KEBIJAKAN</b>	Tindakan perawatan yang diberikan setelah operasi merupakan suatu rangkaian penting dalam perawatan pasien-pasien dibidang obstetric terutama yang telah dilakukan operasi. Tujuan utama perawatan post operasi adalah membuat kondisi pasien stabil dalam pemulihan (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. 1. Persiapan operasi * Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat) * Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin 2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan 3. Tindakan anasthesi umum 4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1–1 ½ jam 5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan ke ruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah		

 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR PERAWATAN TINDAKAN OPERASI          OBSTETRI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Kebutuhan Personel :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin</li> <li>2. 1 orang dokter anasthesi</li> <li>3. 1 orang penata anasthesi</li> <li>4. 1 orang penata instrument</li> <li>5. 1 orang pembantu ruang operasi</li> </ol> <p>Administrasi :</p> <p style="padding-left: 40px;">Informed Consent (Dokter Memberikan Informasi Kepada Pasien Dan Pasien Mengetahui Dan Menyetujui Tindakan Yang Akan Dilakukan Pada Dirinya Baik Secara Lisan Maupun Tertulis)</p> <p>Sarana :</p> <p style="padding-left: 40px;">Ruang perawatan obstetric          Ruang ICU/ICCU</p> <p>Obat dan alat habis pakai :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat-obat perawatan luka operasi</li> <li>2. Sarung tangan steril 4 pasang</li> <li>3. Betadine</li> <li>4. Kassa</li> </ol> <p>Penatalaksana :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan perawatan luka operasi</li> <li>2. Menilai komplikasi post operasi</li> <li>3. Menilai perkembangan kesehatan pasien</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Departemen Obstetri dan Ginekologi, Penyakit Dalam, ICU		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI GINEKOLOGI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan dengan melakukan perawatan pasien dengan tindakan operasi ginekologi		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan perawatan setelah operasi ginekologi pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat secara elektif maupun darurat sesuai dengan indikasi obstetric		
<b>KEBIJAKAN</b>	Tindakan perawatan yang diberikan setelah operasi merupakan suatu rangkaian penting dalam perawatan pasien-pasien dibidang ginekologi terutama yang telah dilakukan operasi. Tujuan utama perawatan post operasi adalah membuat kondisi pasien stabil dalam pemulihan (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1-1 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan ke ruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		

 <p>RSUD          PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI GINEKOLOGI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Administrasi :  Informed Concent (Dokter Memberikan Informasi Kepada Pasien Dan Pasien Mengetahui Dan Menyetujui Tindakan Yang Akan Dilakukan Pada Dirinya Baik Secara Lisan Maupun Tertulis)  Sarana : Ruang perawatan obstetric Ruang ICU/ICCU  Obat dan alat habis pakai : 1. Obat-obat perawatan luka operasi 2. Sarung tangan steril 4 pasang 3. Betadine 4. Kassa  Penatalaksana : 1. Melakukan perawatan luka operasi 2. Menilai komplikasi post operasi 3. Menilai perkembangan kesehatan pasien		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Departemen Obstetri dan Ginekologi, Penyakit Dalam, ICU		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI SEKSIO SESAREA</b>		
	<p>No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 1/3</p>
<b>SPO</b>	<p>Tanggal Terbit Januari 2016</p>	<p>Direktur RSUD Prof. Dr. H. M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p>dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Tindakan seksio sesarea adalah suatu tindakan untuk melahirkan janin melalui dinding uterus / abdomen pada kehamilan lebih dari 28 minggu</p>		
<b>TUJUAN</b>	<p>Memberikan pelayanan tindakan pembedahan melalui seksio sesarea pada pasien-pasien rawat inap ataupun rawat darurat secara elektif maupun darurat sesuai dengan indikasi pengakhiran persalinan atau kehamilannya</p>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Persalinan terbaik adalah fisiologis yaitu verpaginam, aman dan bersih tetapi bila gagal maka dilanjutkan dengan persalinan dengan tindakan yang salah satunya adalah operasi seksio sesar yang dikerjakan oleh dokter ahli (SpOG) atau dokter setingkat residen (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Administrasi :</p> <p style="padding-left: 40px;">Informed Consent (Dokter Memberikan Informasi Kepada Pasien Dan Pasien Mengetahui Dan Menyetujui Tindakan Yang Akan Dilakukan Pada Dirinya Baik Secara Lisan Maupun Tertulis)</p> <p>Persiapan Operasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien telah dipasang infuse larutan RL/NaCL 0,9 %, folley kateter dan penamungan urine</li> <li>- Daerah operasi dibersihkan dengan melakukan pencukuran rambut dan tutup kassa alcohol</li> <li>- Dipastikan lagi KIE dan informed consent</li> <li>- Mengganti pakaian operasi untuk pasien</li> </ul>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI SEKSIO SESAREA

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../RSUD-SRL		2/3

### PROSEDUR KERJA

- Persiapan alat-alat seksio sesar yang steril
- Persiapan tim operasi sudah lengkap : operator, asisten memakai pelindung plastik, masker, penutup kepala
- Mencuci tangn dengan anti septic dan selanjutnya memakai jas operasi steril dan sarung tangan steril

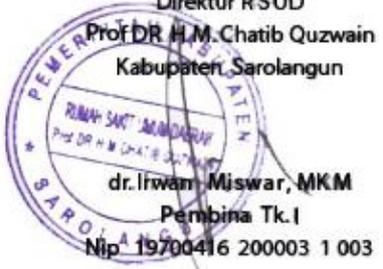
Alat-alat yang siapkan :

1. Kain/Duk steril, pakaian steril operator, asisten, instrument dan penerima bayi
2. Klem untuk duk : 6 buah
3. Pisau bedah : 1 buah
4. Arteri klem : 6 buah
5. Hak berigi : 1 buah
6. Hak retractor abdomen : 2 buah
7. Klem mikulis : 4 buah
8. Kassa abdomen : 2 rol
9. Gunting tajam : 2 buah Pemegang jarum (panjang & pendek) : 2 buah
10. Jarum (tajam & tumpul) : 1 set
11. Klem kromp : 4 buah
12. Klem kocker : 4 buah
13. Alat isap dan kanula : 1 set
14. Sputit steril dan obat-obatan methegin, oksitosin, betadine, alcohol, kassa steril.

Prosedur Pelaksanaan Seksio Sesar :

1. Daerah operasi, vulva, pusat bagian bawahsamapi daerah lengkung igadilakukan tindakan antiseptic dengan larutan povidon iodine.
2. Lapangan kperasi dipersempit dengan kain steril
3. Irisan pada dinding perut, line mediana (pilihan 1) sepanjang 10 cm antara simfisi-pusat diperdalam lapis demi lapis sampai mencapai rongga perut.
4. Dimasukkan kassa steril dikiri dan kanan uterus untuk menyisahkan usus-usus.
5. Membuka plika vesika uterin didepan SBR dan diperlebar ke kanan dan kiri serta disisahkan ke kaudal kemudian dilindungi dengan speculum.
6. Dibuat insisi melintang pada SBR dibawah insisi plikavesikoterina secara tajam dengan pisau sepanjang 2 cm, kemudian diperlebar melintang secara tumpul dengan kedua jari telunjuk.

 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI  SEKSIO SESAREA</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Setelah rongga uterus terbuka, kantung ketuban dipecahkan dan bagian terrendak anak diluksir dan dikeluarkan dengan bantuan dorongan fundus uteri oleh asisten sampai anak lahir.</li> <li>8. Tali pusat diklem segera dan dipotong. Jalan nafas dibersihkan dan diserahkan pada tim neonates.</li> <li>9. Plasenta dilahirkan secara manual dan diyakinkan lengkap dan bersih.</li> <li>10. Sumber pendarahan di klem, pemberian uterotonika atas indikasi.</li> <li>11. Luka dinding uterus dijahit lapis demi lapis: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lapis I : dijahit jelujur endometrium dan miometrium dengan kromik cat-gut.</li> <li>- Lapis II : dijahit jelujur pada miometrium plika vesikouterina dan pakai cat-gut.</li> </ul> </li> <li>12. Setelah diyakini tidak ada pendarahan dan dilakukan eksplorasi pada kedua adhesia, kassa steril dikeluarkan sambil meraba fundus uteri agar berkontraksi.</li> <li>13. Dinding perut dijahit lapis demi lapis, mengoles luka dengan cairan antiseptic dan ditutup dengan kassa steril.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Departement Obstetri dan Ginekologi, Anak Anesthesi, instalasi Bedah Sentral		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI REKANALISASI TUBA FALLOPII</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan pembedahan dengan melakukan laparatomi dan insisi dinding abdomen untuk anastomose tuba		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan tindakan pembedahan mikro pada pasien-pasien rawat inap secara elektif maupun darurat sesuai dengan indikasi untuk memperbaiki fungsi tuba fallopii		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan mikro dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pengosongan rectum (klisma/kolon cepat)</li> <li>* Pencukuran daerah operasi dilakukan di instalasi obgin</li> </ul> </li> <li>2. Pemasangan infuse dan kateter di kamar pembedahan</li> <li>3. Tindakan anasthesi umum</li> <li>4. Tindakan pembedahan berlangsung lebih kurang 1–1 ½ jam</li> <li>5. Selesai pembedahan penderita dirawat di ruang recovery selama 24 jam dan setelah stabil dipindahkan keruang rawat inap atau diperlukan ICU atas pertimbangan dokter anasthesi dan dokter pembedah</li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN OPERASI REKANALISASI TUBA FALLOPII

No. Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

Kebutuhan Personel :

1. 1 orang operator/pembedah: spesialis obgin
2. 1 orang dokter anasthesi
3. 1 orang penata anasthesi
4. 1 orang penata instrument
5. 1 orang pembantu ruang operasi

Administrasi :

Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)

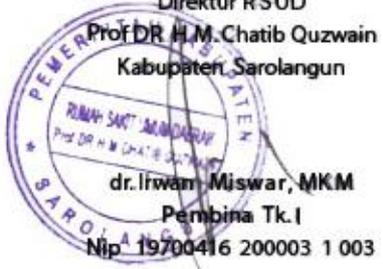
Sarana :

1. Ruang Operasi
2. Peralatan Anasthesi
3. Peralatan laparatomi lengkap dan microsurgery
4. Loop dan mikroskop

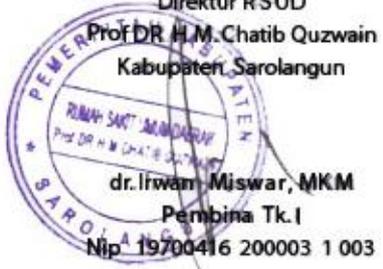
Obat dan alat habis pakai :

1. Obat-obat anasthesi umum
2. Oksigen
3. Darah 1.500 ml
4. Cairan infuse
  - \* Dektrose 5% 2 kolf
  - \* Assering 2 kolf
  - \* Ringer laktat 2 kolf
  - \* NaCL 0,9% 2 kolf
1. Alat infuse set
2. Jarun infuse Venocat no. 21
3. Alat Suntik
  - \* 10 cc (3)
  - \* 5 cc (3)
  - \* 3 cc (3)
4. Kateter dan kantong urine
5. Obat anti septic (popidone, iodine)

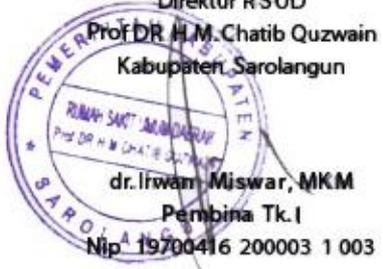
 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN OPERASI          REKANALISASI TUBA FALLOPII</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	6. Benang jahit : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Chomic catgut 3 pcs</li> <li>* Plain catgut 3 pcs</li> <li>* Vicril 2 pcs</li> </ul> 7. Sarung tangan steril 5 pasang 8. Kassa		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	1. Departement Obstetric dan Ginekologi 2. Instalasi Bedah Sentral 3. Instalasi Anasthesi 4. Departement Anasthesi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN GINEKOLOGI- ENDOKRINOLOGI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Melakukan pemeriksaan seluruh pasien ginekologi dan endokrinologi		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan akomodasi / fasilitas dan perawatan medis yang lebih intensif pada pasien dengan pendarahan abnormal dari uterus tanpa kelainan organik		
<b>KEBIJAKAN</b>	1. Menerima pasien yang sudah diseleksi dibagian rawat jalan ginekologi 2. Ada pasien rawat jalan dengan keluhan pendarahan abnormal dari uterus yang terjadi didalam / diluar siklus haid tanpa kelainan organik (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  1. Pasien memberikan karcis rawat jalan ginekologi 2. Dibagian rawat jalan ginekologi dilakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan faktor organik 3. Selanjutnya pasien dikirim ke bagian rawat jalan endokrin 4. Dilakukan anamnesis dan pemeriksaan ulang 5. Dilakukan pemeriksaan darah lengkap, dilatasi dan kuretase. Jika tidak ada kontraindikasi dan jika perlu dilakukan pemeriksaan Lab. Hormonal		

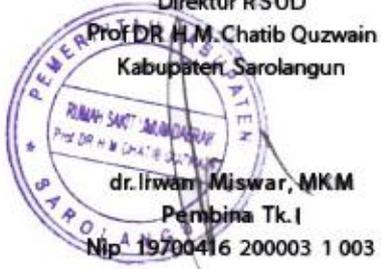
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN GINEKOLOGI- ENDOKRINOLOGI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>6. Disimpulkan jenis PUDnya, keadaan umum pasien, jika ada anemia dilakukan tranfusi darah</p> <p>7. Diberi terapi hormonal sesuai dengan jenis PUDnya untuk satu siklus haid.</p> <p>8. Kontrol ulang pada siklus berikutnya</p> <p>Adminstrasi : Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN RAWAT JALAN OBSTETRI</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Rawat jalan obstetri merupakan gerbang pertama dalam penerimaan pasien yang membutuhkan penatalaksanaan dalam kehamilannya baik kehamilan normal maupun dengan resiko		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan fasilitas pelayanan medic yang baik dan benar kepada pasien</li> <li>2. Menyelenggarakan pemeriksaan dan perawatan kepada pasien sedemikian rupa sehingga keadaan patologi yang ada tidak membahayakan ibu dan kehamilan, tidak membahayakan ibu dan anak pada saat persalinannya serta tidak menghasilkan dampak yang buruk pada ibu dan anak setelah dilahirkan</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap pasien ibu hamil patologis diperiksa dan dirawat sesuai dengan kasusnya</li> <li>2. Memakai semua fasilitas yang dimiliki unit kebidanan untuk memeriksa, memonitor, dan mengevaluasi keadaan ibu hamil tersebut. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</li> </ol>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Setelah mendaftar dibagian pendaftaran, pasien datang dibagian rawat jalan obstetric dengan membawa kartu rawat jalan kebidanan</li> <li>b. Pasien diterima oleh perawat jalan kebidanan</li> </ol> </li> </ol>		

 <b>RSUD          PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN RAWAT JALAN          OBSTETRI</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>2. Pelayanan :</p> <p>a. Paramedis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa kelengkapan status/mengisi identitas pasien</li> <li>2. Menyiapkan tempat tidur pasien</li> <li>3. Melakukan anamnesis</li> <li>4. Siswa kebidanan, SPK dan mahasiswa AKPER membantu tugas bidan tersebut</li> </ol> <p>b. Dokter Internship</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan ulang paramedic</li> <li>2. Mengukur keadaan vital pasien</li> <li>3. Menentukan dan mengevaluasi keadaan patologi yang ada</li> <li>4. Bila diperlukan menindaklanjuti hasil pemeriksaan dengan tindakan lainnya seperti :             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Konsul ke Subbagian Perinatologi untuk pemeriksaan USG dan profil biofisik</li> <li>b. Konsul ke unit lainnya (penyakit dalam, radiology, Bedah, Gizi, kulit dan Kelamin dan lainnya)</li> <li>c. Memberikan pengobatan, nasehat dan petunjuk untuk pasien rawat jalan</li> <li>d. Mengirim ke kamar bersalin untuk pasien yang perlu segera rawat</li> </ol> </li> </ol> <p>3. Register :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencatat pada buku registrasi untuk setiap pasien yang telah diperiksa oleh dokter</li> <li>b. Status pasien tersebut dikebalikan kebagian pendaftaran</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN RAWAT JALAN INFERTILITAS</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Rawat jalan infertilitas merupakan salah satu poliklinik yang memberikan pelayanan kepada pasangan suami istri yang mempunyai permasalahan dibidang infertilitas		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan fasilitas pelayanan medic rawat jalan kepada pasangan suami istri (PASUTRI) yang ingin anak.</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan secara bertahap terhadap pasangan tersebut, kemudian melakukan tindakan yang sesuai dengan kesimpulan / diagnosis pada saat itu.</li> <li>3. Menggunkan fasilitas diagnostic dan terapetik yang ada di RSUP Palembang dan laboratorium diluar RSUP Palembang</li> <li>4. Kerjasama / konsultasi dengan bagian terkait antarlain endocrinology, Andrologi dan penyakit dalam.</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PASUTRI dating dengan membawa kartu berobat poliklinik yang diperoleh dengan membeli karcis berobat jalan atau surat rujukan Askes</li> <li>2. Pemeriksaan pada kunjungan pertama harus dilakukan pada PASUTRI supaya dokter dapat memberikan penjelasan dan pengertian tentang masalah penderita dan tahap pemeriksaan yang harus dilakukan dengan disiplin (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</li> </ol>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita datang membawa status dan karcis berobat / surat rujukan Askes</li> </ol>		

 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN          RAWAT JALAN INFERTILITAS</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Paramedis mencatat dalam buku kunjungan berobat jalan, kemudian melakukan anamnesis dan melampirkan blangko pemeriksaan analisis sperma, mikrokuret dan laboratorium rutin (darah, urine, kimia)</li> <li>3. Dokter melakukan anamnesis ulang / tambahan yang diperlukan kemudian menjelaskan pokok permasalahan PASUTRI dan rencana / tahapan pemeriksaan yang harus dilakukan dengan disiplin hasil yang diharapkan.</li> <li>4. Penderita datang membawa status dan karcis berobat / surat rujukan Askes</li> <li>5. Paramedis mencatat dalam buku kunjungan berobat jalan, kemudian melakukan anamnesis dan melampirkan blangko pemeriksaan analisis sperma, mikrokuret dan laboratorium rutin (darah, urine, kimia)</li> <li>6. Kesimpulan dari setiap hasil kunjungan /pemeriksaan tersebut dapat dilakukan tindakan tertentu atau dikonsultasikan kebagian lain antara lain Endorinologi, Andrologi dan Penyakit Dalam.</li> <li>7. Pada PASUTRI yang berhasil mendapatkan kehamilan, kontrol selanjutnya tetap dirawat jalan ingin anak.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan, Andrologi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN KELUARGA BERENCANA</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/4
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Unit PKBRS memberikan semua pelayanan kepada ibu hamil maupun yang telah melahirkan dalam pemeliharaan kesehatan post partum maupun pemulihan alat kontrasepsi		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan akomodasi / fasilitas dan pelayanan keluarga berencana sebaik mungkin pada akseptor rawat jalan dan rawat inap.</li> <li>2. Memberikan pelayanan keluarga berencana yang rasional kepada akseptor rawat jalan dan rawat inap</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan dilakukan atas kehendak peserta/akseptor sendiri, kiriman dari dokter bangsal obstetric dan ginekologi serta membawa surat pengantar dari dokter/paramedic.</li> <li>2. Memakai fasilitas yang tersedia (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</li> </ol>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerima Akseptor KB             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Akseptor membawa surat pengantar dari dokter bangsal, dokter praktek, paramedis atau datang sendiri</li> <li>b. Petugas mencatat dalam buku register                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan kartu status akseptor KB (K/IV) dan kartu tanda akseptor (K/I)</li> <li>2. Memberikan penjelasan kepada akseptor KB tentang tata tertib dan kewajiban yang harus dipenuhi termasuk cara pembayaran</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN KELUARGA BERENCANA

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../RSUD-SRL		2/4

### PROSEDUR KERJA

3. Menyerahkan akseptor KB dan berkas kartu akseptor KB dan kartu tanda akseptor kepada paramedis bertugas.

#### Pelayanan Akseptor KB :

##### a. Paramedis

1. Memeriksa kelengkapan berkas kartu status akseptor KB dan kartu tanda akseptor serta kartu tubektomi.
2. Memberikan informasi selengkapnya mengenai berbagai pilihan kontrasepsi yang tersedia, baik ditinjau dari segi medis, teknis maupun dari segi non teknis sehingga tidak menyesal dikemudian.
3. Mencatat identifikasi akseptor dan melakukan anamnesis serta mengukur keadaan vital ibu termasuk haid terakhir dan berat badan.

Melaporkan hasil wawancara, anamnesis dan pemeriksaan keadaan alat vital ibu kepada dokter.

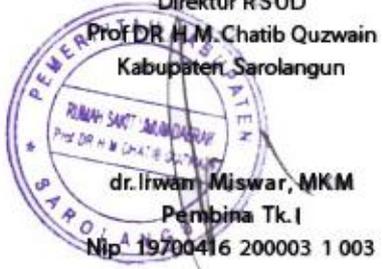
##### b. Dokter

1. Memeriksa ulang hasil pemeriksaan paramedis.
2. Melakukan pemeriksaan fisik dan ginekologis, laboratorium.
3. Memberi motivasi kepada akseptor KB dan menentukan jenis kontrasepsi yang cocok.
4. Dalam hal tertentu melakukan konsultasi dengan senior.

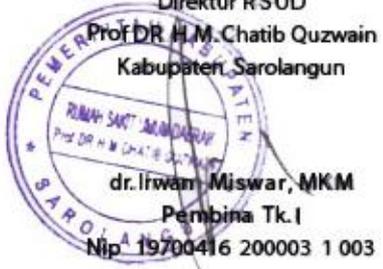
##### c. Dokter Internship

1. Bersama dengan paramedic melakukan anamnesis dan pemeriksaan fisik
2. Bersama dengan paramedic memberikan informasi tentang KB dan akseptor
3. Bersama dengan dokter melakukan pemeriksaan fisik dan ginekologis serta melakukan pemeriksaan laboratorium

 <p style="text-align: center;"> <b>RSUD</b>  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB</b>  <b>QUZWAIN KABUPATEN</b>  <b>SAROLANGUN</b> </p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN</b> <b>KELUARGA BERENCANA</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/4
<p style="text-align: center;"><b>PROSEDUR KERJA</b></p>	<p>4. Bersama dengan dokter menentukan jenis kontrasepsi yang cocok</p> <p>2. Tindakan Pelayanan Paramedis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Paramedis menyiapkan Kondom, Pil, Obat Suntikan, alat-alat inplan, alat-alat AKDR, alat-alat dan obat untuk tubektomi, alat-alat untuk laparaskopi diagnostic, alat-alat dan obat untuk hiteroskopi.</li> <li>b. Paramedic bersama Dokter Internship memberikan kondom, pil, alat suntikan</li> <li>c. Paramedic bersama Dokter Internship menyiapkan akseptor KB untuk pasangan inplan dan AKDR, serta untuk tubektomi, hiteroskopi, LD</li> <li>d. Dokter bersama Dokter Internship melakukan pemasangan implant dan AKDR, serta melakukan tubektomi.</li> <li>e. Dokter melakukan sterilisasi laparaskopi.</li> <li>f. Dokter mengawasi akseptor setelah tindakan operatif dibangsal pulih selama sedikitnya 2 jam.</li> <li>g. Dokter memberikan pengobatan dan tindakan terhadap efek samping kontrasepsi.</li> <li>h. Paramedic mengembalikan akseptor KB dan memanggil petugas bangsal untuk menjemput KB dari bangsal.</li> <li>i. Dokter Internship membuat laporan tubektomi sedangkan dokter membuat laporan sterilisasi laparaskopi diagnostic dan hiteroskopi</li> </ol> <p>Administrasi :</p> <p>Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PASIEN RAWAT JALAN</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Rawat jalan ginekologi adalah poliklinik yang dipergunakan melayani pasien ginekologi		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan rawat jalan dan pengobatan serta pemantauan pada kasus-kasus tertentu secara optimal sesuai dengan kebutuhan		
<b>KEBIJAKAN</b>	1. Adanya surat pengantar dari dokter/bidan praktek swasta untuk ditindaklanjuti dirawat jalan ginekologi atau penderitaan yang langsung datang kerawat jalan ginekologi. 2. Adanya alat-alat periksa diruangan yang memadai (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  1. Penerimaan pasien baru a. penderita mendaftarkan diri ke loket sentra rawat jalan atau keloket pengendalian ASKES serta mengambil berkas catatan mediknya dan menyerahkan kepada petugas pendaftaran di poliklinik ginekologi b. Petugas pencatatan menyerahkan penderita beserta catatan mediknya kepada paramedic untuk dilakukan anamnesis pendahuluan tanda vital. 2. Pelayanan penderita diruang rawat jalan ginekologi a. Paramedis 1. Memeriksa kelengkapan berkas catatan medic penderita 2. Menyiapkan alat-alat untuk pemeriksa		

 <p>RSUD  <b>PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b></p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN          PASIEN RAWAT JALAN</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>3. Menyiapkan penderita ditempat penderita</p> <p>4. Menemani dokter pada saat pemeriksaan Dokter Poliklinik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengadakan anamnesis tambahan bila diperlukan.</li> <li>2. Mengadakan pemeriksaan dan menegakkan diagnosis dan mencatat kedalam catatan medic</li> <li>3. Bila perlu dilakukan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, USG, konsul kebagian lain, dll.</li> <li>4. Kasus-kasus sulit dan persiapan operasi dikonsulkan ke konsulen rawat jalan</li> <li>5. Memberikan terapi atau mengirim pasien ke kamar ginekologi untuk perawatan selanjutnya</li> </ol> <p>Administrasi :          Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERDARAHAN POSTPARTUM</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Pendarahan > 500 ml dalam 24 jam setelah anak lahir		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita perdarahan postpartum		
<b>KEBIJAKAN</b>	1. Pendarahan post partum dini (early post partum hemorrhage) yaitu pendarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama sesudah lahir 2. pendarahan masa nifas (late post partum hemorrhage) yaitu pendarahan yang terjadi pada masa nifas (puerperium) tidak termasuk 24 jam pertama setelah bayi lahir. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Prinsip Penatalaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hentikan pendarahan</li> <li>2. Cegah / atasi syok</li> <li>3. Ganti darah yang hilang / tranfusi atau diberi infuse cairan NaCL / RL, Plasma expender, Dextran-1             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Atonia               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mesase uterus + pemberian uterotonika : infuse Pitostin 10 iu 100 iu dalam 500 ml Ds % 1 ampul ergometrin I.V. pat diulang 4 jam kemudian, suntikan prostaglandin</li> <li>2. Komresi bimanual</li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERDARAHAN POSTPARTUM

No. Dokumen  
SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

3. Tampon uterovaginal secara lege artis, tampon diangkat 24 jam kemudian
4. Tindakan operatif :
  - Ligasi arteri uterine
  - Ligasi arteri hipogastrika
  - HisterektomiCatatan : 1) dan 2) untuk yang masih ingin anak tindakan yang bersifat sementara untuk mengurangi pendarahan menunggu tindakan operatif dapat dilakukan metode Henkel (menjepit cabang arteri uterine melalui vagina kiri dan kanan atau komresi aorta abdominimalis.

#### Penatalaksanaan :

- Atonia
  - Retensio plasenta tanpa pendarahan masih dapat menunggu. Sementara itu kandungan kemih dikosongkan. Masase uterus dan suntik oksitosin (I.V atau I.M. atau melalui infuse) dan boleh dicoba perasat crede secara lege artis.
  - Jika tidak berhasil dilakukan manual plasenta, dilakukan kuretase dengan kuret tumpul ukuran besar bersamaan dengan suntikan oksitosin. Manual plasenta segera dilakukan bila
    1. Pendarahan kala III
    2. Penderita dalam narkose
    3. Riwayat pendarahan post partum habitualis
    4. Tali pusat putus
- Robekan / laserasi jalan lahir segera dilakukan reperasi, robekan dilihat secara "avue" dengan speculum, dan dijahit dengan cermat.
- Gangguan pembekuan darah diberi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERDARAHAN POSTPARTUM</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ pengobatan yang sesuai seperti vitamin K, kalsium, tranexamit acid dan sebagai berikut, pada hipofibrinogenemia atau “fresh frozen plasma” control DIC dengan heparin.</li> </ul> <p>Administrasi :</p> <p>Informed consent (dokter memberikan informasi kepada pasien dan pasien mengetahui dan menyetujui Tindakan yang akan dilakukan pada dirinya baik secara lisan maupun tertulis)</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, penyakit dalam, unit pelayanan darah		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/4
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Kematian janin dalam rahim yang beratnya lebih dari atau sama dengan 500 gram atau umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 20 minggu		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan pelayanan dan perawatan pasien dengan janin mati dalam rahim</li> <li>• Memberikan fasilitas perawatan medis yang memadai dan cepat pada pasien dengan janin mati dalam rahim</li> <li>• Mengetahui keluhan-keluhan dari ibu hamil dengan janin mati dalam rahim seperti tidak merasakan gerakan gerakan anak, perut terasa mengecil dan payudara mengecil</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Terminasi pada kehamilan dengan janin mati dalam rahim lebih diutamakan verpaginam, kecuali ada hal-hal yang menyebabkan adanya kontra indikasi untuk persalinan pervaginam maka dilahirkan dengan tindakan seksio sesar (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>DIAGNOSIS</b>	1. Tanda Subyektif : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterus (perut mengecil)</li> <li>• Gerakan janin tak terasa lagi</li> <li>• Hilangnya gejala-gejala kehamilan</li> </ul> 2. Tanda Obyektif <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Denyut jantung janin (-)</li> <li>b. kadang-kadang teraba krepitasi uterus (adanya timbunan udara dalam tubuh janin)</li> <li>c. Pemeriksaan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. USG <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Djj (-)</li> <li>b. Gerakan janin (-)</li> <li>c. Tulang-tulang janin letaknya tidak teratur/tegas</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>		



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM

No. Dokumen  
SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/4

### DIAGNOSIS

#### 2. Rongent

- a. Tanda spalding-horner : tulang tengkorak tumpang tindih oleh karena isi tengkorak mencair dan periostium melunak
- b. Tanda Noujoks : kurvatura/singulasi yang berlebihan dari tulang belakang janin
- c. Tanda Gerhard : Hiperekstensi kepala janin
- d. Tanda Holm : Akumulasi gas dalam tubuh janin
- e. Disintegrasi tulang janin bila posisi ibu berdiri

### PROSEDUR KERJA

Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.

- Pemasangan laminaria selama 6 - 12 jam dilakukan oleh dokter jaga pada malam hari sebelum kuretase.
- Ripening yang dilanjutkan dengan drip bertingkat , yaitu pemberian estradiol 2 x 20 mg selama 3 hari, dilanjutkan dengan drip bertingkat 20 n- 30 tetes dalam ringer lactate atau dextrose 5 % yang di isi dengan syntosinon 10 unit, pada kanalis servikalis, 30 – 50 cc dan diberi beban sebanyak ½ kg.

#### Tugas Dokter

- Melakukan pemasangan laminaria pada malam hari sebelum pelaksanaan kuretase
- Memberikan instruksi untuk drips bertingkat
- Melakukan kuretase dan mengirimkan bahan untuk pemeriksaan patologi anatomi
- Memberikan pengobatan setelah kuret



RSUD  
PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM

No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../RSUD-SRL		3/4

### PROSEDUR KERJA

Tugas paramedic

- Menyuntikkan ekstradiol dan memasang infuse.
- Membawa penderita ke kamar tindakan
- Membawa kembali penderita ke kamarnya setelah selesai tindakan.

