



PEMERINTAH KABUPATEN JEPARA
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS KELING II
Jalan Raya Keling - Jepara, Keling Jepara Telp. (0291) 579153
Email : pusk.keling2@gmail.com
Kode Pos 59454

KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS KELING II
NOMOR 002 TAHUN 2023

TENTANG
PENYELENGGARAAN PELAYANAN
DI PUSKESMAS KELING II

KEPALA PUSKESMAS KELING II

- Menimbang : a. bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki tugas dan fungsi memberikan pelayanan kesehatan dasar;
- b. bahwa dalam rangka menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar pusat kesehatan masyarakat melaksanakan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan;
- c. bahwa sehubungan dengan hal-hal tersebut di atas diperlukan Surat Keputusan Kepala Puskesmas Keling II Kabupaten Jepara tentang Jenis-jenis Pelayanan;
- Mengingat : 1. Undang-undang RI Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik kedokteran;
2. Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 04 tahun 2019, tentang Standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada standar pelayanan minimal bidang kesehatan;
7. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara Nomor 074 tahun 2023 tentang Penetapan indikator kinerja teknis pelayanan kesehatan di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara;

M E M U T U S K A N

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS KELING II TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PUSKESMAS KELING II
- KESATU : Menetapkan penyelenggaraan jenis-jenis pelayanan yang disediakan berdasarkan prioritas;
- KEDUA : Penyelenggaraan Jenis pelayanan ini dibagi menjadi Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas, Upaya Kesehatan Perorangan, dan Upaya Kesehatan Masyarakat;
- KETIGA : Kegiatan Pelayanan dilaksanakan sebagaimana tersebut dalam lampiran keputusan yang merupakan bagian tak terpisahkan dari keputusan ini;
- KEEMPAT : Seluruh pelayanan dan kegiatan baik di dalam gedung dan di luar gedung harus mengacu pada Pedoman/Panduan, Kerangka Acuan, SOP yang telah ditetapkan oleh Kepala Puskesmas;
- KELIMA : Seluruh hasil pelayanan dan kegiatan dilakukan *monitoring* dan evaluasi oleh Penanggung Jawab dan Kepala Puskesmas;
- KEENAM : Bukti pelaksanaan jenis-jenis pelayanan didokumentasikan oleh unit kerja penyelenggaraan pelayanan;
- KETUJUH : Dengan adanya keputusan ini, Surat Keputusan tentang Tim Manajemen Fasilitas dan Keselamatan Nomor 34 Tahun 2022, Surat Keputusan tentang Penyelenggaraan Jaringan Pelayanan Puskesmas Nomor 003/KAPUS/II/2020, Surat Keputusan tentang Supervisi Jaring dan Jejaring Pelayanan Puskesmas Nomor 004/KAPUS/II/2020, Surat Keputusan tentang Hak dan Kewajiban Pasien atau Pelanggan Nomor 025/KAPUS/VI/2018, Surat Keputusan tentang Kebijakan Pelayanan Klinis Nomor 118/KAPUS/IX/2019, Surat Keputusan tentang Jenis-jenis Pelayanan Nomor 014/KAPUS/V/2019 sudah tidak berlaku.
- KEDELAPAN : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/ perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan : Jepara

Pada Tanggal : 02 Januari 2023

KEPALA PUSKESMAS KELING II



ACHMAD HARIYANTO, S.Kep., Ns. MM.

PENATA TK I

NIP. 197210311994031004

LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS
KELING II

Tentang : Tentang Penyelenggaraan Pelayanan
Puskesmas Keling II

Nomor : 002 TAHUN 2023

Tanggal : 02 Januari 2023

I. PENYELENGGARAAN PELAYANAN PUSKESMAS KELING II

NO	PENYELENGGARAAN PELAYANAN
A. KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PUSKESMAS	
1.	Administrasi
	a. Surat keterangan Dokter untuk persyaratan administrative,(Pendidikan, melamar pekerjaan, calon pengantin, calon haji) dan surat keterangan istirahat
	b. Pelayanan P3K dalam jam dinas
	c. Pelayanan P3K diluar jam dinas
	d. Pelayanan Pendidikan
	1) D3
	2) D4/S1
	3) Profesi
2.	Manajemen
	a. Manajemen Umum
	b. Manajemen Sumberdaya
	c. Manajemen Keuangan Dan BMD/BMN
	d. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat
	e. Manajemen Data dan Informasi
	f. Manajemen Mutu
	1) Manajerial,UKM dan UKP
	2) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
	3) Keselamatan Pasien (KP)
	4) Manajemen Risiko
	5) Kepuasan Pelanggan
	6) Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
	7) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
	g. Pembinaan Jaringan dan Jejaring
B. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT ESENSIAL	
1.	Pelayanan promosi kesehatan;
2.	Pelayanan kesehatan lingkungan;

3.	Pelayanan gizi;
4.	Pelayanan kesehatan keluarga;
5.	Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular
6.	Pelayanan surveilans dan Imunisasi
C. UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT PENGEMBANGAN	
1.	Pelayanan Kesehatan Kerja;
2.	Pelayanan Kesehatan Olahraga;
3.	Pelayanan Kesehatan Tradisional;
4.	Pelayanan Kesehatan Gigi Masyarakat;
D UPAYA KESEHATAN PERORANGAN	
1.	Pelayanan Umum
2.	Pelayanan Ibu & KB
3.	Pelayanan Anak
4.	Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
5.	Pelayanan Laboratorium
6.	Pelayanan Farmasi (Obat)
7.	Pelayanan Ruang Tindakan dan Gawat Darurat
8.	Pelayanan <i>Layak Persalinan</i>
9.	Konsultasi kesehatan (gizi, kesling)
10.	Pelayanan Lansia
11.	Pelayanan konsultasu gizi dan Kesehatan lingkungan

