A hand holding a stethoscope is shown on the left side of the slide. The background features several overlapping, semi-transparent white circles of varying sizes, creating a ripple effect. The overall color palette is light and clean, with a focus on the stethoscope and the text.

BAB 3

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP)



Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP)

3.2 Pengkajian, Rencana Asuhan, dan Pemberian Asuhan dilaksanakan secara paripurna.

3.4 Pelayanan anastesi lokal dan tindakan di Puskesmas dilaksanakan sesuai standar.

3.6 Pemulangan dan tindak lanjut pasien

3.8 Penyelenggaraan Rekam Medis

3.10 Penyelenggaraan Pelayanan kefarmasian dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



3.1 Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari proses penerimaan pasien sampai dengan pemulangan dilaksanakan dengan memperhatikan kebutuhan mutu pelayanan.

3.3 Pelayanan gawat darurat dilaksanakan dengan segera sebagai prioritas pelayanan.

3.5 Terapi gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan ketentuan peraturan perundang-undangan

3.7 Rujukan

3.9 Penyelenggaraan Pelayanan laboratorium dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan dan Penunjang (UKPP)

- 1.1.1. Jenis pelayanan, RUK, RPK
- 1.1.2. Akses UKP, Hak & Kewajiban Pasien
- 1.2.1. Struktur organisasi, delegasi wewenang
- 1.2.2. Kelengkapan dokumen regulasi UKP
- 1.2.3. Pembinaan jaringan-jejaring terkait UKP
- 1.2.4. Sistem informasi menunjang UKP
- 1.2.5. Pertimbangan etis dalam pelayanan

- 1.3. Pengelolaan SDM UKP, uraian tugas, file kepegawaian K3
- 1.4.2. Keamanan dan keselamatan
- 1.4.3. Pengelolaan B3 dan limbah B3 dari pelayanan UKP
- 1.4.4. Peran dalam Tanggap darurat bencana, evakuasi
- 1.4.5. Peran jika terjadi kebakaran, evakuasi
- 1.4.6. Pengelolaan peralatan
- 1.4.7. Pengelolaan utilitas
- 1.5. Manajemen Keuangan
- 1.5.1. Manajemen Keuangan



- 1.6.1. Indikator pelayanan UKP, pengukuran, analisis, tindak lanjut, pelaporan, PKP
- 1.6.2. P3-UKP pada Lokmin & tindak lanjut
- 1.6.3. Pelaksanaan audit internal pelayanan UKP
- 1.7.1. Pembinaan Dinas Kesehatan thd pelayanan UKP

- 2.2. Akses pelayanan UKM yang terkait dg pelayanan UKP
- 2.5. Aspek UKP pada PIS-PK
- 2.6. Aspek UKP dalam capaian Program UKM Esensial
- 2.7. Aspek UKP dalam capaian Program Pengembangan

4.1 sd 4.5. Aspek UKP pada Program PPN

- 5.1. Program mutu UKP
- 5.2. Manajemen risiko UKP
- 5.3. Pelaksanaan SKP
- 5.4. Pelaporan insiden dan Tindak lanjut insiden
- 5.5. Pelaksanaan PPI pelayanan UKP

Standar 3.1. Penyelenggaraan pelayanan klinis

- Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari proses penerimaan pasien sampai dengan pemulangan dilaksanakan dengan **memperhatikan kebutuhan pasien dan mutu pelayanan.**
- Proses penerimaan sampai dengan pemulangan pasien, dilaksanakan dengan memenuhi kebutuhan pasien dan mutu pelayanan yang **didukung oleh sarana, prasarana dan lingkungan.**

Kriteria 3.1.1

- Penyelenggaraan pelayanan klinis mulai dari penerimaan pasien dilaksanakan dengan **efektif dan efisien** sesuai dengan **kebutuhan pasien**, serta mempertimbangkan **hak dan kewajiban pasien**.

Pokok Pikiran

- Puskesmas wajib meminta **persetujuan umum (general consent)** dari pengguna layanan atau keluarganya terdekat, persetujuan terhadap tindakan yang berisiko rendah, prosedur diagnostik, pengobatan medis lainnya, batas yang telah ditetapkan, dan persetujuan lainnya, termasuk peraturan tata tertib dan penjelasan tentang hak dan kewajiban pengguna layanan.
- **Keluarga terdekat** adalah suami atau istri, ayah atau ibu kandung, anak-anak kandung, saudara-saudara kandung atau pengampunya.
- Persetujuan umum diminta **pada saat pengguna layanan datang pertama kali, baik untuk rawat jalan maupun setiap rawat inap**, dan dilaksanakan observasi atau stabilitasi.
- Penerimaan pasien rawat inap didahului dengan **pengisian formulir tambahan** persetujuan umum yang berisi penyimpanan barang pribadi, penentuan pilihan makanan dan minuman, aktivitas, minat, privasi, serta pengunjung.

- Pasien dan masyarakat **mendapat informasi tentang** sarana pelayanan, antara lain, tarif, jenis pelayanan, proses dan alur pendaftaran, proses dan alur pelayanan, rujukan, dan ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas perawatan/rawat inap. Informasi tersebut tersedia di tempat pendaftaran ataupun disampaikan menggunakan cara komunikasi massa lainnya dengan jelas, mudah diakses, serta mudah dipahami oleh pasien dan masyarakat.
- Kepala Puskesmas dan penanggung jawab pelayanan klinis harus **memahami tanggung jawab mereka dan bekerja sama secara efektif dan efisien untuk melindungi pasien dan mengedepankan hak pasien.**

- **Keselamatan pasien** sudah harus diperhatikan sejak pertama pasien mendaftarkan diri ke puskesmas dan berkontak dengan Puskesmas, terutama dalam hal identifikasi pasien, minimal dengan dua identitas yang relatif tidak berubah, yaitu nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis, serta tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat.
- **Informasi tentang rujukan** harus tersedia di dokumen pendaftaran, termasuk ketersediaan perjanjian kerja sama (PKS) dengan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKTRL) yang memuat jenis pelayanan yang disediakan.

- **Penjelasan tentang tindakan kedokteran** minimal mencakup
 - (1) tujuan dan prospek keberhasilan;
 - (2) tatacara 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

- Pasien dan keluarga terdekat memperoleh penjelasan dari petugas yang berwenang **tentang tes/tindakan, prosedur, dan pengobatan mana yang memerlukan persetujuan dan bagaimana pasien dan keluarga dapat memberikan persetujuan** (misalnya, diberikan secara lisan, dengan menandatangani formulir persetujuan, atau dengan cara lain). Pasien dan keluarga memahami isi penjelasan dan siapa yang berhak untuk memberikan persetujuan selain pasien.
- Pasien atau keluarga terdekat yang membuat keputusan atas nama pasien, dapat memutuskan untuk **tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan** yang direncanakan atau meneruskan pelayanan ataupun pengobatan setelah kegiatan dimulai, termasuk menolak untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai.

- Pemberi pelayanan wajib **memberitahukan pasien dan keluarga terdekat tentang hak mereka** untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut.
- **Jika pasien atau keluarga terdekat menolak**, maka pasien atau keluarga diberitahu tentang alternative pelayanan dan pengobatan, yaitu alternatif tindakan pelayanan atau pengobatan, misalnya pasien diare menolak diinfus maka pasien diedukasi agar minum air dan oralit sesuai kondisi tubuh pasien

- Puskesmas melayani berbagai populasi masyarakat, termasuk diantaranya **pasien dengan kendala dan/ atau berkebutuhan khusus**, antara lain: balita, ibu hamil, disabilitas, lanjut usia, kendala bahasa, budaya, atau kendala lain yang dapat berakibat terjadinya hambatan atau tidak optimalnya proses asesmen maupun pemberian asuhan klinis. Untuk itu perlu dilakukan identifikasi pasien dengan risiko, kendala dan kebutuhan khusus serta diupayakan kebutuhannya.
- Untuk **mencegah terjadinya transmisi infeksi** diterapkan protokol kesehatan yang meliputi: penggunaan alat pelindung diri, jaga jarak antara orang yang satu dan yang lain, dan pengaturan agar tidak terjadi kerumuan orang, mulai dari pendaftaran dan di semua area pelayanan.

Elemen Penilaian

- a) Tersedia **kebijakan dan prosedur yang mengatur identifikasi dan pemenuhan kebutuhan pasien dengan risiko, kendala, dan kebutuhan khusus (R)**.
- b) **Pendaftaran** dilakukan sesuai dengan kebijakan, pedoman, protokol kesehatan, dan prosedur yang ditetapkan dengan menginformasikan hak dan kewajiban serta memperhatikan keselamatan pasien (R, O, W, S).
- c) Puskesmas **menyediakan informasi yang jelas**, mudah dipahami, dan mudah diakses tentang tarif, jenis pelayanan, proses dan alur pendaftaran, proses dan alur pelayanan, rujukan, dan ketersediaan tempat tidur untuk Puskesmas rawat inap (O, W).
- d) **Persetujuan umum** diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan dan setiap kali masuk rawat inap (D, W).



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
DINAS KESEHATAN
UPT PUSKESMAS WERGU WETAN
KOMPLEK GOR WERGU WETAN KUDUS 59318
TELP. (0291-433453)

Dinas Kesehatan
Kabupaten Kudus

KEPUTUSAN KEPALA UPT PUSKESMAS WERGU WETAN
Nomor : 800/60.1.7/ADM/11.05.1/VI/2019

TENTANG :
KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS UPT PUSKESMAS WERGU WETAN

KEPALA UPT PUSKESMAS WERGU WETAN

Menimbang :

- bahwa pelayanan klinis Puskesmas dilaksanakan kebutuhan pasien
- bahwa pelayanan klinis Puskesmas perlu memperhatikan mutu dan keselamatan pasien
- bahwa untuk menjamin pelayanan klinis dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien, bermutu, dan memperhatikan keselamatan pasien, maka perlu disusun kebijakan pelayanan klinis di UPT Puskesmas Wergu Wetan;

Mengingat :

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014, tentang Puskesmas;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015, tentang Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2016 tentang Standar Minimal Bidang Kesehatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 tahun 2011 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2018 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;

PANDUAN PENDAFTARAN
PUSKESMAS _____

No Dokumen
Tanggal Terbit: _____
No Revisi _____



DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH KABUPATEN _____
TAHUN _____

PENDAFTARAN	
SOP	No. Kode : _____
	Terbitan : _____
	No. Revisi : _____
	Tgl. Mulai Berlaku : 2 September 2019
Halaman : 1-3	
UPT PUSKESMAS WERGU WETAN	TITI AMPERTINA, SKM NIP.19670220 198703 2 004

1. Pengertian

- Pendaftaran adalah pelayanan rutin petugas pendaftaran untuk mentertibkan urutan pelayanan dan memudahkan mendapatkan informasi Rekam Medik bagi seluruh unit pelayanan yang tersedia di Puskesmas
- Loket antrian A untuk pasien umum
- Loket antrian B untuk pasien lanjut usia (> 60 tahun) , pasien anak, dan penyandang disabilitas (cacat)

2. Tujuan

3. Kebijakan

Keputusan Kepala UPT Puskesmas Wergu Wetan Nomor 800/60.1.1.7/ADM/11.06.1/VI/2019 Tentang Kebijakan Pelayanan Klinis UPT Puskesmas Wergu Wetan

4. Referensi

Pedoman Pengelolaan Rekam Medis UPT Puskesmas Wergu Wetan

5. Langkah – langkah

- Petugas menyapa pasien dengan ramah,
- Petugas mempersilakan pasien mengambil nomor antrian sesuai loket,
- Petugas mempersilakan pasien duduk di ruang tunggu,
- Petugas memanggil pasien sesuai nomor antrian dimulai dari nomor antrian loket B berselang-seling dengan loket A,
- Petugas menanyakan identitas pasien yang akan berobat,
- Petugas menanyakan apakah kunjungan tersebut kunjungan baru atau kunjungan ulang,
- Petugas menerapkan prosedur sesuai dengan jenis kunjungan,
- Petugas mengantar rekam medik ke unit pelayanan yang dituju.

