



PEMERINTAH KABUPATEN BANTUL
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

ꦲꦸꦠꦠꦸꦥꦸꦱꦏꦺꦱꦩꦱꦏꦱꦶꦲꦲꦶꦏꦲ

Padokan Lor, Tirtonirmolo, Kasihan, Bantul, Daerah Istimewa Yogyakarta. Kode Pos : 55181 Telp. : (0274) 419294

Web : <http://www.puskesmas.bantulkab.go.id/kasihan2> Email : pusk.kasihan2@bantulkab.go.id

SURAT KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

NOMOR 445/046 Tahun 2023

TENTANG

PERUBAHAN SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS NO 445/067 TAHUN 2017

TENTANG

PELAYANAN KLINIS

KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

- Menimbang** :
- Bahwa dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ditujukan untuk upaya pencapaian pelayanan prima di UPTD Puskesmas Kasihan II;
 - Bahwa untuk meningkatkan pelayanan diperlukan prosedur yang efektif untuk menyusun rencana layanan baik layanan medis maupun layanan terpadu jika pasien membutuhkan penanganan oleh tim yang terkoordinasi;
 - Bahwa pelayanan klinis Puskesmas perlu memperhatikan mutu dan keselamatan pasien;
 - Bahwa dalam penyusunan rencana pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk kepuasan pelanggan maka diperlukan masukan dan informasi yang benar dari pengguna layanan di Puskesmas;
 - Bahwa berdasarkan pertimbangan pada poin a,b, c, dan d maka perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Kasihan II tentang Pelayanan Klinis di UPTD Puskesmas Kasihan II.
- Mengingat** :
- Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
 - Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;

3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290 Tahun 2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 2052/MENKES/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
8. Peraturan Menteri Kesehatan No.27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;
9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
11. Peraturan Menteri Kesehatan No. 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.01.07/MENKES/1936/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 165 Tahun 2023 tentang Standar Akreditasi Puskesmas
15. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta No. 441/85664/III-2 tentang Rujukan Berjenjang;
16. Peraturan Bupati Bantul No. 159 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan;

17. Peraturan Bupati Bantul No. 67 A Tahun 2007 tentang Penetapan Puskesmas dan Klasifikasinya di Kabupaten Bantul;
18. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul No. 445/7374 Tahun 2022 tentang Struktur Organisasi Pusat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bantul.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II TENTANG PERUBAHAN SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS NO 445/067 THUN 2017 TENTANG PELAYANAN KLINIS.
- Kesatu : Pelayanan klinis diberikan jika pasien membutuhkan layanan kesehatan, dan layanan klinis terpadu diberikan jika pasien membutuhkan layanan kesehatan yang komprehensif, terkoordinir dari multiprofesi.
- Kedua : Puskesmas wajib meminta persetujuan umum (*general concent*) kepada pengguna layanan kesehatan atau keluarga terdekat, persetujuan terhadap tindakan berisiko rendah, prosedur diagnostic, pengobatan medis lainnya, batas yang telah ditetapkan dan persetujuan lainnya termasuk tata tertib dan penjelasan hak dan kewajiban pasine.
- KETIGA : Rencana layanan terpadu (jika diperlukan pelayanan secara tim) meliputi tujuan layanan, edukasi kesehatan, jadwal kegiatan unit-unit yang terkait.
- KEEMPAT : Petugas imunisasi melakukan pengambilan vaksin ke Kabupaten sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
- KELIMA : Kajian awal dilakukan secara paripurna oleh tenaga medis/ keperawatan/ kebidanan dan

disiplin yang lain meliputi status fisis/neurologis/mental, psikospiritual, ekonomi, riwayat kesehatan, riwayat alergi, asesmen nyeri, asesmen risiko jatuh, asesmen fungsional (gangguan fungsi tubuh), asesmen risiko gizi, kebutuhan edukasi dan rencana pemulangan.