II. JADWAL PENDAFTARAN DAN PELAYANAN

JADWAL PENDAFTARAN		
HARI	JAM PENDAFTARAN	
Senin - Kamis	07.00 – 11.30 WIB	
Jumat	07.30 – 10.00 WIB	
Sabtu	07.00 – 11.00 WIB	
JADWAL PELAYANAN		
PELAYANAN	HARI	JAM PELAYANAN
Pemeriksaan Umum Pelayanan gigi dan mulut	Senin – Kamis Jumat Sabtu	07.30 WIB Sampai dengan selesai 07.30 WIB Sampai dengan selesai 07.30 WIB Sampai dengan selesai

Pelayanan Ibu dan KB		
Vaksinasi Covid 19	Senin s/d Sabtu	07.30 WIB Sampai dengan selesai (sesuai Ketersediaan Vaksin)
Laboratorium	Senin s/d Sabtu	07.30 WIB Sampai dengan selesai
Layak Persalinan	Setiap hari	Buka 07.30-21.00
Ruang Tindakan dan gawat darurat (RTGD)	Setiap hari	Buka 07.30-21.00
Kesehatan olahraga UKGM	Jumat 1 Bulan 3 Kali	06.00 – 07.00 WIB 08.00 WIB Sampai dengan selesai
UKK	Bulan Januari, Mei, Juni, Oktober	Jam Pelayanan
Pos kesehatan desa (PKD)	Senin s/d Sabtu	08.00 WIB Sampai dengan selesai
Puskesmas Pembantu (Pustu)	Senin dan Kamis	08.00 WIB Sampai dengan selesai
JADWAL PELAYANAN		
PELAYANAN	BULAN	JAM PELAYANAN
Pembinaan Jaringan dan Jejaring	Mei s/d November	Jam Pelayanan

III. TARIF PELAYANAN BERDASARKAN PERDA KABUPATEN JEPARA NOMOR 12 TAHUN 2018

NO	JENIS PELAYANAN	TARIF (Rp)
A.	Rawat jalan	0
1.	Rawat jalan (bagi penduduk luar kabupaten Jepara)	15.000
B.	Tindakan medis	
1.	Tindakan medis umum	
	a. Tindakan medik ringan	25.000
	b. Tindakan medik sedang	60.000
	c. Tindakan medik berat	130.000
2.	Tindakan medis khusus	
	a. Khitan	200.000
	b. Ekstirpasi lipoma	160.000
	c. Nebulizer	50.000
	d. Pemakaian O2 / liter/jam	11.000
C.	Tindakan Kebidanan	
	a. Persalinan normal di Layak Persalinan	700.000

	b. Persalinan di PKD dalam jam dinas	700.000
	c. Persalinan dengan penyulit	950.000
	d. Suntik KB	10.000
	e. Pemasangan dan lepas implan	75.000
	f. Pemasangan dan lepas IUD	75.000
	g. Pemeriksaan IVA	25.000
	h. Pra rujukan	125.000
D.	Tindakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut	
1.	Tindakan gigi standar	
	a. Pengobatan gigi standar	10.000
	b. Pengobatan gusi standar	10.000
2.	Tindakan pencabutan	
	a. pencabutan gigi susu tanpa injeksi/CE	15.000
	b. Pencabutan gigi susu dengan <i>topical gel/spray</i>	15.000
	c. Pencabutan gigi susu dan infiltrasi	20.000
	d. Pencabutan gigi permanen ringan (dengan blok mandibula, infiltrasi)	20.000
	e. Pencabutan gigi permanen berat (dengan blok anestesi)	25.000
	f. Pencabutan gigi permanen dengan / exo dengan komplikasi	30.000
	g. Pencabutan gigi dengan odontectomy	50.000
3.	Tindakan konservasi	
	a. Tumpatan glass ionomer kecil	15.000
	b. Tumpatan glass ionomer sedang	20.000
	c. Tumpatan glass ionomer berat	30.000
	d. Tumpatan composit light curing kecil	40.000
	e. Tumpatan composit light curing sedang	50.000
	f. Tumpatan composit light curing sedang	50.000
	g. Tumpatan sementara	65.000
	h. Devitalisasi pulpa	10.000
	i. Pulpa capping	15.000
	j. Trepanasi/ open bur	15.000
	k. Dressing/sterilisasi	15.000

	l. Mumifikasi pulpa	15.000
	m. Pembersih karang gigi/ scaling persextan	25.000
	n. Bedah mulut ringan	25.000
	o. Bedah mulut sedang	
	p. Suturing	25.000
	q. Pengolahan drysocket	20.000
E.	Tindakan pelayanan kesehatan mata	
	a. Pemeriksaan visus	10.000
	b. Koreksi visus	20.000
	c. Pengambilan corpusalienum	20.000
	d. Incise hoedeulum luar	20.000
	e. Incise hoedeulum dalam	30.000
	f. Pemeriksaan tes buta warna	10.000
F.	Pemeriksaan penunjang medis	
1.	Pemeriksaan urine	
	a. Urine rutin	10.000
	b. Urine lengkap	10.000
	c. Tes kehamilan	20.000
2.	Pemeriksaan faeses	
	a. Faeses rutin	12.000
3	Pemeriksaan darah	
	a. Darah rutin perjenis (Hb, LED)	15.000
	b. Golongan darah	10.000
	c. Darah lengkap	45.000
	d. Widal	25.000
	e. Hbsag	25.000
	f. Gula darah	20.000
	g. SGOT	30.000
	h. SGPT	30.000
	i. Asam Urat	20.000
	j. Ureum	30.000
	k. Creatinine	30.000
	l. Kolesterol total/HDL/LDL	45.000

	m. Trigliserit	50.000
	n. Bilirubin direct	20.000
	o. Bilirubin indirect	15.000
	p. Malaria slide	25.000
	q. Malaria rapid	60.000
	r. Tes HIV	70.000
	s. Manthoux	75.000
	t. Secret IMS	30.000
	u. Pemeriksaan EKG	20.000
	v. Pemeriksaan dopler	10.000
G.	Pelayanan rehabilitasi medis	
1.	Exercise terapy	10.000
2.	Infra merah	10.000
3.	Ultraviolet	10.000
4.	Diatermi	15.000
5.	Electrical stimulasi	15.000
6..	Ultrasonic	15.000
7.	General exercise	15.000
8.	Traksi lumbal	15.000
9.	Traksi vertical	15.000
10.	Massage	15.000
11.	Vibrator	15.000
H.	Pemeriksaan visum	
1.	Visum luar jenazah dalam gedung	30.000
2.	Visum luar jenazah luar gedung	45.000
3.	Visum korban hidup	20.000
I.	Pelayanan kesehatan tradisional	
1.	Acupressure	45.000
2.	Akupuntur	60.000
J.	Pelayanan kesehatan lainnya	
1.	Surat keterangan dokter untuk pendidikan	5.000

