



**PEMERINTAH KABUPATEN MOJOKERTO
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS MODOPURO**

Jl. S.Parman No.10 Modopuro Mojosari
Kode pos (61382)Telp. (0321)593130
Website : <https://puskesmas-modopuro.mojokertokab.go.id>
Email : pkmmodopuro@yahoo.com Kode Pos 61382

KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS MODOPURO

NOMOR :188.4 / 18 / 416-102.15 / I /2022

TENTANG

PELAYANAN KLINIS DI UPTD PUSKESMAS MODOPURO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

KEPALA UPTD PUSKESMAS MODOPURO,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka pemberian pelayanan publik yang berkualitas dan mampu memberikan kepuasan bagi masyarakat merupakan kewajiban yang harus dilakukan oleh pemerintah;
 - b. bahwa puskesmas sebagai ujung tombak dan sekaligus sebagai tolak ukur pelayanan publik di bidang kesehatan, merupakan salah satu pilar dalam memenuhi tuntutan reformasi birokrasi;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan pelayanan klinis di UPTD Puskesmas MODOPURO.

- Mengingat : 1.Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
- 2.Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 12);
- 3.Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 140 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
- 4.Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan;
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2012 Tentang Sistem Kesehatan Nasional;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290 Tahun 2008 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052 Tahun 2011 Tentang Izin Praktek Kedokteran Dan Pelaksanaan;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 01 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan Pelayanan Perorangan;
11. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2012 Tentang Pedoman Penyusunan Standar
- 8.Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonsia Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 Tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/1936/2022 Tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor Hk.01.07/Menkes/1186/2022 Tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama ;
- 16.
17. Peraturan Bupati Mojokerto Nomor 16 Tahun 2009 Tanggal 21 April 2009 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Nomor 02 Tahun 2007 Tentang Puskesmas, Puskesmas Rawat Inap Dan Puskesmas Pembantu;
18. Peraturan Bupati Mojokerto Nomor 67 Tahun 2015 Tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Mojokerto Nomor 85 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pelaksanaan Pelayanan

Kesehatan Di Puskesmas Dan Rumah Sakit Umum Daerah;

19.Keputusan Bupati Mojokerto Nomor 188.45/666/KK/416-012/2015 Tentang Izin Penyelenggaraan Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat MODOPURO

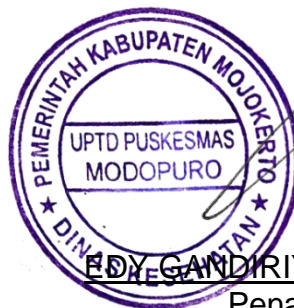
MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS MODOPURO TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS DI UPTD PUSKESMAS MODOPURO.
- KESATU : Kebijakan pelayanan klinis UPTD Puskesmas MODOPURO sebagaimana tercantum dalam lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini;
- KEDUA : Dengan terbitnya Surat Keputusan ini, maka Surat Keputusan No : dinyatakan tidak berlaku lagi;
- KETIGA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/ perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Mojokerto

Pada tanggal :5 Januari 2022

KEPALA UPTD PUSKESMAS MODOPURO,



EDY GANDIRYANTO.S.Kep.,Ns
Penata TK.I

NIP.19691014 199003 1 004

LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA UPTD
PUSKESMAS MODOPURO
NOMOR : 188.4/18/416-102.15/ I / 2022
TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS DI
UPTD PUSKESMAS MODOPURO

A. PENYELENGGARAAN PELAYANAN KLINIS

1. Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari proses penerimaan pasien sampai dengan pemulangan atau perujukan pasien dilaksanakan dengan efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien, keselamatan pasien dan mutu pelayanan serta mempertimbangkan hak dan kewajiban pasien yang didukung oleh sarana, prasarana dan lingkungan.
 - a. Jam pelayanan unit layanan pendaftaran dan rekam medis :
 - 1) Hari Senin – Kamis : 07.30 – 11.00 WIB
 - 2) Hari Jum'at : 07.30 – 10.00 WIB
 - 3) Hari Sabtu : 07.30 – 11.00 WIB
 - 4) UGD buka 24 jam, pendaftaran pasien diluar jam kerja dilakukan perawat atau petugas jaga
 - b. Jam pelayanan di unit layanan :
 - 1) Hari Senin – Kamis : 08.00 s/d selesai
 - 2) Hari Jum'at : 08.00 s/d selesai
 - 3) Hari Sabtu : 08.00 s/d selesai
 - 4) Pelayanan gawat darurat dan rawat inap 24 jam dalam sehari, 7 hari dalam seminggu.
 - c. Penapisan/skrining dilakukan sejak awal secara paripurna dengan melibatkan seluruh staf puskesmas, dari penerimaan pasien untuk memilah pasien sesuai dengan kemungkinan penularan infeksi, kebutuhan pasien, kondisi kegawatan, dan risiko jatuh yang dipandu dengan prosedur yang dibakukan.
 - d. Pendaftaran pasien dilakukan sesuai panduan dan prosedur yang ditetapkan, dengan memperhatikan kebutuhan pasien, keselamatan pasien dan menerapkan protocol Kesehatan serta memprioritaskan

