

PROPOSAL

INOVASI DAERAH

1. PROFIL INOVASI

1.1 Nama Inovasi

STARRJA

(STANDARISASI ALUR LAYANAN SISTEM RUJUKAN DI RAWAT JALAN)

1.2 Bentuk Inovasi Daerah

Inovasi Pelayanan Publik

1.3 Tanggal, Bulan, Tahun Pengembangan Inovasi

26 April 2025

1.4 Inovator

Ulfa Andita Mustafa

Penanggungjawab : dr. Rindra Wahyu Kusuma H

Ketua : lin Rosita

Sekretaris : dr.Bonie Septa Selfiana

Anggota :

Sri Partiyah

Dwi Ratna Wati

Rosita Mega

Lulut Fitriyana

1.5 Latar Belakang Permasalahan

- a. Banyaknya komplain tentang system rujukan
- b. Banyaknya permintaan rujukan di puskesmas Bendo
- c. Kegagalan system dalam rujukan banyak peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan yang belum mengetahui tentang alur sistem rujukan

1.6 Rancang Bangun dan Pokok Perubahan yang Dilakukan

Berdasarkan kondisi pelayanan di kluster 3 dan faktor yang mempengaruhi serta identifikasi komplain yang diterima maka dirasa perlu penanganan “standarisasi alur rujukan”.Penanganan Masalah adalah masalah yang dikedepankan untuk ditanggapi, atau sesuatu yang penting yang orang – orang membahas dan mendiskusikannya tentang hal tersebut. Masalah ini harus segera ditangani karena jika tidak cepat ditangani, akan memberikan dampak negatif terhadap organisasi(UPTD Puskesmas Bendo) .

Rancangan Inovasi ini ini dimulai dengan mengidentifikasi masalah yang muncul pada organisasi yaitu kluster 3 UPTD Puskesmas Bendo Kabupaten Magetan. Masalah muncul dari berbagai sumber, yaitu :

- 1) Hasil observasi dan pengalaman penulis selama bekerja.
- 2) Rekap dari komplain Masyarakat yang diterima
- 3) Masukan yang diterima manajemen pada saat rapat linsek

Guna mencapai *core Masalahe* diperlukan upaya untuk menganalisis secara mendalam kualitas masing – masing Masalah. Proses identifikasi Masalah tersebut menggunakan alat bantu USG (*Urgency, Seriousness, dan Growth*). Urgency artinya seberapa mendesak suatu Masalah harus dibahas, dianalisis, dan ditindaklanjuti. Seriousness merujuk pada seberapa serius suatu Masalah harus dibahas dikaitkan dengan akibat yang ditimbulkan.

Bobot nilai pada metode ini diberikan dengan mempertimbangkan beberapa aspek, yaitu : Hasil Konsultasi, Analisis Teoritis dan Analisis Strategis Organisasi. Hasil konsultasi merujuk pada rekomendasi yang didapatkan dari rekan sejawat, Mentor dan *Coach*. Analisis teoritis merujuk pada sudut pandang teori yang dapat menjadi prediksi berkembangnya Masalah, sedangkan analisis strategis organisasi dilakukan dengan mempertimbangkan dampak Masalah terhadap citra organisasi. Hasil penilaian dengan alat bantu USG dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 2.1. Penetapan *Core Issue* Melalui Teknik USG

| NO | MASALAH | KRITERIA | | | JUMLAH NILAI | PERINGKAT KUALITAS |
|----|---|----------|---|---|--------------|--------------------|
| | | U | S | G | | |
| 1 | Belum terstandarnya alur layanan system rujukan di poli rawat jalan Puskesmas | 5 | 5 | 5 | 15 | I |
| 2 | Belum tersosialisasinya penghapusan layanan injeksi di poli rawat jalan Puskesmas | 4 | 4 | 4 | 12 | III |
| 3 | Belum tersosialisasinya indikasi pemberian surat izin sakit dari poli rawat jalan Puskesmas | 4 | 5 | 4 | 13 | II |

Masalah Terpilih :

Berdasarkan analisis menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, dan Growth*) maka ditentukan *core issue*, yaitu: **“Belum terstandarnya alur layanan system rujukan di poli rawat jalan Puskesmas”**. Setelah ditemukan banyaknya masyarakat yang memberikan complain terkait pelayanan rujukan, maka rumusan Masalah **“Belum adanya standar alur layanan system rujukan di poli rawat jalan Puskesmas”**.

Sesuai dengan rumusan Masalah tersebut di atas maka penulis mengangkat judul untuk Rancangan Aktualisasi yaitu **“STANDARISASI ALUR LAYANAN SYSTEM RUJUKAN DI POLI RAWAT JALAN PUSKESMAS BENDO KABUPATEN MAGETAN”**

2.2 Argumentasi Terhadap Masalah Terpilih

1. Masalah ke 1 : Belum terstandarnya alur layanan system rujukan di poli rawat jalan Puskesmas

a. Fakta :

Perawat terkadang tidak bisa untuk melayani rujukan pasien ke beberapa RS yang dipilih pasien. Rata-rata pelayanan rujukan dalam sehari di poli rawat jalan Puskesmas Bendo mencapai 10-15 pasien dari total kunjungan rata-rata 60 pasien perhari di poli rawat jalan Puskesmas Bendo. Dari jumlah rata-rata 10-15 pasien yang dirujuk terdapat 2-5 pasien yang tidak bisa dirujuk.

