

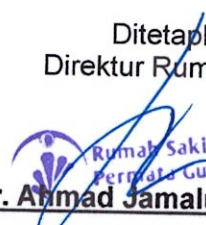
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL UNIT RAWAT INAP

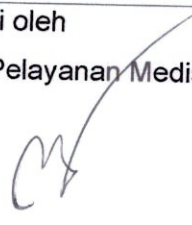


Rumah Sakit Permata Gunung Putri

DAFTAR ISI

1. PERSIAPAN PENERIMAAN PASIEN BARU DI RUANG PERAWATAN
2. MENERIMA PASIEN BARU DI RUANG PERAWATAN
3. PENANGANAN PASIEN DENGAN CODE BLUE SYSTEM
4. IDENTIFIKASI NILAI – NILAI DAN KEPERCAYAAN PASIEN
5. PEMBERIAN PELAYANAN KEROHANIAN
6. MEMBANTU Mencari SECOND OPINION
7. PENILAIAN DERAJAT NYERI PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN
8. PENOLAKAN TINDAKAN RESUSITASI
9. MELINDUNGI BARANG MILIK PASIEN
10. EDUKASI PENGELOLAAN NYERI PADA PASIEN DAN KELUARGA
11. PENGELOLAAN DAN PENATALAKSANAAN NYERI PADA PASIEN BERSALIN
12. MELINDUNGI KEBUTUHAN PRIVASI / KERAHASIAAN PASIEN
13. PERSETUJUAN DAN PENOLAKAN TRANSFUSI DARAH
14. PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN ANAK
15. PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN DEWASA
16. PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN LANJUT USIA / GERIATRI
17. PERLINDUNGAN KELOMPOK BERISIKO DI RUMAH SAKIT
18. PELAYANAN KELOMPOK YANG DIANGGAP BERESIKO
19. SKRINING DAN ALUR TATALAKSANA NYERI PADA PASIEN DI RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN
20. MEMASANG INFUS
21. MEMELIHARA KEBERSIHAN VULVA (VULVA HYGIENE)
22. MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA
23. MENGATUR POSISI KLIEN
24. MENGATUR PERNAFASAN
25. MENGHITUNG NADI
26. MENGUKUR SUHU TUBUH
27. MENOLONG PASIEN B.A.K
28. MENOLONG PASIEN BAB

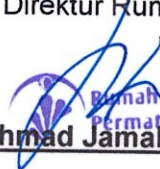
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSIAPAN PENERIMAAN PASIEN BARU DI RUANG PERAWATAN		
	No. Dokumen 001/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan perawatan untuk menyiapkan ruangan dan kelengkapan fasilitas dalam menerima pasien baru
TUJUAN	Semua ruang perawatan pasien harus dalam kondisi siap pakai
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Petugas <i>Cleaning Service</i> membersihkan dan merapihkan ruang perawatan dan fasilitas yang ada di ruang perawatan 2. Perawat bersama dengan petugas <i>cleaning service</i> men-checklist kesiapan kamar pasien dan pastikan seluruh fungsi fasilitas di ruang perawatan dalam kondisi baik (tidak goyang, tidak terlepas, dan atau tidak rapuh) 3. Jika semua sudah dianggap baik dan siap untuk menerima pasien rawat inap, maka perawat menghubungi petugas IGD atau VK untuk menginformasikan ruang perawatan sudah siap digunakan. 4. Perawat juga menghubungi petugas security untuk memastikan ada pasien baru yang masuk dan memantau pasien jika masuk dalam kategori pasien beresiko.
UNIT TERKAIT	Ruang Rawat Inap, Intensive Care Unit (ICU), Perina
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

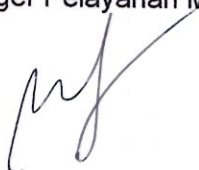
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENERIMA PASIEN BARU DI RUANG PERAWATAN		
	No. Dokumen 002/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu kegiatan menerima pasien baru di ruang perawatan
TUJUAN	Agar pasien segera memperoleh pelayanan kesehatan di ruangan
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Perawat IGD bersama dengan security mengantarkan pasien ke ruang perawatan yang dituju 2. Perawat ruang perawatan melakukan pemeriksaan fisik dan pengukuran tanda-tanda vital pasien pada saat pelaksanaan transfer (pindah dari IGD ke ruang perawatan) 3. Pindahkan pasien ke tempat tidur dengan terlebih dahulu memverifikasi nama pasien dan tanggal lahir pasien dan mencocokkannya dengan gelang pasien. 4. Perawat ruang perawatan dan IGD melakukan serah terima dan membubuhi bukti serah terima dengan menandatangani formulir <i>transfer internal</i>. 5. Perawat ruang perawatan yang menerima pasien memperkenalkan diri ke pasien dan melakukan orientasi ruangan 6. Orientasi pasien terkait : • Memperkenalkan petugas yang bertugas pada hari ini • Menginformasikan fasilitas Rumah Sakit (TV, AC, kamar mandi, <i>nurse call</i> , bedside rail, handrail kamar mandi) • Menginformasikan persetujuan umum dan tata tertib Rumah Sakit (hak dan kewajiban pasien, waktu berkunjung, anak dibawah 12 tahun tidak diperbolehkan masuk ruang perawatan) • Menginformasikan jam makan pasien • Menginformasikan jadwal visite dokter

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENERIMA PASIEN BARU DI RUANG PERAWATAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 002/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2
PROSEDUR	• Menginformasikan dokter penanggung jawab pasien • Menginformasikan penggunaan sampah infeksius dan non infeksius • Informasi tambahan terkait manfaat penggunaan gelang, termasuk gelang khusus (risiko jatuh, alergi dan lain-lain) 7. Dokumentasikan kegiatan terkait pengukuran tanda-tanda vital pasien, dan edukasi pada saat orientasi. 8. Laksanakan pengkajian sesegera mungkin pada saat pasien masuk ruang perawatan.		
UNIT TERKAIT	Ruang Rawat Inap, Intensive Care Unit (ICU), Perina		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENANGANAN PASIEN DENGAN CODE BLUE SYSTEM		
	No. Dokumen 003/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Code blue adalah penanganan pasien yang jatuh pada kegawatdaruratan di lingkungan
TUJUAN	Mengatasi kegawatdaruratan medis pasien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	- Memastikan pasien memang membutuhkan pertolongan segera demi menyelamatkan hidupnya. - Petugas yang menemukan segera menghubungi operator untuk mengumumkan status code blue dengan menyebut lokasi kejadian. - Tim akan dipimpin oleh dokter jaga dibantu oleh perawat jaga. - Tim medis lain berasal dari UGD dan emergency datang dengan membawa tas emergency. - Lakukan RJP pada pasien sesuai dengan ACLS. - Melakukan cek nadi carotis dengan waktu 3-5 detik, bila tidak teraba denyut nadi, lakukan kompresi jantung luar dengan cara 30 kompresi dan 2 kali ventilasi dengan kecepatan kompresi 100 kali/ menit (dengan 1 atau 2 penolong) - Melakukan cek nadi carotis ulang setelah 5 siklus kompresi jantung dan paru. - Memasang monitor EKG dan lihat nilai irama jantung, jika: - VT atau VF tanpa nadi, lakukan defibrilasi dengan hitungan joule: 200J untuk biphasik dan 360J untuk monophasik - Asistole / PEA lanjutkan dengan kompresi - Melakukan evaluasi tindakan diatas, jika belum berhasil