pasien dengan kendala atau berkebutuhan khusus, antara lain : lanjut usia, ibu hamil, penyandang disabilitas, anak usia di bawah 5 tahun dan dengan kendala bahasa.

- e. Pendaftaran pasien menginformasikan peraturan, tata tertib, hak dan kewajiban, serta meminta persetujuan umum (General Consent) kepada pasien atau keluarga terdekat pasien. Keluarga terdekat pasien adalah suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak-anak kandung, saudara-saudara kandung atau pengampunya.
- f. Persetujuan umum (General Consent) diminta pada saat pengguna layanan datang pertama kali, baik untuk rawat jalan maupun setiap rawat inap, dan dilaksanakan observasi atau stabilitasi.
- g. Pasien dan masyarakat mendapat informasi tentang sarana pelayanan di tempat pendaftaran/tempat informasi/customer service, antara lain,
 - 1) Jam pelayanan;
 - 2) Jenis pelayanan UKP dan UKM;
 - 3) Tarif pelayanan;
 - 4) Proses dan alur pendaftaran;
 - 5) Proses dan alur pelayanan;
 - 6) Proses dan alur rujukan;
 - 7) Ketersediaan tempat tidur perawatan/rawat inap.
- h. Informasi lain yang tersedia di tempat pendaftaran/tempat informasi/customer service, antara lain :
 - 1) Jenis pemeriksaan laboratorium dan tarif pemeriksaan;
 - 2) Nama, alamat, dan nomor telpon laboratorium rujukan;
 - 3) Nama, alamat, dan nomor telpon rumah sakit rujukan;
 - 4) Informasi lain/jenis pelayanan rumah sakit rujukan;
 - 5) Denah Puskesmas;
 - 6) Bagan alur pelayanan;
 - 7) Bagan alur pendaftaran;
 - 8) Penunjuk arah unit pelayanan dan fasilitas puskesmas;
 - 9) Hak dan kewajiban pasien;

10) Akun media sosial Puskesmas;

- i. Informasi bisa disampaikan menggunakan cara komunikasi massa lainnya dengan jelas, mudah diakses, serta mudah dipahami oleh pasien dan masyarakat.
- j. Segala informasi yang disampaikan petugas kepada pasien dan masyarakat harus dievaluasi sesuai prosedur.
- k. Proses pendaftaran pasien, terutama dalam hal identifikasi pasien, minimal dengan dua identitas yang relatif tidak berubah, yaitu nama lengkap, tempat dan tanggal lahir, nomor identitas kependudukan, atau nomor rekam medis, serta tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat.
- l. Distribusi rekam medis dari unit pendaftaran ke unit layanan, atau dari unit layanan ke unit layanan lain dilakukan oleh petugas.
- m. Kendala lain yang dapat berakibat terjadinya hambatan atau tidak optimalnya proses asesmen maupun pemberian asuhan klinis terutama pada pasien dengan risiko, pasien dengan kendala dan kebutuhan khusus harus diidentifikasi serta diupayakan kebutuhannya.
- n. Penyusunan rencana layanan mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan tata nilai budaya pasien.
- o. Penyusunan rencana layanan memperhatikan efisiensi sumber daya dengan hasil dan waktu yang jelas.
- p. Penyusunan rencana layanan klinis kepada pasien, pemberi layanan harus :
 - 1) Melibatkan pasien atau keluarga pasien dalam penyusunan rencana layanan klinis yang akan diberikan kepada pasien;
 - 2) Menjelaskan tujuan layanan klinis, tes/tindakan, dan prosedur yang akan diberikan;
 - 3) Menjelaskan pengobatan atau tindakan mana yang memerlukan persetujuan, bagaimana pasien dan keluarga dapat memberikan

persetujuan, serta siapa yang berhak untuk memberikan persetujuan selain pasien;

