



PEMERINTAH KABUPATEN KARIMUN
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS BELAT



Jalan Sungai Merpati RT 01 RW 01 Sebele Kecamatan Belat 29662
Hp. 082386941819 E-mail : puskesmasbelat4117@gmail.com

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUKESMAS BELAT

NOMOR : 101/ADM/III/SK/I/2023

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS UPT PUSKESMAS BELAT

KEPALA UPT PUSKESMAS BELAT,

Menimbang : a. bahwa pelayanan klinis di Puskesmas harus diberikan dengan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien;

b. bahwa pelayanan klinis Puskesmas perlu memperhatikan mutu dan keselamatan pasien;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, dan huruf b, perlu ditetapkan Keputusan Kepala UPT Puskesmas Belat tentang Kebijakan Pelayanan Klinis UPT Puskesmas Belat;

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019, tentang Puskesmas;

3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1186 tahun 2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003

tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

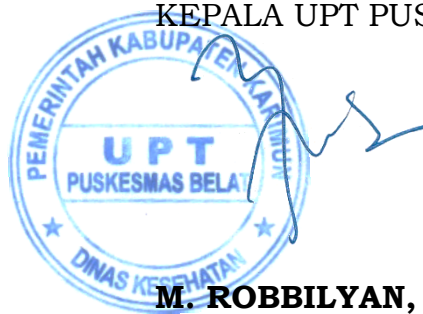
MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS BELAT TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS UPT PUSKESMAS BELAT.
- KESATU : Menetapkan Kebijakan pelayanan klinis UPT Puskesmas Belat sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan Kepala Puskesmas ini.
- KEDUA : Upaya peningkatan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga klinis memberi asuhan pasien.
- KETIGA : Tenaga klinis wajib berperan aktif mulai dari identifikasi permasalahan, melakukan analisis, melakukan rencana perbaikan, melaksanakan dan menindaklanjuti.
- KEEMPAT : Keputusan Kepala Puskesmas ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Sebele

Pada tanggal 3 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS BELAT,



M. ROBBILYAN, SKM

LAMPIRAN 1

Keputusan Kepala UPT Puskesmas Belat

NOMOR : 101/ADM/III/SK/I/2023

TANGGAL : 3 JANUARI 2023

TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN
KLINIS UPT PUSKESMAS
BELAT

**KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS
UPT PUSKESMAS BELAT**

A. UMUM

1. Pelayanan klinis adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.
2. Tahapan pelayanan klinis adalah tahapan pelayanan sejak mendaftar, diperiksa sampai dengan meninggalkan tempat pelayanan dan tindak lanjut di rumah jika diperlukan.
3. Pelayanan klinis diselenggarakan secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter, bidan, perawat, dan nakes lain – pasien yang erat dan setara.
4. Pelayanan klinis dilaksanakan dengan berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
5. Pelayanan klinis dilakukan dengan mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
6. Pelayanan klinis diselenggarakan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi dan selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
7. Pelayanan klinis diselenggarakan oleh dokter, dokter gigi, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang telah

memiliki izin praktik sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan serta telah menjalani proses kredensialing.

8. Pemberian layanan klinis kepada pasien harus dilakukan sesuai dengan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi.
9. Layanan klinis yang diberikan kepada pasien dalam bentuk
 - a. Rawat jalan (kunjungan sehat & kunjungan sakit)
 - b. Pelayanan gawat darurat
10. Dalam melaksanakan pelayanan klinis, puskesmas menyelenggarakan kegiatan:
 - a. Pelayanan Kegawat Daruratan
 - b. Pelayanan Pemeriksaan Umum Dan Lansia
 - c. Pelayanan Kesehatan Gigi Dan Mulut
 - d. Pelayanan Pemeriksaan MTBS Dan PKPR
 - e. Pelayanan Pemeriksaan Khusus TB, HIV, Dan VCT
 - f. Pelayanan Farmasi
 - g. Pelayanan Laboratorium
 - h. Pelayanan Akupresur
 - i. Pelayanan Konseling Gizi, Sanitasi, UBM/PTM, Promkes
 - j. Pelayanan Persalinan/USG
 - k. Pelayanan KIA/KB/Imunisasi
11. Puskesmas dalam menyelenggarakan pelayanan klinis dapat melaksanakan rujukan sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
12. Puskesmas harus memenuhi kebutuhan obat, bahan habis pakai, alat kesehatan, alat nonkesehatan serta perlengkapan lainnya yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan pelayanan klinis sesuai standar.
13. Seluruh petugas Puskesmas dalam melaksanakan pelayanan klinis wajib untuk selalu sesuai dengan ketentuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Puskesmas (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).
14. Puskesmas melakukan kredensial dan rekredensial untuk profesi dokter, dokter gigi, perawat, bidan, serta tenaga