Penatalaksanaan :

- Pasif  
Bila tidak ditemukan criteria penatalaksanaan aktif, tunggu 2 – 4 minggu kemudian
- Aktif  
Bila ditemukan 1 atau lebih criteria
  - Atas permintaan pasien
  - Janin sudah mati 2 – 4 minggu
  - Terdapat kelainan pembekuan darah
  - Inpartu
  - KU jelek pada : Partus kasep  
Eklampsia, dll

Cara :

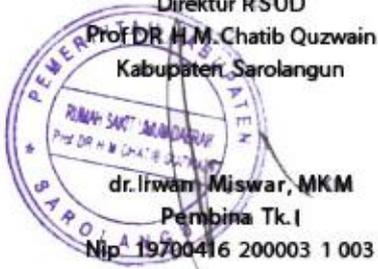
Belum inpartu

- KU jelek → perbaiki KU → induksi persalinan dengan tetes pytosin atau prostaglandin
- KU baik → pematangan serviks → induksi pematangan serviks ;  
Estradiol benzoate selama 3 hari 2 x 30 mg/hari im atau 1 x 50 mg/hari im prostaglandin

Inpartu

- Kala I  
KU jelek → perbaiki KU → akselerasi gagal, sc  
KU baik → kalau ada indikasi lakukan akselerasi gagal, sc
- Kala II  
KU jelek → perbaiki KU → dipercepat dengan tindakan preskep/presbo, sesuai dengan syarat yang dipenuhi → gagal → embriotomi
- KU baik → pimpin persalinan → gaga, tindakan sesuai syarat yang dipenuhi gagal, embriotomi

 <p>RSUD          PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN          KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 4/4
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sebelum lahir             <ul style="list-style-type: none"> <li>Dirawat di Rumah Sakit dengan pemeriksaan laboratorium :</li> <li>- Darah Rutin, CT, BT, TRombosit, COT</li> <li>- Urine Rutin</li> <li>- Persiapan Transfusi Darah</li> </ul> </li> <li>Setelah lahir             <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrol ke poliklinik untuk mencari penyebab , dilakukan :</li> <li>- Pemeriksaan laboratorium</li> <li>- VDRL dan kultur urine</li> <li>- Rh/ABO inkompatibilitas</li> <li>- Toksoplasma</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, kamar operasi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI LETAK SUNGSANG</b>		
	<p>No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 1/3</p>
<b>SPO</b>	<p>Tanggal Terbit Januari 2016</p>		
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Letak sungsang adalah letak membujur dari janin di dalam rahim dengan bokong pada bagian bawah. Tergantung dari bagian janin yang mana yang terendah , dapat dibedakan :</p> <p><i>Letak bokong</i> ( hanya bokong yang teraba / frank breech presentation ) <i>Letak bokong kaki</i> Sempurna ( bokong dan kedua kaki teraba ) Tak sempurna ( bokong dan satu kaki teraba ) <i>Letak kaki</i> Sempurna Tidak sempurna <i>Letak lutut</i> Sempurna Tidak sempurna</p>		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin</li> <li>○ Mencegah komplikasi</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Persalinan dengan letak sungsang mempunyai morbiditas yang lebih tinggi dibandingkan letak kepala terhadap bayi sehingga membutuhkan suatu keterampilan dalam mengelolanya. Pilihan awal adalah tetap pada persalinan diusahakan pervaginam. Jika ada kontraindikasi maka diselesaikan dengan tindakan operatif. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Pergerakan diagnosis tidak langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pemeriksaan luar : <ul style="list-style-type: none"> <li>Leopold I : Kepala/Ballotemen di fundus</li> <li>Leopold II : Teraba punggung di satu sisi</li> <li>Leopold III &amp; IV : Bokong teraba di bagian bawah rahim</li> </ul> </li> </ul>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI LETAK SUNGSANG

No.Dokumen  
SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

- Pemeriksaan dalam :  
Teraba bokong, sacrum, anus, genitalia, tungkai atau kaki janin. Kadang-kadang sukar membedakan antara bokong dan muka, terutama pada partus yang lama. yang menyebabkan bokong menjadi bengkak atau antara kaki dan tangan.  
*Kaki :*  
Jari ujung lebih pendek dari telapak kaki. Ujung jari-jari hampir satu garis lurus. Terdapat tiga tonjolan tulang, kalkaneus , malleolus medialis es latelaris ibu jari dapat diregangkan. Telapak tak dapat diluruskan.  
*Tangan :*  
Jari tangan hampir sama dengan telapaknya, ujung jari-jari tangan letak pada garis lengkung terdapat ujung ulna dan radius , ibu jari dapat diregangkan dan dapat salaman.
  - Ultrasonografi  
Diperlukan untuk :  
Konfirmasi letak janin apabila pemeriksaan fisik tidak jelas  
Menentukan letak plasenta  
Menentukan kemungkinan adanya cacat bawaan  
Menentukan habitus kepala janin
  - Auskultasi  
Terdengar denyut jantung janin paling jelas pada keadaan atas sekitar pusat.
  - Bidan / siswa paramedic mempersiapkan pasien di tempat tidur
  - Dokter memeriksa tanda vital ibu, his dan djj.
  - Dokter menentukan tindakan / pengobatan / rencana yang akan dilakukan terhadap pasien.
  - Bidan melaksanakan instruksi dokter
  - Dokter melakukan pemeriksaan obstetric yaitu PL dan VT
  - Dokter melakukan tindakan obstetric selanjutnya
  - Paramedic melakukan persiapan sesuai intruksi dokter
- Penatalaksanaan :
- Masa antenatal  
Jika kehamilan 30 – 32 minggu dianjurkan KCP (Knee chest position) dan dilakukan ultrasonografi untuk mencari kemungkinan kelainan letak plasenta (Placenta previa), cacat bawaak atau kelainan bentuk rahim.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI LETAK SUNGSANG</b>		
	<p>No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 3/3</p>
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Jika pemeriksaan USG tidak ditemukan kelainan, maka dicoba versi luar, primigravida pada kehamilan 32-34 minggu atau multigravida pada 34-36 minggu dengan catatan tidak ada kontraindikasi versi luar. Kontrol 1 minggu, jika terjadi reversion (versi luar gagal) maka dilakukan foto rongent abdomen untuk mencari kemungkinan adanya kelainan pada panggul ibu atau habitus janin. Bila foto rongent abdomen tidak ditemukan kelainan dapat dilakukan versi luar sekali lagi</p> <p>➤ Masa Persalinan</p> <p>Pada kasus dimana versi luar berhasil , maka persalinan seperti pada letak kepala. Pada kasus dimana versi luar gagal, maka penatalaksanaan persalinan lebih aktif. Persalinan pervaginam terutama pada primigravida harus hati-hati karena dapat terjadi after coming head Anak harus lahir dalam waktu 8 menit sejak lahir sebatas pusat dan dipakai skor zatuchani Andros. Pimpinan Persalinan pada letak sungsang terdapat 4 macam cara pertolongan persalinan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertolongan Persalinan Spontan ( Bracht)</li> <li>2. Ekstraksi Partial : untuk melahirkan bahu bila persalinan spontan berhasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Secara klasik</li> <li>- Secara muller</li> <li>- Secara lovset</li> </ul> </li> <li>3. Ekstraksi total Putaran paksi abnormal Jika oksiput tetap dibelakang kepala dilahirkan dengan cara Mourriceau – smelli – viet terbaik atau dengan cara praha terbaik.</li> <li>4. Seksio sesar primer pada letak sungsang : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitus kepala ekstensi</li> <li>• Panggul sempit dan kelainan bentuk panggul</li> <li>• Taksiran berat anak &gt; 3500 pada primigravida dan 4000 pada multigravida</li> <li>• Bekas SS atau Miomektomi</li> <li>• Primigravida pada letak kaki</li> <li>• Primigravida tua</li> <li>• BOH</li> </ul> </li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<p>Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi</p>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

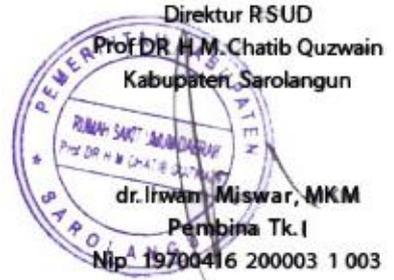
## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI LETAK LINTANG

No.Dokumen	No. Revisi	Halaman
SPO/...../RSUD-SRL		1/2

# SPO

Tanggal Terbit  
Januari 2016

Direktur RSUD  
Prof DR H.M. Chatib Quzwain  
Kabupaten Sarolangun



dr. Irwan Miswar, MKM  
Pembina Tk. I  
Nip. 19700416 200003 1 003

### PENGERTIAN

Suatu letak janin dengan sumbu panjang janin memotong tegak lurus atau hamper tegak lurus terhadap sumbu ibu.

### TUJUAN

Memberikan fasilitas perawatan terbaik dan secepat mungkin  
Memberikan perawatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan terhadap penderita yang dirawat dengan kehamilan letak lintang

### KEBIJAKAN

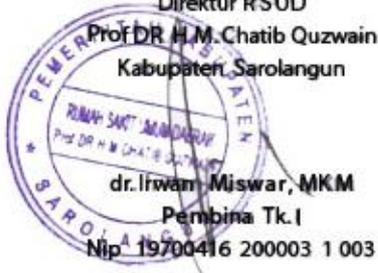
Persalinan dengan letak lintang dapat dilakukan pervaginam atau perabdominal tergantung syarat mana yang terpenuhi untuk kedua jenis tindakan tersebut. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).

### PROSEDUR KERJA

Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  
Penegakan diagnosis :

- Pemeriksaan Luar  
Inspeksi : Perut terlihat melebar ke samping kira-kira sama dengan palpasi  
Leopold I : Tinggi fundus uteri lebih rendah dibandingkan dengan umur kehamilan (dikonstruksi negative)  
Leopold II : Teraba bokong atau kepala pada satu sisi  
Auskultasi : Denyut jantung janin terdengar jelas di sekitar pusat
- Pemeriksaan dalam :  
Setelah ketuban pecah, pada pemeriksaan akan mudah teraba  
Sisi dada : tulang iga sebagai garis-garis  
Skapula atau akromion sebagai petunjuk klavikula  
Arah penutupan aksila menunjukkan posisi kepala, kadang tangan kanan atau kiri menumbung kedalam vagina dan keluar dari vulva
- Ultrasonografi dan radiology :  
Hanya dilakukan apabila dengan pemeriksaan dalam ditemukan kesulitan

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI LETAK LINTANG</b>		
	<p>No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 2/2</p>
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Penatalaksanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Versi luar : hanya dilakukan bila tidak ada kontra indikasi, sebaiknya dilakukan pada umur kehamilan 32 minggu</li> <li>○ Seksio sesar : tindakan ini merupakan pertolongan utama pada letak lintang</li> <li>○ Versi ekstraksi : pada gemali anak ke dua, kalau ketuban baru dipecahkan/baru pecah Persalinan letak lintang kadang-kadang dapat berlangsung pervaginam dalam keadaan : anak kecil/anak mati secara evollusio spontanea atau konsum likasio korpose.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<p>Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi, instalasi bedah sentral</p>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PERSALINAN PRETEM</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman ½
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Persalinan neonates pada usia kehamilan antara 20 minggu sampai 36 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kepada petugas tentang langkah – langkah pengelolaan persalinan preterm, sehingga tindakan yang di lakukan jelas dan dapat dipertanggungjawabkan.</li> <li>2. Petugas mengetahui faktor – faktor resiko terjadinya persalinan preterm.</li> <li>3. Faktor – faktor tersebut dibagi atas kriteria mayor dan minor untuk meramalkan terjadinya persalinan preterm spontan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mayor : Kehamilan multiple, hidramnion, anomali uterus, servik terbuk lebih dari 1 cm pada kehamilan 32 minggu, riwayat persalinan</li> <li>b. Minor : Persalinan preterm membutuhkan perhatian yang khusus mengingat berbagai macam komplikasi yang ditimbulkan terhadap janinnya.</li> </ol> </li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. <b>PEMERIKSAAN PENUNJANG:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. USG untuk mengetahui umur kehamilan, TBJ, air ketuban, biofisik janin, dll.</li> <li>2. Pemeriksaan dalam (VT) secara berkala untuk mengetahui dilatasi servik.</li> <li>3. Pemeriksaan bakteri vagina.</li> </ol> <b>PROSEDUR PENGELOLAAN:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istirahat berbaring.</li> <li>2. Deteksi dan pengelolaan terhadap faktor resiko persalinan preterm.</li> <li>3. Pemberian obat tokolitik:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Golongan beta mimetik:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salbutamol 20–50/kg/menit (perinfus).</li> <li>- Salbutamol 4mg: 2–4x/hari (peroral).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PERSALINAN PRETEM

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

### PROSEDUR KERJA

- MgSo4.
  - Parental:
    - ✓ 4-8ivselama20-30menit.
    - ✓ Maintenance:2-4gr/jam.
  - ESO:edemapar,letargi,nyeridada,depr esinafas
  - KI:
    - ✓ Mutlak : FD, korioaminionitis, perdarahan antepartum

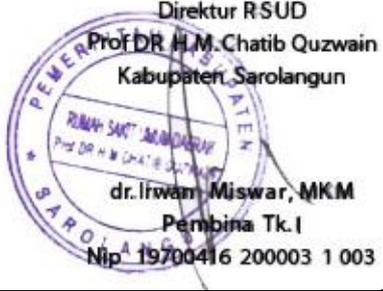
### CARAPERSALINAN:

1. Pervaginam.  
Janin presentasi kepada bayi < 35 minggu dengan episotomi lebar.
2. Bedah caesar:
  - Janinsungsang.
  - Fetaldistress.
  - Infeksiintrapartum.

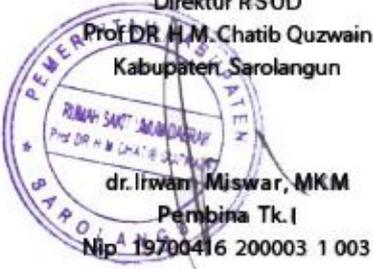
Letak lintang, plasenta previa,dll.

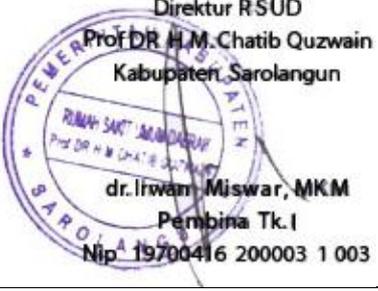
### INSTALASI YANG TERKAIT

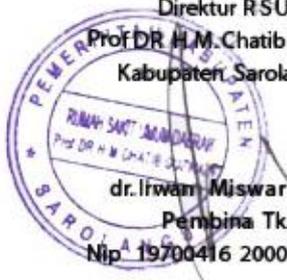
Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat,Instalasi LaboratoriumDanInstalasiKamarOperasi.

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI INFEKSI INTRAPARTUM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD <b>Prof DR H.M. Chatib Quzwain</b> Kabupaten Sarolangun  <b>dr. Irwan Miswar, MKM</b> Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Infeksi yang terjadi pada persalinan ditandai : Kenaikan suhu > 38°C, air ketuban keruh dan berbau, leukosit darah > 15.000/mm <sup>3</sup> Infeksi yang terjadi dapat merupakan kelanjutan dari infeksi antepartum, yaitu berupa khorioamnionitis yang sebelumnya mungkin asimtomatik.		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita infeksi intrapartum.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Diagnosis dari infeksi intrapartum dapat ditegakkan juga dengan memenuhi criteria : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biasanya ketuban sudah pecah</li> <li>2. Suhu &gt; 38 °C</li> <li>3. Air ketuban keruh kecoklatan dan berbau</li> <li>4. Darah tepi : leukosit &gt; 15.000 mm<sup>3</sup></li> </ol> Medikamentosa ( Antibiotik ) : Ampisilin 3 x 1 gram / hari I.V. atau penisilin proca pasang drain intraperitoneal didepan plica dan pada cavum douglasi . Bayi dapat dirawat gabung.ine 2 x 2,4 juta iu / hari I.M Pada infeksi berat : Poliframasi obstetric, persalinan diusahakan pervaginam Kala I dilakukan akselerasi persalinan dan kala II dipercepat.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI INFEKSI INTRAPARTUM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Seksio sesar hanya dilakukan atas indikasi obstetric misalnya kelainan letak, distosia, gawat janin. Bila seksio sesar dilakukan , pasang drain intraperitoneal didepan plika dan pada cavum douglasi . Bayi dapat dirawat gabung.</p> <p>Komplikasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sepsis sampai dengan syok septic</li> <li>b. Luka episiotomy /operasi terinfeksi , terbuka sampai terjadi “Burst abdomen”</li> <li>c. Pendarahan</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI EKSTRAKSI FORCEPS</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Ekstraksi forceps adalah suatu cara yang dilakukan untuk mengakhiri suatu persalinan dengan menggunakan alat forceps.		
<b>TUJUAN</b>	Mengakhiri / memperpendek kala II dengan tindakan forceps.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Ekstraksi forceps dilakukan bila syarat-syarat untuk melakukan tindakan tersebut terpenuhi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dokter membuat rencana</li> <li>b. Bidan melakukan desinfeksi pada vulva dan sekitarnya serta kandung kemih dikosongkan</li> <li>c. Dokter melakukan pemasangan forceps setelah terlebih dahulu diminyaki</li> <li>d. Episiotomy dilakukan sebelum ekstraksi dan terlebih dahulu di anestesi lokal dengan lidocain 2 %</li> <li>e. Begitu kepala anak lahir forceps dilepaskan dengan membuka kuncinya</li> <li>f. Dilanjutkan dengan membersihkan mulut, hidung , seterusnya badan anak dilahirkan . Setelah tali pusat dipotong, anak diserahkan pada dokter anak.</li> <li>g. Dokter anak menentukan anak dirawat di unit kebidanan atau di unit anak.</li> <li>h. Plasenta harus dilahirkan dalam waktu 10-15 menit tak boleh lebih ½ jam.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI EKSTRAKSI VACUM</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun   dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Ekstraksi vacum adalah suatu cara yang dilakukan untuk mengakhiri suatu persalinan dengan menggunakan alat vacuum.		
<b>TUJUAN</b>	Mengakhiri / memperpendek kala II dengan tindakan vacuum.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Ekstraksi vacum dilakukan bila syarat-syarat untuk melakukan tindakan tersebut terpenuhi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rencana dokter / instruksi dokter.</li> <li>b. Petugas ( dokter, bidan, dokter anak)</li> <li>c. Dokter melakukan pemeriksaan untuk menentukan apakah syarat ekstraksi vacum terpenuhi dan menentukan posisi janin.</li> <li>d. Dokter melakukan tindakan ekstraksi vacuum, pada waktu kepala anak telah lahir, bidan melakukan pembersihan mulut dan hidung. Seterusnya melahirkan seluruh badan/tubuh bayi.</li> <li>e. Bidan memotong tali pusat dan memisahkan anak dari ibu dan selanjutnya diserahkan kepada dokter anak untuk dirawat sebagaimana mestinya.</li> <li>f. Begitu anak lahir dan bidan menyuntikkan Syntosinon 1 amp / i.m</li> <li>g. Dokter melahirkan plasenta</li> <li>h. Bidan melakukan vulva toilet</li> <li>i. Bidan/siswa memberikan pasien dan tempat tidurnya</li> <li>j. Kalau dilakukan episiotomi, penjahitan luka dilakukan dokter sebelum dilakukan vulva toilet</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Po Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PLASENTA PREVIA</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Plasenta yang implantasinya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita plasenta previa</li> <li>2. Mencegah pendarahan ulangan dan komplikasi lanjutan</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala Klinis : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gejala utama plasenta previa adalah pendarahan tanpa sebab, tanpa rasa nyeri dan biasanya berulang (painless, recurrent bleeding), darahnya berwarna merah segar</li> <li>b. Bagian terbawah janin tinggi (floating), sering dijumpai kelainan letak janin.</li> <li>c. Pendarahan pertama (first bleeding) biasanya tidak banyak dan tidak fatal, kecuali bila dilakukan pemeriksaan dalam sebelumnya, tetapi pendarahan berikutnya biasanya lebih banyak</li> <li>d. Janin biasanya masih baik</li> </ol> </li> <li>2. Inspekulo dikamar bersalin darah keluar dari OUE</li> <li>3. Ultrasonografi</li> <li>4. Periksa dalam diatas meja operasi (PDMO), infuse atau tranfusi darah telah dipasang. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Meraba forniks, apakah ada bantalan (pada presentasi kepala)</li> <li>b. Meraba plasenta pada ostium uteri internum</li> </ol> </li> </ol>		





RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PLASENTA PREVIA

No.Dokumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

2/3

### PROSEDUR KERJA

#### Penatalaksanaan :

1. Bidan/siswa paramedic mempersiapkan pasien diatas tempat tidur
2. Dokter jaga muda memeriksa tanda vital ibu dan bayi
3. Dokter menentukan tindakan / pengobatan rencana yang akan dilakukan terhadap pasien
4. Bidan melaksanakan instruksis dokter
5. Dokter melakukan pemeriksaan obstetric yaitu PL dan inspekulo.
6. Dokter melakukan tindakan obstetric selanjutnya :
  - a. perawatan eksfektatif
  - b. perawatan aktif.
7. Bidan dan paramedic melakukan persiapan sesuai dengan instruksi dokter

#### Penatalaksanaan

##### a. Ekspektatif

##### kriteria :

- a. pendarahan sedikit, kadar Hb > 8 g%
- b. keadaan umum baik
- c. Usia kehamilan < 37 minggu
- d. Janin hidup
- e. Belum Inpartu

##### Tindakan :

- a. Tirah baring : mobilisasi bertahap
- b. Steroid pada kehamilan < 32 minggu :
  - 12 mg / 24 jam I.V. / I.M. -> 2x
  - 6 mg / 12 jam I.V. / I.M. -> 2x
- c. USG sekuensial
- d. Profil biofisik
- e. Amniosintesis : L/S ratio

##### b. Aktif

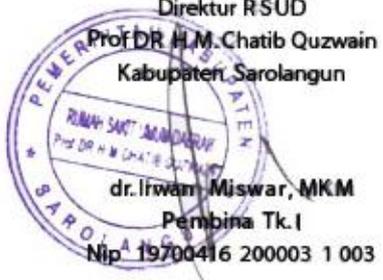
##### Kriteria :

- a. Pendarahan banyak, Hb < 8 gr %
- b. Keadaan umum jelek dan syok
- c. Inpartu
- d. Usia kehamilan > 37 minggu atau taksiran berat janin > 2500 gr
- e. Janin mati

##### Tindakan :

- a. Perbaiki keadaan umum : infuse, atasi syok dan transfuse darah
- b. Bila keadaan umum jelek setelah syok teratasi, segera seksio sesar, sedangkan setelah keadaan umum baik PDMO

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PLASENTA PREVIA</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Tindak lanjut : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan di rumahsakit sebelum melahirkan</li> <li>b. Setelah melahirkan dilakukan konsultasi dengan bagian neurologi, mata dan penyakit dalam.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, Penyakit dalam, Mata, Neurologi dan icu		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI SOLUSIO PLASENTA</b>																												
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/4																										
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003																											
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu keadaan dimana plasenta letaknya normal lepas sebelum janin lahir pada kehamilan trimester III (28 minggu)																												
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita solusio plasenta.																												
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).																												
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Gambaran Klinis : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pendarahan pervaginam antepartum disertai dengan rasa nyeri perut terus menerus, warna darah merah kehitaman</li> <li>2. Uterus tegang seperti papan ( uterus en bois, woden womb )</li> <li>3. Anemia/syok yang tidak sesuai dengan darah yang keluar</li> <li>4. Bagian janin sukar diraba</li> <li>5. Denyut jantung janin (-)/(+)</li> <li>6. Setelah plasenta lahir terdapat cekungan</li> </ol> <table border="1" data-bbox="742 1601 1524 1926"> <thead> <tr> <th>Derajat</th> <th>Pendarahan</th> <th>Tegang</th> <th>Syok</th> <th>Janin</th> <th>Bagian yang lepas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ringan</td> <td>&lt;200 ml</td> <td>-</td> <td>(-)</td> <td>Hidup</td> <td>1/6</td> </tr> <tr> <td>Sedang</td> <td>&gt;200 ml</td> <td>+</td> <td>Presyok</td> <td>Gawat/mati</td> <td>1/6 – 2/3</td> </tr> <tr> <td>Berat</td> <td>&gt;200 ml</td> <td>Tetani</td> <td>(+)</td> <td>Mati</td> <td>&gt;2/3</td> </tr> </tbody> </table>					Derajat	Pendarahan	Tegang	Syok	Janin	Bagian yang lepas	Ringan	<200 ml	-	(-)	Hidup	1/6	Sedang	>200 ml	+	Presyok	Gawat/mati	1/6 – 2/3	Berat	>200 ml	Tetani	(+)	Mati	>2/3
Derajat	Pendarahan	Tegang	Syok	Janin	Bagian yang lepas																								
Ringan	<200 ml	-	(-)	Hidup	1/6																								
Sedang	>200 ml	+	Presyok	Gawat/mati	1/6 – 2/3																								
Berat	>200 ml	Tetani	(+)	Mati	>2/3																								



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI SOLUSIO PLASENTA

No.Dokumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

2/4

### PROSEDUR KERJA

#### Pemeriksaan :

1. Tanda vital
2. Darah lengkap
3. Urine lengkap
4. Kelainan pembekuan darah
  - a. COT (Clot Observation Test)
  - b. Jumlah trombosit
  - c. Waktu pendarahan
  - d. Waktu pembekuan
  - e. Kadar fibrinogen
5. Fungsi Ginjal
  - a. Jumlah urine
  - b. Ureum kreatinin

1. Bidan/siswa paramedic mempersiapkan pasien diatas tempat tidur
2. Dokter jaga memeriksa tanda vital ibu, Hb dan COT
3. Dokter menentukan tindakan / pengobatan rencana yang akan dilakukan terhadap pasien
4. Bidan melaksanakan instruksi dokter
5. Dokter melakukan pemeriksaan obstetric
6. Dokter melakukan tindakan obstetric selanjutnya :
  - a. perawatan eksfektatif
  - b. perawatan aktif.

#### Penatalaksanaan

##### a. Ekspektatif, kriteria :

- a. keadaan umum baik
- b. Solusio plasenta ringan
- c. Usia gestasi < 37 minggu atau TBJ < 2500 gr

##### b. Aktif, criteria :

- a. keadaan umum buruk
- b. Usia gestasi > 37 minggu atau TBJ > 2500 gr
- c. Solusio plasenta ringan/sedang/berat

#### Tindakan :

1. Perbaiki keadaan umum (sebaiknya kalau keadaan berat pasang CVP)

❖ Resusitasi cairan / perbaiki hypovolemik / atasi syok dan anemia :

1. Darah (kalau ada darah segar):

Mengatasi darah yang hilang 1000-2000 ml ( 2-4 gr fibrinogen)

- TD < 50 mmhg : 20-40 ml/menit
- TD 50-100 mmhg : 15-20 ml/menit
- TD > 100 mmhg : 6 ml/menit



RSUD PROF. DR. H.M. CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI SOLUSIO PLASENTA

No. Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/4

### PROSEDUR KERJA

Lihat reaksi transfuse pada 50 ml pertama pada setiap botol darah , pada botol ke 3, 6, dst diberi Glukosa kalsikus 10 ml 10 % I.V

#### 2. Cairan

Jangan berikan plasma expander karena akan menjadi reaksi :  
Fibrinogen + plasma expander -> fibrinogen plasma expander kompleks -> kadar fibrinogen akan menurun berikan NaCl – fibrinogen, ringer lactate, dextrose, aminofusin

#### 3. Kalau cairan/darah sudah cukup, masih juga syok :

Berikan obat-obat yang akan membuka mikrosirkulasi alfa adrenergic blocking agent :

- DBP : Dehydrobenzoperidol = Droperidol 2,5 mg ( 1ml ) / 500 ml cairan infuse
- Hydergin : 0,3 – 0,6 mg / 500 ml cairan infuse 1 mg sudah cukup
- Largactil : 5 – 10 mg / 500 ml cairan infuse
- Dibernzillin / Phenoxypenzamin 0,5 -1 mg/kgbb

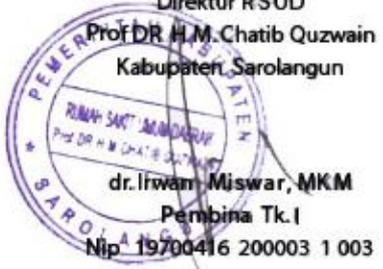
#### 4. Kortikosteroid

- Cortisone acetate : vial 100 mg / 6 jam I.M
- Dexamethasone / oradexon 20 mg / ampul : 3 – 5 mg/kgbb I.V. pelan –pelan 3-5 menit , ulangi tiap 2-6 jam

#### a. Mengatasi kelainan pembekuan darah Periksa COT tiap jam sampai 4 jam pasca persalinan

1. Darah segar ( lihat 1.1 )
2. Fibrinogen 4 gr ( 6-10 gr ) dilarutkan dalam dextrose 5 %.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI SOLUSIO PLASENTA</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 4/4
<b>PROSEDUR KERJA</b>	1) Trasylol 500.000 u -> selanjutnya 200.000 u 2) Transamin 10-50 ml ( 1 ml = 25 mg ) I.V / infuse b. Kelainan Ginjal 1) Darah segar / RL untuk mempertahankan : - Hematokrit > 30 % - Diuresis > 1 ml/menit 2) Manitol, maksimal 200 gr / menit( 1 botol = 500 ml 20 % = 200 gr ) 12,5 gr manitol (57 ml) infuse 5 menit Kalau diuresis > 60 ml /jam diteruskan sampai diuresis 100 ml/jam.		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, unit pelayanan darah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI ASFIKZIA INTRA UTERIN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Kekurangan oksigen dan menimbulkan karbondioksida yang menyebabkan asidosis intra uterin sebagai akibat gangguan pertukaran gas melalui plasenta.		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita asfiksia intra uterin		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. Criteria diagnosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehamilan resiko tinggi</li> <li>2. Terjadi takikardia / bradikardi pada denyut jantung janin</li> <li>3. Gerakan janin kurang dari 4 kali dalam 10 menit dengan alat kardiografi</li> <li>4. Pertumbuhan janin terhambat</li> <li>5. Mekonium dalam air ketuban</li> </ol> <p>Pemeriksaan fetal blood sampling – kardiografi Pemeriksaan USG / Profil biofisik, Memeriksa gerak / nafas janin, jumlah air ketuban Penerimaan penderita baru yang dirawat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien dengan membawa surat pengantar dari dokter poliklinik yang sudah dilengkapi hasil pemeriksaan yang lengkap, lalu diperiksa dan dirawat di kamar bersalin</li> <li>b. Dokter kamar bersalin melakukan perawatan dan melakukan pengakhiran kehamilan, beda dalam waktu ini keadaan pasien tersebut tidak membaik.</li> <li>c. Penderita yang keadaannya membaik, dirawat/dipindahkan ke bangsal</li> <li>d. Anak yang baru lahir dipindahrawatkan ke dokter anak</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI ASFIKZIA INTRA UTERIN

No.Dukumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

2/2

### PROSEDUR KERJA

- e. Penderita disuruh control ke poliklinik terpadu setelah dipulangkan.

#### Penanganan

##### 1. Akut

- a. Posisi ibu berbaring ke kiri ( posisi yang lain ), untuk menghilangkan kompresi pada vena cava inferior.
- b. Oksigen 6-7 liter / menit
- c. Pemberian tokolisis, misalnya : salbutamol 0,5 mg I.V atau terbutalin sulfat I.V
- d. Infuse glukosa 5 % / 10 %
- e. Pengakhiran kehamilan :
  - Pervaginam, bila syarat-syarat dipenuhi dan telah dicapai kala II
  - Seksio sesar, apabila syarat persalinan pervaginam belum terpenuhi atau membutuhkan waktu lebih dari 30 menit

##### 2. Sub-akut / kronik

- a. Pengobatan kausal dan memperbaiki perfusi uteroplasenta
- b. Istirahat baring 12 jam / hari , miring kiri / kanan
- c. Diet tinggi protein dan disesuaikan dengan keadaan ibu, rendah garam.
- d. Cairan parenteral untuk menambah kalori ibu
- e. Tokolisis, dengan tujuan memperbaiki sirkulasi uteroplasenta seperti : salbutamol , isoprinosin.
- f. Oksigen kalau perlu

Kalau keadaan tidak membaik /tidak dapat dipertahankan dan dijumpai gawat janin , dilakukan terminasi kehamilan dengan induksi / seksio sesar.

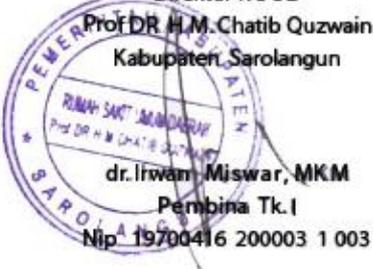
Komplikasi : kematian janin didalam rahim diluar rahim.

Tindak lanjut :

1. Perawatan di rumah sakit
2. Konsul poliklinik terpadu

### INSTALASI YANG TERKAIT

Bagian kebidanan dan kandungan

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PARTUS TAK MAJU / KASEP</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu keadaan fase akhir dari satu persalinan yang tidak mengalami kemajuan (kemacetan) dan berlangsung lama sehingga menimbulkan komplikasi terhadap ibu, janin atau keduanya.		
<b>TUJUAN</b>	memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penerima partus tak maju / Kasep		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. Diagnosis <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-tanda kelelahan dan intake yang kurang             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dehidrasi</li> <li>• Meteorismus</li> <li>• Febris</li> <li>• His yang hilang atau melemah</li> </ul> </li> <li>2. Tanda-tanda Infeksi             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluar air ketuban berwarna keruh dan kehijauan dan berbau kadang-kadang bercampur mekonium</li> <li>• Suhu rectal <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math></li> </ul> </li> <li>3. Tanda-tanda Ruptura uteri             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berdarah melalui ostium uteri eksternum</li> <li>• His yang hilang</li> <li>• Bagian anak muda diraba</li> <li>• Robekan dapat meluas sampai serviks dan vagina</li> <li>•</li> </ul> </li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PARTUS TAK MAJU / KASEP

No.Dokumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

2/3

### PROSEDUR KERJA

#### 4. Tanda-tanda gawat janin

- Air ketuban bercampur mekonium
- Denyut jantung janin melemah sampai hilang
- Tidak teraba gerakan anak

a. Bidan/Siswa menyiapkan pasien di tempat tidur

b. Dokter jaga muda dan koasisten memeriksa tanda vital ibu

c. Dokter menentukana tindakan /pengobatan/rencana yang dilakukan

d. Bidan melakukan instruksi dokter

e. Dokter melaksanakan pemeriksaan Obstetri

f. Dokter menentukan tindakan obstetric yang akan dilakukan saat itu, apakah seksio sesar, forceps, ekstraksi total atau emriotomi. Sebelum tindakan dilakukan perbaiki keadaan umumnya dahulu

g. Bidan meyiapkan peralatan dan meyiapkan pasien

h. Bidan/ siswa membawa pasien ke kamar operasi bila akan dilakukan seksio sesar

i. Dokter melakukan tindakan obstetric (forceps Seksio Sesar)

j. Dokter anak dan peralatannya telah siap

k. Bidan memindahkan pasien ke bangsal atau keruang pulih

l. Dibangsal dokter merawat dan menjaga pasien supaya tidak terjadi komplikasi

#### Penatalaksanaan

##### 1. Memperbaiki keadaaan umum

- Puasa karena mungkin akan dilakukan tindakan narkose
  - Pasang katetr menetap
  - Biarkan oksigen
    - a. Pemberian cairan, kalori dan elektrolit
- Pasang infude set dengan cairan NS 500 ml dan Dextrose 5% / 10% dalam 1-2 jam pertama selanjutnya tergantung
- Produksi urine
  - BD Plasma (bila dapat)



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI PARTUS TAK MAJU / KASEP

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/3

### PROSEDUR KERJA

b. Penurunan Panas

- Kompres basah / alcohol
- Antiseptik bila perlu

c. Koreksi kelainan Psikis

Sedatif : Sebaiknya pethidin 50 mg I.M  
Mengurangi rasa nyeri  
Memberikan istirahat  
Menenangkan

Kortikosteroid untuk mengurangi kelelahan  
psikis/stress :

Dexamethason 4 mg 1 x saja,  
kortikosteroid 1 – 3 mg/kgbb

2. Pengakhiran kehamilan tergantung dari

- Sebab kemacetan
- Jenis kehidupan/mati, sedapat mungkin pervaginam oleh karena bila per-abdominan dapat menyebabkan infeksi kerongkongan abdomen.