6. Diagram alir

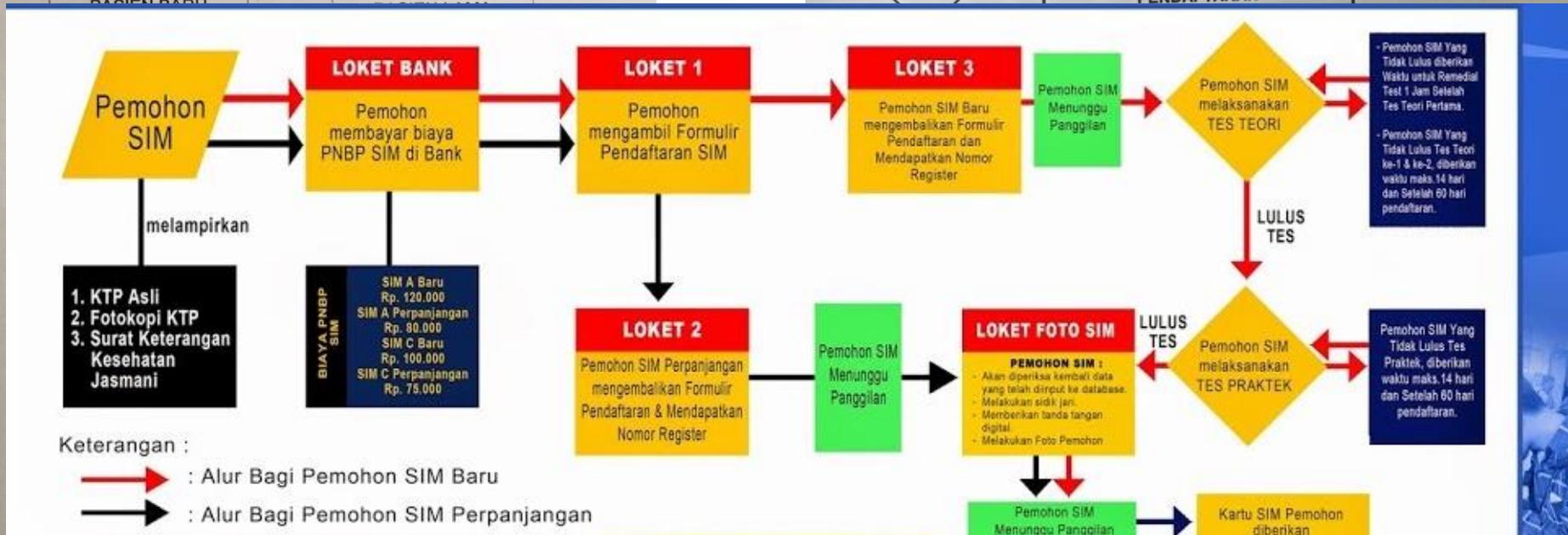
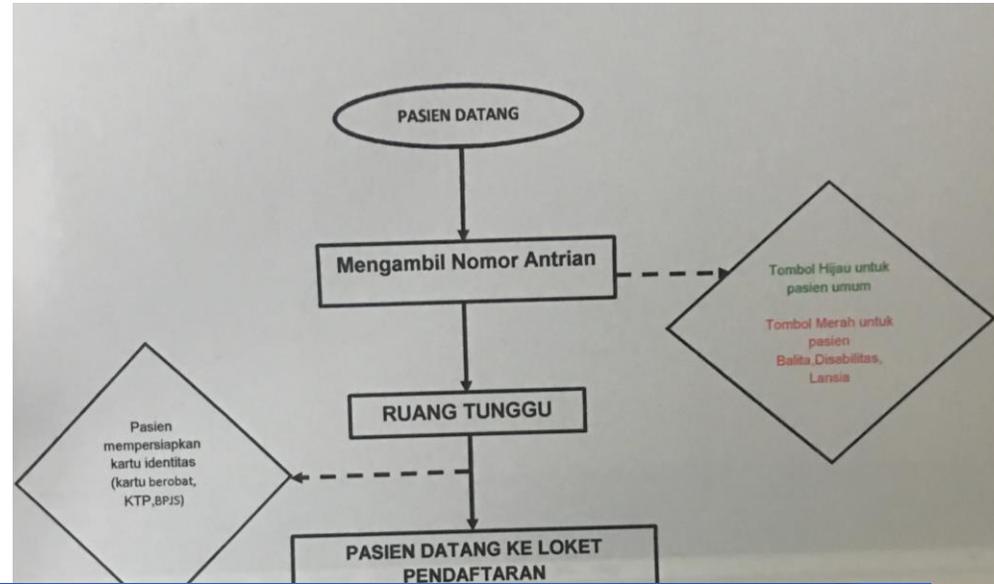
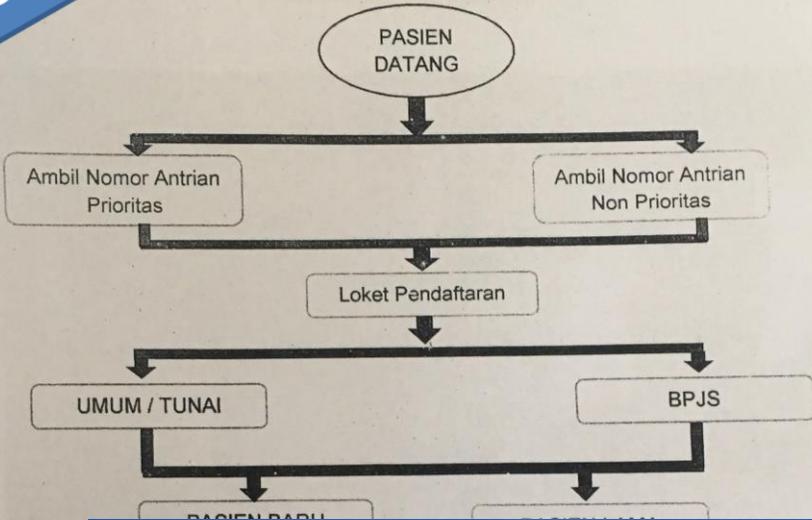
```
graph TD; A([PASIE DATANG]) --> B[PETUGAS MENYAPA PASIEN DENGAN RAMAH]; B --> C[PETUGAS MEMPERSILAKAN PASIEN MENGAMBIL NOMOR ANTRIAN SESUAI LOKET];
```

CONTOH

Alur pendaftaran



ALUR PENDAFTARAN



PERSETUJUAN UMUM GENERAL CONSENT				
Nama :		Jenis kelamin : L/P		
Alamat :				
Tempat/Tanggal lahir :		Nomor RM:		
No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Peretujuan	
BAGIAN PENDAFTARAN - IGD / TPPRI			Ya	Tidak
1.	Persetujuan untuk perawatan dan pengobatan	Sesuai dengan kondisi kesehatan saya, saya menyetujui dokter, perawat, dan tenaga profesi kesehatan yang lain untuk melakukan prosedur diagnosis, pengobatan, dan perawatan yang dibutuhkan sesuai dengan keputusan profesi: a. Rawat Jalan b. Rawat Inap		
2.	Persetujuan pelepasan informasi	a. Saya memberikan kewenangan pada Saran Saran untuk memberikan informasi tentang diagnosis, kondisi medis, rencana pengobatan dan perawatan, indikasi tindakan, pengobatan, hasil pengobatan maupun perawatan, risiko dan komplikasi, serta informasi lain yang dibutuhkan oleh lembaga asuransi, lembaga pemerintah, atau lembaga lain sesuai peraturan perundangan b. Saya memberikan kewenangan kepada Fasyankes..... untuk memberikan informasi tentang kondisi kesehatan saya kepada anggota keluarga saya: 1) Nama : Status : 2) Nama : Status :		
3.	Kelas Perawatan	Saya memilih kelas perawatan saya di Fasyankes.....: a. Sesuai dengan hak saya sebagai peserta asuransi:BPJS/Asuransi lain..... b. Umum kelas : c. Naik dari kelas : Ke kelas:..... d. Turun dari kelas : Ke kelas :		
BAGIAN RUANG RAWAT INAP			Ya	Tidak
1.	Informasi rawat inap	a. Saya telah menerima informasi tentang peraturan proses pelayanan yang diberlakukan oleh Fasyankes..... dan saya beserta keluarga akan mematuhi b. Anggota keluarga saya yang menunggu saya, bersedia untuk memakai tanda pengenal khusus yang diberikan oleh Fasyankes..... c. Pengunjung yang akan mengunjungi saya di luar jam berkunjung, bersedia untuk diminta/diperiksa identitasnya		

No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Peretujuan
2.	Barang-barang milik pasien/ keluarga	Pada kondisi tertentu : a. Pasien tidak sadar b. Tidak ada keluarga yang mendampingi c. Tidak bisa melindungi harta miliknya (gangguan jiwa, retardasi mental). Fasyankes..... bertanggung jawab terhadap kehilangan / kerusakan barang-barang berharga milik pasien yang dibawa ke Fasyankes.....	
3.	Informasi tentang hak dan kewajiban	a. Saya telah mendapat informasi tentang tata tertib, hak dan kewajiban pasien Fasyankes..... melalui brosur yang disediakan petugas b. Saya memiliki hak untuk mengambil bagian dalam keputusan mengenai: penyakit saya, perawatan medis, rencana pengobatan c. Dalam kondisi tertentu (tidak mampu mengambil bagian dalam keputusan), hak untuk mengambil bagian dalam keputusan saya limpahkan kepada: Nama : Status :	
4.	Privasi	a. Saya mengizinkan Fasyankes..... memberi akses bagi: keluarga dan handai taulan serta orang yang akan menengok/menemui saya b. Saya menginginkan privasi khusus:	
5.	Informasi biaya	a. Saya memahami dan menyetujui untuk pembayaran akibat perawatan dan pengobatan saya b. Seluruh biaya akibat perawatan dan pengobatan saya dibayar oleh saya sendiri/BPJS/Asuransi c. Saya bersedia urun biaya dan konsekuensi lain akibat kenaikan kelas perawatan atas permintaan saya sendiri d. Jika setelah tindakan operasi keluarga pasien menghendaki naik ke kelas lebih tinggi, maka tarif tindakan operasi akan mengikuti tarif kelas tertinggi. Kecuali pasien sudah melewati "Grace Periode" (3 hari setelah tindakan operasi) dan jika pada hari ke enam setelah operasi jika pasien naik kelas maka tarif tindakan operasi mengikuti tarif kelas semula. e. Urun/setelah biaya akibat kenaikan kelas akan dibayar oleh asuransi lain.....	
6.	Pasien Pulang	a. Untuk pasien BPJS rawat Inap, bila dokter konsulen sudah mengizinkan pulang, maka pasien harus pulang pada hari itu juga. Bila pasien menghendaki untuk menunda pulang, maka biaya kamar dan perawatan yang timbul setelah instruksi pulang, akan ditanggung oleh pasien / dianggap sebagai pasien umum. b. Batas toleransi adalah 1 jam untuk pasien pulang, setelah selesai secara administrasi.	
Dengan menandatangani persetujuan umum ini, saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan memahami semua butir pada persetujuan ini.			
Kab. Semarang, Tanggal.....			
Pasien/wali:		Saksi	Petugas
Tanda tangan /Nama		Tanda tangan/Nama	Tanda tangan/Nama
(.....)		(.....)	(.....)
Catatan: Jika pasien berumur kurang dari 21 tahun dan belum menikah, wali yang bertanda tangan.			

Standar 3.2. Pengkajian, rencana asuhan, dan pemberian asuhan

- **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.

Kriteria 3.2.1

- **Penapisan (skrining) dan proses kajian awal** dilakukan secara paripurna, 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.

Pokok Pikiran

- **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.
- **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.

- **Kajian pasien meliputi:**

- 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);
- analisis data dan informasi yang diperoleh yang menghasilkan masalah, kondisi, dan diagnosis untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien (asesmen atau analisis = A); dan
- membuat rencana asuhan (perencanaan asuhan = P), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien.

- Pada saat pasien pertama kali diterima, dilakukan kajian awal, kemudian dilakukan **kajian ulang** secara berkesinambungan baik pada pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap sesuai dengan perkembangan kondisi kesehatannya.
- Kajian awal **dilakukan oleh** tenaga medis, keperawatan/kebidanan, dan tenaga dari disiplin yang lain meliputi status fisis/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.
- Pada saat kajian awal perlu diperhatikan juga apakah **pasien mengalami kesakitan atau nyeri**. Nyeri adalah bentuk pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan adanya kerusakan jaringan atau cenderung akan terjadi kerusakan jaringan atau suatu keadaan yang menunjukkan kerusakan jaringan

- Kajian pasien dan penetapan diagnosis **hanya boleh dilakukan** oleh tenaga profesional yang kompeten. Tenaga profesional yang kompeten adalah tenaga yang dalam melaksanakan tugas profesinya dipandu oleh standar dan kode etik profesi serta mempunyai kompetensi sesuai dengan pendidikan dan pelatihan yang dimiliki yang dapat dibuktikan dengan adanya sertifikat kompetensi.
- Proses kajian tersebut 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.
- Pasien mempunyai **hak untuk mengambil keputusan** terhadap asuhan yang akan diperoleh

- Salah satu cara melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan yang diterimanya adalah dengan cara **memberikan informasi** yang mengacu pada peraturan perundang-undangan (informed consent). Dalam hal pasien adalah 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**, misalnya ketika **pasien masuk rawat inap dan sebelum suatu tindakan atau pengobatan tertentu yang berisiko**.
- Informasi dan penjelasan tersebut **diberikan oleh** dokter yang bertanggung jawab yang akan melakukan tindakan atau dokter lain apabila dokter yang bersangkutan berhalangan, tetapi tetap dengan sepengetahuan dokter yang bertanggung jawab tersebut.

- Pasien atau keluarga terdekat pasien diberi **peluang untuk bekerja sama** dalam menyusun rencana asuhan klinis yang akan dilakukan.
- 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.

- 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 tersebut hanya dapat dilakukan dalam keadaan tenaga medis **tidak berada di tempat dan/atau karena keterbatasan ketersediaan tenaga medis**.

- Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis tersebut 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.