b. Penyebab :

- 1) Adanya beberapa alur sistem rujukan yang belum diketahui oleh perawat dengan jelas, utamanya yaitu tentang rujukan ke Rumah Sakit tipe B yang terkadang langsung bisa dirujuk dari Puskesmas dan terkadang tidak bisa langsung dirujuk atau harus berjenjang melalui perantara Rumah Sakit tipe C terlebih dahulu. Ketidakpastian ini menyebabkan petugas kesehatan yang membuatkan rujukan tidak bisa memberikan penjelasan secara pasti kepada pasien.
- 2) Adanya beberapa aturan sistem rujukan yang belum dipahami oleh pasien, seperti bahwa tidak semua diagnosa penyakit bisa dirujuk ke Rumah Sakit, jika masih bisa ditangani di Puskesmas maka tidak perlu untuk dirujuk. Hal lain yang belum dipahami semua pasien yang meminta rujukan yaitu bahwa dalam sehari 1 pasien tidak bisa meminta 2 rujukan sekaligus. Hal lainnya lagi, yaitu terkadang Rumah Sakit yang dipilih oleh pasien tidak bekerjasama dengan

Puskesmas, sehingga Puskesmas tidak bisa merujuk ke Rumah Sakit yang dipilih oleh pasien.

- 3) Tidak optimalnya jaringan internet untuk membuat rujukan secara *online*. Jaringan internet yang tidak lancar atau bahkan *offline* menyebabkan rujukan lama bahkan tidak bisa dibuat pada hari yang diminta pasien, padahal tidak jarang pasien membuat rujukan pada hari yang mepet bahkan pada hari dibuatkan rujukan oleh Puskesmas maka pada hari itu juga pasien langsung kontrol ke Rumah Sakit, sedangkan rujukan manual tidak bisa digunakan.

c. Dampak :

- 1) Banyak pasien yang mengeluh dan menyalahkan pihak Puskesmas serta menganggap Puskesmas mempersulit proses rujukan sehingga berdampak pada penurunan kredibilitas Puskesmas di masyarakat.
- 2) Pasien akhirnya menggunakan jalur pengobatan umum tanpa memanfaatkan fasilitas BPJS yang dimiliki.
- 3) Kondisi medis pasien bisa memburuk akibat tidak bisa control tepat waktu.

d. Keterkaitan dengan WoG dalam hal koordinasi dan kerjasama dengan pihak BPJS. Hal ini juga terkait dengan pelayanan publik, dimana pasien merasa tidak puas dengan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas karena sulitnya proses rujukan (tidak aksesibel)

2. Masalah ke 2 : Belum tersosialisasinya penghapusan layanan injeksi di poli rawat jalan Puskesmas

a. Fakta :

Masih banyak pasien yang berobat di poli rawat jalan ke Puskesmas dan meminta untuk diinjeksi. Pasien yang meminta untuk diinjeksi rata-rata 5-8 pasien dalam seminggu, padahal layanan injeksi di poli rawat jalan sudah lama ditiadakan.

b. Penyebab :

Adanya aturan tentang jenis layanan yang ada di poli rawat jalan Puskesmas yang belum diketahui oleh pasien karena tidak dipublikasikan oleh Puskesmas.

c. Dampak :

Komplain dari pasien, dan ada anggapan pasien bahwa pelayanan di Puskesmas kurang kompeten

d. Keterkaitan dengan pelayanan public dalam meningkatkan pengetahuan pasien

3. Masalah ke 3 : Belum tersosialisasinya indikasi pemberian surat izin sakit dari poli rawat jalan Puskesmas

a. Fakta :

Masih banyak pasien yang berobat di poli rawat jalan ke Puskesmas dan meminta untuk dibuatkan surat keterangan sakit padahal tidak termasuk ke dalam indikasi. Rata-rata ada 5-10 pasien dalam seminggu yang minta surat keterangan sakit, padahal pasien tersebut tidak memerlukan izin istirahat.

b. Penyebab :

Adanya aturan tentang indikasi pemberian surat izin sakit dari poli rawat jalan Puskesmas yang belum diketahui oleh pasien yang tidak dipublikasikan oleh Puskesmas.

c. Dampak :

Ketidakpuasan pasien dan anggapan pasien bahwa pelayanan di Puskesmas kurang kompeten

d. Keterkaitan dengan pelayanan public dalam meningkatkan pengetahuan pasien

1.7 Tujuan Inovasi Daerah

- a. Kejelasan tentang aturan standar alur layanan rujukan BPJS di poli rawat jalan Puskesmas
- b. Staf medis Puskesmas dan pasien memahami tentang standar alur layanan rujukan BPJS
- c. Data pasien yang complain dan tidak berhasil dirujuk berkurang .