- 4) Menjelaskan kepada pasien atau keluarga terdekat 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;
 - 5) Menjelaskan kepada pasien dan keluarga terdekat tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut;
 - 6) Menjelaskan apabila pasien atau keluarga terdekat menolak rencana layanan yang akan diberikan, maka pasien atau keluarga diberitahu tentang alternatif pelayanan, tindakan atau pengobatan;
 - 7) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan mengenai penyakit yang diderita pasien;
 - 8) Memberikan informed consent sebagai bukti tertulis telah dilakukan pelibatan pasien atau keluarga pasien dalam penyusunan rencana layanan klinis.
- q. Penjelasan tentang tindakan kedokteran minimal mencakup :
- 1) Tujuan dan prospek keberhasilan;
 - 2) Tata cara tindak medis yang akan dilakukan;
 - 3) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi;
 - 4) Alternative tindakan medis lain yang tersedia dan risiko-risikonya;
 - 5) Prognosis penyakit bila tindakan dilakukan; dan
 - 6) Diagnosis.
- r. Koordinasi, komunikasi, Kerjasama dan tanggung jawab antara petugas di uni layanan dilakukan secara efektif dan efisien untuk melindungi pasien, mengedepankan hak pasien dan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.

- s. Keluhan pasien terhadap pelayanan di semua unit layanan ditindaklanjuti sesuai dengan aturan dan prosedur yang telah ditetapkan.

B. PENGKAJIAN, RENCANA ASUHAN, DAN PEMBERIAN ASUHAN.

1. Pengkajian, rencana asuhan, dan pemberian asuhan dilaksanakan secara paripurna. Kajian pasien dilakukan secara paripurna untuk mendukung rencana dan pelaksanaan pelayanan oleh petugas kesehatan profesional dan/atau tim kesehatan antarprofesi yang digunakan untuk menyusun keputusan layanan klinis. Pelaksanaan asuhan dan pendidikan pasien/keluarga dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disusun, dipandu oleh kebijakan dan prosedur, dan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - a. Penapisan (skrining) dan proses kajian awal dilakukan secara paripurna dan sesuai prosedur, mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien/keluarga, serta dengan mencegah penularan infeksi. Asuhan pasien dilaksanakan berdasarkan rencana asuhan medis, keperawatan, dan asuhan klinis yang lain dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan berpedoman pada panduan praktik klinis.
 - b. 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.
 - c. Proses kajian pasien merupakan proses yang berkesinambungan dan dinamis, baik untuk pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Proses kajian pasien menentukan efektivitas asuhan yang akan dilakukan.

- d. Kajian awal dilakukan pada saat pasien pertama kali diterima. Untuk selanjutnya dilakukan kajian ulang secara berkesinambungan baik pada pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap sesuai dengan perkembangan kondisi kesehatannya.
- e. Kajian awal dilakukan oleh tenaga profesional yang kompeten, keperawatan/kebidanan, dan tenaga dari disiplin yang lain, kajian awal meliputi status fisik/neurologis/mental, psikososiospiritual, ekonomi, riwayat kesehatan, riwayat alergi, asesmen nyeri, asesmen risiko jatuh, asesmen fungsional (gangguan fungsi tubuh), asesmen risiko gizi, kebutuhan edukasi, dan rencana pemulangan.
- f. Kajian ulang pasien dilakukan berkesinambungan dan dinamis, baik untuk pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap, meliputi :
 - 1) Mengumpulkan data dan informasi tentang kondisi fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat penyakit. Untuk mendapatkan data dan informasi tersebut, dilakukan anamnesis (data subjektif = S) serta pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang (data objektif = O);
 - 2) Analisis data dan informasi yang diperoleh yang menghasilkan masalah, kondisi, dan diagnosis untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien (asesmen atau analisis = A); dan
 - 3) Membuat rencana asuhan (perencanaan asuhan = P), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien.
- g. Kajian pasien dan penetapan diagnosa dilakukan tenaga profesional yang kompeten.
- h. Proses kajian dan asuhan dapat dilakukan secara individual atau jika diperlukan dilakukan oleh tim kesehatan antarprofesi yang terdiri atas dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan pemberi asuhan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien. Jika dalam pemberian asuhan diperlukan tim kesehatan, harus dilakukan koordinasi dalam penyusunan rencana asuhan terpadu secara kolaboratif sesuai rencana asuhan, panduan praktik klinis, dan

prosedur-prosedur asuhan klinis. Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medis untuk mencegah tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.