kesehatan lainnya sebagai syarat tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan klinis yang bermutu.

15. Penyediaan tenaga kesehatan dalam melaksanakan pelayanan klinis harus mengacu kepada pola ketenagaan dan pola kebutuhan.
16. Peralatan di unit harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk menjamin semua sediaan farmasi tetap dalam kondisi yang baik.
17. Setiap tahapan pelayanan klinis yang diberikan harus dilakukan monitoring dan evaluasi serta tindak lanjutnya oleh petugas terkait.
18. Hasil monitoring, evaluasi dan tindak lanjut sebagaimana poin 17 dilaporkan secara tertulis dalam bentuk laporan hasil kegiatan setiap bulan dan dilakukan analisis setiap 3 bulan.

B. PENDAFTARAN PASIEN

1. Pendaftaran pasien harus dipandu dengan prosedur yang jelas
2. Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang kompeten yang memenuhi kriteria sebagai berikut: disiplin, teliti, dapat mengoperasikan komputer, bertanggung jawab, jujur dan ramah
3. Pendaftaran pasien memperhatikan keselamatan pasien
4. Identitas pasien harus dipastikan minimal dengan cara identifikasi sebagai berikut:
 - a. Nama pasien
 - b. Tempat/tanggal lahir pasien
 - c. Alamat/Tempat Tinggal Pasien
 - d. Nomor rekam medis
5. Informasi tentang jenis pelayanan klinis yang tersedia, dan informasi lain yang dibutuhkan masyarakat meliputi :
 - a. Tarif pelayanan
 - b. Jenis Pelayanan
 - c. Jadwal Pelayanan

- d. Informasi tentang kerjasama dengan fasilitas kesehatan lain harus dapat disediakan di pendaftaran
6. Menjamin kerahasiaan pasien dengan melakukan transfer pasien dari pendaftaran, pengkajian awal dan poli yang dituju
7. Hak dan kewajiban pasien harus diperhatikan pada keseluruhan proses pelayanan
8. Hak-hak pasien meliputi :
 - a. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas
 - b. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
 - c. Memperoleh layanan yang manusiawi adil jujur dan tanpa diskriminasi
 - d. Memperoleh layanan bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
 - e. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
 - f. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Puskesmas
 - g. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang memiliki surat izin praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Puskesmas
 - h. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
 - i. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
 - j. Memberikan persetujuan atau penolakan atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
 - k. Didampingi anggota keluarga dalam keadaan kritis
 - l. Menjalankan agama sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya

- m. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Puskesmas
 - n. Mengajukan kritik dan saran perbaikan atas perlakuan Puskesmas terhadap dirinya
 - o. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
 - p. Mengeluhkan atau mengadukan Puskesmas apabila Puskesmas diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standard
9. Kewajiban pasien meliputi :
 - a. Menggunakan fasilitas Puskesmas secara bertanggung jawab
 - b. Memberi informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya
 - c. Mematuhi nasehat dan petunjuk dokter dan dokter gigi
 - d. Mematuhi ketentuan yang berlaku di Puskesmas
 - e. Memberi imbalan jasa atas pelayanan yang diterima
 10. Melakukan koordinasi dan komunikasi antara pendaftaran dengan unit-unit penunjang terkait
 11. Melakukan penilaian kepuasan terhadap pasien untuk peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas
 12. Kendala fisik, bahasa, dan budaya serta penghalang lain wajib diidentifikasi dan ditindak lanjuti

C. PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS

1. ISI REKAM MEDIS

- a. Isi rekam medis ditulis dengan lengkap oleh petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien. Berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan, sedangkan isi rekam medis adalah milik pasien.
- b. Rekam Medis Pasien

Isi rekam medis sekurang-kurangnya memuat catatan/dokumen tentang

 - 1) Identitas pasien
 - 2) Tanggal dan waktu

- 3) Hasil anamnesa mencakup keluhan dan riwayat penyakit
 - 4) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik
 - 5) Diagnosis
 - 6) Rencana penatalaksanaan
 - 7) Pengobatan dan / atau tindakan
 - 8) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
 - 9) Untuk kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
 - 10) Persetujuan tindakan bila diperlukan
- c. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh pasien;
 - d. Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - e. Pendelegasian membuat rekam medis:
Selain dokter dan dokter gigi yang membuat/mengisi rekam medis, tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien dapat membuat/mengisi rekam medis atas perintah/pendelegasian secara tertulis dari dokter atau dokter gigi yang menjalankan praktik kedokteran.

2. SISTEM PENOMORAN REKAM MEDIS

Sistem penomoran rekam medis sebagaimana berikut:
Menggunakan sitem Numbering System Unit dan sesuai wilayah.

3. SISTEM PENYIMPANAN, PENDISTRIBUSIAN DAN PEMINJAMAN REKAM MEDIS

a. Ruang Rekam Medis

- 1) RM disimpan di tempat yang aman dari kehilangan, bahaya api, bebas banjir, dan terlindungi dari kerusakan karena rayap.
- 2) Melakukan kegiatan retensi RM setiap tahun secara periodik guna memisahkan RM aktif dan inaktif.
- 3) RM aktif dan inaktif disimpan terpisah, RM aktif disimpan di lemari khusus tempat Rekam medis. sedangkan Rekam medis inaktif >5 tahun sejak kunjungan terakhir di pisahkan untuk di musnahkan.
- 4) Penyimpanan dan pengambilan RM di tempat

penyimpanan hanya dilakukan oleh petugas rekam medis/penanggung jawab unit.

- 5) Selain petugas rekam medis atau petugas yang berwenang dilarang masuk ruang penyimpanan RM.
- 6) Ruang penyimpanan RM selalu dalam keadaan tertutup, dan apabila tidak ada petugas di dalamnya selalu dikunci.

b. Pendistribusian RM

Pendistribusian RM pasien dilakukan oleh petugas Rekam Medis/Penanggung jawab unit.

c. Peminjaman RM

- 1) Permintaan rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien sedangkan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan Peminjaman rekam medis.
- 2) Peminjaman rekam medis dilayani pada hari kerja jam 08.00 –14.30 WIB.
- 3) Rekam medis pasien tidak boleh dibawa keluar Puskesmas Belat.
- 4) Peminjaman internal harus seijin penanggung jawab ruang rekam medis.
- 5) Peminjaman eksternal dapat diberikan untuk kepentingan pengadilan dengan surat permintaan dari pengadilan dan dengan persetujuan Kepala Puskesmas Belat
- 6) Peminjaman rekam medis sesuai dengan keputusan Kepala Puskesmas Belat untuk Akses Rekam Medis

d. Pelepasan informasi medis pasien

- 1) Bagi pasien yang memerlukan informasi medisnya, dapat diberikan oleh Dokter secara lisan atau pun tertulis berupa resume medis.
- 2) Pemberian informasi data medis pasien hanya diberikan kepada pasien sendiri, orang/badan yang mendapat kuasa dari pasien/keluarga atau wali dengan bukti tertulis.

