

LAMPIRAN

Lampiran 1.

Daftar Pertanyaan dan Transkrip Wawancara Sesuai Elemen Penilaian 3.1

Indikator Area Klinis

Elemen penilaian PMKP 3.1

1. Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan.

Pertanyaan: “ Apakah sudah ditentukan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan?

Jawaban .:” Ya, sudah ditentukan indikator kunci dari area klinis tersebut, yaitu:

- a. Angka Ketidaklengkapan Assesmen Awal Keperawatan Pasien Rawat Inap Dewasa = <20%*
- b. Angka Kerusakan Sampel Darah = <20%*
- c. Angka Penolakan Expertise = <3%*
- d. Angka Infeksi Luka Operasi = <1,5%*

- e. Kejadian Penggunaan Antibiotik Lebih dari 1 (satu) = <1%
- f. Kejadian Kesalahan Peresepan Dokter untuk Pasien Rawat Jalan
= 0(zero)
- g. Kejadian Komplikasi Selama Pemberian Sedasi = 0(zero)
- h. Angka Rasio Cross Match Transfusi = <2
- i. Angka Ketidaklengkapan Pengisian Resume Pasien Pulang
= 0(zero)
- j. Kejadian Infeksi Aliran Darah Primer = <1,5%

Pertanyaan: “Adakah dokumen pendukung untuk masing-masing indikator kunci terpilih?”

Jawaban: “Ya, tentu sudah ada dokumen yang terkait seperti pedoman, SPO”

2. Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih

Pertanyaan: “Apakah sudah memilih paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis yang sesuai dengan indikator library measure?”

Jawaban: “Indikator pilihan sementara ini seperti yang tadi saya katakan tapi kami selalu berupaya untuk menuju perbaikan”

3. Pimpinan RS memperhatikan muatan “ilmu” (science) dan bukti (evidence) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih

Pertanyaan: “Apakah dalam menentukan indikator kunci tersebut memperhatikan muatan ilmu dan bukti (evidence)?”

Jawaban: “Ya kita tentunya berpedoman pada referensi-referensi terbaru seperti tentunya standar akreditasi rumah sakit versi 2012, berbagai buku

panduan seperti panduan dalam assesmen pasien, panduan pelayanan anestesi dan sedasi, serta berbagai buku pedoman seperti pedoman pelayanan rekam medik dan lain-lain

4. Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (outcome)

Pertanyaan: “*Apakah penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (outcome)?*”

Jawaban: “*Ya tentu penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil*”

5. Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator

Pertanyaan: “*Apakah cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator?*”

Jawaban: *Ya cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator*

6. Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan peningkatan

Pertanyaan: “*Apakah data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap efektivitas dan peningkatan?*”

Jawaban: “*Ya kami terus berupaya semaksimal mungkin untuk melakukan perbaikan dan peningkatan dari segala aspek guna meningkatkan mutu rumah sakit, apalagi guna untuk persiapan akreditasi.*”

Lampiran 2.

Lembar Penilaian Indikator Area Klinis dari Instrumen Akreditasi Versi 2012

EP	Materi	Dokumen	Implementasi
3.1			
1	Pimpinan klinis menetapkan indikator kunci untuk setiap area klinis yang disebut di 1) sampai 11) dimaksud dan tujuan		
2	Paling sedikit 5 dari 11 indikator klinis harus dipilih (sesuai dengan indikator Library Measure)		
3	Pimpinan rumah sakit memperhatikan muatan “ilmu” (<i>science</i>) dan “bukti” (<i>evidence</i>) untuk mendukung setiap indikator yang dipilih		
4	Penilaian mencakup struktur, proses, dan hasil (<i>outcome</i>)		
5	Cakupan, metodologi dan frekuensi ditetapkan untuk setiap indikator		
6	Data penilaian klinis dikumpulkan dan digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap		

efektivitas dari peningkatan

SKOR

Lampiran 3.