2.	Surat keterangan dokter untuk melamar pekerjaan	10.000
3.	Konsultasi kesehatan (reproduksi, narkoba, gizi, kesling, klinik IMS)	5.000
4.	Konsultasi dokter gigi	5.000
5.	Konsultasi dokter spesialis	35.000
6.	Surat keterangan dokter untuk calon pengantin	15.000
7.	Surat keterangan dokter untuk calon haji	15.000
8.	Surat keterangan dokter untuk persyaratan asuransi	25.000
9.	Surat keterangan dokter untuk persyaratan SIM	15.000
10.	Surat keterangan dokter untuk penyidikan	25.000
11.	Pelayan P3K dalam jam dinas	200.000
12.	Pelayanan P3K di luar jam dinas	300.000
13.	Surat keterangan dokter untuk keperluan lain-lain (sertifikasi, beasiswa, dll)	15.000

IV. PENYELENGGARAAN KMP

A. Kebijakan perencanaan puskesmas:

1. Perencanaan Puskesmas disusun berdasarkan analisis kebutuhan masyarakat dengan melibatkan masyarakat dan lintas sektor terkait dan disesuaikan dengan visi, misi fungsi dan tugas pokok Puskesmas.
2. Analisis kebutuhan masyarakat dilakukan melalui pertemuan dengan tokoh masyarakat, sektor terkait, analisis data survailance dan capaian kinerja Puskesmas.
3. Rencana Puskesmas disusun dalam bentuk Perencanaan Tahunan Puskesmas, Rencana Usulan Kegiatan dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan / Plan Of Action (POA).
4. Rencana puskesmas merupakan perencanaan yang terintegrasi antara pelayanan UKM dan pelayanan UKP.
5. Rencana Pelaksanaan Kegiatan / POA Puskesmas dapat revisi jika diperlukan berdasarkan hasil monitoring pencapaian kegiatan dan atau bila ada perubahan kebijakan pemerintah.
6. Monitoring secara periodik seluruh pelaksanaan upaya Puskesmas oleh Kepala Puskesmas dan penanggung jawab upaya Puskesmas.

B. Administrasi dan Manajemen;

1. Rencana Lima Tahunan.
2. RUK berdasarkan Rencana Lima Tahunan, melalui analisis situasi dan perumusan masalah.
3. RPK secara terinci dan lengkap.
4. Lokakarya mini bulanan.
5. Lokakarya mini tribulanan.
6. PKP (Penilaian Kinerja Puskesmas)
2. Laporan bulanan.
3. Laporan 20 Besar Penyakit.

C. Manajemen Sumber Daya:

1. Inventarisasi peralatan (termasuk kalibrasi dan pemeliharaan) di puskesmas.
2. Inventarisasi sarana prasarana termasuk pemeliharaan di puskesmas.
2. Pencatatan penerimaan dan pengeluaran obat.
3. Struktur organisasi.
4. Pembagian tugas dan tanggung jawab tenaga puskesmas.
5. Evaluasi kinerja tenaga puskesmas.
6. Rencana kerja karyawan.
7. Analisis kompetensi karyawan.

D. Manajemen Keuangan dan BMD/BMN:

1. Penatausahaan keuangan dan aset.
2. Pembukuan keuangan.
3. Laporan pertanggung-jawaban keuangan (SPJ).
4. Berita Acara Pemeriksaan Kas.
5. Laporan inventaris barang BMD/BMN.

E. Manajemen Pemberdayaan Masyarakat:

1. Survey Mawas Diri (SMD).
2. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

F. Manajemen Data dan Informasi:

1. Sistem Informasi Kesehatan.
2. Pengelolaan data dan informasi.

G. Manajemen Mutu:

1. Penyelenggaraan Mutu oleh Ketua Mutu.

- a. Melaksanakan tugas dan tanggungjawab berdasarkan persyaratan yang ditetapkan.
- b. Menerapkan dan memelihara sistem manajemen Mutu Puskesmas.
- c. Menerapkan dan memelihara Standar Operasional Prosedur (SOP) pengendalian dokumen.
- d. Bertanggungjawab memastikan kebijakan dan sasaran Mutu Kinerja Puskesmas dipahami oleh karyawan.
- e. Memeriksa, meninjau dan memberi masukan mengenai kebijakan mutu Puskesmas.
- f. Memastikan rencana manajemen mutu dilaksanakan oleh masing-masing fungsi atau unit kerja sesuai dengan tujuan dan sasaran Puskesmas.
- g. Menerapkan dan memelihara prosedur tinjauan manajemen.
- h. Melaksanakan dan mendokumentasikan pelaksanaan rapat tinjauan manajemen.
- i. Mengevaluasi dan meningkatkan kinerja sistem manajemen mutu melalui audit Internal.
- j. Merencanakan, menetapkan, dan melaksanakan proses pengukuran kepuasan pelanggan.
- k. Menetapkan dan memelihara proses pengukuran, analisis, dan perbaikan berkesinambungan yang di bawah tanggung jawabnya.
- l. Mengkoordinir untuk melakukan analisis data dan hasil mutu internal, kinerja Puskesmas dan hasil pengukuran kepuasan pelanggan serta melaporkan kepada kepala Puskesmas.
- m. Menetapkan, menerapkan dan memelihara prosedur tindakan perbaikan dan pencegahan.
- n. Memastikan peningkatan terus menerus sistem manajemen mutu Puskesmas.
- o. Melaporkan hasil tindakan dan pencegahan dalam tinjauan manajemen.