- Asuhan pasien diberikan oleh tenaga **sesuai dengan kompetensi lulusan** dengan **kejelasan perincian wewenang** menurut peraturan perundang-undangan-undangan.
- Pada kondisi tertentu (misalnya pada kasus penyakit tuberkulosis (TBC) dengan malnutrisi, perlu **penanganan secara terpadu** dari dokter, nutrisisionis, dan penanggung jawab program TBC, pasien memerlukan asuhan terpadu yang meliputi asuhan medis, asuhan keperawatan, asuhan gizi, dan asuhan kesehatan yang lain sesuai dengan kebutuhan pasien.
- Untuk meningkatkan luaran klinis yang optimal perlu ada **kerja sama antara petugas kesehatan dan pasien/keluarga pasien**. Pasien/keluarga pasien perlu mendapatkan **penyuluhan kesehatan dan edukasi yang** terkait dengan penyakit dan kebutuhan klinis pasien menggunakan pendekatan komunikasi interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan serta menggunakan bahasa yang mudah dipahami agar mereka dapat berperan aktif dalam proses asuhan dan memahami konsekuensi asuhan yang diberikan.

Elemen Penilaian

- a) Dilakukan **skrining dan pengkajian awal** secara paripurna oleh tenaga yang kompeten untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan sesuai dengan panduan praktik klinis, termasuk penanganan nyeri dan dicatat dalam rekam medis (R, D, O, W).
- b) Dalam keadaan tertentu jika tidak tersedia tenaga medis, dapat dilakukan **pelimpahan wewenang tertulis** kepada perawat dan/atau bidan yang telah mengikuti pelatihan, untuk melakukan kajian awal medis dan pemberian asuhan medis sesuai dengan kewenangan delegatif yang diberikan (R, D).
- c) **Rencana asuhan** dibuat berdasarkan hasil pengkajian awal, dilaksanakan dan dipantau, serta direvisi berdasarkan hasil kajian lanjut sesuai dengan perubahan kebutuhan pasien (D, W).

Elemen Penilaian

- d) 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 (D, W).
- e) Dilakukan **penyuluhan/pendidikan kesehatan** dan evaluasi serta tindak lanjut bagi pasien dan keluarga dengan metode yang dapat dipahami oleh pasien dan keluarga (D, O).
- f) 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).

Pasien berisiko?

Lemas/lemah

Gaduh gelisah

Pucat



Pola berdiri/berjalan

Alat bantu dan penutup mata

Demam dan batuk > 2 minggu



Pingsan

Kejang

Nyeri

CONTOH

SKRINING VISUAL RAWAT JALAN

Nama :

No RM :

	Merah	Orange	Kuning	Hijau	Risiko Jatuh
Tanda dan gejala	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tidak sadarkan diri atau pingsan<input type="checkbox"/> Tidak bernafas atau kesulitan bernafas<input type="checkbox"/> Nadi tidak teraba atau henti jantung<input type="checkbox"/> Kejang berulang atau kejang lama	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nyeri Hebat<input type="checkbox"/> Nyeri dada	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tampak pucat<input type="checkbox"/> Lemas<input type="checkbox"/> Sempoyongan	Kondisi stabil	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Menggunakan alat bantu jalan<input type="checkbox"/> Gangguan pola berjalan<input type="checkbox"/> Menggunakan penutup pada setidaknya satu mata

PENDAFTARAN



Proses Kajian



Pelaksanaan asuhan



Koordinasi



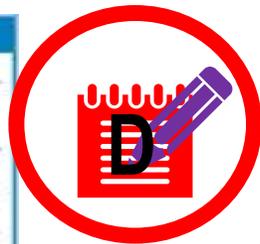
CPPT



Hak & Kewajiban Pasien



Isi Kajian



Regulasi



Kompeten

Rencana pemulangan

PERMATA DAN LENGKAP

UNIT : _____ Tanggal : 26 OCT 2017 Jam : _____ WIB

Form Isian PERAWAT Auto anamnesis Alloanamnesis dengan _____

1. Keluhan Utama **KEWAR CARAN**
 2. Riwayat Kesehatan Sekarang **DARI VAGINA ETHI SUDAH KEWAR**

3. Riwayat Kesehatan Dahulu **CARAN RUTIH**
 Hipertensi Hepatitis Jantung
 Diabetes TB Paru Ginjal
 Operasi di RS : _____ x
 Lain lain _____

4. Riwayat Alergi ada tidak

5. Riwayat kehamilan dan kelahiran (khusus pasien anak)
 Spontan Operasi Di rumah sakit
 Cukup bulan Kurang bulan BB lahir _____ gram
 Panjang badan lahir _____ cm
 Riwayat vaksinasi Dasar : BCG Hepatitis OPT
 Campak Polio, Lanjutan : _____
 Kebiasaan : Rokok Ya Tidak
 Alkohol Ya Tidak
 Obat tidur Ya Tidak
 Olahraga Ya Tidak

6. TANDA VITAL
 - Tensi : 100/60 mmHg - Nadi : 88 x/m
 - RR : 18 x/m - TB : 15.2
 - Suhu : 36.5 °C - BB : 72

7. RIWAYAT PSIKOSOSIAL & PENGETAHUAN
 Pengetahuan tentang penyakit ini :
 Tidak tahu Tahu
 Perawatan / tindakan yang dilakukan :
 Mengerti Tidak mengerti
 Adakah keyakinan / pantangan ?
 Tidak ada Ada
 Jelaskan : _____
 Kendala komunikasi : Tidak ada Ada
 Jelaskan : _____
 Yang dirawat di rumah : Tidak ada Ada
 Jelaskan : _____

No	Hasil Kajian	Penilaian / Pengkajian
1	Tidak Beresiko	Tidak Ditemukan Point (A) dan (B)
2	Resiko Rendah	Ditemukan pada salah satu point (A) dan (B)
3	Resiko Tinggi	Tidak Ditemukan Point (A) dan (B)

ANALISA MASALAH KEPERAWATAN / KEBIDANAN

<input type="checkbox"/> Bersihkan jalan nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Perubahan nutrisi kurang / lebih cairan <input type="checkbox"/> Keseimbangan cairan & elektrolit <input type="checkbox"/> Gangguan komunikasi verbal <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Resiko infeksi / sepsis <input type="checkbox"/> Gangguan integritas kulit / jaringan <input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur <input type="checkbox"/> Nyeri <input checked="" type="checkbox"/> Intoleransi aktifitas <input type="checkbox"/> Konstipasi / diare <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Hipertensi / hipotensi <input type="checkbox"/> Konstipasi / diare <input type="checkbox"/> Lain-lain	<input checked="" type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk minum obat teratur <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk makan teratur <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk minum hangat <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk minum lebih kurang 8 gelas <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk tidak minum dingin <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk membatasi minum <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk cukup istirahat <input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk kontrol teratur setelah obat habis <input checked="" type="checkbox"/> Mengajarkan pasien untuk membatasi aktifitas <input type="checkbox"/>
--	--

Perawat yang melakukan pengkajian

 (F.P.)
 Nama dan Tanda Tangan

PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
 BLUD UPT PUSKESMAS WERGU WETAN
 Kantor GOR Wergu Wetan ALDUS 58118
 Telp. (0291) 433453

PENGKAJIAN AWAL PASIEN RAWAT JALAN
 (DIISI DOKTER)

Label Identitas Pasien
 Nama : _____
 Tgl. Lahir : _____
 No. RM : _____
 Alamat : _____
 No. HP : _____

UNIT : DR Tanggal : 26/10/17 Jam : 09.45

FORM ISIAN DOKTER

Anamnesis (S)
 1. Keluhan Utama keputihan
 2. Riwayat Penyakit Sekarang keputihan 3.5 ml. berspluk (putihan)
 3. Riwayat Penyakit Terdahulu _____
 4. Riwayat Penyakit Keluarga _____

PEMERIKSAAN FISIK UMUM (O)
 1. Keadaan Umum : ADAL Kesadaran : _____
 2. Kepala : Normal Abnormal
 3. Mata : Normal Abnormal
 4. Leher : Normal Abnormal
 5. THT : Normal Abnormal
 6. Paru : Normal Abnormal
 7. Jantung : Normal Abnormal
 8. Abdomen : Normal Abnormal
 9. Ekstremitas : Normal Abnormal
 10. Kulit : Normal Abnormal
 11. _____

PEMERIKSAAN FISIK KHUSUS (O)

DIAGNOSA (A)
Leukor

RENCANA TERAPI, PEMERIKSAAN PENUNJANG, RUJUKAN (P)
ny. ketahanan 3ml (2x) (2x) 2x keke dan keke
keke 3ml (2x) (2x) 2x keke
(2x) (2x)

Dirujuk : GIZI SANITASI TB / KUSTA Lain2 _____

EDUKASI PASIEN
 Telah diinformasikan kepada pasien / keluarga mengenai
 Hasil pemeriksaan
 Tindakan medis, pengobatan dan resikonya
 Komplikasi yang mungkin terjadi

Penerima Informasi

 Tanda Tangan & nama

Tanda tangan & nama terang



CONTOH



Tanggal Kunjungan : Klinik :
Jam : Alergi : () Tidak () Ya :
Tanda - tanda vital : TD : mmHg; RR : x/mnt; S : oC
HR : x/mnt; SpO2 : % Skala Nyeri :

I. ASESMEN DOKTER

Anamnesis (S) :

Pemeriksaan Fisik (O)

Gambar Depan



Gambar Belakang



Diagnosis (A)

Primer :

Sekunder :

Rencana (P)

Pemeriksaan Diagnostik, Terapi:

Edukasi :

Penetapan Jenis Pelayanan

Preventif : Paliatif : Kuratif : Rehabilitatif :

Dirujuk ke:

() UGD () Rawat Inap () lain-lain

Nama & Tanda tangan Dokter

Nama & Tanda tangan Pasien / Keluarga

(.....)

(.....)

II. ASESMEN KEPERAWATAN

Keluhan Utama :

Riwayat Penyakit :

Nutrisi : BB: kg, TB:cm, IMT :cm, Lingkar Kepala (Khusus Pediatric) :cm

Aktifitas Latihan

Jenis Aktivitas	Skor	Keterangan
Mobilisasi		Skor :
Toileting		0 (mandiri)
Makan/ Minum		1 (dibantu sebagian)
Mandi		2 (perlu bantuan orang lain)
Berpakaian		3 (perlu bantuan orang lain dan alat) 4 (tergantung / tidak mampu).

Resiko Jatuh: Tinggi Sedang Rendah

Psikologis : () Senang () Tenang () Sedih () Tegang () Takut () Depresi () Lain-lain...

Sosial Ekonomi : () Baik () Cukup () Kurang, Penjamin: () Umum () Asuransi/BPJS

Masalah :

Rencana Tindakan :

Nama & Tanda tangan Perawat/Bidan :

(.....)

CONTOH

ASESMEN GAWAT DARURAT

I. PENAPISAN PASIEN

Tanda-tanda vital : TD : / mmHg;
 N : x/mnt; S : °C; RR : x/mnt;
 TB : cm; BB : Kg

A. TRIASE (Diisi oleh Dokter)

Tanggal dan Jam Triase : / / Jam : WIB
 Nama Petugas Triase :

KATEGORI

1 2 3 4 5
 SEGERA 10 MENIT 30 MENIT 60 MENIT 120 MENIT

METODE TRIASE MENURUT ATS (AUSTRALIA TRIASE SCALE)

B. NYERI (Diisi Oleh Perawat)

1. Pasien Sadar

PEDIATRIK (NIPS DAN FLACCS)	DEWASA (Wong Bakor FACES Pain Scale)	GERIATRI (FUNCTIONAL PAIN SCALE)
SKALA NYERI • NIPS (USIA 0-3 TH) : <input type="checkbox"/> 0 Tidak Nyeri <input type="checkbox"/> 1-2 Nyeri Ringan <input type="checkbox"/> 3-4 Nyeri Sedang <input type="checkbox"/> >4 Nyeri Berat • FLACCS (USIA 1-3 TH): <input type="checkbox"/> 0 : tidak nyeri <input type="checkbox"/> 1-3 : Nyeri Ringan <input type="checkbox"/> 4-6 : nyeri sedang <input type="checkbox"/> 7-10 : Nyeri Berat	SKALA NYERI : 0 2 4 6 8 10	SKALA NYERI : 0 1 2 3 4 5

2. Pasien Tidak Sadar

COMFORT scale (Bayi, Anak, dan Dewasa)

Total Skor : Tidak Nyeri Nyeri Ringan Nyeri Sedang Nyeri Berat

C. GIZI (Diisi Oleh Perawat)

PEDIATRIK (STRONG KID)	DEWASA (MST)	GERIATRI (MNA)	HAMIL/NIFAS
TOTAL SKOR :	TOTAL SKOR : ...	TOTAL SKOR :	TOTAL SKOR : ... (Jawaban ya ≥ 1 dilakukan pengkajian lanjut oleh dietisien)
<input type="checkbox"/> Resiko Rendah : 0 <input type="checkbox"/> Resiko sedang : 1-3 <input type="checkbox"/> Resiko Berat : 4-5	<input type="checkbox"/> Resiko Rendah 0-1 <input type="checkbox"/> Resiko Sedang 2-3 <input type="checkbox"/> Resiko Tinggi 4-5	<input type="checkbox"/> Status Gizi Normal 12 - 14 <input type="checkbox"/> Beresiko Malnutrisi 8 - 11 <input type="checkbox"/> Malnutrisi 0 - 7	Tidak nafsu makan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Gangguan metabolisme <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Pertambahan berat keahamban <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk Hb < 10 g/dl ; HTC < 30% <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tdk