1.8 Manfaat yang Diperoleh

- a. Penolakan kasus rujukan bisa diminimalisir
- b. Staf dan pasien merasa puas dengan kejelasan alur
- c. Angka complain menurun
- d. Mempercepat proses rujukan
- e. Harmonisasi yang baik antara FKTP dan Rumah sakit

1.9 Hasil Inovasi

1. Kejelasan Alur Rujukan di UPTD Puskesmas Bendo

2. Kepuasan Pasien meningkat
3. Harmonisasi antar unit kerja
4. Terjalannya kerja sama yang baik antara puskesmas dan rumah sakit Rujukan

2. INDIKATOR INOVASI

| No. | Indikator | Informasi | Bukti Dukung |
|-----|--|---|--|
| 1. | Regulasi Inovasi Daerah | SK Kepala UPTD Puskesmas Bendo | Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo Nomor 400.7.1/10/Kept/403.103.15/2025 tentang Inovasi STARRJA (STANDARISASI ALUR LAYANAN SISTEM RUJUKAN DI RAWAT JALAN) |
| 2. | Ketersediaan SDM terhadap Inovasi Daerah | 1 – 10 SDM | Tim Inovasi terdiri dari orang, mulai dari penanggungjawab sampai anggota, tertulis dalam lampiran SK Inovasi |
| 3. | Dukungan Anggaran | Anggaran tersedia pada kegiatan penerapan inovasi daerah | BPJS |
| 4. | Penggunaan IT | Pelaksanaan kerja sudah didukung sistem informasi online/daring | Instagram puskesmas (@puskes_bendo) |
| 5. | Bimtek Inovasi | Dalam 2 tahun terakhir pernah 2 kali bimtek | Adanya tim pelaksana bimtek |
| 6. | Program dan kegiatan inovasi Perangkat Daerah dalam RKPD | Pemerintah daerah sudah menuangkan program inovasi | RKPD 2025 RKPD 2026 |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| | | daerah dalam RKPD dan telah diterapkan dalam 2 tahun terakhir | |
| 7. | Jejaring Inovasi | Inovasi melibatkan 1 – 2 Perangkat Daerah | Inovasi ini bekerja sama dengan BPJS dan Rumah sakit terkait |
| 8. | Replikasi | - | - |
| 9. | Pedoman Teknis | Telah terdapat pedoman teknis berupa buku manual | SOP pelaksanaan inovasi |
| 10. | Pelaksana Inovasi Daerah | Ada pelaksana dan diterapkan dengan SK Kepala Perangkat Daerah | Tim Inovasi |
| 11. | Kemudahan Informasi Layanan | Layanan Email / Media Sosial | Media sosial puskesmas |
| 12. | Penyelesaian Layanan Pengaduan | Di atas 60% | Semua pengaduan sudah direspon dan diselesaikan |
| 13. | Keterlibatan Aktor Inovasi | | Tim inovasi |
| 14. | Kemudahan Proses Inovasi yang Dihasilkan | Hasil inovasi diperoleh dalam waktu 1 bulan | Pasien rujukan merasa dimudahkan dengan system rujukan yang jelas |
| 15. | Online Sistem | Ada dukungan melalui informasi website atau sosial media | Akan disosialisasikan lewat media sosial puskesmas dan pelaporan lewat google form |

| | | | |
|-----|--|---|--|
| 16. | Kecepatan Inovasi | Inovasi dapat diciptakan dalam waktu 1 bulan | |
| 17. | Kemanfaatan Inovasi | Jumlah pengguna atau penerima manfaat lebih dari 200 orang | Pasien pengguna layana rujukan rata rata perhari 10m orang dalam setahun lebih dari 20000 pengguna |
| 18. | Monitoring dan Evaluasi Inovasi Daerah | Hasil pengukuran kepuasan pengguna dari evaluasi Survei Kepuasan Masyarakat | - |
| 19. | Sosialisasi Inovasi Daerah | URL Media Sosial | Instagram puskesmas (@puskesmas_Bendo) |
| 20. | Kualitas Inovasi Daerah | Memenuhi 5 unsur substansi | Video inovasi |

Magetan, 28 April 2025

Mengetahui,

Kepala UPTD Puskesmas Panekan



Dr. Rindra Wahyu Kusuma H
NIP. 19820928 200904 1 001

Inovator

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ulfa Andita M'.

Ulfa Andita M
NIP. 19930910 201902 2 004



PEMERINTAH KABUPATEN MAGETAN
DINAS KESEHATAN

UPTD PUSKESMAS BENDO

Jalan Raya Bendo No.116 Kec. Bendo Kode Pos 63384B1
Telp. (0351) 439701 E-mail : bendo.pusk@gmail.com



KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS BENDO

NOMOR : 400.7.1/10/Kept/403.103.15/2025

T E N T A N G

**INOVASI STARRJA ((STANDARISASI ALUR LAYANAN SISTEM RUJUKAN
DI RAWAT JALAN)**

KEPALA UPTD PUSKESMAS BENDO

- Menimbang : a. bahwa layanan rujukan berjenjang sesuai alur sirsute sering tidak diterima oleh pasien karena tidak sesuai dengan rumah sakit yang diinginkan;
- b. bahwa pelayanan rujukan harus dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat pertama;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a, dan b perlu menetapkan Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo tentang inovasi starla UPTD Puskesmas bendo.
- Mengingat : 1. Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 tahun 2015

- tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Pusat Kesehatan Masyarakat;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular;
 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas;
 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat;
 7. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan Nomor 32 Tahun 2024 tentang Lokus Implementasi Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP) di Kabupaten Magetan Tahun 2024.