3) Pengisian visum et repertum diberikan atas permintaan kepolisian dengan permintaan tertulis kepada Kepala UPT Puskesmas Belat

4. DOKUMENTASI REKAM MEDIS

Pasien yang terdaftar di UPT Puskesmas Belat dicatat di buku register pendaftaran, penomoran dilakukan sesuai dengan sistem Pengkodean Rekam Medis

D.PENGAJIAN, KEPUTUSAN, DAN RENCANA LAYANAN

1. Kajian awal dilakukan secara paripurna dilakukan oleh tenaga yang berkompeten
2. Kajian awal meliputi kajian medis, kajian keperawatan, kajian kebidanan, dan kajian lain oleh tenaga profesi kesehatan sesuai dengan kebutuhan
3. Proses kajian yang dilakukan mengacu pada standar profesi dan standar asuhan
4. Proses kajian dilakukan dengan memperhatikan tidak terjadinya pengulangan yang tidak perlu
5. Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medik
6. Proses kajian dilakukan sesuai dengan langkah-langkah SOAP
7. Pasien dengan kondisi gawat atau darurat harus diprioritaskan dalam pelayanan
8. Kajian dan perencanaan asuhan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang berkompeten
9. Jika dilakukan pelayanan secara tim, tim kesehatan antar profesi harus tersedia
10. Pendelegasian wewenang baik dalam kajian maupun keputusan layanan harus dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang
11. Pendelegasian wewenang diberikan kepada tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan
12. Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai

13. Peralatan dan tempat pelayanan wajib menjamin keamanan pasien dan petugas
14. Rencana layanan dan pelaksanaan layanan dipandu oleh prosedur klinis yang dibakukan
15. Jika dibutuhkan rencana layanan terpadu, maka kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan disusun secara kolaboratif dalam tim layanan yang terpadu
16. Rencana layanan disusun untuk tiap pasien, dan melibatkan pasien
17. Penyusunan rencana layanan mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan tata nilai budaya pasien
18. Rencana layanan disusun dengan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya
19. Risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan layanan harus diidentifikasi.
20. Efek samping dan risiko pelaksanaan layanan dan pengobatan harus diinformasikan kepada pasien
21. Rencana layanan harus dicatat dalam rekam medik
22. Rencana layanan harus memuat pendidikan/penyuluhan kepada pasien

E. PELAKSANAAN LAYANAN;

1. Pelaksanaan layanan dipandu dengan pedoman dan prosedur pelayanan klinis
2. Pedoman dan prosedur pelayanan klinis meliputi: pelayanan medis, keperawatan, kebidanan, dan pelayanan profesi kesehatan yang lain
3. Pelaksanaan pelayanan dilakukan sesuai rencana pelayanan
4. Pelaksanaan pelayanan dan perkembangan pasien harus dicatat dalam rekam medik
5. Jika dilakukan perubahan rencana pelayanan harus dicatat dalam rekam medik

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 pelayanan klinis harus dimonitor, dievaluasi, dan ditindak lanjut
9. Evaluasi harus dilakukan terhadap evaluasi dan tindak lanjut
10. Kasus-kasus gawat darurat harus diprioritaskan dan dilaksanakan sesuai prosedur pelayanan pasien gawat darurat sebagaimana terlampir dalam lampiran 2.
11. Kasus-kasus berisiko tinggi harus ditangani sesuai dengan prosedur pelayanan kasus berisiko tinggi sebagaimana terlampir dalam lampiran 2.
12. Kasus-kasus yang perlu kewaspadaan universal terhadap terjadinya infeksi harus ditangani dengan memperhatikan prosedur pencegahan (kewaspadaan universal)
13. Pemberian obat/cairan intravena harus dilaksanakan sesuai prosedur pemberian obat/cairan intravena yang baku dan mengikuti prosedur aseptik
14. Kinerja pelayanan klinis harus dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang jelas
15. Hak dan kebutuhan pasien harus diperhatikan pada saat pemberian layanan.
16. Keluhan pasien/keluarga wajib diidentifikasi, didokumentasikan dan ditindak lanjuti
17. Penulisan rekam medis harus lengkap dan terencana untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu
18. Pelayanan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, perencanaan layanan, pelaksanaan layanan, pemberian obat/tindakan, sampai dengan pasien pulang atau dirujuk harus dijamin kesinambungannya
19. Pasien berhak untuk menolak pengobatan