Sudah dilihat dan diketahui dietisien Ya, Tidak

D. RESIKO JATUH (Diisi Oleh Perawat)

JUMLAH SKORE	KATEGORI	DEWASA (SKALA MORE)	ANAK-ANAK (HUMTY DUMTY)	GERIATRI (ONTARIO MODIFIET)
.....	RENDAH	Skor : 0-24	Skor 7-11	Skor : 0-5
.....	SEDANG	Skor : 25-44		Skor : 6-16
.....	TINGGI	Skor : > 45	Skor ≥ 12	Skor : 17-30

II. IDENTIFIKASI PASIEN (diisi oleh petugas administrasi)

Jenis Kelamin : Pendidikan : Agama :
 Suku / Bangsa : Pekerjaan : Status :
 Alamat & No Hp Pasien :
 Keluarga yang dapat dihubungi : Tip/HP
 Rujukan dari : Tanggal
 DPJP :

III. ASESMEN MEDIS PASIEN GAWAT DARURAT (diisi dokter)

(S) ANAMNESIS / ALLO ANAMNESIS

Dengan Hubungan dengan pasien :

KELUHAN UTAMA :

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG :

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :

- Jantung Hipertensi, DM,
 Kelainan jiwa, Epilepsy, Lain-lain

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

RIWAYAT SOSIAL EKONOMI :

RIWAYAT PSIKOLOGI :

RIWAYAT ALERGI

: Ya, Tidak ;
 Jenis alergi :

(O) PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG

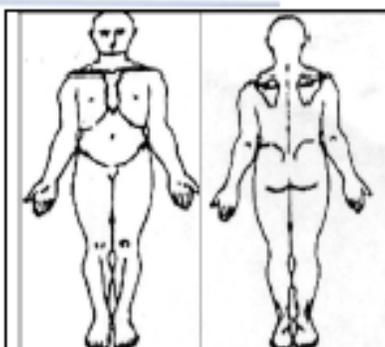
Skor GCS = E M V =

Mata	Motorik	Verbal
<input type="checkbox"/> 1. Tidak ada respon <input type="checkbox"/> 2. Respon Nyeri <input type="checkbox"/> 3. Respon kata <input type="checkbox"/> 4. Spontan	<input type="checkbox"/> 1. Tidak ada <input type="checkbox"/> 2. Respon ekstris terhadap nyeri <input type="checkbox"/> 3. Fleksi terhadap <input type="checkbox"/> 4. Menjauhi rangsang nyeri <input type="checkbox"/> 5. Melokalisir nyeri <input type="checkbox"/> 6. Mematuhi perintah	<input type="checkbox"/> 1. Tidak ada respon <input type="checkbox"/> 2. Suara tanpa arti <input type="checkbox"/> 3. Kata tidak sesuai <input type="checkbox"/> 4. Kalimat tidak sesuai <input type="checkbox"/> 5. Orientasi sesuai

KEWASPADAAN STATUS INFESI / PENULARAN PASIEN

Jenis Kewaspadaan	Tingkat Penularan			Perlu Ruang Isolasi/Kohort	
	Tidak menular	Menular	Mudah Menular	Ya	Tidak
Kontak					
Droplet					
Airborne					

Beri tanda centang (✓) pada kolom tersedia



Status Lokalis :
 Kepala :
 Leher :
 Thorax :
 Abdomen :
 Ekstremitas :

Pemeriksaan lainnya :

Jam	Pemeriksaan Penunjang :
	Laboratorium : Hb : GDS : AL : AT :
	Radiologi : Rontgen : USG : CT Scan :
	EKG :

(A) DIAGNOSIS :

- 1.
- 2.
- 3.

(P) TERAPI/TINDAKAN/KONSUL

Jam	
-----	--

IV. ASESMEN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

DATA	MASALAH / Dx
AIRWAY + CONTROL CERVICAL SURVAY PRIMER - SUMBATAN : <input type="checkbox"/> Tidak ada, <input type="checkbox"/> sputum, <input type="checkbox"/> darah, <input type="checkbox"/> benda padat, <input type="checkbox"/> lainnya - SUARA NAFAS : <input type="checkbox"/> Bersih, <input type="checkbox"/> gurgling, <input type="checkbox"/> snoring, <input type="checkbox"/> stidor SURVAY SEKUNDER a. Kulit kepala : <input type="checkbox"/> luka, <input type="checkbox"/> perdarahan, <input type="checkbox"/> hematom, <input type="checkbox"/> krepitasi b. Wajah : <input type="checkbox"/> sembab mata, <input type="checkbox"/> cedera kornea, <input type="checkbox"/> krepitasi pada hidung c. Leher : <input type="checkbox"/> krepitasi servikal, <input type="checkbox"/> peningkatan JVP	<input type="checkbox"/> Ketidakefektifan berlebihan jalan nafas <input type="checkbox"/> Risiko tinggi aspirasi
BREATHING + VENTILASI SURVAY PRIMER - Pengembangan dada : <input type="checkbox"/> Bradipnea, <input type="checkbox"/> Tachipnea, <input type="checkbox"/> asusmat, <input type="checkbox"/> chest stock, <input type="checkbox"/> biot - Frekuensi :x/mnt Reguler, <input type="checkbox"/> Irreguler, <input type="checkbox"/> Menggunakan otot tambahan : <input type="checkbox"/> ya, <input type="checkbox"/> tidak - Auskultasi paru : <input type="checkbox"/> Vesikuler, <input type="checkbox"/> Ronkhi, <input type="checkbox"/> Wheezing - Perkusi paru : <input type="checkbox"/> Resonan, <input type="checkbox"/> Hipersonan, <input type="checkbox"/> Konsolidasi - Reflek batuk : <input type="checkbox"/> Ada, <input type="checkbox"/> Tidak - Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/> Ada, <input type="checkbox"/> Tidak ada SURVAY SEKUNDER Thoraks : - Inspeksi : - Palpasi : <ul style="list-style-type: none"> • Area aorta : <input type="checkbox"/> Teraba pulsasi, <input type="checkbox"/> Tidak teraba • Area pulmonal : <input type="checkbox"/> Teraba pulsasi, <input type="checkbox"/> Tidak teraba • Area trikuspidalis : <input type="checkbox"/> Teraba pulsasi, <input type="checkbox"/> Tidak teraba • Area bikuspidalis : <input type="checkbox"/> Teraba pulsasi, <input type="checkbox"/> Tidak teraba - Perkusi : <input type="checkbox"/> Sesuai dengan batas-batas jantung, <input type="checkbox"/> Melebihi batas atas ICS Ke 2 kiri dari ± 2 cm dan batas bawah ICS ke 5 dari sternum ± 5 cm - Auskultasi <ul style="list-style-type: none"> • Area aorta : <input type="checkbox"/> Bunyi tambahan gallop, <input type="checkbox"/> Murrur, <input type="checkbox"/> Tidak ada bunyi tambahan • Area pulmonal : <input type="checkbox"/> Bunyi tambahan gallop, <input type="checkbox"/> Murrur, <input type="checkbox"/> Tidak ada bunyi tambahan • Area bikuspidalis : <input type="checkbox"/> Bunyi tambahan gallop, <input type="checkbox"/> Murrur, <input type="checkbox"/> Tidak ada bunyi tambahan • Area trikuspidalis : <input type="checkbox"/> Bunyi tambahan, <input type="checkbox"/> Tidak ada bunyi tambahan 	<input type="checkbox"/> Gangguan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Gangguan pemompaan O ₂ <input type="checkbox"/> Gangguan perfusi jaringan perifer <input type="checkbox"/> Penurunan cardiac output
CIRCULATION SURVAY PRIMER - Nadi :x/mnt, Suhu°C Irrama nadi : <input type="checkbox"/> Reguler, <input type="checkbox"/> Irreguler; Kekuatan : <input type="checkbox"/> Lemah, <input type="checkbox"/> Kuat - TD :/.....mmHg, Akral : <input type="checkbox"/> Hangat, <input type="checkbox"/> Tidak, Warna kulit : <input type="checkbox"/> Cyanosis, <input type="checkbox"/> Pucat, <input type="checkbox"/> Kemerahan - Capillari refill : <input type="checkbox"/> < 3 detik, <input type="checkbox"/> > 3 detik, Perdarahan : <input type="checkbox"/> Ada di, <input type="checkbox"/> Tidak ada SURVAY SEKUNDER - Tanda-tanda cyanosis : <input type="checkbox"/> ada, <input type="checkbox"/> tidak; Turgor kulit : <input type="checkbox"/> Elastic, <input type="checkbox"/> Tidak elastic; Lingkar perut :cm - Oedema ekstremitas : <input type="checkbox"/> Derajat 1, <input type="checkbox"/> derajat 2, <input type="checkbox"/> derajat 3, <input type="checkbox"/> derajat 4 Abdomen Inspeksi :; Palpasi : Hepar : <input type="checkbox"/> Teraba, <input type="checkbox"/> Tidak teraba; Lien : <input type="checkbox"/> Teraba, <input type="checkbox"/> Tidak; Nyeri tekan : <input type="checkbox"/> Ada di, <input type="checkbox"/> Tidak ada; Perkusi : <input type="checkbox"/> Tympani, <input type="checkbox"/> hipertympani Auskultasi: Peristaltic ususx/mnt	<input type="checkbox"/> Penurunan cardiac output <input type="checkbox"/> Nyuri <input type="checkbox"/> Peningkatan suhu tubuh <input type="checkbox"/> Gangguan perfusi jaringan perifer <input type="checkbox"/> Gangguan irama jantung <input type="checkbox"/> Kelebihan vol. cairan <input type="checkbox"/> Kekurangan vol. cairan <input type="checkbox"/> Hipotermia
DISABILITY (DEFICIT NEUROLOGIS) - Tingkat kesadaran "kuantitatif" : <input type="checkbox"/> Compostentis, <input type="checkbox"/> Apatis, <input type="checkbox"/> Somnolens, <input type="checkbox"/> Soporis, <input type="checkbox"/> Coma - Tingkat kesadaran "kualitatif" : GCS = E.....M.....V.....; Pupil : <input type="checkbox"/> Isokor, <input type="checkbox"/> Unisokor, <input type="checkbox"/> Mdrisis - Kejang : <input type="checkbox"/> jello, <input type="checkbox"/> Disarria, <input type="checkbox"/> Disfagia, <input type="checkbox"/> Afasia - Tanda-tanda peningkatan TIK : <input type="checkbox"/> Muntah proyektil, <input type="checkbox"/> Nyeri kepala, <input type="checkbox"/> Kaku kuduk - Uji kekuatan otot : Ekstremitas atas/.....; Ekstremitas bawah/.....	<input type="checkbox"/> Potensial penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Gangguan perfusi jaringan Cerebral
EKSPOSURE - Jejas : <input type="checkbox"/> Ada di, <input type="checkbox"/> Tidak ada, - Vesika Urinaria : <input type="checkbox"/> Distensi, <input type="checkbox"/> nyeri tekan, <input type="checkbox"/> jejas, - Pelvis : <input type="checkbox"/> Krepitasi, <input type="checkbox"/> deformitas - Ekstremitas atas : <input type="checkbox"/> VE, <input type="checkbox"/> VL, <input type="checkbox"/> Deformitas, <input type="checkbox"/> Krepitasi, <input type="checkbox"/> Nyeri - Ekstremitas bawah : <input type="checkbox"/> VE, <input type="checkbox"/> VL, <input type="checkbox"/> Deformitas, <input type="checkbox"/> Krepitasi, <input type="checkbox"/> Nyeri	<input type="checkbox"/> Kerusakan integritas kulit <input type="checkbox"/> Terputusnya kontinuitas jaringan tulang

V. KONDISI PASIEN SAAT PINDAH/PULANG DARI IGD

Pukul :			
Tanda-Tanda Vital	GCS : E: V: M:	TD : / mmHg	
	Nadi : x/menit reguler/irreguler	Suhu : °C	
	Pernafasan : x/menit	SpO ₂ : %	
<input type="checkbox"/> Rawat Inap di ruang :		Petugas yang menerima :	
<input type="checkbox"/> Tindakan lanjutan di		<input type="checkbox"/> Kamar Bersalin	<input type="checkbox"/> HD
		<input type="checkbox"/> ODC	<input type="checkbox"/> IRJA
<input type="checkbox"/> Dirujuk ke Rumah Sakit :			
<input type="checkbox"/> Dipulangkan, pukul :		<input type="checkbox"/> D.O.A	<input type="checkbox"/> Meninggal, pukul :
Transportasi pulang: <input type="checkbox"/> Kendaraan pribadi		<input type="checkbox"/> Ambulan	<input type="checkbox"/> Kendaraan Jenazah
Pendidikan kesehatan pasien pulang :		<input type="checkbox"/> Makan/minum obat teratur	<input type="checkbox"/> Jaga kebersihan luka
		<input type="checkbox"/> Diet:	<input type="checkbox"/> Lain-lain :
Nama/Tanda Tangan Dokter :		Nama/Tanda Tangan Perawat :	

VI. REKAM MEDIS GAWAT DARURAT

LEMBAR TAMBAHAN PASIEN IGD	Nama :		
	TTL :		
	NO RM :		
	Jenis kelamin :		Ruang :
	Tgl Masuk :		Kelas :
	No Reg :		
DPJP :			
PPJP :			
Tanggal/Jam	Catatan kemajuan	Tindakan & Faktor	Nama terang & TTD



PELIMPAHAN WEWENANG

DASAR : UU 38 TAHUN 2014, UU 4 TAHUN 2019
PERMENKES 26 TAHUN 2019

PMK 26 Tahun 2019 , Pasal 27

Pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dari dokter dapat berupa :

- pelimpahan wewenang delegatif
- Pelimpahan wewenang mandat.