M E M U T U S K A N :

- Menetapkan : KEPUTUSAN KEPALA UPTD PUSKESMAS BENDO TENTANG INOVASI STARRJA (STANDARISASI ALUR LAYANAN SISTEM RUJUKAN DIRAWAT JALAN)
- KESATU : Inovasi starrja adalah upaya perbaikan sistem informasi dan layanan rujukan berjenjang;
- KEDUA : Implementasi starrja dilaksanakan khusus pada pengunjung rawat jalan;
- KETIGA : Inovator starrja adalah Ulfa Andita Mustafa;
Tim Kerja Klaster Manajemen;
- KEEMPAT : Dalam pelaksanaan Inovasi dibentuk tim Inovasi sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;

KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya maka akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Bendo
Pada tanggal 10 April 2025
KEPALA UPTD PUSKESMAS BENDO
KABUPATEN MAGETAN,



RINDRA WAHYU KUSUMA H.

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN KEPALA UPTD
PUSKESMAS BENDO
NOMOR : 400.7.1/10/Kept/403.
103.15/2025
TANGGAL : 10 APRIL 2025

TIM INOVASI STARRJA (STANDARISASI ALUR LAYANAN SISTEM RUJUKAN
DIRAWAT JALAN) UPTD PUSKESMAS BENDO

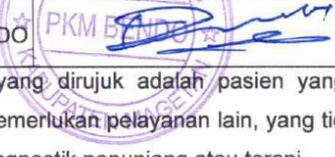
A.TIM KERJA PELAYANAN ILP DI PUSKESMAS

| No | KEDUDUKAN DALAM TIM | NAMA |
|----|------------------------|--------------------------------|
| 1 | Penanggung Jawab | dr.Rindra Wahyu Kusuma H |
| 2 | Ketua Tim | lin Rosita,S.Tr.Keb |
| 3 | Anggota | Ulfa Andita Mustafa,S.Kep.Ners |
| | | Dwi Ratna Wati,SKM |
| | | dr.Bonie Septa Selfiana |
| | | Lulut Fitriana,A.Md.Kep |
| | | Sri Partiyah,A.Md.Keb |

KEPALA UPTD PUSKESMAS BENDO
KABUPATEN MAGETAN,

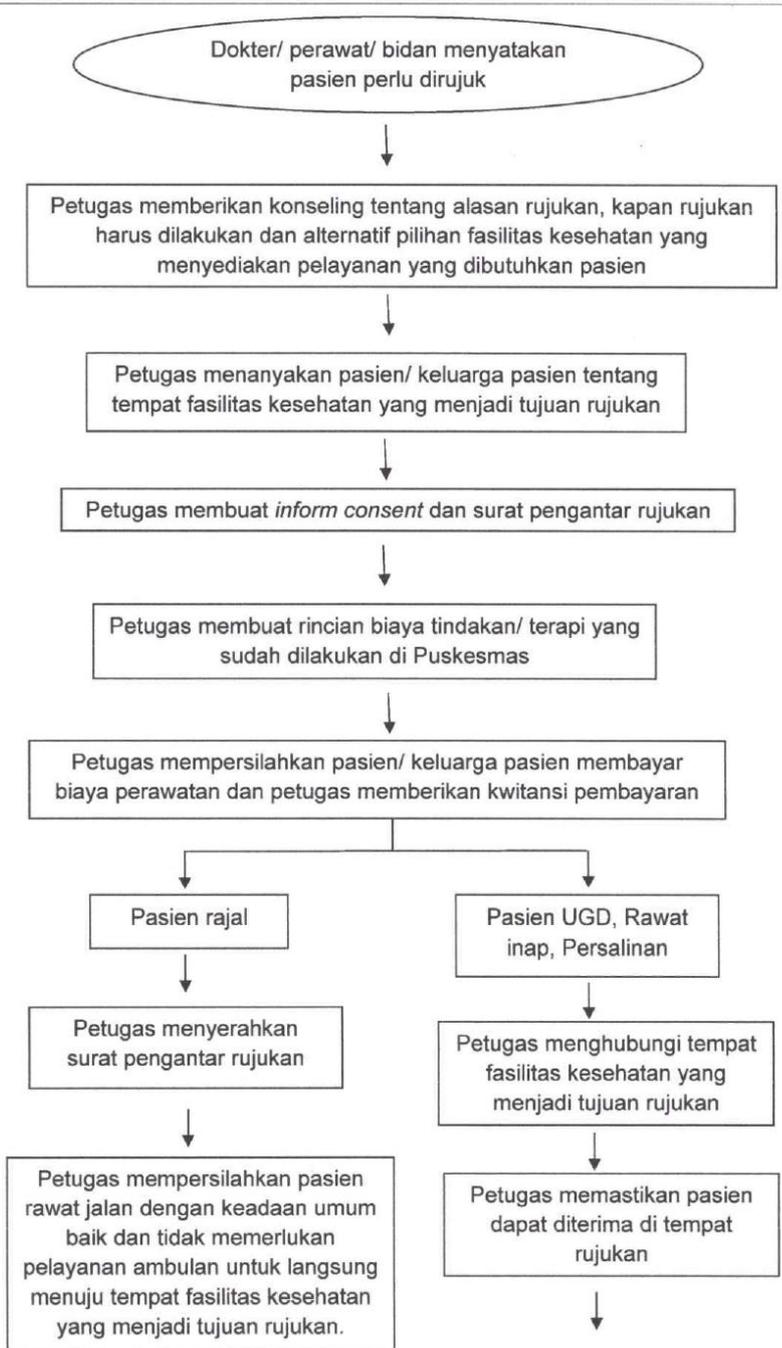


RINDRA WAHYU KUSUMA H.

