

CLINICAL PATHWAY

ABORTUS INKOMPLIT

NOMOR : 018/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
NO. REVISI : 00
TANGGAL PENGESAHAN : 3 November 2022

LEMBAR VALIDASI DAN PERSETUJUAN

Jenis Dokumen : CP
Nomor Dokumen : 018/CP/KOMDIK/RSIH/XI/2022
Judul Dokumen : ABORTUS INKOMPLIT
Nomor Revisi : 00

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	dr. Rizki Safaat Nurahim, Sp. OG	Ketua KSM Obgyn		3-11-2022
Verifikator	:	dr. Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		3-11-2022
	:	Depi Rismayanti, S.Kep	Manajer Keperawatan		3-11-2022
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		3-11-2022



CLINICAL PATHWAY ABORTUS INKOMPLIT

NAMA PASIEN:	UMUR:	BB (kg):	TGL/JAM MASUK:	LAMA RAWAT (hari):
	TGL LAHIR:			
No. RM:	JK:	TB (cm):	TGL/JAM KELUAR:	RENCANA RAWAT tanpa komplikasi maksimal: 2 hari
DIAGNOSIS AWAL: Abortus Inkomplit	KODE ICD 10: K35.9	RUANG RAWAT:	KELAS:	

AKTIVITAS PELAYANAN	HR 1	HR 2	HR 3	HR 4	HR 5	HR 6	HR 7	KETERANGAN
TANGGAL AKTIVITAS PELAYANAN								
PENGKAJIAN KLINIS								
PEMERIKSAAN DOKTER								
A. Dokter UGD								
B. Dokter Spesialis								
C. Pemeriksaan Bidan								
KONSULTASI Spesialis Anestesi								
PEMERIKSAAN PENUNJANG								
A. Darah Rutin								



CLINICAL PATHWAY ABORTUS INKOMPLIT

B. Urin Rutin								
C. Anti HbSAg, Anti HIV								
D. USG Obygyn								
TINDAKAN								
A. Kuretase								
B. Tindakan Anestesi Umum/Spinal								
C. Pemasangan infus								
D. Suntik								
E. Pemasangan kateter urine								
F. Asuhan Keperawatan Partial								
G. Pelepasan Infus								
H. Pelepasan kateter urine								
TERAPI / OBAT-OBATAN								
A. Infus KRISTALOID								
B. Infus Koloid (optional)								
C. Cefadroxil 500 mg per 12 jam								
D. Asam mefenamat 500 mg per 8 jam								
E. Metergin tab per 8 jam								
F. Laminaria / misoprostol								
NUTRISI : Diet TKTP								



CLINICAL PATHWAY ABORTUS INKOMPLIT

MONITORING : keadaan umum, TTV, perdarahan pervaginam, status nutrisi pasien, interaksi dan ES obat.									
MOBILISASI : Bertahap sesuai kondisi pasien.									
A. <i>Bed Rest</i>									
B. Mobilisasi jalan									
HASIL/ OUTCOME : Sembuh dan pulang pada hari ke-2									
A. Keadaan umum baik									
B. Tensi, nadi, suhu dalam batas normal									
C. Perdarahan pervaginam									
EDUKASI/ RENCANA PEMULANGAN									
A. Resume medis dan keperawatan B. Penjelasan perjalanan penyakit dan komplikasi yang dapat terjadi serta terapi dan tindakan yang telah diberikan C. Surat pengantar kontrol									
VARIASI PELAYANAN YG DIBERIKAN:				ALASAN:			KETERANGAN:		
NAMA DAN TTD PETUGAS	DIAGNOSIS AKHIR (KODE ICD-10)			JENIS TINDAKAN			NAMA DAN TTD VERIFIKATOR		



CLINICAL PATHWAY ABORTUS INKOMPLIT

1)	UTAMA:	1)	1)
2)	PENYERTA:	2)	2)
NAMA DPJP	TTD DPJP	NAMA DPJP TAMBAHAN	TTD DPJP TAMBAHAN
NAMA DPJP TAMBAHAN II	TTD DPJP TAMBAHAN II		

Petunjuk Penggunaan:

1. Formulir ini digunakan dengan cara dicontreng (√) apabila sudah dilaksanakan, dan tanda minus (-) apabila tidak dilaksanakan.
2. **Formulir ini hanya sebagai pedoman. Pelaksanaan di lapangan disesuaikan dengan kondisi pasien.**
3. Isilah kolom variasi apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan *clinical pathway*.