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENANGANAN PASIEN DENGAN CODE BLUE SYSTEM		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 003/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2
PROSEDUR	lakukan intubasi dan pemasangan infus jika belum terpasang 10. Jika pasien sudah terintubasi maka kompresi jantung dan ventilasi berjalan masing – masing dengan kecepatan 11. kompresi 100x / menit dan kecepatan bagging 1x/ 6 detik atau 10x / menit 12. Memberi terapi sesuai dosis / instruksi dokter epinephrine 1 mg tiap 3-5 menit 13. Melakukan CPR / resusitasi maksimal 20 menit atau sampai penolong kelelahan, jika tidak berhasil atau setelah ada tanda kematian, hentikan CPR, jika berhasil observasi tanda vital, kesadaran, pupil dan warna kulit. Jika memungkinkan pasien dipindahkan ke ICU 14. Membereskan pasien dan alat-alat 15. Mencuci tangan 16. Mendokumentasikan dalam rekam medis pasien		
UNIT TERKAIT	Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Hemodialisa (HD), Kamar Bedah, Verlos Kamer (VK)		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>		Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	IDENTIFIKASI NILAI – NILAI DAN KEPERCAYAAN PASIEN		
	No. Dokumen 004/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Nilai adalah suatu keyakinan dan kepercayaan yang menjadi dasar bagi seseorang atau kelompok orang untuk memilih tindakannya, atau menilai suatu yang bermakna kehidupannya.
TUJUAN	1. Agar petugas Rumah Sakit mampu mengidentifikasi nilai – nilai dan kepercayaan yang dianut oleh pasien. 2. Agar petugas Rumah Sakit mengenali keragaman kultur yang ada.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Saat tiba diruang rawat, perawat melakukan asesmen pasien rawat inap tentang sosial budaya pasien. 2. Jika ada kebutuhan khusus pasien tentang kebutuhan spiritual, perawat akan menindaklanjuti untuk dikoordinasikan dengan bidang terkait. 3. Petugas menghormati kepercayaan pasien terhadap suatu hal sesuai dengan aturan Rumah Sakit, misalnya : a. Menolak dilakukan transfusi darah karena kepercayaan. b. Menolak pulang hari tertentu karena kepercayaan. c. Menolak dilayani oleh petugas laki – laki pada pasien perempuan. d. Menolak diberikan imunisasi pada anaknya. e. Menolak dirawat oleh medis dan mencari pengobatan alternative. f. Tidak memakan suatu jenis makanan tertentu, missal : daging sapi, ikan tidak bersisik dll.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	IDENTIFIKASI NILAI – NILAI DAN KEPERCAYAAN PASIEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 004/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	4. Petugas meyakinkan kepada pasien bahwa petugas Rumah Sakit akan bersedia membantu pasien jika mengalami kesulitan dalam melaksanakan kepercayaan selama masa perawatan 5. Petugas Rumah Sakit harus menunjukkan sikap empati pada perasaan pasien Catatan : pastikan kegiatan untuk memenuhi kepercayaan pasien tidak mengganggu pasien lainnya, tidak membahayakan petugas, pasien lainnya serta lingkungan Rumah Sakit
UNIT TERKAIT	Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Unit Gawat Darurat (UGD), Perina, Verlos Kamer (VK)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMBERIAN PELAYANAN KEROHANIAN		
	No. Dokumen 005/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Pelayanan kerohanian adalah pelayanan berkenaan dengan agama atau kepercayaan pasien yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien selama di rawat sesuai dengan permintaan dari pasien / keluarganya.
TUJUAN	Dengan dipenuhinya kebutuhan rohani dalam masa perawatan, pasien akan merasa tenang dan memiliki semangat kesembuhan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Lakukan identifikasi kebutuhan kerohanian pasien dengan cara hubungi dan tanyakan kepada pasien / keluarga tentang kebutuhan spiritual pasien yang sedang dirawat. "Selamat pagi/siang/sore/malam Bapak/Ibu, sehubungan dengan perawatan di rumah sakit apakah perlu bantuan kerohanian / spiritual untuk bisa memberi semangat kesembuhan". 2. Tanyakan pada pasien / keluarga pasien adakah seseorang yang diinginkan oleh pasien / keluarga untuk bimbingan rohaninya atau meminta rumah sakit mencarikannya. 3. Setelah pasien dan keluarga menyebutkan tentang kebutuhan kerohanian, maka perawat / dokter ruangan berkoordinasi dengan bagian <i>Customer Care</i> untuk menghubungi tokoh keagamaan yang dimaksud dan pasien/ keluarga mengisi formulir permintaan pelayanan kerohanian. 4. Informasikan jadwal kunjungan tokoh keagamaan yang dimaksud dengan pasien dan keluarga. 5. Informasikan rencana pelayanan kerohanian tersebut kepada

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMBERIAN PELAYANAN KEROHANIAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 005/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	pasien lain di dalam ruang perawatan yang sama. Upayakan pasien yang bersebelahan tidak merasa terganggu apabila ada sedikit cara-cara yang tidak sesuai dengan agama / kepercayaan mereka dan dimohon kerjasamanya agar tenang saat proses pelayanan berjalan. 6. Saat tokoh keagamaan datang, melaporkan diri ke petugas satpam dan memakai <i>nametag</i> "TAMU" dan diarahkan ke ruang perawatan terkait. 7. Perawat mengingatkan tokoh keagamaan agar berdoa jangan keras-keras dan terlalu lama dan jangan sampai mengganggu ketenangan pasien yang lain. 8. Setelah selesai tokoh keagamaan memberikan bimbingan, perawat ucapkan salam dan terima kasih atas kesediannya untuk datang ke Rumah Sakit dan dapat memenuhi kebutuhan spiritual pasien
-----------------	---

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PEMBERIAN PELAYANAN KEROHANIAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 005/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	3 / 2

PROSEDUR	Hal – hal yang perlu diperhatikan : 1. Apabila ada permintaan khusus di luar jadwal kerohanian yang sudah ada di RS, atas kondisi kritis pasien maka RS merespon permintaan tersebut dan perawat menanyakan apakah ada rohaniawan khusus dari keluarga pasien sendiri atau meminta pihak RS untuk mencarikan. 2. Untuk tokoh keagamaan yang dibawa sendiri oleh pihak keluarga, perawat melakukan hal yang sama sesuai poin 5, 6, 7, dan 8.
	UNIT TERKAIT Security, Customer Care
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMBANTU MENCARI <i>SECOND OPINION</i>		
	No. Dokumen 006/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. <i>Second opinion</i> adalah proses mencari evaluasi oleh dokter lain untuk mengkonfirmasi rencana diagnosis dan pengobatan 2. <i>Second opinion</i> juga bisa dikatakan sebagai pendapat kedua yaitu pendapat dari dokter selain yang pertama kali yang memeriksa pasien yang bertujuan untuk mendapatkan perspektif yang berbeda
TUJUAN	1. Pasien dan keluarga terbantu dalam membuat keputusan 2. Agar pasien dan keluarga tidak menimbulkan rasa takut untuk mencari <i>second opinion</i> dan kompromi dalam pelayanan mereka baik di dalam maupun di luar RS Permata Gunung Putri
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. DPJP memberitahu pasien dan keluarga dengan cara dan bahasa yang dapat dimengerti tentang penjelasan kondisi medis dan diagnosa pasien ataupun tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien 2. Bila pasien atau keluarga pasien masih belum merasa puas atau mengerti dengan penjelasan dokter, maka petugas harus menginformasikan kepada dokter bahwa pasiennya masih belum mengerti dan minta dokter untuk menjelaskan kembali. 3. Bila pasien tetap tidak mengerti atau tidak puas, petugas RS Permata Gunung Putri menjelaskan kepada pasien atau keluarga pasien bahwa pasien atau keluarga pasien dapat mencari <i>second opinion</i> tentang kondisi medis dan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMBANTU MENCARI <i>SECOND OPINION</i>		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 006/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

PROSEDUR	diagnosisnya kepada dokter lain baik di dalam maupun diluar RS Permata Gunung Putri 4. Apabila pasien dan keluarga menginginkan <i>second opinion</i> maka : - Pasien mengajukan secara lisan kepada dokter - Pasien yang mengajukan <i>second opinion</i> menuliskan permohonan tersebut dalam lembar integrasi rawat inap dan ditandatangani oleh pasien yang memberi surat pernyataan - Jika pasien tidak menunjuk dokter maka rumah sakit akan mencari dokter (alternatif pilihan) yang diinginkan oleh pasien atau keluarga - Jika pasien memiliki dokter yang direkomendasikan maka perawat meminta nomor telephone yang bisa dihubungi - Selanjutnya perawat menghubungi dokter tersebut dan mengutarakan maksud dan tujuan dari <i>second opinion</i> 5. Apabila dokter mengajukan <i>second opinion</i>: - DPJP menginformasikan kepada pasien rencana <i>second opinion</i> - DPJP meminta persetujuan untuk <i>second opinion</i> secara tertulis pada formulir persetujuan tindakan medis - DPJP membuat permohonan <i>second opinion</i> secara tertulis pada formulir / lembar konsultasi - DPJP menghubungi dokter yang dituju sesuai dengan keinginan dokter - Setelah dokter kedua datang maka perawat mengantarkan ke ruang perawatan untuk memeriksa pasien - Menjelaskan hasil temuan dari dokter kedua ke pasien dan keluarga - Dokter kedua menginformasikan hasil pemeriksaannya ke DPJP
-----------------	--

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMBANTU MENCARI <i>SECOND OPINION</i>		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 006/SPO/RANAP/III/2025	No. Revisi 00	3 / 3

UNIT TERKAIT	Poliklinik Rawat Jalan	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN		
	No. Dokumen 007/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Penilaian derajat nyeri pada dewasa adalah penilaian untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pada pasien dengan penurunan kesadaran.																						
TUJUAN	1. Melakukan penilaian derajat nyeri dengan tepat pada pasien dengan penurunan kesadaran yang tidak dapat dinilai dengan skala nyeri biasa. 2. Sebagai panduan dalam memberikan tatalaksana nyeri yang efektif pada pasien dengan penurunan kesadaran.																						
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap																						
PROSEDUR	1. Lakukan penilaian nyeri pada pasien dengan penurunan kesadaran dengan menggunakan skala sikap dan perilaku pasien / <i>Behavioral Pain Scale (BPS)</i>, yaitu dengan melihat ekspresi wajah, pergerakan atau posisi ekstremitas atas, dan toleransi terhadap ventilasi mekanik. <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><i>Ekspresi Wajah</i></td></tr> <tr> <td>Tenang</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Sebagian Muka menegang (Dahi mengerenyit)</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Seluruh muka menegang (kelopak mata menutup)</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Wajah menyeringai</td><td>4</td></tr> <tr> <td colspan="2"><i>Pergerakan atau posisi ekstremitas atas</i></td></tr> <tr> <td>Tenang</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Menekuk sebagian didaerah siku</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Menekuk total dengan disertai jari-jari mengepal</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Menekuk total secara terus menerus</td><td>4</td></tr> <tr> <td colspan="2"><i>Toleransi terhadap ventilasi mekanik</i></td></tr> </table>	<i>Ekspresi Wajah</i>		Tenang	1	Sebagian Muka menegang (Dahi mengerenyit)	2	Seluruh muka menegang (kelopak mata menutup)	3	Wajah menyeringai	4	<i>Pergerakan atau posisi ekstremitas atas</i>		Tenang	1	Menekuk sebagian didaerah siku	2	Menekuk total dengan disertai jari-jari mengepal	3	Menekuk total secara terus menerus	4	<i>Toleransi terhadap ventilasi mekanik</i>	
<i>Ekspresi Wajah</i>																							
Tenang	1																						
Sebagian Muka menegang (Dahi mengerenyit)	2																						
Seluruh muka menegang (kelopak mata menutup)	3																						
Wajah menyeringai	4																						
<i>Pergerakan atau posisi ekstremitas atas</i>																							
Tenang	1																						
Menekuk sebagian didaerah siku	2																						
Menekuk total dengan disertai jari-jari mengepal	3																						
Menekuk total secara terus menerus	4																						
<i>Toleransi terhadap ventilasi mekanik</i>																							