Pelimpahan wewenang secara **MANDAT** diberikan oleh **TENAGA MEDIS** kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan tenaga medis yang melimpahkan wewenang.

Pelimpahan wewenang secara **DELEGATIF** untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh **TENAGA MEDIS** kepada Perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab.

Tugas sebagai pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dilaksanakan berdasarkan:

- pelimpahan wewenang untuk melakukan tindakan medis dari dokter dan evaluasi pelaksanaannya; atau
- dalam rangka pelaksanaan program pemerintah.

UU 4/2019 : Pasal 53

Pelimpahan wewenang terdiri atas

- pelimpahan secara mandat; dan
- pelimpahan secara delegatif.



Pelimpahan wewenang secara **MANDAT** diberikan oleh **DOKTER** kepada Bidan sesuai kompetensinya.

Dokter yang memberikan pelimpahan wewenang secara **MANDAT** harus melakukan pengawasan dan evaluasi secara berkala

Pelimpahan wewenang secara **DELEGATIF** yang diberikan oleh **Pemerintah Pusat** atau **PEMERINTAH DAERAH** dalam rangka:

- pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu; atau
- program pemerintah.

Pelimpahan wewenang secara **delegatif** disertai pelimpahan tanggung jawab.

Pelimpahan wewenang secara **delegatif** pada saat tidak bagi tenaga bidan tenaga medis dan nakes lain di tempat bidan bertugas dan ditetapkan pemerintah pusat atau pemerintah daerah

Surat pelimpahan wewenang

CONTOH

- Tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan
- Pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan
- Pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan
- Tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan
- Tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.



SURAT PELIMPAHAN WEWENANG APOTEKER

Nomor : _____

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama : _____
SP : _____
Jabatan : _____

Dengan ini memberikan pelimpahan wewenang kepada

Nama : _____
SKTTK / SIKP / SIKB : _____
Jabatan : Asisten Apoteker / Perawat / Bidan Puskesmas

Untuk melaksanakan : Pelayanan Kefarmasian.
Pada pasien : _____
Di : UGD/PONED,
 Rawat Inap,
 Puskesmas pembantu,
 Puskesmas keliling,
 POSKESKEL,
 Posyandu,
 Puskesmas Induk.

Pada tanggal : _____

Hal hal yang perlu diperhatikan dalam menjalankan tugas pelimpahan wewenang :

1. Mengacu pada SOP Pelayanan Klinis yang berlaku di Puskesmas : _____
2. Melaporkan hasil kegiatan secara tertulis pada pemberi tugas lmpah.

Demikian surat pelimpahan wewenang apoteker ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Kepala UPTD Puskesmas _____, _____ 20

Pemberi Pelimpahan Wewenang

.....

.....

Catatan :
Beri tanda (✓) untuk wewenang yang dilimpahkan
Beri tanda (x) untuk wewenang yang tidak dilimpahkan

CONTOH

Informed

Permenkes no.290/MenKes/Per/III/2008

PEMBERIAN INFORMASI

<u>Dokter Pelaksana Tindakan</u>			
<u>Pemberi informasi</u>			
<u>Penerima Informasi / pemberi</u>			
<u>Persetujuan*</u>			
<u>Jenis Informasi</u>		<u>ISI INFORMASI</u>	<u>TANDA (V)</u>
1	<u>Diagnosis (WD & DD)</u>		
2	<u>Dasar Diagnosis</u>		
3	<u>Tindakan Kedokteran</u>		
4	<u>Indikasi Tindakan</u>		
5	<u>Tata Cara</u>		
6	<u>Tujuan</u>		
7	<u>Risiko</u>		
8	<u>Komplikasi</u>		
9	<u>Prognosis</u>		
10	<u>Alternatif & Risiko</u>		
	<u>Lain-lain</u>		
<u>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal – hal di atas secara benar dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi</u>		<u>Tanda tangan</u>	
<u>Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya</u>		<u>Tanda tangan</u>	
<u>* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.</u>			

Diagnosis

Tujuan

Alternatif

Risiko dan komplikasi

prognosis

Perkiraan biaya

Consent

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN	
Yang bertandatangan dibawah ini, saya, nama _____, umur __ tahun , laki – laki/ perempuan*, alamat _____ dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, umur__ tahun,laki – laki/ perempuan* alamat _____	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.	
Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.	
_____, tanggal _____ pukul _____	
Yang menyatakan,	Saksi:
(__nama jelas__)	(__nama jelas__)

Refusal

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN	
Yang bertandatangan dibawah ini, saya, nama _____, umur __ tahun , laki – laki/ perempuan*, alamat _____ dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukan tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, umur__ tahun,laki – laki/ perempuan* alamat _____	
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.	
Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.	
_____, tanggal _____ pukul _____	
Yang menyatakan,	Saksi:
(__nama jelas__)	(__nama jelas__)

Asuhan Terintegrasi



CONTOH

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

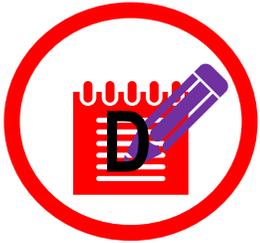
(ditulis dengan format SOAP, disertai dengan target dan tujuan terukur, dituliskan nama dan paraf pada setiap akhir catatan, DPJP harus membaca dan memverifikasi ulang seluruh rencana perawatan)



Unit/ Tanggal/ Jam	Profesi / Bagian	SOAP : SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALISIS, DAN PLANNING (termasuk didalamnya target dan tujuan terukur)	Nama jelas & Tanda tangan	INSTRUKSI	Verifikasi DPJP (Nama jelas & Tanda tangan)
				(ditulis dengan rinci dan jelas, termasuk pasca bedah / tindakan invasive lainnya)	

Warna Tinta Pulpen : Hitam = Dokter, Biru = Perawat/Bidan, Hijau = Gizi/Farmasi

CONTOH



CPPT : CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

Tgl, Jam	Profesional Pemberi Asuhan	HASILASESMENPASIENDANPEMBERIANPELAYANAN (TulisdenganformatSOAP/ADIME,disertaiSasaran.Tulis Nama,beriParafpadaakhircatatan)		REVIEW& VERIFIKASI DPJP (TulisNama,beri Paraf,Tgl,Jam) (DPJPharus membaca/merevi ewseluruh Rencana Asuhan)
2/2/2015 Jm8.00 2/2/2015 Jm8.30	Perawat Dokter	<p>S:Nyeriakutlututkiri sejak1-2jam O:skalanyerIVAS:7 TD165/90,N115/m,FrekNafas:30/m A:Nyeriakutart hritsgout P:Mengatasi nyeridalam2jamdgntarget VAS<4</p> <p>S:Nyerilutut kiriakutsejakpagi O:Lutut kiriagakmerah,nyeritekan,skalaNRS7-8,hangatpd palpasi. A:GoutyArthritis-flareGenuSinistra P:injsteroidxmg,tabcocliche2X0,6mg/hari.</p> <p style="text-align: right;">Dst....</p> <p><i>Catatan/NotasiDPJP.....</i> <i>.....+parafDPJP</i></p>	<p style="text-align: right;">Paraf..</p> <p style="text-align: right;">Paraf...</p> <p>+Monitoringnyerit tiap30' +LaporDPJP +Kolaborasi pemberiananti inflamasi& analgesic *Lapor2jamlagi skalanyeri *FotoRoLututhari inibilanyerimereda/toleransicukup</p>	<p style="text-align: center;"><i>Paraf DPJP tiaplembar</i></p>

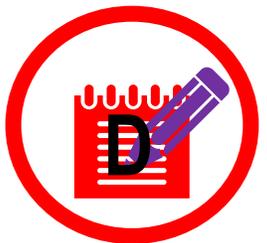
Plan of Care

Hari :

tanggal / Jam		
Diagnosis Kerja		
Masalah / Kebutuhan (Prioritaskan)		
Kewaspadaan	<input type="checkbox"/> Standar <input type="checkbox"/> Kontak	<input type="checkbox"/> Airborne <input type="checkbox"/> Droplet
Tim Dokter	• DPJP :	Tim: • • •
Pemeriksaan	<input type="checkbox"/> Laboratorium	<input type="checkbox"/> Radiologi :
Prosedur / Tindakan		
Nutrisi	Diet Batasan Cairan: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya:	
Aktivitas	<input type="checkbox"/> Tirah baring total	<input type="checkbox"/> Tirah baring parsial <input type="checkbox"/> Mandiri
Pengobatan	<input type="checkbox"/> Sesuai IMR	<input type="checkbox"/> Revisi Pengobatan
Keperawatan	<input type="checkbox"/> Observasi Asuhan Keperawatan <input type="checkbox"/> Pendidikan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Prosedur Keperawatan <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan medis
Tindakan Rehabilitasi Medik	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Konsultasi		
Sasaran		
Nama & Paraf Dokter		

PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN PASIEN/ KELUARGA INTER DISIPLIN						Nama : Tgl. Lahir : Agama : Pendidikan :	Ruang : Kelas : Instalasi :
Hambatan :		Jenis pendidikan meliputi :				Penerima Pendidikan :	
Bahasa :		Evaluasi respon :				Penerima Pendidikan : P = Pasien K = Keluarga L = Lain-lain	
Metode :							
Nama & Tanda Tangan		ISI PENDIDIKAN KESEHATAN				Evaluasi Respon	
Hari/Tanggal/ Jam		Penerima Pendidikan				Pemberi Pendidikan	
Hambatan		Bahasa				Penerima Pendidikan	
Metode		Jenis Pendidikan				Pemberi Pendidikan	
1 = Fisk & emosional & Kognitif 2 = Fisk atau emosional atau kognitif 3 = Mampu dan sanggup		1 = Penggunaan alat bantu medik 2 = Alternatif tindakan lain 3 = Diagnosis, Prognosis 4 = Diet 5 = Manajemen nyeri 6 = Rencana pengelolaan & hasil yang diharapkan 7 = Resiko penyakit 8 = Resiko tindakan 9 = Resiko bila tidak dilakukan tindakan 10 = Rehabilitasi Medik 11 = Tindakan Medik 12 = Tindakan Keperawatan 13 = Penggunaan obat 14 = Bimbingan Rohani 15 = Penunjang Medik 16 = Lain-lain : - Jam konsultasi, biaya, tata tertib, hak & kewajiban pasien, fasilitas. - Informasi tindakan kedokteran - Cara cuci tangan, cara batuk, buang sampah medis & non medis				1 = Tidak mengerti 2 = Mengerti 3 = Mengerti, mengulang 4 = Mengerti, mengulang Mendemonstrasikan	
1 = Indonesia 2 = Asing 3 = / isyarat							
1 = Audio 2 = Demonstrasi 3 = Lisan 4 = Tulisan 5 = Visual							

Form pemberian edukasi



CONTOH

Standar 3.3. Pelayanan gawat darurat

- Pelayanan gawat darurat dilaksanakan dengan segera sebagai prioritas pelayanan.
- Tersedia pelayanan gawat darurat yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan darurat, mendesak atau segera.