2. Manajerial,UKM dan UKP.

- a. Melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan yang ditetapkan.
- b. Memastikan pelaksanaan aktivitas yang berada di bawah tanggung jawabnya sesuai dengan kebijakan mutu Puskesmas.
- c. Menyusun rencana manajemen mutu sesuai sasaran mutu kinerja.

- d. Bertanggungjawab dalam penerapan dan pemeliharaan sistem yang berada di bawah tanggung jawabnya.
- e. Memastikan untuk mengukur, memantau, dan menganalisa proses yang terkait dengan unit masing-masing.
- f. Melakukan tindakan perbaikan dan tindakan pencegahan serta melakukan perbaikan terus menerus.
- g. Mensosialisasikan kebijakan mutu dan sasaran mutu kinerja kepada karyawan baik lintas program maupun lintas sektoral.
- h. Melaksanakan rencana manajemen mutu sesuai dengan batas waktu yang direncanakan.
- i. Memantau pelaksanaan rencana manajemen mutu di unit kerjanya.
- j. Memastikan bahwa personil yang berada di bawahnya melaksanakan tugas sesuai dengan tanggung jawab yang telah ditetapkan.
- k. Menindaklanjuti hasil keputusan rapat tinjauan manajemen.
- l. Memantau dan mengawasi kebutuhan sumber daya pada masing-masing unit.
- m. Memberikan masukan tentang kompetensi klinis dan tenaga non klinis lainnya.
- n. Memastikan pemeliharaan lingkungan kerja dilaksanakan untuk mendukung pelayanan Puskesmas.

3. Anggota Mutu.

- a. Menjaga kebersihan, kerapian, dan kenyamanan lingkungan kerja di unit kerja.
- b. Menetapkan dan memelihara pengukuran dan pemantauan proses dan pelayanan dalam unit kerjanya untuk memelihara sistem manajemen mutu Puskesmas.
- c. Melaporkan permasalahan dan atau pencegahan di unit kerja masing-masing sesuai SOP tindakan perbaikan dan pencegahan.
- d. Melakukan peningkatan terus menerus sistem manajemen mutu dan kinerja di unit kerja masing-masing.

4. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (PPI)

- a. Membangun kesadaran akan pentingnya upaya pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di Puskesmas.
- b. Melakukan pengkajian tentang penyelenggaraan PPI di Puskesmas.
- c. Menyusun Panduan PPI Puskesmas.

- d. Menyusun Standar Operasional Prosedur (SOP) PPI bersama unit terkait.
 - e. Memberikan sosialisasi tentang kebijakan, panduan dan SOP PPIV kepada semua staf Puskesmas.
 - f. Menyiapkan media edukasi dan informasi PPI.
 - g. Melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi bersama seluruh staf Puskesmas.
 - h. Melakukan monitoring dan evaluasi penerapan PPI di Puskesmas secara berkala.
 - i. Melakukan pembinaan kepada staf dan unit-unit pelayanan tentang penerapan PPI.
 - j. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan yang sesuai dengan prinsip PPI dan aman bagi yang menggunakan.
 - k. Memberikan masukan yang menyangkut konstruksi bangunan, renovasi ruangan, cara pemrosesan alat dan linen yang sesuai dengan prinsip PPI.
 - l. Melakukan investigasi masalah atau kejadian luar biasa HAIS (Healthcare Associated Infections).
 - m. Melaporkan kepada kepala Puskesmas secara berkala paling sedikit 2 (dua) kali dalam setahun atau sesuai kebutuhan.
 - n. Menyiapkan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan PPI di Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten.
5. Keselamatan Pasien.
- a. Membantu kepala puskesmas dalam hal menangani masalah-masalah yang berkaitan dengan mutu klinis dan keselamatan pasien.
 - b. Memberikan pengarahan dan pelaksanaan tentang sasaran keselamatan pasien di Puskesmas.
 - c. Mengembangkan program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien di Puskesmas.
 - d. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien .
6. Manajemen Risiko.
- a. Mendata KTD,KPC dan KNC
 - b. Melaksanakan rapat TIM Manajemen risiko setiap 3 bulan sekali.
 - c. Melakukan Analisa terhadap KTD,KPC dan KNC.
 - d. Menyusun RTL untuk mencegah KTD,KPC dan KNC.
 - e. Menyusun RTL PPI.

- f. Mengikuti rapat tinjauan manajemen.
7. Kepuasan Pelanggan.
- a. Melakukan survei kepuasan pelanggan.
 - b. Melaksanakan rapat TIM setiap 3 bulan sekali.
 - c. Menganalisa hasil survei .
 - d. Menyusun RTL dan TL hasil survei.
 - e. Mengikuti rapat tinjauan manajemen
8. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
- a. Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Puskesmas Keling II meliputi Sistem Manajemen K3 (SMK3) dan Standar K3.
 - b. Sistem Manajemen K3 meliputi kegiatan penetapan kebijakan, perencanaan program, pelaksanaan, dan monitoring evaluasi program.
 - c. Standar K3 di Puskesmas Keling II meliputi kegiatan identifikasi potensi bahaya dan risiko, penerapan kewaspadaan standard, penerapan prinsip ergonomi, pemeriksaan kesehatan berkala dan imunisasi, Pembiasaan PHBS, Pengelolaan sarana prasarana sesuai aspek keselamatan kerja, Pengelolaan alat medis sesuai aspek keselamatan kerja, Pengelolaan Bahan Beracun dan Berbahaya (B3) beserta limbahnya, dan Pengelolaan Limbah Medis dan Non medis.
9. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK):
- a. Penyusunan kebijakan, panduan dan standar operasional prosedur MFK Puskesmas.
 - b. Penyusunan perencanaan MFK Puskesmas, pelaksanaan rencana, pemantauan dan evaluasi kinerja, serta peninjauan dan peningkatan kinerja MFK Puskesmas.
 - c. Pelaksanaan identifikasi potensi bahaya dan manajemen risiko MFK Puskesmas.
 - d. Pengusulan kebutuhan sarana dan prasarana yang mendukung dan menunjang pelaksanaan MFK di Puskesmas.
 - e. Pelaksanaan pengelolaan prasarana puskesmas dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja.
 - f. Pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja.
 - g. Pengelolaan peralatan medis dari aspek keselamatan dan kesehatan kerja.
 - h. Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3).
 - i. Pencegahan dan pengendalian kebakaran.
 - j. Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana.