- i. Pasien dan keluarga pasien dilibatkan dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan/rencana asuhan yang diterimanya, dengan cara memberikan informasi yang mengacu pada peraturan perundang-undangan (informed consent). Dalam hal pasien anak di bawah umur atau individu yang tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan yang tepat, pihak yang memberi persetujuan mengacu pada peraturan perundang-undangan. Pemberian informasi yang mengacu pada peraturan perundang-undangan itu dapat diperoleh pada berbagai titik waktu dalam pelayanan diantaranya; ketika pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko. Informasi dan penjelasan tersebut diberikan oleh dokter yang bertanggung jawab.
- j. Pasien atau keluarga pasien diberi peluang untuk bekerja sama dalam menyusun rencana asuhan klinis yang akan dilakukan.
- k. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil kajian yang dinyatakan dalam bentuk diagnosis dan asuhan yang akan diberikan, dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta memperhatikan nilai budaya yang dimiliki oleh pasien, juga mencakup komunikasi, informasi, dan edukasi pada pasien dan keluarganya. Perubahan rencana asuhan ditentukan berdasarkan hasil kajian lanjut sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien.
- l. Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai serta menjamin keamanan dan keselamatan pasien dan petugas.
- m. Asuhan pasien diberikan oleh tenaga sesuai dengan kompetensi lulusan dengan kejelasan perincian wewenang menurut peraturan perundang-undangan- undangan.

- n. Tenaga medis dapat memberikan pelimpahan wewenang secara tertulis untuk melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi tertentu kepada perawat, bidan, atau tenaga kesehatan pemberi asuhan yang lain. Pelimpahan wewenang hanya dapat dilakukan dalam keadaan tenaga medis tidak berada di tempat dan/atau karena keterbatasan ketersediaan tenaga medis.
- o. Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan.
 - 2) Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan.
 - 3) Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas Tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan.
 - 4) Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan.
 - 5) Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus- menerus.
- p. Petugas memberikan penyuluhan kesehatan dan edukasi kepada pasien/keluarga pasien yang terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien dengan menggunakan pendekatan komunikasi interpersonal yang efektif serta menggunakan bahasa yang mudah dipahami agar dapat berperan aktif dalam proses asuhan dan memahami konsekuensi asuhan yang diberikan.

C. PELAYANAN GAWAT DARURAT

- 1. Pelayanan gawat darurat dan pasien berisiko tinggi dilaksanakan dengan segera sebagai prioritas pelayanan. Tersedia pelayanan gawat darurat yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan darurat, mendesak atau segera.

- a. Prosedur penanganan pasien gawat darurat dan berisiko tinggi disusun berdasar panduan praktik klinis untuk penanganan pasien gawat darurat dengan referensi yang dapat dipertanggungjawabkan.
- b. Pasien gawat darurat dan berisiko tinggi adalah pasien yang dikategorikan berisiko tinggi karena usia, kondisi kesehatan, atau mempunyai kebutuhan kritis untuk segera mendapat pertolongan, termasuk pasien rentan yang kondisinya tidak mampu menjaga diri sendiri terhadap adanya bahaya atau kekerasan.
- c. Kasus berisiko tinggi dapat berupa :
 - 1) Kasus berisiko tinggi terjadinya kematian atau cedera termasuk kasus gadar pada ibu hamil/melahirkan, risiko bagi masyarakat atau lingkungan.
 - 2) Kasus yang memungkinkan terjadinya penularan infeksi bagi petugas, pasien dan masyarakat.
- d. Pasien gawat darurat dan berisiko tinggi diskriminasi dan diidentifikasi dengan proses triase mengacu pada panduan tata laksana triase sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Proses triase memberlakukan sistem prioritas dengan penentuan atau penyeleksian pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan, yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul berdasarkan:
 - 1) Ancaman jiwa yang dapat mematikan dalam hitungan menit
 - 2) Dapat meninggal dalam hitungan jam
 - 3) Trauma ringan
 - 4) Sudah meninggal
- f. Pasien harus distabilkan terlebih dahulu sebelum dirujuk yaitu bila tidak tersedia pelayanan di Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi emergensi dan pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang mempunyai kemampuan lebih tinggi. Pelaksanaan dan perkembangan kondisi pasien dicatat dalam rekam medis.

