



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN

DINAS KESEHATAN

UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU

Jl. Raya Sumberpitu No. 25 Tatur Pasuruan Jawa Timur 67165

Telp. (0343) 6755023 Email : pkmsumberpitu2015@gmail.com

KEPUTUSAN KEPALA UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU

Nomor : 440/030/424.072.05/2023

T E N T A N G

PELAYANAN KLINIS

DI LINGKUNGAN UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU

KEPALA UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU,

- Menimbang : a. bahwa puskesmas sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional;
- b. bahwa salah satu penyelenggaraan pelayanan kesehatan Puskesmas adalah pelayanan klinis (upaya kesehatan perorangan);
- c. bahwa sehubungan dengan maksud sebagaimana tercantum dalam a dan b diperlukan Keputusan Kepala UOBF Puskesmas Sumberpitu;
- Mengingat : 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Asuhan Keperawatan;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Pusat Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat;

6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Gigi;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/514 /2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU TENTANG PELAYANAN KLINIS DI UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU.
- Kesatu : Surat keputusan ini berisi acuan standar pelayanan klinis di UOBF Puskesmas Sumberpitu seperti yang tercantum dalam lampiran
- Kedua : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan ,dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diperbaiki sesuai ketentuan.

Ditetapkan di : Sumberpitu
pada tanggal : 2 Januari 2023

Kepala UOBF
Puskesmas Sumberpitu,



dr. DIAN MEGAWATI
NIP. 198012232010012017

LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA UOBF
PUSKESMAS SUMBERPITU
NOMOR : 440/030/424.072.05/2023
TENTANG : PELAYANAN KLINIS DI LINGKUNGAN
UOBF PUSKESMAS SUMBERPITU

PELAYANAN KLINIS DI LINGKUNGAN PUSKESMAS SUMBERPITU

1. STANDAR PELAYANAN KLINIS DI PUSKESMAS SUMBERPITU

a. PENDAFTARAN PENGGUNA LAYANAN

- 1) Pendaftaran pengguna layanan dipandu oleh prosedur (SOP) yang telah ditentukan.
- 2) Pendaftaran dilakukan oleh tenaga yang memiliki kompetensi.
- 3) Pendaftaran pengguna layanan memperhatikan keselamatan pengguna layanan.
- 4) Proses identifikasi pengguna layanan dengan benar harus dilakukan mulai dari penapisan atau skrining, pada saat proses pendaftaran, serta pada setiap akan dilakukan prosedur diagnostik, prosedur tindakan, pemberian diet, dan pemberian obat.
- 5) Identifikasi harus dilakukan minimal dengan dua cara identifikasi yang relatif tidak berubah, yaitu nama lengkap, tanggal lahir, alamat, nomor rekam medis maupun nomor induk kependudukan.
- 6) Informasi tentang layanan klinis yang tersedia sesuai kebutuhan pengguna layanan (tarif, jenis layanan, ketersediaan tempat tidur rawat inap, fasilitas rujukan yang bekerjasama dengan puskesmas).
- 7) Memperhatikan dan menindaklanjuti kendala fisik, bahasa, budaya ataupun penghalang lain dalam proses pelayanan.
- 8) Menilai, mengevaluasi dan menindaklanjuti keluhan pengguna layanan melalui mekanisme yang ditentukan.
- 9) Hak dan kewajiban pasien harus diperhatikan pada keseluruhan proses yang dimulai dari pendaftaran.

b. PENGKAJIAN, KEPUTUSAN DAN RENCANA LAYANAN

- 1) Kajian awal dilakukan secara paripurna oleh tenaga yang kompeten.
- 2) Kajian dilakukan sesuai kebutuhan oleh tenaga profesi meliputi kajian medis, keperawatan, kebidanan dan atau kajian lain.
- 3) Proses pengkajian dilakukan berpedoman pada standar profesi
- 4) Proses kajian dilakukan sesara sistematis, efektif dan efisien.