Formulir Assesment Keperawatan Pasien Dewasa diBangsal

RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA UNIT II
Jl. Wirok KM 3,3 Gamping, Sleman - 55294

RM 129

Nama: Th. Kasimudin
No. MR: B6472
Tgl lahir: 24-11-1979

ASESMEN KEPERAWATAN PASIEN DEWASA

Unit Ruang: 1.3.11
Tanggung: 1.3.11-11-11
Jenis: 11-11-11

Diakses dengan cara: Jalan Stair Lift Elevator Lift Stair Lift Elevator

Diakses melalui: Lift Stair Lift Elevator Lift Stair Lift Elevator

PENGKAJIAN UMUM

Pengkajian Fungsional

Sensorik
 Penglihatan: Normal Kabur Rasa mata Sensa kontak
 Pendengaran: Normal Tidak normal

Kognitif
 Orientasi tempat: Ya Tidak Alat bantu dengan kacamata / jinjing
 ADL: Mandiri Bantuan minimal Bingung Tidak dapat dimengerti

Motorik
 Berjalan: Tidak ada kelainan Perlu bantuan Dibantu sebagian Dibantu total
 Sering jatuh Kelumpuhan

ASESMEN NUTRISI
 Pemusutan berat badan yang tidak diginkan selama 6 bulan terakhir
 Tidak (skor 0) Tidak yakin / tanda ukuran celana, baju menjadi lebih longgar (skor 2)
 Ya: 1-5 kg (skor 1) 6-10 kg (skor 2) 11-15 kg (skor 3) > 15 kg (skor 4)
 Asupan makanan menurun dikarenekan adanya penurunan nafsu makan / kesulitan menerima makanan
 Tidak (skor 0) Ya (skor 1) Total skor: Jika skor ≥ 2 Konsul gizi

ASESMEN NYERI (Numerik Rating Scale & Visual Analog Scale Wong Baker Faces Pain Scale)

Visual Analog Scale Wong Baker Faces Pain Scale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tidak Ringan Sedang Berat

Frekwensi: Jarang Hilang timbul Terus menerus

Intensitas: Tidak Ya, ke

Kualitas: Nyeri tumpul Nyeri tajam Panas / terbakar

Faktor pemicu / pemberat: Beraktivitas Duduk Berdiri Jalan Batuk *Agresif*

Faktor yg mengurangi / menghilangkan: Tirah baring Istirahat Relaksasi Obat

lokasi: *lengan km*

ASESMEN RESIKO JATUH MORSE

Riwayat jatuh: Pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir Tidak pernah jatuh

Kondisi kesehatan: Terdapat lebih dari 1 diagnosa penyakit Hanya 1 diagnosa penyakit

Bantuan ambulasi: Berjalan dengan berpegangan furniture / perabotan untuk topangan Berjalan dengan menggunakan kruk, tongkat atau walker Berjalan tanpa bantuan, tirah baring, dikursi roda, bantuan perawat

Terpasang infus: Ya Tidak

Gaya berjalan: Tidak Kerusakan (Terganggu) Lemah

Status mental: Normal / Tirah baring / tidak l Lupa keterbatasan Mengetahui kemampuan diri

	25	Keterangan < 24 Risiko rendah 25 - 45 Risiko sedang > 45 Risiko tinggi
	0	
	30	
	0	
	15	
	0	
	20	
	0	
	10	
	15	
Jumlah skor	4	

PEMERIKSAAN FISIK

TCSS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

ASESMEN KEBUTUHAN DISCHARGE PLANING (PERENCANAAN POLANG)

Usia > 65 tahun Ya Tidak Perawatan / pengobatan lanjutan Ya Tidak

Keterbatasan mobilitas Ya Tidak Bantuan untuk melakukan aktivitas sehari hari Ya Tidak

Bila ada satu atau lebih jawaban Ya maka lanjutkan asesmen dengan formulir Discharge Planing