- g. Penanganan pasien dengan kebutuhan darurat dan berisiko tinggi dilakukan sesuai dengan kebutuhan darurat mendesak, atau segera, termasuk melakukan deteksi dini tanda-tanda dan gejala penyakit menular misalnya infeksi melalui udara/airborne.

D. PELAYANAN ANESTESI LOKAL DAN TINDAKAN.

1. Pelayanan anastesi lokal dan tindakan di Puskesmas dilaksanakan dengan sesuai standar. Tersedia pelayanan anastesi lokal dan tindakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
 - a. Pelayanan anastesi lokal dan tindakan bedah minor di Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.
 - b. Pelayanan anastesi lokal dan tindakan bedah minor wajib diinformasikan kepada pasien sebelum pemberian informed consent yang ditanda tangani oleh pasien atau keluarga pasien dan didokumentasikan di dalam rekam medis. Informed consent harus dimonitor, dievaluasi, dan ditindak lanjuti.
 - c. Kebijakan dan prosedur anastesi lokal dan Tindakan bedah minor memuat:
 - 1) Penyusunan rencana, termasuk identifikasi perbedaan antara dewasa, geriatri, dan anak atau pertimbangan khusus;
 - 2) Dokumentasi yang diperlukan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi efektif;
 - 3) Persyaratan persetujuan khusus;
 - 4) Kualifikasi, kompetensi, dan keterampilan petugas pelaksana;
 - 5) Ketersediaan dan penggunaan peralatan dan bahan anastesi;
 - 6) Teknik melakukan anastesi lokal;
 - 7) Frekuensi dan jenis bantuan resusitasi jika diperlukan;
 - 8) Tata laksana pemberian bantuan resusitasi yang tepat;
 - 9) Tata laksana terhadap komplikasi; dan
 - 10) Bantuan hidup dasar.

d. Tindakan bedah minor yang dapat dilakukan sesuai dengan kemampuan dan kompetensi petugas, diantaranya :

- 1) Insisi Abses $\varnothing \leq 5$ cm
- 2) Vulnus apertum (< 5 cm)
- 3) Ekstraksi Kuku
- 4) Ekstirpasi Lipoma
- 5) Ekstirpasi Atheroma
- 6) Ekstraksi gigi susu
- 7) Ekstraksi gigi tetap tanpa komplikasi
- 8) Tumpatan sementara, tumpatan tetap
- 9) Pasang Implant
- 10) Lepas Implant
- 11) Pasang IUD
- 12) Lepas IUD
- 13) Suntik KB
- 14) Haemorrhage Post Partum (HPP) dengan kompresi bimanual
- 15) Pertolongan Persalinan Normal
- 16) RUPTDure Perineal grade I-II

E. PELAYANAN GIZI.

1. Pelayanan Gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan Gizi diberikan sesuai dengan status gizi pasien secara reguler, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

- a. Terapi gizi adalah pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien oleh petugas gizi yang kompeten berdasarkan pengkajian gizi, yang meliputi terapi diet, konseling gizi, dan pemberian makanan khusus dalam rangka penyembuhan pasien.
- b. Asupan makanan dan gizi perlu disediakan secara reguler, sesuai dengan kondisi Kesehatan, sesuai dengan rencana asuhan, umur,

budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

- c. Pemesanan dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien.
- d. Penyediaan bahan, penyiapan, penyimpanan, dan penanganan makanan harus dimonitor untuk memastikan keamanan serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik terkini. Risiko kontaminasi dan pembusukan diminimalkan dalam proses tersebut.
- e. Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan dan didokumentasikan.
- f. Penyiapan, penyimpanan dan pendistribusian makanan yang telah diproduksi berdasarkan jumlah dan jenis diet pasien dilakukan oleh petugas dapur dan dimonitoring oleh petugas gizi.
- g. Konsumsi makanan pasien harus sesuai dengan standar angka kecukupan gizi.
- h. Angka Kecukupan Gizi adalah suatu nilai acuan kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktivitas fisik untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal
- i. Pelayanan Gizi kepada pasien dengan risiko gangguan gizi di Puskesmas diberikan secara reguler sesuai dengan rencana asuhan berdasarkan hasil penilaian status gizi dan kebutuhan pasien sesuai dengan proses asuhan gizi terstandar (PAGT). Proses kolaboratif digunakan untuk merencanakan, memberikan dan memantau terapi gizi.
- j. Pelayanan Gizi kepada pasien rawat inap harus dicatat dan didokumentasikan di dalam rekam medis.
- k. Pasien dan/atau keluarga diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan /kebersihan makanan, bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien.
- l. Keluarga pasien dapat berpartisipasi dalam menyediakan makanan bila makanan sesuai dan konsisten dengan kajian kebutuhan pasien dan