- 5) Semua informasi hasil kajian didokumentasikan dalam catatan rekam medis.
- 6) Proses kajian mengikuti kaidah SOAP.
- 7) Pengguna layanan dengan kondisi gawat darurat mendapatkan prioritas pelayanan.
- 8) Pada kasus yang memerlukan penanganan secara tim dilakukan oleh tim interprofesi/terpadu yang telah dibentuk.
- 9) Koordinasi dalam penanganan kasus yang memerlukan tim terpadu dilakukan dengan sistem rujukan internal dan atau rapat antar profesi
- 10) Pada situasi tenaga yang kompeten tidak berada ditempat,wewenang pelayanan didelegasikan kepada tenaga yang memenuhi syarat.
- 11) Pendelegasikan dilakukan dengan mekanisme sesuai prosedur baku dan format yang telah ditetapkan.
- 12) Proses pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan pelayanan dilakukan dengan sarana dan prasarana yang memadai.
- 13) Sarana dan prasarana yang tersedia di Puskesmas menjamin keamanan pengguna layanan dan petugas.
- 14) Jika diperlukan rencana layanan terpadu, rencana disusun secara kolaboratif oleh tim interprofesi/ tim terpadu yang dibentuk Puskesmas.
- 15) Rencana pelayanan dan pelaksanaan pelayanan berpedoman pada prosedur yang dibakukan (SOP).
- 16) Rencana pelayanan dan keputusan layanan disusun pada tiap-tiap pengguna layanan dan melibatkan pengguna layanan dan atau keluarga pengguna layanan.
- 17) Penyusunan rencana layanan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan tata nilai budaya pengguna layanan.
- 18) Penyusunan rencana layanan menunjukkan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya.
- 19) Resiko dan efek samping yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan pelayanan harus diidentifikasi oleh petugas dan disampaikan ke pengguna layanan dan atau keluarga.
- 20) Rencana pelayanan dan pelaksanaan pelayanan harus didokumentasikan dalam catatan rekam medis.
- 21) Dalam rencana layanan memuat konseling, informasi dan edukasi kepada pengguna layanan.

- 22) Dalam kesinambungann layanan setiap petugas wajib melakukan pendidikan atau penyuluhan kepada pasien.

c. PELAKSANAAN PELAYANAN

- 1) Pelaksanaan pelayanan mengacu pada pedoman dan prosedur pelayanan klinis yang telah dibakukan.
- 2) Pedoman dan prosedur layanan klinis meliputi pelayanan medis, asuhan keperawatan, kebidanan dan atau pelayanan profesi kesehatan lain.
- 3) Pelaksanaan layanan diberikan sesuai rencana layanan.
- 4) Pelaksanaan layanan dan perkembangan pengguna layanan termasuk jika ada perubahan rencana layanan dicatat dalam rekam medis .
- 5) Tindakan medis yang beresiko wajib diinformasikan kepada pengguna layanan dan atau keluarga dan mendapatkan persetujuan dari pengguna layanan dan atau keluarga.
- 6) Pemberian informasi dan persetujuan (informed consent) wajib didokumentasikan.
- 7) Pelaksanaan layanan klinis harus dimonitor, dievaluasi dan ditindaklanjuti.
- 8) Tindaklanjut harus dilakukan evaluasi kembali.
- 9) Kasus-kasus kegawatdaruratan mendapatkan prioritas layanan sesuai prosedur layanan pengguna layanan gawat darurat.
- 10) Penetapan kegawatdaruratan kasus untuk mendapatkan prioritas layanan dengan proses triase
- 11) Kasus beresiko tinggi ditangani sesuai prosedur layanan kasus beresiko tinggi
- 12) Penerapan kewaspadaan universal.
- 13) Peralatan kesehatan penunjang layanan klinis dilakukan pemeliharaan dan sterilisasi secara berkala.
- 14) Sarana prasarana penunjang layanan klinis dilakukan pemantauan dan pemeliharaan secara berkala.
- 15) Penggunaan sarana prasarana penunjang memperhatikan kesehatan dan keselamatan pengguna layanan
- 16) Penggunaan alat kesehatan tidak menggunakan ulang alat kesehatan yang disposable
- 17) Kinerja pelayanan klinis dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang ditetapkan.