PERMINTAAN PERLINDUNGAN PRIVASI KHUSUS

Tidak ada Ada, sebutkan

ASESMEN SPIRITUAL

Permintaan bantuan pemenuhan ibadah Tidak ada Ada, sebutkan

Pasien beragama Islam lanjutkan dengan asesmen Holistic Health Care (HHC)

DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

<input checked="" type="checkbox"/> Nyeri akut	<input type="checkbox"/> Inkontinensia Bowel	<input type="checkbox"/> Resiko gangguan integritas kulit
<input type="checkbox"/> Nyeri kronis	<input type="checkbox"/> Intoleransi aktivitas	<input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit
<input type="checkbox"/> Devailt perawat diri, higiene	<input type="checkbox"/> Gangguan mobilitas fisik	<input type="checkbox"/> Perfusion jaringan serebralis
<input type="checkbox"/> Risiko jatuh	<input type="checkbox"/> Penurunan curah jantung	<input type="checkbox"/> PK: Syok septik
<input type="checkbox"/> Ketidak seimbangan nutrisi	<input type="checkbox"/> Diare	<input type="checkbox"/> PK: Hipoglikemia
<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Resiko defisit volume cairan	<input type="checkbox"/> PK: Anemia
<input type="checkbox"/> Bersihan Jalan Nafas tidak Efektif	<input type="checkbox"/> Defisit Volume Cairan	<input type="checkbox"/> PK: Sepsis
<input type="checkbox"/> Pola Nafas tidak efektif	<input type="checkbox"/> Kelebihan Volume Cairan	<input type="checkbox"/> PK: Asidosis
<input type="checkbox"/> Gangguan Pertukaran gas	<input type="checkbox"/> Resiko Inteksi	
<input type="checkbox"/> Resiko Aspirasi	<input type="checkbox"/> Cemas	
<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	
<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh	

Lengkapi dengan perencanaan keperawatan sesuai masalah keperawatan diatas

Pengkajian saat masuk oleh PP PA

Tanggal & jam pengkajian: 12/9 15 08.30

Nama & Paraf PA _____ Nama & Tanda _____

Lampiran 4.

Formulir Assesment Pasien Instalasi Gawat Darurat



RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA UNIT II
Jl. Wates KM 5,5 Gamping, Sleman - 55294

RM 03

Nama: Arif M. D. S. R. M.
No. MR: 2-87-57
Tgl lahir: _____

ASESMEN PASIEN GAWAT DARURAT TERINTEGRASI

Asesmen: Tanggal: September 2020 Jam: 21:30

Kesadaran umum: Baik Sedang Buruk
 Pernafasan: Jeda penuh (A) Jeda Buruk
 Vital sign: RR 16 / 20 /min Normal Normal Normal Normal Normal
 TRAGE: RESUSIASI (R) EMERGENCY (E) URGENT (U) LESS URGENT (L)

KELUHAN UTAMA: Depresi, henti henti, henti henti, henti henti, henti henti

Riwayat Penyakit: Tidak ada Tidak ada Hipertensi DM PJK Stroke
 Riwayat Alergi: Tidak ada Tidak ada Ya, sebutkan _____
 Nyeri: Tidak Ya Ya, sebutkan _____
 Pencetus: _____
 Gambaran Lokasi: _____
 Status Psikologi: Tidak ada masalah Cemas Takut Sedih Marah Lainnya _____
 Status Fungsional: _____
 Penggunaan alat bantu: Tidak Ya