Kriteria 3.3.1

- **Prosedur penanganan pasien gawat darurat disusun berdasar panduan praktik klinis untuk penanganan pasien gawat darurat dengan referensi yang dapat dipertanggungjawabkan.**

Pokok Pikiran

- Pasien gawat darurat **diidentifikasi dengan proses triase** mengacu pada pedoman tata laksana triase sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- Prinsip triase dalam 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

- Pasien-pasien tersebut **didahulukan** diperiksa dokter sebelum pasien yang lain, mendapat pelayanan diagnostik sesegera mungkin dan diberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan.
- 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.
- Dalam penanganan pasien dengan kebutuhan darurat, mendesak, atau segera, **termasuk** melakukan deteksi dini tanda tanda dan gejala penyakit menular misalnya infeksi melalui udara/airborne

Elemen Penilaian

- a) Pasien **diprioritaskan atas dasar kegawatdaruratan** sebagai tahap triase sesuai dengan kebijakan, pedoman dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O, W, S).
- b) Pasien gawat darurat yang perlu dirujuk ke FKRTL **diperiksa dan distabilisasi terlebih dahulu** sesuai dengan kemampuan Puskesmas dan dipastikan dapat diterima di FKRTL sesuai dengan kebijakan, pedoman dan prosedur yang ditetapkan (R, D, O)

CONTOH

RM.7a

TRIASE PASIEN GAWAT DARURAT

No Rekam Medik :
 Nama Pasien :
 Jenis Kelamin : L / P
 Tanggal Lahir :
 Alamat :
 Keluhan utama :

Pasien datang dan kontak pertama kali dengan petugas Triase
 Tanggal : Jam :

SURVEY PRIMER

RESPONS AWAL <input type="checkbox"/> Tidak ada respons <input type="checkbox"/> Merespons nyeri <input type="checkbox"/> Kejang	RESPON AWAL <input type="checkbox"/> Merespon suara	RESPON AWAL <input type="checkbox"/> Sadar <input type="checkbox"/> KU lemah	RESPON AWAL <input type="checkbox"/> Sadar <input type="checkbox"/> KU baik
JALAN NAFAS <input type="checkbox"/> Obstruksi	JALAN NAFAS <input type="checkbox"/> Ancaman Obstruksi	JALAN NAFAS <input type="checkbox"/> Bebas	JALAN NAFAS <input type="checkbox"/> Bebas
PERNAFASAN <input type="checkbox"/> Henti nafas (apneu/gasping) <input type="checkbox"/> Sesak nafas berat <input type="checkbox"/> RR < 10x/ menit <input type="checkbox"/> RR > 32x/ menit <input type="checkbox"/> Sianosis	PERNAFASAN <input type="checkbox"/> Sesak nafas <input type="checkbox"/> RR > 32x/ menit	PERNAFASAN <input type="checkbox"/> Sesak nafas <input type="checkbox"/> RR normal	PERNAFASAN <input type="checkbox"/> Normal
SIRKULASI <input type="checkbox"/> Henti jantung <input type="checkbox"/> Nadi lemah <input type="checkbox"/> Akral dingin <input type="checkbox"/> Pengisian kapiler > 2 detik	SIRKULASI <input type="checkbox"/> Nadi irregular	SIRKULASI <input type="checkbox"/> Nadi kuat	SIRKULASI <input type="checkbox"/> Nadi kuat
<input type="checkbox"/> KATEGORI 1 RESUSITASI	<input type="checkbox"/> KATEGORI 2 EMERGENSI	<input type="checkbox"/> KATEGORI 3 URGENSI	<input type="checkbox"/> KATEGORI 4 NON URGENSI

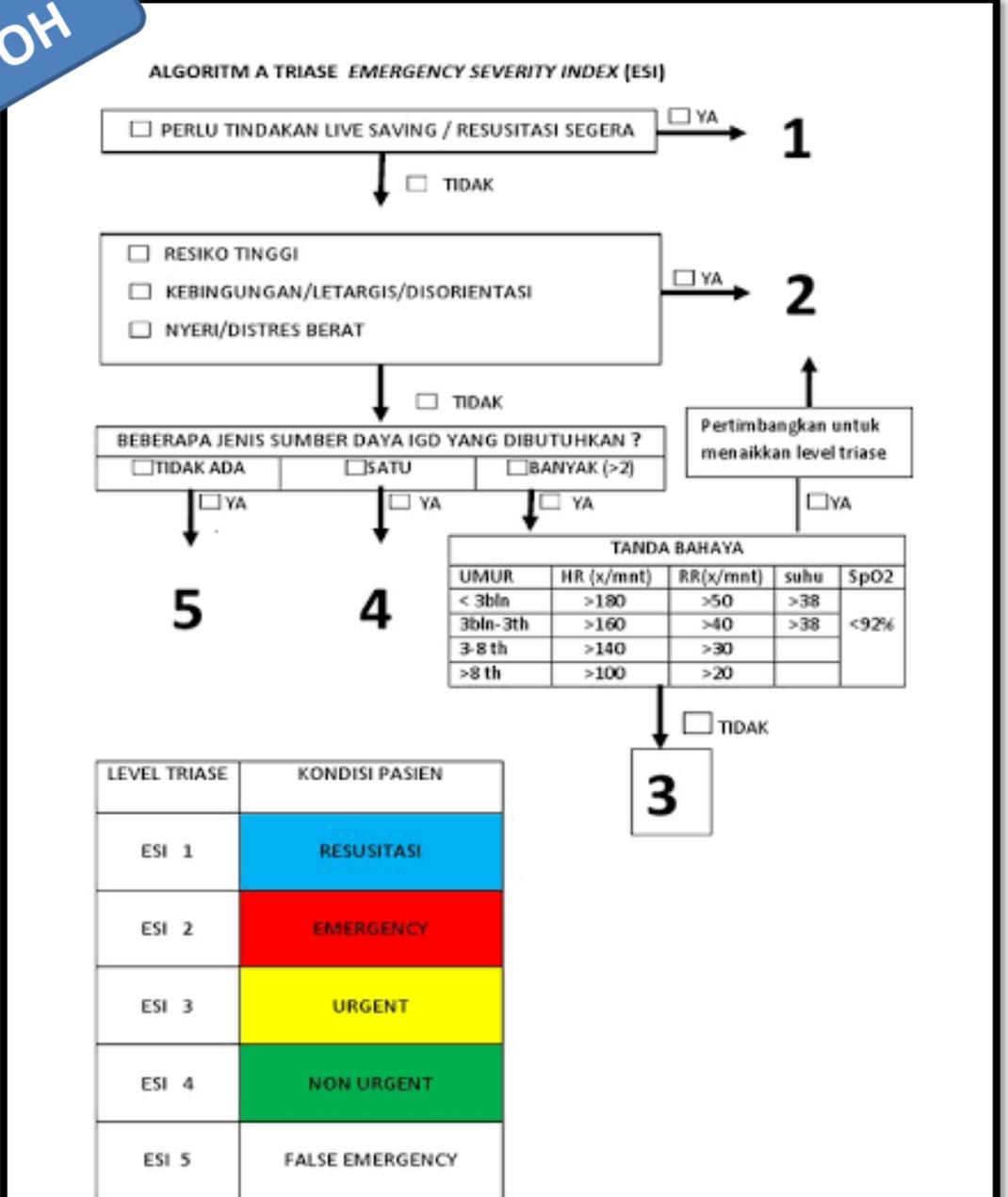
KATEGORI 5 : PASIEN DATANG SUDAH MENINGGAL

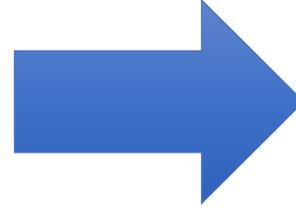
Keputusan Triase Jam :

Tindakan di UGD
 Rujuk ke

Petugas Triase,

Tanda Tangan & Nama Lengkap





Dokumentasikan dalam rekam medis



3.7.1

1. Pengertian	Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal.
2. Tujuan	Untuk memberikan penanganan kesehatan lebih lanjut yang tidak bisa diberikan di Puskesmas.
3. Kebijakan	Berdasarkan SK Kepala Puskesmas No. Tentang.....
4. Referensi	Permenkes No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
5. Prosedur / Langkah-langkah	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Melakukan pertolongan pertama dan atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis.</u> 2. Menginformasikan kepada keluarga pasien tentang diagnosis dan terapi dan atau tindakan medis yang dilakukan, rencana rujukan, alasan dan tujuan dilakukan rujukan, risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan, transportasi rujukan dan risiko atau penyulit yang dapat timbul selama perjalanan. 3. Petugas meminta persetujuan/penolakan untuk tindakan rujukan dari keluarga pasien secara tertulis. 4. <u>Melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan penerima rujukan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat.</u> 5. Membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan. 6. Menyiapkan transportasi rujukan dan petugas kesehatan pendamping yang berkompeten. 7. Untuk pasien yang memerlukan asuhan medis yang terus menerus harus dirujuk dengan ambulans dan didampingi petugas kesehatan yang berkompeten. 8. Dalam hal tidak tersedia ambulans, rujukan dapat dilakukan dengan menggunakan alat transportasi lain yang layak dan didampingi oleh petugas kesehatan yang berkompeten. 9. Petugas yang mendampingi harus memantau keadaan keadaan pasien selama perjalanan rujukan ke tempat rujukan. 10. Apabila terjadi kegawatdarutan pasien selama perjalanan petugas pendamping harus melakukan tindakan penanganan sesuai kompetensinya dan apabila tidak dapat ditangani petugas wajib mencari bantuan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat. 11. Sesampainya di tempat penerima rujukan, dilakukan serah terima pasien yang ditandai dengan bukti serah terima pasien yang ditandatangani oleh petugas penerima dan di stempel oleh institusi penerima rujukan.

CEK LIST PERSIAPAN PASIEN RUJUKAN

NAMA :

TANGGAL LAHIR/ UMUR :

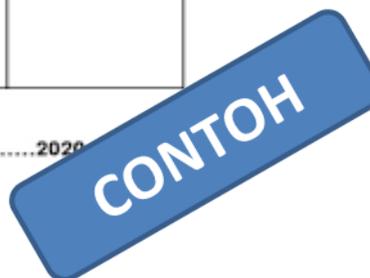
ALAMAT :

NO	KELENGKAPAN RUJUKAN	CEKLIS	
		ADA	TIDAK ADA
1	Transportasi Rujukan sebutkan.....		
2	Petugas yang mendampingi berkompeten Sebutkan		
3	Keluarga yg mendampingi		
4	Surat persetujuan rujukan		
5	Form Rujukan + resume		
6	Menghubungi RS tujuan		
7	Jaminan/asuransi kesehatan Sebutkan		
8	Keluarga yang mendampingi		
9	Obat-obatan : I.V line O2..... Lain2		

Subang, 2020

Ttd Petugas

(.....)



Standar 3.4. Pelayanan anestesi local dan tindakan

- Pelayanan anastesi lokal dan tindakan di Puskesmas dilaksanakan dengan sesuai standar.
- Tersedia pelayanan anestesi lokal dan tindakan untuk memenuhi kebutuhan pasien

Kriteria 3.4.1

- Pelayanan anestesi lokal di Puskesmas dilaksanakan sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan.

Pokok Pikiran

- Dalam pelayanan rawat jalan ataupun rawat inap di Puskesmas, terutama pelayanan gawat darurat, pelayanan gigi, dan keluarga berencana, kadang- kadang memerlukan tindakan yang membutuhkan anestesi lokal. Pelaksanaan anestesi lokal tersebut harus memenuhi standar dan peraturan perundang- undangan serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di Puskesmas.

- Kebijakan dan prosedur 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 anestesi;
 - (6) teknik melakukan anestesi 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.

Elemen Penilaian

- a) Pelayanan anestesi lokal **dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten** sesuai dengan kebijakan dan prosedur (R, D, O, W).
- b) **Jenis, dosis, dan teknik anestesi lokal dan pemantauan status fisiologi pasien** selama pemberian anestesi lokal oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien (D).

Standar 3.5. Pelayanan Gizi

- 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

Kriteria 3.5.1.

- Pelayanan Gizi dilakukan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinis yang tersedia secara reguler.

Pokok Pikiran

- Terapi gizi adalah pelayanan gizi yang diberikan kepada pasien berdasarkan pengkajian gizi, yang meliputi terapi diet, konseling gizi, dan pemberian makanan khusus dalam rangka penyembuhan pasien.
- Kondisi kesehatan dan pemulihan pasien membutuhkan asupan makanan dan gizi yang memadai. Oleh karena itu, makanan perlu disediakan secara reguler, sesuai dengan rencana asuhan, umur, budaya, dan bila dimungkinkan pilihan menu makanan. Pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.
- Pemesanan dan pemberian makanan dilakukan sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien.

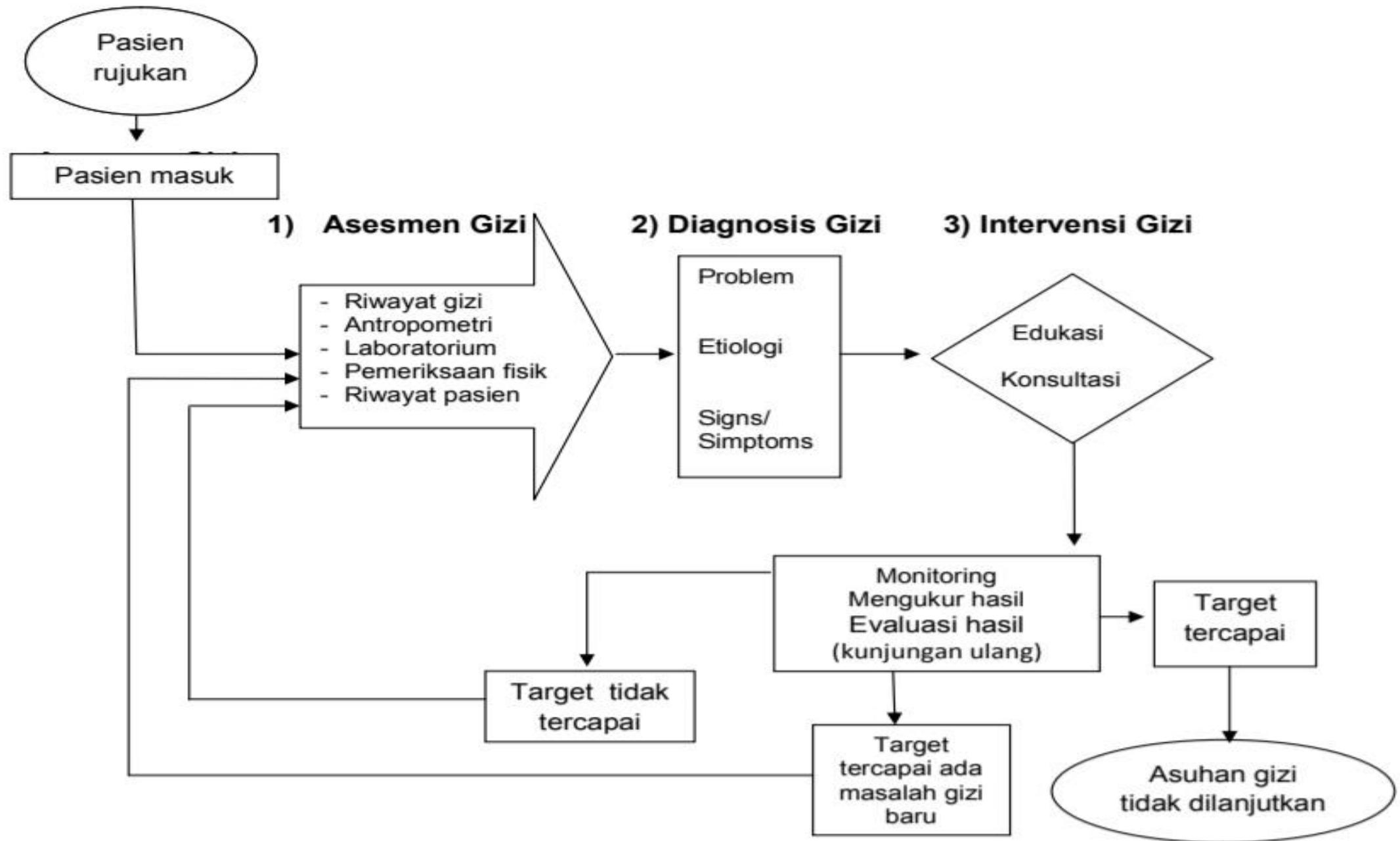
- Penyediaan bahan, penyiapan, penyimpanan, dan penanganan makanan harus dimonitor untuk memastikan keamanan serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik terkini. Risiko kontaminasi dan pembusukan diminimalkan dalam proses tersebut.
- Setiap pasien harus mengonsumsi makanan sesuai dengan standar angka kecukupan gizi.
- Angka kecukupan gizi adalah suatu nilai acuan kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, dan aktivitas fisik untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