Kalau per-abdominan sebaiknya :

- Seksio sesar ekstrapéritoneal
- Seksio sesar histerektomi
- Pasang drain karet dan kavum douglas/karet samping abdomen bila perlu.

3. Perawatan pasca persalinan

1. Mencegah infeksi

- Pemberian antibiotik
- Perhatikan involus uterus / lochia

2. Mencegah fistulasi : pasang kateter nomor 16/18 menetap selama lebih kurang 7 – 14 hari, kateter diganti 5 hari sekali. Setelah kateter lepas perhatikan buang air kecilnya.

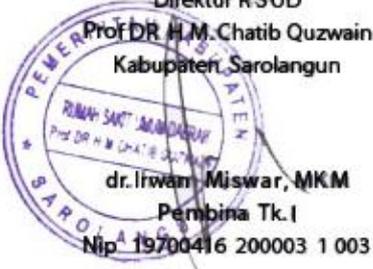
Komplikasi

1. Ibu

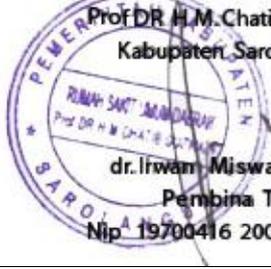
1. Infeksi sampai sepsis
2. Asidosis dan gangguan elektrolit
3. Dehidrasi, syok, kegagalan fungsi organ
4. Robekan jalan lahir
5. Fistula buli-buli, vagina, rahim dan rectum

### INSTALASI YANG TERKAIT

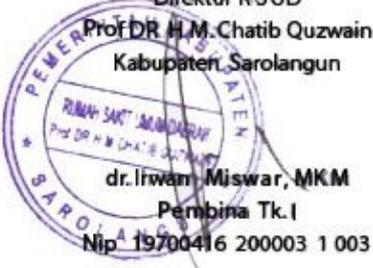
Bagian kebidanan dan kandungan, neonatologi

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI RUPTURA UTERI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu keadaan dimana terjadi robekan uterus oleh suatu hal		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita ruptur uteri		
<b>KEBIJAKAN</b>	Segala persiapan ataupun tindakan yang dilakukan sebelum operasi hendaknya dipersiapkan sebaik mungkin meliputi persiapan penolong alat dan pasien. Tindakan pembedahan pada kista dikerjakan dengan indikasi (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Diagnosis 1. Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adanya riwayat partus yang lama/macet</li> <li>• Adanya riwayat partus dengan manipulasi oleh penolong</li> </ul> 2. Gambaran klinik <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan umum penderita tidak baik, dapat terjadi syok dan anemis</li> <li>• Pada pemeriksaan luar didapat : perdarahan pervaginam kontraksi uterus biasanya hilang, bagian janin mudah diraba dibawah dinding perut ibu atau janin teraba disamping uterus atau DJJ biasanya negative.</li> <li>• Terdapat tanda-tanda cairan bebas.</li> <li>• Nyeri tekan perut terutama di daerah robekan.</li> <li>• Pada pemeriksaan dalam didapatkan : kepala atau bagian terbawah janin dengan mudah dapat didorong ke atas, dan ini disertai pengeluaran darah pervaginam yang agak banyak.</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI RUPTURA UTERI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada kateterisasi didapat urine darah</li> <li>• Kadang-kadang kita meraba robekan pada dinding rahim kalau jari tangan dapat dapat melalui robekan tadi maka dapat diraba omentum, usus dan bagian janin</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bidan menyiapkan pasien di tempat tidur</li> <li>2. Dokter menentukana tindakan /pengobatan/rencana yang dilakukan</li> <li>3. Bidan melakukan instruksi dokter</li> <li>4. Dokter melaksanakan pemeriksaan Obstetri</li> <li>5. Dokter menentukan tindakan obstetric yaitu laparatomi</li> </ol> <p>Penatalaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki keadaan umum : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atasi syok dengan cara pemberian cairan darah</li> <li>• Pemberian antibiotik</li> <li>• Oksigen</li> </ul> </li> <li>2. Laparatomi : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tindakan yang akan dilakukan tergantung banyak factor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis rupture uteri</li> <li>• Jenis luka rupture uteri</li> <li>• Umur dan jumlah anak</li> <li>• Kemampuan dan keterampilan penolong</li> </ul> </li> <li>b. Jenis tindakan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerektomi</li> <li>• Hosterorafi</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol> <p>Komplikasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu : syok sampai kematian</li> <li>2. Janin : gawat janin sampai kematian janin</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, instalasi bedah sentral, neonatologi.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI POSTTERM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Perawatan penderita dengan postterm yang akan diterminasi merupakan kesatuan antara kesiapan penderita dan keluarga dan kesiapan penolong.		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan perawatan medis secepatnya pada pasien rawat inap hamil postterm pada usia kehamilan lebih atau sama dengan 42 minggu.</li> <li>2. Member pelayanan perawatan seoptimal mungkin sesuai dengan kebutuhan pasien rawat inap yang akan ditentukan penatalaksanaannya.</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada dasarnya perawatan penderita di bangsal berasal dari kamar bersalin atau poliklinik KRT</li> <li>2. Dilakukan pemeriksaan penunjang untuk keperluan diagnostic</li> <li>3. Adanya tempat tidur yang tersedia. (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</li> </ol>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Macam perawatan : terminasi kehamilan melalui induksi persalinan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengadakan pemeriksaan untuk menegakkan diagnostic</li> <li>b. Mengadakan visite tiap pagi untuk mengevaluasi tanda vital ibu, gerakan janin, penambahan berat badan, dan lingkaran perut, tanda inpartu serta penilaian bishop score.</li> <li>c. Melakukan konsultasi yang berjenjang.</li> <li>d. Melakukan pemeriksaan penunjang USG ( usia gestasi, pemantauan cacat bawaan, keadaan kesejahteraan janin ), kardiografi,</li> </ol> </li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN OPERASI POSTTERM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>2. Bidan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan instruksi dokter</li> <li>b. Mengikuti visite dokter</li> <li>c. Memeriksa kelengkapan catatan medic pasien</li> <li>d. Menyiapkan tempat tidur pasien</li> <li>e. Memindahkan pasien pada tempat tidur yang telah disiapkan</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan		
	rongent ( melihat pusat penulangan ) dan labor kadar estriol urin dan darah , labor		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN PELAYANAN RUJUKAN</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Pelayanan rujukan adalah pelayanan yang diberikan pada pasien yang datang kebagian obstetric dan ginekologi RSUD Sarolangun baik yang datang melalui IGD (instalasi gawat darurat) maupun poliklinik dengan membawa surat rujukan dari rumah sakit lain, dokter, ataupun paramedic (bidan).		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan fasilitas pelayanan medic kepada pasien yang datang dengan membawa surat rujukan untuk menangani keadaan sakit mereka sebagai tindak lanjut dari penanganan yang telah diberikan sebelumnya,		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap pasien yang datang mendapat pelayanan yang sesuai dengan keadaan sakit mereka.</li> <li>2. Memakai semua fasilitas yang dimiliki unit kebidanan dan kandungan untuk memeriksa , memonitor dan mengevaluasi keadaan pasien terdapat keadaan patologis atau dengan kamar bersalin bila ada pasien tersebut dalam keadaan inpartu , atau kamar operasi bila ternyata pasien membutuhkan segera tindakan operatif.</li> </ol> <p>(sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paramedic menyiapkan pasien di tempat tidur</li> <li>2. Jika ditemukan keadaan darurat maka dokter dan paramedic segera melakukan tindakan untuk mengatasi keadaan tersebut sampai kondisi pasien stabil. Bila keadaan telah stabil maka dokter melakukan anamnesis dan membaca dengan seksama surat rujukan yang dibawa oleh pasien.</li> </ol>		

	3. Dokter dan paramedic memeriksa tanda vital ibu dan melakukan pemeriksaan laboratorium yang dibutuhkan.
--	---

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PERSIAPAN PELAYANAN RUJUKAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Dokter melakukan tindakan /pengobatan/rencana yang akan dilakukan terhadap pasien.</li> <li>5. Paramedic melaksanakan instruksi dokter</li> <li>6. Dokter melakukan pemeriksaan obstetric dan ginekologi, yaitu pemeriksaan luar, spekulum dan pemeriksaan dalam.</li> <li>7. Dokter melakukan tindakan obstetric dan ginekologi selanjutnya <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perawatan ekspektatif</li> <li>b. Perawatan aktif</li> <li>c. Tindakan operatif</li> </ol> </li> <li>8. Jika akan dilakukan suatu tindakan terhadap pasien maka terlebih dahulu dokter harus membuat informed consent yang ditandatangani dokter, keluarga pasien dan saksi.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Bagian kebidanan dan kandungan, medical record		

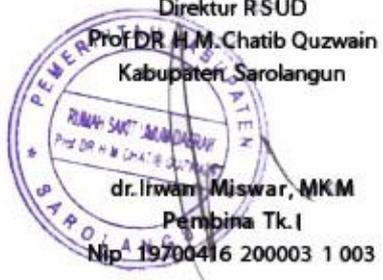
 <p>RSUDPROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PARTUS NORMAL / PERSALINAN SPONTAN</b>		
	No. Dokumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip.19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Partus normal adalah partus dimana keadaan ibu dan bayi dilahirkan dalam keadaan baik dan persalinan menjadi spontan		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melahirkan bayi dalam keadaan sehat</li> <li>2. Melahirkan bayi dengan kekuatan kontraksi uterus mmsg dan ibu</li> <li>3. tidak ada komplikasi ibu, bayi</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Prosedur tetap dan standar pelayanan medis (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. melakukan anamnesa</li> <li>2. melakukan pemeriksaan obstetri dasar dan pemeriksaan penunjang</li> <li>3. mendiagnosis</li> <li>4. melakukan penatalaksanaan</li> <li>5. melakukan pemantauan kemajuan persalinan kala I          pasien dievaluasi menurut partograf who meliputi           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. keadaan ibu : tekanan darah, nadi pernafasan, suhu dan urine</li> <li>b. kemajuan persalinan : kontraksi uterus, pembukaan, penurunan dan molase</li> <li>c. keadaan janin : denyut jantung janin, air ketuban</li> <li>d. obat-obatan penunjang</li> </ol> </li> </ol> <p>Kala II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. memberikan dukungan terus menerus</li> </ol>		

	kepada ibu : - merupakan langkah penting dalam asuhan ibu
--	--

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PARTUS NORMAL / PERSALINAN SPONTAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dalam penyusunan rencana asuhan harus berdasarkan diagnosa /masalah baik aktual maupun potensial</li> <li>- pertahankan kebersihan ibu</li> <li>- mempersiapkan kelahiran bayi</li> <li>- membimbing mengedan pada waktu his</li> <li>e. melakukan pemantauan keadaan ibu dan denyut jantung janin terus menerus</li> <li>f. melakukan amiotomi bila diperlukan melakukan efisotomi jika diperlukan</li> <li>g. melahirkan kepala dengan benar</li> <li>h. melonggarkan atau melepaskan bila ada lilitan tali pusat pada kepala dan badan bayi</li> <li>i. melahirkan bahu dan diikuti badan bayi</li> <li>j. nilai tanda-tanda kehidupan minimal 3 aspek : adakah usaha bernafas, denyut jantung dan warna kulit</li> <li>k. klem/jepit tali pusat di dua tempat dan potong dengan gunting steril/dtt</li> <li>l. Menjaga kehangatan bayi</li> <li>m. Merangsang pernapasan bayi jika diperlukan</li> <li>Kala III</li> <li>Melaksanakan manajemen aktif Kala III</li> <li>a. Melakukan masase uterus ntuk menyakinkan tidak ada bayi lain</li> <li>b. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin</li> <li>c. Memberikan suntik oksitosin 10 U im             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat diberikan ketika kelairan bahu depan bayi, jika petugas lebih dari satu dan dipastikan hanya ada bayi tunggal.</li> <li>- Dapat diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi jika hanya ada seorang petugas dan hanya bayi tunggal</li> <li>- Oksitosin 10 U im dapat dulangi setelah 15 menit jika plasenta belum lahir</li> <li>- Jika Oksitosin tidak tersedia, rangsang puting</li> </ul> </li> </ul>		

	payudara ibu atau berikan ASI pada bayi guna menghasilkan oksitosin alamiah.
--	--

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PARTUS NORMAL / PERSALINAN SPONTAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>d. melakukan perenggangan tali pusat kendali atau PTT</p> <p>e. setelah ada tanda-tanda pelepasan plasenta , plasenta dilahirkan dengan Prasad Brant Andrew</p> <p>f. Setelah kelahiran plasenta, lakukan masase fundus uteri</p> <p>Kala IV Lanjutkan pemantauan kontraksi uterus, pengeluaran darah tanda-tanda bayi vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setiap 15 menit selama 1 jamSelama 20-30 menit selama jam kedua</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Departemen Obgin, Departemen Anak, instalasi kebidanan		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PROSEDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/6
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun   dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan timbulnya hipertensi >160/110 mmHg disertai protein urine dan edema pada kehamilan 20 minggu atau lebih		
<b>TUJUAN</b>	1. Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita pre-eklampsia berat 2. Mencegah komplikasi lanjut		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas berupaya untuk mengurangi morbiditas ibu hamil dan janin (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Pre-Eklampsia berat bila terdapat satu atau lebih gejala / tanda dibawah ini : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah systole <math>\geq</math> 160 mmHg diastole <math>\geq</math> 100 mmHg</li> <li>2. Protein urine &gt; 5 g/24 jam atau kualitatif 4+ (++++)</li> <li>3. Oliguria, jumlah produksi urine &lt; 500 ml/24 jam yang disertai kenaikan kadar kreatin darah.</li> <li>4. Gangguan visus dan serebral</li> <li>5. Nyeri epigastrium</li> <li>6. Edema paru dan sianosis</li> <li>7. Pertumbuhan janin intra uterine terhambat</li> <li>8. adanya sindrome HELLP (H=Hemolysis EL= Elevated Liver enzymes LP= Low platelet count)</li> </ol> <b>Impending Eklampsia</b> Bila pre-eklampsia dengan gejala ini <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri kepala hebat</li> <li>2. Gangguan visual</li> <li>3. Muntah-muntah</li> <li>4. Nyeri epigastrium</li> <li>5. Tekanan darah naik secara progresif</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/6

### PROSEDUR KERJA

1. Anamnesis ulang keluhan hari ini
2. Pemeriksaan fisik umum dan tanda vital dari ibu serta menilai indeks gestosis
3. pemeriksaan obstetri
  - a. tinggi fundus utama
  - b. Denyut jantung janin
  - c. taksiran martinitas janin
4. melengkapi pemeriksaan lab yang belum diperiksa, pemeriksaan lab biasanya mencakup :
  - a. Urine rutin : Protein, Darah urine, Glukosa, Billirubin, Sedimen
  - b. Darah rutin : Hemoglobin, Leokosit, Hematokrit, Trombosit, waktu pembekuan/waktu pendarahan
  - c. Kimia darah : Gula darah, protein albumin/globulin, Kolesterol, asam urat, bilirubin, SGOT/SGT, Ureum, Kretin
5. Pemeriksaan ulang tersebut bila diperlukan
6. Pemeriksaan penunjang : USG, profil bio fisik setiap 3 hari atau bila diperlukan. konsul antar bagian bila diperlukan

Penatalaksanaan :

1. Perawatan aktif
  - a. Indikasi  
Bila didapatkan satu atau lebih keadaan ini :
    1. Ibu
      - a. kehamilan > 37 minggu
      - b. Adanya tanda impending eklampsia
      - c. Perawatan konserfatif gagal
        - 6 jam setelah pengobatan medical terjadi kenaikan tekanan darah
        - 2 jam setelah pengobatan medical gejala tidak berubah
    2. Janin :
      - a. adanya tanda-tanda gawat janin
      - b. adanyan pertumbuhan janin terhambat dalam rahim

laboratorik : adanya siyndrome HELLP



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/6

### PROSEDUR KERJA

#### 1. Pengobatan Medical

- 1) Segera rawat
- 2) Tirah baring miring kesatu sisi (kiri)
- 3) Infus D5 : RL = 2 : 1 (6 – 125 ml/jam)
- 4) Antasida
- 5) Diet : cukup protein rendah karbohidrat, lemak dan garam.

#### 6) obat-obatan anti kejang : sulfas magnesikus = SM = MgSO<sub>4</sub>

- a) Dosis awal 4 gr (20 ml 20 %) I.V. pelan (1 gr/menit) sebaiknya melalui karet infuse, dilanjutkan 8 gr (20 ml 40%) I.M. : 4 gr bokong kanan dan 4 gr bokong kiri
  - b) Dosis ulangan tiap 6 jam diulang 4 gr (10 ml 40%) I.M.
  - c) Syarat-syarat pemberiaan sulfas magnesikus :
    - i) Tersedia kalsium glokonas 1 gr = 10 ml (10%) I.V. pelan ± 3 menit.
    - ii) Reflek palela (+) kuat
    - iii) Pernapasan > 16 x/menit tanpa tanda-tanda distress pernapasan
    - iv) Produksi urine > 100 ml dalam 24 jam sebelumnya (0,5 ml/kgBB/jam)
  - d) Dihentikan bila :
    - i) Adanya tanda-tanda intoksikasi
    - ii) Setelah 24 jam pasca persalinan
    - iii) 6 jam pasca persalinan
  - e) Mencegah komplikasi
- ❖ Diuretika diberikan atas indikasi
- 1) Endema Paru
  - 2) Payah jantung kongesif
  - 3) Edema anasarka
  - 4) kelainan fungsi ginjal (bila faktor pre-renal sudah diatasi yang dipakai adalah derivate Furosemid (Lasix 40im)



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT

No.Dokumen

SPO/...../RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

4/6

### PROSEDUR KERJA

2) Anti hipertensi diberikan atas indikasi :

a) clonidin (catapes) 1 ampul = 0,15 mg/ml 1 amp + 10 ml NaCL 0,9% / aquadest masukkan 5 ml I.V. pelan 5 menit kemudian tekanan darah diukur, bila tidak turun maka diberikan sisanya (5 ml pelan I.V. 5 menit)

Pemberian obat dapat diulang setiap 4 jam sampai tekanan darah normotensif

b) serpasil 1 amp = 1mg (1ml) 1 mg + 10 ml NaCL 0.9 % /aquadest masukkan 2,5 ml I.V. pelan -> berikan lagi 2,5 ml dst sampai tekanan darah yang diinginkan.

c) Hydralazin (Alpresolin) 1 amp = 20 mg 1amp diencerkan -> I.V. pelan melalui karet infuse dapat diulang setelah 20-30 menit.

3) Kardionik atas indikasi tanda-tanda menjurus payah jantung, diberikan cedilanid digitaslisasi cepat, sebaiknya kerjasama dengan divisi jantung.

4) Lain-lain

a) anti peretika atas indikasi suhu rectal > 38,5 -> Xylomidon 2 ml dan atau kompres dingin/alcohol.

b) anti biotoka kalau ada indikasi

c) analgetika atas inikasi kesakiyatan / gelisah -> 50-75 mg pethidin > 2 jam sebelum janin lahir.

b. Pengobatan Obstetrik

cara pengakiran kehamilan / persalinan :

1) Belum inpartu

a) Induksi persalinan

i. Amniotomi

ii. Drip Oksitosin dengan syarat skor bishope skor 8

b) Seksio Sesar (SS) bila :

i. Syarat Drip Oksitosin tidak terpenuhi

ii. 12 jam sejak Drip Oksitosin belum masuk fase

	<p>aktif</p> <p>iii. Pada primipara cenderung SS</p>
--	--

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 5/6
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>) Inpartu</p> <p>a. Kala I : - FAselatif tunggu 6 jam, bila tetap fase laten -&gt; SS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase Aktif : - Amniotomi</li> <li>- Tetes pitosin 6 jam pembukaan belum lengkap -&gt; SS</li> </ul> <p>b. Kala II : Tindakan dipercepat sesuai dengan syarat yang dipenuhi.</p> <p>2. Perawatan konservatif</p> <p>a. Indikasi perawatan konservatif, bila keadaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kehamilan &lt; 37 minggu</li> <li>2. Keadaan janin nbaik</li> <li>3. Tidak ada impending eklampsia</li> </ol> <p>b. Pengobatan Medisinal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diberikan 20 gr SM 40 % I.M sebagai disis awal, dilanjutkan 10 gr I.M. setiap 4 jam</li> <li>2. Bila ada perbaikan atau tetap diteruskan 24 jam</li> <li>3. apabila setelah 24 jam ada tanda-tanda perbaikan maka pengobatan diteruskan sebagai berikut :</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Diberikan tablet Diazepam 3 x 5 mg P.O. atau Lumunal 3 x 30 – 60 mg PO.</li> <li>b. Obat-obatan anti hipertensi oral diberikan apabila tekanan darah masih 160/110 mmHg atau lebih</li> </ul> <p>c. Obat-obatan diurcetika hanya diberikan atas indikasi Pengobatan Obstetrik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi dan evaluasi sama dengan perawatan aktid, hanya tidak dilakukan pengakhiran kehamilan</li> <li>2. Obat SM dihentikan bila ibu sudah mencapai tanda-tanda Pre-eklampsia ringan selambat-lambatnya 24 jam</li> <li>3. lebih dari 24 jam tidak ada perbaikan maka perawatan konservatif dianggap gagal dan dilakukan terminasi</li> </ol> <p>d. Penderita boleh pulang bila :</p>		

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penderita sudah mencapai perbaikan dengan tanda-tanda pre-eklampsia ringan, perawatan dilanjutkan sampai dengan tiga hari lagi</li> <li>2) Bila dalam 3 hari keadaan tetap baik (tanda-tanda pre-eklampsia ringan) penderita boleh dipulangkan</li> </ol>
--	---

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>EDUR TINDAKAN PRE-EKLAMPSIA BERAT</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 6/6
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Komplikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cerebro-Vascular Diseases (CVD)</li> <li>b. Gagal jantung</li> <li>c. Gagal Ginjal</li> <li>d. Solusio Plasenta</li> </ol> </li> <li>2. Janin <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Intra uterine Growth Retardation (IUGR)</li> <li>b. Gawat janin</li> <li>c. Janin mati</li> </ol> </li> </ol> <p>Tindak Lanjut Perawatan di rumah sakit Setelah melahirkan control poliklinik laktasi</p> <p>Prognosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dubia</li> <li>2. Tergantung indeks gestosis, makin tinggi indeks gestosis makin jelek prognosinya.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan kandungan, Penyakit dalam, Mata		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PROSEDUR TINDAKAN EKLAMPSIA</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/5
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Ditetapkan Direktur  <u>Dr.Irwan Miswar, MKM</u> Pembina Tk.I NIP . 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Kelainan akut pada wanita hamil, dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang atau koma. Sebelumnya wanita tadi menunjukkan gejala-gejala pre-eklampsia berat (kejang-kejang timbul bukan akibat kelainan neurologi)		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita eklampsia</li> <li>2. Mencegah kejang ulang dan komplikasi lanjut</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas berupaya untuk mengurangi morbiditas ibu hamil dan bayi baru lahir (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehamilan &gt; 20 minggu atau saat persalinan atau saat nifas</li> <li>2. Tanda-tanda pre-eklampsia berat (hipertensi, edema dan proteinuria)</li> <li>3. Kejang-kejang dan atau koma</li> <li>4. Kadang-kadang disertai dengan gangguan fungsi organ-organ</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnesis ulang keluhan hari ini</li> <li>2. Pemeriksaan fisik umum dan tanda vital dari ibu serta menilai indeks gestosis</li> <li>3. Pemeriksaan Obstetri</li> <li>4. Tinggi fundus uteri</li> <li>5. Denyut jantung janin</li> <li>6. Taksiran martunis janin</li> <li>7. Melengkapi pemeriksaan lab yang belum diperiksa, pemeriksaan lab biasanya mencakup : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Urine rutin : Protein, Darah urine, Glukosa, Billirubin, sedimen</li> <li>b. Darah rutin : Hemoglobin, Leukosit, Kematokrit, Trombosit, waktu pembekuan/waktu pendarahan</li> </ol> </li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN EKLAMPSIA

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/5

### PROSEDUR KERJA

c. Kimia darah : Gula darah, protein, albumin/globulin, kolesterol, asam urat, bilirubin, SGOT/SGPT, Ureum, Kretinin

#### 8. Perawatan di ICU

Prinsip Pengobatan

1. Menghentikan dan mencegah kejang –kejang
2. Memperbaiki keadaan umum ibu / janin seoptimal mungkin
3. Mencegah komplikasi
  - 1) Obat-obatan untuk anti kejang
    - a.  $MgSO_4$ 
      - a). Dosis awal : 4 gr 20% I.V. pelan-pelan selama 3 menit atau lebih, disusul 10 gr 20% I.M. terbagi pada bokong kanan dan bokong kiri.
      - b). Dosis ulangan : 6 jam diberikan 4 gr 40% I.M. diteruskan sampai 24 jam pasca persalinan atau 24 jam bebas kejang
      - 3) bila ada kejang lagi diberikan 20%  $MgSO_4$  20% I.V. pelan-pelan. Pemberian I.V. ulangan ini hanya sekali saja apabila masih timbul kejang lagi maka diberikan Pentotal 5 mg/kgBB pelan-pelan.
      - 4) bila ada tanda-tanda keracunan  $MgSO_4$  diberikan anti dotum glukonas kalsikus 10gr %, 10 ml I.V. pelan-pelan selama 3 mneit atau lebih
    - b. Diazepam
      - 1) dosisi awal : 20 mg I.V. pelan-pelan selama 4 menit atau lebih disusul dengan 40mg dalam 500 ml dextrose 5% infuse dengan kecepatan 30 tetes/menit.
      - 2) Pengobatan diberikan sampai 12 jam pasca persalinan atau 12 jam bebas kejang



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKANEKLAMPSIA

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/5

### PROSEDUR KERJA

- 3) Apabila ada kejang-kejang ulangan diberikan 10 mg I.V. pemberian ulang hanya sekali saja , apabila kejang lagi diberikan penthotal 5 mg/kgBB I.V. pelan-pelan

Apabila sudah diberikan Penthotal dan Diazepam diluar, maka :

- 1) Kalau pemberian belum lewat waktu 3 jam (I.V./I.M.) maka dosis diazepam yang telah diberikan diperhitungkan dan pengobatan dengan diazepam dilanjutkan
- 2) Kalau pemberian sudah lewat waktu 3 jam atau lebih maka diberikan pengobatan dengan  $MgSO_4$  ata diazepam dosis penuh

d. Perawatan kalau kejang

- 1) kamar isolasi yang cukup terang
- 2) Pasang sadap lidah kedalam mulut
- 3) Kepala direndahkan dan oofaring dihisap
- 4) Oksigenisasi yang cukup
- 5) Fiksasi badan ditempat tidur harus cukup loggar agar jangan faktor.

e. Perawatan kalau kejang

- 1) Monitoring kesadaran dan dalamnya koma dan tentukan skor tanda vital
- 2) Perlu diperhatikan pencegahan dekubitus dan makanan penderita
- 3) Pada koma yang lama bila nutrisi parental tidak mungkin maka berikan dalam bentuk NGT

2. Memperbaiki keadaan ibu

a. Infus D5%

b. Pasang CVB untuk :

- 1) pemantauan keseimbangan cairan (pertimbangan pemberian low molekulare dextran)



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PROSEDUR TINDAKAN EKLAMPSIA

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

4/5

### PROSEDUR KERJA

- 2) Pemberian kalori (Dextrose 10%)
- 3) Koreksi keseimbangan asam basa (pada keadaan asidosis maka diberikan Bio-nat / meylon 50mEq I.V.)
- 4) Koreksi keseimbangan elektrolit (didasarkan atas hasil pemeriksaan laboratorium)

#### Mencegah komplikasi

- a. Obat-obatan anti hipertensi diberikan pada penderita-penderitadengan tekanan darah 180/110 mmHg atau lebih
- b. Diuretika, diberikan atas indikasi
  - a) Edema paru
  - b) Kelainan fungsi ginjal (apabila factor prerenal sudah diatas)
- c. Kardionotika, diberikan atas indikasi
  - 1) Ada tanda-tanda payah jantung
  - 2) Edema paru
  - 3) nadi lebih 120x/meit
  - 4) SinosisDiberikan digitalisasi cepat dengan cedilanid
  - a. Natibiotika diberikan ampicilin 3 x 1 gr I.V.
  - b. Antipiretika : Xylomidon 2ml I.M. dan atau kompres dingin/alkohol.
- d. Kortikosteroid

Pada penderita yang koma, bila ada pemeriksaan tidak didapatkan anda-tanda CVA, makaboleh diberikan Oradexone 40 mg I.V. untuk mengatasi edma otak.