20. Pasien berhak untuk menolak jika dirujuk ke sarana kesehatan lain
21. Penolakan untuk melanjutkan pengobatan maupun untuk rujukan dipandu oleh prosedur yang baku.
22. 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

F. PELAYANAN ANESTESI LOKAL DAN TINDAKAN

1. Pelayanan anestesi dan pembedahan minor harus dipandu dengan prosedur baku
2. Jenis anestesi yang digunakan adalah anestesi lokal menggunakan preparat Lidocaine 2%
3. Pelayanan anestesi harus dilaksanakan oleh petugas yang berkompeten, yaitu :
 - a. Dokter/dokter gigi
 - b. Perawat/bidan yang mendapatkan delegasi wewenang oleh dokter/dokter gigi.
4. Pelayanan pembedahan minor harus dilaksanakan oleh petugas yang berkompeten, yaitu
 - a. Dokter
 - b. Perawat/bidan yang mendapatkan delegasi wewenang oleh dokter.
5. Sebelum melakukan anestesi dan pembedahan minor harus mendapatkan *informed consent*.
6. Status pasien wajib dimonitor sebelum, sesaat, dan setelah pemberian anestesi dan pembedahan minor
7. Pendidikan/penyuluhan kesehatan pada pasien dilaksanakan sesuai dengan rencana layanan

G. RENCANA RUJUKAN DAN PEMULANGAN

1. Dokter yang menangani bertanggung jawab untuk melaksanakan proses pemulangan/rujukan
2. Umpan balik dari fasilitas rujukan wajib ditindak lanjuti oleh dokter yang menangani

3. Jika pasien tidak mungkin dirujuk, Puskesmas wajib memberikan alternatif pelayanan
4. Rujukan pasien harus disertai dengan resume klinis
5. Resume klinis meliputi: nama pasien, kondisi klinis, prosedur/tindakan yang telah dilakukan, dan kebutuhan akan tindak lanjut
6. Pasien diberi informasi tentang hak untuk memilih tempat rujukan
7. Pasien dengan kebutuhan khusus perlu didampingi oleh petugas yang berkompeten
8. Kriteria merujuk pasien sesuai yang terlampir di lampiran 2 berdasarkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012
9. Pada saat pemulangan, pasien/keluarga pasien harus diberi informasi tentang tindak lanjut layanan

H. PENANGANAN PASIEN RUJUK BALIK

Pasien yang dirujuk balik dari dokter spesialis/sub-spesialis ke Puskesmas dilakukan pelayanan sesuai dengan SOP penanganan pasien rujuk balik

Ditetapkan di Sebele

Pada tanggal 3 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS BELAT,



M. ROBBILYAN, SKM

LAMPIRAN 2

KEPUTUSAN Kepala UPT Puskesmas Belat

NOMOR : 011/SK-UKP/VII/01/2019

TANGGAL : 3 JANUARI 2019

TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN
KLINIS UPT PUSKESMAS
BELAT

**DAFTAR KASUS-KASUS GAWAT DARURAT DAN BERISIKO
TINGGI
DI UPT PUSKESMAS BELAT**

Daftar Kasus-Kasus Gawat Darurat

1. Sindrome Koroner Akut
2. Gastritis Akut
3. Hipoglikemia
4. Krisis Hiperglikemia
5. Gastroenteritis Akut Dengan Dehidrasi Berat
6. Asma Bronkial Eksaserbasi Akut
7. Kejang Demam Sederhana
8. *Cerebrovascular Attack*
9. Abses Mandibula
10. Fraktur Mandibula/Maxilla
11. Perdarahan Post Ekstraksi Gigi
12. Syok Anafilaktik
13. Syok Hipovolemik
14. Cedera Kepala Berat
15. *Drowning*