H. Penyelenggaraan Pelayanan Pembinaan Jaringan dan Jejaring:

1. Jaringan Puskesmas terdiri dari Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD).
2. Jejaring Puskesmas terdiri dari semua fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Keling II.
3. Program pembinaan meliputi aspek program kegiatan, tenaga dan sasaran. Program pembinaan yang harus dilakukan antara lain :
 - a. Dilakukan identifikasi jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja Puskesmas.
 - b. Disusun program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dengan jadwal dan penanggung jawab yang jelas.
 - c. Program pembinaan terhadap jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai rencana.
 - d. Dilakukan tindak lanjut terhadap hasil pembinaan.
 - e. Dilakukan pendokumentasian dan pelaporan terhadap pelaksanaan kegiatan pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Sasaran
 - a. Data jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Keling II.
 - b. Terjaminnya kesinambungan ketersediaan sumber daya jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar, dalam menjamin mutu pelayanan.
 - c. Peningkatan kompetensi tenaga jaringan pelayanan Puskesmas.
 - d. Monitoring dan evaluasi kinerja jaringan Puskesmas di wilayah kerjanya secara berkala dan berkesinambungan.
 - e. Tersedianya laporan kegiatan, data dan masalah kesehatan prioritas dari jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan Kegiatan.

Evaluasi kegiatan dilakukan pada saat persiapan proses dan akhir kegiatan, dengan pelaporan pelaksanaan Pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Kegiatan.
 - a. Dilakukan pencatatan terhadap hasil-hasil yang dicapai dari hasil Pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

- b. Dilakukan pelaporan hasil Pembinaan jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan oleh penanggung jawab kegiatan kepada kepala Puskesmas.

V. PENYELENGGARAAN UKM

A. Kebijakan Perencanaan, akses, dan evaluasi kinerja UKM:

1. Perencanaan tiap-tiap UKM Puskesmas disusun berdasar analisis kebutuhan masyarakat, dan mengacu pada pedoman atau acuan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan capaian kinerja masing-masing UKM.
2. Identifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat dilakukan melalui survei mawas diri, musyawarah masyarakat desa, kegiatan survei yang lain, kotak saran, maupun temu muka dengan tokoh masyarakat dan sasaran masing-masing UKM untuk memperoleh umpan balik dari masyarakat, kelompok masyarakat, dan sasaran.
3. Perencanaan tiap-tiap UKM harus diintegrasikan dalam perencanaan Puskesmas, baik dalam perencanaan lima tahunan, RUK, dan RPK.
4. Umpan balik dari masyarakat digunakan baik dalam penyusunan rencana, maupun untuk perubahan rencana yang disusun.
5. Inovasi dalam penyelenggaraan UKM dilakukan sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan harapan masyarakat, perubahan regulasi, perkembangan teknologi.
6. Permasalahan dan hambatan dalam penyelenggaraan masing-masing UKM harus diidentifikasi, dianalisis dan ditindaklanjuti dengan mengikuti siklus PDCA dalam bentuk upaya perbaikan yang berkesinambungan dan inovasi perbaikan.
7. Inovasi dalam penyelenggaraan UKM harus direncanakan, dilaksanakan dan dievaluasi.
8. Untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap kegiatan UKM, jadwal pelaksanaan kegiatan harus disepakati dan diinformasikan pada sasaran, lintas program, dan lintas sektor terkait.
9. Sasaran kegiatan UKM berhak untuk mendapatkan akses yang mudah dan tepat waktu dalam berperan aktif pada saat pelaksanaan kegiatan UKM.
10. Sasaran UKM, lintas program dan lintas sektor terkait harus mendapat informasi tentang kegiatan masing-masing UKM, tujuan, tahapan dan jadwal pelaksanaan.
11. Akses masyarakat dan sasaran UKM harus dievaluasi.

12. Masyarakat dan sasaran UKM berhak untuk menyampaikan keluhan dan umpan balik melalui media komunikasi: SMS, kotak saran, dan pertemuan dengan tokoh masyarakat maupun forum-forum komunikasi
13. Umpan balik masyarakat wajib ditindaklanjuti. Tindak lanjut Yang dilakukan harus diinformasikan kepada masyarakat
14. Kinerja masing-masing UKM harus dievaluasi, dianalisis dan ditindaklanjuti dalam bentuk perbaikan yang berkesinambungan dan inovasi perbaikan.

B. Kebijakan Penyelenggaraan UKM

1. Penanggungjawab UKM harus memenuhi persyaratan kompetensi sebagaimana pada pedoman tiap-tiap UKM.
2. Analisis kompetensi wajib dilakukan untuk tiap penanggungjawab.
3. Jika kompetensi belum terpenuhi maka harus dilakukan tindak lanjut untuk memenuhi kompetensi yang dipersyaratkan.
4. Penanggungjawab dan pelaksana UKM yang baru wajib mengikuti Program orientasi.
5. Penyelenggaraan UKM dilaksanakan sesuai dengan tata nilai yang disepakati dan rencana yang disusun.
6. Kepala Puskesmas wajib melakukan pembinaan dan arahan kepada tiap-tiap penanggungjawab UKM dalam pelaksanaan kegiatan UKM.
7. Penanggungjawab UKM wajib melakukan pembinaan dan arahan kepada pelaksana kegiatan UKM.
8. Penanggungjawab UKM wajib melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam penyelenggaraan UKM.
9. Dalam penyelenggaraan kegiatan UKM harus diidentifikasi risiko yang mungkin terjadi terhadap lingkungan, dan dilakukan upaya untuk mencegah dan/atau meminimalisasi akibat dari risiko yang terjadi.
10. Dalam penyelenggaraan UKM dilakukan fasilitasi pemberdayaan masyarakat dan sasaran. Pemberdayaan masyarakat dimulai dengan keterlibatan masyarakat dalam menyampaikan kebutuhan, keluhan, umpan balik, aktif dalam pelaksanaan kegiatan UKM, sampai dengan mengembangkan kegiatan-kegiatan UKBM
11. Dalam pelaksanaan kegiatan UKM, penanggungjawab dan pelaksana dipandu oleh uraian tugas yang jelas yang dikaji secara regular minimal setahun sekali.