#### 4. Terminasi kehamilan / persalinan

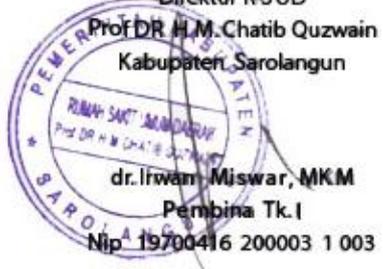
Stabilisasi : 4 – 8 jam setelah salah satu atau lebih keadaan dibawah ini :

- a. Setelah kejang terakhir
- b. Setelah pemberian anti kejang terakhir
- c. Setelah pemberian anti hipertensi terakhir
- d. Penderita mulai sadar
- e. untukyang oma, tentukan skor tanda vital (STV)
  - STV > 10 → boleh terminasi
  - STV < 9 → tunda 6 jam → kalu tak ada

	<p>perubahan → Terminasi</p> <p>Cara pengakhiran kehamilan dan persalinan sama dengan PEB</p> <p>Komplikasi sama dengan PEB</p> <p>Tindak lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan dirumah sakit, ICU</li> <li>2. Setelah melahirkan dilakukan konsultasi dengan bagian neurologi, Mata dan Penyakit Dalam</li> </ol>
--	---

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>EDUR TINDAKAN EKLAMPSIA</b>		
	<p>No.Dokumen</p> <p>SPO/...../</p> <p>RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman</p> <p>5/5</p>
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Prognosis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Koma yang lama (6 jam atau lebih)</li> <li>2. Nadi &gt; 120x/menit</li> <li>3. Suhu &gt; 130 °F atau &gt; 39°C</li> <li>4. Tekanan darah &gt; 200 mmHg</li> <li>5. Konvulsi &gt;10 kali</li> <li>6. Proteinuria &gt; 10 gr</li> <li>7. Tak ada edema, edema menghilang</li> </ol> <p>Kalau dijumpai satu atau lebih dari gejala tersebut diatas prognosis ibu buruk</p> <p>8. Pengobatan Medicinal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Istirahat dirumah, tirah baring miring 1 jam pagi dn 1 jam siang</li> <li>b. fenobarbital 3 x 300 mg atau Diazepam 3 x 2 mg 1 minggu</li> <li>c. Bila dengan perawatan diatas, tekanan darah diastole tetap diatas 90 mmHg, maka dapat diberikan obat anti hipertensi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Aldomet 500-2000 mg perhari atau Hidralazin 40-200 mg perhari atau Clonidine (tetapi awal ½ tablet 2-3 kali sehari)</li> <li>2) bila tekanan darah belum turun, dapat ditambahkan propranolol dengan dosis permulaan 4 x 10 mg perhari dinaikkan 4 x 40 mg perhari</li> </ol> </li> <li>d. Bila terjadi Pseudo-tolernsi terhadap obat-obat anti hyertensi dapat diberikan HTP 50mg per oral 2 hari sekali</li> <li>e. Bila terjadi supeimposed pre-eklampsia / eklampsia</li> </ol> <p>9. Pengobatan Obstetri</p> <p>Pengobatan hipertensi kronik maupun superinosed,</p>		

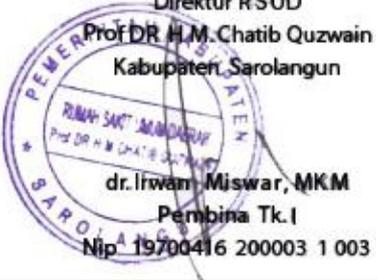
	disesuaikan dengan pengobatan obstetrik pada pre-eklampsia /eklampsia.
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandunga, Penyakit Dalam, Mata, Neurologi, ICU

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN SEPSIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Adanya kehamilan yang disertai infeksi berat atau sepsis, baik intra atau ekstra genital		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita sepsis		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas berupaya untuk mengurangi morbiditas ibu hamil dan janin (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Keadaan ini ditandai dengan demam tinggi dengan keluhan sistemik sesuai dengan organ tubuh yang diserang oleh kuman : batuk, sesak nafas, diare dan lain-lain. keadaan umum sakit berat, tekanan darah menurun, nadi 120 kali/menit, suhu &gt; 38,5 °C, bronkhi pada paru-paru, fluor albus berbau usuk. Lekositosis (+), diperkuat dengan hasil kultur darah, urine, lekore dan analisis gas darah, USG dan profil bio-fisik norma/jelek</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat tidur yang dapat dibuat posisi setengah duduk</li> <li>2. Oksigen</li> <li>3. Infuse set dan cairan infuse D5%, RL, NaCL</li> <li>4. Foley kateter</li> <li>5. Obat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Antibiotika adekuat yaitu ampicillin 1 g, Gentamisin 80 mg, metronidazole infuse/suppose</li> <li>b. Kortikosteroid injeksi</li> </ol> </li> <li>6. Pemeriksaan yang diperlukan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan fisik lengkap obstetric dan ginekologi</li> <li>b. Laboratorium lengkap, darah ,urine, fases, fungsi ginjal, elektrolit darah, kultur darah an unit, uji kepekaan, astrup foto toraks, USG, profil biofisik.</li> </ol> </li> <li>7. Konsultasi ke Unit Penyakit Dalam</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN SEPSIS</b>		
	No.Dokumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/...../RSUD-SRL		2/2
<p><b>PROSEDUR KERJA</b></p>	<p>Penatalaksanaan Pengobatan medik bertujuan memperbaiki keadaan umum dan mengeradikasi kuman penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tirah baring total / posisi setengah duduk</li> <li>2. Oksigen</li> <li>3. infuse cairan dan elektrolit harus cukup, catat intake-out put, jika perlu pasang CVP</li> <li>4. Diet ML / MS TKTP.</li> <li>5. Antibiotika adekuat (Kedacilin, Gentamycin dan Flagil)</li> <li>6. Kortikosteroid dosis tinggi</li> <li>7. Digitalisasi untuk menurunkan HR &lt; 120 x/mnt.</li> <li>8. Sedatif</li> <li>9. Selanjutnya antibiotika disesuaikan dengan hasil uji kepekaan</li> </ol> <p>Indikasi pulang jika keadaan umum ibu dan janin baik, laboratorium dalam batas normal dan post partum dalam keadaan umum, baik.</p> <p>Komplikasi : Endokarditis bakterialis Tindak lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol dibagian rawat jalan kebidanan</li> <li>2. Rencana partus pervaginam</li> </ol>		
<p><b>INSTALASI YANG TERKAIT</b></p>	<p>Kebidanan dan Kandungan, PD, IKA/Neonatus</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT JANTUNG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: center;">dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Kehamilan yang disertai dengan kelainan pada jantung yang didapat saat hamil atau diluar kehamilan.		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pelayanan dan perawatan medis secepat mungkin pada penderita hamil dengan kelainan jantung		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Penanganan kehamilan dengan kelainan jantung ditujukan agar ibu mendapatkan kehamilan yang mempunyai komplikasi seminimal mungkin terhadap ibu dan janin. oleh karena itu penatalaksanannya pun harus melibatkan bagian lain sehingga merupakan suatu penanganan yang multi disipliner (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat tidur yang dapat dibuat posisi setengah duduk</li> <li>2. Oksigen</li> <li>3. Tranfusi / Infuse set dan cairan infuse D5%, RL dan garam fisiologis</li> <li>4. Foley kateter</li> <li>5. Sendiladid ampul, lasik amul, digoksin tab</li> <li>6. Pemeriksaan yang diperlukan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan fisik lengkap obstetric dan ginekologi</li> <li>b. Laboratorium lengkap, darah ,urine, fases, fungsi ginjal, elektrolit darah</li> <li>c. Foto toraks</li> <li>d. USG, profil biofisik.</li> <li>e. Konsultasi ke Unit Penyakit Dalam</li> </ol> </li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PROSEDUR TINDAKAN KEHAMILAN DENGAN PENYAKIT JANTUNG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Penatalaksanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidur pada posisi setengah duduk</li> <li>2. Pasang kanula oksigen pada hidung pasien dan alirkan oksigen 2-5 liter/menit</li> <li>3. Pasang infuse / tranfusi set</li> <li>4. Batasi pemberian masuk yaitu kurang lebih 1500 ml/24 jam, gunakan cairan D 5% RL : NaCL 2 : 1 : 1 dengan tetesan 20 tetes/menit</li> <li>5. pasang kateter mentap catat intake dan output cairan</li> <li>6. diet makan lunak rendah garam</li> <li>7. jika denyut jantung 120/ menit lakukan digitalisasi dengan injeksi sedilan IV (bolus); dapat diulang 15 menit kemudian jika denyut jantung &lt; 120 x/menit</li> <li>8. berikan digoksin tablet 2 – 3 kali/hari</li> <li>9. lasik injeksi diberikan pada kasus hipervolemi</li> <li>10. Rencana Persalinan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hamil aterm diterminasi sedapat mungkin pervaginam jika ada kontra indikasi pervaginam dapat dilakukan seksio sesaria.</li> <li>b. hamil preterm pindah rawat ke unit PD sampai inpartu</li> </ol> </li> <li>11. Paramedis dan dokter jaga melaksanakan semua instruksi perawatan dan pengobatan yang sudah ditetapkan dan mencatatnya dalam berkas catatan medic.</li> </ol> <p>Tindak Lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan dirumah sakit sebelum melahirkan</li> </ol> <p>Setelah melahirkan dilakukan konsultasi dengan bagian Penyair Dalam.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Kebidanan dan Kandungan, Penyakit Dalam, ICU/Anasthesi		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>HIPEREMESIS GRAVIDARUM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Hiperemesis adalah keadaan dimana penderita mual, muntah-muntah yang berlebihan $\geq 10x$ dalam 24 jam atau setiap saat sehingga mengganggu kesehatan dan pekerjaan sehari-hari		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pedoman petugas tentang langkah-langkah pengelolaan hiperemesis gravidarum, sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.</li> <li>2. Agar penderita mendapat pertolongan segera dan dapat mengantisipasi supaya tidak jatuh dalam keadaan yang lebih berat atau jelek.</li> <li>3. Petugas dapat mengetahui criteria diagnosis hiperemesis gravidarum, yaitu :           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat I               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mual/muntah yang terus menerus</li> <li>• Perasaan lemah</li> <li>• Nafsu makan tidak ada</li> <li>• Berat badan menurun</li> <li>• Perasaan nyeri di epigastrium</li> <li>• Nadi meningkat, sekitar 100x/menit</li> <li>• Tekanan darah sistolic menurun</li> <li>• Turgor kulit mengurang</li> <li>• Lidah kering, mata cekung</li> </ul> </li> <li>2. Tingkat II               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak lebih lemah dan apatis</li> <li>• Lidah kering dan tampak kotor</li> <li>• Nadi lebih kecil dan cepat</li> <li>• Kadang-kadang suhu naik sedikit</li> <li>• Mata sedikit icterik</li> <li>• Berat badan menurun</li> <li>• Mata cekung</li> <li>• Tekanan darah menurun</li> <li>• Hemokonsentrasi, oliguri, konstipasi</li> <li>• Nafas bau aceton dan aceton dalam urin</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## HIPEREMESIS GRAVIDARUM

No.Dokumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

### TUJUAN

. Tingkat III

- Keadaan umum lebih memburuk dan lebih payah
- Muntah berhenti
- Kesadaran menurun dari somnolen sampai coma
- Nadi lebih kecil dan cepat
- Suhu lebih meningkat
- Tensi menurun
- Ensefalopati Wernicke (nistagmus, diplopia, perubahan mental)
- Icteric

#### 4. Diagnose banding

- Kehamilan dengan ikterik
- Kehamilan dengan hipertensi
- Kehamilan dengan appendicitis akut
- Kehamilan dengan pielonefritis
- Kehamilan dengan ulcus vetriculi

#### 5. Pemeriksaan penunjang

1. Urine (aceton)
2. Fungsi hepar

### KEBIJAKAN

- Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).

### PROSEDUR KERJA

Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.

1. Pasang infuse sesuai advis dokter, lakukan rehidrasi
2. Berikan anti emesis
3. KIE

USG bila kondisi sudah membaik, memastikan ada tidaknya kehamilan kembar atau kehamilan mola

### INSTALASI YANG TERKAIT

Instalasi Rawat Inap Obgin, instalasi rawat anak, Instalasi gawat darurat, Instalasi rawat jalan.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ABORTUS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Abortus ialah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat anak kurang dari 500 gram.</p>		
<b>TUJUAN</b>	<p>Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan abortus, sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan</p>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Pada keadaan abortus kondisi ibu bisa memburuk dan menyebabkan komplikasi. Hal pertama yang harus dilakukan adalah penilaian cepat terhadap tanda vital (nada, tekanan darah, pernapasan dan suhu).</p> <p>Pada kondisi di jumpai tanda sepsis atau dugaan abortus dengan komplikasi, berikan antibiotika dengan kombinasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampicilin 2 gr IV /IM kemudian 1 gr setiap 6 jam</li> <li>2. Gentamicin 5 mg/KgBB setiap 24 jam</li> <li>3. Metronidazole 500 mg IV setiap 8 jam</li> </ol> <p><b>1. Abortus imminens:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan kehamilan</li> <li>b. Tidak perlu pengobatan khusus</li> <li>c. Jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual</li> <li>d. Jika perdarahan berhenti, pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hb dan USG panggul serial setiap 4 minggu. Lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi</li> </ol>		

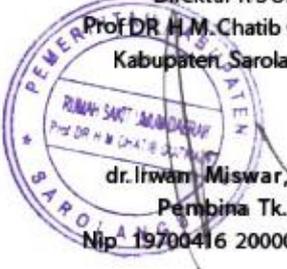
	<p>e. Jika perdarahan tidak berhenti, nilai kondisi janin dengan USG, nilai kemungkinan adanya penyebab lain.</p> <p>f. Tablet penambah darah</p> <p>g. Vitamin ibu hamil diteruskan</p>
--	--

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ABORTUS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>. Abortus inkomplit</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan konseling</li> <li>b. Observasi tanda vital (tensi, nadi, suhu, respirasi)</li> <li>c. Evaluasi tanda-tanda syok, bila terjadi syok karena perdarahan, pasang IV line (bila perlu 2 jalur) segera berikan infus cairan NaCl fisiologis atau cairan ringer laktat disusul dengan darah.</li> <li>d. Jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan &lt;16 minggu, gunakan jari atau forcep cincin untuk mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks</li> <li>e. Jika perdarahan berat dan usia kehamilan &lt; 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus. Aspirasi vakum manual (AVM) merupakan metode yang dianjurkan. Kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan apabila AVM tidak tersedia. Jika evakuasi tidak dapat dilakuka segera: berikan ergometrin 0.2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu)</li> <li>f. Jika usia kehamilan &gt; 16 minggu berikan infus oksitosin 40 IU dalam 1 L NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes per menit</li> <li>g. Lakukan pemantauan paska tindakan setiap 30 menit selama 2 jam, Bila kondisi baik dapat dipindahkan ke ruang rawat.</li> <li>h. Lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium</li> <li>i. Lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan</li> </ol>		

	pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin tiap 6 jam selama 24 jam. Periksa kadar Hb setelah 24 jam. Bila kadar Hb > 8gr/dl dan keadaan umum baik, ibu diperbolehkan pulang
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KETUBAN PECAH DINI ( KPD )</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan atau dimulainya tanda inpartu. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan langkah-langkah pada petugas dalam pengelolaan ketuban pecah dini sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembatasan aktivitas pasien.</li> <li>2. Apabila belum <i>inpartu</i> berikan Eritromisin 4x250 mg selama 10 hari.</li> <li>3. Di RS rujukan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <math>\geq</math> 34 minggu : lakukan induksi persalinan dengan oksitosin bila tidak ada kontraindikasi</li> <li>b. 24-33 minggu: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila terdapat amnionitis, abrupcio plasenta, dan kematian janin, lakukan persalinan segera.</li> <li>• Berikan Deksametason 6 mg IM tiap 12 jam selama 48 jam atau betametason 12 mg IM tiap 24 jam selama 48 jam.</li> <li>• Lakukan pemeriksaan serial untuk menilai kondisi ibu dan janin.</li> <li>• Bayi dilahirkan di usia 34 minggu, bila dapat dilakukan pemeriksaan kematangan paru dan hasil menunjukkan bahwa paru sudah matang.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KETUBAN PECAH DINI ( KPD )</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>c. &lt; 24 minggu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertimbangan dilakukan dengan melihat risiko ibu dan janin.</li> <li>• Lakukan konseling pada pasien. Terminasi kehamilan mungkin menjadi pilihan.</li> <li>• Jika terjadi infeksi (koroamnionitis), lakukan tatalaksana koroamnionitis</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi Dan Instalasi Kamar Operasi.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN EKTOPIK</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Kehamilan ektopik ialah suatu kehamilan dimana ovum yang dibuahi, berimplantasi dan tumbuh tidak pada tempat yang normal, yaitu dalam endometrium rongga rahim (termasuk disini kehamilan servikal dan kehamilankornual).		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan KET, sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan</li> <li>2. Mengantisipasi agar penderita tidak sampai jatuh dalam keadaan yang lebih buruk</li> <li>3. Petugas dapat mengenali KET dengan memeriksa sesuai dengan kriteria diagnosis sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Anamneses: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri perut pada sisi/pertengahan bagian bawah</li> <li>▪ Riwayat terlambat haid</li> <li>▪ Perdarahan pervaginam</li> <li>▪ Adanya riwayat pingsan</li> </ul> </li> <li>❖ Pemeriksaan fisik: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Didapatkan tanda-tanda syok hipovolemik, K Upucat, anemis, hipotermi, tachicardi dan keringat dingin</li> <li>▪ Adanya tanda-tanda akut abdomen berupa : perut tegang terutama bagian bawah</li> <li>▪ Defence muskular (+) adanya tanda-tanda cairan bebas intraabdomen</li> <li>▪ Pemeriksaan dalam (VT) ada fluksus portio lembut dan nyeri goyang portio(+),ny</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>		

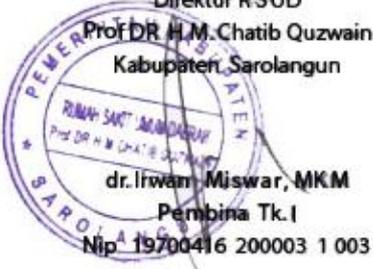
	<ul style="list-style-type: none"> <li>eriputar(slingerpain)(+)</li> <li>▪ Didapatmasadiadneksad annyeritekan</li> <li>▪ Cavum douglasmenonjol</li> </ul>
--	---

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN EKTOPIK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Diagnosabanding. <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Abortusimminens.</li> <li>ii. Apendicitis.</li> <li>iii. Radangpanggul.</li> <li>iv. Neoplasma ovarii yangterinfeksi.</li> <li>v. Torsi.</li> <li>vi. Ruptur tanpakehamilan.</li> </ul> </li> <li>❖ Pemeriksaanpenunjang: <ul style="list-style-type: none"> <li>vii. Laboratoriumdarah.</li> <li>viii. Teskehamilan.</li> <li>ix. Kuldusintesis.</li> </ul> </li> </ul> <p>USG : adanya GS diluar kavum uteridan di sertai gambaran cairanbebas.</p>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Setiapetugas mampumemberikanasuhanpadaibuhamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasang infuse NaCl 0.9%, kalau perlu 2buah</li> <li>2. Transfusi darah dan pemberian cairan untuk mengoreksi anemia dan hipovolemia.</li> <li>3. Laparatomi segera dan lakukan eksplorasi untuk mengetahui kelainan yang terjadi dan selanjutnya lakukan bila: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kehamilan di tuba dilakukan salpingektomi parsial atau total, ini bergantung pada besarnya kerusakan tuba, bahkan kadang-kadang terpaksa salpingoovorektomi bila ovarium pada sisi yang sama ikut rusak.</li> <li>b. Kehamilan pada kornu dilakukan histerektomia subtotal bila umur penderita &gt;</li> </ol> </li> </ol>		

	<p>35 tahun ; dan fundektomi bila penderita masih muda sehingga mereka masih bisa mendapatkan haid seperti biasa atau dilakukan insisi baji bila kerusakan pada kornu kecil dan mudah direparasi kehamilan ektopik abdominal; bila kantong janin dan plasenta mudah diangkat, maka lakukan pengangkatan, sedangkan pada keadaan</p>
--	---

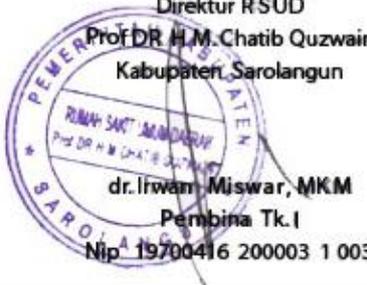
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN EKTOPIK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>c. yang sulit cukup anak dilahirkan dan tali pusat dipotong dekat sekali dengan insersinya dan selanjutnya plasenta ditinggalkan dan dinding perut ditutup.</p> <p>Pada keadaan tertentu dapat dilakukan terapi konservatif dengan metotreksat,yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ditemukan akut abdomen atau tanda-tanda perdarahan intraabdomen.</li> <li>2. Diameter kantong gestasi &lt; 30 mm, janin mati.</li> <li>3. Diameter kantong gestasi &lt; 20 mm, janin hidup.</li> <li>4. Pasien dapat segera ke RS bila didapatkan akut abdomen (rumahdekat).</li> <li>5. Evaluasi USG setiap minggu.</li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.		



 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>MOLAHIDATIDOSA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: right;">Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: right;">dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Merupakan keadaan patologis korion dengan sifat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Degenerasi kistik vili dan perubahan hidrofilik</li> <li>2. Tidak ada pembuluh darah janin</li> <li>3. Poliferasi trofoblas.</li> </ol>		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan mola hidatidosa sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Standar persiapan pengeluaran mola hidatidosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratorium lengkap.</li> <li>• Factor pembeku darah.</li> <li>• USG.</li> <li>• Ruangrontgen.</li> <li>• Tes HCG urine dengan titrasi.</li> <li>• Pemeriksaan lain : T3T4, fibrinogen sesuai dengan kelainan penyerta.</li> <li>• Usahadarah.</li> </ul> <p>Prainteraksi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan penjelasan kepada keluarga atau pasien tentang tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>2. Orang tua bayi menerima dan memberikan persetujuan tentang tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>3. Siapkan ruangan atau kamar bayi.</li> <li>4. Siapkan alat.</li> <li>5. Cucitangan.</li> </ol>		

	<p>Interaksi :</p> <p>1. Secara umum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah diagnosis mola hidatidosa dipastikan evaluasi kemungkinan komplikasi medis lain, segera dilakukan pengelolaan.</li> <li>• Beriantibiotik profilaksis selama 48 jam.</li> </ul>
--	---

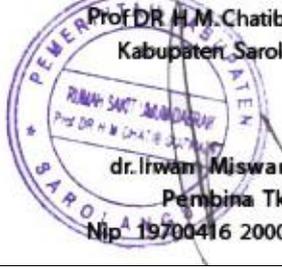
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>MOLAHIDATIDOSA</b>		
	<p>No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 2/2</p>
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>2. Secara khusus:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histerektomi bila penderitanya cukup anak dan ingin steril.</li> <li>• Suction Curetage bila masih mempertahankan fertilitasnya</li> </ul> <p>Langkah-langkah pengelolaan dengan Suction Curetage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dilatasi serviks, dilakukan dengan cara pemasangan batang laminaria selama 18 sampai dengan 24 jam.</li> <li>- Bila kanalis servikalis sudah terbuka, langsung dilakukan kuretase dengan keadaan umum memungkinkan</li> <li>- Bila perdarahan banyak, langsung dilakukan kuretase dengan segera diberikan infus oksitosin sebelum dilakukan induksi anestesi</li> <li>- Bila uterus lebih dari 14 minggu kehamilan, tempatkan satu tangan di fundus uteri untuk merangsang kontraksi uterus dan mengurangi bahaya perforasi</li> <li>- Kuretase tajam dilakukan setelah "suction curetage" untuk membersihkan sisa jaringan mola yang tertinggal dalam kavum uteri</li> </ul> <p>Pengawasan lanjut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penderita mola hidatidosa diamati selama 2 tahun, diperiksakan kadar HCG urine dengan titrasi.</li> <li>• Selama pengamatan lanjut penderita disarankan menggunakan kontrasepsi barrier (kondom) untuk mencegah kehamilan.</li> <li>• Yang diamati dalam pengawasan lanjut:</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kadar HCG. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Involusi.</li> <li>✓ Ada tidaknya kistalutein.</li> <li>✓ Kemungkinan timbul ganas.</li> </ul> </li> <li>○ Jadwal pengamatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Selama 2 minggu dalam 3 bulan pertama.</li> <li>✓ Setiap 1 bulan dalam 3 bulan kedua.</li> <li>✓ Setiap 3 bulan sampai 2 tahun pertama.</li> </ul> </li> <li>○ Foto thorax diperiksa setiap 6 bulan.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.		
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN GANDA ( GEMELLI )</b>		
<b>SPO</b>	No. Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>PENGERTIAN</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>TUJUAN</b>	Kehamilan ganda (gemeli) adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih.		
<b>KEBIJAKAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyebabkan rahim berkontraksi membantu mengeluarkan plasenta dan mengurangi perdarahan ibu.</li> <li>2. Merangsang hormon lain yang membuat ibu tenang, rileks, dan mencintai bayi lebih kuat.</li> <li>3. Merangsang pengaliran ASI dari payudara, sehingga ASI matang (yang berwarna putih) dapat lebih cepat keluar.</li> </ol>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mulai kehamilan 24 minggu ANC tiap 2 minggu dan 36 minggu ANC tiap minggu</li> <li>2. Istirahat baring dianjurkan lebih banyak</li> <li>3. Usia kehamilan &gt; 30 minggu, dilarang berjalan jauh dan koitus untuk mencegah partus premature</li> <li>4. Preparat Fe untuk mencegah anemia</li> </ol>		

	<p>5. Kala 1 sama dengan kehamilan tunggal ( bila anak 1 letak memanjang )</p> <p>6. Setelah bayi 1 lahir lakukan pemeriksaan luar dan Vi untuk mengetahui letak dan keadaan janin kedua</p> <p>7. SC dilakukan bila :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anak pertama letak lintang</li> <li>• Prolaps tali pusat</li> <li>• Plasenta previa</li> </ul>
<b>NSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.

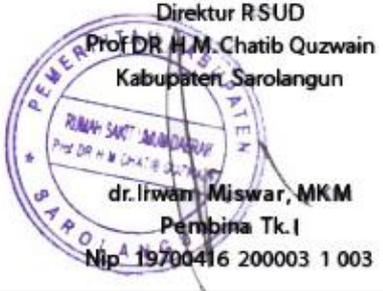
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>OLIGOHDRAMNION</b>		
	No. Dokumen SPO/...../R SUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Ditetapkan Direktur  <u>Dr. Irwan Miswar, MKM</u> Pembina Tk.I NIP. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Oligohidramnion adalah suatu kondisi kehamilan dimana volume cairan amnion dibawah normal.		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan oligigohidramnion sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika tanpa kelainan congenital mayor dapat dicoba amnio infuse pada umumnya persalinan tidak berbeda bila janin dalam</li> </ul>		

	<p>keadaan normal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seksio sesaria atas indikasi obstetric atau deselarisasi berulang setelah amnioninfusi</li> <li>• Resusitasi jantung pulmoner untuk kemungkinan hipoplasi paru</li> <li>• Bila terdapat kelainan congenital upayakan lahir pervaginam</li> </ul>
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN NORMAL</b>														
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2												
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: center;">Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: center;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>													
<b>PENGERTIAN</b>	Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahir. Lama kehamilan normal 40 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT).														
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan kehamilan normal sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.														
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).														
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><i>Non Medikamentosa</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan jadwal pemeriksaan berkala kepada calon ibu selama masa kehamilan <b>Tabel kunjungan pada pemeriksaan antenatal</b></li> </ol> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Trimester</th> <th style="width: 25%;">Jumlah kunjungan minimal</th> <th style="width: 50%;">Waktu kunjungan yang dianjurkan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>1x</td> <td>Sebelum minggu ke 16</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>1x</td> <td>Antara minggu ke 24-28</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>2x</td> <td>Antara minggu ke 30-32 Antara minggu ke 36-38</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan nasehat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas dan laktasi</li> <li>Tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai: sakit kepala lebih dari biasa, perdarahan per vaginam, gangguan penglihatan, pembengkakan pada wajah/tangan, janin tidak bergerak sebanyak biasanya.</li> <li>Pemberian makanan bayi, air susu ibu (ASI) eksklusif, dan inisiasi menyusui dini (IMD)</li> </ol>			Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan	I	1x	Sebelum minggu ke 16	II	1x	Antara minggu ke 24-28	III	2x	Antara minggu ke 30-32 Antara minggu ke 36-38
Trimester	Jumlah kunjungan minimal	Waktu kunjungan yang dianjurkan													
I	1x	Sebelum minggu ke 16													
II	1x	Antara minggu ke 24-28													
III	2x	Antara minggu ke 30-32 Antara minggu ke 36-38													

	5. Penyakit yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan janin misalnya hipertensi, TBC, HIV, serta infeksi menular seksual lainnya.
--	---

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>KEHAMILAN NORMAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>6. Perlunya menghentikan kebiasaan yang beresiko bagi kesehatan, seperti merokok dan minum alcohol.</p> <p>7. Program KB terutama penggunaan kontrasepsi pascasalinMinum cukup cairan</p> <p>8. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori/hari dari menu seimbang. Contoh: nasi tim dari 4 sendok makan beras, ½ pasang ati ayam, 1 potong tahu, wortel parut, bayam, 1 sdt minyak goreng, dan 400 ml air.</p> <p>9. Latihan fisik normal tidak berlebihan, istirahat jika lelah.</p> <p>10. Ajarkan metode mudah untuk menghitung gerakan janin dalam 12 jam</p> <p><i>Medikamentosa</i></p> <p>1. Memberikan zat besi dan asam folat ( zat besi 60 mg/hari dan as.folat 250 mikrogram 1-2 x/hari ) , bila Hb &lt; 7,0 gr/dl dosis ditingkatkan menjadi 2 kali. Apabila dalam follow up selama sebulan tidak ada perbaikan, dapat dipikirkan kemungkinan penyakit lain (talasemia, infeksi cacing tambang, penyakit kronis TBC).</p> <p>2. Memberikan imunisasi TT (Tetanus Toxoid) apabila pasien memiliki resiko terjadinya tetanus pada proses melahirkan.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu, Instalasi Rawat Inap Anak		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PERSALINAN LAMA</b>		
	No. Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Persalinan lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam sejak dimulai dari tanda-tanda persalinan.		
<b>TUJUAN</b>	Memberikan pedoman kepada petugas tentang langkah-langkah pengelolaan persalinan lama sehingga tindakan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Motivasi pasien dalam proses persalinan dan informasikan rencana persalinan sesuai dengan perkembangan pasien.</p> <p><b>Kelainan pembukaan serviks :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemajuan pembukaan (dilatasi) serviks pada fase aktif</li> <li>- Kemajuan turunnya bagian terendah</li> </ul> <p>Terapy :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan dan terapy ekspektatif</li> <li>• Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi</li> </ul> <p><b>Partus macet :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase deselerasi memanjang</li> <li>- Terhentinya pembukaan (dilatasi)</li> <li>- Terhentinya penurunan bagian terendah</li> <li>- Kegagalan penurunan bagian terendah</li> </ul> <p>Terapy :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infuse oksitosin, bila tidak ada kemajuan, lakukan seksio sesarea</li> <li>• Seksio sesarea bila CPD atau obstruksi</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>RUPTUR PERINEUM</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Ruptur perineum adalah suatu kondisi robeknya perineum yang terjadi pada persalinan pervaginam.		
<b>TUJUAN</b>	Sebagai pedoman agar robekan pada perineum baik, yang terjadi akibat luka episiotomi maupun ruptur perineum spontan dapat dijahit dengan benar.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap petugas mampu memberikan asuhan pada ibu hamil, bersalin, dan nifas (sesuai kebijakan Direktur RSUD nomor: 60/SK.RSUD/2016 tentang kebijakan unit rawat inap kebidanan dan kandungan).		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Penatalaksanaan farmakologis :</p> <p>Dosis tunggal sefalosporin golongan II dan III dapat diberikan IV sebelum perbaikan dilakukan (untuk ruptur perineum yang berat)</p> <p>Ruptur perineum harus segera diperbaiki untuk meminimalisir resiko perdarahan, edema, dan infeksi.</p> <p>Manajemen ruptur perineum untuk masing-masing derajatnya, antara lain :</p> <p>Robekan perineum derajat 1 :</p> <p>Robekan tingkat I mengenai mukosa vagina dan jaringan ikat, tidak perlu dilakukan penjahitan.</p> <p>Robekan perineum derajat 2</p> <p>Robekan perineum derajat 2</p> <p>Jika robekan cukup luas dan dalam, lakukan colok dubur dan pastikan tidak ada bagian rectum terjahit.</p> <p>Robekan perineum derajat 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaikan robekan harus dilakukan hanya oleh dokter yang sudah dilatih cesra formal (atau dalam supervise) mengenai perbaikan sphingter ani primer. Perbaikan harus dilakukan di kamar operasi.</li> <li>1. Diperbaiki secara transvaginal menggunakan jahitan interrupted dengan benang vicryl.</li> <li>2. Untuk mengurangi resiko fistula rektovaginal persisten, selapis jaringan perlu disisipkan di antara rectum dan vagina.</li> <li>3. Kolostomi di indikasikan bila terdapat robekan yang besar yang mencapai dasar pelvis.</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>RUPTUR PERINEUM</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Robekan perineum derajat 4 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Epitel ani yang mengalami robekan diperbaiki dengan jahitan interrupted</li> <li>b. Otot sfingter diperbaiki dengan 3/0 PDS dyed</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Inap Ibu Dan Anak, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Laboratorium Dan Instalasi Kamar Operasi.		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>TINDAKAN INTUBASI ENDOTRACHEAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Intubasi endotracheal adalah tindakan untuk memasukan pipa endotracheal kedalam trachea		
TUJUAN	a. Pembebasan jalan nafas b. Untuk memberikan nafas buatan dengan ambu bag c. Untuk pemberian pernafasan buatan secara mekanik dengan ventilator d. Memungkinkan pengisapan sekret secara adekuat a. Pemberian oksigen dosis tinggi		
KEBIJAKAN	Setiap tindakan medis yang akan dilakukan harus ada informed consent dan Semua pelayanan dan tindakan terhadap pasien harus di dokumentasikan dalam rekam medis pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RSTentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS).		
PROSEDUR	<b>a. <u>Persiapan alat :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laringoscope lurus dan bengkok dengan berbagai ukuran dalam keadaan siap pakai</li> <li>2. Xylocain spray atau xylocain jelly pada tempatnya</li> <li>3. ETT dengan berbagai ukuran</li> <li>4. Stylet / mandrin</li> <li>5. Guedel berbagai ukuran</li> <li>6. Arteri klem</li> <li>7. Cuff inflator ( spuit 10cc)</li> <li>8. Stetoscope</li> <li>9. Slym suiger / alat pengisap lendir</li> <li>10. Air viva dan dan masker oksigen</li> <li>11. Sarung tangan steril</li> <li>12. Plester dan gunting</li> <li>13. Bengkok</li> <li>14. Mouth speder / alat pembuka mulut</li> <li>15. Monitor EKG</li> <li>16. Ventilator lengkap</li> </ol> <b>b. <u>Persiapan penderita :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penderita / keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Posisi penderita diatur tentang terlentang datar dengan kepala hiperextensi</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## TINDAKAN INTUBASI ENDOTRACHEAL

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

### c. Pelaksanaan tindakan :

1. Cuci tangan dan lakukan identifikasi sesuai prosedur.
2. Gunakan sarung tangan
3. Pasang alat monitor EKG
4. Berikan obat relaksan dan sedativa, sesuai dengan program dan pengobatan
5. Berikan oksigenasi 100%
6. Hisap sekresi sebelum dan tindakan intubasi berlangsung
7. Gunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk membuka rahang atau mendorong sedikit ekstensi kepala rahang akan terbuka
8. Pegang handle laryngoscope dengan tangan kiri dan sisihkan lidah kearah kiri
9. Cari epiglotis, bila menggunakan bilah bengkok tempatkan ujung bilah pada valikula, jika bilah lurus epiglotis diangkat
10. Angkat laringoscope sedikit (arah gerakan sama dengan sumbu batang laringoscope) maka akantampak rima glotis, jika perlu orang lain membantu melakukan sellick manuver untuk membantu melihat rima glotis / pita suara
11. Masukkan pipa ETT melalui rima glotis
12. Isi cuff pipa endo tracheal tube sesudah ETT masuk
13. Lakukan nafas buatan menggunakan air viva (bagging) sesudah intubasi
14. Lakukan pemeriksaan auskultasi paru kiri dan kanan
15. Fiksasi ETT diantara bibir atas dan lubang hidung
16. Hubungkan konektor ETT dengan ventilasi mekanik
17. Rapikan pasien dan alat – alat dibersihkan
18. Cuci tangan sesuai prosedur