Daftar Kasus-Kasus Berisiko Tinggi

1. Tuberkulosis Paru
2. HIV/AIDS
3. Hepatitis B

PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Pelayanan Kegawatdaruratan yang dilaksanakan di Puskesmas meliputi pelayanan triase, survei primer, survei sekunder, tatalaksana definitif dan rujukan
2. Puskesmas menyediakan prosedur serta bagan alur pelayanan pasien gawat darurat.
3. Penanggung jawab pelayanan gawat darurat agar melakukan sosialisasi terhadap prosedur dan hal penting lainnya terkait pelayanan pendaftaran pasien kepada petugas pelaksana.
4. Pelaksanaan pelayanan pasien gawat darurat selalu memperhatikan mutu dan keselamatan pasien.
5. Petugas harus mengetahui, memahami serta mengikuti prosedur pelayanan pasien gawat darurat.
6. Triase di ruang tindakan dan kegawat daruratan dilakukan oleh dokter jaga atau perawat ruang tindakan dan kegawat daruratan.
7. Prinsip Triase adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian Pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:
 - a. Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - b. Dapat mati dalam hitungan jam
 - c. Trauma ringan
8. Pasien diprioritaskan atas dasar kegawatdaruratan sebagai tahap triase
9. Pelayanan pasien gawat darurat dilaksanakan dengan efektif dan efisien, ramah dan responsif terhadap kebutuhan pasien oleh petugas yang kompeten sebagai prioritas pelayanan
10. Petugas memberikan informasi kepada pasien/keluarga pasien tentang alur pelayanan pasien gawat darurat secara lisan dan atau tulisan dengan berbagai media sehingga diketahui dan diikuti dengan baik dan benar.
11. Petugas melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pasien gawat darurat termasuk tingkat kepuasan pelanggan.

12. Petugas melakukan tindak lanjut jika terdapat ketidakpuasan dari pelanggan terhadap pelaksanaan pelayanan pasien gawat darurat
13. Pelayanan Gawat Darurat dipimpin oleh sekurang-kurangnya dokter umum dan dibantu oleh perawat.
14. Dalam memberikan pelayanan, petugas harus selalu menghormati dan melindungi hak-hak pasien
15. Selain menangani kasus “true emergency” ruang tindakan dan kegawat daruratan juga menangani kasus “false emergency” yang pelayanannya berdasarkan tingkat kegawatan pasien dan bukan berdasarkan urutan kedatangan pasien.
16. Pada pasien “death on arrival” (DOA), petugas tidak melakukan resusitasi kecuali atas permintaan keluarga dan pasien tersebut harus diberi nomor rekam medis.
17. Obat dan alat kesehatan sesuai standar yang berlaku harus selalu tersedia.
18. Setiap pasien yang datang ke ruang tindakan dan kegawat daruratan skrining/triage untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien.
19. Setiap pasien yang memerlukan pemeriksaan diagnostik/terapi/spesimen dan tindakan medis yang tidak tersedia di Puskesmas dapat dilakukan rujukan ke Rumah Sakit termasuk juga bagi pasien yang memerlukan rujukan rawat inap yang diindikasikan karena penyakitnya.
20. Setiap petugas/staf ruang tindakan dan kegawat daruratan wajib mengikuti pelatihan yang sudah diprogramkan.
21. Setiap tindakan medis yang mempunyai risiko tinggi harus mendapat persetujuan tertulis dari pasien atau keluarganya/penanggung jawabnya, kecuali pada kondisi gawat darurat yang mengancam kehidupannya
22. Bila terjadi bencana, baik yang terjadi di dalam atau di luar Puskesmas, tim kegawat daruratan siap untuk melakukan penanggulangan bencana
23. Kajian awal dilakukan secara paripurna dilakukan oleh tenaga yang kompeten melakukan pengkajian