| | | | |
|---|--|--|---|
|  | PERSIAPAN RUJUKAN | |  |
| | S O P | No. Dokumen : 6.15.335 | |
| | | No Revisi : 0 | |
| | | Tanggal Terbit : 05/01/2021 | |
| Halaman : 1/3 | | | |
| UPTD PUSKESMAS BENDO | |  dr. RINDRA WAHYU KUSUMA H. NIP. 198209282009041001 | |
| 1. Pengertian | Pasien yang dirujuk adalah pasien yang atas pertimbangan dokter/ perawat/ bidan memerlukan pelayanan lain, yang tidak dapat dilakukan di puskesmas, baik untuk diagnostik penunjang atau terapi | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan petugas dalam penatalaksanaan persiapan pasien rujukan | | |
| 3. Kebijakan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo No. 29 Tahun 2020 tentang Pelayanan Klinis 2. Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo No. 14 Tahun 2020 Tentang Penyesuaian Standar Operasional Prosedur (SOP) Klinis dan UKM Sesuai Kondisi Pandemi Covid-19 | | |
| 4. Referensi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Buku BTCLS Edisi Ke-6 Diklat Gawat Darurat Medical Service & Training 119 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan 3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan | | |
| 5. Prosedur/ Langkah-langkah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter/ perawat/ bidan menyatakan pasien perlu dirujuk 2. Petugas memberikan konseling pada pasien dan keluarga pasien yang akan dirujuk tentang alasan rujukan, kapan rujukan harus dilakukan dan alternatif pilihan fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien 3. Petugas menanyakan pasien/ keluarga pasien tentang tempat fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan 4. Petugas membuat <i>inform consent</i> dan surat pengantar rujukan 5. Petugas membuat rincian biaya tindakan/ terapi yang sudah dilakukan di Puskesmas 6. Petugas mempersilahkan pasien/ keluarga pasien membayar biaya perawatan dan petugas memberikan kwitansi pembayaran 7. Pasien rawat jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas memberikan surat pengantar rujukan b. Petugas mempersilahkan pasien rawat jalan dengan keadaan umum baik dan tidak memerlukan pelayanan ambulan untuk langsung menuju tempat fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan rujukan 8. Pasien UGD, Rawat Inap, Persalinan <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas menghubungi tempat fasilitas kesehatan yang menjadi tujuan | | |

- rujukan
- b. Petugas memastikan pasien dapat diterima di tempat rujukan
 - c. Petugas rujukan yang berkompeten mengantarkan pasien dengan ambulan jika keadaan umum pasien jelek dan terjadi penurunan kesadaran
9. Petugas mendokumentasikan proses rujukan pada rekam medis pasien dan buku register rujukan

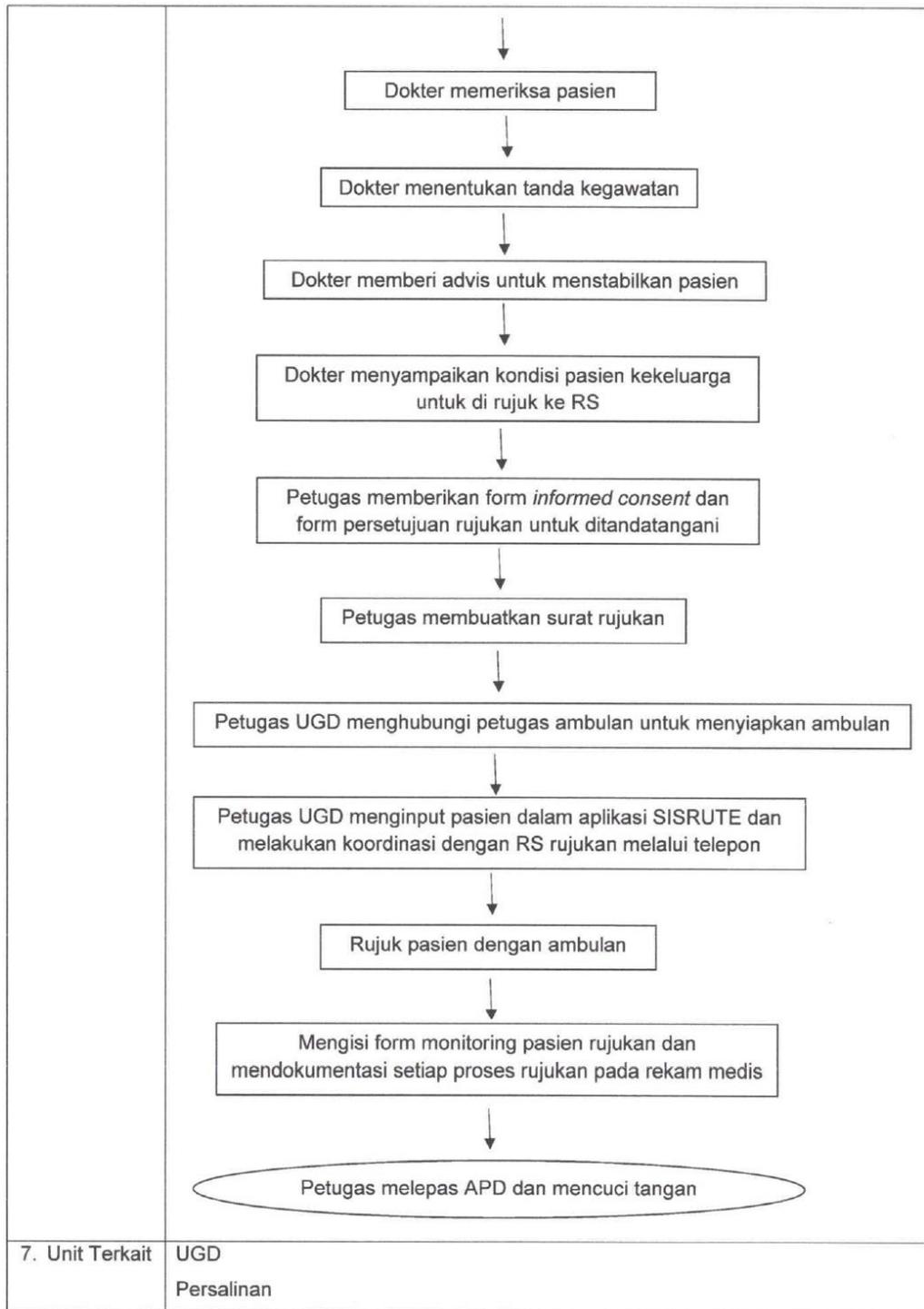
6. Diagram Alir *)