- 18) Pada saat pemberian layanan memperhatikan harapan dan kebutuhan pengguna layanan.
- 19) Keluhan pengguna layanan dan atau keluarga diidentifikasi dan ditindaklanjuti.
- 20) Pelaksanaan layanan dilakukan secara sistematis, efektif dan efisien.
- 21) Pelaksanaan layanan dilakukan sesuai alur layanan yang ditetapkan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan, pemberian layanan sesuai kebutuhan, pemulangan pengguna layanan.
- 22) Dalam pelaksanaan pelayanan memperhatikan hak dan kewajiban pengguna layanan dan petugas pemberi layanan.
- 23) Pada pengguna layanan yang memutuskan menolak pengobatan dan atau rujukan, wajib diberikan informasi tentang akibat dan tanggung jawab berkenaan dengan keputusan tersebut.
- 24) Pada pemberian obat dan atau cairan intra vena dilakukan sesuai indikasi klinis dengan SOP yang telah ditetapkan
- 25) Dalam pelaksanaan pelayanan setiap petugas berkewajiban untuk menjamin kesinambungan dalam pelayanan
- 26) Pada pengguna layanan yang memerlukan anestesi dan tindakan pembedahan dilaksanakan oleh tenaga yang berkompeten dan dipandu dengan prosedur yang baku (SOP).
- 27) Jenis pemberian anesthesia disesuaikan dengan indikasi klinis, kemampuan serta kewenangan Puskesmas
- 28) Tindakan anestesi dan pembedahan dilakukan setelah pengguna layanan dan atau keluarga memberikan persetujuan dengan menandatangani informed consent.
- 29) Dilakukan monitoring pada pengguna layanan paska anestesia dan atau pembedahan.
- 30) Diberikan konseling, informasi dan edukasi pada pengguna layanan paska layanan.
- 31) Pelaksanaan layanan dilaksanakan secara tepat dan terencana untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu
- 32) Dalam proses pelayanan harus ada koordinasi dan komunikasi antar praktisi klinis dalam pelayanan klinis baik dalam waktu transfer pasien, pergantian jaga petugas, pelaporan kasus maupun pada kasus yang memerlukan penanganan terintegrasi.

d. RENCANA RUJUKAN DAN PEMULANGAN

- 1) Pemulangan pengguna layanan dipandu sesuai prosedur yang telah ditetapkan.
- 2) Dokter yang menangani bertanggungjawab untuk melaksanakan proses pemulangan/rujukan.
- 3) Pada pengguna layanan yang dirujuk balik oleh fasilitas kesehatan rujukan wajib ditindaklanjuti.
- 4) Pengguna layanan yang indikasi rujukan tetapi tidak mungkin dirujuk, puskesmas wajib memberikan alternatif layanan dan dinformasikan ke pengguna layanan dan atau keluarga pengguna layanan.
- 5) Dalam merujuk pengguna layanan harus disertai resume medis yang berisi nama pasien, kondisi pasien, hasil Pemeriksaan, tindakan yang telah dilakukan dan kebutuhan akan tindak lanjut.
- 6) Dalam merujuk, pengguna layanan mempunyai hak memilih fasilitas rujukan setelah mendapatkan informasi indikasi medis dan kompetensi yang tersedia di fasilitas rujukan.
- 7) Dalam merujuk pengguna layanan didampingi petugas kesehatan.
- 8) Selama proses rujukan secara langsung semua pasien selalu dimonitor dan kompetensi petugas yang melakukan monitor sesuai dengan kondisi pasien.
- 9) Kompetensi petugas yang mendampingi rujukan dan melakukan monitor selama rujukan antara lain :