24. Kajian awal meliputi kajian medis, kajian keperawatan, kajian kebidanan, dan kajian lain oleh tenaga profesi kesehatan sesuai dengan kebutuhan
25. Proses kajian dilakukan mengacu standar profesi dan standar asuhan
26. Proses kajian dilakukan dengan memperhatikan tidak terjadinya pengulangan yang tidak perlu
27. Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medis
28. Proses kajian dilakukan sesuai dengan langkah-langkah SOAP
29. Pasien dengan kondisi gawat atau darurat harus diprioritaskan dalam pelayanan
30. Kajian dan perencanaan asuhan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten
31. Jika dilakukan pelayanan secara tim, tim kesehatan antar profesi harus tersedia
32. Pendelegasian wewenang baik dalam kajian maupun keputusan layanan harus dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang
33. Pendelegasian wewenang diberikan kepada tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan
34. Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai
35. Peralatan dan tempat pelayanan wajib menjamin keamanan pasien dan petugas
36. Barang steril sekali pakai (single-use) dan pakai ulang (re-use) di Puskesmas Tebing yaitu barang/alat kesehatan yang disediakan dan diproduksi untuk sekali pakai atau habis digunakan sekali pakai dalam satu kemasan.
37. Barang steril sekali pakai yang dapat dipakai ulang harus melalui proses : Pre cleaning, pencucian, pembilasan, pengeringan, pengemasan/labeling dan disterilkan dengan mesin sterilisator yang sesuai (suhu tinggi atau suhu rendah)

38. Kriteria barang steril sekali pakai (single use) yang dipakai ulang yaitu :
- a. Barang steril sekali pakai (single use) tidak boleh digunakan lagi setelah pakai
 - b. Barang steril sekali pakai yang belum dipakai tapi kemasannya sudah terbuka dan terjatuh
 - c. Barang steril sekali pakai yang akan digunakan ulang ditentukan melalui keputusan dari profesi yang bersangkutan dengan mempertimbangkan sumber referensi yang dapat dipertanggungjawabkan
39. Rencana layanan dan pelaksanaan layanan dipandu oleh prosedur klinis yang dibakukan
40. Jika dibutuhkan rencana layanan terpadu, maka kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan disusun secara kolaboratif dalam tim layanan terpadu, kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan disusun secara kolaboratif dalam tim layanan terpadu
41. Rencana layanan disusun untuk setiap pasien, dan melibatkan pasien
42. Penyusunan rencana layanan mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan tata nilai budaya pasien
43. Rencana layanan disusun dengan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya
44. Risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan layanan harus diidentifikasi
45. Efek samping dan risiko pelaksanaan layanan dan pengobatan harus diinformasikan kepada pasien
46. Rencana layanan harus dicatat dalam rekam medis manual dan elektronik
47. Rencana layanan harus memuat pendidikan/penyuluhan pasien

PELAYANAN RUJUKAN

Kriteria merujuk pasien sesuai dengan yang terlampir berdasarkan Standar Kompetensi Dokter Indonesia, Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012

1. Kriteria pasien yang perlu atau harus dirujuk:
 - a. Pasien memerlukan pengobatan atau terapi lebih lanjut yang tidak bisa dilakukan di Puskesmas
 - b. Pasien membutuhkan fasilitas atau peralatan kesehatan yang tidak dimiliki puskesmas atau alat yang dibutuhkan dalam keadaan rusak
 - c. Pasien sudah beberapa kali mendapat terapi dari puskesmas tapi keluhan tidak membaik maka dirujuk ke poli rumah sakit (untuk pasien rawat jalan)
 - d. Atas permintaan pasien dan atau keluarga (khusus pasien umum)
2. Prosedur Rujukan Pasien dari Puskesmas ke Rumah Sakit
 - a. Prosedur Klinis:
 - 1) Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosis utama dan diagnosis banding.
 - 2) Memberikan tindakan stabilisasi sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SOP).
 - 3) Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan dan memastikan bahwa unit pelayanan tujuan dapat menerima pasien
 - 4) Untuk pasien gawat darurat harus didampingi tenaga kesehatan yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
 - 5) Rujukan kasus yang memerlukan standart kompetensi tertentu (sub spesialis) Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat I (Puskesmas) dapat merujuk langsung ke rumah sakit rujukan yang memiliki kompetensi tersebut
 - b. Prosedur Administratif:
 - 1) Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan medis.
 - 2) Membuat rekam medis pasien.

