



Salam, Triharjo, Pandak, Bantul, Telp 08112642721
Kode Pos 55761
Email : pusk.pandak2@bantulkab.go.id

NOMOR : 445/034 TAHUN 2019

KEPALA PUSKESMAS PANDAK II

- b. bahwa pelayanan klinis Puskesmas perlu memperhatikan mutu dan keselamatan pasien;
- c. bahwa untuk menjamin pelayanan klinis dilaksanakan sesuai kebutuhan pasien, bermutu, dan memperhatikan keselamatan pasien, maka perlu disusun kebijakan pelayanan klinis di Puskesmas Pandak II;
- d. dari pertimbangan huruf a, b, dan c perlu ditetapkan Keputusan Kepala Puskesmas Pandak II tentang Kebijakan pelayanan klinis Puskesmas Pandak II.

Mengingat :

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 tahun 2019, tentang Puskesmas;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 tahun 2015, tentang Akreditasi Fasilitas

Kesehatan Tingkat Pertama;

4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
5. Permenkes Nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas;
6. Pemenkes Nomor 4 th 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit & Kewajiban Pasien.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA PUSKESMAS TENTANG
KEBIJAKAN PELAYANAN KLINIS PUSKESMAS PANDAK II.

KESATU : Kebijakan pelayanan klinis di Puskesmas Pandak II sebagaimana tercantum dalam Lampiran merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini;

KEDUA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan/perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Bantul

pada tanggal : 17 Desember 2019

KEPALA PUSKESMAS PANDAK II,



HARYATI, S.SiT
Penata Tk.I, III/d
NIP. 19631220

LAMPIRAN KEPUTUSAN KEPALA
PUSKESMAS PANDAK II

NOMOR: 445/034 TAHUN 2019

TENTANG : KEBIJAKAN PELAYANAN
KLINIS PUSKESMAS PANDAK II

A. PENDAFTARAN PASIEN

1.	Pendaftaran pasien harus sesuai SOP(Standar Operasional Prosedur).	
2.	Pendaftaran dilakukan oleh petugas yang kompeten yang memenuhi kriteria sebagai petugas pendaftaran terlatih yang memahami hak dan kewajiban pasien pengguna layanan.	
3.	Pendaftaran pasien memperhatikan keselamatan pasien dengan memastikan identitas pasien . Identitas pasien dipastikan minimal dengan dua cara dari cara identifikasi sebagai berikut: nama pasien, alamat, dan tanggal lahir pasien. Hal ini dituangkan dalam SOP	
4.	Informasi tentang jenis pelayanan klinis yang tersedia, dan informasi lain yang dibutuhkan masyarakat yang meliputi: alur layanan, tarif layanan, jenis pelayanan dan informasi tentang kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang lain harus dapat disediakan di tempat pendaftaran. Hal ini dituangkan dalam SOP.	
5.	Hak dan kewajiban pasien harus diperhatikan pada keseluruhan proses pelayanan dan disampaikan sesuai SOP mulai dari pendaftaran pasien;	
6.	Hak dan Kewajiban pasien meliputi	
	A.	Hak-Hak Pasien
		a. Hak Pasien
		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) Memilih dokter, dokter gigi, dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Puskesmas; 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Puskesmas; 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data medisnya; 10) Mendapat 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) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Puskesmas;
--	--	---

		14) Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Puskesmas terhadap dirinya; 15) Menggugat dan/atau menuntut Puskesmas apabila Puskesmas diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan 16) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
	B	Kewajiban Pasien
		1. Berkewajiban mematuhi peraturan yang berlaku di Puskesmas; 2. Berkewajiban menggunakan fasilitas Puskesmas secara bertanggung jawab; 3. Berkewajiban menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Puskesmas; 4. Berkewajiban memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya; 5. Berkewajiban memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya; 6. Berkewajiban 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. Berkewajiban 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. Berkewajiban memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima
7.	Koordinasi petugas di ruang pendaftaran dengan unit lain/ unit terkait agar pasien/ keluarga pasien memperoleh pelayanan dilaksanakan sesuai dengan prosedur