- KEENAM : Pasien terlibat dalam penyusunan rencana pelayanan klinis terpadu dengan memberikan masukan atau persetujuan terhadap rencana layanan klinis terpadu yang diusulkan. Keluarga pasien dapat dilibatkan dalam proses penyusunan rencana layanan.
- KETUJUH : Petugas memberikan pelayanan rujukan jika diperlukan.
- KEDELAPAN : Informasi tentang rujukan harus tersedia di pendaftaran termasuk ketersediaan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan FKRTL yang memuat jenis pelayanan yang tersedia.
- KESEMBILAN : Rujukan dapat diberikan kepada pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan pasien UGD atau Gawat Darurat.
- KESEPULUH : Rujukan dapat diberikan kepada pasien rawat jalan dan pasien UGD atau Gawat Darurat.
- KESEBELAS : Rujukan pasien rawat jalan, pasien rawat inap dan pasien UGD atau Gawat Darurat dilaksanakan sesuai prosedur rujukan yang memuat di dalamnya resume klinis. Jika dirujuk menggunakan ambulan, pasien didampingi oleh petugas yang kompeten dan petugas memonitoring kondisi pasien di perjalanan.
- KEDUA BELAS : Petugas harus menjamin kesinambunga dalam pelayanan.
- KETIGA BELAS : Masukan dari perwakilan pasien tentang jenis pelayanan yang diperlukan, pelayanan yang perlu ditingkatkan dan

pelayanan yang tidak diperlukan di puskesmas. Masukan lain juga diperhatikan dari pasien berasal dari kritik dan kotak saran, sms maupun sarana komunikasi lain.

KEEMPAT BELAS : Tim interprofesi sebagaimana terlampir dalam keputusan ini, dibentuk jika diperlukan pelayanan secara tim.

KELIMA BELAS : Kepala Puskesmas memberikan kewenangan kepada petugas medis dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan kegiatan layanan medis dan layanan terpadu sesuai dengan kompetensinya dan memberikan evaluasi (contoh:audit internal, audit klinis).

KEENAM BELAS : Petugas memberikan edukasi (pendidikan/penyuluhan) pada pasien dan keluarga pasien, didokumentasikan di rekam medis.

KETUJUH BELAS : Petugas menghindari pengulangan yang tidak perlu, baik dalam pemeriksaan penunjang maupun pemberian terapi, melalui penulisan lengkap dalam rekam medis, kewajiban perawat dan petugas kesehatan lain untuk mengingatkan pada dokter jika terjadi pengulangan yang tidak perlu.

KEDELAPAN BELAS : Petugas kesehatan yang berhubungan langsung dengan darah dan cairan tubuh pasien harus menerapkan pedoman kewaspadaan universal untuk melindungi diri dari proses penularan infeksi melalui darah/cairan tubuh.

KESEMBILAN BELAS : Untuk mencegah terjadinya transmisi infeksi diterapkan protocol Kesehatan yang meliputi : penggunaan masker, jaga jarak antara orang yang satu dan yang lain, dan pengaturan agar tidak terjadi kerumungan

orang, mulai dari pendaftaran dan di semua area pelayanan.

KEDUA PULUH : *Informed concent* dilakukan untuk pasien yang memerlukan tindakan dengan memberikan informasi dan meminta persetujuan.

KEDUAPULUH SATU : Dalam keadaan pasien adalah anak dibawah umur atau individu yang tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan untuk membuat keputusan yang tepat maka yang memberi persetujuan mengacu pada perundang-undangan.

KEDUAPULUH DUA : Penjelasan tentang tindakan kedokteran minimal mencakup :

- a. Tujuan dan prospek keberhasilan tindakan medis yang dilakukan.
- b. Tatacara tindakan medis yang akan dilakukan
- c. Risiko penyakit
- d. Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- e. Alternatif tindakan medis lain yang tersedia dan risiko-risikonya.
- f. Prognosis penyakit, bila tindakan dilakukan
- g. Diagnosis

KEDUAPULUH TIGA : Pasien dan keluarga dijelaskan oleh petugas yang berwenang memberikan penjelasan tentang : tes/ prosedur, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana mereka mendapatkan persetujuan.