UNIT TERKAIT

1. Instalasi Rawat Intensif
2. Instalasi Gawat Darurat
3. Instalasi Rawat Inap
4. Instalasi Kamar Operasi

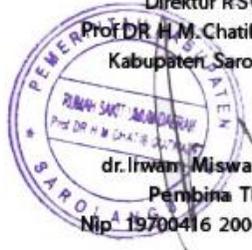
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENCABUTAN VENTILASI MEKANIK</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit 05 Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Suatu tindakan untuk melepas alat bantu nafas (ventilasi mekanik).		
TUJUAN	Agar pasien terlepas dari mekanik Ventilator.		
KEBIJAKAN	Setiap penggunaan peralatan medis di informasikan kepada penanggung jawab pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RSTentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS).		
PROSEDUR	<b>Prosedur :</b> 1. Cuci tangan dan identifikasi sesuai prosedur. 2. Siapkan alat-alat. 3. Petugas memakai sarung tangan steril. 4. Keluarkan humidifier ( masukkan filter kertas pada tabung penghangat kemudian tutup ). 5. Lepaskan cubing inspirasi panjang dengan menggunakan kawat pengait masukkan wire heater kemudian hubungkan dengan humidifier ( out)		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>TINDAKAN DC SHOCK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	<p><b>Defibrilasi</b> adalah pemberian tenaga listrik yang menyebabkan kejutan (shock) pada pasien dengan ventrikel takhikardi / ventrikel vibrilasi menjadi suatu irama jantung yang menunjang hidup</p> <p><b>Cardioversi</b> adalah bentuk defibrilasi sinkronis yang digunakan untuk menghentikan irama jantung yang mengancam jiwa menjadi irama sinus sedangkan energi yang dikeluarkan jatuh pada gelombang R dari QRS komplek</p>		
TUJUAN	Untuk mengembalikan irama jantung yang menunjang hidup (irama sinus)		
KEBIJAKAN	Setiap tindakan medis yang akan dilakukan harus ada informed consent dan semua pelayanan dan tindakan terhadap pasien harus di dokumentasikan dalam rekam medis pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RS Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS).		
PROSEDUR	<p><b>A. <u>Persiapan alat :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Defibrilator</li> <li>2. EKG monitor</li> <li>3. KY. Jelly</li> <li>4. Oksigen therapi</li> <li>5. Set resusitasi jantung paru</li> <li>6. Emergency trolley</li> </ol> <p><b>B. <u>Persiapan pasien :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga diberi penjelasan tentang tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Posisi pasien diatur tidur terlentang</li> </ol> <p><b>C. <u>Pelaksanaan :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek bahwa monitor terpasang dengan baik</li> <li>2. Periksa ulang gambaran irama denyut jantung pada monitor EKG</li> <li>3. Berikan bantuan pernafasan menggunakan ambubag dengan oksigen konsentrasi tinggi selama dilakukan tindakan</li> <li>4. Tentukan kapasitas "watt second joule " sesuai kebutuhan dari 50-350 joule yang dapat diberikan secara sincronice/asincronice</li> <li>5. Lakukan tindakan DC Shock dan jika belum tampak gambaran sinus ritme maka</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>TINDAKAN EXTUBASI ENDOTRACHEAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Extubasi Endotracheal Tube adalah suatu tindakan menarik keluar endotracheal dari trachea		
TUJUAN	a. Penderita dapat nafas spontan b. Penderita sudah tidak memerlukan bantuan ventilasi mekanik		
KEBIJAKAN	Setiap tindakan medis yang akan dilakukan harus ada informed consent dan Semua pelayanan dan tindakan terhadap pasien harus di dokumentasikan dalam rekam medis pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RS Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS).		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b><u>Persiapan pasien :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penderita diberitahu jika sadar</li> <li>b. Atur posisi tidur supine / head up</li> </ol> </li> <li>2. <b><u>Persiapan alat :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Suction dan catheter suction steril</li> <li>b. Sarung tangan, spuit 10 cc</li> <li>c. Ambu bag, masker oksigen rebreathing, oksigen</li> </ol> </li> <li>3. <b><u>Pelaksanaan :</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan dan identifikasi sesuai prosedur</li> <li>b. Petugas memakai sarung tangan</li> <li>c. Lakukan suction di ETT sampai bersih dan kemudian ke mulut sampai bersih</li> <li>d. Berikan oksigen lewat ETT FIO2 100%</li> <li>e. Lepas plester dan aspirasi cuff dengan spuit 10 cc</li> <li>f. Lepas ETT dari mulut penderita</li> <li>g. Lakukan suction di mulut</li> <li>h. Berikan oksigen dengan masker</li> <li>i. Atur posisi tidur penderita</li> <li>j. Observasi vital sign</li> <li>k. Alat – alat dibersihkan dan cuci tangan sesuai prosedur</li> <li>l. Persiapan alat re intubasi disamping penderita</li> </ol> </li> </ol>		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PEMBERIAN CAIRAN MELALUI INFUS PUMP</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk.1 Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Alat untuk mengatur laju tetesan cairan yang dihubungkan dengan slang infuse ke penderita		
TUJUAN	1. Mengatur tetesan secara adekuat 2. Memberikan cairan secara cepat dan akurat a. Menghindari kelebihan cairan		
KEBIJAKAN	Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RSTentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS ).		
PROSEDUR	<b>Persiapan pasien :</b> 1. Penderita diberitahu jika sadar 2. Atur posisi tidur supine / head up  <b>Persiapan alat :</b> 1. Infus pump 2. Set infus 3. Cairan infus 4. Tiang infus  <b>Pelaksanaan :</b> 1. Pasang infus pump pada tiang infus 2. Hubungkan kabel power infus dengan sumber listrik 3. Tusukkan selang infus pada botol infus dan pastikan slang infus telah terisi cairan infus kemudian matikan stop cock 4. Buka pintu infus pump masukkan slang infus yang telah terisi cairan pada jalur slang di infus pump dan tutup kembali pintunya 5. Hidupkan power infus pump setting jumlah total cairan dan rate cairan yang diinginkan 6. Ganti aliran infus penderita dengan infus yang dihubungkan dengan infus pump 7. Tekan tombol start pada infus pump maka cairan akan mengalir		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>SETTING VENTILASI MEKANIK</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu tindakan memasang alat bantu nafas (ventilasi mekanik) untuk membantu pernafasan pasien secara mekanik		
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan kekuatan mekanis pada paru untuk mempertahankan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> yang fisiologis</li> <li>2. Mengambil alih tekanan jalan nafas dan pola pernafasan untuk memperbaiki oksigenasi secara adekuat</li> <li>3. Mengurangi kerja jantung, dan paru</li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Setiap penggunaan peralatan medis di informasikan kepada penanggung jawab pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur RSTentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif RS).		
<b>PROSEDUR</b>	<p><b><u>Persiapan Alat :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mesin ventilator</li> <li>2. Cubing ventilator steril</li> <li>3. Humidifier set (wire penghangat)</li> <li>4. Aquadest steril</li> <li>5. Sarung tangan steril</li> <li>6. Test lung</li> </ol> <p><b><u>Prosedur :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan dan identifikasi sesuai prosedur.</li> <li>2. Siapkan alat-alat</li> <li>3. Petugas memakai sarung tangan steril</li> <li>4. Pasang humidifier ( masukkan filter kertas pada tabung penghangat kemudian tutup )</li> <li>5. Hubungkan cubing inspirasi dari ventilator ke humidifier (in)</li> <li>6. Pasang cubing inspirasi panjang dengan menggunakan kawat pengait masukkan wire heater kemudian hubungkan dengan humidifier (out)</li> <li>7. Ujung cubing inspirasi panjang pasang y piece ( lubang kabel penghangat ada jalur inspirasi )</li> <li>8. Ujung Y piece yang lain pasang cubing expirasi diantara cubing expirasi pasang water trap, ujung cubing expirasi yang lain dihubungkan dengan valve expirasi</li> </ol>		
<b>UNIT TERKAIT</b>	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>APPENDISITIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: center;">Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: center;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nyeri di daerah ulu hati yang setelah beberapa jam berpindah dan menetap di daerah fossa iliaka kanan.</li> <li>▪ Mual dan muntah, dapat disertai konstipasi atau diare serta demam.</li> <li>▪ Pada yang mengalami infiltrat mengeluh adanya massa yang keras di daerah fossa iliaka kanan.</li> <li>▪ Pada yang mengalami abses mengeluh adanya massa yang relatif lunak, nyeri dan demam.</li> <li>▪ Pada yang mengalami perforasi mengeluh nyeri lokal / perut daerah bawah / seluruh perut, demam, perut kembung, tidak dapat flatus /BAB atau menjadi diare.</li> <li>▪ Pada apendisitis khronis biasanya penderita pernah mengeluh nyeri perut kanan bawah kira-kira 3 minggu sebelumnya kemudian diterapi tanpa operasi.</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Penanganan pasien / kasus Bedah di IRD atau Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apendisitis akut</li> <li>▪ Apendisitis akut komplikata : gangrenosa, infiltrat, abses, perforasi disertai peritonitis lokal atau difus</li> <li>▪ Apendisitis kronis</li> </ul>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Status generalis : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Subfebris 37,5°C – 38,5°C</li> <li>– Pada keadaan komplikasi febris &gt; 40°C</li> <li>– Tekanan darah normal atau menurun pada yang mengalami komplikasi</li> <li>– Laju nadi normal atau meningkat</li> <li>– Laju nafas normal atau bertambah</li> </ul> </li> <li>▪ Status Lokal: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Inspeksi : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Posisi tidur terlentang menghindari perubahan posisi, kadang dengan paha kanan fleksi</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## APPENDISITIS

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

### PROSEDUR KERJA

- Tampak sakit sedang / berat
- Palpasi:
  - Nyeri tekan dan lepas di area Mc Burney
  - Rovsing sign / obturator sign / psoas sign dapat + / -
  - Pada infiltrat teraba massa yang keras terfiksir dengan diameter bervariasi dengan nyeri tekan
  - Pada abses teraba massa yang relatif lebih lunak dengan nyeri tekan
  - Pada perforasi dengan tanda-tanda peritonitis lokal / difus didapat nyeri tekan, nyeri lepas, defans muskuler.
- Perkusi:
  - Normal atau adanya pekak sisi dan atau pekakberpindah
- Auskultasi:
  - Bising usus dapat normal
  - Pada yang mengalami komplikasi dapat hilang atau bahkan meningkat

Pemeriksaan colok dubur:

Nyeri tekan positif jam 9 – 11

Pada yang mengalami komplikasi ampula teraba distensi / cenderung kolaps.

Pemeriksaan Penunjang:

- Hb, leukosit, BT, CT, Trombosit
- Pada yang mengalami komplikasi ditambah urea N, Kreatinin
- Gula Darah Sewaktu
- Urine rutin / sedimen untuk menyingkirkan kelainan ureter
- Thorax foto
- Foto polos abdomen pada yang mengalami komplikasi
- USG
- Kolon in loop, CEA pada kasus infiltrat terutama pada usia tua untuk menyingkirkan diferensial diagnosa dengan penyakit keganasan kolon.

Diferensial diagnosa:

Prinsip dalam membedakan apendisitis dengan penyakit lain bergantung kepada hal sebagai berikut:

- lokasi anatomi appendix yang mengalami peradangan
- Stadium penyakitnya
- Umur dan jenis kelamin
  1. Mesentric adenitis akut
  2. Gastroenteritis akut
  3. Pyelonefritis akut dextra
  4. Meckel divertikulitis

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b>	<b>APPENDISITIS</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	5. Intususepsi 6. Peritonitis primer 7. Penyakit ginekologis : PID, Kista / tumor ovarium torsi, endometriosis, ruptur folikel, KET 8. Perforasi ulkus peptikum 9. Divertikulitis / perforasi Ca Caecum / Sigmoid letak kanan 10. Batu ureter kanan bawah  Therapy: Apendisitis Akut : Apendektomi  Teknik Operasi : - Konvensional - Laparoskopi		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN CHOLELITHIASIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman ½
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Cholelithiasis adalah : terdapatnya batu di dalam kandung empedu		
<b>TUJUAN</b>	<p>Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insidensinya di negara barat adalah 12 % laki-laki dan 24 % wanita pada semua usia</li> <li>▪ Sebagian besar tanpa gejala ( asymptomatic )</li> <li>▪ Data prevalence di USA sekitar 10 – 30 % yang memerlukan Tindakan Bedah</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Penanganan pasien / kasus Bedah di IRD atau Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun</p> <p><b>Komposisi dan Type Batu Empedu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sebagian besar ( ± 80% ) adalah batu campuran Cholesterol, bilirubin dan calsiun dimana kolesterol adalah komponen utama ( ± 50% )</li> <li>▪ Hanya sekitar 20 % yang merupakan batu kolesterol murni dan atau batu pigmen empedu murni.</li> </ul>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Manifestasi Klinik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asymptomatic cholelithiasis</li> <li>2. Chronic Cholecystitis</li> <li>3. Acute Cholecystitis</li> </ol> <p><b>1. Asymptomatic cholelithiasis</b> Cholecystitis yang tidak menimbulkan keluhan Di diagnosis dengan USG Abdomen Sebagian besar tidak memerlukan Tindakan Bedah Penanganannya masih kontroversial</p> <p><b>2. Chronic Cholecystitis</b> Gejaladantandaklinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasien mengeluh nyeri sedang yang hilang timbul pada daerah abdomen kanan atas dan epigastrium, mual dan muntah. Nyeri dapat menyebar ke arah punggung atau daerah skapula kanan. Gejala-gejala tersebut dihubungkan dengan mengkonsumsi makanan berlemak.</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN CHOLELITHIASIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Diagnosis</i> : Anamnesa keluhan dan dengan bantuan pemeriksaan USG yang menunjukkan adanya batu di dalam kandugan empedu (gallbladder). Laboratorium dalam batas normal.</li> <li><i>Penanganan</i> : Elective Cholecystectomy (Open / Laparoscopy)</li> <li><b>3. Acute Cholecystitis</b></li> <li>▪ <i>Patofisiologi</i>:Sebagianbesarkasusdikarenakanterdapatbatu yang impacted padagallbladder neckataupadaductuscysticus. Penekananlangsungbatutersebutpadamukosagallblad deratausumbaganpadaductuscysticusmengakibatkani skemia, ulcerasi, edema, danterganggunya venous return yang menimbulkaninflamasi di dalam dandisekitar gallbladder.Selanjutnyadapatmenimbulkaninfeksi bacterial.</li> <li>▪ <i>Presentasiklinis</i> ;Insidensinyapadausia dewasa 30 – 80tahun,dansebagianbesarpasiendidahuluidenganriwayat chronic cholecystitis. Gejalaklinis yang menonjoladalah :demam, mualdanmuntah; nyeritekan abdomen kuadrankananas, dapatterabagallbladder,Murphy’s signPositif.</li> <li>▪ <i>Penatalaksanaan</i> ;Cholecystectomi (Open / Laparoscopy) denganpemberianAntibiotikPerioperatif. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Jikagejalatimbuldalam 72 jam, dilakucholecystectomisegera</li> <li>– Jikagejalaklinismuncullebihdari 72 jam danresponterhadappenanganan medical (NGT,Puasa, IVFD, danantibiotik) operasidirencanakansecaraelektif 4-6 minggukemudian.</li> <li>– Jika kondisi memburuk atau gagal dengan penanganan medical maka dilakukan operasi cholecystectomi segera.</li> </ul> </li> <li>▪ <i>Differensial Diagnosis</i>: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Perforasi ulkus peptikum</li> <li>– Myocard infark</li> <li>– Pancreatitis</li> <li>– Appendicitis</li> <li>– Hepatitis</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi Rawat Inap Bedah, instalasi rawat inap non bedah		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN FISTULA ANI</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	TanggalTerbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Penderita mengeluh adanya anal discharge yang didahului oleh rasa nyeri yang episodic dan adanya edema perianal, yang pecah secara spontan atau dilakukan drainage. Biasanya penderita mengeluh adanya discharge yang berulang, kadang-kadang disertai keluhan gatal sekitar anus dan perdarahan.</li> <li>➤ Penyakit ini sering kali terjadi kekambuhan/residif. Di beberapa kepustakaan disebutkan bahwa dokter yang menangani jangan memberikan kepastian penyembuhan terhadap penyakit ini.</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus bedah di IRD atau Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium Hb, Leukosit, BT, CT, Trombosit Gula darah sewaktu Urine rutine / sedimen urine ThorakFoto EKG (pada pasien yang berusia &gt; 40 th) <b>Pemeriksaan Penunjang Lain :</b> Fistulografi Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat track dari fistula, pada keadaan fistula yang kompleks pemeriksaan ini tidak akurat dikarenakan tersumbatnya saluran fistula oleh pus dan jaringan</p> <p>Diagnosa banding 1. Periurethral fistula yang terinfeksi, barolinitis kronis. 2. Low rectal carcinoma yang mengalami komplikasi sebagai anorectal abses dengan fistula.</p> <p>Diagnosa kerja Fistula Ani Terapi/Tindakan : IVFD, Analgetik dan Antibiotik, Pembedahan/ Fistulectomy</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, instalasi rawat inap bedah, instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>HERNIA INGUINALIS DAN FEMORALIS</b>																										
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2																								
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	<p style="text-align: center;">Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p style="text-align: center;">dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>																									
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Benjolan dilipat paha yang hilang timbul yang berhubungan berbaring/mengedang. Bisa dengan sensasi nyeri (hernia inguinalis sampai skrotum). Pada keadaan inkarserasi keluhan disertai dengan tanda obstruksi yaitu perut kembung, muntah, nyeri kolik disertai tidak bisa flatus atau BAB. Pada keadaan strangulasi keluhannya adalah nyeri hebat, kulit diatas benjolan kemerahan, disertai demam bahkan bisa disertai tanda-tanda syok. Pada hernia inguinalis medialis jarang sekali mengalami incarceration atau strangulasi. Pada hernia femoralis keluhan benjolan lebih ke bawah dibanding hernia inguinalis, sering tanpa keluhan.</p>																										
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.																										
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus bedah di IRD dan Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun																										
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Pemeriksaan Fisik.:</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">HIL</td> <td style="width: 25%;">HIM</td> <td style="width: 25%;">HF</td> </tr> <tr> <td>Inspeksi :</td> <td>Lonjong</td> <td>Bulat</td> <td>Lonjong /Bulat</td> </tr> <tr> <td>Lokasi</td> <td>Diatas lig ingulinale</td> <td>Diatas lig inguinale</td> <td>dibawah inguinale</td> </tr> <tr> <td>Pemeriksaan dengan jari yang dimasukkan kedalam kanalis Inguialis</td> <td>Menonjol pada ujung Jari</td> <td>Menonjol pada pangkal jari</td> <td>Menonjol pada Pangkal jari</td> </tr> <tr> <td>Auskultasi</td> <td>BU +/-</td> <td>BU +/-</td> <td>BU +/-</td> </tr> <tr> <td>Transiluminasi</td> <td>( - )</td> <td>( - )</td> <td>( - )</td> </tr> </table>				HIL	HIM	HF	Inspeksi :	Lonjong	Bulat	Lonjong /Bulat	Lokasi	Diatas lig ingulinale	Diatas lig inguinale	dibawah inguinale	Pemeriksaan dengan jari yang dimasukkan kedalam kanalis Inguialis	Menonjol pada ujung Jari	Menonjol pada pangkal jari	Menonjol pada Pangkal jari	Auskultasi	BU +/-	BU +/-	BU +/-	Transiluminasi	( - )	( - )	( - )
	HIL	HIM	HF																								
Inspeksi :	Lonjong	Bulat	Lonjong /Bulat																								
Lokasi	Diatas lig ingulinale	Diatas lig inguinale	dibawah inguinale																								
Pemeriksaan dengan jari yang dimasukkan kedalam kanalis Inguialis	Menonjol pada ujung Jari	Menonjol pada pangkal jari	Menonjol pada Pangkal jari																								
Auskultasi	BU +/-	BU +/-	BU +/-																								
Transiluminasi	( - )	( - )	( - )																								

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>HERNIA INGUINALIS DAN FEMORALIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Laboratorium :</b>  <i>Hb, lekosit, BT, CT, Trombosit</i>  <i>Gula darah sewaktu</i>  <i>Thorax foto</i>  <i>EKG</i></p> <p><b>Diferensial diagnosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipoma di dalam cord</li> <li>- Hidrokel spermatic cord</li> <li>- Limpadenopati</li> <li>- Abses</li> <li>- Varikokel</li> <li>- Sisa hematom pasca trauma, pada penyakit gangguan pembekuan darah</li> <li>- Undescensus testis</li> </ul> <p><b>Terapi:</b>  IVFD  Analgetik dan Antibiotik  Pada Inkarseta/ Strangulata :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- resusitasi cairan elektrolit</li> <li>- pemasangan NGT</li> <li>- pemasangan kateter urethra</li> </ul> Pembedahan dengan Hernioraphy/ HernioLaparotomi		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, instalasi rawat inap bedah, instalasi rawat inap non bedah.		

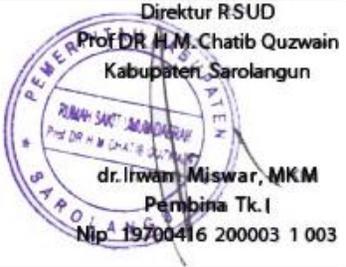
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>HEMORRHOID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Terutama ditujukan pada gangguan yang menimbulkan perdarahan hemorrhoid. Umumnya gangguan fungsi usus seperti diare, konstipasi dan problem-problem yang berkaitan dengan perdarahan dan hipertensi portal serta pola diet hendaknya digali dengan baik. Riwayat penyakit terutama warna dan karakter perdarahan, ketidaknyamanan yang berhubungan dengan defekasi serta riwayat reduksi prolaps ke kanal harus ditanyakan.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada. Laki-laki sama dengan wanita, lebih 50% terjadi pada usia diatas 50 tahun.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus bedah di IRD dan Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  <b>Pemeriksaan Fisik:</b> Dilakukan dengan posisi pasien terlungkup atau lateral decubitus. A) Inspeksi : Kulit sekitar peri anal, genitalia dan sacrococcigeus harus diperhatikan dengan teliti. Sedikit peregangan pada daerah anus akan memperjelas inspeksi. B) Palpasi : Perabaan dengan jari akan memberikan gambaran mengenai berat dan lokasi nyeri dalam anal kanal. Pemeriksaan ini juga akan memberikan gambaran tenus spncter dan membantu menyingkirkan penyakit lain seperti tumor atau abses. Hemorrhoid umumnya tidak teraba kecuali bila ukurannya cukup besar.  Rectal Toucher : Dapat melihat kondisi daerah mukosa anus dan adanya hemorrhoid interna.  <b>Laboratorium :</b> Darah dan urin rutin, faal hemostatik, faal hepar dan ginjal.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>HEMORRHOID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Pemeriksaan Penunjang :</b>  <u>Rektoskopi/kolonoskopi</u> : dikerjakan untuk memastikan bahwa keluhan bukan disebabkan oleh proses radang atau keganasan ditingkat yang lebih tinggi.</p> <p><b>Diagnosa Diferensial :</b>          Fissura ani, Abses/Fistula ani, Peri-anal Crhohn's disease, colorectal polup/cancer, rectal mucosal prolap/rectal prolap, anal/rectal tumor, ulcerative colitis, anak tags.</p> <p><b>Diagnosa :</b>          Perdarahan per anus, prolaps, perasaan tak nyaman dianus, pengeluaran lendir, anemia sekunder, tampak kelainan khas pada inspeksi, gambaran khas pada anuskopi.</p> <p>Derajat hemorrhoid interna :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Grade I</i> : Pembengkakan dalam lumen anal kanal, tidak melewati dentata line saat mengejan, bisa menimbulkan perdarahan selama defekasi.</li> <li>2. <i>Grade II</i> : Penonjolan keluar hanya selama mengedan tapi dapat kembali spontan.</li> <li>3. <i>Grade III</i> : Penonjolan keluar secara spontan atau mengedan dan masih dapat dikembalikan secara manual.</li> <li>4. <i>Grade IV</i> : Prolap permanen.</li> </ol> <p>Untuk hemorrhoid eksterna, bila didapatkan benjolan dibawah linea dentata.</p> <p><b>Terapi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Medical therapy : (dilakukan pada Grade I /II)              Diet tinggi serta dan buah, hindari makanan yang dapat menimbulkan diare, merubah kebiasaan defekasi yang salah, boleh diberi pencahar/laxadine untuk melancarkan defekasi. Juga dapat dengan pemberian obat-obat vasotopik seperti Hydroxyethylrutosides, Diosmine + Hesperidine (ardium)</li> <li>b) Ambulatory Treatmen : (dilakukan pada Grade I/II)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skleroterapi</li> <li>- Rubber band ligasi</li> </ul> </li> <li>c) Terapi Bedah : (dilakukan pada Grade III/IV)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorrhoidectomy</li> <li>- Stapler Hemorrhoidectomy</li> </ul> </li> </ol>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non Bedah		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ABSES PERI-ANAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Nyeri pada atau di sekitar anus, makin lama makin bertambah hebat hingga tidak dapat duduk pada sisi pantat yang sakit dan Disertai panas badan dan keluhan inflamasi/radang sistemik		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada, bila ditangani segera dan tidak disertai kelainan penyerta seperti DM, biasanya baik kemungkinan berlanjut dengan terbentuknya fistel para anal.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus Bedah di IRD dan Poli RSUP RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Pemeriksaan Fisik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pembengkakan disekitar anus disertai rasa nyeri, eritem, panas; pada perabaan didapatkan fluktuasi</li> <li>- demam dan gejala sistemik lain hingga terjadinya tanda-tanda toksik hingga sepsis</li> <li>- didapatkan luka dengan keluar nanah bila telah perforasi</li> <li>- pada colok dubur terasa nyeri yang hebat dan mungkin didapatkan fluktuasi, pada sarung tangan mungkin didapatkan nanah. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Laboratorium</b> : Lekosistosis</li> <li>➤ <b>Pemeriksaan Penunjang</b> : bila tidak yakin dan untuk menentukan lokasi, dapat dilakukan fungsi percobaan, terbukti dengan didupatkannya pus/nanah.</li> <li>➤ <b>Diferensial Diagnosa</b> : hematom perianal, hemorrhoid dengan thrombosis, carcinoma ani Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesa dan pemeriksaan fisik (termasuk colok dubur dan fungsi percobaan)</li> <li>➤ <b>Terapi / Tindakan</b> : insisi drainase, rendam duduk dan analgetik untuk pertolongan paliatif</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PENANGGULANGAN            HERNIA INGUINALIS DAN HIROCELE ANAK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hernia inguinalis adalah penonjolan organ intra abdominal ke dalam kantung peritoneum (processus vaginalis) di dalam kanalis inguinalis. Isi kantung hernia depan berupa usus, omentum, tuba fallopii dan ovarium.</li> <li>- Hidrocele adalah akumulasi cairan di dalam skrotum yang berasal dari rongga abdomen. Hernia inguinalis lateralis dan hidrocele terjadi akibat kegagalan obliterasi processus vaginalis (processus vaginalis persistent).</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada. Hernia inguinalis ditemukan pada $\pm$ 1-5% anak. laki-laki dibanding wanita adalah 6 : 1. Insiden meningkat pada bayi-bayi prematur.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus sub bagian Bedah Anak di RSUD Prof Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hampir setengah dari seluruh hernia inguinalis diketahui pada tahun pertama kehidupan terutama pada 6 bulan pertama.</li> <li>- Benjolan di lipat paha (kadang-kadang meluas ke dalam skrotum) yang hilang timbul hampir selalu merupakan hernia inguinalis.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biasanya hernia timbul bila anak menangis atau mengedan, menghilang bila relaks.</li> <li>2. Hernia jarang memberikan keluhan kecuali bila terjadi inkarserasi.</li> </ol> </li> </ul> <b>Pemeriksaan fisik:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Benjolan lunak dilipat paha yang hilang dengan penekanan jari.</li> <li>2. Silk glove sign dan thickening of the cord merupakan tanda hernia yang tidak selalu benar.</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN HERNIA INGUINALIS DAN HIROCELE ANAK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Pada <b><i>hernia inguinalis inkarserata</i></b> ditandai oleh timbulnya benjolan yang tiba-tiba, nyeri yang hebat, adanya massa yang terfisir di lipat paha dan gejala-gejala obstruksi usus.</p> <p><b>Hidrocele</b> dapat timbul setiap waktu pada early childhood dan jarang setelah usia 5 tahun. Secara klinis berupa benjolan pada skrotum tanpa rasa nyeri. Biasanya didapatkan variasi diurnal dalam ukuran hidrocele.</p> <p>Diagnosis :</p> <p>Diagnosis hernia inguinalis dibuat berdasarkan riwayat dan penemuan benjolan yang reducible di lipat paha.</p> <p>Diagnosis hidrocele dibuat berdasarkan pemeriksaan fisik (cairan di dalam skrotum). Transiluminasi dapat membantu penegakan diagnosis hidrocele</p> <p>Diferensial diagnosis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembesaran kelenjar getah bening (kenyal, immobile, non reducible)</li> <li>2. Undescensus testis.</li> <li>3. Abses inguinalis (nyeri tekan, immobile, non reducible)</li> </ol> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semua hernia inguinalis harus segera direpair kecuali bila terdapat kondisi medis yang merupakan risiko untuk anestesia.</li> <li>- Herniotomi (ligation of the sac) hampir selalu merupakan tindakan day-surgery dalam anestesi umum.</li> <li>- Pada hernia inkarserata selalu usahakan tindakan reduksi non operatif (pemberian sedative : Stesolid® per rectal, posisi Trendelenberg). Apabila tidak terjadi reduksi maka operasi dilakukan.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN MALFORMASI ANOREKTAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Kegagalan pertumbuhan anorektal pada masa embrio yang ditandai dengan agenesis anal, agenesis rektal dan atresia rektal.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD di RSUD Prof Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Defek pada laki-laki :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Letak rendah :</li> <li>• Fistula pada kulit (perineal)</li> <li>• Stenosis anal</li> <li>• Memberan anal</li> <li>• Bucket handle malformation</li> <li>- Fistula rektouretrobulbar</li> <li>- Fistula rektouretroprostatika</li> <li>- Fistula rektovesika</li> <li>- Tanpa fistula</li> <li>- Atresia rektal dan stenosis rektal.</li> </ul> <p>Defek pada wanita:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fistula perineal</li> <li>- Fistula rektovestibular</li> <li>- Fistula rektovaginal</li> <li>- Tanpa fistula</li> <li>- Atresia rektal dan stenosis rektal</li> <li>- Kloaka</li> </ul> <p>Defek yang kompleks: Defek yang beragam</p> <p>Gejala klinis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tampak adanya anus</li> <li>- Perut yang distensi</li> <li>- Anal dimple (+) / (-)</li> <li>- Median raphe</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN MALFORMASI ANOREKTAL</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Penatalaksanaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa darah lengkap</li> <li>- Utinalisa</li> <li>- Periksa vital sign</li> <li>- Dekompresi dengan pasang NGT no. 8 -12</li> <li>- IV line : RL (sesuai dengan status dehidrasi)</li> <li>- Monitor urine dengan memasang kolektor urine</li> <li>- Foto thoraks</li> <li>- Foto invertogram setelah 18 jam post partum / crasi table cater foz</li> </ul> <p>Tx.</p> <p>Letak rendah : Limited PSR (Anoplasty) Letak tinggi Fistula + : Colostomy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasca Colostomy : Pada usia &gt; 6 dilakukan FSARP</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN HIRCHPRUNG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu keadaan fungsi abnormal dari usus ganglional yang menyebabkan secara klinis adanya obstruksi usus yang parsial yang sedikit dipahami. Terdiri atas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segmen pendek             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daerah aganglion sampai dengan sigmoid</li> <li>- 80% dari semua kasus Hirschprung</li> </ul> </li> <li>• Segmen panjang             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daerah aganglion lebih proksimal dari sigmoid</li> </ul> </li> <li>• Aganglinosis total             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seluruh kolon aganglion</li> </ul> </li> <li>• Aganglionosis universal             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seluruh usus halus terkena</li> </ul> </li> <li>• Ultrashort             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gambaran klinis Hirschprung tetapi histologis tidak aganglion</li> </ul> </li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD di RSUD Prof Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  Tanda dan gejala tampak sejak lahir: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Obstruksi akut usus: Distensi masif abdomen, muntah kehijauan, retensi cairan di usus, hipovolemi dan asidosis.</li> <li>b. Konstipasi berganti dengan diare dan distensi abdomen</li> <li>c. Tanda-tanda enterokolitis : Distensi abdomen, diare, muntah, panas, toksik</li> <li>d. Tidak ada keinginan untuk defekasi</li> <li>e. Tidak ada soiling</li> </ol> Malnutrisi Kriteria Diagnosis <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluar mekonium terlambat</li> <li>- Muntah hijau sampai fekal</li> <li>- Perut kembung</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN HIRCHPRUNG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Pemeriksaan Fisik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada colok dubur feses menyemprot</li> <li>- Enterokolitis (diare dengan feses abu-abu berbau).</li> </ul> <p>Pemeriksaan Penunjang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BNO : usus melebar</li> <li>- Enema barium : khas. <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ada daerah transisi</li> <li>b. Gambar kontur usus yang tidak teratur pada segmen yang menyempit</li> <li>c. Gambar enterokolitis pada segmen yang melebar</li> <li>d. Rongga regio rektal yang melebar</li> <li>e. Retensi barium setelah 24 jam</li> </ul> </li> <li>- Biopsi hisap daerah aganglion</li> </ul> <p>Terapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Operasi bertahap <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tahap I : kolostomi</li> <li>- Tahap II : <i>pullthrough</i> (reseksi anatomia tahap II setelah berat badan lebih dari 7 kg).</li> </ul> </li> <li>b. Operasi satu tahap <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dikerjakan satu kali pada anak BB &gt; 6 kg</li> <li>- Pada perawatan prabedah dilakukan bilas kolon teratur dengan bersih</li> <li>- Saat operasi dilakukan reseksi anastomosis kolon yang ganglion</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN INVAGINASI USUS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	<p>Adalah keadaan akut saluran cerna dengan sebagian segemen usus bagian proksimal masuk ke segmen distal. Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organik : polip, divertikel Meckel, hamangioma, atau tumor jinak lainnya</li> <li>- idiopatik : penebalan plak Payeri</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD di RSUD Prof Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Trias – Invaginasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolik usus</li> <li>- Teraba massa</li> <li>- Berak darah lendir dapat disertai / tanpa obstruksi usus</li> </ul> <p>Foto :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- usus kecil dilatasi</li> <li>- ada air fluid level</li> <li>- usus besar kosong bayi berumur 3 bulan sampai 2 tahun</li> </ul> <p><b>Kriteria Diagnosis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Timbulnya gejala obstruksi usus</li> <li>- Invaginasi kronis sangat jarang pada anak, gejala obstruksi usus hilang timbul</li> <li>- Anak/bayi kesakitan atau menangis mendadak dan berulang-ulang, sering disertai muntah.</li> <li>- Dari anus keluar darah dan lendir.</li> <li>- Teraba massa tumor intraperitoneal seperti pisang</li> <li>- Kadang-kadang pada colok dubur terasa pseudoposio</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN INVAGINASI USUS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Pemeriksaan Penunjang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG : Terlihat massa tumor seperti donat</li> <li>• Foto polos abdomen tegak <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada air fluid level kasus masih dini. Ada air fluid level kasus lanjut</li> </ul> </li> <li>• Barium Enema <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk diagnosis, melihat gambaran spiral dan “cuping”</li> <li>- Untuk terapi, hidrostatis tinggi botol barium 1 m dari letak bayi</li> </ul> </li> <li>• Tekanan udara perrektum untuk diagnosis dan terapi</li> </ul> <p><b>Terapi</b></p> <p><i>Konservatif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapi tekanan barium/udara harus dipantau oleh Dokter Spesialis Bedah karena bahaya perforasi.</li> <li>- Beri pelemas otot.</li> <li>- Puasa</li> <li>- Atasi gangguan keseimbangan cairan elektrolit dna asam basa</li> <li>- Kasus dini diusahakan reposisi dengan barium enema / udara</li> </ul> <p><i>Operatif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bila terapi konservatif gagal atau kasus datang sudah dalam keadaan dehidrasi dan kembung, maka pasien harus diresusitasi dan disiapkan laparotomi</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