NO	JABATAN	STANDAR KOMPETENSI
1	Perawat	1. DIII Keperawatan 2. Mengikuti pelatihan BCLS, PPGD 3. Diklat teknis fungsional perawat 4. Ketrampilan : tindakan emergency
2	Bidan	1. DIII Kebidanan 2. Diklat teknis fungsional bidan atau CTU 3. Mengikuti pelatihan sesuai :PONED, MTBS, BBLR, Asfiksia 4. Ketrampilan : penanganan bumil, bufas

10) Kriteria merujuk pasien apabila memenuhi salah satu dari kriteria “TACC” (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) berikut:

- a. *Time* : jika perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi kronis atau melewati *Golden Time Standard*.
- b. *Age* : jika usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat.
- c. *Complication* : jika komplikasi yang ditemui dapat memperberat kondisi pasien.
- d. *Comorbidity* : jika terdapat keluhan atau gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien.

Selain empat kriteria di atas, kondisi fasilitas pelayanan juga dapat menjadi dasar bagi dokter untuk melakukan rujukan demi menjamin keberlangsungan penatalaksanaan dengan persetujuan pasien.

11) Pada proses pemulangan pengguna layanan, pengguna layanan dan atau keluarga diberikan konseling, informasi dan edukasi tentang tindak lanjut layanan.

12) Kriteria pemulangan pengguna layanan, dalam proses pemulangan pengguna layanan yang mendapatkan perawatan di Puskesmas Sumberpitu, yang bertanggungjawab adalah Dokter. Dokter penanggung jawab melaksanakan pemulangan pengguna layanan dengan kriteria :

1. Pengguna layanan sembuh
2. Pengguna layanan dengan kondisi membaik
3. Permintaan pengguna layanan dan atau keluarga pengguna layanan menolak tindakan / menolak di rujuk
4. Pengguna layanan meninggal
5. Pengguna layanan dirujuk ke fasilitas rujukan.

2. FASILITAS LAYANAN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS SUMBERPITU

Layanan Rawat Jalan di Puskesmas Sumberpitu menyediakan 8 tempat tidur , meliputi :

1. Layanan Unit KIA-KB
 - 1 tempat tidur
2. Layanan Unit MTBS
 - 1 tempat tidur
3. Layanan Unit Pemeriksaan Umum

- 1 tempat tidur
- 4. Layanan Unit Pemeriksaan Khusus (TB,HIV,Kusta)
 - 1 tempat tidur
- 5. Layanan Unit Gawat Darurat
 - Triase : 3 tempat tidur
 - Observasi : 1 tempat tidur

3. PERSYARATAN PENDAFTARAN

Dalam rangka memperlancar proses layanan termasuk di pendaftaran, pada saat pendaftaran pengguna layanan dipersyaratkan menunjukkan :

- a. Kartu Tanda Pengenal (Kartu Tanda Penduduk/KTP) bagi pengguna layanan usia 17 tahun keatas
- b. Kartu Berobat
- c. Kartu Jaminan Kesehatan (BPJS/KIS) yang masih berlaku bagi peserta jaminan kesehatan
- d. Kartu Keluarga

4. SUSUNAN TIM TERPADU INTERPROFESI

Penanggungjawab : Kepala UOBF Puskesmas

Ketua : Penanggungjawab UKP

Anggota :

1. Profesi Dokter	4. Profesi Perawat
dr. Khumaidi	Hijriyah
dr. Riza Fiddyningrum	Slamet Purwandi
2. Profesi Dokter Gigi	Dwi Agung Prasetyo
-	Dinar Dwi Safitri
3. Profesi Bidan	Dawid Amiruddin
Nanik Praptiningsih	Erif Erfianto
Nasripah	M. Saufi Ilham
Yohana Rede L.	Fingkya Nur
Eva Verawati	Erin Setyowati
Novitasari	Sani Wahyu P.
Usumawati	5 Profesi Perawat Gigi
Titik	Kahila Musfiroh
Kasiyaningsari	6 Profesi Apoteker
Siska Wafa L	Gerardo Dimas N
Iin Nurfadilah	7 Profesi Nutrisionist