KEDUAPULUH EMPAT : Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan yang direncanakan atau meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak

- untuk dirujuk ke fasilitas Kesehatan yang lebih memadai.
- KEDUAPULUH LIMA : Pemberi pelayanan wajib memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut.
- KEDUAPULUH ENAM : Tindakan pembedahan minor dan anestesi lokal dilakukan di Puskesmas oleh tenaga kesehatan yang berkompeten dan petugas melakukan identifikasi risiko yang mungkin terjadi pada pasien serta dilakukan monitoring selama tindakan pembedahan dan anestesi lokal.
- KEDUAPULUH TUJUH : Petugas dalam menggunakan dan memberikan obat dan atau cairan intravena dilakukan sesuai prosedur.
- KEDUAPULUH DELAPAN : Petugas memberikan alternatif pelayanan pasien yang memerlukan rujukan tetapi tidak mungkin dilakukan.
- KEDUAPULUH SEMBILAN : Petugas pendaftaran memberikan pelayanan untuk pasien rawat jalan, rawat inap dan kedaruratan sesuai prosedur.
- KETIGA PULUH : Diterapkannya alur pelayanan di Puskesmas Kasihan II untuk diketahui oleh semua petugas dan pasien.
- KETIGA PULUH SATU : Petugas melakukan komunikasi efektif dengan petugas lain, praktisi klinis atau unit lain dalam pelayanan di Puskesmas melalui koordinasi untuk menjamin perolehan informasi yang lengkap dari pasien.
- KETIGA PULUH DUA : Peralatan di Puskesmas dipelihara, dijamin keamanannya serta tidak boleh menggunakan ulang alat *disposable*.
- KETIGA PULUH TIGA : Petugas pendaftaran menilai kepuasan pasien di pendaftaran secara berkala (6 bulan sekali).

- KETIGA PULUH EMPAT : Dokter bertanggung jawab untuk memulangkan pasien sesuai dengan kriteria pemulangan (terlampir dalam keputusan ini) dan tindak lanjut pasien.
- KETIGA PULUH LIMA : Puskesmas melayani berbagai populasi masyarakat, termasuk diantaranya pasien dengan kendala dan/ atau berkebutuhan khusus, antara lain : balita, ibu hamil, disabilitas, usia lanjut, kendala bahasa, budaya atau kendala lain yang dapat berakibat terjadinya hambatan atau tidak optimalnya proses assessment maupun pemberian asuhan klinis, untuk itu perlu dilakukan identifikasi pasien dengan risiko, kendala dan kebutuhan khusus serta diupayakan kebutuhannya.
- KETIGA PULUH ENAM : Dokumen eksternal menjadi acuan dalam penyusunan standar pelayanan klinis.
- KETIGA PULUH TUJUH : Sejak ditetapkan keputusan ini, maka keputusan Kepala Puskesmas No 445/067 TAHUN 2017 tentang Pelayanan Klinis dinyatakan dicabut dan tidak berlaku.
- KETIGA PULUH DELAPAN : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila terdapat kekurangan serta kekeliruan, akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bantul

Pada tanggal : 25 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

drg. ELMY YUDIHAPSARI, MPH

Pembina/IVa

NIP. 19650820 199303 2 010

Lampiran I
KEPUTUSAN KEPALA UPTD
PUSKESMAS KASIHAN II
Nomor : 445/046
Tentang PERUBAHAN SURAT
KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS
NO 445/067 TAHUN 2017
TENTANG PELAYANAN KLINIS

KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS

A. PENDAFTARAN PASIEN

1. Pendaftaran pasien harus dipandu dengan prosedur yang jelas.
2. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang kompeten yang memenuhi kriteria sebagai berikut: petugas pendaftaran terlatih.
3. Pendaftaran pasien memperhatikan keselamatan pasien dengan memastikan identitas pasien . Identitas pasien dipastikan minimal dengan tiga cara identifikasi sebagai berikut: nama pasien, alamat/tempat tinggal, tanggal lahir atau nomor Rekam Medis.
4. Informasi tentang jenis pelayanan klinis yang tersedia, dan informasi lain yang dibutuhkan masyarakat yang meliputi: tarif, jenis pelayanan, ketersediaan tempat tidur dan informasi tentang kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang lain harus dapat disediakan di tempat pendaftaran.
5. Hak dan kewajiban pasien harus diperhatikan pada keseluruhan proses pelayanan dan disampaikan dimulai dari pendaftaran pasien.