- 3) Menjelaskan/memberikan Informed Consent (persetujuan/penolakan rujukan)
 - 4) Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
 - 5) Menyiapkan sarana transportasi
 - 6) Menghubungi rumah sakit yang akan dituju dengan menggunakan sarana komunikasi dan menjelaskan kondisi pasien.
 - 7) Pengiriman dan penyerahan pasien disertai surat rujukan ke tempat rujukan yang dituju
3. Prosedur Operasional menerima rujukan balik pasien.
- a. Prosedur Klinis:
 - 1) Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Sakit yang terakhir merawat pasien tersebut.
 - 2) Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau kondisi klinis pasien sampai sembuh.
 - b. Prosedur Administratif: Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di buku register pasien rujukan, kemudian menyimpannya pada rekam medis pasien yang bersangkutan dan memberi tanda tanggal/jam telah ditindaklanjuti.
4. Prosedur Pengelolaan pasien di ambulance:
- Pasien yang dirujuk didampingi oleh petugas kesehatan yang mampu mengawasi dan antisipasi kegawatdaruratan.
- Di dalam ambulan tersedia sarana prasarana life saving (sesuai kondisi pasien).
- Adanya komunikasi antar petugas yang ada di ambulan dengan rumah sakit perujuk.
- Pengoperasian mobil ambulan sesuai aturan lalu lintas, untuk pasien emergensi petugas ambulan menyalakan lampu rotari, lampu jarak dekat dan sirene
- Perkembangan dan tindakan yang diberikan terhadap pasien di dalam ambulance dicatat dalam catatan perkembangan pasien pada lembar monitoring rujukan.

5. Prosedur sistem informasi rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit:
 - a. Surat Rujukan Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain. Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatan pengirim dan dicatat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan ke dokter tujuan rujukan, yang berisikan antara lain: no rujukan, nama puskesmas/dokter keluarga, nama kabupaten/kota, nama pasien yang dirujuk, status jaminan kesehatan yang dimiliki pasien baik pemerintah maupun swasta, diagnosa, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaan penunjang diagnostik, kemajuan pengobatan, nama dan tanda tangan dokter/perawat/bidan yang memberikan pelayanan serta keterangan tambahan yang dianggap perlu dan penting.
 - b. Balasan Rujukan Informasi balasan rujukan dibuat oleh dokter yang telah menangani/merawat pasien rujukan tulisan balasan rujukan harus jelas dan dapat dibaca oleh petugas kesehatan di Puskesmas. Surat balasan rujukan yang dikirimkan kepada pengirim pasien rujukan, memuat nomor surat, tanggal, status jaminan kesehatan yang dimiliki, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, hasil diagnosa setelah dirawat, kondisi pasien saat keluar dari perawatan dan tindak lanjut yang diperlukan. (format surat balasan rujukan terlampir).
6. Prosedur rujukan khusus untuk pasien dengan kondisi sakit menetap. Pasien yang termasuk dalam kategori ini adalah pasien dengan kondisi sakit menetap sehingga dikhawatirkan mobilisasi terlalu banyak dapat memperburuk kondisinya tersebut. Contoh kondisi pasien yang masuk didalam kategori ini adalah :
 - a. Pasien dengan penyakit kanker yang memerlukan kemoterapi rutin.
 - b. Pasien dengan cacat tubuh menetap.
 - c. Pasien gagal ginjal kronis yang membutuhkan cuci darah rutin.

d. Pasien lain dengan kondisi sakit menetap.

Prosedur Administratif :

- a. Mencatat di buku register hasil pemeriksaan untuk arsip sebagai pasien dengan kondisi tetap.
- b. Pasien dapat dirujuk tanpa perlu datang ke puskesmas.

Ditetapkan di Sebele

Pada tanggal 3 Januari 2023

KEPALA UPT PUSKESMAS BELAT,



M. ROBBILYAN, SKM