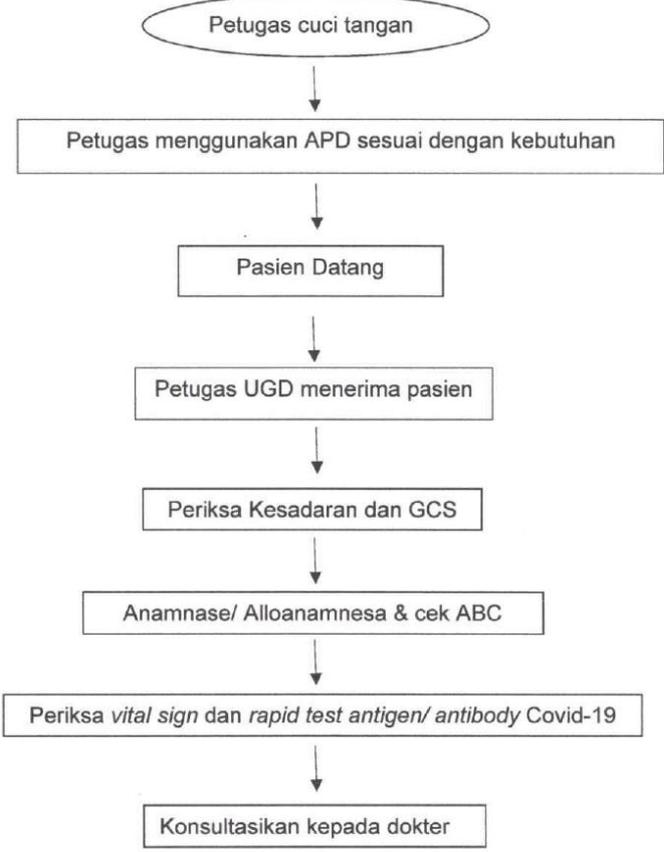


| | |
|-----------------|---|
| | <pre> graph TD A["Petugas rujukan yang berkompeten mengantarkan pasien dengan ambulans jika keadaan umum pasien jelek dan terjadi penurunan kesadaran"] --> B["Petugas mendokumentasikan proses rujukan pada rekam medis pasien dan buku register rujukan"] </pre> |
| 7. Unit Terkait | Rawat Jalan UGD Rawat Inap Persalinan |

Rekaman Historis

| No | Halaman | Yang Dirubah | Perubahan | Diberlakukan Tgl |
|----|---------|--------------|--|------------------|
| 1 | 1 | Prosedur | Penambahan langkah ke: 2. Petugas menggunakan APD (masker, gaun, sarung tangan, pelindung mata pelindung wajah, pelindung kepala, sepatu pelindung, celemek, hazmat) sesuai kebutuhan | 5 Januari 2021 |



| | |
|---------------------------|---|
| | <p>11. Dokter menyampaikan tentang kondisi pasien kepada keluarga pasien dan menyampaikan kalau pasien perlu dirujuk ke rumah sakit karena kondisi pasien yang gawat dan perlu penanganan lebih lanjut di rumah sakit</p> <p>12. Petugas memberikan form <i>informed consent</i> untuk ditanda tangani keluarga pasien tentang persetujuan dilakukan tindakan medis dan form persetujuan rujukan</p> <p>13. Petugas membuat surat rujukan</p> <p>14. Petugas UGD memberitahukan kepada petugas ambulan untuk menyiapkan ambulan</p> <p>15. Petugas UGD melakukan rujukan menggunakan aplikasi SISRUTE dan bila perlu melakukan koordinasi melalui telepon dengan rumah sakit rujukan</p> <p>16. Petugas UGD dengan membawa perlengkapan <i>emergency</i> merujuk pasien dengan ambulan ke RS rujukan</p> <p>17. Petugas mendokumentasikan setiap proses stabilisasi dan rujukan pada rekam medis pasien</p> <p>18. Petugas mengisi form monitoring pasien rujukan selama merujuk pasien ke RS rujukan</p> <p>19. Petugas melepas APD dan mencuci tangan</p> |
| <p>6. Diagram Alir *)</p> |  <pre> graph TD A([Petugas cuci tangan]) --> B[Petugas menggunakan APD sesuai dengan kebutuhan] B --> C[Pasien Datang] C --> D[Petugas UGD menerima pasien] D --> E[Periksa Kesadaran dan GCS] E --> F[Anamnase/ Alloanamnesa & cek ABC] F --> G[Periksa vital sign dan rapid test antigen/ antibody Covid-19] G --> H[Konsultasikan kepada dokter] </pre> |