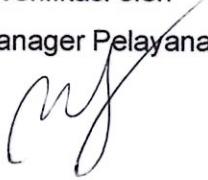
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PASIEN DENGAN PENURUNAN KESADARAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 007/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

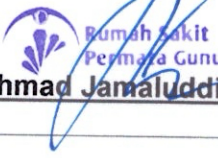
PROSEDUR	Dapat mengikuti pola ventilasi	1
	Batuk tetapi masih dapat mengikuti pola ventilasi	2
	Melawan pola ventilasi	3
	Pola ventilasi tidak ditoleransi	4
	Nilai < 5 berarti pasien bebas nyeri	
Nilai > 5 berarti pasien mengalami nyeri yang perlu diterapi		
2. Dapat juga dilakukan penilaian terhadap nyeri pada pasien dengan penurunan kesadaran dengan melihat tanda-tanda vital pasien (frekuensi nadi dan tekanan darah)		
3. Apabila didapatkan tekanan darah pasien meningkat dan juga disertai peningkatan frekuensi nadi dapat menunjukkan pasien mengalami nyeri, perhatikan hal-hal yang dapat menyebabkan keadaan tersebut., seperti trauma, prosedur medis (pemasangan WSD,CVP, dan lain – lain), pengambilan darah, prosedur rutin (suction, perubahan posisi, pencabutan drainage atau kateter, perawatan luka), atau pasien dengan ventilasi mekanis.		
4. Penilaian nyeri kembali dilakukan setiap 8 jam atau pada saat dilakukan prosedur medis		
UNIT TERKAIT	Intensive Care Unit (ICU), Unit Gawat Darurat (UGD)	
Dibuat oleh Manager Keperawatan	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis	
		
<u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	<u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENOLAKAN TINDAKAN RESUSITASI		
	No. Dokumen 008/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. Penolakan tindakan resusitasi adalah pernyataan penolakan diri seseorang (keluarga pasien) yang diberikan dengan bebas tanpa paksaan (voluntary) tentang penolakan tindakan resusitasi yang akan dilakukan terhadap pasien sesudah mendapatkan informasi yang cukup 2. DNR adalah perintah untuk tidak melakukan resusitasi kepada pasien karena permintaan keluarga pasien
TUJUAN	1. Untuk menghormati hak pasien/keluarga dalam memilih prosedur yang nyaman dalam bantuan hidup oleh tenaga medis dalam kasus henti jantung/henti napas 2. Agar staf medis tidak dipersalahkan karena tidak melakukan resusitasi pada kasus gagal napas dan gagal jantung dan memastikan terjadinya komunikasi serta pencatatan yang jelas dan terstandarisasi mengenai pengambilan keputusan 3. Untuk memastikan bahwa pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan DNR tidak disalahartikan
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Dokter harus menginformasikan tentang tindakan yang akan dilakukan dengan menjelaskan untung ruginya bila dilakukan atau tidak dilakukan resusitasi paru 2. Bila keluarga pasien setuju dan mengerti tentang penjelasan dokter, maka keluarga pasien menandatangani formulir informed concent tindakan 3. Bila keluarga pasien mengerti penjelasan dokter dan menolak tindakan medis yang akan dilakukan, keluarga pasien juga menandatangani formulir informed consent tindakan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENOLAKAN TINDAKAN RESUSITASI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 008/SPO/RANAP/III/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	4. Apabila pasien menolak dilakukan resusitasi 5. Setelah keluarga mengerti keluarga mengisi formulir penolakan resusitasi dan mengisi formulir DNR 6. Formulir ditandatangani dokter dan keluarga 7. Informasi tentang permintaan keluarga pasien untuk tidak dilakukan resusitasi (DNR), bisa diperoleh saat pasien masuk ataupun saat perawatan pasien, sangat tergantung kapan keluarga pasien memintanya 8. Untuk dapat memberikan informasi ke staf medis lainnya, petugas akan memberikan tanda identitas dengan memakaikan gelang berwarna ungu yang menandakan apabila terjadi sesuatu kegawatan pada pasien tersebut tidak perlu dilakukan resusitasi 9. Permintaan DNR dapat dibatalkan dengan keputusan keluarga pasien atau wali 10. Semua penolakan tindakan medis dan pembatalan penolakan harus tercatat dalam berkas rekam medis 11. DNR (<i>Do Not Resuscitate</i>) hanya berarti tidak dilakukan tindakan RJP, penanganan dan tatalaksana lainnya untuk pasien tetap dilakukan dengan optimal.
UNIT TERKAIT	Intensive Care Unit (ICU), Unit Gawat Darurat (UGD), Kamar Bedah, Verlos Kamer (VK)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMELIHARA KEBERSIHAN VULVA (VULVA HYGIENE)		
	No. Dokumen 021/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Membersihkan alat kelamin wanita bagian luar dan sekitarnya
TUJUAN	1. Menjaga kebersihan 2. Mencegah infeksi 3. Memberikan rasa senang dan nyaman pada klien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat 1. Handscoon steril 2. Mangkok kapas steril 3. Betadine 4. Bengkok + plastic 5. Perlak 6. Pengalas 7. desinfektan B. Tata cara : 1. Jelaskan kepada klien tentang prosedur yang akan dilakukan 2. Identifikasi pasien 3. Atur posisi klien dorsal recumbent 4. Mencuci tangan dengan benar 5. Menutup korden / memasang sketsel 6. Memasang alas di bawah pantat klien 7. Membuka pakaian klien 8. Memakai handscoon steril 9. Membuka labia mayora kanan dan kiri sampai tampak vestibulum

MEMELIHARA KEBERSIHAN VULVA (VULVA HYGIENE)

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

No. Dokumen
021/SPO/RANAP/III/2025

No. Revisi
00

2 / 2

PROSEDUR

10. Membuka labia mayora kanan dan kiri dilanjutkan labia minor kanan dan kiri serta vestibulum dengan memakai kapas betadine, masing – masing kapas dipakai 1x
11. Melepas handscoon
12. Merapikan dan mengembalikan klien dengan posisi senyaman mungkin
13. Membersihkan dan mengembalikan alat ditempatnya
14. Membersihkan dan mengembalikan alat di tempatnya
15. Mencuc tangan
16. Mencatat pada dokumentasi perawatan

UNIT TERKAIT

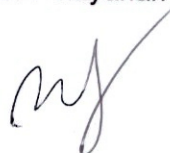
UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan , Poliklinik Rawat Jalan

Dibuat oleh
Manager Keperawatan



Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep

Diverifikasi oleh
Manager Pelayanan Medis



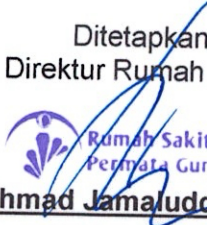
Dr. Wediat Setiawan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA		
	No. Dokumen 022/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu tindakan memindahkan pasien yang tidak dapat atau tidak boleh berjalan, yang dilakukan dari tempat tidur ke kursi roda
TUJUAN	1. Menjaga kebersihan 2. Mencegah infeksi 3. Memberikan rasa senang dan nyaman pada klien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat dan Obat 1. Tempat tidur 2. Kursi roda 3. Tangga pasien 4. Selimut 5. Bantal bila perlu 6. Pasien / keluarganya diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang akan dilakukan. B. Prosedur 1. Perawat mencuci tangan. Ucapkan salam dan perkenalkan diri terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga. 2. Lakukan identifikasi pasien 3. Dorong kursi roda ke sisi tempat tidur, dan tahan roda

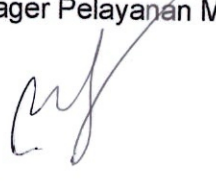
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 022/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

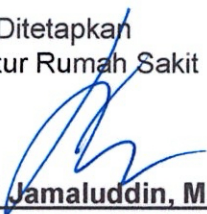
PROSEDUR	belakangnya agar kursi roda tidak terbalik. 4. Dudukkan pasien dan bantu bergeser ke pinggir tempat tidur, kemudian letakkan kedua kakinya diatas tangga tempat tidur. 5. Turunkan kaki pasien satu persatu dari tangga, kemudian bantu pasien berdiri dan melangkah perlahan-lahan menuju kursi roda yang telah disediakan. 6. Dudukkan pasien pada kursi roda, bila perlu beri bantal untuk bersandar dan beri selimut. 7. Perawat mencuci tangan
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGATUR POSISI KLIEN		
	No. Dokumen 023/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