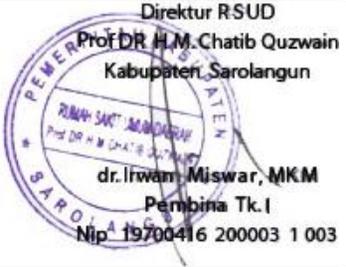
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR MAMMA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Keluhan yang membawa pasien berobat ke rumah sakit : benjolan, nyeri, perdarahan / cairan melalui puting susu / koreng-koreng		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien /kasus di IGD atau Poli Bedah RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><u>Riwayat penyakit sekarang :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sudah sejak kapan diketahui keluhan-keluhan tersebut dan hingga sekarang benjolan tersebut membesar berapa kali, mengecil atau tetap, nyerinya bertambah berapa kali intensitasnya, perdarahan / cairan tersebut spontan atau bila dipijit, sering, berambah, berkurang.</li> <li>2. Keluhan-keluhan lain : batuk-batuk, nyeri-nyeri dada, nyeri-nyeri di ulu hati, di tulang belakang, tulang bokong / paha.</li> <li>3. Benjolan-benjolan di tempat lain : diperinci seperti ad.1</li> </ol> <p>Riwayat laktasi anak : Anak berapa orang, yang sulung dan bungsu usianya berapa? Disusui berapa lama?</p> <p><u>Riwayat penyakit dahulu :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah sakit apa? Tumor jinak / ganas payudara? Hypertiroid?</li> <li>2. Diobati (operasi, radiasi, khemoterapi) apa dan berapa lama ?</li> </ol> <p><u>Riwayat penyakit keluarga :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Turunan langsung yang pernah menderita penyakit tumor, tumor apa?</li> <li>2. Bagaimana pengobatan penyakit-penyakit tersebut?</li> </ol> <p><u>Katamenia</u> : Menstruasi teratur/tidak, terakhir kapan, menarche/menopause usia berapa?Pemeriksaan Jasmani Status Generalis : Keadaan Umum: Tulang-tulang belakang dan pelvis : ditekan/pukul</p>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR MAMMA</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Status Lokalis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor mamma kanan/kiri, kuadrannya dan kelenjar axilla/supraclav homo, heterolat, disertai gambar.</li> <li>- Tumor digambar secara proporsional dengan besarnya mammae</li> <li>- Inspeksi kedua puting apa sama tinggi, ada retraksi tidak ?</li> <li>- Warna kulit di atas tumor?</li> <li>- Ada venektasi atau tidak</li> <li>- Ada ulkus atau tidak</li> </ul> <p>Palpasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ukuran tumor, letak di kuadran mana, melekat ke kulit, melekat ke sekitarnya, mudah/sukar digerakkan</li> <li>- Axilla apa teraba kelenjar, melekat / tidak, jumlahnya single / multiple</li> <li>- Supraklavikula teraba ke kelenjar, melekat / tidak</li> </ul> <p>Diagnosa banding :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor jinak mammae</li> <li>- Tumor ganas mammae (TNM)</li> <li>- Tumor filoides</li> </ul> <p>Rencana Pemeriksaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan rutin untuk oparsi dengan Nasal</li> <li>- Pemeriksaan untuk staging tumor ganas</li> <li>- Pemeriksaan untuk tumor jinak / ganas dengan Pre opertif Patologi : FNAB atau VC</li> </ul> <p><u>Rencana Pengobatan</u></p> <p>Tumor Jinak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eksisi tumor</li> <li>- Sub cutaneus mastectomi / + rekonstruksi</li> </ul> <p>Tumor Ganas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BCT +</li> <li>- Simple mastectomi</li> <li>- Radikal mastectomi</li> </ul> <p>Ditambah dengan Adjuvant Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Radio therapie / khemotherapie / hormonal therapie</li> <li>- Rekonstruksi payudara</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR TIROID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benjolan di leher depan, atau pembengkakan/pembesaran leher depan atau nyeri atau sesak napas atau suara berubah mengecil/serak</li> <li>- Pembesaran leher depan dengan debar-debar jantung atau banyak keringat atau penonjolan kedua mata.</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di IGD atau Poli RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat Penyakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sejak kapan benjolan tersebut diketahui single modul / multiple modul dan hingga sekarang benjolan tersebut membesar berapa kali, mengecil atau tetap.</li> <li>2. Nyerinya sejak kapan, diperinci sifatnya, intensitasnya, bertambah tidak</li> <li>3. Sesak napasnya sejak kapan, bertambah, berkurang, menimbulkan gangguan suara/tidak, rasa tertekan.</li> <li>4. Suaranya berubah/tidak, sejak kapan, bertambah hebat tidak.</li> <li>5. Benjolan-benjolan di leher samping bila ada, diketahui sejak kapan, diperinci seperti pada nomor 1.</li> <li>6. Nyeri/benjolan di kepala, tulang-tulang perlviv/vertebra/dll</li> <li>7. Keluhan-keluhan hiper/hipotiroid.</li> <li>8. Keluhan-keluhan tambahan, banyak keringat, berdebar-debar, gemetar, gelisah, sukar menelan, cepat marah, tak tahan panas, dsb.</li> </ol> <p>Riwayat penyakit dahulu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah sakit apa? Tumor jinak/ganas tiroid, organ lain/</li> <li>2. Pernah disidik tiroid? Pernah diradiasi?</li> <li>3. Pernah dioperasi? Diperinci?</li> </ol> <p>Riwayat tempat tinggal :</p> <p>Lahir dimana, dibesarkan dimana, lima tahun terakhir tinggal.? dimana (pindah dari mana kemana dan berapa lama di masing-masing tempat).?</p>		

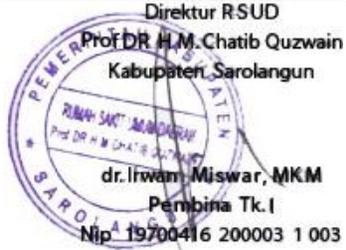
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR TIROID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Riwayat kehamilan: Apakah tumbuhnya benjolan sejak hamil/melahirkan kehamilan yang mana?</p> <p>Riwayat keluarga: Apakah ada yang menderita penyakit gondok di keluarga atau orang sekampung / tempat tinggal penderita.</p> <p>Katamenia : menstruasi teratur/tidak, terakhir kapan, menarche/menopause pada usia berapa?</p> <p>Pemeriksaan Jasmani Status Generalis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan kelenjar-kelenjar lain dari pada kelenjar regioner leher, K.G.B legioner (leher) diperiksa pada status lokalis.</li> <li>2. Tulang tengkorak, pelvis, vetebra : bila ada keluhan nyeri, agar dicatat dan difoto (X-Ray).</li> </ol> <p>Status lokalis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Regio leher anterior kanan atau kiri disertai gambar yang proporsionil dengan besarnya tumor</li> <li>- Regio leher lateral/posterior kanan dan kiri untuk menggambarkan kelenjar-kelenjar regioner.</li> <li>- Inspeksi warna kulit, gerakan waktu menelan</li> <li>- Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besarnya dengan ukuran cm</li> <li>• Gerakan waktu menelan</li> <li>• Konsistensinya, hubungan dengan kulit dan jaringan sekitarnya.</li> <li>• Kelenjar-kelenjar paratrakheal dan regio jugularis</li> <li>• Kelenjar-kelenjar supraclavikula</li> </ul> </li> <li>- Auskultasi : Apakah ada "bruish"</li> </ul> <p>Tanda-tanda "eye-sign" hipertiroid, seperti moebius sign dsb.</p> <p>Diagnosa banding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Struma nodosa non toksik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenomatosa</li> <li>• Tumor jinak (Adenoma)</li> <li>• Tumor ganas (Adenokarsinoma)</li> </ul> </li> <li>- Struma nodosa toksik</li> <li>- Struma difusa non toksik</li> <li>- Struma difusa toksik</li> </ul> <p>Diagnosa kemungkinan : Satu yang paling mungkin dan lengkap. Misalnya : struma nodosa dextra non-toksik, susp. Ganas.</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR TIROID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Rencana pemeriksaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk operasi dengan narkose</li> <li>- Pemeriksaan dengan indikasi : sidik tiroid, T3 dan T4, foto tulang, foto leher.</li> </ul> <p>Rencana pengobatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Isthmolobektomi tiroid dextra/sinistra</li> <li>- Tiroidektomi bilateral = isthmolobektomi sebelah + lobektomi sub-total sebelahnya,</li> <li>- Tiroidektomi total/sub-total dextra dan siistra, radical neck dissection, operasi komando.</li> </ul> <p>Follow up: Post operatif luka operasi dilihat apa ada hematoma, sesak nafas, suara berubah, kejang-kejang. Apakah ada kelenjar-kelenjar teraba lagi</p> <p>Lama perawatan di rumah sakit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre operatif : 1 hari</li> <li>- Post operatif : 4 hari</li> </ul> <p>Angkat dren penrose hari kedua / jumlah kurang dari 10 cc</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KULIT</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Luka yang tidak sembuh-sembuh/kutil yang cepat membesar/kurang yang berdarah dsb.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada. Tumor ganas kulit pada regio...., suspek karsinoma sel basal.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di IGD atau Poli Bedah RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat penyakit sekarang :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sejak kapan diketahui keluhan-keluhan tersebut dan hingga kini membesar berapa kali, mengecil atau tetap, single atau multiple</li> <li>Bila kutil/karang mula-mulanya, ditanyakan apakah terjadi <ul style="list-style-type: none"> <li>perubahan warna</li> <li>perdarahan spontan</li> <li>gatal-gatal</li> </ul> </li> <li>Apakah ada benjolan-benjolan di tempat lain?</li> <li>Pemeriksa etiologi : <ul style="list-style-type: none"> <li>Kena sinar matahari yang lama (pekerjaan petani, kuli perbaikan jalan)</li> <li>Pekerjaan apa, karyawan pabrik kimia dsb.</li> <li>Pernah luka bakar, bekas radiasi, luka yang lama. Tadinya berupa karang. Sudah berapa lama?</li> <li>Trauma khronis</li> </ul> </li> </ol> <p>Riwayat penyakit dahulu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pernah sakit apa? Tumor jinak/gans? Dimana lokasinya?</li> <li>Pernah dioperasi, radiasi, obat-obat khemoterapi ? Berapa lama, kapan?</li> </ol> <p>Riwayat penyakit keluarga :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apa ada keluarga menderita penyakit serupa atau penyakit kanker lain?</li> </ul> <p>Bagaimana pengobatannya? Pemeriksaan Jasmani Status Generalis : Kelenjar-kelenjar lain daripada kelenjar regional tumor kulit tersebut. Kelenjar getah bening regioner di catat pada status lokalis.</p>		

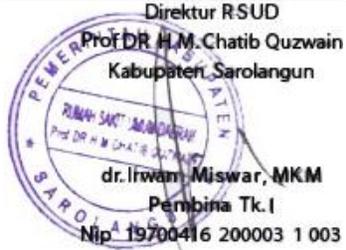
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KULIT</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Status Lokalis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lokal : Regionya, kanan atau kiri</li> <li>- Inspeksi : Warna, tonjolan, ulkus, dasar dan pinggir ulkus, ada infeksi sekunder, peradangan. Ada rambutnya, single atau multiple</li> <li>- Palpasi : Diukur dalam cm, diraba pengerasan di luar ulkus, disertai gambar dengan ukuran yang sesuai proporsinya. Infiltrasinya sudah sampai kemana, hubungan dengan jaringan sekitarnya bagaimana: Konsistensinya, mudah berdarah/tidak</li> <li>- Kelenjar regioner : berapa kelenjar kira-kira, lepas satu sama lain, bersatu (fixed).</li> </ul> <p>Diagnosa banding :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tumor jinak kulit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papiloma</li> <li>• Nevus pigmentosa</li> <li>• Keratosis seborrhoica</li> <li>• Tumor jinak adneksa kulit</li> <li>• Penyakit-penyakit kulit lainnya</li> </ul> </li> <li>2. Tumor ganas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karsinoma sel basal</li> <li>• Karsinoma epidermoid</li> <li>• Melanoma maligna</li> <li>• Melanoma non-pigmen</li> <li>• Kaposi sarkom</li> <li>• Metastase dari tempat lain</li> <li>• Tumor ganas adneksa kulit</li> </ul> </li> </ol> <p>Diagnosa kerja :</p> <p>Tumor ganas kulit pada regio anu, suspek karsinoma sel basal,.....</p> <p>Rencana pemeriksaan : (untuk tumor ganas).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk operasi dengan naskose pemeriksaan-pemeriksaan dengan indikasi, misalnya foto tulang, bila tumor melekat ke tulang</li> <li>- Biopsi insisi / eksisi</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KULIT</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Rencana pengobatan :</p> <p>Jinak : eksisi</p> <p>Ganas : eksisi luas + STSG / rekonstruksi ditambah radiasi / tidak</p> <p>Eksisi luas selalu berbentuk persegi dan disatu sudut diberi benang. Pada laporan operasi harus digambar dan diberi tanda sesuai dengan surat pengantar PA.</p> <p>Follow Up</p> <p>Post Operatif : luka diperiksa, kelenjar regioner diperiksa.</p> <p>Lama perawatan di rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre operatif : 1 hari</li> <li>- Post Operatif : bergantung kepada besarnya tumor, sedang buka verban STSG 10 hari</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KELENJAR LUDAH</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peradangan akut kelenjar parotis, submaksilaris dsb.</li> <li>- Peradangan akut/kronis karena batu (parotitis e.c. sialolithiasis)</li> <li>- Infeksi tbc kelenjar parotis, submaksilaris dsb</li> <li>- Mikuliez's disease</li> <li>- Boeck's sarcoidosis</li> <li>- Hepertrofi otot masseter</li> <li>- Kista bronchiolus</li> <li>- Tumor jinak kelenjar parotis, submaksilaris dsb</li> <li>- Tumor ganas kelenjar parotis dsb</li> <li>- Metastase di kelenjar getah bening parotis</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada. Diperiksa apakah ada kelenjar-kelenjar lain dari pada kelenjar regioner?		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat penyakit sekarang :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejak kapan diketahui keluhan tersebut diatas dan hingga kini membesar berapa kali, mengecil atau tetap?</li> <li>- Apakah ada benjolan-benjolan di tempat lalin (leher dsb)?</li> <li>- Adakah rasa nyeri, adakah nyeri setelah melihat makanan atau sewaktu mengunyah?</li> <li>- Apakah bengkaknya bertambah bila waktu makan/mengunyah/atau melihat makanan?</li> <li>- Apakah ada kesukaran menelan?</li> <li>- Apakah ada tanda-tanda Bell's Palsy?</li> </ul> <p>Riwayat etiologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernahkan diradiasi, untuk penyakit apa?</li> <li>- Pernah menderita tumor mama, ganas atau jinak?</li> <li>- Golongan darah apa?</li> </ul> <p>Riwayat penyakit dahulu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apakah pernah sakit demikian dan sembuh karena diobati apa (operasi, radiasi, obat-obatan apa), oleh siapa dan dimana?</li> <li>- Pernah sakit apa, tumor jinak/ganas, dimana lokasinya?</li> </ul>		

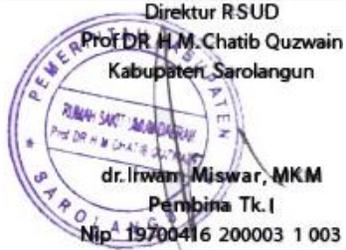
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KELENJAR LUDAH</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Diobati apa (operasi, radiasi, obat-obatan apa), berapa lama dan kapan?</p> <p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apa ada keluarga yang sakit serupa, kapan, masih hidup, penyakit tumor lain?</li> <li>- Bagaimana pengobatannya</li> </ul> <p>Pemeriksaan Jasmani:</p> <p>Status Generalis : Diperiksa apakah ada kelenjar-kelenjar lain dari pada kelenjar regioner?</p> <p>Status lokalis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : regionya, kanan atau kiri, disertai gambar yang proporsional</li> <li>2. Infeksi : Warna kulit diatasnya, benjolan yang berukus/tidak</li> <li>3. Palpasi : Diukur dengan cm atau mm, konsistensinya keras, lunak, kistik, melekat ke kulit/sekitarnya/tulang dibawahnya?</li> <li>4. Kelenjar-kelenjar regioner : berapa buah, regio leher lateral</li> </ol> <p>Diagnosa kerja (satu yang paling mungkin) misalnya tumor ganas parotis si yang inoperabel yang telah bermetastase di K.G.B submandibular.</p> <p>Rencana Pemeriksaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk operasi dengan narkose</li> <li>- Pemeriksaan-pemeriksaan dengan indikasi, misalnya foto rahang bila ada penyebaran ke arah rahang, sialogram untuk melihat obstruksi saluran kelenjar ludah atau untuk melihat desakan dari tumor pada duktus</li> <li>- Biopsi insisi, bila tumor inoperabel, bila operabel tidak boleh biopsi insisi, tapi langsung lobektomi superfisialis</li> </ul> <p>Rencana pengobatan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lobektomi superfisialis parotis sin atau dex</li> <li>- Parotidektomi totalis sin atau dex</li> <li>- Lobektomi kelenjar ludsah submandibula sin</li> <li>- Ditambah "radika neck dissection" bila ada metastase di kelenjar getah bening leher.</li> </ul> <p>Lama perawatan di Rumah Sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pre-operatif 1 hari</li> <li>- Post-operatif 3 hari</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR KELENJAR LUDAH</b>		
	No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Follow Up - Bagaimana bicaranya, adakah parese otot-otot bibir, kelopak mata dan sebagainya - Bagaiman makan/minum Kelenjar regioner?		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

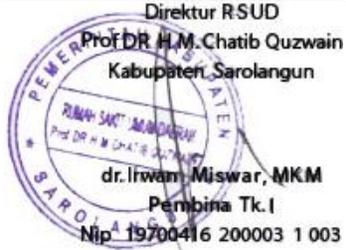
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR JARINGAN LUNAK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Benjolan di daerah (lokasi yang jelas) betis, paha, lengan atas, lengan bawah, kepala, leher, dinding perut retroperitoneal dsb., kanan-kiri.		
<b>TUJUAN</b>	<p>Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.</p> <p>Diisi nama tumor yang klinis paling mendekati dengan lokasi, misalnya tumor ganas jaringan lunak di dinding abdomen, yang telah meluas sampai ke pericenum suspek rhabdomysarkoma.</p>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat penyakit sekarang :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sejak kapan benjolan timbul? Mula-mula diketahui sebesar apa, sekarang sebesar apa, membesar berapa kali? Tetap? Single atau multiple?</li> <li>2. Apakah selama membesar terasa nyeri, makin nyeri, tetap berkurang, sifat nyerinya bagaimana?</li> <li>3. Kulit di atasnya apakah mula-mula utuh, kemudian pecah, apakah utuh terus?</li> </ol> <p>Riwayat Etiologi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah penderita sedang mengidap kelainan berupa nevus multiple, neurofibromatosis, tuberous sclerosis, polyp usus syndroma Gardner.</li> <li>2. Apakah penderita mempunyai cacat kongenital seperti hypogenesis, bibir sumbing dsb.</li> <li>3. Apakah pekerjaan penderita sering kontak dengan bahan kimia, seperti bahan-bahan herbisida, bahan pengawet kayu dsb.</li> <li>4. Apakah pada tempat lesi pernah terjadi trauma?</li> <li>5. Apakah dulu pernah menderita tumor ganas mamma, tumor ganas tulang yang kemudian dilakukan radiasi?</li> <li>6. Apakah ada kelainan lain yang kemudian mendapat terapi radiasi</li> <li>7. Apakah dulu pernah tertanam benda asing dalam badannya, seperti susuk, peluru, pecahan logam, transplantasi tulang dsb.</li> </ol>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR JARINGAN LUNAK</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Riwayat penyakit dulu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah sakit apa, tumor jinak/ganas, dimana lokasinya?</li> <li>2. Pernah dioperasi, diradiasi, mendapat obat-obat khemoterapi?</li> <li>3. Berapa lama, kapan, operasi apa?</li> </ol> <p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah ada dari keluarga penderita berpenyakit sama, terutama pada saudara kembar, saudara kandung, paman, keponakan dsb?</li> <li>2. Bagaimana pengobatannya?</li> </ol> <p>Pemeriksaan Jasmani:</p> <p>Status Generalis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diperiksa apakah ada pembesaran kelenjar-kelenjar lain daripada kelenjar regioner.</li> <li>2. Perhatikan fisik paru-paru dan hepar</li> </ol> <p>Status Lokalis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspeksi : Regionya yang teinci (medial, lateral, anterior, kanan, kiri dsb), keadaan kulit diatasnya, ada nodul-nodul satelit.</li> <li>- Palspasi benjolan ukuran .....x.....x cm Konsistensi lunak/kenyal/keras, bebas atau melekat dari kulit diatasnya, hubungan dengan jaringan sekitarnya, ada ulkus, sifat ulkusnya, dengan ukuran .....x.....x..... cm.</li> <li>- Kelenjar-kelenjar regioner bagaiman?</li> </ul> <p>Diagnosa banding : Ingat substrat tumornya.</p> <p>Tumor jinak jaring lunak :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fibroma</li> <li>- lipoma</li> <li>- haemangioma</li> <li>- limfangioma</li> <li>- kista sebacea</li> <li>- myoma</li> <li>- neurinoma</li> <li>- dsb</li> </ul> <p>Tumor ganas jaringan lunak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fibrosarcoma</li> <li>- liposarcoma</li> <li>- malignant fibrous hystiocytoma</li> <li>- haemangioperisitoma</li> <li>- haemangiosarkoma</li> <li>- myosarkoma (2 jenis)</li> <li>- sarkoma kaposi</li> <li>- "neurogenic sarcoma"</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR JARINGAN LUNAK</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Rencana Pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arteriografi untuk melihat perluasan melalui terbentuknya neovaskuler</li> <li>- Foto thorax</li> <li>- CT Scan bila ingin melihat perluasan secara teliti</li> <li>- Ultrasonografi, bila ada bagian kistik</li> <li>- Biopsi insisional</li> </ul> <p>Rencana Pengobatan Eksisi, eksisi luas, "muscle group excision", "compartmental Excision" amputasi. Diseksi inguinal / axilla</p> <p>Follow Up Post-operatif: luka operasi diperiksa, kelenjar regioner diperiksa</p> <p>Lama perawatan di Rumah Sakit: Pre-operatif 1 hari Post-operatif bergantung kepada besarnya operasi.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR BIBIR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	TanggalTerbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Ada luka atau bintik/bercak putih, sariawan (barusuh), jendolan pada bibir.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada. Misalnya tumor ganas bibir superior kanan yang telah menjalar ke KGB submandibula, mungkin karsinoma.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Keluhan yang membawa pasien berobat ke rumah sakit : ada luka atau bintik/bercak putih, sariawan (barusuh) jendolan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sejak kapan diketahui keluhan tersebut diatas dan hingga kini membesar berapa kali, mengecil atau tetap.</li> <li>Apakah ada benjolan-benjolan ditempat lain (leher dsb) Bila ada ulkus kapan mulainya?</li> <li>Pemeriksaan etiologi: <ul style="list-style-type: none"> <li>Apakah sering bursugih?</li> <li>Adakah karies dentis, diobati, pakai gigi palsu sejak kapan?</li> <li>Mengunyah sirih, suka mengunyah tembakau atau makan makanan khas lainnya?</li> <li>Menghisap rokok, pipa cerutu, sudah berapa lama?</li> <li>Minum alkohol, sudah berapa lama?</li> <li>Suka cuci mulut (kumur) dengan obat kumur tertentu sudah berapa lama?</li> <li>Apakah tadinya ada bercak putih ditempat keluhan utama, sejak kapan?</li> </ul> </li> </ol> <p>Riwayat penyakit dahulu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pernah sakit apa? Tumor jinak/gas? Dimana lokasinya?</li> <li>Diobati apa (operasi,radiasi, obat-obatan) berapa lama? Kapan? Dosis?</li> </ol> <p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Apa ada keluarga yang sakit serupa? Penyakit tumor lain?</li> </ol> <p>Status Generalis :</p> <p>Dijelaskan apakah ada kelenjar lain dari pada kelenjar regioner.</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	PENANGGULANGAN TUMOR BIBIR		
	No.Dokumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/...../RSUD-SRL		2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Status Lokalis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : Bibir superior, inferior, kanan/kiri disertai gambar proporsional.</li> <li>2. Inspeksi : Warna tonjolan (bunga kol), ulkus dasar dan pinggir ulkus kotor, pinggir ulkus menggaung ada infeksi sekunder.</li> <li>3. Palpasi : Diukur dalam cm atau mm, diraba apakah ada indurasi dibawahnya/sekitarnya, arah infiltrasi (ekstensinya), hubungan dengan jaringan sekitarnya bagaimana? Konsistensinya keras, lunak dsb mudah berdarah.</li> <li>4. Kelenjar-kelenjar regioner : Berapa pembesaran kelenjar regio lateral, superior, tengah, inferior, submental, konsistensi, melekat satu sama lain, ukurannya.</li> </ol> <p>Diagnosa banding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Papiloma</li> <li>- Tumor ganas bibir</li> <li>- Tumor kelenjar ludah minor</li> <li>- Ulkus TBC</li> <li>- Aktinomikosis</li> </ul> <p>Diagnosa kerja: Tumor ganas bibir superior kanan yang telah menjalar ke KGB submandibula, mungkin karsinoma.</p> <p>Rencana Pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk operasi dengan narkose</li> <li>- Pemeriksaan dengan indikasi, misalnya foto rahan, bila tersangka ada penyebaran ke rahan, X Thoraks, lever fungsi dsb.</li> <li>- Biopsi insisi/eksisi (bila kecil)</li> </ul> <p>Rencana pengobatan : Eksisi luas atau hemi-mandibulektomi dextra, ditambah diseksi leher radikal (bila KGB +).</p> <p>Follow Up: Post-operatif :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka diperiksa</li> <li>- bagaimana bicaranya /</li> <li>- bagaimana makan minumannya?</li> </ul> </p> <p>Kelenjar regioner? Lama perawatan di rumah sakit: Lesi kecil 3 hari, sedang bila dengan diseksi leher radikal 7 hari sampai 10 hari.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN		<b>PENANGGULANGAN            TUMOR-TUMOR LEHER DAN KELAINAN-            KELAINAN KONGENITAL LEHER</b>		
		No.Dukumen	No. Revisi	Halaman
SPO		SPO/...../RSUD-SRL		1/3
SPO		Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regionya, kanan atau kiri, disertai gambar yang proposional leher anterior kanan/kiri/meidan, submental, submand. Leher lat. Sup/med/inf.</li> <li>- Warna kulit diatasnya, benjolan yang berulcus/tidak, fistel?</li> <li>- Diukur dalam cm atau mm, konsistensinya keras, lunak, kistik, melet ke kulit/sekutarnya/tulang dibawahnya.</li> <li>- Kelenjar-kelenjar regioner: Berapa buah, regio leher lateral superior, tengah, inferior konsistensi kelenjarnya.</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>		Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>		Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>		<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat penyakit sekarang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejak kapan timbul benjolan tersebut, membesar berapa kali, tetap atau mengecil. Bila bernapas benjolan membesar tidak. Bila benjolannya besar ditanya dimana (lokasi yang tepat) mulainya, sewaktu masih kecil.</li> <li>- Sejak kapan ada lobang berair tersebut (pecah), sembuh lalau jadi lagi.</li> <li>- Nyeri tidak, bila nyeri sejak kapan?</li> <li>- Ada demam tidak?</li> <li>- Keluhan-keluhan lain: apakah batuk-batuk, berdarah tidak, sesak napas?</li> <li>- Adakah benjolan lain?</li> <li>- Adakah trauma?</li> </ul> <p>Riwayat penyakit dahulu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah sakit serupa, diobati apa?</li> <li>2. Pernah sakit apa, tumor jinak/ganas, kapan?</li> <li>3. Pernah dioperasi, oleh karena panyakit apa, kapan?</li> <li>4. Pernah diradiasi, oleh karena sakit apa, kapan?</li> <li>5. Pernah mendapat khemoterapi, untuk penyakit apa, kapan?</li> </ol>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN          TUMOR TUMOR-TUMOR LEHER DAN KELAINAN-          KELAINAN KONGENITAL LEHER</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adakah keluarga yang sakit serupa, diobati, masih hidup?</li> <li>2. Adakah keluarga yang sakit tumor, pengobatannya?</li> </ol> <p>Pemeriksaan Jasmani:          Status Generalis :          Diperiksa juga kelenjar lain dari pada kelenjar regioner, KGB regioner diperiksa pada status lokalis.</p> <p>Status Lokalis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasi : regionya, kanan atau kiri, disertai gambar yang proposionil leher anterior kanan/kiri/median, submental, submand, lerher lat/ sup/med/inf.</li> <li>2. Inspeksi : Warna kulit diatasnya, benjolan yang berulkus/tidak, fistel?</li> <li>3. Palpasi : Diukur dalam cm atau mm, konsistensinya keras, lunak, kistik, melekat ke kulit/sekutarnya/tulang dibawahnya. Ada infiltrasi tidak, sampai dimana?</li> <li>4. Kelenajr-kelenjar regioer : Berapa buah, regio leher lateral superior, tengah, inferior dsb. (lihat diatas), konsistensi kelenjarnya, ukuran, melekat satu sama lain?</li> </ol> <p>Diagnosa banding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kista tiroglosal (ductus tiroglosa persisten)</li> <li>- Kista brankhial (dengan fistel yang infeksi/tidak)</li> <li>- Higroma kolli (limfangioma)</li> <li>- Hemangioma</li> <li>- Tumor kelenjar ludah</li> <li>- Tumor ganas jaringan lunak</li> <li>- Metastase di kelenjar getah bening</li> <li>- Tumor primer sistem limfe (selanjutnya lihat pembesaran kelenja getah bening)</li> <li>- TBC kelenjar (idem)</li> </ul> <p>Diagnosa kerja:          Kista triglosal dengan fistel yang infeksi.</p> <p>Rencana Pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk operasi dengan narkose</li> <li>- Pemeriksaan-pemeriksaan dengan indikasi, misalnya foto rahang, bila ada penyebaran ke rahang</li> <li>- Biopsi insisi, bila tumor inoperabel.</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN TUMOR TUMOR-TUMOR LEHER DAN KELAINAN- KELAINAN KONGENITAL LEHER</b>		
	No.Dukumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/...../RSUD-SRL		3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Rencana pengobatan : - Biopsi diteruskan dengan radiasi - Eksisi/ekstirpasi Eksisi luas. Follow Up: - luka diperiksa - bagaimana bicaranya, ada parese otot-otot? - Bagaimana makan/minumnya - Kelenjar regioner? Lama perawatan di rumah sakit: Bergantung kepada besarnya operasi.		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN PEMBESARAN KELENJAR GETAH BENING</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelenjar-kelenjar di dinding belakang abdomen, hepar/lian (bukan kelenjar leher)</li> <li>- Biopsi ekisisi satu kelenjar utuh kecuali bila kelenjar-kelenjar bersatu (karsinoma anoplasti)</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	<p>Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primer : <ul style="list-style-type: none"> <li>- limpoma malignum</li> <li>- TBC</li> </ul> </li> <li>2. Sekunder : <ul style="list-style-type: none"> <li>- yang tidak ditemukan lesi primernya</li> <li>- yang diketahui asalnya, diobati sesuai dengan tumor primernya</li> </ul> </li> </ol>		
<b>KEBIJAKAN</b>	<p>Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah atau IGD RSUD Prof. Dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.</p>		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Riwayat penyakit sekarang:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sejak kapan timbul masing-masing kelompok kelenjar yang membesar dan samapi sekarang membesar berapa kali, mengecil, tetap, setelah diberi obat apa terjadi perubahan itu/</li> <li>2. Nyeri tidak</li> <li>3. Pecah tidak, sejak kapan, keluar apa?</li> <li>4. Keluahan-keluhan lain : batuk-batuk (berdarah/tidak), malam hari banyak keringat, badan tambah kurus, suka demam, nyeri-nyeri di badan (tulang-tulang)</li> <li>5. Adakah benjolan-benjolan di tempat lain di luar kelenjar getah bening.</li> </ol> <p>Riwayat penyakit dahulu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pernah sakit apa, tumor jinak/ganas, kapan?</li> <li>2. Pernah dioperasi, radiasi, obat-obatan khemoterapi, berapa lama kapan?</li> <li>3. Pernah difoto thoraks, pernah diobati obat-obat TBC?</li> </ol>		