12. Lintas program dan lintas sektor terkait harus diidentifikasi untuk tiap UKM dengan kejelasan peran masing-masing.
13. Akuntabilitas penyelenggaraan UKM dilaksanakan dengan monitoring dan evaluasi kinerja UKM.
14. Monitoring sebagai wujud akuntabilitas dilakukan dengan cara analisis terhadap laporan kegiatan UKM, supervisi oleh Kepala Puskesmas maupun penanggungjawab UKM, dan pertemuan monitoring kegiatan UKM oleh penanggungjawab UKM.
15. Evaluasi kinerja UKM secara periodik dilakukan minimal dua kali setahun.
16. Untuk mencapai kinerja UKM Esensial Promosi Kesehatan dilakukan upaya-upaya promotif dan preventif sebagai berikut:
 - a. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan.
 - b. Pendampingan dan pembinaan teknis dalam tahapan pemberdayaan Masyarakat.
 - c. Melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan pemangku kepentingan di wilayah kerja Puskesmas.
 - d. Membangun kemitraan dengan ormas dan pihak swasta di wilayah kerja Puskesmas dan mengembangkan media KIE.
 - e. Melakukan peningkatan kapasitas.
 - f. Memfasilitasi edukasi kesehatan kepada Masyarakat.
Penggerakan masyarakat dan Upaya-upaya promotif dan preventif lainnya.
17. Untuk mencapai kinerja UKM Esensial Penyehatan Lingkungan dilakukan upaya-upaya promotif dan preventif sebagai berikut:
 - a. Melakukan pemicuan, pendampingan verifikasi desa STBM serta update data, dan lain-lain.
 - b. Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan TFU dan TPP, pembinaan, update data.
 - c. Melakukan upaya-upaya promotif dan preventif lainnya.
18. Untuk mencapai kinerja UKM Esensial Kesehatan Keluarga dilakukan upaya-upaya promotif dan preventif sebagai berikut.
 - a. Untuk pelaksanaan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita, minimal 50% desa sudah mempunyai kelas ibu hamil dan kelas ibu balita.
 - b. Puskesmas sudah melakukan orientasi P4K.
 - c. Puskesmas melaksanakan penyeliaan fasilitatif minimal 2 kali dalam setahun.

- d. Peningkatan peran masyarakat dalam pemanfaatan buku KIA melalui pelaksanaan kelas ibu balita, sosialisasi/orientasi kader kesehatan, guru PAUD/KB/TK/RA dan kelompok BKB.
- e. Puskesmas PKPR menjangkau sasaran remaja di luar gedung melalui UKS baik di sekolah umum maupun SLB, pesantren, posyandu remaja, pramuka.
- f. Puskesmas melakukan kerja sama dengan Kantor Urusan Agama (KUA), lembaga agama lain dan lintas sektor (LS), terkait lainnya dalam mendorong calon pengantin (catin) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi.
- g. Puskesmas melakukan kerja sama dengan PLKB dalam penyediaan alkon dan peningkatan minat masyarakat dalam pelayanan kontrasepsi.
- h. Puskesmas melakukan pelayanan Kesehatan reproduksi yang berkualitas bagi catin dengan penyediaan SDM dan sarana prasarana untuk melakukan KIE dan skrining Kesehatan.
- i. Pemanfaatan kohort usia reproduksi dalam memantau pelayanan bagi catin, PUS dan pelayanan KB.
- j. Pelayanan lansia di Puskesmas yang santun lansia mengikuti prinsip-prinsip: memberikan pelayanan yang baik dan berkualitas, memberikan prioritas pelayanan kepada lansia dan penyediaan sarana yang aman dan mudah diakses, memberikan dukungan/bimbingan pada lansia dan keluarga secara berkesinambungan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, melakukan pelayanan secara proaktif melalui kegiatan pelayanan di luar gedung, melakukan koordinasi dengan lintas program dengan pendekatan siklus hidup, dan melakukan kerja sama dengan lintas sektor, organisasi kemasyarakatan maupun dunia usaha dalam rangka meningkatkan kualitas hidup lansia.
- k. Adanya dokumentasi hasil upaya-upaya pelaksanaan.

19. Untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Gizi dilakukan dengan upaya-upaya promotif dan preventif (2) Melakukan Asuhan Gizi dengan ketentuan,

- a. Suplementasi tablet tambah darah (TDD) pada ibu hamil dan remaja putri.
- b. Pemberian makanan tambahan (PMT) pada ibu hamil KEK.
- c. Pemberian makanan tambahan (PMT) untuk balita gizi kurang.

- d. Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).
 - e. Pemantauan pertumbuhan balita.
 - f. Suplementasi kapsul vitamin A pada balita dan ibu nifas
 - g. Pencegahan dan tata laksana gizi buruk.
20. Untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial P2 dilakukan Dengan upaya-upaya promotif dan preventif Melakukan deteksi dini PTM baik di dalam dan di luar Gedung Koordinasi lintas sektor terkait pelaksanaan program deteksi dini, Koordinasi jaring dan jejaring untuk temuan kasus aktif TB SO.
21. Untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Esensial Jiwa dilakukan dengan upaya-upaya promotif dan preventif deteksi dini jiwa di luar dan di dalam Gedung dengan menggunakan media informasi yang ada.
22. Untuk mencapai kinerja pelayanan UKM Pengembangan Yankestrad, Kesehatan Olahraga, UKGM dan UKK dilakukan kegiatan promotif dan preventif di dalam dan di luar Gedung serta penggunaan media informasi yang ada.