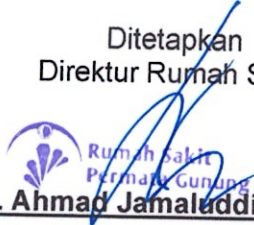
PENGERTIAN	1. Penggantian posisi secara teratur dan sering merupakan salah satu tindakan keperawatan yang perlu dilakukan untuk mencegah komplikasi akibat berbaring. 2. Posisi klien sebaiknya dirubah tiap jam bila tidak ada kontra indikasi. 3. Bila hendak memindahkan klien mengalami cedera/nyeri bekerja harus hati-hati agar klien tidak gelisah. 4. Sebelum memindahkan klien perlu memeriksa peralatan yang akan dipakai, misal : kursi roda, brankart
TUJUAN	1. Mencegah komplikasi akibat berbaring. 2. Memberi kenyamanan kepada pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	Persiapan Umum yang perlu Dalam Mengatur Posisi / Memindahkan Pasien : 1. Identifikasi pasien. 2. Cuci tangan (sesuai SPO cuci tangan) 3. Menyiapkan semua peralatan yang diperlukan. 4. Memastikan cahaya ruangan cukup terang. Mengangkat bantal dan barang-barang lain yang menyokong klien. 5. Mengatur ketinggian tempat tidur (bila dapat) untuk memudahkan bekerja. 6. Mengkaji kebutuhan klien. 7. Menjaga privacy klien. 8. Meminta bantuan pada perawat lain bila diperlukan. 9. Memberitahu klien tentang tindakan yang akan dilakukan.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGATUR POSISI KLIEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 023/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	10. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. 11. Mengatur posisi klien sesuai yang diperlukan.
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENOLONG PASIEN B.A.K		
	No. Dokumen 027/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Memasang bed pan/urinal pada pasien yang tidak dapat melakukan sendiri.
TUJUAN	1. Menampung air kemih. 2. Menjaga kebersihan. 3. Mengetahui kelainan pada urine. 4. Mengurangi Gerakan pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	a. Mencatat : ▪ Warna. ▪ Banyaknya. ▪ Bau. ▪ Keluhan lainnya.
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u> Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PELAYANAN KELOMPOK YANG DIANGGAP BERESIKO		
	No. Dokumen 018/SPO/RANAP/V/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmaq Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Melindungi pasien beresiko yang sedang di RS Permata Gunung Putri dari kekerasan fisik oleh pengunjung, pasien lain, dan staf rumah sakit. Perlindungan tersebut diberikan terutama bagi pasien bayi, anak, lanjut usia, dan yang tidak mampu melindungi dirinya sendiri untuk minta bantuan petugas rumah sakit atau orang lain yang di dekatnya.
TUJUAN	1. Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien. 2. Menghindari kejadian yang tidak diharapkan yang bisa terjadi di rumah sakit
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Perawat mengidentifikasi pasien yang lemah dan beresiko serta menetapkan proses perlindungan. 2. Perawat mencatat hasil identifikasi dalam buku pemantauan yang berada disetiap ruangan. 3. Perawat menginformasikan kepada bagian keamanan yang bertugas di ruangan tersebut. 4. Petugas keamanan akan melakukan kontroling secara berkala dan berkelanjutan kepada pasien beresiko di area tugasnya. 5. Perawat melakukan langkah-langkah perlindungan: a. Bayi : kamar bayi tidak boleh kosong atau ditinggalkan oleh petugas, harus ada minimal 1 petugas yang selalu ada diruangan KBBL/perina. Pintu selalu terkunci dan dipasang bel didepan pintu. b. Anak : - Pasien anak harus ditunggu oleh 1 orang keluarga - Pintu ruang perawatan anak harus selalu dalam keadaan tertutup terkunci, kecuali pada jam kunjung. c. Usia lanjut :

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PELAYANAN KELOMPOK YANG DIANGGAP BERESIKO		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 018/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	- Pasien usia lanjut harus ditunggu oleh 1 orang keluarganya - Pintu ruang perawatan anak harus selalu dalam keadaan tertutup terkunci, kecuali pada jam kunjung. d. Yang tidak mampu melindungi dirinya sendiri : - Pasien usia lanjut harus ditunggu oleh 1 orang keluarganya - Pintu ruang perawatan anak harus selalu dalam keadaan tertutup terkunci, kecuali pada jam kunjung. - Untuk pasien dengan pengawasan harus berada didekat nurse station. 6. Petugas keamanan keliling ruangan memantau keamanan yang dilakukan setiap jam dan pemantauan harus diketahui oleh perawat jaga. Hasil pemantauan ditulis di buku pemantauan yang berada di <i>nurse stations</i>. 7. Jika terjadi kekerasan fisik kepada pasien, maka petugas (perawat, satpam, dll) yang lebih dahulu melihat atau mengetahui kejadian tersebut, harus membantu mengamankan pasien dan menghubungi petugas keamanan yang lain, manajer pelayanan, dan direksi rumah sakit. Serta jika dibutuhkan dapat menghubungi institusi luar yang terkait seperti Polres, Polsek, Babinsa, dll.		
	UNIT TERKAIT Perinatologi, Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap		
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>		

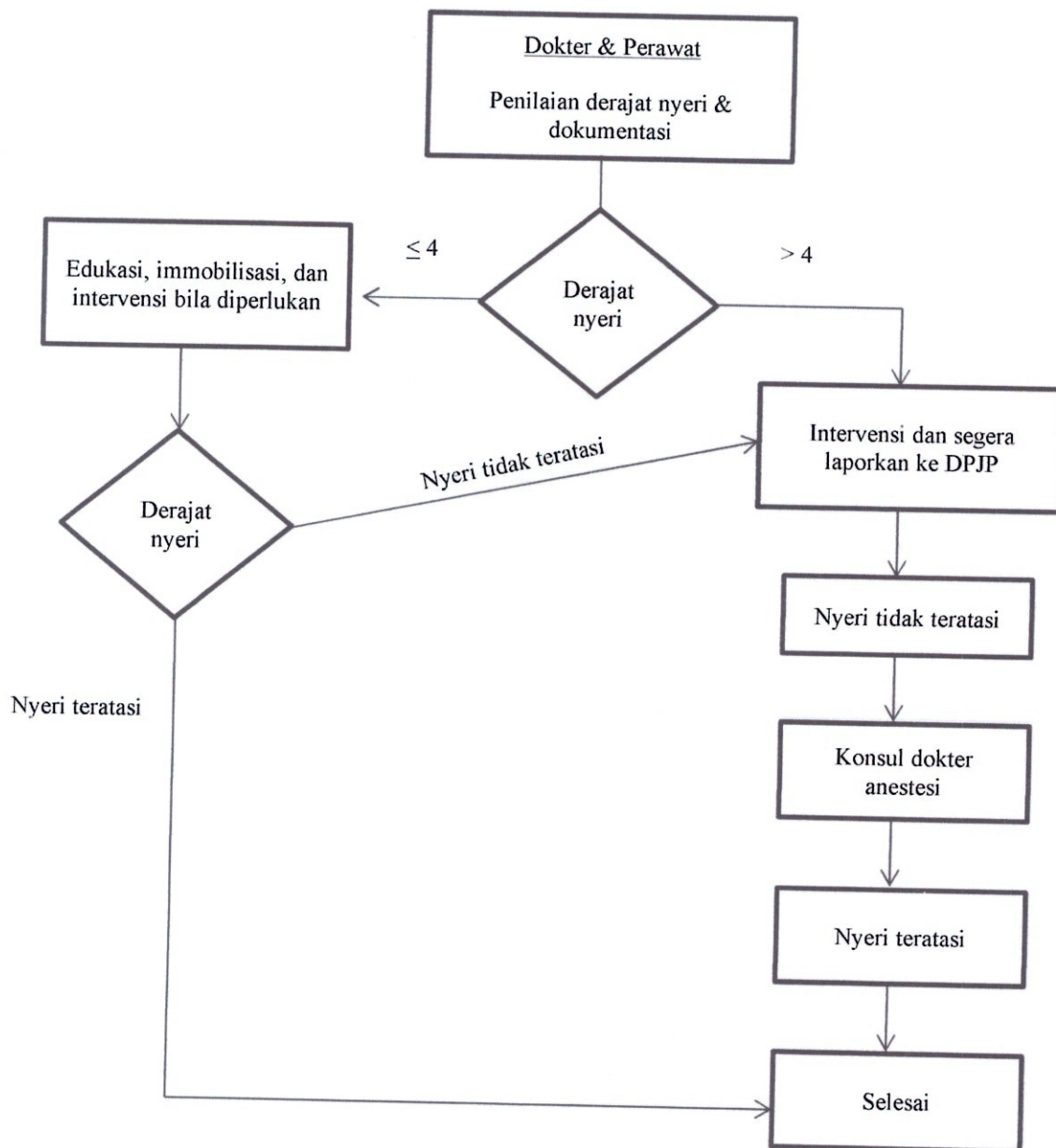
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	SKRINING DAN ALUR TATALAKSANA NYERI PADA PASIEN DI RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN		
	No. Dokumen 019/SPO/RANAP/V/2025	No. Revisi 00	1 / 1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. Skrining nyeri pada pasien adalah melakukan penilaian derajat nyeri pada saat pasien pertama masuk dan melakukan penilaian kembali (re-assesment) derajat nyeri sesuai dengan kebutuhan pasien menggunakan skala nyeri yang sesuai dengan golongan umur atau kondisi pasien. 2. Tatalaksana nyeri pada pasien adalah memberikan tatalaksana nyeri dengan obat-obatan analgesia sesuai dengan penilaian derajat nyeri dan kebutuhan pasien sehingga pasien bebas dari rasa nyeri atau dengan rasa nyeri yang seminimal mungkin.
TUJUAN	1. Dapat melakukan penilaian dengan tepat skala nyeri yang dialami oleh pasien serta menentukan lokasi nyeri pasien dengan benar 2. Melakukan tatalaksana nyeri terhadap pasien secara cepat, tepat dan tanggap sesuai dengan penilaian derajat nyeri dan kebutuhan pasien 3. Mengatasi nyeri yang dialami pasien sehingga pasien bebas dari rasa nyeri atau meminimalkan rasa nyeri yang dialami pasien
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/III/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Perawat melakukan penilaian nyeri ke setiap pasien yang mendapatkan pelayanan di rawat jalan, maupun rawat inap 2. Perawat menjelaskan penggunaan skala nyeri berdasarkan umur pasien : a. NRS (<i>Numeric Rating Scale</i>) untuk pasien dewasa & lanjut usia b. WBFPS (<i>Wong Baker Faces Pain Scale</i>) untuk pasien anak 3. Jika perawat mendapatkan angka nyeri ≤ 4 lakukan terapi non farmakologi meliputi edukasi, immobilisasi, intervensi bila diperlukan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	SKRINING DAN ALUR TATALAKSANA NYERI PADA PASIEN DI RAWAT INAP DAN RAWAT JALAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 019/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2