Jalan Nafas (A)	Pernafasan (B)	Sirkulasi (C)	Neurologi (D)
<input checked="" type="checkbox"/> Paten <input type="checkbox"/> Obstruksi Partial <input type="checkbox"/> Stridor <input type="checkbox"/> Snoring <input type="checkbox"/> Gurgling <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Obstruksi Total	<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Tidak Spontan <input checked="" type="checkbox"/> Reguler <input type="checkbox"/> Irreguler Gerakan Dada <input type="checkbox"/> Simetris <input type="checkbox"/> Asimetris Tipe Pernafasan <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Takipneu <input type="checkbox"/> Kusmaul <input type="checkbox"/> Hiperventilasi <input type="checkbox"/> Biot <input type="checkbox"/> Cheyne stoke <input type="checkbox"/> Apneustic <input type="checkbox"/> Retraktif <input type="checkbox"/> Flare	Nadi Carotis: _____ x/mnt Nadi Radialis: _____ x/mnt <input type="checkbox"/> Reguler <input type="checkbox"/> Irreguler <input type="checkbox"/> Kuat <input type="checkbox"/> Lemah Kulit / Mukosa <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Cyanosis Akral <input type="checkbox"/> Haptes <input type="checkbox"/> Dingin CRT: <u>2s</u> Detik	GCS E <u>4</u> M <u>4</u> V <u>6</u> Pupil: <u>isoleft</u> Kaki kuduk: <u>+</u> Kemig: _____ Nervi craniales: _____

KEADAHAN UMUM


Konjungtiva: Pink Pucat
 Sklera: Tidak ikterik Ikterik
 Bibir/Sidrah: Tidak sianosis Sianosis
 Dada: 7/4
 Jantung: 7/4
 Paru: 7/4
 Abdomen: 7/4
 Pelvis: _____
 Punggung: _____
 Pinggang: _____
 Ekstremitas: _____

Leher: Devisal trakea Tidak ada Kanan Kiri
 JVP Tidak Tidak Meningkat
 LNN Tidak Tidak Teraba
 Tiroid Tidak Tidak Teraba

Kode Gambar
 1 Luka
 2 Deformitas
 3 Ekorkortasi
 4 Amputasi
 5 Hematom
 6 Fraktur
 7 Penetrasi
 8 Pendarahan
 9 Luka Bakar
 10 Tidak jelas

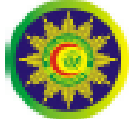


Depresi
F: henti henti
henti henti

 RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II	PENGISIAN REKAM MEDIS		
	No Dokumen 10-MKI/II/2015	No Revisi : 0	Halaman : 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 14 Februari 2015	Ditetapkan Direktur <u>dr. H. Ahmad Faesol, Sp. Rad., M. Kes</u> NBM: 797.292	
PENGERTIAN	Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.		
TUJUAN	Untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit		
KEBIJAKAN	Rumah sakit sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1) Setiap tindakan konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat – lambatya dalam waktu 1 x 24 jam harus ditulis dalam lembaran rekam medis. 2) Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter / tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanggal. 3) Pencatatan yang dibuat oleh mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditanda tangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau oleh dokter pembimbing. 4) Catatan yang dibuat oleh Residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya. 5) Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta dibubuhi paraf. 6) Penghapusan tulisan dengan cara apapun tidak diperbolehkan 		
UNIT TEKAIT	Instalasi Rekam Medis		

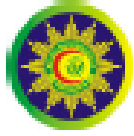
Lampiran 6.