VI. PENYELENGGARAAN LAYANAN KLINIS/UKP

Penyelenggaraan pelayanan klinis dimulai dari proses penerimaan pasien sampai dengan pemulangan yang dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan mutu pelayanan yang didukung oleh sarana, prasarana, dan lingkungan.

A. Penapisan

Penapisan dilakukan sejak awal dari penerimaan pasien untuk memilah pasien sesuai dengan kemungkinan penularan infeksi, kebutuhan pasien, dan kondisi kegawatan. Kegiatan penapisan dipandu dengan prosedur penapisan awal pasien.

B. Pendaftaran

1. Pendaftaran pasien dipandu dengan prosedur pendaftaran.
2. Persetujuan umum (*general consent*) diminta saat pertama kali pasien periksa ke rawat jalan.
3. Keselamatan pasien diperhatikan sejak pasien pertama kali mendaftarkan diri ke puskesmas dan berkontak dengan puskesmas, terutama dalam hal identitas pasien minimal menggunakan dua identitas yang relatif tidak berubah yaitu nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis.

4. Informasi jenis pelayanan, jadwal pelayanan, tarif pelayanan, alur dan proses pendaftaran dan pelayanan, dan tempat rujukan disediakan di bagian pendaftaran
5. Informasi tentang hak dan kewajiban pasien perlu disampaikan di bagian pendaftaran.

- a. Hak pasien Puskesmas Keling II

Dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, pasien mempunyai hak:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Puskesmas
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
- 7) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun luar Puskesmas
- 8) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Puskesmas
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
- 10) Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam pelayanan di Puskesmas

- 15) Mengajukan usul, saran perbaikan atas perlakuan Puskesmas terhadap dirinya
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
- 17) Menggugat dan atau menuntut Puskesmas apabila Puskesmas diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana

b. Kewajiban pasien Puskesmas Keling II

Dalam menerima pelayanan pada praktik kedokteran, pasien mempunyai kewajiban:

- 1) Mematuhi peraturan yang berlaku di Puskesmas
- 2) Menggunakan fasilitas Puskesmas secara bertanggung jawab
- 3) Menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Puskesmas
- 4) Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya
- 5) Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya
- 6) Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- 7) Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya
- 8) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

C. Kajian Layanan Klinis

1. Pengkajian awal secara paripurna dilakukan oleh tenaga yang kompeten untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan sesuai dengan panduan praktik klinis, termasuk penanganan nyeri, dipandu dengan prosedur yang tersedia.
2. Dalam keadaan tertentu jika tidak tersedia tenaga medis, dilakukan pelimpahan wewenang tertulis kepada perawat dan/atau bidan untuk melakukan kajian awal medis dan memberi asuhan medis sesuai dengan kewenangan delegasi yang diberikan.

3. Rencana asuhan dibuat berdasarkan hasil pengkajian awal, dilaksanakan dan dipantau, serta direvisi berdasarkan hasil kajian lanjut sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien.
4. Dilakukan asuhan pasien termasuk jika diperlukan asuhan secara kolaboratif sesuai dengan rencana asuhan dan panduan praktik klinis dan/atau prosedur asuhan klinis agar tercatat di rekam medis dan tidak terjadi pengulangan yang tidak perlu.
5. Dilakukan penyuluhan/pendidikan kesehatan dan evaluasi serta tindak lanjut bagi pasien dan keluarga dengan metode yang dapat dipahami oleh pasien dan keluarga.
6. Pasien atau keluarga pasien memperoleh informasi mengenai tindakan medis/pengobatan tertentu yang berisiko yang akan dilakukan sebelum memberikan persetujuan atau penolakan (*informed consent*), termasuk konsekuensi dari keputusan penolakan tersebut.

D. Pelayanan Gawat Darurat

1. Pelayanan Gawat Darurat

Pasien diprioritaskan atas dasar kegawatdaruratan sebagai tahapan Triase yang dipandu dengan pedoman dan prosedur. Triase adalah proses khusus memilah pasien berdasarkan berat ringannya cedera atau penyakit untuk menentukan jenis penanganan/intervensi kegawatdaruratan. Prinsip Triase adalah pemberlakuan sistem prioritas dengan penentuan/penyeleksian pasien yang harus didahulukan untuk mendapatkan penanganan yang mengacu pada tingkat ancaman jiwa yang timbul.

Kategori Triase:

- a. Kategori Merah: merupakan prioritas utama yang mengancam nyawa yang besar kemungkinan dapat hidup bila ditolong segera (kondisi gawat dan darurat)
- b. Kategori Kuning: merupakan prioritas kedua, pasien memerlukan tindakan definitif dan tidak ada ancaman jiwa segera (kondisi gawat tidak darurat)
- c. Kategori Hijau: merupakan prioritas ketiga yaitu pasien dengan cedera minimal, dapat berjalan dan menolong dirinya sendiri atau mencari pertolongan (kondisi tidak gawat, tidak darurat)
- d. Kategori Hitam: merupakan kondisi pasien sudah meninggal

2. Pelayanan Anestesi Lokal dan Tindakan

Anestesi lokal adalah tindakan menghilangkan rasa sakit atau nyeri yang diberikan secara lokal tanpa disertai hilangnya kesadaran.