rencana asuhan dengan sepengetahuan dari petugas kesehatan yang berkompoten dan makanan disimpan dalam kondisi yang baik untuk mencegah kontaminasi.

- m. Respon pasien terhadap terapi gizi dipantau dan dicatat dalam rekam medis.
- n. Pemesanan makanan diluar jam kerja, dilakukan oleh petugas jaga yang diberi wewenang oleh petugas gizi.
- o. Pemberian informasi atau konsultasi laktasi pada ibu hamil dan ibu menyusui tentang manajemen laktasi yang benar dilakukan sesuai prosedur.
- p. Peminjaman alat laktasi di pelayanan pojok laktasi harus dilakukan sesuai dengan prosedur.

F. PEMULANGAN DAN TINDAK LANJUT PASIEN.

1. Pemulangan dan tindak lanjut pasien dilakukan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan. Pemulangan dan tindak lanjut pasien dilakukan dengan prosedur yang tepat. Jika pasien memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain, rujukan dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien ke sarana pelayanan lain diatur dengan kebijakan dan prosedur yang jelas.
 - a. Pemulangan dan tindak lanjut pasien yang bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur baku.
 - b. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut.
 - c. Dokter/dokter gigi bersama dengan tenaga kesehatan yang lain menyusun rencana pemulangan bersama dengan pasien/keluarga pasien. Rencana pemulangan tersebut berisi instruksi dan/atau dukungan yang perlu diberikan baik oleh Puskesmas maupun keluarga pasien pada saat pemulangan ataupun tindak lanjut di rumah, sesuai dengan hasil kajian yang dilakukan.
 - d. Pemulangan pasien dilakukan berdasar kriteria yang ditetapkan oleh dokter/dokter gigi yang bertanggung jawab terhadap pasien untuk

memastikan bahwa kondisi pasien layak untuk dipulangkan dan akan memperoleh tindak lanjut pelayanan sesudah dipulangkan.

e. Kriteria pemulangan pasien dan tindak lanjut :

1) Pasien rawat jalan

Tidak memerlukan rawat inap atau dirujuk ke FKTL

2) Pasien UGD

- Kegawatdaruratan medis sudah tertangani.
- Kondisi pasien stabil pasca penanganan/tindakan.
- Untuk pasien dengan tindakan luka, tidak ada perdarahan pada luka.

3) Pasien persalinan

a) Ibu

- Pasien tidak mengalami perdarahan atau tidak ada perdarahan, tidak ada demam, bengkak pada kaki, ataupun gejala lainnya.
- Pasien mengalami kemajuan kondisi klinis.
- Vital sign dalam batas normal atau dapat dikontrol dengan rawat jalan.
- Pasien pulang atas persetujuan dokter.
- Pasien sudah menyelesaikan administrasi.
- Kontrol 3 hari kemudian.

b) Bayi

- Bayi mau menetek/minum ASI.
- Tidak ada sesak nafas
- Tidak ada demam
- Sudah mendapatkan suntikan Vitamin K dan HB 0

f. Resume medis pasien paling sedikit terdiri atas:

- 1) identitas Pasien;
- 2) diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat;
- 3) ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan, dan rencana tindak lanjut pelayanan kesehatan; dan

- 4) nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan.
- g. Resume medis yang diberikan kepada pasien atau keluarga pasien saat pulang dari rawat inap terdiri atas:
 - 1) data umum pasien;
 - 2) anamnesis (riwayat penyakit dan pengobatan);
 - 3) pemeriksaan; dan
 - 4) terapi, tindakan dan / atau anjuran.