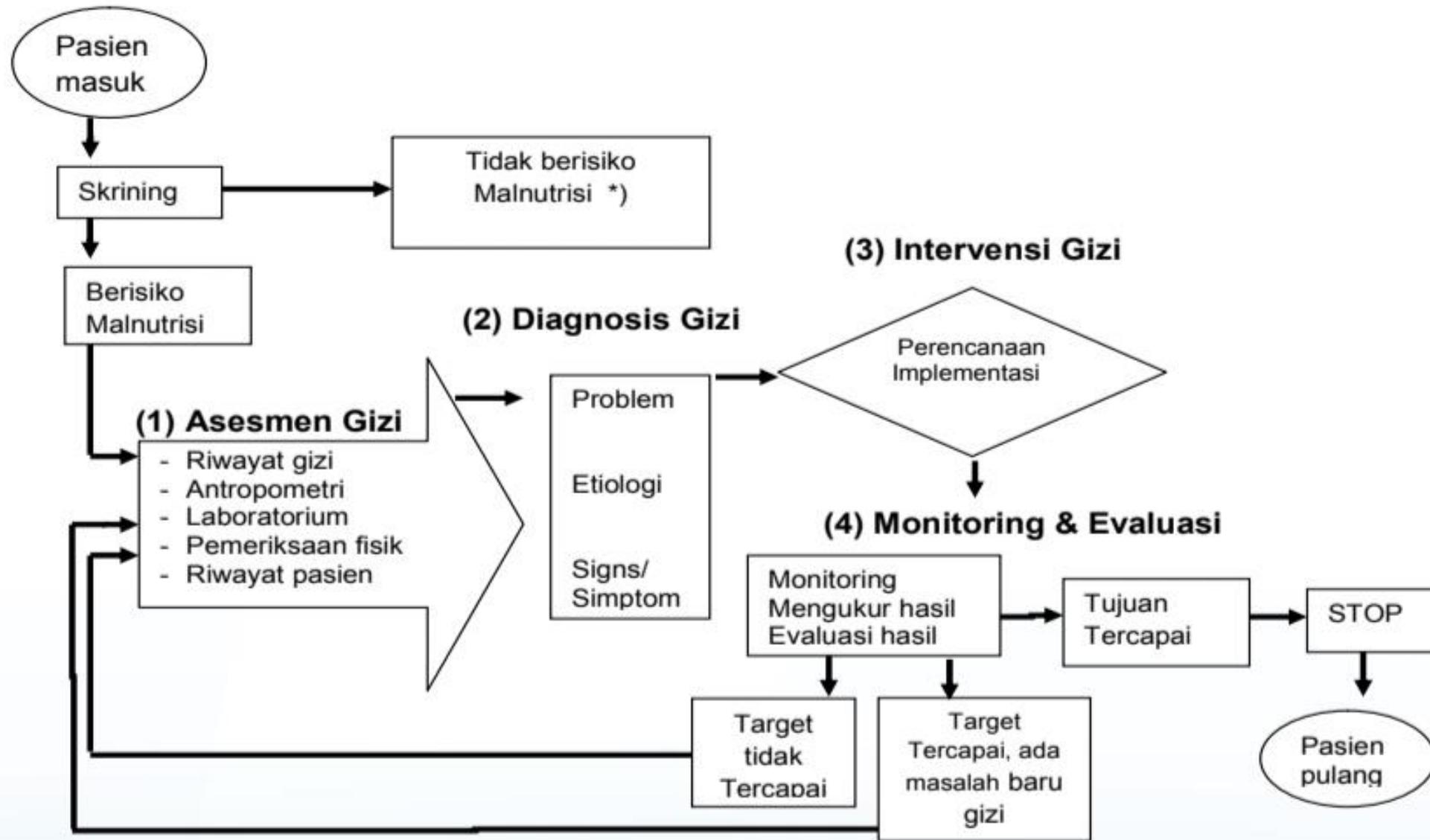
- Pelayanan Gizi kepada pasien dengan risiko gangguan gizi di Puskesmas diberikan secara reguler sesuai dengan rencana asuhan berdasarkan hasil penilaian status gizi dan kebutuhan pasien sesuai dengan proses asuhan gizi terstandar (PAGT) yang tercantum di dalam Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas.
- Pelayanan Gizi kepada pasien rawat inap harus dicatat dan didokumentasikan di dalam rekam medis dengan baik.
- 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 berkompeten dan makanan disimpan dalam kondisi yang baik untuk mencegah kontaminasi.

Elemen Penilaian

- a) Rencana asuhan gizi disusun **berdasar kajian kebutuhan gizi** pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien (R, D, W).
- b) Makanan **disiapkan dan disimpan** dengan cara yang baku untuk mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan (R, D, O, W).
- c) Distribusi dan pemberian makanan dilakukan **sesuai dengan jadwal dan pemesanan**, serta hasilnya didokumentasikan (R, D, O, W)
- d) Pasien dan/atau keluarga pasien **diberi edukasi tentang pembatasan diet** pasien dan keamanan/kebersihan makanan bila keluarga ikut menyediakan makanan bagi pasien (D).
- e) **Proses kolaboratif** digunakan untuk merencanakan, memberikan, dan memantau pelayanan gizi (D, W).
- f) **Respons pasien** pelayanan Gizi **dipantau dan dicatat** dalam rekam medisnya (D)

Alur dan Proses Asuhan Gizi Pada Pasien Rawat Jalan





Keterangan : *) = Skrining ulang setelah 7 hari

Sumber : Modifikasi dari AsDI (2011), Proses Asuhan Gizi Terstandar.

No. RM	:	
Nama	:	
Jenis Kelamin	:	
Tanggal Lahir	:	



NRM :
 Nama :
 JK :
 Tanggal Lahir :

FORMULIR SIMPLE NUTRITION SCREENING TOOL (SNST)

No.	Parameter	Ya	Tidak	Nilai
1	Apakah pasien terlihat kurus?	Ya	Tidak	1 0
2	Apakah pakaian anda terasa lebih longgar?	Ya	Tidak	1 0
3	Apakah akhir-akhir ini Anda kehilangan berat badan secara tidak sengaja (6 bulan terakhir)?	Ya	Tidak	1 0
4	Apakah Anda mengalami penurunan asupan makan selama 1 minggu terakhir?	Ya	Tidak	1 0
5	Apakah Anda menderita suatu penyakit yang mengakibatkan adanya perubahan jumlah atau jenis makanan yang Anda makan?	Ya	Tidak	1 0
6	Apakah Anda merasakan lemah, loyo dan tidak bertenaga?	Ya	Tidak	1 0
7	Pengukuran LILA untuk Ibu Hamil mengalami Resiko KEK jika $\leq 23,5$ cm	Ya	Tidak	1 0
Total Skor				
KESIMPULAN				
Total Skor 0 - 2		= Tidak beresiko malnutrisi		
Total Skor 0 - 2		= Beresiko malnutrisi		

Tanggal Skrining	:	
Nama Perawat	:	
Tanda Tangan	:	

FORMULIR ASUHAN GIZI					
Identitas Pasien					
Pendidikan	Pekerjaan	Aktivitas	Alamat	Dokter Pengirim	Diagnosa Medis
Alergi Makanan :					
Assesmen Gizi					
Antropometri					
BB Aktual	BB Ideal	TB	LILA	IMT	Status Gizi
Biokimia					
Klinis/Fisik					
Riwayat Diet					
Riwayat Personal					
Diagnosis Gizi					
Intervensi Gizi					
Monitoring dan Evaluasi					

CONTOH

Tanggal,
 Tanda Tangan

(.....)

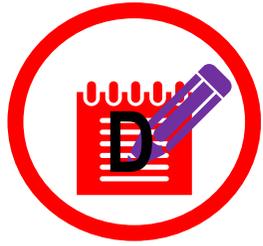
No	JENIS MONITORING	INDIKATOR	Ya	Tidak	NA
1	Kebersihan Dapur	1. Lantai tidak licin 2. Permukaan tidak berdebu 3. Tidak ada lawa lawa 4. Tempat sampah tertutup 5. Penempatan tempat sampah sesuai lokasi 6. Wastafel cuci tangan selalu bersih dan bebas dari peralatan 7. Rak penyimpanan bersih			
2	Cara Penyimpanan Makanan (Sanitasi Gudang)	1. Pengaturan Penyimpanan: a. Barang yang disimpan mudah diambil dan mudah disimpan b. Ada rotasi penyimpanan (first in first out) c. Ada kartu stok / cek disetiap barang d. Penyimpanan barang rapih dan sesuai jenisnya 2. Keamanan dan kebersihan gudang: a. Bebas binatang (serangga, kecoa , tikus) b. Tinggi rak dari permukaan lantai ± 30 cm c. Jarak antara penyimpanan barang paling atas dengan langit langit ± 60 cm d. Jarak penyimpanan barang dengan dinding ± 15 cm e. Suhu ruangan 20 - 24°C			

3	Fasilitas	1. Fasilitas kebersihan tangan 2. APD 3. Poster kebersihan tangan			
4	Cara pengolahan makanan	1. Tempat pengolahan: a. Air tidak terkontaminasi b. Pembuangan air kotor lancar c. Tempat sampah tertutup d. Rapat serangga dan tikus e. Tempat penyimpanan bahan makanan tertutup dan bersih f. Penyimpanan alat tertata rapi 2. Tenaga Pengolah: a. Penampilan bersih b. Selalu mencuci tangan sebelum menjamah makanan			

CONTOH

FORMAT DISTRIBUSI MAKANAN

Hari/Tanggal :



NO	NAMA	UMUR	DIET	RUANG	DISTRIBUSI MAKAN			KET
					PAGI	SIANG	MALAM	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

MENGETAHUI,
KOORDINATOR RAWAT INAP

PETUGAS PELAKSANA GIZI
RAWAT INAP

CONTOH

CONTOH

FORMULIR PEMBERIAN EDUKASI GIZI



Tgl/Waktu	Materi Edukasi	Tanda Tangan dan Nama Jelas		
		Pasien	Keluarga Pasien	Ahli Gizi
	Tempat : Waktu : Media : Topik : Tujuan Edukasi : Materi :			

CONTOH

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

(ditulis dengan format SOAP, disertai dengan target dan tujuan terukur, dituliskan nama dan paraf pada setiap akhir catatan, DPJP harus membaca dan memverifikasi ulang seluruh rencana perawatan)



Unit/ Tanggal/ Jam	Profesi / Bagian	SOAP : SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALISIS, DAN PLANNING (termasuk didalamnya target dan tujuan terukur)	Nama jelas & Tanda tangan	INSTRUKSI	Verifikasi DPJP (Nama jelas & Tanda tangan)
				(ditulis dengan rinci dan jelas, termasuk pasca bedah / tindakan invasive lainnya)	

Warna Tinta Pulpen : Hitam = Dokter, Biru = Perawat/Bidan, Hijau = Gizi/Farmasi

Standar 3.6. Pemulangan dan tindak lanjut pasien

- 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.

Kriteria 3.6.1.

- Pemulangan dan tindak lanjut pasien yang bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur baku.

Pokok Pikiran

- Untuk menjamin kesinambungan pelayanan, perlu ditetapkan kebijakan dan prosedur pemulangan pasien dan tindak lanjut.
- 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.