Pelayanan anestesi lokal dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, dipandu dengan panduan dan prosedur. Jenis, dosis, dan teknik anestesi lokal, dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi lokal oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien.

a. Jenis anestesi lokal yang tersedia di Puskesmas Keling II

- 1) *Ethyl Chloride* semprot 100 ml
- 2) Lidokain injeksi 2 %
- 3) Lidokain + Epinefrine 2% injeksi (Pehacain)

b. Teknis pemberian anestesi lokal

- 1) Anestesi permukaan (*topikal*) adalah pemberian obat anestesi yang dioleskan/diteteskan/disemprotkan pada mukosa daerah tindakan, misalnya pada mata, rongga hidung, faring, atau uretra. Dengan cara ini obat harus dapat diserap oleh mukosa
- 2) Anestesi infiltrasi adalah penyuntikan obat anestesi lokal langsung diarahkan di sekitar tempat lesi, luka atau insisi. Cara infiltrasi yang sering digunakan adalah blokade lingkaran dan larutan obat disuntikan intradermal atau subkutan.
- 3) Anestesi blok adalah penyuntikan obat anestesi lokal langsung ke saraf utama atau pleksus saraf.
- 4) Anestesi *field block* adalah penyuntikan obat anestesi mengelilingi daerah tindakan, misalnya pada pengangkatan kista, tumor-tumor kulit

c. Jenis pembedahan minor yang tersedia di Puskesmas Keling II

- 1) Penanganan *Vulnus* (*laceratum*, *appertum*, dan *ictum*) derajat ringan
- 2) Insisi abses
- 3) Ekstraksi kuku
- 4) Pengambilan benda asing (*corpus alienum*) superfisial
- 5) *Debridement* luka
- 6) Pemasangan dan pelepasan KB implan
- 7) Ekstraksi gigi
- 8) Khitan

9) *Ekstirpasi lipoma/kista* dengan diameter kurang dari 5 cm, dengan lokasi jauh dari pembuluh darah besar

d. Petugas yang berwenang melakukan anestesi lokal di Puskesmas Keling II adalah:

- 1) Dokter
- 2) Dokter gigi
- 3) Perawat, perawat gigi, bidan yang mendapatkan pendelegasian wewenang dari dokter/dokter gigi

3. Pelayanan Gizi

- a. Rencana asuhan gizi disusun berdasarkan kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien.
- b. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
- c. Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan jadwal dan pemesanan
- d. Pasien dan/atau keluarga pasien diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan/kebersihan makanan bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien.
- e. Proses kolaboratif digunakan untuk merencanakan, memberikan, dan memantau pelayanan gizi,
- f. Respon pasien pelayanan gizi dipantau dan dicatat dalam rekam medisnya.

4. Penyelenggaraan Rekam Medis

Puskesmas menyelenggarakan rekam medis yang berisi data dan informasi asuhan pasien yang dibutuhkan untuk pelayanan pasien. Rekam medis dapat diakses oleh petugas kesehatan pemberi asuhan, manajemen, dan pihak di luar organisasi yang diberi hak akses terhadap rekam medis untuk kepentingan pasien, asuransi, dan kepentingan lain yang sesuai dengan perundang-undangan.

- a. Penyelenggaraan rekam medis dilakukan secara berurutan dari sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal meliputi kegiatan:
 - 1) Registrasi pasien;
 - 2) Pendistribusian rekam medis;
 - 3) Isi rekam medis dan pengisian informasi klinis;

- 4) Pengolahan data dan pengkodean;
 - 5) Klaim pembiayaan;
 - 6) Penyimpanan rekam medis;
 - 7) Penjaminan mutu;
 - 8) Pelepasan informasi kesehatan;
 - 9) Pemusnahan rekam medis; dan
 - 10) Termasuk riwayat alergi obat
- b. Rekam medis diisi secara lengkap dilengkapi dengan nama pemeriksa, waktu pemeriksaan, tanda tangan pemeriksa.
5. Penyelenggaraan Pelayanan Laboratorium Penyelenggaraan laboratorium dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.
6. Penyelenggaraan Pelayanan Kefarmasian Pelayanan kefarmasian dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.

E. Pemulangan dan Tindak Lanjut Pasien

Pemulangan dan tindak lanjut pasien dipandu menggunakan prosedur yang telah ditetapkan. Dokter/dokter gigi, perawat/bidan, dan pemberi asuhan yang lain melaksanakan pemulangan, rujukan, dan asuhan tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan. Resume medis diberikan kepada pasien dan pihak yang berkepentingan saat pemulangan atau rujukan.

Kriteria pemulangan pasien:

1. Pasien rawat jalan yang tidak memerlukan rawat inap
2. Pasien yang karena kondisinya yang memerlukan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL).
3. Pasien yang karena kondisinya dapat dirawat di rumah.
4. Pasien yang menolak untuk dilakukan rujukan ke FKRTL.

F. Pelayanan Rujukan

Pelayanan rujukan dilaksanakan apabila pasien memerlukan penanganan yang bukan merupakan kompetensi dari puskesmas.

a. Rujukan gawat darurat (*emergency*)

- 1) Pasien/keluarga terdekat pasien memperoleh informasi rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan

berdasarkan kebutuhan pasien dan kriteria rujukan untuk menjamin kelangsungan layanan ke fasilitas kesehatan yang lain.

- 2) Dilakukan komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan dan dilakukan stabilisasi terlebih dahulu kepada pasien sebelum dirujuk sesuai kondisi pasien, indikasi medis dan kemampuan dan wewenang yang dimiliki agar keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan dapat terjamin.
- 3) Dilakukan serah terima pasien yang disertai informasi yang lengkap meliputi *situation, background, assesmant, recommendation* (SBAR) kepada petugas.
- 4) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan kajian ulang kondisi medis sebelum menindaklanjuti umpan balik dari FKRTL.
- 5) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi umpan balik rujukan
- 6) Pemantauan dalam proses rujukan balik harus dicatat dalam formulir pemantauan


b. Rujukan bukan gawat darurat

Diberikan kepada pasien rawat jalan bukan gawat darurat yang membutuhkan penanganan selanjutnya ke dokter spesialis di FKRTL.

c. Tindak lanjut terhadap rujukan balik dari FKRTL

- 1) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan kajian ulang kondisi medis sebelum menindaklanjuti umpan balik dari FKRTL.
- 2) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan tindak lanjut terhadap rekomendasi umpan balik rujukan
- 3) Pemantauan dalam proses rujukan balik harus dicatat dalam formulir pemantauan.

KEPALA PUSKESMAS KELING II



ACHMAD HARIYANTO, S.Kep., Ns. MM.
PENATA TK I
NIP. 197210311994031004