	Wiwin Nurwiyati
	8. Promkes
	Wiwin Nurwiyati
	9. Sanitarian
	Rizka Firdayanti
	10. Profesi Analis
	Rini Widayati
	Agung Prasetyo Raharjo

Tim interprofesi dibentuk untuk melakukan penanganan apabila dalam satu kasus diperlukan kolaborasi berbagai profesi dalam penyelesaiannya

5. PENYUSUNAN RENCANA LAYANAN MEDIS

Dalam menyusun rencana layanan medis, pemberi layanan medis harus :

- a. Melibatkan pasien dalam penyusunan rencana layanan medis yang akan diberikan kepada pasien.
- b. Menjelaskan tujuan layanan medis yang akan diberikan.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit yang diderita pasien.
- d. Memberikan *informed consent* sebagai bukti tertulis telah dilakukan pelibatan pasien dalam penyusunan rencana layanan medis.

6. PENGELOLAAN PENGADUAN MASYARAKAT

Tim Pengelolaan Pengaduan : 1. Petugas Penanggungjawab Penerima Pengaduan
- Erin Setyowati
2. Tim Manajemen Mutu

Media yang dipergunakan :

- Kotak saran
- Kotak kepuasan
- Indeks kepuasan masyarakat
- Kontak langsung
- Telpon ke No 0343 – 6755023

Mekanisme pengelolaan : 1. Petugas merekap keluhan/pengaduan
2. Petugas melaporkan hasil rekapitulasi keluhan ke Tim manajemen mutu

3. Tim manajemen mutu melakukan rapat membahas pengaduan yang diterima puskesmas
4. Tim Manajemen mutu menganalisa hasil rekapitulasi
5. Tim Manajemen mutu memilah hasil analisa berdasarkan pengaduan yang dapat ditindaklanjuti langsung dan pengaduan yang memerlukan penanganan khusus
6. Tim manajemen mutu menyusun rencana tindak lanjut penanganan pengaduan masyarakat
7. Tim manajemen melaporkan hasil rapat ke Kepala Puskesmas
8. Tim manajemen menindaklanjuti pengaduan masyarakat sesuai arahan kepala Puskesmas

Tugas Pokok Tim

Pengelola Pengaduan

- Petugas Penanggungjawab Penerima Pengaduan
 1. Menyiapkan media pengaduan
 2. Merekap pengaduan dan hasil survei kepuasan yang masuk ke puskesmas
 3. Melaporkan hasil rekapitulasi ke tim manajemen mutu puskesmas

- Tim Manajemen Mutu
 1. Menganalisa hasil rekapitulasi pengaduan dan survei kepuasan
 2. Memilah hasil analisa berdasarkan tingkat urgensi pengaduan
 3. Mengadakan rapat pembahasan pengaduan masyarakat
 4. Membuat laporan hasil rapat pembahasan kepada kepala puskesmas
 5. Menindaklanjuti pengaduan sesuai arahan kepala Puskesmas

7. DAFTAR RUMAH SAKIT RUJUKAN

Pada kasus-kasus yang memerlukan pelayanan lanjutan, Puskesmas Sumberpitu melakukan rujukan ke fasilitas rujukan yang telah bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yaitu :

- a. RSUD Bangil
- b. RSUD Lawang
- c. RSJ Radjiman Wediodiningrat Lawang
- d. RS Prima Husada Sukorejo
- e. Klinik Mata Pandaan
- f. Klinik Rawat Inap Islam Aisyiyah Pandaan