PROSEDUR	4. Jika perawat mendapatkan angka nyeri > 4 lakukan intervensi farmakologi dengan melaporkan ke DPJP terlebih dahulu 5. Bila nyeri tidak dapat teratasi, DPJP dipersilahkan untuk melakukan konsultasi dengan dokter anestesi. (alur tatalaksana nyeri terlampir)
UNIT TERKAIT	Poliklinik Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

Lampiran (alur tatalaksana nyeri)



 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMASANG INFUS		
	No. Dokumen 020/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Memasukkan cairan obat langsung ke dalam pembuluh darah vena dalam jumlah banyak dan waktu yang lama, dengan menggunakan infus
TUJUAN	1. Sebagai pengobatan 2. Mencukupi kebutuhan tubuh akan cairan dan elektrolit 3. Memberikan zat makanan pada pasien yang tidak dapat / tidak boleh makan melalui mulut
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat : 1. Standar infus 2. Cairan infus 3. Infus set 4. Alcohol swab 5. Transparan dressing 6. Gunting 7. Plester 8. Pengalas dan perlak 9. Bengkok 10. Sarung tangan on steril B. Persiapan pasien : Memberikan penjelasan kepada pasien tentang tindakan yang akan dilakukan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMASANG INFUS		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 020/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

PROSEDUR	C. Pelaksanaan : 1. Mencuci tangan (sesuai SPO cuci tangan) 2. Identifikasi pasien (sesuai SPO identifikasi pasien) 3. Membawa peralatan ke pasien 4. Mengatur posisi pasien dengan posisi supine (terlentang) 5. Menyiapkan set infus dan cairan infus untuk siap digunakan. Cairan infus diberi label yang sudah ditulis nama pasien, nama cairan, tanggal pemberian, jam pemberian, obat yang dimasukkan jika ada. Lepaskan penutup botol cairan lalu didesinfeksi dengan alcohol swab dan tusukkan pipa saluran infus. Isi selang infus : tekan bilik drip dan lepaskan, biarkan terisi 1/3 sampai ½ penuh. Tutup jarum dibuka, cairan dialirkan sampai keluar sehingga udara tidak ada pada selang infus, lalu klem ke posisi off, pastikan selang bersih dari udara dan gelembung udara, ujung selang ditutup Kembali 6. Memakai sarung tangan 7. Memeriksa ulang cairan yang akan diberikan 8. Menyiapkan area yang akan dipasang infus 9. Memasang perlek dan pengalas di bawah anggota badan yang akan di pasang infus 10. Melakukan fixasi 11. Menentukan vena yang akan ditusuk 12. Desinfektan area yang akan ditusuk dengan diameter 5 – 19 cm melingkar dari arah dalam keluar 13. Menusukkan jarum infus / abocath pada vena yang telah ditentukan 14. Menutup bagian yang ditusuk dengan tegaderm 15. Menulis tanggal dan ukuran jarum infus/abocath pada plester bagian luar 16. Menghitung jumlah tetesan infus sesuai dengan kebutuhan
-----------------	---

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MEMASANG INFUS		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 020/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

	17. Memperhatikan reaksi pasien 18. Pasien dirapihkan 19. Peralatan dirapihkan dan dikembalikan pada tempatnya 20. Cuci tangan 21. Catat waktu pemasangan, jenis cairan dan jumlah cairan distatus pasien 22. Dan peralatan habis pakai
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan , Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

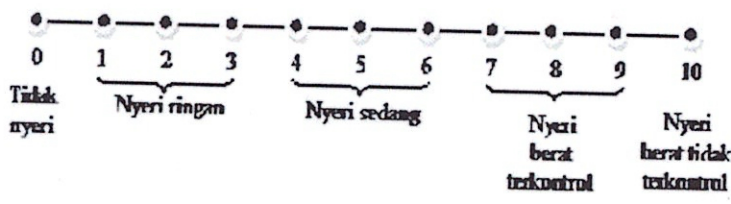
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN ANAK		
	No. Dokumen 014/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Penilaian derajat nyeri pada anak adalah penilaian untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pada pasien anak.
TUJUAN	Agar pasien dapat teratasi rasa nyeri nya dengan pemberian terapi non farmakologi dan farmakologi sesuai dengan tingkat nyeri pasien yang dirasakan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	- Perawat yang melakukan penatalaksanaan penilaian nyeri membawa bar level nyeri / penggaris nyeri - Perawat mengidentifikasi umur pasien dalam penatalaksanaan nyeri, jika diketahui pasien tersebut adalah pasien anak, maka lakukan penilaian nyeri dengan menggunakan <i>Wong Baker Faces Pain Scale (WBFPS)</i> - Perawat menunjukkan bar nyeri berdasarkan skala wajah  0 2 4 6 8 10 - Pasien anak yang ditunjukkan skala nyeri dengan wajah diarahkan untuk mengekspresikkan rasa nyerinya dengan menunjuk skala wajah yang disediakan, dengan keterangan : Nilai 0 = nyeri tidak dirasakan Nilai 1-2 = nyeri dirasakan sedikit saja Nilai 3-4 = nyeri dirasakan hilang timbul

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN ANAK		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 014/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	Nilai 5-6 = nyeri yang dirasakan lebih banyak Nilai 7-8 = nyeri yang dirasakan secara keseluruhan Nilai 9-10 = nyeri sekali dan anak menjadi menangis 5. Perawat menanyakan lokasi nyeri pasien anak dengan menanyakan pasien dimanakah lokasi nyeri (jika pasien tidak berkenan untuk disentuh lokasi nyeri nya) 6. Perawat mendokumentasikan rasa nyeri pasien di dalam formulir yang telah disediakan. Keterangan : Untuk anak – anak yang sudah mengarah ke dewasa (diatas umur 12 tahun) sudah dapat diarahkan dengan <i>Numeric Rating Scale / Visual Analog Scale</i>
UNIT TERKAIT	Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Perina, Unit Gawat Darurat (UGD)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN DEWASA		
	No. Dokumen 015/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Penilaian derajat nyeri pada dewasa adalah penilaian untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pada pasien dewasa.
TUJUAN	Agar pasien dapat teratasi rasa nyeri nya dengan pemberian terapi non farmakologi dan farmakologi sesuai dengan tingkat nyeri pasien yang dirasakan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	- Perawat yang melakukan penatalaksanaan penilaian nyeri membawa kartu nyeri. - Perawat mengidentifikasi umur pasien dalam penatalaksanaan nyeri, jika diketahui pasien tersebut adalah pasien dewasa, maka arahkan penilaian nyeri menggunakan <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> - Perawat menunjukkan kartu nyeri yang berisikan angka – angka dalam skala 0 - 10  Diagram of the Numeric Rating Scale (NRS) showing a horizontal line with dots at each integer from 0 to 10. Below the line, the numbers are grouped into five categories with brackets: 0: Tidak nyeri 1-3: Nyeri ringan 4-6: Nyeri sedang 7-9: Nyeri berat terkontrol 10: Nyeri berat tidak terkontrol - Perawat menjelaskan bahwa jika tidak dirasakan nyeri maka angka nya 0 sampai dengan nyeri berat tidak terkontrol dengan angka 10 yang dimana pasien tidak dapat diajak berkomunikasi maupun berisiko berontak atau pingsan dikarenakan nyeri yang sangat hebat atau tidak tertahankan. - Pasien yang ditunjukkan skala nyeri diarahkan untuk memilih angka dari 0 s/d 10.

PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN DEWASA

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL
(SPO)**

No. Dokumen
015/SPO/RANAP/II/2025

No. Revisi
00

2 / 2

PROSEDUR

6. Perawat menanyakan lokasi nyeri pasien dengan menanyakan pasien dimanakah lokasi nyeri (jika pasien tidak berkenan untuk disentuh lokasi nyeri nya)
7. Perawat mendokumentasikan rasa nyeri pasien di dalam formulir yang telah disediakan.