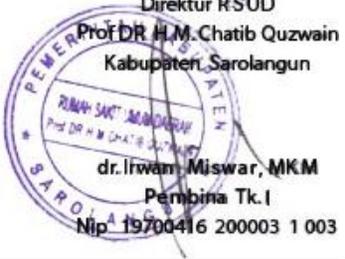
 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN          PEMBESARAN KELENJAR GETAH BENING</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Riwayat penyakit keluarga:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah ada keluarga yang menderita penyakit yang sama, bagaimana kesudahannya?</li> <li>2. Apakah ada keluarga yang menderita penyakit tumor ganas, bagaimana kesudahannya?</li> </ol> <p>Pemeriksaan Jasmani:          Status Generalis :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hati bila teraba agar diperinci pinggirnya, konsistensinya dst.</li> <li>2. Tulang-tulang belakang dan pelvis adakah nyeri tekan?</li> </ol> <p>Status Lokalis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Regionya ditulis dulu, jika ada dua regio atau lebih ditulis satu-satu regio tersendiri. Semua tempat-tempat kelenjar diperiksa : oksipital, retro aurikuler, leher posterior/lateral, (atas, tengah, bawah), praetrakheral, supraclavula, sulkus bisipitalis, epitrokhlear, axilla, lien, hepar, inguinal, femoral, poplitea dsb.</li> <li>2. Inspeksi : warna kulit, tonjolan rata, berbenjol-benjol, ada ulkus</li> <li>3. Palpasi : Diukur dengan cm ke 2 atau 3 arah, konsistensinya, berbenjol-benjol seperti kentang dalam karung, melekat satu sama lain, menjadi satu masa yang masif. Infiltrasi ke daerah sekitarnya. Bila perlu dengan gambar yang sesuai proposinya.</li> </ol> <p>Diagnosa banding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limfadenitis akut</li> <li>- Hiperplasia reaktif/limfadenitis kronis</li> <li>- TBC kelenjar</li> <li>- Tumor primer sistem limfe             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non Hodgkin's limfoma</li> <li>• Hodgkin's limfoma</li> </ul> </li> <li>- Tumor sekunder getah bening yang tidak diketahui tumor primernya (yang diketahui tumor primernya, dibicarakan di bab tumor primer masing-masing)</li> </ul> <p>Diagnosa kerja: satu yang paling mungkin</p> <p>Rencana Pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan rutin untuk biopsi</li> <li>- Persiapan rutin dengan indikasi, USG kelenjar-kelenjar di dinding belakang abdomen, hepar/lian (bukan kelenjar leher)</li> <li>- Biopsi eksisi satu kelenjar utuh kecuali bila kelenjar-kelenjar bersatu (karsinoma anoplasti)</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN PEMBESARAN KELENJAR GETAH BENING</b>		
	No.Dukumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/...../ RSUD-SRL		3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Rencana pengobatan :</p> <p>Untu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limfadenitis akut : antibiotika</li> <li>- TBC : TBC statika</li> <li>- Tumor primer sistem limpe : radiasi st. I-II, khemoterapi st. III-IV</li> <li>- Tumor sekunder : eksisi tumor primer + diseksi leher radikal (Radical Neck Dissection), bila tumor Primer tidak diketahui : radiasi</li> </ul> <p>Follow Up:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Post Operatif : lukanya diperiksa dan apakah timbul kelenjar-kelenjar baru.</li> </ul> <p>Lama perawatan di rumah sakit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- selama diradiasi bila tida ada di rumah di Bandung untuk diseksi leher radikal 7-10 hari.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<p>Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.</p>		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>PENANGGULANGAN LUKA BAKAR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Luka bakar merupakan kerusakan pada jaringan karena pengaruh suhu ( baik panas maupun dingin) atau dari penyerapan energi fisik dan dari kontak dengan bahan – bahan kimia..		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di IGD atau di Poli RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Kriteria diagnosis</b>          Setiap penyebab mempunyai gambaran klinis yang khusus dan manajemen pengelolaannya</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Derajat luka bakar           <ul style="list-style-type: none"> <li>Derajat I : Hanya mengenai cairan epidermis luar tampak hiperemi dan eritema</li> <li>Derajat II : Mengenai lapisan epidermis yang lebih dalam dan sebagian dermis disertai lepuh, edema jaringan dan basah.</li> <li>Derajat III : Mengenai semua lapisan epidermis biasanya tampak luka kering dengan vena koagulasi pada permukaan kulit.</li> </ul> </li> <li>Luas luka bakar dalam % (untuk kemudahan menggunakan rumus 9)</li> <li>Lokasi luka bakar</li> </ol> <p><b>Standar RS</b>          Tipe B dan A untuk yang berat</p> <p><b>Perawatan RS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rawat inap untuk :</li> <li>Luka bakar derajat II/III &gt; 10 % pada anak-anak, &gt; 15 % pada dewasa.</li> <li>Derajat III &gt; 2 %</li> <li>Luka bakar disertai trauma berat lain, trauma inhalasi</li> <li>Luka bakar listrik</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENANGGULANGAN          LUKA BAKAR</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Standar tenaga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter umum untuk luka bakar ringan</li> <li>• Dokter Spesialis bedah yang berkecimpung pada luka bakar berat</li> </ul> <p>Paramedis yang berkecimpung pada perawatan luka bakar.</p> <p><b>Pemeriksaan penunjang</b>          Laboratorium : DL, UL, RFT, elektrolit, protein darah          Mikrobiologi : kultur dan tes kepekaan kuman          Radiologi : foto polos toraks AP          Jantung : EKG</p> <p><b>Konsultasi</b>          Disiplin ilmu lain sesuai dengan penyakit yang menyertai atau komplikasi yang timbul.</p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Didahului penanggulangan terhadap gangguan jalan napas dan sirkulasi</li> <li>• Perkiraan jumlah cairan dengan menggunakan rumus Baxter : Hari I diperkirakan memerlukan:              (berat badan dalam kg x % luas luka bakar x 4) cc ringer laktat</li> </ul> <p><b>Terapi pada luka</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Derajat II, obat topikal untuk luka</li> <li>➢ Derajat III, obat topikal yang dapat menembus skar (silversulfadiazin)</li> <li>• Antibiotik bila luka kotor</li> <li>• Ruksoid tetanus 1 cc untuk tiap 2 mg, 3 x berturut-turut. ATS diberikan pada semua yang belum pernah mendapat toksoid.</li> <li>• Antasid untuk luka bakar luas</li> <li>• Dipuaskan bila ada gangguan saluran cerna, diperlukan kalori dan protein tinggi.</li> <li>• Fisioterapi</li> <li>• Tindakan pembedahan untuk trauma. Karena bahan kimia, perlu dibilas secara tuntas dengan air.</li> </ul> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan saluran napas</li> <li>• Gangguan sirkulasi bila berlanjut dapat menyebabkan kegagalan organ multipel.</li> <li>• Kelebihan atau kekurangan cairan maupun elektrolit.</li> <li>• Infeksi pada kulit, saluran napas, saluran kemih.</li> <li>• Ulkus stres</li> <li>• Parut hipertrofi dan kontraktur, untuk jangka panjang.</li> <li>• Deformitas penampilan yang hebat.</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN LUKA BAKAR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Informed Consent</b> Perlu tertulis</p> <p><b>Lama perawatan</b> Sangat dipengaruhi oleh kedalaman dan luas luka. Dirawat sampai luka lebih kecil dari indikasi perawatan.</p> <p><b>Masa pemulihan</b> Sangat bervariasi, mungkin 2 tahun atau lebih bergantung pada parut yang terjadi</p> <p><b>Luaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sembuh dengan kecacatan warna kulit saja sampai kecacatan berat, tidka dapat menggerakkan sendi</li> <li>• Kematian</li> </ul> <p><b>Autopsi / risalah rapat</b> Mungkin diperlukan bila terjadi kematian</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

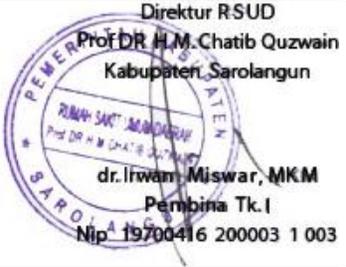
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN SUMBING (SKISIS)</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Dibagi menjadi : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumbing bibit/labioskisis</li> <li>2. Sumbing bibir dan gnatum/labioognatoskisis.</li> <li>3. Sumbing bibir, gnatum dan langitang/labioognato palatoskisis</li> <li>4. Sumbing langitang/palatoskisis.</li> </ol>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Bagian IGD/ Poli Bedah di RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Kriteria diagnosis</b> Kelainan bawaan lahir berupa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Celah pada bibir atas</li> <li>2. Celah pada bibir dan gnatum atas</li> <li>3. Celah pada bibir, gnatum dan langitang</li> <li>4. Celah pada langitang saja</li> </ol> <p><b>Standar RS</b> Tipe C untuk penutupan bibir/labioplasti dan penutupan langitang/palatooplasti sederhana Tipe B dan A untuk penyempitan faring/faringoplasti, penambalan tulang (<i>bone grafting</i>) rahang dan perbaikan bentuk muka/<i>mazillary advancement</i>.</p> <p><b>Perawatan RS</b> Rawat jalan kecuali untuk keperluan operasi.</p> <p><b>Standar tenaga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter spesialis bedah plastik untuk semua tindakan operatif</li> <li>• Dokter spesialis bedah untuk skisis/sumbing dan labioskisis/sumbing bibir</li> <li>• Speech terapist untuk terapi bicara</li> <li>• Ortodontis untuk perbaikan gigi</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN SUMBING (SKISIS)</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Konsultasi</b>          Bila perlu:          Dokter gigi : untuk obturator          Dokter THT : bila ada radang telinga tengah bila ada defisit pendengaran          Speech therapist : untuk belajar bicara          Psikolog anak : untuk pemeriksaan IQ untuk defisit kepribadian          Ortodontis : untuk perbaikan pertumbuhan gigi</p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatif             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Penutupan bibir/labioplasti pada usia 3 bulan ke atas</li> <li>➤ Penutupan langit-langit/palatoplasti pada usia 12-16 bulan</li> <li>➤ Penyempitan faring/faringoplasti, kalau perlu, pada usia 6 tahun ke atas</li> <li>➤ Penambalan tulang (<i>bone grafting</i>) rahang pada usia 8 tahun</li> <li>➤ Perbaikan bentuk muka/<i>maxillary advancement</i>, kalau perlu, pada usia 15 tahun ke atas.</li> </ul> </li> <li>• Non bedah             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Speech therapy</i> oleh speech therapist pada usia 4 tahun ke atas.</li> <li>➤ Perbaikan gigi oleh ortodontis pada usia 9 tahun setelah penambalan tulang</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karena penyakit             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Otitis Media Perforata (OMP)</li> <li>➤ Pendengaran kurang</li> <li>➤ Maloklusi gigi</li> <li>➤ Suara sengau, kata-kata tidak jelas</li> </ul> </li> <li>• Karena operasi             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Parut tidak baik</li> <li>➤ Fistula oronasal</li> </ul> </li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN SUMBING (SKISIS)</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Informed Consent</b> Perlu tertulis</p> <p><b>Lama perawatan</b>  Labioplasti : tidak selalu diperlukan rawat inap  2 – 5 hari : palatoplasti  5 hari : faringoplasti  5 hari : <i>bone grafting</i> rahang  7 hari : <i>maxillary advancement</i></p> <p><b>Masa pemulihan</b>  1 minggu : labioplasti  3 minggu : palatoplasti  2 minggu : faringoplasti  3 minggu : <i>bone grafting</i> rahang  6 minggu : <i>maxillary advancement</i></p> <p><b>Luaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal Bentuk bibir dan hidung simetris, bentuk muka normal, gigi-geligi tumbuh bagus, suara normal, parut operasi halus</li> <li>• Kurang normal Parut kasar, asimetri bibir dan lubang hidung, gigi tak beraturan, suara sengau, bentuk muka bagian tengah lebih ke dalam</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN KONTRAKTUR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Memendeknya jarak antara dua titik pada permukaan tubuh akibat proses kontraksi pada penyembuhan luka.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Perawatan RS</b> Rawat jalan kecuali untuk operasi.</p> <p><b>Standar RS</b> Minimal rumah sakit kelas C</p> <p><b>Standar tenaga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter spesialis bedah umum</li> <li>• Dokter Spesialis Bedah Plastik</li> </ul> <p><b>Terapi</b></p> <p>➤ <i>Release</i> kontraktur dan graft/flap</p> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdarahan, Necrosis graft / flap</li> <li>• Infeksi</li> </ul> <p><b>Informed Consent</b> Perlu tertulis</p> <p><b>Lama perawatan</b> 7 - 10 hari</p> <p><b>Masa pemulihan</b> 3 minggu atau lebih bergantung lokasinya dan berat ringan kontraktunya</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN KONTRAKTUR</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<b>Luaran</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sembuh normal, tidak ada gangguan gerakan</li> <li>• Masih tersisa sedikit akibat kontraktur</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN KELOID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Suatu penyakit tumor jinak pada kulit yang disebabkan oleh akumulasi kolagen pada jaringan ikat kendur saat penyembuhan luka.		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p><b>Kriteria diagnosis</b> Parut yang menonjol menyebuk ke kulit yang sehat jauh di luar trauma dengan tanda-tanda inflamasi (tambah besar gatal, sakit) berkepanjangan</p> <p><b>Standar RS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe C untuk penyuntikan kortikosteroid dan Operasi</li> </ul> <p><b>Perawatan RS</b> Rawat jalan kecuali untuk operasi.</p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konservatif <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Suntikan kortikosteroid yang bekerja lokal</li> <li>➢ Balut penekan</li> </ul> </li> <li>• Operatif Eksisi, kalau perlu <i>full thickness skin graft</i>, dilanjutkan dengan radiasi atau suntikan kortikosteroid pascaeksisi.</li> </ul> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karena penyakit : <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Cacat tubuh yang menyebabkan cacat kepribadian</li> <li>➢ Fungsi alat tubuh yang terkena berkurang.</li> <li>➢ Karena operasi:</li> <li>➢ Residif</li> </ul> </li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN KELOID</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Informed Consent</b> Diperlukan untuk operasi</p> <p><b>Lama perawatan</b> 1 hari – 2 minggu</p> <p><b>Masa pemulihan</b> Sangat bervariasi</p> <p><b>Luaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sembuh dengan estetika baik</li> <li>• Residif</li> <li>• Depigmentasi akibat radiasi</li> </ul> <p><b>PA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila ada keraguan dengan sarkoma</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN HEMANGIOMA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Dibagi menjadi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry</li> <li>• Hemangioma kapiler jenis <i>port wine stain</i> atau nevus flamesu</li> <li>• Hemangioma kavernosa</li> <li>• Hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Dapat mengelola pasien dengan benar sesuai dengan prosedur yang ada.		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan pasien / kasus di Poli Bedah RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun.		
<b>PROSEDUR</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cacat berupa bercak merah pada kulit, sedikit timbul, ada sejak lahir atau timbul masa-masa awal kelahiran, tumbuh progresif, tak sakit.</li> <li>2. Cacat berupa bercak merah pada kulit sejak lahir, rata (bisa timbul setelah dewasa), stasioner.</li> <li>3. Benjolan pada kulit atau subkutis, kebiruan, dapat kempes bila ditekan timbul setelah lahir, tidak sakit.</li> <li>4. Campuran 1 dan 3</li> </ol> <p><b>Standar RS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe C untuk suntikan sklerosing, kortikosteroid, eksisi dan perban penekan</li> <li>• Tipe A untuk embolisasi dan laser</li> </ul> <p><b>Perawatan RS</b> Rawat jalan kecuali untuk persiapan operasi.</p> <p><b>Standar tenaga</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter Spesialis Bedah Plastik</li> <li>• Dokter Spesialis Bedah Umum</li> </ul> <p><b>Diagnosa Banding</b> Fistula A – V</p> <p><b>Pemeriksaan Penunjang</b> Untuk hemangioma kavernosa, kalau perlu arteriografi</p> <p><b>Terapi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konservatif <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Suntikan obat sklerosing untuk hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, hemangioma kavernosa dan Hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> </ul> </li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>PENANGGULANGAN HEMANGIOMA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kortikosteroid hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> <li>➤ Observasi atau ditambah perban penekan untuk hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, <b>tattoage</b> untuk hemangioma kapiler jenis <i>port wine stain</i> atau nevus flamesu, <b>laser</b> untuk hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, hemangioma kapiler jenis <i>port wine stain</i> atau nevus flamesu, Hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> <li>• Operatif <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Eksisi, kalau perlu <i>skin graft</i> untuk hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, hemangioma kapiler jenis <i>port wine stain</i> atau nevus flamesu, hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> <li>➤ Embolisasi (kalau perlu) baru eksisi untuk hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Karena penyakit : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perdarahan pada Hemangioma kapiler simpleks/jenis strawberry, hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> <li>➤ Cacat berat pada daerah yang terkena hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> </ul> </li> <li>• Karena operasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perdarahan</li> <li>➤ Residif</li> <li>➤ Kelainan jantung pada hemangioma kavernosa dan hemangioma campuran kapiler simpleks dan kavernosa</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Informed Consent</b> Perlu tertulis</p> <p><b>Lama perawatan</b> 1 minggu atrau lebih</p> <p><b>Masa pemulihan</b> 1 minggu – 1 bulan atau lebih</p> <p><b>Luaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paling baik sembuh dengan estetika bagus</li> <li>• Masih tersisa dengan estetika jelek</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah, Instalasi rawat inap non bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA RINGAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Penderita dengan riwayat trauma, Skala Koma Glasgow = 14 atau SKG = 15 dengan kehilangan kesadaran sewaktu (< 5 menit atau gangguan memori). Merupakan 80% semua kasus cedera kepala		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemungkinan penyulit kelainan intracranial (hematoma yang berkembang kemudian) dalam 48 jam pertama. 3 % kemungkinan mengalami pemburukan, dari CT scan 18 % ada kelainan dan 5 % membutuhkan tindakan bedah</li> <li>• Mencari kemungkinan adanya cedera tubuh lain yang tersembunyi ( fraktur cervical, trauma tumpul torak dan perut, mata )</li> <li>• Merawat penderita yang memperlihatkan gejala sindroma paska konklusi (pusing, muntah), penderita dengan tanda-tanda klinis fraktur basis kranii (periorbital ekimosis, rinorea, post aurikular ekimosis,otore) Merawat penderita dengan fraktur kranium untuk pengawasan (linier) dan pembedahan (fraktur depresi) atau untuk pembedahan cedera tubuh lain</li> <li>• Menemukan secara awal kemungkinan suatu post traumatic amnesia yang hanya bisa dilakukan setelah 3 hari pemeriksaan setelah sadar penuh ( orientasi diri,waktu,tempat baik)</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Cedera kepala ringan bisa diperburuk oleh hipoksia dan iskemia akibat cedera tubuh ekstrakranial ( wajah, torak, abdomen ) yang berkembang kemudian atau timbulnya penyulit karena timbulnya hematoma intracranial (3%), edema otak posttraumatic, kejang epilepsy selain berkembangnya sindroma paska konklusi yang meningkatkan morbiditas Oleh karena itu perawatan bagi penderita yang tak mungkin dipantau oleh keluarga secara benar disarankan untuk dirawat		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Mencatat identitas (nama, kelamin, umur, pekerjaan, mekanisme trauma, waktu kejadian, riwayat kehilangan kesadaran sewaktu, kesadaran setelah kejadian, amnesia retrograde dan anterograde)</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA RINGAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Kriteria diagnosis : Seperti pada pengertian Diagnosis Banding : Penderita dengan pengaruh obat atau alkohol ringan, atau adanya serangan otak sewaktu</p> <p>Pemeriksaan penunjang: Foto polos tengkorak bila jelas dijumpai cedera jaringan lunak fokal kulit kepala, CT scan bila SKG = 14 setelah lebih 6 jam, foto cervical atau tubuh lain bila diperlukan</p> <p><b>Terapi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istirahat ditempat tidur</li> <li>• Puasa sampai 8 jam muntah terahir</li> <li>• Cairan intra-vena bila diperlukan</li> <li>• Analgesia ringan yang tak menyebabkan ngantuk</li> <li>• Kompres dingin memar kulit kepala selama 48 jam, antibiotika aminopenisilin untuk luka terbuka dengan jahitan</li> <li>• Pemeriksaan vital kesadaran ( sadar penuh, komunikasi setelah panggilan, setelah rangsang nyeri, tak ada komunikasi) setiap 6 jam selama 48 jam pertama, setiap 12 jam sampai hari ke 5</li> <li>• Pemeriksaan minineurologi (SKG, pupil, hemiparese) seperti diatas</li> <li>• Follow up untuk sakit kepala paska trauma, sindroma paska konkusi, test memori atas indikasi, mencari kemungkinan post traumatic amnesia ( mampu mengingat peristiwa yang dialami setelah sadar penuh dengan orientasi diri,waktu, tempat baik selama 3 hari)</li> <li>• Mencari deficit persarafan otak seperti anosmia, gangguan saraf optikus, saraf penggerak bola mata, saraf fasialis, keseimbangan dan pendengaran</li> </ul> <p>Informed consent : diperlukan untuk semua kemungkinan penyulit akut dan cacat menahun</p> <p>Lama perawatan : 5-7 hari atau mobilisasi untuk aktifitas sehari hari seperti mampu mengurus diri</p> <p>Masa pemulihan : bila tanpa sindroma paska konkusi (sakit kepala, pusing, fetig, gangguan tidur,emosi ) dicari kemungkinan timbul 6 mg sampai 12 minggu paska trauma, sedang bila dijumpai dan menetap setelah 6 bulan diperkirakan permanen</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA RINGAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/3
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Hasil : tanpa penyulit hematoma intracranial ad vitam ad bonam, tanpa penyulit sindroma paska konkusi atau kelainan saraf otak ad fungsionam ad bonam</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<p>Intalasi rawat darurat untuk triase dan resusitasi bila diperlukanataupengawasanuntuk kriteria pulangInstalasi rawat neurotrauma (bedah) untuk perawatan dan observasiUntuk Rujukan Poliklinik saraf (untuk test minimental, memori, sindroma paska konkusi, epilepsi post trauma), THT untuk penyulit pendengaran dan keseimbangan, mata untuk gangguan visus</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA SEDANG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<b>PENGERTIAN</b>	Penurunan kesadaran setelah adanya trauma di kepala dengan SKG = 9-13 atau kehilangan kesadaran masih bisa mengikuti perintah sederhana lebih 6 jam trauma atau adanya defisit neurologis fokal seperti hemiparesis. Merupakan 10 % penderita cedera kepala		
<b>TUJUAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- menemukan lebih awal kemungkinan suatu penyulit karena 10 – 20 % penderita ini bisa memburuk dan menjadi koma</li> <li>- 8 % diantaranya memerlukan pembedahan karena adanya hematoma intrakranial</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Karena kemungkinan berkembangnya penyulit cukup besar dengan mortalitas tinggi, cedera kepala sedang diperlakukan seperti cedera kepala berat hanya saja intubasi tak segera dilakukan walau pemantauan saluran nafas menjadi prioritas		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Sama seperti cedera kepala ringan</p> <p>Kriteria diagnosis : adanya trauma di kepala GCS 9-13</p> <p>Diagnosis Banding: serangan otak terutama usia dewasa, gangguan kesadaran karena metabolic atau akibat obat dan alkohol</p> <p>Pemeriksaan penunjang : semua penderita dilakukan pemeriksaan CT scan, foto cervical lateral, foto cedera tubuh lain atas indikasi</p> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istirahat ditempat tidur</li> <li>• Stabilitas fungsi vital (A,B,C)</li> <li>• Observasi fungsi vital dan neurologist berkala</li> <li>• Pasang collar brace sampai terbukti tidak ada fraktur cervical</li> <li>• Analgetik non narkotik</li> <li>• Antibiotik bila ada luka yang dijahit, aminopenisillin 50mg/kg BB 3-5 hari</li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA SEDANG</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Kejang diberi valium 5-10 mg/iv sampai kejang berhenti dilanjutkan dengan pemberian phenitoin 3 x 100 mg/iv</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila ada`penurunan kesadaran atau SKG turun 2 score dengan tanda vital stabil CT scan, bila ada lesi massa traumatic berkembang prosedur cedera kepala berat diterapkan sebelum keputusan pembedahan</li> <li>• Bila penderita stabil dan perbaikan klinis neurologist nyata dan CT scan sebelumnya tak jelas ada kelainan langsung pulang bila ada sebaiknya dilakukan pemeriksaan CT scan sebelum pulang</li> </ul> <p>Informed consent : perlu  Lama perawatan : 10-14 hari  Masa pemulihan : untuk penilaian setelah 3, 6 dan 12 bulan  Hasil : menggunakan Glasgow Out Come Scale yaitu Good recovery, moderate disability, severe disability, vegetative state.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prognosa : tergantung pada kelainan baik klinik maupun perubahan progresif CT scan, bila tak ada mayoritas 60 % Good recovery, bila dijumpai hanya 3 % Good recovery</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<p>Instalasi rawat darurat untuk penilaian vital, resusitasi bila diperlukan, penilaian neurologis, semua dilakukan pemeriksaan sebelum masuk perawatan  Ruang perawatan neurotrauma bedah saraf untuk pemantauan ketat perkembangan klinik neurologist  Ruang perawatan intensif bila dijumpai pemburukan sebelum dan setelah pembedahan atau tanpa pembedahan Instalasi rawat jalan bedah saraf, saraf (epilepsi post trauma)</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA BERAT</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Penurunan kesadaran setelah cedera kepala yang tak mampu melaksanakan perintah sementara atau pada saat pemeriksaan mempunyai GCS 3-8, setelah fungsi kardiopulmonal stabil		
<b>TUJUAN</b>	<p>melakukan penilaian dan pengelolaan dengan segera untuk menurunkan mortalitas dan morbiditas yang sangat tinggi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan resusitasi saluran pernafasan, pernafasan, sirkulasi, imobilisasi tulang leher</li> <li>• Mencegah cedera otak sekunder yang sangat memperburuk keadaan seperti hipoksia maupun iskemia oleh sebab ekstrakranial dan sebab intracranial oleh kenaikan tekanan</li> </ul>		
<b>KEBIJAKAN</b>	Pada cedera kepala berat, saluran nafas umumnya terganggu, pernafasan tak efisien, tekanan darah perlu stabil		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Penilaian masalah vital, resusitasi saluran nafas, hiperventilasi, stabilisasi sirkulasi, fiksasi dan imobilisasi fraktur, operasi resusitasi torak atau abdomen bila diperlukan, debrideman fraktur terbuka tulang ekstremitas, penilaian mini neurology</p> <p>Kriteria diagnosis : adanya trauma di kepala, tidak mampu mengikuti perintah-perintah sederhana, GCS 3-8</p> <p>Diagnosis Banding : serangan otak dengan koma, kelainan metabolic, keracunan atau intoksikasi</p> <p>Pemeriksaan penunjang : Hematologi (Hb,Ht,leukosit,trombosit, waktupembekuan, perdarahan, golongan darah) Kimia darah gula darah, ureum, elektrolit Analisa gas darah CT-Scan kepala, foto polos cervical lateral (bila pasien stabil)</p>		

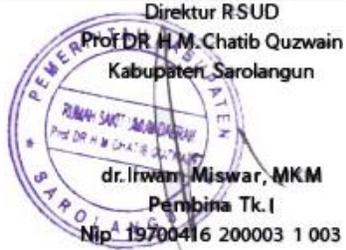
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>CEDERA KEPALA BERAT</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilitas fungsi vital (A,B,C) dan intubasi Endotrakhea, resusitasi cardiopulmoner. Mempertahankan hemoglobin &gt; 11gr% atau hematokrit antara 35-45 %</li> <li>• Hiperventilasi bila dijumpai herniasi sebelum pembedahan dengan mempertahankan PCO2 25-35 mm Hg</li> <li>• Pasang collar brace sampai terbukti tidak ada fraktur cervical</li> <li>• Anti konvulsan difenilhidantoin 5-7 mg/kgBB</li> <li>• Manitol bila diperlukan (1 g/kgBB manitol 20%). Indikasi utama pemberian manitol adanya tanda herniasi transtentorial seperti perubahan kesadaran, anisokor, menjadi hemiparese, dekortikasi dan deserebrasi atau GCS turun 2 point sebelum tindakan pembedahan bila dicurigai adanya lesi massa intra cranial yang berkembang</li> <li>• Monitor ICP ( belum dilakukan)</li> </ul> <p>Komplikasi :       Pneumonia                           Dekubitus                           Herniasi otak                           Cedera otak sekunder</p> <p>Informed consent : untuk semua tindakan terapi khususnya invasif</p> <p>Lama perawatan : 1-4 minggu</p> <p>Masa pemulihan : 6 bulan sampai 9 bulan optimal dan 48 bulan maksimal</p> <p>Hasil : Good recovery setelah 12 bulan kira-kira 50%, moderate disability 30%, severe kira-kira 15 %, vegetatif 5 % bagi survivor. Mortalitas tergantung pada adanya hipoksia, hipotensi, tipe dari lesi massa dimana subdural kematian sangat tinggi, kemudian intraserebral/kontusio hemorhargik, terbaik epidural hematoma.</p> <p>Prognosa : Ad vitam dubia ad malam, ad fungsionam ad malam</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instalasi rawat darurat untuk survey primer, resusitasi, survey sekunder, stabilisasi</li> <li>- Ruang perawatan intensif sebelum dan setelah pembedahan, serta selama instabilitas pernafasan, sirkulasi, kenaikan tekanan intracranial</li> <li>- Ruang perawatan selama masa pemulihan</li> <li>- Instalasi rawat jalan</li> </ul>		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>FRAKTUR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/4
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 Direktur RSUD Prof. DR. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terпустusnya koninuitas jaringan tulang/tulang rawan, bisa komplit atau tidak komplit. Jenis fraktur ditentukan oleh garis frakturnya, isa simpel, multifragmen (kominutif), atau segmental.</li> <li>• Jika kulit di atasnya utuh disebut fraktur tertutup dan bila terdapat luka pada kulit di disebut fraktur terbuka (terkontaminasi dan risiko infeksi). Fraktur dapat disebabkan oleh trauma langsung/tidak langsung, trauma tekanan yang lama (<i>stress fracture</i>), atau melemahnya tulang (patologis).</li> </ul>		
<b>TUJUAN</b>	Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada fraktur		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan fraktur harus dilaksanakan secara benar sesuai dengan Standar Pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.  <b>Kriteria diagnosis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur adalah bagian integral pasien, untuk itu harus dilihat keadaan pasien secara keseluruhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Syok atau perdarahan.</li> <li>2. Trauma penyerta di kepala, medula spinalis atau visera</li> <li>3. Predisposisi (misalnya osteoporosis)</li> </ol> </li> <li>• Adanya riwayat trauma yang menimbulkan rasa nyeri.</li> <li>• <i>Look</i> (inspeksi) : adanya bengkak dan deformitas.</li> <li>• <i>Feel</i> (palpasi) : nyeri setempat, nyeri sumbu (dari keduanya ini dapat diperkirakan lokasi frakturnya), krepitasi, status neurovaskuler distal dari fraktur (trauma vaskuler adalah kasus emergensi).</li> <li>• <i>Move</i> (pergerakan tulang dan sendi): adanya <i>functio laesa</i>.</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>FRAKTUR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/4
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah didagnosis adanya fraktur, perlu disebutkan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lokasinya : 1/3 proksimal, 1/3 tengah atau 1/3 distal, karena perubahan letak fragmen tulang bergantung pada traumanya (origo dan insersio otot).</li> <li>2. Apakah mengenai persendian Bagaimanakah garis frakturnya : tunggal, multifuragmen, segmental transversal, oblik, atau spiral</li> <li>3. Tertutup atau terbuka</li> </ol> </li> </ul> <p><b>Diagnosa banding</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur dislokasi </li> <li>• Fraktur dan dislokasi </li> </ul> <p><b>Pemeriksaan penunjang</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rontgen tulang yang terkena, dengan memperhatikan hal-hal berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimal dua proyeksi</li> <li>- Harus terlihat 2 sendi yaitu satu sendi di proksimal dan satu distal</li> <li>- Dibuat foto pada anggota gerak yang sehat pada anak</li> <li>- Trauma fanda/berat : harus dibuat X-ray di beberapa tempat</li> </ul> </li> <li>• Dapat ditambah pemeriksaan tomografi untuk fraktur tulang belakang atau kondilus tibia. Radiografi kontras (artrogram, mielogram, diskogram, sinogram), <i>CT Scan</i>, MRI, radioisotop <i>scanning</i>, ultrasonografi untuk penilaian aliran arteri.</li> <li>• Endoskopi : artroskopi, mieloskopi</li> <li>• Laboratorium darah dan urin rutin.</li> </ul> <p><b>Perawatan RS</b> Tipe A, B, C untuk diagnosis dan penatalaksanaan berdasarkan pada kondisi pasien (diagnosis), dokternya (kemampuan dan pengetahuan) dan saranan kesehatan yang ada.</p> <p><b>Konsultasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokter Spesialis Bedah Orthopaedi]</li> <li>- Dokter Spesialis Bedah bila dokter spesialis bedah orthopaedi belum ada di daerah tersebut.</li> <li>- Pada trauma multipel ke spesialis lain yang terkait (Bedah Toraks, Bedah Umum/Digestif, Bedah Anak, Bedah Vaskuler, Bedah Plastik, Urologi, Saraf, Bedah saraf, rehabilitas dan lain-lain).</li> </ul>		