SPO Pelaporan pemakaian antibiotik dan pola kuman

 RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II	PELAPORAN PEMAKAIAN ANTIBIOTIK DAN POLA KUMAN		
	No Dokumen : 2-PP1/II/2015	No Revisi : 0	Halaman : 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 28 Februari 2015	Ditetapkan Direktur <u>dr. H. Ahmad Faesol, Sp. Rad., M. Kes</u> NBM: 797.692	
PENGERTIAN	Pelaporan data sensitifitas kuman yang dikultur terhadap antibiotic di Rumah Sakit		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendapatkan antibiotik yang dipakai tiap bulan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. 2. Mendapatkan dan melaporkan data pola kuman di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. 		
KEBIJAKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap ruangan mengumpulkan Data penggunaan antibiotic tiap bulan kepada Tim PPIRS/PCN untuk ditabulasi. 2. Hasil penggunaan antibiotic dan pola kuman di RSU tiap 6 bulan dilaporkan kepada Direktur melalui Ketua Panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit. 		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infection Prevention and Control Link Nurse (IPCLN) / Tenaga Pelaksana Harian masing-masing ruangan mengumpulkan data pemakaian antibiotic kepada Tim PPIRS/PCN 2. Laboratorium memberikan laporan hasil kultur tiap bulan ke Tim PPIRS/PCN. 3. Tim PPIRS/PCN mengolah data pemakaian antibiotic dan laporan hasil kultur dari laboratorium tiap bulan yang dilaporkan dari IPCLN. 4. Data pemakaian antibiotic tiap bulan dan laporan hasil kultur dari laboratorium yang sudah diolah oleh Tim PPIRS/PCN kemudian tersebut ditabulasi tiap 6 bulan oleh Tim PPIRS/PCN dan kemudian dilaporkan ke Ketua Panitia PPIRS untuk dianalisa. 5. Setelah Data dianalisa oleh Ka Panitia PPIRS kemudian Data tersebut dilaporkan ke Direktur untuk ditindaklanjuti. 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap 2. Rawat Jalan, 3. Laboratorium, 		

Lampiran 7.

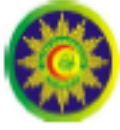
SPO Penjadwalan Operasi Elektif

 RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II	PENJADWALAN OPERASI ELEKTIF		
	No. Dokumen 06-PAB/II/2015	No. Revisi 0	Halaman 1/1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 4 Februari 2015	Ditetapkan Direktur <u>dr. H. Ahmad Faesol, Sp. Rad., M. Kes</u> NBM: 797.292
PENGERTIAN	Suatu cara penjadwalan operasi pasien yang terprogram.	
TUJUAN	Sebagai acuan langkah-langkah penjadwalan operasi elektif	
KEBIJAKAN	Dalam penjadwalan operasi elektif harus disesuaikan dan diatur dengan kapasitas kamar operasi dan jumlah SDM sehingga kegiatan operasi dapat tertata urut dan rapi.	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baca basmalah sebelum melakukan tindakan. 2. Laporkan pasien yang akan memerlukan tindakan pembedahan ke minimal 6 jam sebelumnya pembedahan oleh Unit perawatan (ruang rawat inap, ICU, IMC, UGD, IRJ) 3. Catat nama pasien, umur, bangsa, diagnosa, dan rencana tindakan dokter operator dalam daftar pasien operasi. 4. Laporkan ke dokter ahli anestesi perihal pasien yang akan dioperasi meliputi: keadaan umum pasien, pemeriksaan laboratorium, rontgen, serta pemeriksaan penunjang medis yang lain oleh petugas unit perawatan (ruang rawat inap, ICU, IMC, IGD, UGD). 5. Visite ke unit perawatan untuk memeriksa langsung pasien yang akan dioperasi oleh dokter anestesi. 6. Operasi dapat dilaksanakan sesuai jam yang telah ditentukan setelah ada kesepakatan dari dokter anestesi. 7. Baca hamdalah setelah selesai melakukan tindakan. 	
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kamar Operasi 2. Unit Rawat Inap 3. UGD 4. ICU 5. Rawat Jalan 6. IMC 	

Lampiran 8.