Keterangan :

Untuk pasien dewasa yang diketahui tingkat pendidikan tidak memadai, psikososial, serta kulturalnya berbeda, maka pasien dapat diarahkan menggunakan skala nyeri *Wong Baker Faces Pain Scale*

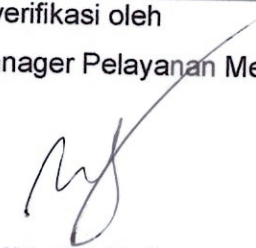
UNIT TERKAIT

Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat (UGD)

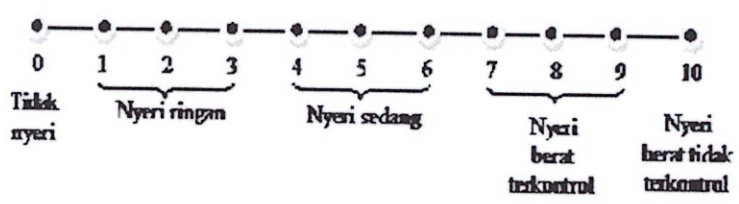
Dibuat oleh
Manager Keperawatan


Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep

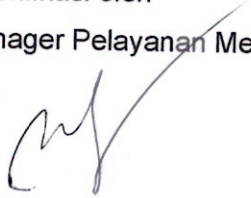
Diverifikasi oleh
Manager Pelayanan Medis


Dr. Wediat Setiawan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN LANJUT USIA / GERIATRI		
	No. Dokumen 016/SPO/RANAP/V/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Penilaian derajat nyeri pada pasien adalah penilaian untuk mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pada pasien dewasa.
TUJUAN	Agar pasien dapat teratasi rasa nyeri nya dengan pemberian terapi non farmakologi dan farmakologi sesuai dengan tingkat nyeri pasien yang dirasakan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	- Perawat yang melakukan penatalaksanaan penilaian nyeri membawa kartu nyeri. - Perawat mengidentifikasi umur pasien dalam penatalaksanaan nyeri, jika diketahui pasien tersebut adalah pasien lanjut usia / geriatri, maka arahkan penilaian nyeri menggunakan <i>Numeric Rating Scale (NRS)</i> - Perawat menunjukkan kartu nyeri yang berisikan angka – angka dalam skala 0 - 10  Diagram of the Numeric Rating Scale (NRS) showing a horizontal line with dots at each integer from 0 to 10. Below the line, the following labels are placed under their respective numbers: 0: Tidak nyeri 1: (part of Nyeri ringan) 2: (part of Nyeri ringan) 3: (part of Nyeri ringan) 4: (part of Nyeri sedang) 5: (part of Nyeri sedang) 6: (part of Nyeri sedang) 7: (part of Nyeri berat terkontrol) 8: (part of Nyeri berat terkontrol) 9: (part of Nyeri berat terkontrol) 10: Nyeri berat tidak terkontrol - Perawat menjelaskan bahwa jika tidak dirasakan nyeri maka angka nya 0 sampai dengan nyeri berat tidak terkontrol dengan angka 10 yang dimana pasien tidak dapat diajak berkomunikasi maupun berisiko berontak atau pingsan dikarenakan nyeri yang sangat hebat atau tidak tertahankan. - Pasien yang ditunjukkan skala nyeri diarahkan untuk memilih angka dari 0 s/d 10.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENILAIAN DERAJAT NYERI PADA PASIEN LANJUT USIA / GERIATRI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 016/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	6. Perawat menanyakan lokasi nyeri pasien dengan menanyakan pasien dimanakah lokasi nyeri (jika pasien tidak berkenan untuk disentuh lokasi nyeri nya) 7. Perawat mendokumentasikan rasa nyeri pasien di dalam formulir yang telah disediakan. Keterangan : Untuk pasien dewasa yang diketahui tingkat pendidikan tidak memadai, psikososial, serta kulturalnya berbeda, maka pasien dapat diarahkan menggunakan skala nyeri <i>Wong Baker Faces Pain Scale</i>
	UNIT TERKAIT Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Unit Gawat Darurat (UGD)
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERLINDUNGAN KELOMPOK BERESIKO DI RUMAH SAKIT		
	No. Dokumen 017/SPO/RANAP/V/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Kelompok Pasien Beresiko adalah pasien yang sedang dirawat di Rumah Sakit yang karena kondisinya, memerlukan pengawasan khusus dan perlu untuk dilindungi.
TUJUAN	1. Melindungi kelompok pasien beresiko dari kemungkinan tindak kekerasan atau penganiayaan selama pasien di rawat di Rumah Sakit 2. Menghindari kejadian tidak diharapkan yang bisa terjadi di Rumah Sakit 3. Tercipta kinerja yang efektif dan efisien dalam melakukan pengawasan dan kontrolling terhadap pasien kelompok beresiko
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Perawat mengidentifikasi jumlah pasien beresiko di ruangan perawatannya, kemudian menginformasikan kepada bagian security yang bertugas di area NS 2. Security akan melakukan kontrolling secara berkala dan berkelanjutan kepada pasien beresiko di area tugasnya 3. Security mendokumentasikan hasil kontrolling di setiap tempat beresiko dalam buku kontrolling yang berada di setiap NS perawatan 4. Membuat laporan dan mengoperkan kepada petugas security shift selanjutnya untuk dilakukan kontrolling secara berkelanjutan

PERLINDUNGAN KELOMPOK BERISIKO DI RUMAH SAKIT

**STANDAR
PROSEDUR
OPERASIONAL
(SPO)**

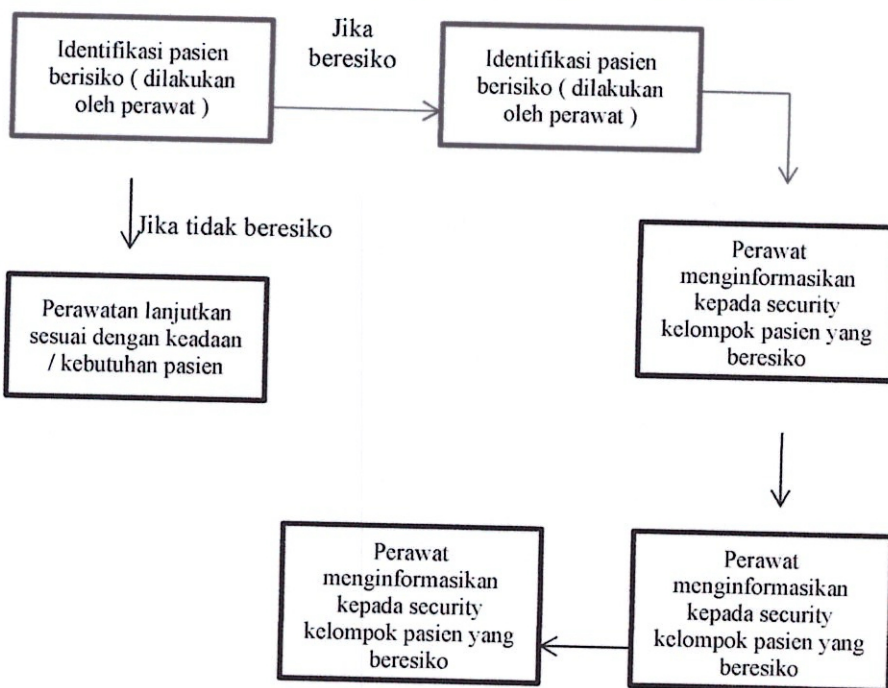
No. Dokumen
017/SPO/RANAP/II/2025

No. Revisi
00

2 / 2

PROSEDUR

Alur perlindungan pasien yang berisiko di Rumah Sakit :



UNIT TERKAIT

Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan

Dibuat oleh
Manager Keperawatan


Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep

Diverifikasi oleh
Manager Pelayanan Medis


Dr. Wediat Setiawan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MELINDUNGI BARANG MILIK PASIEN		
	No. Dokumen 009/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   Rumah Sakit Permata Gunung Putri dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	1. Barang berharga milik pasien adalah benda-benda yang dimiliki pasien sebagai kekayaan. 2. Melindungi barang berharga milik pasien adalah mengamankan dan melindungi barang berharga milik pasien yang dibawa ke rumah sakit yang telah dititipkan. 3. <i>Safety box</i> adalah tempat penitipan barang berharga milik pasien yang berada di kasir
TUJUAN	Barang berharga milik pasien yang dibawa ke rumah sakit dan dititipkan kepada petugas serta dapat terjamin keutuhan dan keamanannya.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Ucapkan "Selamat pagi / Siang/ Sore /Malam, Bapak / Ibu saya....., petugas pendaftaran pasien rawat inap menginformasikan bahwa selama dirawat di rumah sakit disarankan untuk tidak membawa barang berharga, pihak rumah sakit tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang – barang milik pasien. 2. Pasien <i>emergency</i> yang tidak mampu mengamankan barang berharga miliknya atau tidak mampu membuat keputusan mengenai barang pribadinya, maka rumah sakit akan melindungi harta milik pasien yang telah dititipkan. 3. Pasien atau keluarga yang membutuhkan perlindungan atau penyimpanan barang / harta miliknya tersebut menyerahkan kepada petugas di unit terkait kemudian barang disimpan di <i>safety box</i> dikasir dengan mengisi dan menandatangani formulir tanda terima barang (rangkap 2)



Rumah Sakit
Permata Gunung Putri

MELINDUNGI BARANG MILIK PASIEN

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

No. Dokumen
009/SPO/RANAP/III/2025

No. Revisi
00

2 / 2

PROSEDUR

4. Penanggung jawab unit terkait yang menerima barang berharga harta milik pasien maupun penanggung jawab kamar bersalin menandatangani formulir tanda terima barang (terlampir), lembar asli disimpan bersama barangnya, lembar *copy* diserahkan kepada pasien / keluarga pasien
5. Barang disimpan dalam lemari locker dikasir
6. Apabila pasien / keluarga pasien akan mengambil barang tersebut maka harus membawa dan menunjukkan *copy* formulir tanda terima penitipan barang dan mengisi buku ekspedisi dilengkapi dengan tanda pengenal, termasuk mengisi formulir penyimpanan barang berharga
7. Bagi pasien rawat inap yang memiliki barang berharga yang perlu disimpan seperti kacamata, gigi palsu, dan lain – lain, maka barang tersebut diserahkan kepada keluarga.
8. Apabila pasien rawat inap tidak didampingi oleh keluarga, maka RS menyediakan fasilitas penyimpanan barang berupa loker ataupun lemari yang terkunci dan yang berwenang memegang kunci loker tersebut adalah perawat. Perawat berkewajiban menyampaikan kepada perawat yang bertugas pada shift berikutnya.