G. PELAYANAN RUJUKAN.

1. Pelayanan rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur. Pelayanan rujukan dilaksanakan apabila pasien memerlukan penanganan yang bukan merupakan kompetensi dari fasilitas kesehatan tingkat pertama.
 - a. Dokter melaksanakan proses rujukan bila memenuhi kriteria TACC (Time Age Complication Comorbidity) berikut :

Time	:	jika perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis atau melewati <i>Golden Time Standard</i> .
Age	:	jika usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta resiko kondisi penyakit lebih berat.
Compilation	:	jika komplikasi yang ditemui dapat memperberat kondisi pasien
Comorbidity	:	jika terdapat keluhan atau gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien
 - b. Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, informasi tentang kondisi pasien dituangkan dalam surat pengantar rujukan yang meliputi kondisi klinis pasien, prosedur, dan pemeriksaan yang telah dilakukan dan kebutuhan pasien lebih lanjut.

- c. Proses rujukan harus diatur dengan kebijakan dan prosedur, termasuk alternatif rujukan sehingga pasien dijamin dalam memperoleh pelayanan yang dibutuhkan di tempat rujukan pada saat yang tepat.
- d. Komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih mampu dilakukan untuk memastikan kemampuan dan ketersediaan pelayanan di FKRTL.
- e. Pada pasien yang akan dirujuk dilakukan stabilisasi sesuai dengan standar rujukan.
- f. Pasien/keluarga terdekat pasien mempunyai hak untuk memperoleh informasi tentang rencana rujukan yang meliputi
 - 1) alasan rujukan,
 - 2) fasilitas kesehatan yang dituju, termasuk pilihan fasilitas kesehatan lainnya jika ada, sehingga pasien/keluarga dapat memutuskan fasilitas mana yang dipilih, serta
 - 3) kapan rujukan harus dilakukan.
- g. Pasien berhak untuk menolak jika dirujuk ke sarana kesehatan lain. Penolakan untuk melanjutkan pengobatan maupun untuk rujukan dipandu sesuai dengan prosedur.
- h. Jika pasien tidak mungkin dirujuk, puskesmas wajib memberikan alternatif penanganan yang lain.
- i. Jika pasien perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain, wajib diupayakan proses rujukan berjalan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan pasien agar pasien memperoleh kepastian mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan pilihan tersebut dengan konsekuensinya.
- j. Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis, dan keluarga yang menemani, termasuk pilihan fasilitas kesehatan rujukan) selama proses rujukan.
- k. Pemesanan mobil ambulance untuk rujukan dilakukan sesuai prosedur.

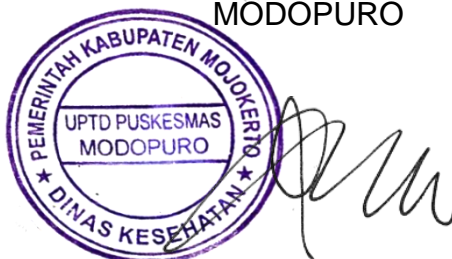
- l. Pemesanan mobil jenazah untuk memenuhi kebutuhan dalam menunjang pelayanan harus sesuai prosedur.
 - m. Selama proses rujukan pasien secara langsung, pemberi asuhan yang kompeten terus memantau kondisi pasien dan fasilitas kesehatan penerima rujukan menerima resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan.
 - n. Dilakukan serah terima pasien yang disertai dengan informasi yang lengkap (SBAR) kepada petugas tentang kondisi pasien kepada petugas penerima transfer pasien.
2. Dilakukan tindak lanjut terhadap rujukan balik dari FKRTL.
- a. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, pada pasien yang dirujuk balik dari FKRTL dilaksanakan tindak lanjut sesuai dengan umpan balik rujukan dan hasilnya dicatat dalam rekam medis.
 - b. Jika Puskesmas menerima umpan balik rujukan pasien dari fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut atau fasilitas kesehatan lain, tindak lanjut dilakukan sesuai prosedur yang berlaku melalui proses kajian dengan memperhatikan rekomendasi umpan balik rujukan.
 - c. Dalam pelaksanaan rujuk balik harus dilakukan pemantauan (monitoring) dan dokumentasi pelaksanaan rujuk balik.

Ditetapkan di : Mojokerto

Pada tanggal : 05 Januari 2022

KEPALA UPTD PUSKESMAS

MODOPURO



EDY GANDIRIYANTO.S.Kep.,Ns

Penata TK I

NIP. 19691014 199003 1 004