B. PENGKAJIAN PASIEN

1. Kajian awal dilakukan secara paripurna dilakukan oleh tenaga professional yang kompeten yang dipandu oleh standar dan kode etik profesi.
2. Penapisan (skrining) dilakukan sejak awal dari penerimaan pasien untuk memilah pasien sesuai dengan kemungkinan penularan infeksi, kebutuhan pasien, dan kondisi kegawatan, yang dipandu dengan prosedur skrining yang dibakukan.
3. Kajian awal meliputi kajian medis, kajian keperawatan, kajian kebidanan, dan kajian lain oleh tenaga profesi kesehatan sesuai dengan kebutuhan.
4. Kajian pasien meliputi :
 - a. Mengumpulkan data dan informasi tentang kondisi fisik, psikologis, status sosial dan riwayat penyakit.

- b. Analisis data dan informasi yang diperoleh yang menghasilkan masalah kondisi dan diagnosis untuk identifikasi kebutuhan pasien.
 - c. Membuat rencana asuhan yaitu menyusun solusi untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien.
5. Proses kajian dilakukan mengacu standar profesi dan standar asuhan.
 6. Pada saat pasien pertama kali diterima dilakukan kajian awal, untuk selanjutnya dilakukan kajian ulang secara berkesinambungan pada pasien rawat jalan sesuai dengan perkembangan kondisi kesehatan.
 7. Proses kajian dilakukan dengan memperhatikan tidak terjadinya pengulangan yang tidak perlu
 8. Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medis.
 9. Proses kajian dilakukan sesuai dengan langkah-langkah SOAP.
 10. Pasien dengan kondisi gawat atau darurat harus diprioritaskan dalam pelayanan sesuai dengan pedoman triage.
 11. Kajian dan perencanaan asuhan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten.
 12. Jika dilakukan pelayanan secara tim, tim kesehatan antar profesi harus tersedia.
 13. Tim yang terdiri dari praktisi klinis melakukan koordinasi dan komunikasi antar praktisi klinis dan profesi.
 14. Pasien mempunyai hak untuk mengambil keputusan terhadap asuhan yang akan diperoleh.
 15. Pasien atau keluarga diberi peluang untuk bekerjasama dalam menyusun rencana asuhan klinis yang akan dilakukan.
 16. Pendelegasian wewenang baik dalam kajian maupun keputusan layanan harus dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang.
 17. Pendelegasian wewenang diberikan kepada tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan.
 18. Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai.
 19. Peralatan dan tempat pelayanan wajib menjamin keamanan pasien dan petugas.
 20. Sarana dan peralatan dilakukan pemeliharaan secara berkala untuk menjamin keamanan peralatan yang digunakan.
 21. Peralatan yang *disposable* tidak boleh digunakan ulang (*re-use*).

22. Rencana layanan dan pelaksanaan layanan dipandu oleh prosedur klinis yang dibakukan.
23. Pasien yang membutuhkan rencana layanan terpadu, maka dilakukan kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan yang disusun secara kolaboratif dalam tim layanan yang terpadu.
24. Perencanaan layanan disusun untuk tiap pasien dengan melibatkan pasien.
25. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis dan asuhan yang akan diberikan, dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, social, spiritual, serta memperhatikan nilai-nilai budaya yang dimiliki oleh pasien dan mencakup komunikasi, informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga.
26. Perencanaan layanan disusun dengan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya.
27. Risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan layanan harus diidentifikasi.
28. Efek samping dan risiko pelaksanaan layanan dan pengobatan harus diinformasikan kepada pasien.
29. Perencanaan layanan harus dicatat dalam rekam medis dan memuat pendidikan/penyuluhan pasien.
30. Perubahan rencana asuhan ditentukan berdasarkan hasil kajian lanjut sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien.
31. Tenaga medis dapat memberikan pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi tertentu kepada perawat, bidan atau tenaga Kesehatan pemberi asuhan yang lain secara tertulis. Pelimpahan wewenang tersebut hanya dapat dilakukan dalam keadaan tenaga medis tidak berada di tempat, dan/ atau karena keterbatasan ketersediaan tenaga medis.
32. Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada kerjasama antara petugas Kesehatan dan pasien/keluarga. Pasien/keluarga perlu mendapatkan penyuluhan kesehatan dan edukasi yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien, dengan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami, agar mereka dapat berperan aktif dalam proses asuhan dan memahami konsekuensi asuhan yang diberikan.