B. PENGKAJIAN, KEPUTUSAN, DAN RENCANA LAYANAN

1.	Kajian awal dilakukan secara paripurna dilakukan oleh tenaga yang kompeten melakukan pengkajian sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
2.	Kajian awal meliputi kajian medis, kajian keperawatan, kajian kebidanan, dan kajian lain oleh tenaga profesi kesehatan sesuai dengan kebutuhan.
3.	Proses kajian dilakukan mengacu standar profesi dan standar asuhan.
4.	Proses kajian dilakukan dengan memperhatikan tidak terjadinya pengulangan yang tidak perlu.
5.	Informasi kajian baik medis, keperawatan, kebidanan, dan profesi kesehatan lain wajib diidentifikasi dan dicatat dalam rekam medis sesuai dengan SOP.
6.	Proses kajian dilakukan sesuai dengan langkah-langkah SOAP(Subject, Object, Assasment, Planning).
7.	Pasien dengan kondisi gawat atau darurat harus diprioritaskan dalam pelayanan dituangkan dalam SOP.
8.	Kajian dan perencanaan asuhan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional yang kompeten.
9.	Dilakukan evaluasi kesesuaian pelaksanaan rencana terapi dan/atau rencana asuhan yang dituangkan dalam SOP
10.	Jika dilakukan pelayanan secara tim, tim kesehatan antar profesi harus tersedia.
11.	Tim yang terdiri dari praktisi klinis melakukan koordinasi dan komunikasi antar praktisi klinis dan profesi.

12.	Pendelegasian wewenang baik dalam kajian maupun keputusan layanan harus dilakukan melalui proses pendelegasian wewenang sesuai dengan SOP.
13.	Pendelegasian wewenang diberikan kepada tenaga kesehatan profesional yang memenuhi persyaratan
14.	Proses kajian, perencanaan, dan pelaksanaan layanan dilakukan dengan peralatan dan tempat yang memadai
15.	Peralatan dan tempat pelayanan wajib menjamin keamanan pasien dan petugas.
16.	Sarana dan peralatan dilakukan pemeliharaan secara berkala untuk menjamin keamanan peralatan yang digunakan. Hal ini dituangkan dalam SOP.
17.	Peralatan yang disposable tidak boleh digunakan ulang(reuse).
18.	Rencana layanan dan pelaksanaan layanan dipandu oleh SOP klinis yang dibakukan.
19.	Pasien yang membutuhkan rencana layanan terpadu, maka dilakukan kajian awal, rencana layanan, dan pelaksanaan layanan yang disusun secara kolaboratif dalam tim layanan yang terpadu.
20.	Perecanaan layanan disusun untuk tiap pasien dengan melibatkan pasien.
21.	Penyusunan rencana layanan mempertimbangkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, spiritual dan memperhatikan tata nilai budaya pasien.
22.	Perencanaan layanan disusun dengan hasil dan waktu yang jelas dengan memperhatikan efisiensi sumber daya.
23.	Efek samping dan risiko pelaksanaan layanan dan pengobatan harus diinformasikan kepada pasien.
24.	Risiko yang mungkin terjadi dalam pelaksanaan layanan harus diidentifikasi (misalnya risiko jatuh, resiko alergi obat, dsb).

C. PELAKSANAAN LAYANAN

1.	Tahapan atau alur layanan klinis dilaksanakan sesuai SOP (Standar Operasional Prosedur)
----	---

2.	Pelaksanaan layanan dipandu dengan pedoman dan SOP pelayanan klinis.
3.	Pedoman dan prosedur layanan klinis meliputi: pelayanan medis, keperawatan, kebidanan, dan pelayanan profesi kesehatan yang lain.
4.	Pelaksanaan layanan dilakukan sesuai rencana layanan.
5.	Pelaksanaan layanan dan perkembangan pasien harus dicatat dalam rekam medis.
6.	Perubahan rencana layanan harus dicatat dalam rekam medis.
7.	Tindakan medis dan pengobatan yang berisiko wajib diinformasikan pada pasien sebelum mendapatkan persetujuan
8.	Pemberian informasi dan persetujuan pasien (informed consent) wajib di evaluasi dan didokumentasikan
9.	Pelaksanaan layanan klinis harus dimonitor, dievaluasi, dan ditindak lanjut.
10.	Evaluasi harus dilakukan terhadap evaluasi dan tindak lanjut.
11.	Layanan klinis yang diberikan wajib menjamin kesinambungan dalam pelayanan
12.	Kasus-kasus gawat darurat harus diprioritaskan dan dilaksanakan sesuai SOP pelayanan pasien gawat darurat.
13.	Kasus-kasus berisiko tinggi harus ditangani sesuai dengan SOP pelayanan kasus berisiko tinggi.
14.	Kasus-kasus yang perlu kewaspadaan universal terhadap terjadinya infeksi harus ditangani dengan memperhatikan prosedur pencegahan (kewaspadaan universal) dituangkan dalam SOP.
15.	Pemberian obat/cairan intravena harus dilaksanakan dengan prosedur pemberian obat/cairan intravena yang baku dan mengikuti prosedur aseptik. Hal ini dituangkan dalam SOP.
16.	Kinerja pelayanan klinis harus dimonitor dan dievaluasi dengan indikator yang jelas.
17.	Hak dan kebutuhan pasien harus diperhatikan pada saat pemberian layanan.