SPO Pengawasan Selama Anestesi

 RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II	PENGAWASAN SELAMA ANESTESI		
	No. Dokumen 05-PAB/II/2015	No. Revisi 0	Halaman 1/1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 4 Februari 2015	Ditetapkan Direktur <u>dr. H. Ahmad Faesol, Sp. Rad., M. Kes</u> NBM: 797.292
PENGERTIAN	Pengawasan Selama Anestesi adalah pemantauan pasien selama masa anestesi dalam tindakan pembedahan. Pemantauan ditekankan khususnya terhadap fungsi pernapasan dan jantung.	
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah-langkah untuk mendapatkan informasi supaya ahli anestesi dapat bekerja dengan aman dan jika ada penyimpangan dapat segera dikembalikan ke keadaan fisiologis mungkin.	
KEBIJAKAN	Tindakan ini dilakukan untuk setiap tindakan medis yang memerlukan intervensi anestesi yang dilaksanakan di ruang IBS, kamar bersalin, radiologi, ICU.	
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baca basmallah sebelum melakukan tindakan 2. Bimbing pasien berdoa sebelum operasi 3. Setelah dilakukan premedikasi, masukkan pasien ke kamar operasi/kamar tindakan. 4. Pelaksanaan anestesi dilakukan oleh dokter ahli anestesi yang dibantu oleh perawat anestesi atau petugas yang telah ditunjuk oleh rumah sakit. Pemantauan selama anestesi meliputi: <ul style="list-style-type: none"> > Pantau tanda-tanda vital. > Pantau temperatur tubuh: suhu tubuh > Pantau alat bantu anestesi, bila terpasang > Pantau produksi urine > Pantau perdarahan 5. Berikan pelayanan anestesi sampai tindakan selesai 6. Baca hamdallah setelah selesai tindakan. 	
UNIT TERKAIT	Kamar Operasi Kamar bersalin Radiologi ICU	

Lampiran 9.

SPO Penanganan Infeksi yang Berhubungan dengan Pelayanan

 RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II	PENANGANAN INFEKSI YANG BEHUBUNGAN DENGAN PELAYANAN		
	No Dokumen : 3-PP/II/2015	No Revisi : 0	Halaman : 1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit 28 Februari 2015	Ditetapkan Direktur <u>dr. H. Ahmad Faesol, Sp. Rad., M. Kes</u> NBM: 797.692	
PENGERTIAN	Penanganan yang dilakukan untuk pasien-pasien yang mengalami kejadian infeksi yang terjadi di rumah sakit, seperti ILI (Infeksi Luka Infus), ILO (Infeksi Luka Operasi), ISK (Infeksi Saluran Kemih) dan Dekubitus		
TUJUAN	Untuk mengatasi kejadian infeksi di Rumah Sakit		
KEBIJAKAN	1. Bila ada kejadian infeksi harus dilaporkan ke Tim PPIRS/ IPCN dan kemudian diteruskan ke Panitia PPIRS dan selanjutnya dilaporkan ke Direktur Utama.		
PROSEDUR	1. Penanganan ILI (Infeksi Luka Infus) : Bila terjadi ILI (Infeksi Luka Infus) yang dilakukan adalah : - Berikan kompres alkohol pada daerah yang terinfeksi. - Berikan zalf trombophob pada sekitar daerah yang terinfeksi. - Bila pada daerah ILI sudah terdapat pus, cek / periksa kultur sesuai program dokter. - Berikan antibiotic sesuai program dokter 2. Penanganan ILO (Infeksi Luka Operasi) : Bila terjadi ILO (Infeksi Luka Operasi) yang dilakukan adalah : - Cek / periksa pus kultur. - Lakukan perawatan luka / ganti verban sesuai program dokter. - Berikan antibiotik sesuai program 3. Penanganan ISK (Infeksi Saluran Kemih) : Bila terjadi ISK (Infeksi Saluran Kemih) yang dilakukan adalah : - Cek / periksa urine kultur. - Berikan antibiotik sesuai program dokter. Lakukan perawatan kateter 4. Penanganan Dekubitus Bila terjadi Dekubitus yang dilakukan adalah : - Atur posisi pasien miring kiri miring kanan tiap 2 jam/pasang ripel bed. - Lakukan perawatan luka dekubitus - Cek / periksa pus kultur. - Berikan antibiotik sesuai program dokter		
UNIT TERKAIT	1. Rawat Inap 2. Rawat Jalan		