UNIT TERKAIT

Security, Kasir

Dibuat oleh
Manager Keperawatan

Ns. Amami, S.Kep., M.Kep

Diverifikasi oleh
Manager Pelayanan Medis

Dr. Wediat Setiawan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	EDUKASI PENGELOLAAN NYERI PADA PASIEN DAN KELUARGA		
	No. Dokumen 010/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Edukasi pengelolaan nyeri pada pasien dan keluarga adalah kegiatan memberikan informasi dan pengetahuan pada pasien dan keluarga tentang rasa nyeri dan strategi untuk mengurangi atau menurunkan rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien termasuk penanganan nonfarmakologi dan farmakologi.
TUJUAN	Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai manfaat, prosedur, efek samping dan komplikasi tatalaksana nyeri terhadap pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Edukasi mengenai tatalaksana nyeri diberikan kepada pasien yang membutuhkannya. 2. Edukasi mencakup : a. Terapi yang akan diberikan. b. Pemberian obat-obatan analgesia yang meliputi penjelasan mengenai kelebihan maupun kegunaan serta kekurangan maupun komplikasi dari obat-obatan yang digunakan. c. Penjelasan tindakan pencegahan terhadap efek samping dan komplikasi yang mungkin terjadi oleh karena obat-obatan tatalaksana nyeri. d. Khusus bagi pasien yang akan pulang juga diberikan edukasi tatalaksana nyeri untuk di rumah. 3. Untuk pasien dengan derajat nyeri < 4, edukasi nyeri yang diperlukan meliputi : a. Bila merasakan nyeri harus segera melaporkan ke



Rumah Sakit
Permata Gunung Putri

EDUKASI PENGELOLAAN NYERI PADA PASIEN DAN KELUARGA

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)

No. Dokumen
010/SPO/RANAP/II/2025

No. Revisi
01

2 / 2

PROSEDUR

- perawat, lalu diteruskan ke dokter ruangan dan DPJP
- b. Obat atau regimen anti nyeri yang diberikan, diminum secara teratur
4. Pemberian edukasi dilakukan oleh perawat, dokter ruangan atau DPJP tentang tatalaksana nyeri
5. Edukasi yang diberikan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien

UNIT TERKAIT

Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan, Verlos Kamer (VK)

Dibuat oleh
Manager Keperawatan

Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep

Diverifikasi oleh
Manager Pelayanan Medis

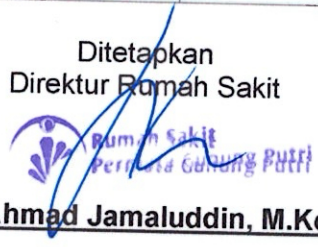
Dr. Wediat Setiawan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENGELOLAAN DAN PENATALAKSANAAN NYERI PADA PASIEN BERSALIN		
	No. Dokumen 011/SPO/RANAPIIV/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Pelayanan penatalaksanaan nyeri pada pasien bersalin adalah pelayanan penanggulangan nyeri selama proses persalinan di kamar bersalin
TUJUAN	Meringankan dan mengurangi nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dapat diterima pasien dan memberikan tatalaksana yang tepat terhadap nyeri yang dirasakan oleh pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Setiap pasien bersalin dilakukan penilaian nyeri, pengkajian dilakukan pada saat pasien masuk ke kamar bersalin. 2. Assesmen nyeri ditulis dalam formulir pengkajian nyeri dengan menggunakan <i>Numeric Rating Scale</i> (NRS) atau <i>Visual Analog Scale</i> (VAS) dan dengan face scale pain untuk pasien bersalin yang mengalami gangguan komunikasi. 3. Bidan menentukan level berat nyeri : tidak nyeri 0, ringan 1-3, sedang 4-6, berat 7-9, sangat berat 10 4. Tatalaksana nyeri non-farmakologi: a) Lakukan reposisi, mobilisasi yang dapat ditoleransi oleh pasien b) Latihan relaksasi, seperti tarik napas dalam, bernapas dengan irama / pola teratur, dan atau meditasi pernapasan yang menenangkan c) Distraksi / pengalih perhatian 5. Tatalaksana Farmakologis dilakukan dengan sepengetahuan DPJP a) Analgetik non narkotik seperti paracetamol, analgetik suppositoria seperti profenide supp, tramal supp,

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PENGELOLAAN DAN PENATALAKSANAAN NYERI PADA PASIEN BERSALIN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 011/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	kaltrofen supp dan lain-lain b) Analgetik narkotik dengan anesthesia seperti <i>Intra Thecal Labor Analgesia</i> (ILA) c) Sesuai dengan persyaratan tindakan ILA 6. Asesmen ulang dilakukan setiap 2 jam setelah dilakukan tatalaksana nyeri.
UNIT TERKAIT	Unit Gawat Darurat (UGD), Verlos Kamer (VK), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MELINDUNGI KEBUTUHAN PRIVASI / KERAHASIAAN PASIEN		
	No. Dokumen 012/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

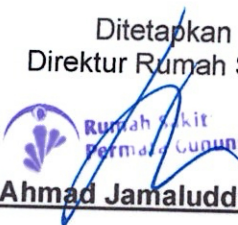
PENGERTIAN	Privasi / kerahasiaan pasien adalah segala sesuatu tentang permasalahan pasien yang diketahui oleh tenaga medis / dokter dan merupakan kewajiban rumah sakit untuk mempertahankan / melindungi kerahasiaan pasien.
TUJUAN	1. Privasi / kerahasiaan pasien tetap terjaga baik masalah yang berhubungan dengan penyakit / diagnosa maupun masalah lain. 2. Pasien percaya bahwa rumah sakit dapat dipercaya tentang menjaga Privasi / kerahasiaan pasien 3. Memberikan kepastian terhadap pasien, baik dari segi medis bahwa kerahasiaannya terjamin keamanannya.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Perawat melakukan identifikasi/ assesment awal kebutuhan privacy selama pelayanan dan pengobatan. 2. Dengan cara " ucapkan salam selamat pagi, siang, sore, malam sesuai dengan keadaan / waktu saat itu " perkenalkan nama dan bagian, " saya sr / bd sehubungan dengan hak pasien, RS melindungi kebutuhan privacy / menjaga kerahasiaan pasien maka kami akan menanyakan apakah ibu ada hal-hal yang berhubungan dengan kondisi, diagnosa, penyakit, pengobatan yang tidak boleh diinformasikan kepada orang lain / keluarga yang lain, jika ada mohon diinformasikan kepada kami. 3. Petugas memahami dan mencatat hasil identifikasi kebutuhan privacy pasien dan lakukan verifikasi kemudian dokumentasikan / informasikan pada tim tentang keinginan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MELINDUNGI KEBUTUHAN PRIVASI / KERAHASIAAN PASIEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 012/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

PROSEDUR	pasien. 4. Petugas harus tetap menjaga privasi pasien walaupun tidak diminta, diantaranya: - Seluruh informasi medis adalah rahasia pasien dan menjadi hak pasien petugas wajib menjaga kerahasiaan pasien terutama hasil identifikasi. - Saat melakukan wawancara klinis harus diperhatikan lingkungan yang terjaga privasinya, jika privacy yang sangat diharapkan oleh pasien maka petugas harus mencari tempat khusus / didalam ruangan tertutup. - Untuk menjaga privacy pasien tentang identitas tidak boleh menuliskan nama / daftar nama pasien yang dapat dibaca oleh pengunjung / pasien lain (papan nama di NS, di TT pasien dll) - Tidak mau diinformasikan tentang diagnosa penyakitnya, dimana hal tersebut harus diketahui seluruh petugas di Rumah Sakit, terutama yang memberikan asuhan langsung ke pasien - Pasien mempunyai hak jika ada permintaan pasien untuk tidak menginformasikan pada siapapun saat dilakukan perawatan (keluarga, teman kerja dan lain – lain) - Tidak membicarakan tentang pasien di area umum, contoh : di lift, area terbuka dan lain-lain Hal – hal yang perlu diperhatikan : 1. Sifat kerahasiaan pasien yang bersifat komunikasi terbuka dan pasien menginginkan jangan diinformasikan pada staf lain maka tidak perlu untuk didokumentasikan 2. Disaat melakukan wawancara tentang kebutuhan / keinginan
------------------------	---

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MELINDUNGI KEBUTUHAN PRIVASI / KERAHASIAAN PASIEN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 012/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	3 / 3

	pasien tentang privacy pasien harus meluangkan waktu / serius terhadap pasien 3. Setiap tenaga medis / dokter wajib menyimpan rahasia oleh karena jabatan atau pekerjaannya, baik yang sekarang maupun yang dahulu 4. Setiap tenaga medis / dokter dilarang membicarakan tentang pasien di area umum.
UNIT TERKAIT	Seluruh area Rumah Sakit
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSETUJUAN DAN PENOLAKAN TRANSFUSI DARAH		
	No. Dokumen 013/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 3
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit   dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Suatu proses permintaan persetujuan dan penolakan proses memasukkan komponen darah dari orang sehat (pendonor) kedalam tubuh orang sakit (pasien) secara intravena
TUJUAN	1. Sebagai bukti tertulis bahwa pasien telah menyetujui tindakan kedokteran yang akan dilakukan 2. Memberikan perlindungan secara hukum kepada dokter dan pasien atas tindakan kedokteran yang dilakukan
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Petugas medis menjelaskan kepada pasien / keluarga pasien bahwa akan ada kemungkinan tindakan pemberian transfusi darah untuk pasien 2. Petugas medis memastikan ketersediaan waktu pasien / keluarga pasien untuk dijelaskan tentang persetujuan / penolakan transfusi darah. 3. Petugas medis menjelaskan point penjelasan di informed consent terkait : a. Definisi tindakan b. Jenis darah yang diberikan c. Tujuan tindakan transfusi darah d. Risiko / komplikasi e. Tata cara f. Informasi lain – lain 4. Setelah isi dari informasi di persetujuan / penolakan transfusi darah dijelaskan, maka petugas medis mengkonfirmasi