C. PELAKSANAAN LAYANAN

1. Pelaksanaan layanan dipandu dengan pedoman dan prosedur pelayanan klinis.
2. Pedoman dan prosedur layanan klinis meliputi: pelayanan medis, keperawatan, kebidanan, dan pelayanan profesi kesehatan yang lain.
3. Pelaksanaan layanan dilakukan sesuai rencana layanan.
4. Pelaksanaan layanan dan perkembangan pasien harus dicatat dalam rekam medis.
5. Perubahan rencana layanan harus dicatat dalam rekam medis.
6. Tindakan medis/pengobatan yang berisiko wajib diinformasikan pada pasien sebelum mendapatkan persetujuan.
7. Pemberian informasi dan persetujuan pasien (*informed consent*) wajib didokumentasikan.
8. Pelaksanaan layanan klinis harus dimonitor, dievaluasi, dan ditindak lanjut.
9. Evaluasi harus dilakukan terhadap evaluasi dan tindak lanjut.
10. Pasien gawat darurat diidentifikasi dengan proses triase mengacu pada pedoman tata laksana triase sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Kasus-kasus gawat darurat harus diprioritaskan dan dilaksanakan sesuai prosedur pelayanan pasien gawat darurat.
12. Kasus-kasus berisiko tinggi harus ditangani sesuai dengan prosedur pelayanan kasus berisiko tinggi.
13. Dalam penanganan pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera, termasuk melakukan deteksi dini tanda - tanda dan gejala penyakit menular misalnya infeksi melalui udara/*airborne*.
14. Kasus-kasus yang perlu kewaspadaan universal terhadap terjadinya infeksi harus ditangani dengan memperhatikan prosedur pencegahan (kewaspadaan universal).
15. Pemberian obat/cairan intravena harus dilaksanakan dengan prosedur pemberian obat/cairan intravena yang baku dan mengikuti prosedur aseptik.
16. Kinerja pelayanan klinis harus dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang jelas.
17. Hak dan kebutuhan pasien harus diperhatikan pada saat pemberian layanan.
18. Keluhan pasien/keluarga wajib diidentifikasi, didokumentasikan dan ditindak lanjuti.
19. Pelaksanaan layanan dilaksanakan secara tepat dan terencana untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu.

20. Pelayanan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, EKG, USG, Fisioterapi dll), perencanaan layanan, pelaksanaan layanan, pemberian obat/tindakan, sampai dengan pasien pulang atau dirujuk harus dijamin kesinambungannya.
21. Jika diperlukan maka pasien dapat diberikan layanan laboratorium sesuai dengan indikasi medis.
22. Pasien berhak untuk menolak pengobatan.
23. Pasien berhak untuk menolak jika dirujuk ke sarana kesehatan lain.
24. Penolakan untuk melanjutkan pengobatan maupun untuk rujukan dipandu oleh prosedur yang baku.
25. Jika pasien menolak untuk pengobatan atau rujukan, wajib diberikan informasi tentang hak pasien untuk membuat keputusan, akibat dari keputusan, dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut.
26. Pelaksanaan anestesi local harus memenuhi standar dan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di puskesmas.
27. Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dipandu dengan prosedur baku.
28. Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dilaksanakan oleh petugas yang kompeten.
29. Sebelum melakukan anestesi dan pembedahan harus mendapatkan *informed consent*.
30. Status pasien wajib dimonitor setelah pemberian anestesi dan pembedahan.
31. Terapi gizi adalah pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien berdasarkan pengkajian gizi, yang meliputi terapi diet, konseling gizi dan pemberian makanan khusus dalam rangka penyembuhan pasien.
32. Setiap pasien harus mengkonsumsi makanan sesuai standar angka kecukupan gizi.
33. Kondisi Kesehatan dan proses pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan gizi yang memadai, oleh karena itu makanan perlu disediakan secara regular, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.
34. Penyediaan bahan, penyiapan, penyimpanan, penanganan makanan harus dimonitor untuk memastikan keamanan dan sesuai dengan peraturan

perundangan dan praktik terkini. Risiko kontaminasi dan pembusukan diminimalkan dalam proses tersebut.