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
|  | RUJUKAN EMERGENCY | |  | |
| | S O P | No. Dokumen : 6.15.340 | | |
| | | No Revisi : 1 | | |
| | | Tanggal Terbit : 05/01/2021 | | |
| Halaman : 1/3 | | | | |
| UPTD PUSKESMAS BENDO | | dr. RINDRA WAHYU KUSUMA H. NIP. 198209282009041001 | | |
| 1. Pengertian | Rujukan pasien emergency adalah suatu proses penanganan pasien gawat dengan mengirimkan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi karena pasien tidak mampu ditangani di fasilitas kesehatan saat ini dengan memperhatikan ketentuan yang berlaku yaitu dengan menstabilkan pasien terlebih dahulu | | | |
| 2. Tujuan | Sebagai acuan petugas dalam melakukan rujukan emergency | | | |
| 3. Kebijakan | 1. Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo No. 29 Tahun 2020 tentang Pelayanan Klinis 2. Surat Keputusan Kepala UPTD Puskesmas Bendo No. 14 Tahun 2020 Tentang Penyesuaian Standar Operasional Prosedur (SOP) Klinis dan UKM Sesuai Kondisi Pandemi Covid-19 | | | |
| 4. Referensi | 1. Buku BTCLS Edisi Ke-6 Diklat Gawat Darurat Medical Service & Training 119 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan | | | |
| 5. Prosedur/ Langkah-langkah | 1. Petugas melakukan cuci tangan 2. Petugas menggunakan APD (masker, gaun, sarung tangan, pelindung mata pelindung wajah, pelindung kepala, sepatu pelindung, celemek, hazmat) sesuai kebutuhan 3. Petugas UGD menerima pasien 4. Petugas memeriksa kesadaran pasien (GCS) 5. Petugas menganamnesa pasien (bila pasien sadar), petugas melakukan <i>alloanamnesa</i> terhadap keluarga pasien dan cek A (<i>Airway</i>), B (<i>Breathing</i>), C (<i>Circulation</i>) 6. Petugas memeriksa <i>vital sign</i> dan <i>rapid test antigen / antibody Covid-19</i> 7. Petugas mengkonsulkan kepada dokter 8. Dokter menganamnesa pasien dan melakukan pemeriksaan fisik 9. Dokter menentukan tanda tanda kegawatan 10. Dokter memberikan advis kepada petugas UGD untuk menstabilkan pasien dengan pemberian obat-obatan <i>emergency</i> , pemberian cairan infus, ataupun alat bantu pernafasan | | | |

| | | | |
|---|--------------------------|---|---|
|  | RUJUKAN EMERGENCY | |  |
| | DAFTAR TILIK | No. Dokumen : 6.15.340 | |
| | | No Revisi : 1 | |
| | | Tanggal Terbit : 05/01/2021 | |
| Halaman : 1/1 | | | |
| UPTD PUSKESMAS BENDO | | dr. RINDRA WAHYU KUSUMA H. NIP. 198209282009041001 | |

Unit :

Nama Petugas :

Tanggal Pelaksanaan :

| No. | Kegiatan | Ya | Tidak |
|-----|--|----|-------|
| 1 | Petugas melakukan cuci tangan. | | |
| 2 | Petugas menggunakan APD sesuai kebutuhan. | | |
| 3 | Petugas UGD menerima pasien dengan baik. | | |
| 4 | Petugas memeriksa kesadaran pasien (GCS). | | |
| 5 | Petugas menganamnesa pasien dan melakukan cek A (<i>Airway</i>), B (<i>Breathing</i>), C (<i>Circulation</i>). | | |
| 6 | Petugas memeriksa <i>vital sign</i> dan <i>rapid test antigen / antibody Covid-19</i> . | | |
| 7 | Petugas mengkonsultkan kepada dokter. | | |
| 8 | Dokter menganamnesa pasien dan melakukan pemeriksaan fisik. | | |
| 9 | Dokter menentukan tanda tanda kegawatan dengan tepat. | | |
| 10 | Dokter memberikan advis kepada petugas UGD untuk menstabilkan pasien. | | |
| 11 | Dokter menyampaikan tentang kondisi pasien dan menyampaikan kalau pasien perlu dirujuk ke rumah sakit. | | |
| 12 | Petugas memberikan form <i>informed consent</i> dan form persetujuan rujukan. | | |
| 13 | Petugas membuatkan surat rujukan. | | |
| 14 | Petugas UGD memberitahukan kepada petugas ambulan untuk menyiapkan ambulan. | | |
| 15 | Petugas UGD menggunakan aplikasi SISRUITE dan melakukan koordinasi melalui telepon dengan rumah sakit rujukan. | | |
| 16 | Petugas UGD membawa perlengkapan <i>emergency</i> merujuk pasien dengan ambulan ke RS rujukan. | | |
| 17 | Petugas mendokumentasikan setiap proses rujukan pada rekam medis pasien. | | |
| 18 | Petugas mengisi form monitoring pasien rujukan selama merujuk pasien ke RS rujukan. | | |
| 19 | Petugas melepas APD dan mencuci tangan. | | |

Compliance Rate (CR) : $\frac{\text{Jumlah YA}}{\text{Jumlah Indikator}} \times 100\%$

Bendo,.....
Auditor,

.....