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSETUJUAN DAN PENOLAKAN TRANSFUSI DARAH		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 013/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 3

PROSEDUR	pemahaman pasien / keluarga pasien atas isi informasi yang diberikan - Petugas medis mengarahkan pasien untuk menchecklist atau mencentang di area paling kanan dari masing-masing informasi yang diberikan - Setelah pasien / keluarga pasien mempertimbangkan risiko / komplikasi yang terjadi, maka petugas medis mengarahkan pasien untuk membuat persetujuan / penolakan dengan menandatangani di area yang sudah disediakan - Pasien / keluarga pasien yang menolak tindakan yang diberikan maka petugas medis memberikan informasi / alternatif yang dapat dilakukan, jika tidak ada alternatif, pasien / keluarga pasien dijelaskan kembali oleh petugas dampak menolak tindakan. - Setelah pasien / keluarga pasien menandatangani informed consent, maka selanjutnya petugas medis (dokter / perawat) menandatangani informed consent di kolom tanda tangan yang tersedia.
	Keterangan : Jika pasien atau penerima informasi serta yang memberikan persetujuan tidak kompeten dikarenakan umum atau kondisi khusus lainnya, maka yang melakukan persetujuan atau penolakan adalah individu yang telah diatur dalam panduan pernyataan persetujuan tindakan kedokteran.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	PERSETUJUAN DAN PENOLAKAN TRANSFUSI DARAH		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 013/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	3 / 3

UNIT TERKAIT	Kamar Bedah, Unit Gawat Darurat (UGD), Intensive Care Unit (ICU), Ruang Rawat Inap, Hemodialisa (HD), Verlos Kamer (VK)	
Dibuat oleh Manager Keperawatan	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis	
 <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	 <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGATUR PERNAFASAN		
	No. Dokumen 024/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Menghitung jumlah pernafasan (inspirasi yang diikuti ekspirasi) dalam satu menit
TUJUAN	1. Sebagai acuan dalam menghitung pernafasan pasien 2. Untuk mengetahui frekuensi dan jenis pernafasan 3. Mengetahui keadaan umum pasien 4. Untuk menegakkan diagnosa
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat 1. Arloji dengan petunjuk detik 2. Buku catatan observasi 3. Alat tulis B. Pelaksanaan 1. Cuci tangan 2. Tanyakan identitas pasien(nama dan tanggal lahir) 3. Ucapkan salam terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga 4. Lakukan identifikasi pasien 5. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur Tindakan 6. Atur posisi pasien nyaman mungkin 7. Hitung pernafasan pasien lalu amati irama, kedalaman , bunyi nafas dan hitung siklus secara utuh (sekali inspirasi dan ekspirasi) selama 1 menit 8. Cuci tangan setelah tindakan

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGATUR PERNAFASAN		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 024/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	9. Lakukan pendokumentasian pada buku catatan observasi dan berkas catatan medik pasien hasil dari pengkajian frekuensi, irama dan kualitas pernafasan pasien dalam 1 menit penuh
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGHITUNG NADI		
	No. Dokumen 025/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  Rumah Sakit Permata Gunung Putri <u>dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes</u>	

PENGERTIAN	Menghitung frekuensi, irama dan kualitas denyut nadi dengan cara meraba arteri radialis pada pergelangan tangan, branchialis pada siku bagian dalam, carotis pada leher, femoralis pada lipatan paha, dorsalis pedis pada pergelangan kaki, dan frontalis pada ubun – ubun bayi.
TUJUAN	1. Mengetahui denyut nadi pasien dalam satu menit. 2. Mengetahui kondisi pasien. 3. Membantu menegaskan diagnose dan terapi pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat 1. Arloji dengan petunjuk detik. 2. Buku catatan observasi. 3. Alat tulis. B. Pelaksanaan 1. Cuci tangan. 2. Tanyakan identitas pasien (nama dan tanggal lahir). 3. Ucapkan salam terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga. 4. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur Tindakan. 5. Atur posisi pasien senyaman mungkin. 6. Menghitung denyut nadi dilakukan bersamaan dengan pengukuran suhu tubuh. 7. Penghitungan dilakukan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah diatas arteri selama satu menit. 8. Cucui tangan setelah Tindakan. 9. Lakukan pendokumentasian pada buku catatan observasi dan berkas catatan medik pasien hasil dari pengkajian frekuensi,

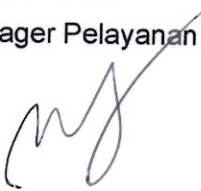
 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGHITUNG NADI		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 025/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	irama dan kualitasn denyut nadi pasien dalam 1 menit penuh	
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGUKUR SUHU TUBUH		
	No. Dokumen 026/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Mengukur suhu badan pasien dengan mempergunakan thermomete
TUJUAN	1. Mengetahui suhu badan pasien. 2. Menentukan diagnos 3. Menentukan langkah – langkah perawatan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	A. Persiapan Alat 1. Termometer digital 2. Bengkok 3. Kassa kering B. Pelaksanaan 1. Cuci tangan (sesuai SPO) 2. Identifikasi pasien (sesuai SPO) 3. Ucapkan salam terlebih dahulu kepada pasien dan keluarga 4. Memberikan penjelasan tentang tujuan dan prosedur tindakan 5. Atur posisi senyaman mungkin 6. Pastikan ketiak pasien bersih dari cairan yang mengganggu pengambilan suhu 7. Ambil thermometer dari tempatnya 8. Tekan tombol ON pada thermometer jika muncul huruf LO, lakukan pengukuran suhu diketiak, tunggu sampai terdengar suara, cabut thermometer digital dan lihat angka yang tertera pada thermometer

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENGUKUR SUHU TUBUH		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 026/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

PROSEDUR	9. Bersihkan thermometer dengan kasa kering 10. Cuci tangan setelah Tindakan 11. Lakukan pendokumentasian pada buku catatan observasi dan berkas catatan medik pasien hasil dari pengkajian frekuensi, irama dan kualitas denyut nadi pasien dalam 1 menit penuh
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENOLONG PASIEN B.A.K		
	No. Dokumen 027/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Memasang bed pan/urinal pada pasien yang tidak dapat melakukan sendiri.
TUJUAN	1. Menampung air kemih. 2. Menjaga kebersihan. 3. Mengetahui kelainan pada urine. 4. Mengurangi Gerakan pasien.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	a. Mencatat : ▪ Warna. ▪ Banyaknya. ▪ Bau. ▪ Keluhan lainnya.
UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	
Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENOLONG PASIEN BAB		
	No. Dokumen 028/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	1 / 2
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	Tanggal terbit 25 Februari 2025	Ditetapkan Direktur Rumah Sakit  dr. Ahmad Jamaluddin, M.Kes	

PENGERTIAN	Memberikan bantuan kepada pasien bedrest dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi BAB.
TUJUAN	1. Sebagai pedoman dalam menolong pasien BAB. 2. Menjaga personal hygiene pada pasien bedrest. 3. Mendapatkan specimen feses sebagai bahan pemeriksaan.
KEBIJAKAN	Peraturan direktur RS Permata Gunung Putri nomor 005/PERDIR/RSP-GP/II/2025 tentang Pedoman Pelayanan Ruang Rawat Inap
PROSEDUR	1. Buka pakaian bagian bawah pasien kemudian tutup dengan selimut. 2. Anjurkan pasien untuk mengangkat bokongnya kemudian masukkan pispot dibawah bokong pasien. 3. Pada penderita yang tidak dapat mengangkatnya bokongnya sendiri, maka tangan kiri perawat memegang punggung pasien dan bokong diangkat dengan tangan kanan kemudian perawat memasukkan pispot dibawah bokong pasien. 4. Bel didekatkan dengan pasien, perawat boleh meninggalkannya dan pasien ditemani salah satu keluarganya. 5. Bila BAB selesai maka : - Pada pasien yang dapat cebok sendiri, perawat hanya menolong menyiramnyakan saja sampai pasien selesai cebok dan terakhir mencuci tangannya kemudian pispot diangkat. 6. Pada pasien yang tidak dapat cebok sendiri, setelah pispot diangkat maka pasien dimiringkan dan bersihkan anus dengan kertas kloset atau tissue gulung dari arah depan ke belakang kemudian buang ke pispot.

 Rumah Sakit Permata Gunung Putri	MENOLONG PASIEN BAB		
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)	No. Dokumen 028/SPO/RANAP/II/2025	No. Revisi 00	2 / 2

UNIT TERKAIT	UGD, Ruang Rawat Inap, OK, Kebidanan, Poliklinik Rawat Jalan	
Dibuat oleh Manager Keperawatan  <u>Ns. Amami, S.Kep.,M.Kep</u>	Diverifikasi oleh Manager Pelayanan Medis  <u>Dr. Wediat Setiawan</u>	