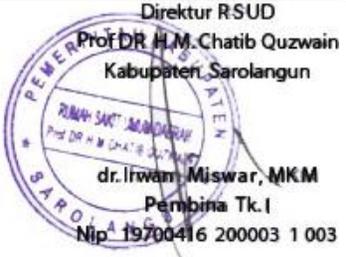
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>FRAKTUR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 3/4
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p><b>Terapi</b> Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan penyambungan tulang yang anatomis kedudukannya</li> <li>2. Kembalinya fungsi anggota gerak.</li> </ol> <p><b>Terapi Umum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PPPK : pembedahan untuk mengurangi pergerakan fragmen tulang, mengurangi sakit, serta menghindari kerusakan lebih lanjut.</li> <li>• Transportasi penderita : untuk diagnosis dan penatalaksanaan.</li> <li>• Pengobatan jika ada syok, perdarahan dan trauma penyerta lainnya.</li> </ul> <p>Terapi umum fraktur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yaitu “4 R” (<i>recognition, reduction, retaining dan rehabilitation</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Recognition</i> Diagnosis pasien, dengan semua pertimbangan mengenai keadaan umum lokal, dan status sosial ekonomi.</li> <li><i>Reduction</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengembalian posisi fragmen tulang ke posisi semula.</li> <li>- Metode untuk reduksi adalah: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tertutup (bentuk fraktur yang tertutup sederhana, pada anak, dan fraktur yang stabil setelah tereposisi).</li> <li>✓ Terbuka: dilakukan bila gagal secara tertutup, adanya fragmen yang perlu direduksi dengan akurat, dan fraktur dengan fragmen terpisah.</li> </ul> </li> <li><i>Retaining</i> (imobilisasi/fiksasi/mempertahankan reduksi)</li> <li>- Yaitu mempertahankan hasil yang dicapai waktu reduksi untuk membantu penyembuhan daerah yang sakit dan memberikan kesempatan daerah yang sehat untuk bergerak</li> </ul> </li> </ul> <p>Metode yang dipakai: traksi kontinu (dengan traksi kulit atau traksi tulang), pembedahan dengan gips, <i>functional bracing</i>, fiksasi internal, dan fiksasi eksterna.</p> <p><i>Rehabilitation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bertujuan mengembalikan fungsi dengan cara: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mempertahankan dan menambah gerak sendi (gerak aktif, pasif)</li> <li>✓ Meningkatkan kekuatan otot, dan fungsi muskuloskeletal secara menyeluruh</li> </ul> </li> </ul> </li></ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>FRAKTUR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 4/4
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>- Mobilisasi penting untuk anggota gerak bawah dan tulang belakang, sedangkan ketrampilan gerak penting untuk anggota gerak atas/tangan.</p> <p><b>Terapi khusus fraktur tertutup</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapat dilakukan hanya proteksi (tanpa reduksi dan fiksasi), fiksasi dengan pembidaian eksterna (tanpa reduksi), reduksi tertutup diikuti reduksi tertutup dengan traksi dan dilanjutkan dengan fiksasi, reduksi tertutup dilanjutkan <i>functional bracing</i>, reduksi tertutup dengan fiksasi internal, reduksi tertutup dengan fiksasi eksterna, dan eksisi fragmen diikuti penggantian dengan endoprostesis.</li> </ul> <p><b>Terapi khusus fraktur terbuka</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur terbuka merupakan kedaruratan bedah dengan terapi pembersihan kulit, debrideman (eksisi jaringan nonvital), “pencucian” yang bersih (<i>dilution is solution polluliton</i>), pengobatan terhadap fraktur (umumnya fiksasi eksterna), obat antibiotika dan obat antitetanus.</li> </ul> <p><b>Penyulit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dapat timbul dari trauma awal dari pengobatan frakturnya. Dapat terjadi secara lokal atau sistemis. Waktunya dapat bersamaan dengan waktu trauma, dini, atau lambat/menahun.</li> <li>• Penyulit dapat terjadi pada kulit, pembuluh darah, saraf, tulangnya sendiri, (<i>malunion, delayued union nonunion</i>), persendian (ankilosis), otot, visera, syok, dan gangguan mental.</li> </ul> <p><b>Informed consent</b> Perlu</p> <p><b>Masa pemulihan</b> Antara 6-24 bulan</p> <p><b>Luaran</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sembuh</li> <li>• Apabila terjadi penyulit akan timbul impairment, disable dan handicap</li> </ul> <p>Patologi Anatomi Pemeriksaan ini dilakukan bila ada pemeriksaan adanya fraktur patologi.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>FRAKTUR TERBUKA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Adanya deformitas pada tulang disertai dengan perlukaan didaerah fraktur dimana fragmen tulang berhubungan dengan dunia luar (Grade I,II,III)		
<b>TUJUAN</b>	Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada fraktur terbuka		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan fraktur terbuka harus dilaksanakan secara benar, baik debridement atau operatif		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Kriteria diagnosis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Riwayat trauma</li> <li>-Tanda pasti fraktur (angulasi perpendekan, rotasi)</li> <li>- Ada perlukaan didaerah fraktur (Grade I,II,III) dengan fragmen tulang berhubungan dengan dunia luar</li> <li>- Foto polos AP/Lateral pada daerah fraktur</li> </ul> <p>Pemeriksaan penunjang : -Laboratorium : -darah rutin -Foto polos AP/Lat</p> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BEDAH : Debridement Fiksasi interna untuk grade I-II (pertimbangkan berapa lama sesudah kejadian, ingat Frederich-golden period) Fiksasi eksterna untuk grade III</li> </ul> <p>Komplikasi : - infeksi - perdarahan - Compartemen syndrome - emboli lemak</p> <p>Informed consent : perlu Lama perawatan : 1-2 minggu Masa pemulihan : 12 minggu Hasil : Tereposisi dan terfiksasi pada posisi anatomi dan fungsional yang optimal Prognosa : dubia ad bonam</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah.		

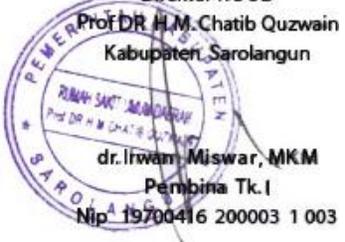
 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>SPONDILITIS TUBERKULOSA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Nyeri pada daerah lumbal tanpa atau dengan trauma ringan (dengan arah trauma sepanjang sumbu badan), nyeri tekan pada vertebra, mungkin ada gibbus, ada gejala TBC kronis (malaise) dll.		
<b>TUJUAN</b>	Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada spondilitis tuberkulosa		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan spondilitis tuberkulosa harus dilaksanakan secara benar sesuai dengan Standar Pelayanan Medis Bagian Bedah RSUD Prof. dr.H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Diagnosis banding</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraktur vertebra pasca trauma</li> <li>• Neoplasma vertebra (eosinofil granuloma)</li> <li>• Spondilits nonspesifik kronis.</li> </ul> <p>Pemeriksaan penunjang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foto vertebra</li> <li>• Test PPD</li> </ul> <p>Konsultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada paraplegi dikirim ke pusat rehabilitasi</li> <li>- Perawatan RS</li> <li>- Rawat inap</li> </ul> <p>Terapi</p> <p><i>Konservatif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tirah baring dengan obat antituberkulosis</li> <li>• Dengan atau tanpa pemasangan gips badan (body cast)</li> </ul> <p><i>Operatif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk proses tuberkulosis yang lebih lanjut atau dengan paraplegi</li> </ul> <p>Standar RS dan standar tenaga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Konservatif</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Di semua tipe rumah sakit dan puskesmas bertempat tidur, oleh semua dokter</li> </ul> </li> <li>• <i>Operatif</i></li> </ul>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>SPONDILITIS TUBERKULOSA</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>DiRS tipe C oleh Dokter Spesialis Bedah yang telah mendapat tambahan ketrampilan operasi tulang belakang.</p> <p>- Yang dapat dikerjakan oleh Dokter Umum: pemberian tuberkulostatik serta <i>body cast</i> (<i>conservative treatment</i>)</p> <p><b>Penyulit/luaran</b> Pada TBC dengan paraplegi</p> <p><b>Masa pemulihan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 tahun untuk yang tanpa paraplegi</li> <li>• Bergantung jenis kerusakan medulla spinalisnya. Pada kerusakan total, tak ada pemulihan (cacat tetap). Bila belum total akan ada pemulihan dari parapleginya untuk yang disertai paraplegi.</li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inapbedah.		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>OSTEOMIELITIS KRURIS</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016		
<b>PENGERTIAN</b>	Fistulasi kronis pada tulang, gejala infeksi kronis		
<b>TUJUAN</b>	Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada osteomielitis kruris		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan osteomielitis kruris harus dilaksanakan secara benar sesuai dengan Standar Pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kriteria diagnosis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fistulasi kronis pada tulang, gejala infeksi kronis</li> </ul> </li> <li>• <b>Diagnosis banding</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infeksi spesifik ( sangat jarang )</li> </ul> </li> <li>• <b>Pemeriksaan penunjang</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ronten kruris ( minimal 2 proyeksi )</li> <li>• Laboratorium ( darah tepi )</li> </ul> </li> <li>• <b>Perawatan RS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rawat inap</li> </ul> </li> <li>• <b>Terapi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatif, berupa debridema</li> </ul> </li> <li>• <b>Standar RS dan Standar tenaga</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipe C ke atas oleh Dokter Spesialis Bedah</li> <li>• Yang dapat oleh dokter umum : pemberian antibiotika sesuai serta splint.</li> </ul> </li> <li>• <b>Masa pemulihan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 – 6 minggu pasca bedah, hanya sering terjadi rekurensi</li> </ul> </li> </ul>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inap bedah.		
<b>DISLOKASI BAHU (ANTERIOR)</b>			

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<p>No.Dokumen SPO/...../RSUD-SRL</p>	<p>No. Revisi</p>	<p>Halaman 1/2</p>
<p>SPO</p>	<p>Tanggal Terbit Januari 2016</p>	<p>Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun</p>  <p>dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
<p><b>PENGERTIAN</b></p>	<p>riwayat trauma, nyeri, tonjolan pada bagian depan, bahu posisi lengan abduksi – eksorotasi, tepi bahu tampak menyudut, nyeri tekan, gangguan gerak sendi bahu.</p>		
<p><b>TUJUAN</b></p>	<p>Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada dislokasi bahu (anterior)</p>		
<p><b>KEBIJAKAN</b></p>	<p>Penanganan dislokasi bahu (anterior) harus dilaksanakan secara benar sesuai dengan Standar Pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun</p>		
<p><b>PROSEDUR KERJA</b></p>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Diagnosis banding :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dislokasi akromio klavikula</li> <li>- fraktur klavikula</li> <li>- fraktur kolumna humeri</li> <li>- fraktur humerus proksimal</li> </ul> <p>Pemeriksaan penunjang: foto rontgen; sendi bahu AP dan aksial</p> <p>Pelaku :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- residen orthopaedi dengan pengawasan konsulen orthopaedi</li> <li>- spesialis orthopaedi dan traumatologi</li> </ul> <p>Konsultasi : tidak diperlukan</p> <p>Perawatan RS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berobat jalan bila terapi konservatif</li> <li>- bila terapi operatif, dirawat maksimal selama 3 hari kecuali ada komplikasi</li> </ul> <p>Terapi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- konservatif; reposisi tertutup dengan manuver Kocher, imobilisasi dengan vevan Velpeau atau collar cuff selama ± 3 minggu</li> <li>- Operatif (reposisi terbuka) pada <i>neglected case</i>. <i>Bristow Procedure</i> pada dislokasi anterior bahu rekurrens.</li> </ul>		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  QUZWAIN KABUPATEN  SAROLANGUN</b>	<b>DISLOKASI BAHU (ANTERIOR)</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	Penyulit : - cedera pembuluh darah - cedera pleksus brachialis - cedera dada - lesi bankart - lesi <i>button hole</i>  Prognosis : Baik Informed consent : perlu dibuat Masa pemulihan : 1 bulan  <i>Out put</i> : sembuh total bila tidak ada komplikasi  Patologi anatomi : tidak diperlukan Otopsi : tidak diperlukan  Catatan medik : Identitas pasien, diagnosis, terapi, penyulit dan keadaan luka pada saat pulang dan penentuan waktu control		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inapbedah.		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>DISLOKASI SIKU POSTERIOR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
<b>PENGERTIAN</b>	Riwayat trauma, nyeri, functio laesa, gangguan gerak siku		
<b>TUJUAN</b>	Mampu merawat dan melakukan tindakan awal dan definitive pada dislokasi siku posterior		
<b>KEBIJAKAN</b>	Penanganan dislokasi siku posterior harus dilaksanakan secara benar sesuai dengan Standar Pelayanan Medis RSUD Prof. Dr. H.M. Chatib Quzwain Sarolangun		
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Sebelum melaksanakan prosedur lakukan kebersihan tangan.</p> <p>Diagnosis banding : fraktur epicondylus humeri, fraktur kaput atau collum radius</p> <p>Pemeriksaan Penunjang : foto rontgen, Siku AP / Lateral</p> <p>Pelaku : - residen orthopaedi dibawah pengawasan konsulen orthopaedi - spesialis orthopaedi dan traumatologi</p> <p>Konsultasi : tidak diperlukan</p> <p>Perawatan RS : dirawat maksimal 3 hr kecuali ada komplikasi</p> <p>Terapi : - reposisi tertutup dalam narkose umum dan imobilisasi dengan bidai gips dalam posisi fleksi - reposisi terbuka dilakukan bila kasus <i>neglected</i></p> <p>Penyulit: cedera N ulnaris, medianus atau vaskuler, kekakuan sendi</p> <p>Prognosis: kasus baru : fungsional baik kasus <i>neglected</i> : fungsi dubia</p> <p>Informed Consent : Perlu dibuat Masa Pemulihan : 1-2 bulan</p>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>DISLOKASI SIKU POSTERIOR</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 2/2
<b>PROSEDUR KERJA</b>	<p>Output : dapat sembuh total bila tidak terdapat komplikasi Patologi Anatomi : Tidak diperlukan Otopsi : -</p> <p>Catatan Medik : identitas pasien, diagnosis, terapi, penyulit dan keadaan saat pulang, penentuan waktu kontrol dan keperluannya.</p>		
<b>INSTALASI YANG TERKAIT</b>	IRD, Poliklinik rawat jalan, Instalasi rawat inapbedah.		

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>BRONCHIAL WASHING</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwan Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Mengeluarkan cairan dari jalan nafas buatan (ETT, canul tracheostomy),mulut, hidung, pada pasien yang tidak mampu mengeluarkan secara spontan		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan jalan nafas paten / beban.</li> <li>2. Membersihkan secret pada pasien yang batuknya tidak efektif Mengambil bahan kultur sputum</li> </ol>		
KEBIJAKAN	Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. (Sesuai Dengan SK Direktur Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif).		
PROSEDUR	<p><b><u>Persiapan pasien:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diberitahu jika pasien sadar</li> <li>2. Posisi tidur pasien diatur sesuai dengan kondisinya</li> </ol> <p><b><u>Persiapan alat:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat suction</li> <li>2. Suction catheter steril ( diameter catheter ½ daridiameter ETT / canul tracheostomy )</li> <li>3. Sarung tangan steril</li> <li>4. Sumber oksigen dan selang oksigen</li> <li>5. Ambu bag, jackson reese</li> <li>6. Stetoscope</li> <li>7. Bengkok, spuit 10cc,aqua steril, Nacl 0,9%</li> <li>8. Ember dan cairan desinfektan</li> </ol> <p><b><u>Pelaksanaan :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auskultasi suara paru</li> <li>2. Pasien diberitahu jika sadar</li> <li>3. Hubungkan mesin suction dengan sumber listrik dan atur kekuatan suction</li> <li>4. Cuci tangan</li> <li>5. Observasi vital sign</li> <li>6. Pakai sarung tangan stereil</li> <li>7. Ambil catheter suction steril dan hubungkan dengan slang suction</li> <li>8. Hidupkan mesin suction degan tangan kiri</li> <li>9. Dengan tangan kiri lepas cubing ventilator / sumber oksigen dari jalan nafas</li> </ol>		

 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>BRONCHIAL WASHING</b>		
	No.Dokumen	No. Revisi	Halaman
	SPO/...../ RSUD-SRL		2/2
	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Dengan tangan kanan masukkan catheter steril ke dalam trachea(ETT, canul tracheostomy ) dalam keadaan tidak mengisap sampai terjadi reflek batuk, ketika pasien batuk tarik catheter 1-2 cm kemudian lakukan pengisapan dengan cara menutup lubang cateter pada daerah proximal dengan ibu jari sambil ditarik pelan dengan posisi cateter diputar</li> <li>11. Setelah langkah 10 perawat II memasukkan cairan NaCl 0,9% 3cc ke dalam ETT/ canul tracheostomy kemudian melakukan bagging dengan ambuu bag / jackson reese</li> <li>12. Selanjutnya perawat I melakukan pengisapan kembali</li> <li>13. Setelah selesai perawat II melakukan baging dan perawat I melakukan clapping dengan telapak tangan kiri kemudian melakukan auskultasi suara paru kiri dan kanan sementara perawat II terus melakukan baging</li> <li>14. Perawat I melakukan pengisapan kembali</li> <li>15. Lakukan prosedur 11 – 13 sampai jalan nafas bersih/ ronchi tidak terdengar</li> <li>16. Setelah jalan nafas bersih lakukan suction pada mulut dan hidung</li> <li>17. Bersihkan cateter dengan kapas / kasa alkohol bilas dengan air</li> <li>18. Lepas cateter dari salang suction dan masukkan cateter ke dalam ember yang berisi cairan desinfektan</li> <li>19. Setelah selesai rapikan dan bereskan alat-lat Catat produksi secret yang keluar dan vital sign pasien</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</b>	<b>PEMANTAUAN EKG KONTINU</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/1
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwam Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Pemantauan (monitor) jantung merupakan suatu alat pemantauan irama jantung yang dapat digunakan secara terus menerus selama pasien dirawat atau selama diperlukan pemantauan		
TUJUAN	Untuk mengidentifikasi disritmia agar dapat menentukan intervensi dini		
KEBIJAKAN	Pelayanan di unit harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. (Sesuai Dengan SK Tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Rawat Intensif ).		
PROSEDUR	<p><b><u>Persiapan alat :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapas alkohol</li> <li>2. Alat cukur</li> <li>3. 3 buah chest lead / elektrode</li> <li>4. Monitor EKG</li> <li>5. Kabel elektroda lengkap dengan monitor</li> </ol> <p><b><u>Persiapan pasien :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien / keluarga diberitahu tentang tindakanyang dilakukan</li> <li>2. Atur posisi supine / semifowler</li> </ol> <p><b><u>Tindakan :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan sesuai prosedur</li> <li>2. Identifikasi sesuai prosedur.</li> <li>3. Jelaskan tujuan pemasangan monitor jantung pada pasien dan keluarga</li> <li>4. Bersihkan / cukur area lokasi elektrode di dada yang berambut (segitiga Enthoven)</li> <li>5. Pasang elektrode / chest lead</li> <li>6. Sambungkan elektrode pada monitor dengan kabel (merah / kode RA – kanan, kuning / kode LA - kiri, hitam / kode LL atau L - kiri bawah)</li> <li>7. Setting alarm, suara monitor dan tampilan EKG</li> <li>8. Rapikan kembali alat-alat</li> <li>9. Nilai kondisi pasien</li> <li>10. Cuci tangan sesuai prosedur.</li> <li>11. Dokumentasikan prosedur dan respon pasien</li> </ol>		
UNIT TERKAIT	Instalasi Rawat Intensif / ICU		



 <p>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN</p>	<b>ANTENATAL CARE</b>		
	No.Dokumen SPO/...../ RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/3
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	 <p>Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003</p>	
PENGERTIAN	Pemeriksaan wanita hamil secara teratur dan terencana		
TUJUAN	Menjamin agar tiap kehamilan berakhir dengan kelahiran bayi yang sehat tanpa mengganggu kesehatan ibu.		
KEBIJAKAN	Agar pasien mendapatkan pelayanan yang optimal		
PROSEDUR	<p><b>Pada Kunjungan Pertama</b></p> <p><u>1.Menentukan Resiko Kehamilan (KRS, KRT)</u></p> <p>a. Melakukan anamnese tentang :</p> <p style="padding-left: 40px;">Umur suami istri, pekerjaan, pendidikan, suku, dan agama, riwayat haid, KB dan kehamilan sekarang, pemeriksaan yang telah dilakukan, gerakan janin, riwayat perkawinan, kehamilan dan persalinannya, riwayat penyakitnya dahulu, penyakit keluarga.</p> <p>b. Melakukan pemeriksaan fisik umum.</p> <p style="padding-left: 40px;">Memeriksa GCS, ada tidaknya anemia, ikterus, sianosis, sesak, mengukur tinggi badan, memeriksa keadaan organ vital secara sistematis dan singkat</p>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## ANTENATAL CARE

No.Dokumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../ RSUD-  
SRL

2/3

- . c. Melakukan pemeriksaan obstetris.
- d. Membandingkan umur kehamilan menurut anamnesa dan pemeriksaan.
- e..Melakukan penilaian UPD dan tes Osborn.
- f.Melakukan pemeriksaaan laboratorium.  
(Pemeriksaan Hb, Reduksi, Albuminuria).

2. Menentukan Umur Kehamilan dengan Cepat

- a. Menghitung umur kehamilan dengan rumus Naegele.
- b. Melakukan ulangan anamnese bila ada perbedaan umur kehamilan .
- c. Mengusulkan pemeriksaan USG bila diperlukan.

3. Menentukan Rencana Perawatan dan Persalinan  
Tergantung jenis resiko dan umur kehamilannya

a) Bila termasuk KRS

- Diberikan tablet Fe dan imunisasi
- Mengusulkan pemeriksaan USG dan NST bila diperlukan.
- Mengusulkan pemeriksaan tambahan, konsultasi dan tindakan.
- Kunjungan berikutnya :
  - 1 bulan berikutnya sampai minggu ke 28



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## ANTENATAL CARE

No.Dokumen

SPO/...../ RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

3/3

- 2 minggu berikutnya sampai minggu 36.
- 1 minggu berikutnya sampai minggu partus.

b) Bila termasuk KRT.

- Seperti KRS ditambah yang sesuai dengan policy KRT nya.
- Rencana persalinan berupa :
  - Spontan belakang kepala.
  - Percepatan kala II.
  - SC.

#### 4. Asuhan Pada Kunjungan Berikutnya

**Janin** : DJJ ukuran dan perubahannya, jumlah ketuban bagian menengah dan penurunannya, serta aktivitas janin.

**Ibu** : Tekanan darah, berat badan .

UNIT TERKAIT

POLI KEBIDANAN

 <b>RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB          QUZWAIN KABUPATEN          SAROLANGUN</b>	<b>PENILAIAN PRA-ANESTESI DAN SEDASI</b>		
	No.Dukumen  SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman  1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof DR H.M. Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr. Irwan Miswar, MKM Pembina Tk. I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Pelayanan anestesi pada hakekatnya harus bisa memberikan tindakan medik yang aman, efektif, manusiawi, berdasarkan ilmu kedokteran mutahir dan teknologi tepat guna dengan mendayagunakan sumber daya manusia berkompeten, profesional dan terlatih menggunakan peralatan dan obat-obatan yang sesuai dengan standar, pedoman dan rekomendasi profesi anestesi		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan kondisi medis pasien termasuk status fisik ASA sebelum dilakukan tindakan anestesia dan sedasi</li> <li>2. Merencanakan pengelolaan anestesia dan sedasi sesuai dengan kondisi pasien dan rencana pembedahan.</li> <li>3. Mempersiapkan pasien dalam kondisi optimal pada saat menjalani tindakan anestesia, sedasi, ataupun pembedahan.</li> </ol>		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Undang Undang Republik Indonesia No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan</li> <li>2. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 779/Menkes/SK/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Anastesi di Rumah Sakit</li> </ol>		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setiap pasien yang akan menjalani anestesia dan sedasi harus dilakukan penilaian praanestesi</li> <li>2. Penilaian praanestesia dilakukan oleh dokter spesialis anestesia setelah menerima konsultasi atau jadwal tindakan yang membutuhkan anestesia dan sedasi</li> <li>3. Pasien atau keluarga pasien sebelumnya diminta untuk mempelajari dan mengisi formulir praanestesia dengan dibantu oleh perawat, yang berisi antara lain:           <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identitas pasien</li> <li>b. Riwayat kebiasaan, obat-obatan yang sedang dikonsumsi, riwayat alergi, keluarga, penyakit pasien, operasi dan riwayat anestesia sebelumnya</li> </ol> </li> <li>4. Dokter anestesia mempelajari rekam medis dan formulir praanestesia yang telah diisi oleh pasien atau keluarga serta hasil konsultasi yang tersedia terkait dengan resiko penyulit dan rencana tindakan anestesia dan sedasi yang akan dilakukan</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## PENILAIAN PRA-ANESTESI DAN SEDASI

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/2

5. Dokter anestesia melakukan penilaian praanestesia berdasarkan formulir.
6. Dengan memperhatikan hasil penilaian praanestesia dan jenis operasi atau prosedur yang akan dijalani, dokter anestesia memberikan penjelasan mengenai rencana tindakan anestesia dan sedasi yang akan diberikan dan alternatifnya, risiko dan faktor penyulit anestesia, kemungkinan efek samping intra maupun pascaanestesia dan sedasi. Penjelasan ini didokumentasikan dalam formulir informed consent anestesia dan sedasi.
7. Instruksi puasa, pemberian premedikasi, maupun persiapan khusus lain seperti persiapan darah untuk transfusi, pemeriksaan atau konsultasi tambahan yang diperlukan, serta perawatan ICU pascaoperasi dijelaskan kepada pasien atau keluarga pasien, dan didokumentasikan dalam formulir penilaian praanestesia.
8. Untuk tindakan terencana, penilaian dilakukan di poliklinik anestesia, ruang rawat, atau ruang lain bila dibutuhkan.
9. Untuk tindakan cito/emergensi, penilaian dapat dilakukan dari ruangan tempat pasien tersebut berada ataupun dilakukan di ruang penerimaan pasien di kamar operasi
10. Apabila ada perubahan kondisi pasien sejak dilakukan penilaian sampai sebelum dilakukan tindakan anestesia (misal: kesadaran, gangguan kardiorespirasi, perdarahan), bila perlu akan dikomunikasikan kembali antara dokter anestesia, dokter operator, serta pasien dan keluarga mengenai kelayakan pasien untuk tetap menjalani tindakan anestesia atau dilakukan optimalisasi terlebih dahulu.
11. Semua penilaian praanestesia didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

UNIT TERKAIT

1. IGD
2. GBST
3. RAWAT INAP
4. ICU/PICU

 RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB QUZWAIN KABUPATEN SAROLANGUN	<b>FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN            KEDOKTERAN</b>		
	No.Dukumen SPO/...../RSUD-SRL	No. Revisi	Halaman 1/2
<b>SPO</b>	Tanggal Terbit Januari 2016	Direktur RSUD Prof.DR.H.M.Chatib Quzwain Kabupaten Sarolangun  dr.Irwani Miswar, MKM Pembina Tk.I Nip. 19700416 200003 1 003	
PENGERTIAN	Untuk memberi informasi dan edukasi pasien mengenai kondisi klinis dan rencana perawatan yang sudah direncanakan.		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan bahwa semua pasien telah mendapatkan persetujuan tindakan baik tindakan pembedahan/ prosedur invasif ataupun tindakan anestesia dan sedasi sesuai kebijakan.</li> <li>2. Memastikan semua DPJP memberikan informasi dan mendapatkan persetujuan tindakan baik tindakan pembedahan/ prosedur invasif ataupun tindakan anestesia dan sedasi sesuai kebijakan.</li> <li>3. Mencegah kemungkinan tuntutan (legalitas</li> </ol>		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebelum dilakukan tindakan di poli/ruang rawat/kamar operasi maka harus dilakukan pemberian informasi dan edukasi oleh DPJP bedah kepada pasien, keluarga yang bertanggung jawab secara langsung terhadap pasien kemudian diikuti dengan persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>2. DPJP bedah formulir persetujuan tindakan kedokteran khusus untuk pembedahan di poliklinik bedah, ruang rawat inap dan ruangan lain sesuai kebutuhan.</li> <li>3. Dokter Anestesi mengisi formulir persetujuan tindakan kedokteran khusus untuk tindakan anestesia di poliklinik perioperatif , ruang rawat inap dan ruangan lain sesuai kebutuhan.</li> <li>4. DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) memperkenalkan diri.</li> <li>5. Sesuai dengan baris pertama harus dijelaskan siapa dokter pelaksana tindakan.</li> <li>6. Sesuai dengan baris kedua harus dituliskan siapa pemberi informasi, antara lain : dokter yang merawat pasien, dokter yang akan melakukan tindakan kedokteran</li> </ol>		



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

## FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

No.Dukumen

SPO/...../  
RSUD-SRL

No. Revisi

Halaman

2/3

7. Sesuai dengan baris ketiga harus dituliskan siapa penerima informasi, antara lain: pasien yang kompeten, atau keluarga terdekat pasien ( sesuai dengan SPO Pemberi Informasi dan Penerima Persetujuan) Tahap berikutnya, pemberi informasi harus memberikan penjelasan sesuai komponen yang terdapat pada kolom jenis informasi dan menuliskan penjelasan yang diberikan pada kolom isi informasi serta menandai dengan tanda "V" pada kolom tandai, yang terdiri dari:
- Diagnosis berisi Working Diagnosis (WD) & Differential Diagnosis (DD), yaitu diagnosis dan kemungkinan diagnosis lain pasien berdasarkan ICD 10.
  - Dasar diagnosis dijelaskan dasar penegakan diagnosis pasien berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.
  - Tindakan kedokteran dijelaskan untuk tujuan diagnostik atau terapeutik yang terdiri dari :
    - Tindakan kedokteran baik pembedahan atau prosedur invasif berdasarkan ICD 9
    - Tindakan anestesia dan sedasi yang akan dilakukan terhadap pasien
  - Indikasi tindakan dijelaskan alasan dilakukan tindakan tersebut.
  - Tata cara dijelaskan secara singkat prosedur, tahapan yang dianggap penting yang akan dilakukan.
  - Tujuan dijelaskan manfaat dari rencana tindakan atau pengobatan
  - Risiko berisi tentang risiko yang serius dan sering terjadi akibat tindakan tersebut
  - Komplikasi berisi kondisi yang mungkin terjadi sebagai akibat dari dilakukannya tindakan tersebut
  - Prognosis berisi konsekuensi bila dilakukan tindakan tersebut terhadap:
  - Prognosis hidup/mati pasien, prognosis fungsi dan prognosis kesembuhan
  - Alternatif berisi pilihan pengobatan atau penatalaksanaan terhadap kondisi pasien, dijelaskan juga kemungkinan perluasan tindakan, kemungkinan dilakukan konsultasi selama tindakan , kemungkinan transfusi dan komplikasi akibat pemberian transfusi.
8. Beri kesempatan bagi pasien maupun yang bertanggung jawab terhadap pasien untuk bertanya secara langsung terhadap dokter yang memberi penjelasan.



RSUD PROF.DR.H.M.CHATIB  
QUZWAIN KABUPATEN  
SAROLANGUN

### FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

No.Dukumen

No. Revisi

Halaman

SPO/...../  
RSUD-SRL

3/3

9. Setelah DPJP bedah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi dan pasien mengerti, DPJP bedah menandatangani pada kolom bukti penjelasan kepada pasien
10. Setelah pasien menerima informasi dan telah memahaminya, kemudian pasien atau yang bertanggung jawab terhadap pasien menandatangani pada kolom bukti penerimaan informasi.
11. Pada kolom persetujuan tindakan kedokteran, pasien diharuskan membaca tiga paragraf terakhir di dalam informed consent sebelum menandatangani.
12. persetujuan tindakan kedokteran.
13. Jika pasien atau yang bertanggung jawab terhadap pasien tidak mengerti dengan penjelasan dokter tentang pilihan tindakan penatalaksanaan, maka dokter wajib menjelaskan ulang sampai mengerti.
14. Jika tercapai pengertian dari pasien maupun yang bertanggung jawab secara penuh terhadap pasien, maka dilakukan pengisian dan penandatanganan formulir persetujuan tindakan kedokteran oleh pasien/penanggung jawab pasien, dokter dan saksi.
15. DPJP bedah mencantumkan tanggal dan waktu pemberian informasi.
16. Formulir yang sudah diisi dan ditandatangani disimpan dalam berkas rekam medik pasien.

UNIT TERKAIT

1. UKO
2. UGD
3. RAWAT INAP
4. ICU/PICU
5. PERINA 3