LAMPIRAN

1. Leaflet

SISTEM RUJUKAN PELAYANAN KESEHATAN



A. PENGERTIAN

Sistem Rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan.

B. SYARAT MEMBUAT RUJUKAN

- Membawa kartu BPJS dan KTP
- Pasien dirujuk atas persetujuan dokter, bukan atas permintaan pasien sendiri.
- Saat membuat rujukan pasien harus ikut (kecuali kondisi pasien tidak memungkinkan dan riwayat kesehatan pasien sudah ada di rekam medis Puskesmas)
- Dalam 1 hari pasien tidak bisa berobat sekaligus membuat rujukan

C. ALUR LAYANAN RUJUKAN

- Dalam kondisi gawat darurat, pasien bisa langsung datang ke IGD Rumah Sakit tanpa membuat rujukan dulu di Puskesmas. Sementara untuk pasien tidak gawat darurat maka pasien diharuskan untuk berobat ke Puskesmas. Jika pasien dinilai harus dirujuk ke Rumah Sakit maka pasien akan dibuatkan pengantar rujukan online ke bagian rawat jalan Rumah Sakit.
- Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit tipe C/D bisa langsung dikerjakan oleh Puskesmas selama Rumah Sakit tipe C/D yang dituju bekerjasama dengan Puskesmas dan menyediakan poli rawat jalan yang dituju pasien.
- Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit tipe B (misalnya RSUD dr Soedono Madiun) harus berjenjang melalui RS tipe C/D dulu, kecuali pada kondisi khusus seperti HD, dll.

D. TIPS AMAN MEMBUAT RUJUKAN BAGI PASIEN

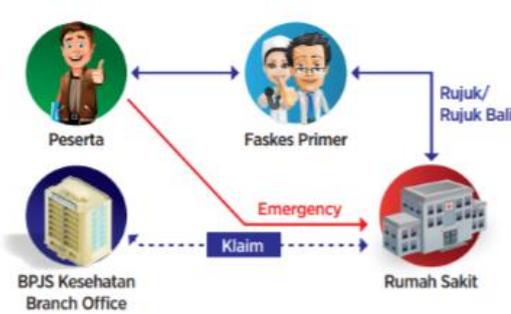
- Buatlah rujukan minimal 2 hari sebelum rujukan digunakan ke Rumah Sakit, guna menghindari adanya gangguan jaringan internet/P Care error.
- Pasien tidak bisa membuat 2 rujukan sekaligus dalam 1 hari, maka perhitungkanlah waktu pembuatan rujukan dengan tepat.



E. TIPS AMAN MEMBUAT RUJUKAN BAGI STAF MEDIS

Gunakanlah jaringan internet hanya untuk kepentingan pekerjaan di jam pelayanan agar proses pembuatan rujukan berjalan lancar.

Alur Pelayanan Kesehatan



SISTEM RUJUKAN BERJENJANG



2. Poster

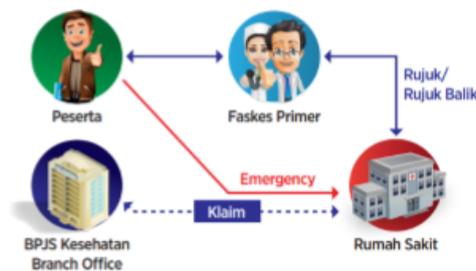
SYARAT MEMBUAT RUJUKAN

1. Membawa kartu BPJS dan KTP
2. Pasien dirujuk atas persetujuan dokter bukan atas permintaan pasien sendiri.
3. Saat membuat rujukan pasien harus ikut.
4. Dalam 1 hari pasien tidak bisa berobat sekaligus membuat rujukan.

TIPS AMAN MEMBUAT RUJUKAN BAGI PASIEN

1. Buatlah rujukan minimal 2 hari sebelum rujukan digunakan ke Rumah Sakit, guna menghindari adanya gangguan jaringan internet / P Care error.
2. Pasien tidak bisa membuat 2 rujukan sekaligus dalam 1 hari, maka perhitungkanlah waktu pembuatan rujukan dengan tepat.

Alur Pelayanan Kesehatan



TIPS AMAN MEMBUAT RUJUKAN BAGI STAF MEDIS

Gunakanlah jaringan internet hanya untuk kepentingan pekerjaan di jam pelayanan agar proses pembuatan rujukan berjalan lancar.

ALUR LAYANAN RUJUKAN

1. Dalam kondisi gawat darurat, pasien bisa langsung datang ke IGD Rumah Sakit tanpa membuat rujukan dulu di Puskesmas. Sementara untuk pasien tidak gawat darurat maka pasien diharuskan untuk berobat ke Puskesmas. Jika pasien dinilai harus dirujuk ke Rumah Sakit maka pasien akan dibuatkan pengantar rujukan online ke bagian rawat jalan Rumah Sakit.
2. Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit tipe C/D bisa langsung dikerjakan oleh Puskesmas selama Rumah Sakit tipe C/D yang dituju bekerjasama dengan Puskesmas dan menyediakan poli rawat jalan yang dituju pasien.
3. Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit tipe B (misalnya RSUD dr Soedono Madiun) harus berjenjang melalui RS tipe C/D dulu, kecuali pada kondisi khusus seperti HD, dan lainnya.



PEMASANGAN POSTER ALUR RUJUKAN