18.	Keluhan pasien/keluarga wajib diidentifikasi, didokumentasikan dan ditindak lanjuti. Hal ini dituangkan dalam SOP
19.	Pelaksanaan layanan dilaksanakan secara tepat dan terencana, praktisi klinis harus menghindari pengulangan yang tidak perlu baik dalam pemeriksaan penunjang maupun pemberian terapi antara lain melalui: penulisan lengkap dalam rekam medis: semua pemeriksaan penunjang diagnostik tindakan dan pengobatan yang diberikan pada pasien.
20.	Perawat dan petugas kesehatan lain wajib untuk mengingatkan pada dokter jika terjadi pengulangan yang tidak perlu
21.	Pelayanan mulai dari pendaftaran, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium, EKG) , perencanaan layanan, pelaksanaan layanan, pemberian obat/tindakan, sampai dengan pasien pulang atau dirujuk harus dijamin kesinambungannya.
22.	Pasien berhak untuk menolak pengobatan.
23.	Pasien berhak untuk menolak jika dirujuk ke sarana kesehatan lain.
24.	Penolakan untuk melanjutkan pengobatan maupun untuk rujukan dipandu oleh prosedur yang baku.
25.	Jika pasien menolak untuk pengobatan atau rujukan, wajib diberikan informasi tentang hak pasien untuk membuat keputusan, akibat dari keputusan, dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut.
26.	Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dipandu dengan prosedur baku yang dituangkan dalam SOP.
27.	Pelayanan anestesi dan pembedahan harus dilaksanakan oleh petugas yang kompeten sesuai dengan SOP
28.	Sebelum melakukan anestesi dan pembedahan harus mendapatkan informed consent sesuai dengan SOP.
29.	Tindakan pembedahan, dan prosesnya dicatat dalam rekam medis sesuai SOP.
30.	Status pasien wajib dimonitor setelah pemberian anestesi dan pembedahan.
31.	Pendidikan/penyuluhan kesehatan pada pasien dilaksanakan

	sesuai dengan rencana layanan.
--	--------------------------------

D. RENCANA RUJUKAN

1.	Dokter yang menangani bertanggung jawab untuk melaksanakan proses rujukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).
2.	Rujukan terdiri dari rujukan emergensi dan non emergensi
3.	Umpan balik dari fasilitas rujukan wajib ditindak lanjuti oleh dokter yang menangani.
4.	Jika pasien tidak mungkin dirujuk, puskesmas wajib memberikan alternatif pelayanan.
5.	Proses rujukan dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien untuk menjamin kelangsungan layanan sesuai dengan SOP
6.	Jejaring fasilitas rujukan sesuai dengan Perjanjian Kerja Sama antara puskesmas dan jejaring fasilitas rujukan dan atau jejaring fasilitas rujukan dalam SK regionalisasi yang telah ditetapkan Dinas Propinsi
7.	Persiapan pasien/keluarga yang akan dirujuk harus sesuai dengan SOP
8.	Informasi tentang rujukan disampaikan dengan cara yang mudah dipahami oleh pasien/keluarga pasien dan dievaluasi secara periodik tentang penyampain informasi ini dituangkan dalam SOP
9.	Informasi tentang rujukan tersebut mencakup alasan rujukan, sarana tujuan rujukan, dan kapan rujukan harus dilakukan termuat dalam SOP
10.	Pasien emergensi yang akan dirujuk ke fasilitas kesehatan lain wajib distabilisasi dan mendapat kepastian kesiapan tempat tujuan rujukan
11.	Rujukan pasien harus disertai dengan resume klinis.
12.	Resume klinis meliputi: nama pasien, kondisi klinis, prosedur/tindakan yang telah dilakukan, dan kebutuhan akan tindak lanjut.

13.	Dilakukan identifikasi kebutuhan dan pilihan pasien dalam proses rujukan (misalnya kebutuhan transportasi, petugas kompeten yang mendampingi, sarana medis dan keluarga yang menemani) selama proses rujukan.
14.	Pasien diberi informasi tentang hak untuk memilih tempat rujukan.
15.	Transportasi rujukan dilaksanakan sesuai SOP yang berlaku.
16.	Pasien dengan kebutuhan khusus perlu didampingi oleh petugas yang kompeten.

Ditetapkan di Bantul

pada tanggal : 17 Desember 2019

KEPALA PUSKESMAS PANDAK II,



HARYATI, S.SiT
Penata Tk.I, III/d
NIP. 19631220