35. Terapi gizi kepada pasien dengan risiko gangguan gizi di Puskesmas diberikan secara regular sesuai dengan rencana asuhan berdasarkan hasil penilaian status gizi dan kebutuhan pasien sesuai proses asuhan gizi terstandar (PAGT) yang tercantun dalam Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas.
36. Pendidikan/penyuluhan kesehatan pada pasien dilaksanakan sesuai dengan rencana layanan.

D. RENCANA RUJUKAN DAN PEMULANGAN

1. Jika kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi, maka pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien.
2. Rujukan pasien harus disertai dengan resume klinis.
3. Resume klinis meliputi: nama pasien, kondisi klinis, prosedur/tindakan yang telah dilakukan, dan kebutuhan akan tindak lanjut.
4. Pasien diberi informasi tentang hak untuk memilih tempat rujukan.
5. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur termasuk alternatif rujukan sehingga pasien dijamin memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat.
6. Petugas melakukan komunikasi dengan fasilitas rujukan untuk memastikan pelayanan rujukan.
7. Pasien /keluarga pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan, meliputi: alasan rujukan, fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya jika ada, sehingga pasien / keluarga dapat memutuskan fasilitas yang mana yang dipilih serta kapan rujukan harus dilakukan.
8. Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas Kesehatan yang lain diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya.
9. Pasien dengan kondisi emergency harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk.
10. Pasien rujukan rawat inap dan emergency, dengan kebutuhan khusus perlu didampingi oleh petugas yang kompeten dan memonitor kondisi pasien selama proses rujukan.

11. Selama proses rujukan pasien secara langsung, pemberi asuhan yang kompeten terus memantau kondisi pasien, dan fasilitas kesehatan penerima rujukan diberi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan.
12. Pada saat serah terima di tempat rujukan, petugas yang mendampingi pasien memberikan informasi secara lengkap (SBAR) tentang kondisi pasien kepada petugas penerima transfer pasien.
13. Kriteria merujuk pasien meliputi: rujukan internal dan rujukan eksternal.
 - a. Rujukan Internal: Rujukan yang dilakukan antar unit didalam pelayanan puskesmas.
 - b. Rujukan Eksternal: Rujukan yang dilakukan ke faskes yang mempunyai jenjang lebih tinggi atau setara dengan fasilitas yang lebih lengkap.
14. Jika pasien tidak mungkin dirujuk, puskesmas wajib memberikan alternatif pelayanan.
15. Umpan balik dari fasilitas rujukan wajib ditindak lanjuti oleh dokter yang menangani atau unit lain yang terkait.
16. Dokter yang memiliki SIP yang sesuai jadwal menangani pasien, yang bertanggung jawab dan berhak untuk memulangkan pasien.
17. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pasien yang dirujuk balik dari FKRTL dilaksanakan tindak lanjut sesuai dengan umpan balik rujukan dan dicatat dalam rekam medis.
18. Jika Puskesmas menerima umpan balik rujukan pasien dari fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut atau fasilitas kesehatan lain, maka tindak lanjut dilakukan sesuai proses kajian dengan memperhatikan rekomendasi umpan balik rujukan.
19. Dalam pelaksanaan rujuk balik harus dilakukan monitoring dan dokumentasi proses pelaksanaan rujuk balik.