- 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, misalnya pasien rawat jalan yang tidak memerlukan perawatan rawat inap, pasien rawat inap tidak lagi memerlukan perawatan rawat inap di Puskesmas, pasien yang karena kondisinya memerlukan rujukan ke FKRTL, pasien yang karena kondisinya dapat dirawat di rumah atau rumah perawatan, pasien yang menolak untuk perawatan rawat inap, pasien/keluarga pasien yang meminta pulang atas permintaan sendiri.

- Resume pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien selama rawat inap.
- Resume ini berisikan:
 - 1) riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik;
 - 2) indikasi pasien rawat inap, diagnosis, dan kormobiditas lain;
 - 3) prosedur tindakan dan terapi yang telah diberikan;
 - 4) obat yang sudah diberikan dan obat untuk pulang;
 - 5) kondisi kesehatan pasien; dan
 - 6) instruksi tindak lanjut dan penjelasan kepada pasien, termasuk nomor kontak yang dapat dihubungi dalam situasi darurat.

- Informasi tentang resume pasien pulang yang diberikan kepada pasien/keluarga pasien pada saat pemulangan atau rujukan ke fasilitas kesehatan yang lain diperlukan agar pasien/keluarga pasien memahami tindak lanjut yang perlu dilakukan untuk mencapai hasil pelayanan yang optimal
- 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 .
- Resume medis yang diberikan kepada 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.

Elemen Penilaian

- a) 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 (R, D).
- b) **Resume medis** diberikan kepada pasien dan pihak yang berkepentingan saat pemulangan atau rujukan (D, O, W).



KRITERIA PEMULANGAN PASIEN UMUM DAN TINDAK LANJUT

- 1 Pasien tidak mengalami demam selama 24 jam tanpa pemberian antipiretik
- 2 Pasien mengalami kemajuan keadaan klinis
- 3 Vital sign dalam batas normal atau dapat dikontrol dengan rawat jalan
- 4 Pasien pulang atas persetujuan dokter
- 5 Pasien sudah menyelesaikan administrasi
- 6 Kontrol 2 hari kemudian

KRITERIA PEMULANGAN PASIEN PERSALINAN DAN TINDAK LANJUT

IBU

- 1 Pasien tidak mengalami perdarahan atau tidak ada perdarahan, tidak ada demam, bengkak pada Kaki, ataupun gejala lainnya
- 2 Pasien mengalami kemajuan keadaan klinis
- 3 Vital sign dalam batas normal atau dapat dikontrol dengan rawat jalan
- 4 pasien pulang atas persetujuan dokter
- 5 Pasien sudah menyelesaikan administrasi
- 6 kontrol 2 hari kemudian

BAYI

- 1 Bayi mau menetek/ASI
- 2 Tidak ada sesak nafas
- 3 tidak ada demam
- 4 sudah mendapatkan suntikan Vit K dan HB 0

KRITERIA PEMULANGAN PASIEN UGD

- 1 Tidak ada sesak lagi jika pasien datang dengan keluhan sesak
- 2 untuk tindakan luka tidak ada perdarahan lagi pada luka tersebut

PERENCANAAN PULANG
(DIISI OLEH PERAWAT/ BIDAN)

Tanggal Masuk :
 Tanggal Keluar :
 Diagnosa :
 Ruang/ Bed :

Dipulangkan dari RS dengan keadaan:
 Sembuh Rujuk/ Alih rawat ke.....
 Belum Sembuh Sempurna Rawat Jalan Pulang paksa, alasan.....
 Lainnya.....

Alat yang terpasang saat pulang dari RS:
 tidak ada DC O2
 NGT IV line lainnya.....

Obat yang harus tetap dikonsumsi setelah pulang

Nama Obat	Dosis	Waktu Pemberian	Cara Pemberian

Obat rutin yang dihentikan pemberiannya:
 Pemeriksaan lanjutan yang dianjurkan:
 - Jenis pemeriksaan.....
 - Prosedur Persiapan:.....

Perubahan gaya hidup yang harus dilakukan
 Aktivitas:.....
 Pola makan:.....
 PHBS/ Lingkungan:.....
 Psikologis:.....
 Kebiasaan lain:.....

Petunjuk perawatan lanjutan yang harus dilakukan: DC NGT Luka.....
 - Prosedur:.....
 - Yang melakukan:.....
 - Frekwensi/ waktu:.....

Saran tindakan yang dilakukan jika terjadi keadaan gawat darurat:
 - Unit pelayanan kesehatan atau petugas yang bisa dihubungi:.....
 - Tindakan yang dilakukan:.....

Kontrol lanjutan:
 - Hari/ tanggal:.....
 - Poliklinik/ dokter yang dituju:.....

Dokumen yang dibawa pulang:
 Surat keterangan rawat jalan, ke poli.....
 Surat rujukan, kepada.....
 Surat keterangan dirawat/ istirahat
 Surat pengantar pemeriksaan..... kepada.....
 Buku KIA
 Kartu peserta asektor KB
 Hasil pemeriksaan radiologi, antara lain:
 Hasil pemeriksaan laboratorium, antara lain:

Samigaluh,

Pasien/ Keluarga Pasien Dokter Penanggung Jawab Pasien



**RESUME MEDIS
RAWAT INAP**

NAMA :
NO.RM :
UMUR :
TGL. MASUK:
TGL. KELUAR :
RUANG/KELAS :

RIWAYAT PEMERIKSAAN

DIAGNOSA

TINDAKAN

HASIL LABORATORIUM

PERJALANAN PENYAKIT

KEADAAN PULANG

PROGNOSA

KOMPLIKASI

ANJURAN / RENCANA LANJUT

OBAT - OBAT WAKTU PULANG

Dokter,

(.....)



CONTOH

Standar 3.7. Pelayanan Rujukan

- 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.

Kriteria 3.7.1

Pelaksanaan pelayanan rujukan dilakukan sesuai dengan ketentuan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan dan mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pokok Pikiran

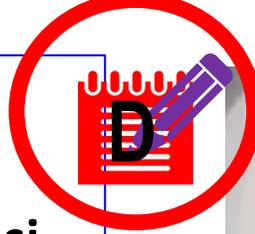
- Jika **kebutuhan pasien akan pelayanan tidak dapat dipenuhi** oleh Puskesmas, pasien harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang mampu menyediakan pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien, baik ke FKRTL Puskesmas lain, perawatan rumahan (*home care*), dan paliatif.
- Untuk memastikan kontinuitas pelayanan, 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.
- 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.
- **Komunikasi dengan fasilitas kesehatan yang lebih mampu** dilakukan untuk memastikan kemampuan dan ketersediaan pelayanan di ^{FKRTL}.

- Pada pasien yang akan dirujuk dilakukan **stabilisasi** sesuai dengan standar rujukan.
- 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.

- 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.
- 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.
- 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.
- Pada saat **serah terima di tempat rujukan**, petugas yang mendampingi pasien memberikan informasi secara lengkap (SBAR) tentang kondisi pasien kepada petugas penerima transfer pasien.

3.7.1 Elemen Penilaian:

- a) Pasien/keluarga 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 (D, W)
- b) Dilakukan **komunikasi dengan fasilitas kesehatan** yang menjadi tujuan rujukan dan tindakan 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. (D,W)
- c) **Dilakukan serah terima pasien** yang disertai dengan informasi yang lengkap meliputi *situation, background, assessment, recomemdation* (SBAR) kepada petugas (D,W)



SURAT PERSETUJUAN RUJUKAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat :

*Mewakili * orangtua/ anak / kami, dengan identitas sebagai berikut :

Nama :
Umur :
Alamat :

No	JENIS INFORMASI	Belum Disampaikan	Sudah Disampaikan
1	Diagnosis dan terapi penyakit		
2	Alasan dan tujuan dirujuk		
3	Resiko penyakit		
4	Transportasi rujukan		
5	Resiko / penyulit selama perjalanan		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi

*Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian saya beri tanda ✓ di kolom kanannya, dan telah memahaminya

*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mampu menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

Kami telah mendapatkan penjelasan mengenai alasan dilakukan rujukan, kemungkinan yang terjadi selama rujukan dan resiko rujukan tidak dilakukan. Dengan ini menyatakan bahwa kami **MENYETUJUI** untuk dilakukan Rujukan terhadap diri *saya sendiri / orang tua / anak / untuk dirujuk ke RS.
(Lingkari RS yang dipilih)

a. RSUD Arjawinangun	b. RSUD Waled	c. RS Mitra Plumbon
d. RS Pertamina Cirebon	e. RS Sumber Waras	f. RS Sumber Hurip
g. RSIA Khalisah	h. RS Hasna Medika	i. RS Permata Cirebon
j. RS UMC	k. RS Lain :	

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan siapapun.

Petugas, _____
(_____)

Saksi 1, _____
(_____)

Cirebon,
Pasien/Wali, _____
(_____)

Saksi 2, _____
(_____)

*Caret yang tidak perlu

CONTOH

monitoring selama rujukan

CEK LIST PERSIAPAN PASIEN RUJUKAN

NAMA :

TANGGAL LAHIR/ UMUR :

ALAMAT :

NO	KELENGKAPAN RUJUKAN	CEKLIS	
		ADA	TIDAK ADA
1	Transportasi Rujukan sebutkan.....		
2	Petugas yang mendampingi berkompeten Sebutkan		
3	Keluarga yg mendampingi		
4	Surat persetujuan rujukan		
5	Form Rujukan + resume		
6	Menghubungi RS tujuan		
7	Jaminan/asuransi kesehatan Sebutkan		
8	Keluarga yang mendampingi		
9	Obat-obatan : I.V line O2..... Lain2		

Subang,2020

Ttd Petugas

(.....)

Nama : No RM : [] [] [] [] []
 []
 Jenis Kelamin : [] Laki-laki [] Perempuan
 Umur :
 Alamat :

PERKEMBANGAN PASIEN

	KONDISI AWAL	KONDISI DALAM PERJALANAN	KONDISI DI TEMPAT RUJUKAN
- Airway - Breathing RR - Circulation • TD • Nadi • SaO2 - GCS	E: V: M:	E: V: M:	E: V: M:

KONDISI SPESIFIK

KONDISI KLINIS	TINDAKAN / TERAPI

Mengetahui,

Mataram,

(Perawat Penerima)

(Perawat Perujuk)

CONTOH

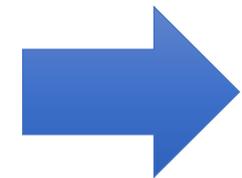
serah terima pasien disertai dengan SBAR

CONTOH

Surat Rujukan

No Rujukan :		Kode :
Puskesmas : Kabupaten / Kota :		Kode :
DIISI OLEH DOKTER PUSKESMAS		
Anal Poli		Tgl merujuk :
Nama Pasien		Poli Tujuan :
Umur Pasien	I / P	RS Tujuan :
No RM		Alamat Pasien :
Jaminan Kesehatan	BPJS / UMLUM /	
Nomor Jaminan		Status utama / tanggungan.
Anamnesis		
Hasil Pk Fisik		
Hasil Pk Penunjang		
Diagnosis		
Terapi dan Tindakan Sementara yang diberikan		
Edukasi pasien		
Alasan merujuk dan pemohonan untuk dokter rumah sakit		Tgl dan Nama orang dokter puskesmas
DIISI OLEH DOKTER PENERIMA RUJUKAN DI RS		
Anamnesis		
Hasil Pk Fisik		
Diagnosis		
Terapi dan Tindakan Pengobatan di RS		
Terapi Lanjut Pasien (Centang salah satu)	Terapi dilanjutkan oleh RS Pasien Mondok di Rumah Sakit Pengobatan Lanjutan oleh Puskesmas dengan : Lain - lain :	Tgl dan Nama orang dokter Rumah Sakit

*Formulir rangkap 3 (hal 1 untuk RS, hal 2 untuk rujukan balik ke puskesmas, hal 3 untuk pasien)



Umpan balik dari FKRTL

Kriteria 3.7.2

Dilakukan **tindak lanjut terhadap rujukan balik** dari FKRTL

- 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.
- 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.
- Dalam pelaksanaan rujuk balik harus dilakukan **pemantauan (*monitoring*)** dan dokumentasi pelaksanaan rujuk balik

3.7.2 Elemen Penilaian:

- a) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan **kajian ulang kondisi medis** sebelum menindaklanjuti umpan balik dari FKRTL sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan. (R,D,O)
- b) Dokter/dokter gigi penanggung jawab pelayanan melakukan **tindak lanjut terhadap rekomendasi** umpan balik rujukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan. (D,O,W)
- c) **Pemantauan** dalam proses rujukan balik harus di catat dalam form pemantauan. (D)



CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI					
(ditulis dengan format SOAP, disertai dengan target dan tujuan terukur, dituliskan nama dan paraf pada setiap akhir catatan, DPJP harus membaca dan memverifikasi ulang seluruh rencana perawatan)					
Unit/ Tanggal/ Jam	Profesi / Bagian	SOAP : SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALISIS, DAN PLANNING (termasuk didalamnya target dan tujuan terukur)	Nama Jelas & Tanda tangan	INSTRUKSI	Verifikasi DPJP (Nama Jelas & Tanda tangan)
				(ditulis dengan rinci dan jelas, termasuk pasca bedah / tindakan invasive lainnya)	