Ditetapkan di : Bantul
Pada tanggal : 25 Januari 2023

KEPALA PUSKESMAS KASIHAN II

drg. ELMY YUDIHAPSARI, MPH
Pembina/IVa
NIP. 19650820 199303 2 010

Lampiran 2

KEPUTUSAN KEPALA UPTD

PUSKESMAS KASIHAN II

Nomor : 445/046

Tentang PERUBAHAN SURAT

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS

NO 445/067 TAHUN 2017

TENTANG PELAYANAN KLINIS

**TIM INTERPROFESI
PEMBERI LAYANAN MEDIS DAN LAYANAN
TERPADU**

NO	NAMA	JABATAN
1	dr. Triatmi Dyah Wahyuning, M.Kes	Dokter
2	dr. Marfilia Trianawati	Dokter
3	dr. Khoirurrohmah Nuzula, MMR	Dokter
4	drg. Elmi Yudihapsari, MPH	Dokter Gigi
6	drg. Risana Oktaviandari	Dokter Gigi
7	Sunarti, AmdKG	Perawat Gigi
8	Siti Fatonah, AmdKG	Perawat Gigi
9	Ria Septiana Putri, S.Farm., Apt	Apoteker
10	Astriyani Fathonah	Asisten Apoteker
11	Lastriningsih, SST	Bidan
12	Harsiyati, AmdKeb	Bidan
13	Suharyati, AmdKeb	Bidan
14	Istifad Sri P., AmdKeb	Bidan
15	Arinta Lindari, AmdKeb	Bidan
16	Suharyati, AmdKeb	Bidan
17	Estu Tri Haryati, AmdKeb	Bidan
18	Kurnia Fajrin Ardiyan, SST	Bidan
19	Diah Ayu, AmdKeb	Bidan
20	Wahyu Rhomawati, AmdKeb	Bidan
21	Ni Ketut Ruwiyati, AmdKep	Perawat
22	Siti Rochmaniyah, AmdKep	Perawat
23	Etik Suwartini, AmdKep	Perawat
24	Deny Tissa N., AmdKep	Perawat
25	Jazimatul Khoiriyah K., AmdKep	Perawat
26	Siti Nur Fitriyah., AmdKep	Perawat
27	Ani Amanatun, AmdKep	Perawat
28	Yulia Purwaningsih, AmdKep	Perawat
29	Siti Mulyani, AmdKep	Perawat
30	Nanang Pratomo Raharjo, AmdKep	Perawat

31	Rumiyati, Amd	Analisis
32	Lintang Liliana, Amd	Analisis
33	Dina Setianingrum, AmdGZ	Nutrisisionis
34	Ulfa Malika	Nutrisisionis
35	Ida Chandra	Nutrisisionis
36	Widjanarko Nugroho, Amd	Perekam Medis
37	Nurfuad, SST	Epidemiolog
38	Agus Purnama	Sanitarian
38	Scarvia Nuzula	Sanitarian

Ditetapkan di : Bantul
Pada tanggal : 25 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

drg. ELMY YUDIHAPSARI, MPH
Pembina/IVa
NIP. 19650820 199303 2 010

Lampiran 3

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS
KASIHAN II

Nomor : 445/046 Tahun 2023
Tentang PERUBAHAN SURAT
KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS
NO 445/067 TAHUN 2017
TENTANG PELAYANAN KLINIS

DAFTAR DIAGNOSA YANG MEMERLUKAN
PELAYANAN TERPADU

No	Diagnosa
1	Diabetes Melitus
2	Hipertensi
3	Stroke
4	ANC (Pemeriksaan Kehamilan)
5	TB/MDR TB
6	Gizi Buruk
7	DBD
8	Pemeriksaan Sehat (Calon pengantin dan calon haji)
9	Diagnosa lain yang tidak termasuk di atas

Ditetapkan di : Bantul
Pada tanggal : 25 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

drg. ELMY YUDIHAPSARI, MPH
Pembina/IVa
NIP. 19650820 199303 2 010

Lampiran 3

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS

KASIHAN II

Nomor : 445/046 Tahun 2023

Tentang PERUBAHAN SURAT

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS

NO 445/067 TENTANG

PELAYANAN KLINIS

KRITERIA PASIEN YANG DIRUJUK

1. Diagnosis/penyakit yang tidak masuk kriteria diagnosis/penyakit kompetensi PPK I.
2. Diagnosis/penyakit yang masuk kriteria diagnosis/penyakit kompetensi PPK I tetapi tidak mengalami perubahan/kesembuhan.
3. Pasien dengan kegawat daruratan yang memerlukan tindakan medis intensif dan observasi lanjutan sesuai dengan kondisi medis pasien.

Ditetapkan di : Bantul

Pada tanggal : 25 Januari 2023

KEPALA UPTD PUSKESMAS KASIHAN II

drg. ELMY YUDIHAPSARI, MPH

Pembina/IVa

NIP. 19650820 199303 2 010